

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA BENLİK SAYGISI,
ALGILANAN STRES DÜZEYİ,
KAYGI, SOSYAL FOBİ, DEPRESYON, ANKSİYETE VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. NURSEL ALTIN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2020

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA BENLİK SAYGISI,
ALGILANAN STRES DÜZEYİ,
KAYGI, SOSYAL FOBİ, DEPRESYON, ANKSİYETE VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. NURSEL ALTIN

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. TURNA İLKNUR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca her konuda destek ve yardımlarını esirgemeyen, bilgi

ve deneyimlerinden faydalandığım tez danışmanım Prof. Dr.Turna İlknur'a, bu süre içerisinde

tecrübe ve bilgileri ile eğitim sürecime büyük emeği geçen anabilim dalı başkanımız

Prof. Dr. Emel Fetil'e, değerli bilgilerini bizlere aktaran hocalarımız Prof. Dr. Şebnem Aktan'a,

Prof. Dr. Sevgi Akarsu'ya, Doç. Dr. Özlem Özbahçıvan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalıştığım değerli asistan arkadaşlarım Dr Abdullah Kaya, Dr Ecem Nazlı,

Dr Işıl Kamberoğlu Turan, Dr Yasemen Karbelahosseini, Dr Özlem Gürbüz,

Dr Gülfem Nur Akın'a, sorumlu hemşiremiz Belgin Kösehanlı'ya, diğer hemşire ve personel

arkadaşlarımıza teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca, her zaman yanımda olan, maddi ve manevi olarak hiçbir desteğini

esirgemeyen aileme ve çok değerli dostlarıma sonsuz teşekkürler.

Dr. Nursel Altın

İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	iv
ŞEKİLLER	vi
ÖZET	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. SEBOREİK DERMATİT	7
2.1.1. Tarihçe	7
2.1.2. Epidemiyoloji	8
2.1.3. Etyopatogenez	9
2.1.3.1. Stres	10
2.1.3.2. Sebore	11
2.1.3.3. Mikrobiyal Ajanlar	12
2.1.3.4. Nutrisyonel Faktörler	13
2.1.3.5. Kullanılan ilaçlar	13
2.1.3.6. Hormonal Faktörler	13
2.1.3.7. Fiziksel Faktörler	13
2.1.3.8. Çevresel Faktörler	14
2.1.3.9. İmmunolojik Faktörler	14
2.1.3.10. Atopi.....	15
2.1.3.11. Nörotransmitterler	15
2.1.3.12. Diğer Faktörler	15
2.2. Klinik	16
İNfANTİL SEBOREİK DERMATİT.....	16

LEİNER SAYRILIĞI (ERYTHRODERMİA DESQUAMATİVA).....	17
ERİŞKİN TİP SEBOREİK DERMATİT	18
2.2.1. Histopatoloji.....	19
2.2.2. Ayırıcı Tanı.....	20
2.3. Sağaltım	21
2.3.1. Topikal sağaltım	22
2.3.1.1. Keratolitikler	22
2.3.1.2. Kortikosteroidler	22
2.3.1.3. Antifungaller	22
2.3.1.4. İmmunomodülatörler	23
2.3.1.5. Kombine Sağaltım Yöntemleri	23
2.3.1.6. Lityum Bileşikleri.....	24
2.3.1.7. Metronidazol	24
2.3.2. Diğer Sağaltım Seçenekleri	24
2.3.2.1. Sistemik Sağaltım	25
2.3.2.2. Ketokonazol	25
2.3.2.3. Itrakonazol	25
2.3.2.4. Flukonazol	26
2.3.2.5. Terbinafin.....	26
2.3.2.6. İzotretinoin	26
2.3.2.7. Dar bant UVB	26
2.3.2.8. Glukokortikoidler	27
2.3.2.9. Diğer.....	27
2.4. DEPRESYON VE ANKSİYETE	27
3. MATERYAL VE METOD.....	29
Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1):.....	29

Seboreik Dermatit Alan Ve Şiddet İndeksi (SEDASI) (Ek-2):.....	30
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) (Ek-3):	30
Durumluluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-4):	31
Dismorfofobi Anketi (Ek-5):	31
Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6):.....	32
Beck Anksiyete Ölçeği (BAS) (Ek-7):.....	32
Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKİ)(Ek-8):.....	33
Beck Depresyon Ölçeği (BDS) (Ek-9):	33
Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFÖ) (Ek-10):	34
İstatistiksel analiz	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ	57
7. KAYNAKÇA.....	58
8. EKLER	69

TABLÖLAR

Tablo 1: Seboreik dermatit risk faktörleri	9
Tablo 2: Seboreik dermatit ayırıcı tanı	21
Tablo 3: Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	35
Tablo 4: Hastaların sağlık durumuna ilişkin analizler	36
Tablo 5: Dermatolojik verilere ilişkin analizler	36
Tablo 6: SEDASİ lokalizasyon dağılımı	37
Tablo 7: SEDASİ skorları.....	37
Tablo 8: Hastaların anket skorları	39
Tablo 9: Hastalığın şiddeti ve RBSÖ skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	40
Tablo 10: Hastalığın şiddeti ve Durumluluk Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	41
Tablo 11: Hastalığın şiddeti ve Süreklilik Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	41
Tablo 12: Hastalığın şiddeti ve Dismorfofobi skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	42
Tablo 13: Hastalığın şiddeti ve Algılanan Stres skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	42
Tablo 14: Hastalığın şiddeti ve Beck Anksiyete skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	43
Tablo 15: Hastalığın şiddeti ve Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	44
Tablo 16: Hastalığın şiddeti ve Beck Depresyon Ölçeği skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	45
Tablo 17: Hastalığın şiddeti ve Liebowitz Sosyal Saygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	46
Tablo 18: Hastalığın şiddeti ve Liebowitz Sosyal Kaçınma skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	47

Tablo 19: Hastalığın şiddeti ve Liebowitz Performans Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	47
Tablo 20: Hastalığın şiddeti ve Liebowitz Performans Kaçınma skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	48
Tablo 21: Hastalığın şiddeti ve Liebowitz Toplam Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	48
Tablo 22: Hastalığın şiddeti ve Liebowitz Toplam Kaçınma skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon.....	49



ŞEKİLLER

Şekil 1: Katılımcıların hastalık şiddetlerine göre dağılımı.	38
Şekil 2: Katılımcıların Rosenberg benlik saygılarının dağılım yüzdesi	40
Şekil 3: Katılımcıların Beck Anksiyete dağılım yüzdesi	43
Şekil 4: SD'li bireylerin yaşam kalitesi etkilenim yüzdeleri	44
Şekil 5: Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon yüzdeleri.....	46



KISALTMALAR

SD: SEBOREİK DERMATİT

AİDS: EDİNSEL İMMÜN YETMEZLİK SENDROMU

HIV: İMMÜN YETMEZLİK SENDROMU

İSD: İNFANTİL SEBOREİK DERMATİT

SEDASI: SEBOREİK DERMATİT ALAN VE ŞİDDET ENDEKSİ

RBSÖ: ROSSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

DSKÖ: DURUMLULUK SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ

ASÖ: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

BAS: BECK ANKSİYETE SKORU

DYKİ: DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ

BDS: BECK DEPRESYON SKORU

LSFÖ: LİEBOWİTZ SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ

ÖZET

SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA BENLİK SAYGISI, ALGILANAN STRES DÜZEYİ, KAYGI, SOSYAL FOBİ, DEPRESYON, ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç

Seboreik dermatit (SD) saçlı deri, yüz ve gövde üst kısmı da dahil olmak üzere vücudun seboreik bölgelerini etkileyen kronik ve tekrarlayıcı endojen bir ekzema olarak sınıflanır. Sayrılığın lokalizasyonu ve şiddeti bireysel olarak değişmektedir. Bireylerdeki genel yakınma sayrılığın şiddetine bağlı olarak farklılık gösterir ancak bu bireylerde psiko-sosyal yakınmalar oldukça yaygındır. Bu psiko-sosyal yakınmaların tespit edilmesi tedavinin başarısını önemli ölçüde değiştirecektir. Çalışmamızdaki amaç; SD'li bireylerde psiko-sosyal yakınmaları değerlendirerek, sayrılığın şiddeti ile farklılık gösterip göstermediğinin saptanmasıdır.

Materyal ve Metod

Bu amaçla kliniğe başvuran 122 SD tanılı birey değerlendirilmiştir. Değerlendirmede bireylerin sosyo-demografik özellikleri, SEDASI skoru, Rosenberg benlik saygı ölçeği, Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği Kullanılmıştır. Sonuçlar SPSS 25 paket programı ile istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Hastalarda en sık görülen tutulum lokalizasyonu %69.7 oranında (n=85) yanak bölgesi olarak saptanırken; 2. sırada %59.0 oranında (n=72) alın bölgesi; %54.1 oranında ise (n=66) burun bölgesi tutulumu olarak tespit edilmiştir. Sayrılığın şiddeti ve RBSÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sayrılığın şiddeti ve Süreklilik kaygı skoru/Durumluluk kaygı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Sayrılığın şiddeti ve Algılanan Stres skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Liebowitz Performans Kaygı skoru ile sayrılık şiddeti arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,028$; $r=-0,199$)

Sonuç

Çalışmamızın sonucunda SD şiddeti ile yaşam kalitesi, benlik saygısı, algılanan stres düzeyi, sosyal fobi, depresyon, anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hastalık şiddeti ile toplam kaygı, toplam kaçınma, sosyal kaygı, sosyal kaçınma ve performans kaçınma arasında ilişki saptanmazken; sadece performans kaygısı yönünden çok zayıf bir ilişki saptanmıştır..

Anahtar kelimeler: Seboreik dermatit, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, kaygı



ABSTRACT

EVALUATION OF SELF RESPECT, PERCEPED STRESS LEVEL, ANXIETY, SOCIAL FOBI, DEPRESSION, ANXIETY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SEBOREIC DERMATITIS

Aim

Seborrheic dermatitis (SD) is classified as a chronic and recurrent endogenous eczema affecting the seborrheic areas of the body, including the scalp, face and upper body. The localization and severity of the disease varies individually. General complaints in individuals differ depending on the severity of the disease, but psycho-social complaints are very common in these individuals. Identifying these psychosocial complaints will significantly change the success of the treatment. The aim of our study is to determine whether the disease differs with the severity of the disease by evaluating the psycho-social complaints in individuals with SD.

Method

For this purpose, 122 individuals diagnosed with SD were evaluated. Socio-demographic characteristics, SEDASI score, Rossenberg Self-esteem Scale, Dermatological Quality of Life Scale, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Perceived Stress Scale, State Continuity Anxiety Scale, and Liebowitz Social Phobia Scale were used in the evaluation. The results were statistically analyzed with SPSS 25 package program.

Results

While the most common involvement localization in patients was 69.7% (n = 85) as the cheek area; In the 2nd place, 59.0% (n = 72) forehead region; 54.1% (n = 66) of the nose were detected as involvement. There was no statistically significant relationship between the severity of the patients and the RDSS score ($p > 0.05$). No statistically significant relationship was found between the disease severity and the Continuity anxiety score / State anxiety score ($p > 0.05$). No statistically significant relationship was detected between the severity of the patients' Perceived Stress score ($p > 0.05$). There is a weakly weak relationship between Liebowitz Performance Anxiety score and disease severity ($p = 0.028$; $r = -0.199$).

Conclusion

Psycho-social evaluation of SD patients during follow-up and treatment stages and required Multidisciplinary support is important in terms of affecting patients' quality of life and the

prognosis of the disease positively. Our aim in this study is to evaluate the relationship between SD severity and quality of life, self-esteem, perceived stress level, anxiety, social phobia, depression and anxiety by evaluating psycho-social complaints in individuals with SD.

Keywords: Seborrheic dermatitis, quality of life, depression, anxiety, anxiety



1. GİRİŞ VE AMAC

Seboreik dermatit (SD) saçlı deri, yüz (nazolabial kıvrım, kulak ve kaşlar) ve gövde üst kısmı (göğüs / presternal bölge) da dahil olmak üzere vücudun seboreik bölgelerini etkileyen kronik ve tekrarlayıcı endojen bir ekzema olarak sınıflanır (1). Genel olarak, SD immunokompetan yetişkinlerin % 1 ila 3%'ünü etkiler ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür (2,3). SD en sık, bebeklerde yaşamın ilk 3 ayında, adolesan ve genç erişkinlerde görülür. Elli yaş üzerindeki hastalarda insidansı tekrar artar (2,4,5).

SD'in etiopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber; multifaktöryel bir deri sayrılığıdır ve birçok neden sayrılığın gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. Gelişiminde endojen ve eksojen predispozan nedenler mevcuttur (Tablo 1) (2).

SD sayrılığında; stresin ana tetikleyici etkenlerden biri olduğu düşünülmektedir (6). Deri ve stres arasındaki ilişkiye ait kavramlar, çok uzun zamanlardan beri stresin deri sayrılığına sebep olması ya da sayrılığı alevlendirmesi şeklinde neden sonuç ilişkisi olarak algılanmıştır. Gerçekte bu ilişki karmaşık ve çift yönlüdür. Stres deride algılanabilir veya görünür sorunlara ve sayrılıklara yol açabilirken; mevcut deri sayrılığının bizzat kendisi bir stresör rolü oynayabilir. Dolayısıyla stres ve deri ilişkisinde birbirini tetikleyen döngüsel olaylar söz konusudur (8). Yapılan çalışmalar, deri sayrılıklarının hastaların yaşam kalitesini, benlik saygısını, beden imgesini, günlük yaşamını, ailesini, sosyal çevresini çeşitli açılardan etkilediğini ve hastalarda depresyon ve anksiyete gibi sekonder psikiyatrik tabloların görülme sıklığını arttığını ortaya koymuştur (7).

Birçok dermatolojik sayrılık gibi, SD de emosyonel stres, depresyon ve yorgunluk dönemlerinden etkilenen bir sayrılıktır. Yine SD gibi hayatı tehdit edici olmadıkları için fazla önemsenmeyen kronik deri sayrılıkları, aslında çok önemli psikososyal rahatsızlıklara sebep olabilmektedirler (10). Yapılan çalışmalarda, SD hastalarında yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği ve bu duruma anksiyete ve depresyon düzeyinin eşlik ettiği saptanmıştır (9, 10, 11). Sayrılığın kronik olarak seyretmesi ve lezyonların oluşturduğu şekil bozuklukları, yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (9). Şekil bozuklukları özellikle saçlı deri ve yüz tutulumunda ortaya çıkarken, görünür bölgelerde olması bireylerin sosyal hayattaki ilişkilerini ve iletişimlerini etkilemektedir (12, 13). Literatürde SD nin stres ile birlikte geliştiği ve stresin depresyon, anksiyete gibi faktörleri de tetiklediğini gösteren bir çok çalışma mevcuttur (6).

Son dönemlerde; kronik seyir gösteren dermatolojik sayrılıklarda, yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalara olan ilgi artmıştır (10). Psikolojik stresle meydana gelen ve tetiklenen dermatolojik sayrılıkların üzerinde en çok çalışma yapılanlar ürtiker, psoriyazis, atopik dermatit, alopesi areata

gibi sayrılıklardır. SD de, DSM-4-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klasifikasyonuna göre ‘psikolojik faktörlerin etkilediği sayrılıklar’ başlığı altında yer almaktadır. SD toplumda sık görülmesine ve emosyonel faktörler ile tetiklendiği yıllardır bilinmesine rağmen, bu ilişkiyi inceleyen oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (9).

SD hastalarının, takip ve tedavi aşamalarında psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesi ve gereken noktalarda multidisipliner olarak desteklenmesi, hastaların yaşam kalitesini ve hastalığın prognozunun olumlu yönde etkilenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmadaki amacımız SD’li bireylerde psiko-sosyal yakınmaları değerlendirerek, SD şiddeti ile yaşam kalitesi, benlik saygısı, algılanan stres düzeyi, kaygı, sosyal fobi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi saptamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SEBOREİK DERMATİT

SD; saçlı deri, yüz (nazolabial kıvrım, kulak ve kaşlar) ve gövde üst kısmı (göğüs / presternal bölge) da dahil olmak üzere vücudun seboreik bölgelerini etkileyen kronik ve tekrarlayıcı endojen bir ekzema olarak sınıflanır .

Bebeklerde, SD sıklıkla sorunsuz bir seyir izler ve genellikle 6-12 aylıkken kendiliğinden geriler. Gençlerde ve bireylerin yirmili yaşlarında tekrar ortaya çıkabilir ve daha sonra genellikle yetişkinlik boyunca azalan bir seyir izleyebilir. SD dağılımı tipik olarak simetrik ve lezyonlar hafif, düzensiz ve yaygın, kalın ve yapışkan skuamlara dek değişkenlik göstermektedir. Lezyonlar deri kıvrımlarında kırmızı, düzgün yüzeyli bir görünüme sahip olabilir.

Gövdenin SD'si, presternal bölge ve aksilla, umbilicus, inguinal bölgeler, meme altı ve anogenital alanlar dahil olmak üzere vücut kıvrımlarında görünebilir. Yaygın tutulum alanları, saçlı deri, saç çizgisi, kaşlar, kirpikler, bıyık, sakal, alın, nazolabial kıvrımlar, dış kulak yolu ve postauriküler bölgedir (1).

2.1.1. Tarihçe

SD, 1887'de Paul Gerson Unna (1850-1929) tarafından tanımlanmıştır. Bu tarihten önce SD ekzema başlığı altında incelenmektedir. (14). 19. yüzyılda egzama terimi, aralarında eritem, pemfigus, erizipel ve zoster olan ani başlayan tüm dermatozları belirtmek için kullanılmıştır.

Unna 1938'de SD'in, yerleşim yerini (daha fazla yağ bezleri konsantrasyonu olan bölgelerdeki lokalizasyonu) ve klinik özelliklerini tanımlamıştır; ayrıca SD etiyolojisinin “Morococcus” ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir (2,15).

1938'de yapılan bir başka çalışmada, egzamanın seboreik belirtileri bulaşıcı, fizyolojik ve yapısal olarak sıralanmış ve etiyolojinin septik olduğu düşünülmüştür. Ertesi yıl, Percival seboreik dermatit tezahürlerini üç ayrı gruba ayırmış: *pityriasis capitis* (egzematidler), *enfeksiyöz fleksural dermatit* (intertrigo) ve kıllı bölgelerin *püstüler-egzamatoid* döküntüleri olarak tanımlamıştır (16,17).

1947'de seboreik dermatit, steatoid figürlü şekiller, psoriasiform şekilli lezyonlar ve pityriasis-form lezyonlarla ortaya çıkabilen bir ekzematid olarak sınıflandırılmıştır. Daha önceki farklı yazarların ele aldığı sayrılığın bazı yönlerini gruplandırmak ve seçmek için Davies, *eksüdatif seborrhea* olarak adlandırmış ve terimi daha da karmaşık hale getirmiştir. Eritemi tüm formlarında esansiyel klinik lezyon olarak sunmuştur. Eksüdatif sebore ve gözlenen çok çeşitli klinik yönleri, sistemik belirtileri ve duygusal strese olan bağı veya bağımlılığı açıklayan seboreik egzamada deriyi etkileyen herhangi bir bozukluğun ortaya çıkabileceği düşünülmüştür (17,18).

Seboreik dermatit, 1963'te psoriasis ile aynı başlığın altına yerleştirilmiş ve kuru, yağlı veya nemli plaklar, çeşitli boyut ve şekillerde sarımsı ve skuamlı maküller, hafifleme ve alevlenmeler ile karakterize kronik bir inflamatuvar cilt sayrılığı olarak tanımlanmıştır (19,20).

2.1.2 Epidemiyoloji

SD immünkompetan erişkinlerin yaklaşık %1-3'ünü etkiler. İmmün yetmezliği olan hastalarda ise insidansın daha yüksek olduğu, özellikle AIDS (Edinsel İmmün Yetmezlik Sindromu) hastalarında ise bu sayrılığın görülme oranının %30 ila 83'e kadar değişen oranlara ulaştığı bildirilmektedir. Sayrılık erkeklerde, kadınlarla karşılaştırıldığında daha fazla görülür. SD genel hatları itibariyle infantil ve erişkin dönem başlangıçlı SD olarak iki gruba ayrılabilir.

İnfantil tip SD, sıklıkla yaşamın ilk 3 ayında görülürken; erişkin tip SD özellikle adolesan ve genç erişkinlerde sık görülmektedir. Elli yaş üzerinde SD insidansında tekrar bir artış izlenmektedir. Kış aylarında sayrılığın şiddeti artarken; bu durum yaz aylarında ultraviyolenin etkisi ile birlikte sayrılığın şiddetinde azalmanın gözlenmesine neden olmaktadır (2). Ayrıca duygu durum değişiklikleri, Parkinson, kraniosinotoz, travmatik beyin hasarı, travmatik spinal kord hasarı, serebrovasküler olaylar, fasiyal paralizi, epilepsi gibi bazı nörolojik ve psikiyatrik sayrılıklarla beraber SD'in insidansında artış olduğu bildirilmiştir (21).

SD, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu ile enfekte kişilerde, özellikle 400 hücre / mm³'ün altında bir CD4 T hücre sayısına sahip kişilerde görülen en yaygın dermatozlardan biridir. Artan seboreik dermatit insidansı ile ilişkili diğer tıbbi durumlar nöroleptik kaynaklı parkinsonizm, ailesel amiloidoz ve trizomi 21'dir (22,23,24).

SD Asya'da yaygındır. Asya'daki yetişkin prevalansının % 1-5 olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, SD'nin Asya'daki epidemiyolojisi ile ilgili daha büyük popülasyon temelli çalışmalar bulunmamaktadır ve SD'nin etiyolojisi Batı ülkelerinde ve Asya'nın farklı bölgelerinde büyük farklılıklar gösterebilir. Ek olarak, Asya ve Kafkas derisi arasında klinik olarak önemli farklılıklar bildirilmiştir (24,25).

2.1.3. Etiyopatogenez

Seboreik dermatitin etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekte; fakat farklı mekanizmalar sayırlık gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri arasında sayılabilir. Bunlar endojen ve eksojen çeşitli faktörlerdir (2). Bu faktörler tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo1:Seboreik Dermatit Risk Faktörleri

1. <u>Stres</u>	7. <u>Fiziksel faktörler</u>
2. <u>Sebore</u>	8. <u>Çevresel faktörler</u>
3. <u>Mikrobiyal ajanlar</u>	9. <u>İmmunolojik faktörler</u>
4. <u>Nutrisyonel faktörler</u>	10. <u>Atopi</u>
5. <u>Kullanılan ilaçlar</u>	11. <u>Nörotransmitterler</u>
6. <u>Hormonal faktörler</u>	12. <u>Diğer faktörler</u>

2.1.3.1 Stres

Stres ve SD arasındaki ilişki iki yönlüdür: Sayrılık stresin bir sonucu olarak meydana gelebileceği gibi, SD'ye bağlı olarak hastanın dış görünüşünde ortaya çıkan değişiklikler ve bu değişikliklerin kronik seyri nedeniyle hastada stres durumu ortaya çıkabilir. Böylece döngüsel bir çerçevede karmaşık olaylar silsilesi gelişir (9). Literatürde, SD etyopatogenezinde emosyonel faktörlerin etkinliğine dair farklı bilgiler yer almaktadır. Bazı klasik kitap ve derlemelerde SD'in etyopatogenezinde emosyonel faktörlere değinilmemesine karşın, emosyonel tetikleyici faktörlerin %40 oranında etkili olduğunu bildiren kaynaklar da mevcuttur (9).

Psikolojik stresle ortaya çıkan ve tetiklenen dermatolojik sayrılıklardan üzerinde en çok çalışma yapılanları ürtiker, psoriasis, atopik dermatit, alopesi areata gibi sayrılıklardır. Seboreik dermatit de, DSM-4-TR klasifikasyonuna göre '*psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar*' başlığı altında sayılan sayrılıklar arasında yer almaktadır (9).

Bir çok dermatolojik problem gibi SD de emosyonel stres, depresyon ve yorgunluk dönemlerinden etkilenen bir sayrılıktır (10). SD ataklarının büyük bir kısmı bireylerin stres durumları ile ilişkili olarak gelişmektedir (26). SD'li hastalarda psikolojik yakınmalardan olan; anksiyete ve depresyon yüksek oranda görülmektedir. Sayrılığın kronik olarak seyretmesi ve yine lezyonların oluşturduğu şekil bozukluğu da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (9).

İspanya'da 2005 yılında SD tanılı bireylerde, çok merkezli olarak yürütülen epidemiyolojik bir çalışmada; sayrılığın olgulardan %76'sında depresyon, stres, yorgunluk durumlarında, %44'ünde mevsimsel değişiklikler oluştuğunda, %17'sinde hava şartlarında değişme olduğunda, %17'sinde güneş maruziyeti gibi durumlarda tetiklendiği bildirilmiştir. Maietta ve arkadaşlarının SD insidansını kontrol grubu (n=150) bulguları ile karşılaştırdıkları 150 psikiyatrik hastada (şizofreni, ruhsal durum bozuklukları, anksiyete, depresyon) yaptıkları bir çalışmada; psikiyatrik hastalarda SD insidansının kontrol grubuna oranla anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. En anlamlı değişim parametresinin depresyon olduğu tespit edilmiş olup; depresyonun hangi mekanizma ile SD'i tetiklediği net olarak bilinmemektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre psikiyatrik problemi olan bireylerdeki depresif durum SD için bir risk teşkil etmekte; yüz tutulumu olan bireylerde depresyon daha sık gözlemlenmektedir. Bu durumun bireylerin iletişimi

ve sosyal ilişkilerinin etkilenmesinden kaynaklandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada kontrol grubuna oranla yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi olan hastaların %52 'sinde yüz ve saçlı deri tutulumu olduğu tespit edilmiştir (9).

Seboreik dermatit etyopatogenezinde suçlanan ana faktörlerden biri olan 'sebum üretiminde artış teorisi' akla gelmekle birlikte, deprese hastalarda sebum üretimi artışı gözlenmemiştir. Diğer bir teori de, güneş ışığında bulunan Ultraviyolenin SD etyopatogenezinde rol oynadığı düşünülen Pityrosporum ovale'ye karşı oluşturduğu antiseptik etki ile sayrılığı iyileştirdiği, ancak depresyonlu olguların sürekli kapalı ortamda bulunmasının sayrılığın oluşumunda rol oynayabileceğidir. Majör depresif sayrılıklardan biri olan mevsimsel afektif bozukluk, kışın ortaya çıkan, yazın daha iyi olan tekrarlayıcı bir seyir gösterir. Artifisiyel ışık kaynağı tedavisi ile sayrılığın şiddeti azalır. Teorik olarak melatonin sekresyonu ile sebace bez aktivitesi arasında bir ilişki olduğuna inanılmaktadır. Bu teori, sayrılığın mevsimsel seyrini de açıklamaktadır (9).

2.1.3.2 Sebore

Seboreik dermatit özellikle yağ bezlerinin aktif olduğu deri bölgelerinde oluşur ve sıklıkla aşırı sebum üretimi ile ilişkilidir. Fakat SD'li hastalarda sebum üretimi normal olabileceği gibi; şiddetli sebum üretimi olan hastalarda da SD sayrılığı ortaya çıkmayabilir (12).

SD'li hastalarda sebace glandların histopatolojik incelemesinde, sebace glandlarda bir miktar dilatasyon gözlemlenmiştir (27). Sayrılığın ortaya çıkmasında sebore bir predispozan faktör olarak kabul edilmesine rağmen, SD bir sebace bez sayrılığı değildir. SD'in klasik yerleşim yerleri olan yüz, kulaklar, saçlı deri ve gövde üst kısımları sebace foliküllerin yoğun olduğu bölgelerdir. SD'li hastaların derileri yağlı görünümündedir, ama her zaman sebum üretiminde artış gösterilemez (27,29). Yapılan bir çalışmada SD'li hastaların alın bölgesinden yapılan sebum ekskresyon ölçümlerinde, erkek hastalarda oranların değişmediği, kadın hastalarda ise anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle 'sebace alanların dermatiti' terimi bu sayrılık için daha uygun olabilir (28,29).

İnfanıl SD ise 0-3 aylık dönemde görülür. Bu dönemde anneden bebeğe geçen maternal androjenlerin etkisiyle bebeğin sebace bezleri aktif hale gelir. İnfanılarda, erişkin seboreik dermatitli hastalar ile benzer şekilde sebum sekrete eden dilate sebace glandların varlığı tespit edilmiştir (27,30). 3-6 aydan sonra infant seboreik dermatitli hastalarda maternal androjenlerin azalması ile sebum üretimi durur ve SD tablosu düzelir. Puberte ile birlikte hormonlar yeniden artar ve bu nedenle, sebace bez aktivitesi yeniden başlar ve yeniden SD görülebilir (27).

Düşük doz sistemik isotretinoin tedavisinin sebum üretimini baskıladığı bilinmektedir. Birkaç ay düşük dozda kullanılan sistemik isotretinoin tedavisinin SD'te etkili olması da seborenin sayrılıktaki etkisini desteklemektedir (31,32).

Parkinson, yüz felci, poliomiyelit, siringomiyeli, epilepsi, kuadripleji, Gasser Ganglionu'nun tek taraflı hasarlanması gibi farklı nörolojik bozukluklarda SD'in sık gözlemlenmesinin; immobiliteye bağlı gelişen sebum maddesi birikmesindeki artış ile gerçekleştiği düşünülmektedir. Sebase bezlerin nöral kontrolü ile ilgisine ait kesin bir kanıt yoktur (14).

Sonuç olarak; sebore sayrılığa eğilimi arttırır fakat; SD bir sebase bez sayrılığı değildir. Kuru deri yapısı olan bireylerde de SD sayrılığı gözlemlenmekte ve sayrılık döneminde sebum salımında hız değişiklikleri ve sebum seviyelerinde bir artış söz konusu olmamaktadır (29,33).

2.1.3.3. Mikrobiyal Ajanlar

Malassezia türleri, SD gelişmesi için oldukça önemli olan patojenik etmenlerdendir. Etiyopatogenezdaki oynadıkları roller; SD şiddeti ile derideki maya yoğunluğu arasında pozitif yönde korelasyon olması ve yine SD tedavisinde kullanılan anti-fungal ajanların yüksek oranda tedavi sağlaması ile tespit edilmiştir (1). SD patogenezinde önemli rol oynayan faktörün; aynı zamanda Malassezia ve parçalanma ürünlerine karşı gelişen anormal immünolojik yanıt olduğu düşünülmektedir (6,34).

Candida albicans ise infantil SD etyopatogenezinde rol oynamaktadır. Candida albicans; infantil SD hastalarının deri lezyonlarında ve dışkı örneklerinde tespit edilen bir patojendir. Bununla beraber erişkin SD'li hastalarda, etkili oral nistatin kullanımından sonra hızlı ve kalıcı olarak düzelebilen olgular tespit edilmiştir. AIDS hastalarında, SD gelişiminden önce genellikle oral kandidiyazis öyküsü olduğu bilinmektedir (14).

Propionibacterium acnes, SD hastalarında genellikle düşük oranda bulunan bir patojendir. Deri üzerinde Propionibacterium acnes sayısının az miktarda olması, bu bölgede düşük serbest yağ asidi düzeyleri ile açıklanabilmektedir. Staphylococcus aureus ve Pityrosporum ovale patojenleri infantil ve erişkin SD kültürlerinde tespit edilmektedir (14).

2.1.3.4 Nutrisyonel Faktörler

Piridoksin (B6), niasin (B3), riboflavin (B2) vitaminleri ve çinko eksikliği durumunda da SD benzeri tablolar gelişebilmektedir. Özellikle infantil SD’inde biyotin (B7) vitamini eksikliği ve anormal esansiyel yağ asitleri metabolizması rol oynamaktadır (35).

2.1.3.5 Kullanılan ilaçlar

Altın, simetidin, fenotiazin, metildopa, haloperidol, klorpromazin, buspiron, griseofulvin, interferon-alfa (IFN- α), lityum ve stanazolol gibi ilaçların kullanımı da SD benzeri lezyonların oluşmasına neden olabilmekte, ancak bu durumun mekanizması tam olarak bilinmemektedir (36).

2.1.3.6. Hormonal Faktörler

İnfantil SD haricinde; puberte öncesi nadir görülen SD, sıklıkla sebace bezlerin aktif olduğu adolesan ve genç erişkin döneme denk gelir. İnfantil formun genellikle 6-12. aylarda kaybolması; sayrılığın, cinsiyet maternal hormon salınımının uyarılmasına bir yanıt olarak gelişmesi olasılığını düşündürmektedir. Araştırmalarda, sebace bez hücrelerinin cinsiyet hormonlarına (androjen stimülasyonuna) yanıt verdiği bildirilmiştir (37,38). Sayrılığın, puberte dönemi dışında da ve erkeklerde sık gözlenmesi, androjenlerin pilosebace üniteyi etkilediklerini düşündürmektedir (2,39).

2.1.3.7. Fiziksel Faktörler

Seboreik derinin bakteriyel infeksiyonlara, fiziksel ve kimyasal hasarlara karşı hassasiyetinin artması nedeniyle, bu kişilerde kontakt dermatit ve deri infeksiyonları daha sık görülür. Bazı araştırmacılar seboreik deriye sahip bazı kişilerde gelişen dermatitlerin morfolojik olarak SD’e benzediğini düşünmektedir (28). Ayrıca deri kan akımı ve deri sıcaklığının SD’in dağılımından sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (40).

2.1.3.8. Çevresel Faktörler

Isı, nem ve mevsim değişiklikleri ile sayrılığın şiddeti ilişkilidir (41). SD lezyonlarının nem ve ısının düşük olduğu kış aylarında şiddetlendiği, yaz aylarında klinik olarak düzeldiği çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (14). Güneş ışığında bulunan Ultraviyolenin B'nin SD etiyopatogenezinde suçlanan Pityrosporum ovale'ye karşı oluşturduğu antiseptik etkinin sayrılığın remisyonunu sağladığı teorisi öne sürülmektedir (9).

2.1.3.9. İmmunolojik Faktörler

Seboreik dermatitli bireylerde T hücre sayısı regresyonu; Natural Killer (NK) hücre sayısında veya serum Immünglobülin A ve G seviyesinde progresyon görülebilir (41). Bazı araştırmacılar SD'in, derinin mantarlara ve bunların parçalanma ürünlerine karşı gösterdiği anormal inflamatuvar yanıt nedeniyle ortaya çıktığını savunmuşlardır. Çeşitli çalışmalarda SD'li hastaların lezyonsuz deri bölgeleri ve sağlıklı kişilerin deri bölgeleri; SD'li bireylerin lezyonlu deri bölgeleri ile karşılaştırılmış; SD'li bireylerin lezyonlu derilerinde şiddetli inflamatuvar reaksiyon, NK, CD16 hücrelerinde progresyon, kompleman sisteminde aktivasyon ve inflamatuvar interlökinlerde artış olduğu gösterilmiştir (28).

SD'nin immün yetmezlikle, özellikle HIV + hastalar ve AIDS ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. SD özellikle bu popülasyonda; normal popülasyona kıyasla daha sık görülmekte ve şiddetli oranlarda seyretmektedir (42). SD ekstremiteler gibi atipik bölgelerde de prezente olabilir. HIV ile infekte kişilerde SD lezyonları sağaltıma dirençlidir. HIV enfeksiyonunun progresyonu sırasında hastaların SD lezyonlarında alevlenmeler görülebilmektedir (42,43,44). Dirençli SD AIDS'in erken dönem tanısında bir gösterge olabilir. Fakat genellikle SD'li hastaların çoğunda immün yetmezlik tespit edilemez (28,45).

İnfanıl SD'in alt tiplerinden olan Leiner sayrılığında da hastalarda yaygın SD lezyonları ile birlikte immün yetmezlik bulunmaktadır (27).

Lokal kutan immünsupresyonun da SD' in görülme sıklığını artırabildiği bildirilmiştir (46).

2.1.3.10. Atopi

İnfanıl SD ile atopik dermatit arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. İnfanıl dönemde SD geçiren çocuklarda, ilerleyen yaşlarda atopik dermatit gelişme riskinin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (47,48). Bazı araştırmacıların görüşüne göre infanıl SD ayrı bir sayrılık olmayıp; atopik dermatitin bir alt tipidir(49).

2.1.3.11. Nörotransmitterler

SD'in çeşitli nörolojik sayrılıklarla olan birlikteliği ve hastaların birçoğunda emosyonel stresin sayrılığı tetiklemesi, nörotransmitterlerin etiyolojide rollerinin olabileceğini düşündürmektedir (39,50). Bu sayrılıklar arasında; Parkinson, fasiyal paralizi, poliomiyelit, siringomiyeli bulunmaktadır. Fakat bu nörolojik sayrılıklarda, immobiliteye bağlı olarak ortaya çıkan sebum artışının da sayrılığı alevlendirebileceği düşünülmektedir (27).

Parkinsonlu hastalarda L-Dopa tedavisi sonrasında gözlenen, sebum üretiminde azalma ve bazen de SD dökülerinde izlenen iyileşme, etiyolojide nörotransmitterlerin rolü olduğunu düşündürmektedir (27,51,39). Fakat henüz sebase bezlerin nöral kontrolüne ait kesin bir kanıt bulunamamıştır (13).

2.1.3.12. Diğer Faktörler

SD'li ebeveynlerin çocuklarında SD'e daha yüksek oranda rastlanmaktadır. Aynı zamanda tek yumurta ikizlerinde de SD insidansının artmış olduğu bulunmuştur (52).

SD'in Parkinson hastalarında daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bunun yanında miyokard infarktı (MI), malabsorbsiyon, epilepsi, obezite, diyabet, alkolizm, alkolik pankreatit gibi birçok sistemik sayrılıkta da SD'e sık rastlanmaktadır (28,53). Ayrıca SD'nin bazı genetik sayrılıklarda (örn; Down sindromu ve Hailey Hailey sayrılığında) daha sık görüldüğü bildirilmiştir (54,24).

Psoriasis ve SD birlikteliği oldukça sık görülmektedir. Saçlı deride görülen şiddetli SD; saçlı deride ortaya çıkan psoriasis kliniğine çok benzemektedir. Bu durumu ifade etmek için bazı otörler "sebopsoriasis" terimini kullanmaktadır. SD lezyonlarındaki alevlenme, Köbner etkisiyle predispoze hastalarda psoriazisi tetikliyor da olabilir (45). SD'te, psoriaziste olduğu gibi

epidermal proliferasyonda artış vardır, bu da sitostatik ilaçların SD üzerindeki etkisini açıklayabilmektedir (27).

Pityriasis versicolor ve mantar nedenli olarak bilinen pityrosporum folikülit ve diğer deri sayrılıkları ile ilişkili olan SD, rozase ve akne vulgaris gibi dermatolojik sayrılıklarla da birliktelik gösterebilir (14).

2.2. Klinik

Çeşitli klinik görünümle seyreden SD başlıca; infantil ve erişkin form olmak üzere incelenebilir. Infantil ve erişkin form SD sıklıkla kendisini sınırlar; fakat generalize bir hal alabilir ve nadiren de olsa eritrodermik forma dönüşebilir (12,45,55). Sayrılık, infantil ve erişkin dönemde farklı özellikler göstermektedir (28).

İNİFANTİL SEBOREİK DERMATİT

İnfanıl seboreik dermatit (İSD) kronik, inflamatuvar bir deri sayrılığıdır, tipik olarak bebeklerde ve küçük çocuklarda düzensiz sınırlı, yağlı görünümlü bir kızarıklığa neden olur. Yağ bezlerinin daha sık görüldüğü deri bölgelerinde, yani asıl olarak saçlı deri ve intertriginöz bölgelerde (derinin friksiyonu ile) oluşur. Sıklıkla “beşik kapağı” olarak adlandırılan saçlı deriyi içerir, bu isimlendirmenin nedeni; eritemli inflamatuvar bir zemindeki sert pullu lekelerin bir kapağa benzer şekilde kalınlaşması ve birleşme eğiliminde olmasıdır (13).

Saçlı derinin rengi beyaz veya sarı olabilir. İSD ayrıca kaşları, retroauriküler bölgeyi, bez bağlama alanını, boyun ve aksilladaki intertriginöz bölgeyi de etkileyebilir. İntertriginöz bölgedeki görünüm, saçlı deride görülen sarımsı pullu döküntü yerine; nemli kırmızı bir döküntü şeklinde olabilir. Döküntü kaşıntılı veya ağrılı değildir ve genellikle bebekler bundan habersizdir, ancak ebeveynlere sıkıntı verebilir. Genellikle kendi kendini sınırlar, çoğu durumda bebek dört ila altı aylık iken temizlenir (13,56).

İSD genellikle doğumdan yaklaşık 1 hafta sonra başlar ve ilk 3 ay boyunca devam eder. İSD’in saçlı deri tutulumunda, başlangıçta ön fontanel ve vertex bölgesinde yoğun, yağlı, zemine sıkıca yapışmış skuamlar görülür. Skuamlar yayılarak tüm saçlı deriyi tutabilir. Lezyonlara inflamasyon ve eksüdasyon eşlik edebilir (12). Saçlı deride özellikle frontal ve parietal bölgeler, halk arasında “konak” olarak da isimlendirilen yağlı görünümde skuamlarla kaplıdır. Bu lezyonlarda eritem ve

inflamasyona sık olarak rastlanmaz ve saç kaybı izlenmez. Sayrılığın seyrinde özellikle irritasyona yol açan tedavi yöntemleri uygulanması halinde, lezyonlar eritemli plaklara dönüşebilir (27,45).

İSD'nin yüzdeki lezyon lokalizasyonu daha çok orta hat ve kaşlarda bulunmaktadır. İntertriginöz bölgede, bez bağlanan alanda eritemli plaklar gözlemlenebilir, bu lezyonlarda inflamasyon ve eksudasyon izlenebilir; maserasyon olması nedeni ile infeksiyonlar da (kandida albicans, stafilokokus aureus infeksiyonları gibi) tabloya ek olarak gözlenebilir (55,36). Prognoz iyidir. Sayrılık genellikle 6-8 ay içinde kendiliğinden geriler. İSD öyküsü olan her hastada, ilerleyen yaşlarda erişkin tipte SD gelişmesi beklenmez (27,45).

İSD dünya çapında görülür ve tüm etnik grupları etkiler. Büyük bir toplum temelli çalışmada bildirildiği gibi İSD, yaşamın ilk üç ayında (% 71.7) ve bir yaşın altındaki çocuklarda (% 44.5) yüksek prevalansa sahiptir. 12-23 aylık yaş aralığı için bu oran % 7.5'tir. Bu vakaların çoğu hafif bir kliniğe sahiptir. Akabinde üç yaşında çocuklarda prevalans <% 1'e düşmektedir (58,59). Almanya'da yapılan bir toplum temelli kohort çalışmasında, yaşamın ilk yılında beşik kapağı prevalansı % 58.4 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu çalışmanın sadece doktorun klinik bildirimi ile yapılması nedeniyle gerçek prevalans yeterince saptanamamış olabilir (60). Hindistan'da yapılan bir çalışmada ayaktan tedavi alan çocuk dermatoloji kliniği kayıtları retrospektif olarak gözden geçirilmiş; ve <1 yaşından küçük çocukların % 52.4'ünde İSD olduğu bildirilmiştir (61).

LEİNER SAYRILIĞI (ERYTHRODERMIA DESQUAMATIVA)

Leiner sayrılığı nadir gözlemlenen bir klinik tablo olup; SD'in eritrodermik varyantı olarak isimlendirilebilir. Leiner tarafından 1908 yılında ilk kez tanımlandığı için ismini Leiner'den almıştır. Familial ve nonfamilial olmak üzere iki tipi bulunmaktadır. Familial tipinin gelişmesinden, kompleman 5 (C5) disfonksiyonuna bağlı opsonizasyon bozukluğu sorumludur (36,50). Leiner sayrılığı için olası bir diğer etiyoloji biyotin (A vitamin) eksikliğidir.

Hastalarda ciddi eritrodermi klinik görünümünde SD, diyare, kusma ve anemi görülmektedir. Sekonder bakteriyel infeksiyonlar sıklıkla izlenmektedir. Kız ve erkeklerde eşit oranlarda görülmektedir. ABD'de 200.000'den az oranla görülmüştür. Ağır seyirli bir tablodur ama iyi yoğun bakım şartlarının sağlanması halinde prognoz kötü değildir (57,27,45,62,63).

ERİŞKİN TİP SEBOREİK DERMATİT

Erişkin tip SD; İSD'den farklı olarak rekürrens ve remisyonlarla yıllar boyunca devam eder. Saçlı deri, göz kapakları, nazolabial sulkus, retroaurikuler bölge ve sternum üzerinde sebore, skuam, hafif eritem ve kaşıntı ile seyrederek. Özellikle kadınlarda paranazal bölgede izlenen eritem ve skuam ile seyreden tablo eritema paranazale olarak isimlendirilmiştir (27,45).

Yama biçimli SD, kronik, rekürren lezyonlarla seyreden SD'in klasik tipidir. Saçlı deri, retroaurikuler bölge, dış kulak yolu, kaşların medial kısımları, glabella, nazolabial sulkus, presternal ve interskapuler bölgelerde (ekzema mediothoracicum); daha nadiren de aksilla, meme altları, inguinal bölge gibi intertriginöz bölgelerde yerleşme eğilimindedir (27).

Pitriasis simplex kapitis, saçlı deride eritem ve inflamasyon olmaksızın ince skuamlı dökülerin bulunduğu, SD'in hafif seyirli bir klinik formudur (12). Saçlı derideki SD lezyonlarının en erken formu kepektir. Daha şiddetli evrelerde ise lezyonlar, perifoliküler eritem ve skuam ile keskin sınırlı yamalara dönüşür. Lezyonların saç çizgisinde ilerlemesiyle ortaya çıkan görünüm "corona seboreika" olarak adlandırılır. Retroaurikuler, periaurikuler bölge ve boyun kenarları da tutulabilir. Eksternal otit tablosu kliniğe eşlik edebilir. Kronik vakalarda, hafif boyutta saç kaybı olabilir; ama bu durum inflamasyon baskılandığında geri dönüşümlüdür (28).

Tinea amiantasea, saçlı deride multiple veya tek sayıda, kalın, gümüş rengi, saça yapışık skuam gelişmesi ile seyreden ve genellikle SD spektrumu içinde sınıflandırılan bir sayrılıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Her yaşta görülebilir. Streptokoksik enfeksiyonları, SD, atopik dermatit, liken simplex ve psoriasisın bir komplikasyonu olduğu; ya da bu sayrılıkların seyri sırasında gelişebileceği kabul görmektedir (57,27,64).

SD'in yüzdeki lezyonları, genellikle simetrik, sarımsı-kırmızı skuamlarla karakterizedir (12). Yüz tutulumu genellikle saçlı deri tutulumu ile birliktelik göstermektedir. SD'e zaman zaman blefarit tablosu da eşlik edebilmektedir. Erkeklerde sakal bölgesine lokalize olan SD'de, sakalların kesilmesiyle lezyonlarda iyileşme görülebilir. Stres, güneş maruziyeti gibi durumlar lezyonların kilniğinde kötüleşmeye neden olabilir (28).

Gövde lezyonları daha çok presternal ve intertriginöz bölgelerde yerleşim gösterir. Gövdedeki lezyonlar: Üzeri skuamlı papular dökü gelişimi ile başlayıp, yuvarlak şekiller oluşturarak çevreye yayılan "petaloid tip" ve pitiriazis rozeaya benzeyen "pitiriaziform tip" olmak üzere iki farklı klinik tablo sergiler (57,12). Gövdede en sık görülen; petaloid tiptir. Petaloid tip; genellikle

erkeklerde, göğüs ve interskapular alanda eritemli papular dökü şeklinde ortaya çıkar. Bazen lezyonlar, generalize bir hal alarak ve birbirleriyle birleşerek figüre erupsiyon kliniğine neden olabilir (28). Pitiriaziform tip ise petaloid tipe oranla daha az görülmektedir. Pitiriaziform tip SD'de eritem ve skuamın eşlik ettiği generalize bir erupsiyon bulunmaktadır. Kliniği pitiriazis rozeaya benzer; ama döküler daha yaygın seyreder. Pitiriaziform tip SD'de madalyon plak olmaması ayırıcı tanıda yardımcıdır. Kaşıntısız döküler, pitiriazis rozeadan daha uzun bir sürede spontan olarak geriler (28,45).

Aksiller bölge, kasıklar, anogenital bölge ve meme altlarında, intertrigoya benzeyen keskin sınırlı ve eritemli lezyonlar izlenebilir. Bu bölgelerde skuam çok belirgin olmamakla birlikte; maserasyon ve sekonder infeksiyon lezyonları şiddetlendirebilir. SD'in seyri sırasında nadiren de olsa eritrodermi gelişebilir (57,28).

2.2.1 Histopatoloji

SD histopatolojisi psoriasisın ve spongiotik dermatitin histopatolojik özelliklerinin birlikte görülmesi şeklindedir (55). Bulgular sayrılığın süresi ve şiddetine göre değişken olabilir. Akut ve subakut dönemli bireylerde hafif veya orta derecede spongiyoz, süperfisyal perivasküler lenfositik infiltrasyon, hafif derecede psoriasiform hiperplazi, orto-parakeratozla birlikte foliküler tıkaçlar ve foliküler ostiumlarda nötrofilleri de içeren skuam-krusta formasyonu izlenir. Kronik dönemli lezyonlarda ise bu bulgulara, yüzeyel pleksusta bulunan kapiller ve venüllerde belirgin izlenen dilatasyon da eklenirken; irregüler akantoz ve fokal parakeratoz gözlemlenir. Histopatolojik bulgularında psoriasisten ayırt ettirici ana bulgu ise spongiyozdur, ayrıca psoriasiste bulunan nötrofil ekzositozu, Munro mikroabsesi ve parakeratotik korneum tabakası SD vakasında bulunmaz (12,36).

AIDS ile ilişkili SD'te histopatolojik bulgular klasik SD'ten bazı farklılıklar gösterir. Spongiyoz çok nadir rastlanan bir bulgu iken; parakeratoz yaygındır. Histopatolojik kesitlerde nekrotik keratinositler de izlenebilir. Dermoepidermal bileşke, lenfosit kümeleri ile oblitere olur iken; dermiste ise hiperprolifere damar duvarları, artmış plazma hücreleri ve lökositoklazi izlenir (13,45).

2.2.2. Ayırıcı Tanı

SD'in çeşitli klinik formları dikkate alındığında, ayırıcı tanısında çok fazla sayıda sayrılık yer almaktadır. Bunlar arasında birincil olarak psoriasis olmak üzere kontakt dermatit, liken simpleks, pitiriazis rosea, pitiriazis versikolor, kandidiyazis, impetigo, dermatofit infeksiyonları, eritrazma, akut fleksural dermatit, pemfigus foliaceus, atopik dermatit, Darier ve ilaç döküntüleri bulunmaktadır (18,65). Ayırıcı tanı ile ilişkili diğer sayrılıklar tablo 2 de verilmiştir.

İSD ile kliniği en çok benzerlik gösteren sayrılık atopik dermatittir. Atopik dermatitte lezyonların genellikle 3. aydan sonra ortaya çıkması, lezyonların SD'e göre daha kaşıntılı olması, lezyonların yüz ve ekstensör bölgelerde yerleşimi klinik ayırıcıda yol göstericidir. Genellikle İSD'li hastaların ailelerinde atopi öyküsü bulunmaktadır. Psoriasis, skabiyez ve Langerhans hücreli histiositozis İSD'in ayırıcı tanısında yer alan diğer sayrılıklardır. Langerhans hücreli histiositozis; özellikle tedaviye dirençli lezyonlarda ve hepatosplenomegali varlığında akla gelmelidir (27,45).

İSD ile benzer kliniğe sahip bir diğer sayrılık olan iritan diaper dermatiti, bez bağlama bölgesine lokalizedir. Yetişkin SD'in aksine İSD'de deri kıvrımı tutulumu görülmektedir. İlk klinik bulgusu psoriasiform diaper dermatit olabilen infantil psoriasis ise bazen hem klinik hem de histolojik olarak SD'ten ayrımı zordur. Skabiyez durumunda da bebekte dermatit oluşabilir, ancak kaşıntı yoğunluğu ve ekskoryasyonlar SD'ten ayırıcıda yol göstericidir (2,36).

Erişkin tip SD'in, saçlı deriyi tutması halinde klinik ayırıcıda en çok zorlanılan sayrılık psoriasisdir. İki sayrılık, psoriasis lezyonlarında eritem ve skuamın daha yoğun olması ve vücudun diğer bölgelerinin muayenesi ile birbirinden ayrılabilir. Bununla birlikte ailede psoriasis öyküsünün sorgulanması önem teşkil etmektedir (28). Genellikle klinik olarak psoriasis plakları daha dağınık, daha az oranda kaşıntılıdır, sebore ile ilişkisi bulunmaz. Psoriasis plakları daha kalın tabakalı, sedef renginde skuamlarla kaplıdır. Ayrıca saçlı deri dışında, diz ve dirsek bölgelerinde psoriasis plaklarının bulunması ya da tırnak tutulumunun bulunması durumunda klinik ayırım kolaylaşır. Ancak bazen saçlı deri psoriasis SD ile birlikte bulunabilir. Saçlı deri bölgesinde deri kuruluğuna bağlı olarak ortaya çıkabilen deskuamasyonda ise, SD'nin aksine, saçlar da daha kuru ve kırılmalıdır (66,13).

Ense yerleşimli lezyonlar özellikle kadın hastalarda izlendiğinde, liken simpleks kronikus ile karışabilir (28). Liken simpleks kronikusta görülen plakların, SD'e göre daha kalın ve daha hassas olması klinik ayırıcıda yardımcıdır. Enfekte dermatit ile birlikte seyreden kontakt

dermatit, pedikülozis ve tinea capitis de saçlı deri tutulumuyla seyreden SD ile karışabilmektedir (67,68)

SD'in pitriaziform tipte lezyonları pitriazis rosea ile karışabilir. Pitriazis roseada izlenen madalyon plağın SD'de bulunmaması ve SD lezyonlarının çok yoğun olması klinik ayırırda yardımcı olabilir (28).

İntertriginöz bölgeyi tutan SD'in, kandida enfeksiyonu, eritrazma, invers psoriasis, Langerhans hücreli histiositozis ve akut fleksural dermatit ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (12,28).

Yüz ve gövdenin orta hattında yerleşim gösteren krutlu, kalın skuamlı SD lezyonları, pemfigus eritematozus ve pemfigus foliaceus ile karışabilir. Deri biyopsisi ile kesin tanı konulabilir (28).

SD'in gövde yerleşimli lezyonlarında; pitriazis versikolor, Darier ve ilaç erüpsiyonları ayırıcı tanıda düşünülmelidir (12,28). Çinko eksikliğinde ortaya çıkan döküntüler SD'i taklit edebilir (58). Metildopa, klorpromazin gibi bazı ilaçlar ise SD benzeri deri döküntülerine neden olabilir (28).

Tablo2:Seboreik Dermatit Ayırıcı Tanı

Tinea capitis	Atopik dermatit
Uyuz (skabiyez)	B Vitamini Eksikliği
Eritrazma	Kontakt dermatit
Langerhans hücreli histiyositoz	Pemfigus Eritematozus
Wiskott-Aldrich	Çinko eksikliği
Kutan lupus	Rosacea
Psorias	İlaç döküntüsü
Dermatomiyozit	İmpetigo
Pemfigus foliaceus,	
Benign familyal pemfigus	

2.3. Tedavi

SD alevlenmelerini kontrol altına almaya yönelik olan tedavi; sayrılığın şiddetine, morfolojik değişikliklere ve daha önce kullanılan tedavilerden alınan yanıtı göre değişim göstermektedir (47). Tedavinin amacı; skuam ve kabukların yumuşatılarak ortadan kaldırılarak mantar kolonizasyonunun inhibe edilmesi, sekonder olarak gelişecek enfeksiyonun olabildiğince

engellenmesi, eritemin ve bireydeki kaşıntının makul seviyede azaltılmasıdır (60). Etkilenen bölgelerin su ile temizlenmesi, terlemenin önlenmesi temelinde kışın sıcak tutan giysilerden kaçınılması ve alınacak diğer önlemlerdir (55).

Farmakolojik tedavide, maya kolonizasyonunu azaltan antifungal ve antiinflamatuvar ajanlar kullanılmaktadır. Topikal tedavide daha önce antiinflamatuvar ajanlar ön plandayken, günümüzde antifungal tedavileer da oldukça önem kazanmıştır (55). Hijyen, sayrılığın kontrolünde kilit rol oynadığından, hastalara hijyenin önemi anlatılmalıdır.

2.3.1 Topikal tedavi

2.3.1.1 Keratolitikler

Semptomatik tedaviye yönelik olarak topikal üre, propilen glikol ve laktik asit SD tedavisinde keratolitik olarak kullanılabilir (1). Selenyum sülfid ve sülfür bileşiklerinde keratolitik etki bulunmaktadır. Bu ajanlar, SD'deki mitotik aktiviteyi inhibe edilerek Malassezia sayısının azalmasına sebep olurlar (55). Nonspesifik bir keratolitik olan çinko pirityonun antifungal etkisi de bulunmaktadır. Çinko pirityon ve katran ekstresi kombinasyonunun kaşıntı ve kepeklenmeyi iyileştirdiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (2).

2.3.1.2 Kortikosteroidler

Topikal steroidler tedavinin başlıca ajanları olmasına rağmen, yan etkilerini önlemek amacıyla uzun süreli kullanımından kaçınılması ve sayrılığın kontrolünü sağlamak amacıyla alternatif tedavi yöntemlerinin kullanması gerekmektedir (73).

2.3.1.3. Antifungaller

Topikal antifungal ajan olan ketokonazol, yüz ve vücut bölgesi SD'sinde kullanılan başlıca tedavi seçeneklerindendir. Yan etkilerinden dolayı topikal kortikosteroid ve kalsinörin inhibitörü gibi anti-inflamatuvar ajanların kısa süreliğine kullanılması gerekmektedir (62). Ketokonazolün %2'lik köpük formunda SD tedavisinde günde iki kez uzun süreli kullanıldığında etkili ve güvenli olduğu bildirilmiştir (69). Sertakonazolun %2 krem formunun orta ve şiddetli fasyal bölge SD tedavisinde etkili ve birey tarafından iyi tolere edilebilen bir seçenek olduğu bildirilmiştir (70).

SD'li bireylerde %1 lik terbinafin ile %2 lik ketokonazol krem kullanımının karşılaştırıldığı bir çalışmada, iki ajanın da fasiyal SD tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (71). Şampuan, krem ve jel formunda kullanılabilen %1'lik Sikloproksolamin, antiinflamatuvar etkili ve geniş spektrumlu antifungal bir ajan olup, saçlı deri ve yüz SD tedavisinde kullanılabileceği çalışmalarda gösterilmiştir (1). %1'lik Bifonazol ve %40 lık üre kombinasyonunun, saçlı deri ve yüz bölgesindeki SD tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (55). Bir çalışmada, mikonazol şampuan kullanımının saçlı deri SD tedavisinde en az ketokonazol şampuan kadar etkili olduğu ve güvenle kullanılabileceği bildirilmiştir (72). Çinko piritiyonun, maya inhibisyonunu sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (1).

2.3.1.4. İmmunomodülatörler

Topikal kalsinörin inhibitörleri, immünomodülatör ve antiinflamatuvar olmalarından dolayı SD'li hastalarda sıklıkla kullanılmış olup özellikle %0,1 takrolimus merhem SD'de hafif şiddette küçük vaka lezyonlarında etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Saçlı deri SD'li 83 kişi ile yapılan bir çalışmada takrolimus, betametazon losyon ve çinko şampuan kadar etkili olduğu tespit edilmiştir. Takrolimus ile topikal betametazona kıyasla daha uzun iyileşme süresi bildirilmiştir. %0,1 takrolimus merhem, erişkin dönem fasiyal SD tedavisinde %1 hidrokortizon merhem ile kıyaslandığı bir çalışmada, iki ajanda da benzer etki ve iyi tolerans olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, pimekrolimusun topikal antifungaller ve topikal kortikosteroidler ile kıyaslanabilir etkinliği gösterilmiştir (1). %1 topikal pimekrolimus, topikal kortikosteroidlere göre uzun süreli kullanımda güvenli ve etkili olması nedeni ile SD tedavisinde kullanılan kortikosteroidlere iyi bir alternatiftir (73).

2.3.1.5. Kombine Tedavi Yöntemleri

Topikal antifungaller veya topikal kortikosteroidler SD tedavisinde ilk sıralarda yer almakta olup; bazı durumlarda kombine olarak da kullanılabilirler. Topikal antifungaller SD'de antiinflamatuvar yanıtı ve Malassezia proliferasyonunu azaltmaları nedeniyle kullanılırlar. Tüm vücutta kullanımları güvenli olarak tespit edilmiş olan topikal antifungal ajanlar; ince ve hassas deri türlerinde ve infantlarda dahil kullanılabilirler. Genellikle topikal bir kortikosteroid ile birlikte kullanılırlar. 326 orta-şiddetli saçlı deri SD tanılı bireyle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, haftada iki defa %0,05 klobetazol propionat şampuanın haftada iki defa %2

ketokonazol şampuan ile dört haftalık kombine kullanımının, tek başına ketokonazol şampuan monoterapi tedavisinden daha etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, %1 bifonazol merhem, %2 ketokonazol krem veya şampuan ve %2 flukonazol şampuan içeren topikal azollerin de etkili ve birey tarafından iyi tolere edilebilen ajanlar oldukları gösterilmiştir (1).

2.3.1.6. Lityum Bileşikleri

İn vitro şartlarında yapılan çalışmalarda lityum tuzu kullanımının, SD’de kullanılabilecek konsantrasyonda kullanıldığında maya proliferasyonu inhibisyonuna neden olduğu gösterilmiştir. Lityum tuzları, araşidonik asit üretiminin inhibisyonunu sağlayarak, antiinflamatuvar etki sağlarlar. Lityum süksinat pomadın, AIDS ve fasiyal SD’nin birlikte seyrettiği durumlarda ve HIV negatif olan SD’li durumlarda etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Lityum süksinat pomad kullanımının saçlı deri haricinde tüm bölgelerin SD lezyonlarının kontrolü için tek başına yeterli olduğu tespit edilmiştir. Orta-şiddetli derecede fasiyal SD’li hastalarda yapılan bir çalışmada, %8 lityum glukonat pomad; %2 ketokonazol emülsiyon ile karşılaştırılmış ve daha etkili bulunmuştur (74).

2.3.1.7. Metronidazol

Antiinflamatuvar etkisi bulunan topikal metronidazolün, SD tedavisinde alternatif olabileceği bildirilmiştir. Ancak bu anlamda yapılan bir çalışmada, SD tedavisinde plasebo grubuna üstünlüğünün bulunmadığı saptanmıştır (75). 60 fasiyal SD’li bireyde yapılan randomize kontrollü bir çalışma, 4 haftalık kullanımda topikal %0,75 metronidazol jelin, %2 ketokonazol krem ile benzer etkinlik oranı ve güvenli kullanım profiline sahip olduğu bildirilmiştir (1).

2.3.2. Diğer Tedavi Seçenekleri

Yüz ve saçlı deri bölgesinde sebopsoriasis veya SD bulunan hastalara 1-24 dihidroksikolekalsiferol kremin günde iki kez dört hafta uygulandığı bir çalışmada, lezyonların iyileştiği gözlenmiştir. Bu bireylerde iki ay sonra rekürrens bildirimi tespit edilmemiştir (74). “Çay ağacı” yağının, Pityrosporum ovale gibi bazı mikroorganizmalara karşı etkili olduğu öne sürülmüştür (74,76). “Aloe vera” ekstresinin dört ila altı hafta boyunca günde iki kez topikal olarak uygulanmasının plasebo grubundan üstün olduğunu, skuamları ve kaşıntı şikayetini azalttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (74). %2 lik hiyalüronik asit jelin kullanımı deri

inflamasyon oranını azaltmada etkilidir (77). Topikal düşük molekül ağırlıklı hiyalüronik asit jel kullanımının erişkin fasiyal SD tedavisi için bir seçenek olabileceği birçok çalışma tarafından bildirilmiştir (77,78). Son yıllarda ılık su ile sulandırılmış %90 balın, SD ve skuamların tedavisinde kullanıldığı rapor edilmiştir. Balın, bir miktar antifungal aktivite yaptığı bildirilmiştir (2). Bir çalışmada, propilen glikol solüsyonu, şiddetli saçlı deri SD lezyonunda dört hafta kullanılmış; eritem ve deskuamasyonda önemli derecede gerileme olduğu saptanmıştır (1). “Quassia amaranın” antifungal ve antiinflamatuvar özellikleri mevcuttur. %4 quassia amara topikal jelin, fasiyal SD tedavisinde yeni bir seçenek olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur (79). SD tedavisinde nonsteroid kremler etkili ve güvenli bulunmuştur (80). Bir çalışmada, %4 topikal nikotinamidin SD tedavisi için alternatif olabileceği bildirilmiştir (81). Antiinflamatuvar ve antioksidan özelliklere sahip “emu yağı” ile klotrimazol ve hidrokortizonun etkilerini karşılaştıran bir çalışmada, emu yağının SD ile ilişkili kaşıntı, pullanma ve eritem bölgesinin iyileşmesinde faydalı bir ajan olduğu, fakat hidrokortizon ve klotrimazolden daha az etkisinin bulunduğu bildirilmiştir (82).

2.3.2.1. Sistemik Tedavi

Şiddetli seyreden ve/veya topikal tedaviye yanıt vermeyen SD vakalarında sistemik ajanlar reçete edilmelidir (31).

2.3.2.2. Ketokonazol

Ketokonazol doz rejimi, saçlı deri ve vücuttaki SD lezyonlarında dört hafta 200 mg/gün dozunda kullanımı şeklinde önerilmiştir (31,1,55). Dört haftadan daha uzun süreli kullanımında yan etki olasılığı artmaktadır(55).

2.3.2.3 İtrakonazol

İtrakonazol kullanımında önerilen doz rejimi, ayın ilk haftası için 200 mg/gün ve takip eden 2-11 ay süreyle , ayda iki gün 200 mg/gün kullanımdır (31). İtrakonazol’ün SD’deki sitokin seviyesi ve klinik tablo üzerine yararlı olduğu tespit edilmiştir (83).

2.3.2.4 Flukonazol

Flukonazol doz rejiminin, iki-dört hafta için 200-300 mg/hafta dozunda veya iki hafta için 50 mg/gün şeklinde kullanımı önerilmiştir (31).

2.3.2.5 Terbinafin

Terbinafinin doz rejimi, dört-altı hafta boyunca 250 mg/gün veya aralıklı olarak üç ay için her ay 12 gün olacak şekilde kullanımdır (31). Aynı zamanda terbinafininin dört hafta süresince 250 mg/gün dozunda kullanımı ile SD lezyonları düzeldiği bildirilmiştir (55). Hem itrakonazol hem de terbinafinin, orta-şiddetli SD tedavisinde sistemik olarak kullanımında, SD şiddet indeksinde azalma sağladıkları bildirilmiştir. Terbinafin, itrakonazol'e göre sayrılığın şiddetinde daha fazla azalma sağlamıştır (84).

2.3.2.6. İzotretinoin

İzotretinoin antiinflamatuvar özelliklerinden dolayı, sebum salgısını azaltır. 0,1-0,3 mg/kg/gün veya 10-20 mg/gün dozunda başlanarak, dört hafta süresince bu dozda kullanılması önerilir. Günde 5-10 mg olacak şekilde uzun süreli kullanımı da önerilmektedir (55).

2.3.2.7. Dar bant UVB

Şiddetli SD durumunda çok etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir (74,85). Etki mekanizmasının, deride neden olduğu inflamatuvar ve immünolojik sürece olan düzenleyici etkisi ile ilişkili olabildiği bildirilmiştir. Ayrıca UV ışınının Pityrosporum ovale üzerindeki yapısal değişikliklere yol açarak, gelişmesini durdurabileceği raporlanmıştır (85). Fotokemoterapinin SD tedavisinde etkili olduğu rapor edilmektedir ve bununla birlikte psoralen ultraviyole A (PUVA) tedavisi altındaki hastalarda da SD gelişiminin izlendiği çalışmalar mevcuttur (74).

2.3.2.8. Glukokortikoidler

Mevcut tedavilere yanıt alınamayan jeneralize SD lezyonlarında, sistemik prednizolon 30 mg/gün dozda kullanıldığında hızlı yanıt alınır (86).

2.3.2.9. Diğer

İndole-3-asetik asit fotodinamik terapi SD tedavisinde kullanılan yeni bir ajan olup, İndole-3-asetik asit'in fasiyal SD için etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (87). Bununla birlikte sistemik promikonazol 200 mg dozda uygulanabilir (31).

2.4. DEPRESYON VE ANKSİYETE

Depresyon, düşük ruh hali ve aktiviteden kaçınma durumudur. Bir kişinin düşüncelerini, davranışlarını, motivasyonunu, duygularını ve esenlik duygusunu etkileyebilir. Üzüntü, düşünme ve konsantrasyonda zorluk ve iştahta ve uykuda harcanan zamanda önemli bir artış veya azalma olabilir. Depresyon yaşayan insanlar çaresizlik, umutsuzluk ve bazen intihar düşünceleri yaşayabilir. Kısa veya uzun vadeli olabilir. Depresyonun temel belirtisinin, genellikle insanlara neşe getiren bazı etkinliklerde ilgi kaybını veya zevk hissini ifade eden anhedonya olduğu söylenir. Depresif duygudurum, majör depresif bozukluk veya distimi gibi bazı duygudurum bozukluklarının bir belirtisidir; sevilen birinin kaybı gibi yaşam olaylarına normal bir geçici tepki; ve aynı zamanda bazı fiziksel hastalıkların bir belirtisidir ve bazı ilaçların ve tıbbi tedavilerin bir yan etkisidir. (88). Depresyonun genel toplumda görülme oranı%3-5 iken, dermatoloji hastalarında görülme oranı %25-40 olarak rapor edilmiştir (89,10).

Anksiyete, sıklıkla ileri geri yürümek, somatik şikayetler ve ruminasyon gibi sinirsel davranışların eşlik ettiği hoş olmayan bir iç kargaşa durumu ile karakterize bir duygudur. Beklenen olaylar karşısında öznel olarak hoş olmayan dehşet duygularıdır. Anksiyete, genellikle öznel olarak tehditkar olarak görülen bir duruma aşırı tepki olarak genelleştirilmiş ve odaklanmamış bir huzursuzluk ve endişe hissidir. Genellikle kas gerginliği, huzursuzluk, yorgunluk ve konsantrasyon problemleri eşlik eder. Normalde uygun olduğu düşünülürse, kaygı düzenli olarak yaşandığında birey bir kaygı bozukluğundan muzdarip olabilir. Kaygı, gerçek veya algılanan acil bir tehdide bir yanıt olan korku ile yakından ilişkilidir; anksiyete gelecekteki tehdit beklentisini içerir. Anksiyete ile karşı karşıya olan insanlar, bireyde kaygı uyandıran durumlardan çekilebilir (65,90,91).

Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların %40-80’inde önemli psikiyatrik sorunlar saptandığı bildirilmiştir. Bu psikiyatrik tabloların bir kısmı deri sayrılıklarına sekonder gelişebileceği gibi, bir kısmı da mevcut dermatolojik sayrılığı tetikleyip yakınmaları arttırabilir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda deri sayrılıklarının yaşam kalitesini, benlik saygısını, günlük yaşamı, ailelerini, sosyal çevresini çeşitli açılardan etkilediğini, depresyon, anksiyete gibi ikincil psikiyatrik tabloların sık görüldüğünü ortaya koymuştur (90). Dermatolojik sayrılıklar sonucu ortaya çıkan ya da bu sayrılıklara eşlik eden en sık psikiyatrik tablolar depresyon ve anksiyetedir (91). Yapılan çalışmalarda seboreik dermatit hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmış olduğu ve sayrılığın yaşam kalitelerinde bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir (92,93,94).



3. MATERYAL VE METOD

Tanımlayıcı, gözlemsel çalışma niteliğinde olan bu çalışmaya Şubat 2019- Aralık 2019 tarihleri arasında polikliniğe 18 yaş üstünde yüzde ve/veya saçlı deride kızarıklık ve pullanma şikayeti ile başvuran ve dermatolojik muayene sonucunda SD tanısı alan 120 olgu gönüllülük esasına dayanılarak dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18 yaş ve üzerinde olmak
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniği ve Bilecik Devlet Hastanesi Polikliniği'ne yüzde ve/veya saçlı deride kızarıklık ve pullanma yakınması ile başvuran olgulardan klinik muayene sonrasında SD tanısı almış olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 1- 18 yaşından küçük olgular
- 2- SD dışında diğer fasyal ve saçlı deri dermatozu olanlar
3. Çalışmanın yönergesini anlayabilecek bilişsel yetinin bulunmaması

Sözlü ve yazılı onayların alınması sonrası hastaların kişisel bilgileri sosyodemografik veri formlarına (Ek-1) kaydedilmiştir. Veri formlarının doldurulmansın ardından hastalara; Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi (SEDASI) (Ek-2), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-3), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-4) ,Dismorfofobi Anketi (Ek-5), Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6), Beck Anksiyete Ölçeği (Ek-7), Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (Ek-8), Beck Depresyon Ölçeği (Ek-9), Liebowitz Sosyal Fobi (Ek-10) belirtileri ölçeği uygulanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1):

Hastaların tespiti sonrası çalışmaya katılan gönüllülerin adını, soyadını, yaşını, meslek bilgilerini, medeni durumunu, eğitim düzeyini, telefon numarasını, adres bilgilerini içeren sosyodemografik veri formları doldurulmuştur. Hasta grubunda bu veri formlarına ayrıca alkol ve sigara kullanım öyküsü, hastaların şikayetlerinin ne kadar zamandır olduğu, sayrılığın başlama zamanı, daha önceki sağaltım öyküsü ve süresi, daha önceki tedavilere yanıtı, eşlik eden psikiyatrik sayrılık öyküsü kaydedilmiştir (95).

Seboreik Dermatit Alan Ve Şiddet İndeksi (SEDASI) (Ek-2):

SD'nin klinik belirtileri tipiktir, ancak ciddiye skorları şu ana kadar mevcut değildir, böylece Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet Endeksi (SEDASI) adında yeni basit bir araç sunulmaktadır. Bu şiddet skora sistemi, yüzün dört bölgesinin değerlendirilmesine dayanmaktadır; her biri tüm yüz yüzeyinin yaklaşık% 25'ini temsil eder: burun (nazolabial kıvrımlar dahil), alın (kaşlar ve üst göz kapakları dahil), sol yanak (alt göz kapakları, kulak ve çene dahil) ve sağ yanak (alt göz kapakları, kulak dahil ve Çene) (95).

Her bölge için 4 madde dikkate alınır:

1) SD'in yaygınlığı deri bölgesinin tutulum yüzdesi (görünür lezyon yok=0;

% 1-9= 1 puan; % 10-29= 2 puan; % 30-49=3 puan; % 50-69= 4 puan; %70-89=5 puan;

% 90-100=6 puan);

2) Görünüm paterni (görünür lezyon yok= 0; az sayıda dağınık yamalar= 1;

çoklu ve / veya kümelenmiş yamalar= 2; büyük ve / veya konfluent yamalar= 3);

3) Eritem derecesi (yok= 0; pembe= 1; pembe-kırmızı=2; yoğun kırmızı=3);

4) Skuam derecesi (yok=0; ince küçük skuamalar=1; orta kalınlıkta skuamalar=2;

büyük, kalın skuamalar= 3).

Sayırlık şiddeti bu 4 maddeye göre değerlendirildikten sonra elde edilen puanlar toplanır. Toplam puan 0 (SD yok) ile 60 (mümkün olan en kötü derecedeki SD) arasında değişebilir.

Son olarak, SD'den etkilenen 50 hastanın bir serisinin ön değerlendirmesine dayanarak, yüz SEDASI skorunun aşağıdaki gibi tanımlanması önerilmiştir:

1-14 hafif; 15-29 orta; 30-44 şiddetli; 45-60 çok şiddetli.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) (Ek-3):

Sosyolog Morris Rosenberg tarafından geliştirilen Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), sosyal bilim araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir benlik saygısı ölçüsüdür. Maddelerin beşinde olumlu ifadeler, beşinde ise negatif ifadeler bulunmaktadır. Ölçek benlik hakkındaki hem olumlu hem de olumsuz duyguları ölçerek küresel benlik değerini ölçer. Ölçeğin geliştirildiği orijinal örnek, New York'ta rastgele seçilen 10 okuldan gelen 5.024 lise ortaokul öğrencisinden

ve yaşlılardan oluşuyordu. RBSÖ; benlik saygısı değerlendirmesi için güvenilir ve geçerli bir nicel araç olarak kabul edilir (96,97).

Geçerlilik güvenirlik çalışması 1986'da Çuhadaroglu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (98). Ölçeğin puanlaması yapılırken elde edilen puan düşük ise yüksek benlik saygısı; puanın yüksek çıkması durumu ise düşük benlik saygısını göstermekte olup; ölçeğin 1.2.4.6. ve 7. Soruları olumlu iken diğer maddeler olumsuzdur. Ölçekte olumlu ve olumsuz sorular art arda verilmiştir. Toplam puan 0–1 benlik saygısı yüksek, 2–4 orta, 5–6 düşük benlik saygısını göstermektedir (95,98).

Durumluluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) (Ek-4):

Kaygının ölçülmesi 1951 yılında öğrenme psikoloğu olarak çalışan Taylor tarafından tasarlanmıştır. Taylor göz kapağı hareketlerini incelediği bir deney sırasında kaygıyı ölçme fikrini geliştirmiştir. İlk geliştirilen ölçek Açık Kaygı Ölçeği dir. DSKÖ, 1970 yılında C.D. Spielberger tarafından geliştirilmiştir ve pek çok ülkede geçerlilik ve güvenirliği yapılan bir ölçektir (10,11). Türkçe'ye Öner ve Le Compte tarafından çevrilerek geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır ve bireyin kendi kendini değerlendirdiği bir öz-değerlendirme anketidir. (136,137)

1-Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir alanda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini tespit eder.

2-Sürekli Kaygı Ölçeği: Bireyin bulunduğu durum ve koşuldan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirleyen bir ankettir.

Likert tipi 20 soru kaygının sürekliliğini; 20 si durumluk kaygısını ölçen toplam 40 maddeden oluşur. Seçenekler ‘hiç’, ‘biraz’, ‘çok’, ‘tamamı ile’ olacak şekilde sınıflandırılmıştır. Her iki ölçekten elde edilen puan değeri farklıdır. Bu ölçekte büyük puan kaygı seviyesinin yüksek, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir (11).

Dismorfofobi anketi (Ek-5):

Hastaların, hastalıklarıyla ilgili algılarının zihinlerini ne kadar meşgul ettiğini ve davranışlarını ne boyutta değiştirdiğini ölçmek amacıyla bu araştırmada kullanılmak üzere Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Cengiz Kılıç ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. 8 adet 4'lü likert tip sorudan oluşmuştur (99).

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (Ek-6):

10 sorudan oluşan bir ölçektir. Kişinin, hayatındaki son 1 ayda algıladığı stresin derecesini ölçmeyi amaçlar. Likert tipte bir ölçek olup 5 derecelik bir skalada skorlanır. Ölçek ilk olarak Cohen (93) tarafından 14 soru olarak geliştirilmiştir. Daha sonra 10 soruluk versiyonu yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Erci tarafından yapılmıştır (94). Ölçeğin Türkçe orijinali kullanılmıştır. 10 maddeden oluşan ASÖ-10 kişinin hayatında gelişen durumların birey tarafından ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanan bir ölçektir. Katılımcılar ölçekteki maddeleri “hiçbir zaman (0)” ile “çok sık (4)” arasında değişen 5’li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Ölçeğin 4., 5., 7. ve 8. maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. ASÖ-10’nun puanlama sistemi 0-40 arasında değişmektedir. Yüksek puan elde edildiğinde kişinin stres algısının fazla olduğuna işaret etmektedir. Cohen ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada; ölçeğin 3 farklı grup üzerinden elde edilen iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.84, 0.85, 0.86$ bulunmuştur (100).

ASÖ-10 için iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.82$ olarak bulunmuştur. Stres düzeyini sınıflandırmak için, en yüksek toplam puan üçe bölünerek 0-13 arasındaki puanlar düşük stres düzeyi, 14-26 arasındaki puanlar orta stres düzeyi ve ≥ 26 üzerindeki puanlar yüksek stres düzeyi olarak belirlenmiştir (100).

Beck anksiyete skalası (BAS) (Ek-7):

Aaron T. Beck ve diğer meslektaşları tarafından yaratılan Beck Anksiyete Skalası (BAS), çocuklarda ve yetişkinlerde anksiyetenin şiddetini ölçmek için kullanılan 21 soruluk çoktan seçmeli bir kendi kendine rapor envanteridir. Bu ölçekte kullanılan sorular, hastanın geçen hafta (aldığınız gün de dahil) sahip olduğu yaygın anksiyete belirtilerini (uyuşma ve karıncalanma, ısıya bağlı olmayan terleme ve en kötü durumdan korkma gibi) test etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Yüksek puan yaşanan anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir (101).

Dermatolojik yaşam kalite ölçeği (DYKİ)(Ek-8):

Yaşam Kalitesi değerlendirmesi, toplam DYKİ skorlamasının analiz edilmesinin yanı sıra; hastayı toplam DYKİ skorlamasına göre aşağıdaki alt gruplardan birine sınıflandırmak suretiyle gerçekleştirildi:

- etkilenmemiş (0-1 puan)
- hafif etkilenmiş (2-5 puan)
- orta derecede etkilenmiş (6-12 puan)
- Fazla etkilenmiş (13-20 puan)
- Çok fazla etkilenmiş (21 ve daha fazla puan).

Dermatolojiye özgü testler içerisinde en önemli ve yaygın olarak kullanılan Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DLQI= Dermatology Life Quality Index) dir. Bu test basit, anlaşılır, kısa, hastalara yönelik bir anket formu olup, günlük rutin klinik araştırmalarda kullanılabilmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili değişiklikleri gösterir semptomlar, hastaların hissettikleri, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme yöntemleri, okul/iş hayatı, bireysel ilişkiler, tedavi temeline dayandırılarak biçimlendirilmiş olup, sorular 4 cevaplıdır ve toplam 10 soru mevcuttur. Genel olarak hastaların son haftadaki durumlarının göze alınarak yanıt verilmesi önerilmektedir. DYKİ; dermatoloji kliniklerinde yatan hastalara, tedavi sonrası değişiklikleri tespit etmek amacıyla, dermatolojik cerrahi işlemleri sonrasında, oral retinoid tedavisi gören hastalarda uzun dönemdir kullanılmaktadır. Son zamanlarda bacak ülserleri, psoriyazis, pemfigus, ürtiker, vitiligo, alopesiye neden olan sayrılık, atopik dermatit, Behçet gibi sayrılık için de kullanılmaya başlanmıştır. Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi İngilizler tarafından geliştirilmiş olup Fransızca, Almanca, İtalyanca, İspanyolca, Türkçe, Dankça, Fince gibi pek çok dile çevrilmiştir ve yapılan çalışmalarla bu dillerde de testin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (102, 103).

Beck depresyon ölçeği (BDS) (Ek-9):

21 sorudan oluşan, depresyon belirti şiddetini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Kişideki son 1 haftadaki depresyon şiddetini ölçmeyi amaçlar. Ölçek ilk olarak Beck (104) tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra Türkçe versiyonu yapılmış ve geçerlik ve güvenilirliği Hisli (105) tarafından test edilmiştir. Dörtlü likert tip ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puan alır. Toplam 0 ile 63 puan arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik

makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Depresyon tanısının konulmasında verilen puan dağılımına göre:

- 11-17 puan hafif düzeyde depresyonu,
- 18-29 puan orta düzeyde depresyonu,
- 30-63 puan ise ciddi düzeyde depresyonu göstermektedir (105,106).

Liebowitz sosyal fobi belirtileri ölçeği (LSFÖ) (Ek-10):

Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ), bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirilmek üzere 1987 yılında Michael Liebowitz tarafından geliştirilmiştir. LSAS sosyal fobi için geçerliliği ve güvenirliği olan ve yine tedavi için duyarlı olan bir ölçektir (Heimberg ve ark. 1999). Ölçeğin Türkçe versiyonunun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (138). 13 adet performans ve 11 adet sosyal etkileşim durumunu içeren toplam şiddetin yanı sıra performans korku, performans kaçınma, sosyal korku ve sosyal kaçınmayı ölçen 24 adet maddeden oluşur (107).

İstatistiksel analiz

Çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Verilerin sosyo-demografik tanımlayıcı istatistikleri yapıldıktan sonra bireylerden alınan anket sonuçlarının normal dağılım olup olmadığı kontrol edilmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlandığı durumlarda parametrik (ANOVA); sağlanmadığı durumlarda non-parametrik testler (Kruskal Wallis) kullanılmıştır. Anketlerin birbiri ile ilişkisinin ölçülmesinde ise Spearmen Korelasyon analizi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmaya katılan 122 hastanın sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

(n=122)		n	%
Cinsiyet	Kadın	50	41,0
	Erkek	72	59,0
Eğitim düzeyi	İlkokul	6	4,9
	Ortaokul	8	6,6
	Lise	16	13,1
	Üniversite	92	75,4
Medeni durum	Bekar	61	50,0
	Evli	55	45,1
Meslek	Ev hanımı	8	6,6
	Öğrenci	42	34,4
	Kamu görevlisi	28	23,0
	İşçi	8	6,6
	Emekli	15	12,3
	Serbest meslek	4	3,3
	Diğer	6	4,9
Gelir durumu	<2000	55	45,1
	2000-5000	52	42,6
	>5000	15	12,3
Sigara kullanımı	Hiç sigara içmemiş	70	57,4
	Sigara içiyor	31	25,4
	Bırakmış	21	17,2
Alkol kullanımı	Yok	69	56,6
	Var	53	43,4
Bölge	Kentsel	120	98,4
	Kırsal	2	1,6

Hastaların sağlık durumuna ilişkin analizler Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4:Hastaların sağlık durumuna ilişkin analizler

(n=122)		n	%
Eşlik eden kronik hastalık	Yok	81	66,4
	Var	41	33,6
İlaç kullanımı	Yok	85	69,7
	Var	37	30,3
Bilinen psikiyatrik hastalık	Yok	107	87,7
	Var	15	12,3
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	108	88,5
	Var	14	11,5

Hastaların dermatolojik verilerine ilişkin analizler tablo 5’te yer almaktadır. Hastaların %15,6’sında SD’e vitiligo, albinizm, kseroderma pigmentozum gibi deri sayrılıkları eşlik etmekte olup ; hastaların %80,3’de kaşıntı, yanma, ağrı gibi subjektif yakınmalar saptanmıştır.

Tablo 5:Dermatolojik verilere ilişkin analizler

		n	%
Eşlik eden deri sayrılığı (n=122)	Yok	103	84,4
	Var	19	15,6
Saçlı deri tutulumu(n=122)	Yok	48	39,3
	Var	74	60,7
Eritem durumu(n=122)	Yok	33	27,0
	Var	89	73,0
Skvam durumu(n=122)	Yok	5	4,1
	Var	117	95,9
Subjektif yakınma(n=122)	Yok	24	19,7
	Var	98	80,3
Tedavi alma durumu (n=122)	Hayır	58	47,5
	Evet	64	52,5
Tedaviye yanıt durumları (n=64)	Yok	14	21,9
	Kısmi yanıt	45	70,3
	Tam yanıt	5	7,8

Hastaların SEDASİ Lokalizasyon dağılımı Tablo 6’de yer almaktadır.

Tablo 6: SEDASİ Lokalizasyon dağılımı

(n=122)		n	%
Yanak	Yok	37	30,3
	Var	85	69,7
Alın	Yok	50	41,0
	Var	72	59,0
Burun	Yok	56	45,9
	Var	66	54,1
	Total	122	100,0

Hastaların SEDASİ skorları tablo 7’de yer almaktadır. Hastaların ortalama SEDASİ skoru $14,1 \pm 10,3$ olarak saptanmış olup; en küçük skor 0, en büyük skor 47 olarak tespit edilmiştir. Lokalizasyonlara göre SEDASİ skorları değerlendirildiğinde ise en sık tutulum lokalizasyonu olan alında ortalama $3,3 \pm 3,7$, en küçük skor 0, en büyük skor 15; sağ yanak SEDASİ ortalama $3,9 \pm 3,5$, en küçük skor 0, en büyük skor 14, sol yanak SEDASİ ortalama değeri $3,7 \pm 3,5$, en düşük skor 0, en büyük skor 14 ve burun SEDASİ ortalama değeri $3,3 \pm 3,7$, en düşük skor 0, en büyük skor 15 olarak saptanmıştır.

Tablo 7: SEDASİ skorları

(n=122)	En küçük	En büyük	Ortalama $\pm$ Standart sapma
Alın skor	0	15	$3,3 \pm 3,7$
sağ yanak skor	0	14	$3,9 \pm 3,5$
sol yanak skor	0	14	$3,7 \pm 3,5$
burun skor	0	15	$3,3 \pm 3,7$
sedasi skor	0	47	$14,1 \pm 10,3$

SEDASİ kategorileri aşağıdaki puanlamaya göre oluşturulmuştur

Buna göre:

Hafif şiddetli: 1-14 puan

Orta şiddetli: 15-29 puan

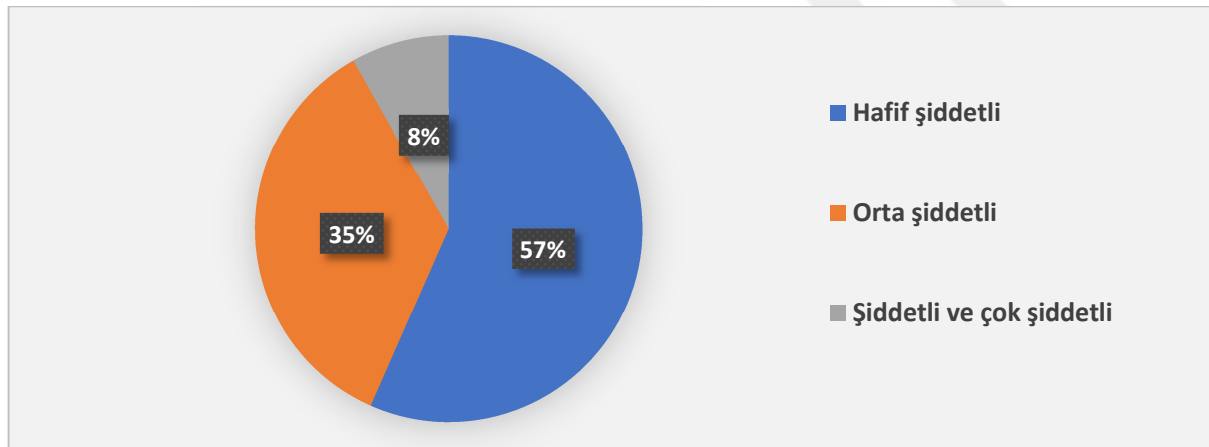
Şiddetli: 30-44 puan

Çok şiddetli: ≥ 45 puan olarak kategorize edilmiştir.

SEDASİ skorlamasına göre hastaların %57'si (n= 69) hafif şiddetli, %35,'i (n=43) orta şiddetli, %8'i'ü (n=10) şiddetli ve çok şiddetli seboreik dermatit olarak saptanmıştır. Çok şiddetli grubunda

bir kişi olduğundan dolayı şiddetli ve çok şiddetli grupları birleştirilerek değerlendirme yapılmıştır. Şiddetli ve çok şiddetli seboreik dermatit hasta grupları birleştirilerek değerlendirildiğinde sayrılık şiddetine göre dağılım şekil 1' de gösterilmiştir.

SEDASİ şiddetine göre hastaların dağılımları şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 1: Katılımcıların hastalık şiddetlerine göre dağılımı.

Hastalara yapılan tüm anketlerin en küçük ve en büyük değerleri ile ortalama ve standart sapma skorları tablo 8'da yer almaktadır.

Tablo 8: Hastaların anket skorları

(n=122)	En küçük	En büyük	Ortalama $\pm$ Standart sapma
Rosenberg skoru	0	6	1,1 $\pm$ 1,3
Durumluluk skoru	20	60	33,0 $\pm$ 8,3
Süreklilik skoru	11	38	17,8 $\pm$ 6,3
Dismorfofobi skoru	7	32	14,1 $\pm$ 5,0
Algılanan stres ölçeği skoru	4	30	16,8 $\pm$ 5,7
Beck Anksiyete skoru	0	51	10,1 $\pm$ 8,7
Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği skoru	0	23	4,8 $\pm$ 4,3
Beck Depresyon skoru	0	44	8,5 $\pm$ 8,5
Sosyal kaygı skoru	11	39	19,1 $\pm$ 6,7
Performans kaygısı skoru	13	47	24,7 $\pm$ 7,4
Toplam kaygı skoru	24	82	43,7 $\pm$ 13,4
Sosyal kaçınma skoru	11	38	17,8 $\pm$ 6,9
Performans kaçınma skoru	13	47	23,5 $\pm$ 7,6
Toplam kaçınma skoru	24	83	41,3 $\pm$ 13,2

SD'in hastaların benlik saygısına olan etkisini değerlendirmek amacıyla uygulanan RBSÖ skoru aşağıdaki gibi kategorize edildi:

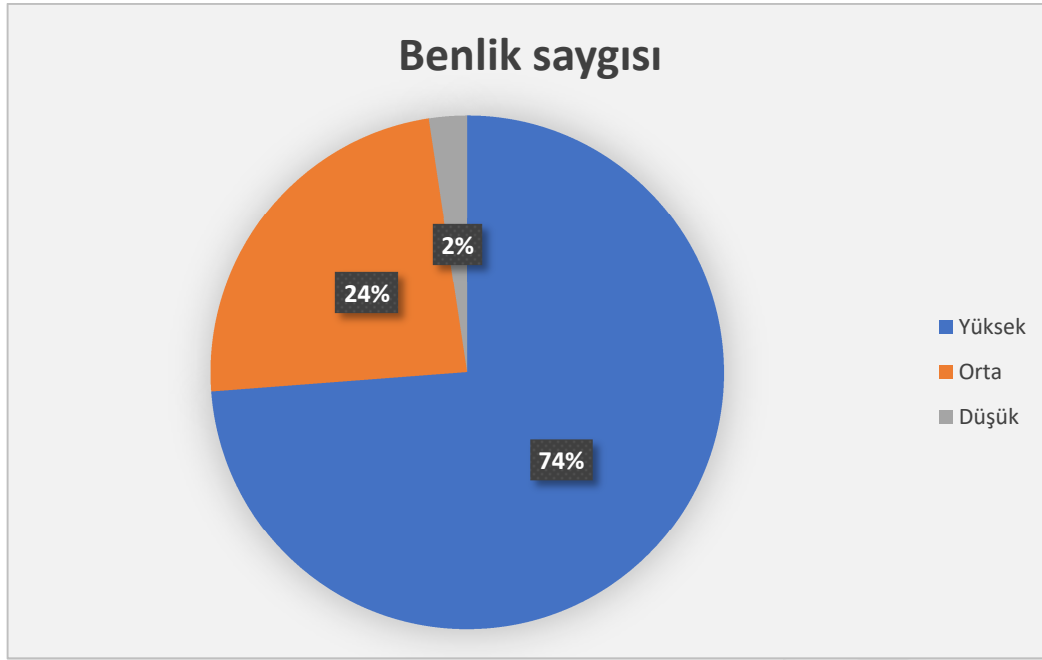
0-1:benlik saygısı yüksek

2-4:benlik saygısı orta

5-6:benlik saygısı düşük

Katılımcıların skor ortalaması 1,1 $\pm$ 1,3 olarak saptanmış olup, en küçük skor 0, en büyük skor 6 aralığında idi. Katılımcıların %73,8 (n=90) yüksek, %23,8'i (n= 29) orta, %2,4'ü (n= 3) düşük benlik saygısına sahip idi.

Katılımcıların benlik saygılarının dağılımı şekil 2’ de gösterilmiştir.



Şekil 2: Katılımcıların Rosenberg benlik saygılarının dağılım yüzdesi

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile RBSÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve RBSÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo 9) ($p=0,74$).

Tablo 9: Sayrılığın şiddeti ve RBSÖ skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	RBSÖ skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,162
	P değeri	.	,074
	N	122	122
Rosenberg skoru	Korelasyon katsayısı	-,162	1,000
	P değeri	,074	.
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Durumluluk Kaygı skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Durumluluk Kaygı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo10) ($p=0,161$).

Tablo 10: Sayrılığın şiddeti ve Durumluluk Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ skor	Durumluluk kaygı skoru
SEDASİ skor	Korelasyon katsayısı	1,000	-,128
	p değeri		,161
	N	122	122
Durumluluk kaygı skoru	Korelasyon katsayısı	-,128	1,000
	p değeri	,161	
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Süreklilik Kaygı skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Süreklilik kaygı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo12) ($p=0,145$).

Tablo 11: Sayrılığın şiddeti ve Süreklilik Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ skor	Sürekli kaygı skoru
SEDASİ skor	Korelasyon katsayısı	1,000	-,133
	p değeri		,145
	N	122	122
Sürekli kaygı skoru	Korelasyon katsayısı	-,133	1,000
	p değeri	,145	
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Dismorfofobi skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Dismorfofobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo12) ($p=0,276$).

Tablo 12: Sayrılığın şiddeti ve Dismorfofobi skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ skor	Dismorfofobi skoru
SEDASİ skor	Korelasyon katsayısı	1,000	,099
	p değeri		,276
	N	122	122
Dismorfofobi skoru	Korelasyon katsayısı	,099	1,000
	p değeri	,276	
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Algılanan Stres skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti Algılanan Stres skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo13) ($p=0,523$).

Tablo 13: Sayrılığın şiddeti ve Algılanan Stres skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ skor	Algılanan Stres ölçeği skoru
SEDASİ skor	Korelasyon katsayısı	1,000	-,058
	p değeri		,523
	N	122	122
Algılanan stres ölçeği skoru	Korelasyon katsayısı	-,058	1,000
	p değeri	,523	
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Beck Anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Beck Anksiyete skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo14) ($p=0,408$).

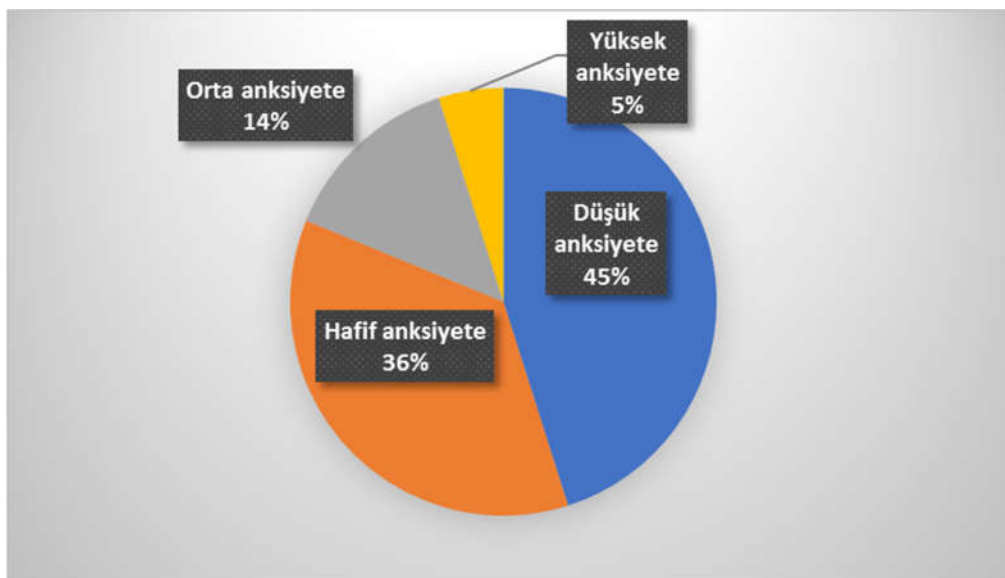
Beck Anksiyete kategorileri aşağıdaki puanlamaya göre oluşturulmuştur. Buna göre: Beck anksiyete ölçeği (kestirim puanı bulunmamaktadır.)

- 0-7 puan:düşük
- 8-15 puan:hafif
- 16-25 puan:orta
- 26-63 puan:yüksek düzey anksiyete olarak alt gruplara ayrılmaktadır.

Tablo 14: Sayrılığın şiddeti ve Beck Anksiyete skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Beck anksiyete skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,076
	P değeri	.	,408
	N	122	122
Beck anksiyete skoru	Korelasyon katsayısı	-,076	1,000
	P değeri	,408	.
	N	122	122

Katılımcıların skor ortalaması $10,1 \pm 8,7$ olarak saptanmış olup, en küçük skor 0, en büyük skor 51 aralığında idi. Katılımcıların %5'i (n=6) yüksek, %14'ü' (n= 17) orta, %45'i (n= 55) düşük, %36'sı (n=44) hafif anksiyete skoruna sahip idi.



Şekil 3:Katılımcıların Beck Anksiyete dağılım yüzdesi

DYKİ kategorileri aşağıdaki puanlamaya göre oluşturulmuştur. Buna göre: DYKİ

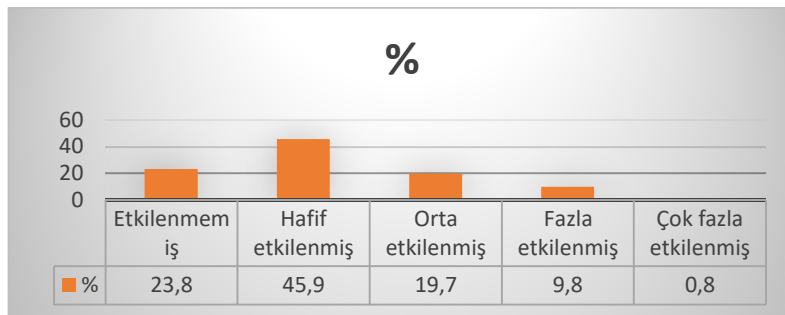
- 0-1: etkilenmemiş
- 2-5: hafif etkilenmiş
- 6-10: orta etkilenmiş
- 11-20: fazla etkilenmiş
- 21-30: çok fazla etkilenmiş

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile DYKİ skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve DYKİ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo15) ($p=0,051$).

Tablo 15: Sayrılığın şiddeti ve Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	DYKİ skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	,177
	P değeri	.	,051
	N	122	122
DYKİ skoru	Korelasyon katsayısı	,177	1,000
	P değeri	,051	.
	N	122	122

Katılımcıların skor ortalaması $4,8 \pm 4,3$ olarak saptanmış olup, en küçük skor 0, en büyük skor 23 aralığında idi. Katılımcıların %0,8'i ($n=1$) çok fazla, %9,8'i ($n=12$) fazla, %24'ü'ü ($n=19,7$) orta, %45,9'u ($n=56$) hafif etkilenime sahip idi.



Şekil 4: SD'li bireylerin yaşam kalitesi etkilenim yüzdeleri

Beck Depresyon Ölçeği kategorileri aşağıdaki puanlamaya göre oluşturulmuştur

Buna göre: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (kestirim puanı 17 olarak kabul ediliyor)

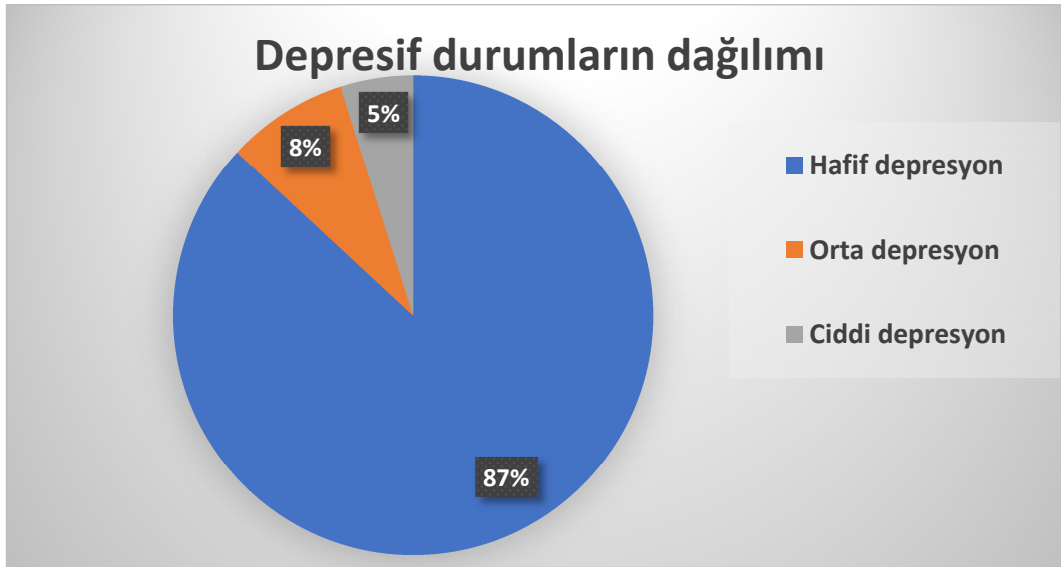
- 11-17 puan:hafif depresyon
- 18-29 puan:orta depresyon
- 30-63 puan:ciddi depresyon olarak alt gruplara ayrılmaktadır.

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Beck Depresyon Ölçeği skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Beck Depresyon Ölçeği skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Beck depresyon toplam skoru ile sayrılık şiddeti arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,034$; $r=-0,192$) (tablo16).

Tablo 16: Sayrılığın şiddeti ve Beck Depresyon Ölçeği skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	BDS skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,192*
	P değeri	.	,034*
	N	122	122
Beck depresyon skoru	Korelasyon katsayısı	-,192*	1,000
	P değeri	,034*	.
	N	122	122

Katılımcıların skor ortalaması $8,5 \pm 8,5$ olarak saptanmış olup, en küçük skor 0, en büyük skor 44 aralığında idi. Katılımcıların %86,9'u ($n= 106$) hafif, %8,2'si ($n= 10$) orta, %4,9'u ($n=6$) ciddi depresyon skoruna sahip idi.



Şekil 5: Beck depresyon ölçeğine göre depresyon yüzdeleri

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Liebowitz Sosyal Saygı skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Liebowitz Sosyal Saygı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo17) ($p=0,146$).

Tablo 17: Sayrılığın şiddeti ve Liebowitz Sosyal Saygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Sosyal Kaygı Skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,132
	P değeri	.	,146
	N	122	122
Sosyal Kaygı Skoru	Korelasyon katsayısı	-,132	1,000
	P değeri	,146	.
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Liebowitz Sosyal Kaçınma skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Liebowitz Sosyal Kaçınma skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo19) ($p=0,095$).

Tablo 18: Sayrılığın şiddeti ve Liebowitz Sosyal Kaçınma skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Sosyal Kaçınma Skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,152
	P değeri	.	,095
	N	122	122
Sosyal Kaçınma Skoru	Korelasyon katsayısı	-,152	1,000
	P değeri	,095	.
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Liebowitz Performans Kaygı skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Liebowitz Performans Kaygı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Liebowitz Performans Kaygı skoru ile sayrılık şiddeti arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,028$; $r=-0,199$) (tablo19).

Tablo 19: Sayrılığın şiddeti ve Liebowitz Performans Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Performans Kaygı Skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,199*
	P değeri	.	,028
	N	122	122
Performans Kaygı Skoru	Korelasyon katsayısı	-,199*	1,000
	P değeri	,028	.
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Liebowitz Performans Kaçınma skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Liebowitz Performans Kaçınma skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo21) ($p=0,107$).

Tablo 20: Sayrılığın şiddeti ve Liebowitz Performans Kaçınma skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Performans Kaçınma Skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,147
	P değeri	.	,107
	N	122	122
Performans Kaçınma Skoru	Korelasyon katsayısı	-,147	1,000
	P değeri	,107	.
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Liebowitz Toplam Kaygı skoru arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Liebowitz Toplam Kaygı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo21) ($p=0,054$).

Tablo 21: Sayrılığın şiddeti ve Liebowitz Toplam Kaygı skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Toplam Kaygı Skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,175
	P değeri	.	,054
	N	122	122
Toplam Kaygı Skoru	Korelasyon katsayısı	-,175	1,000
	P değeri	,054	.
	N	122	122

Katılımcıların sayrılık şiddeti ile Liebowitz Toplam Kaçınma skoru arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon testinin sonucuna göre; hastaların sayrılık şiddeti ve Liebowitz Toplam Kaçınma skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo22) ($p=0,067$).

Tablo 22: Sayrılığın şiddeti ve Liebowitz Toplam Kaçınma skoru arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon

Spearman korelasyon		SEDASİ	Toplam Kaçınma Skoru
SEDASİ	Korelasyon katsayısı	1,000	-,167
	P değeri	.	,067
	N	122	122
Toplam Kaçınma Skoru	Korelasyon katsayısı	-,167	1,000
	P değeri	,067	.
	N	122	122



4. TARTIŞMA

SD saçlı deri, yüz ve gövde üst kısmı da dahil olmak üzere vücudun seboreik bölgelerini etkileyen kronik ve tekrarlayıcı endojen bir ekzema olarak sınıflanır. Sayrılığın lokalizasyonu ve şiddeti bireysel olarak değişmektedir. Günümüze kadar SD lokalizasyonunun değerlendirildiği çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Baş ve ark.ları SD'li ve psoriasisli bireylerde insidans ve ilişkili faktörleri araştırdıkları bir çalışmada; SD li bireylerde lokalizasyon dağılımını ağırlıklı olarak (%94,1) saçlı deride, ikinci sırada (%47,2) kulak bölgesinde, üçüncü sırada ise (%42) kaş bölgesinde tespit etmişlerdir (108). Borda ve ark.ları SD li bireylerde yaptıkları bir derlemede, yetişkinlerde SD'nin, yüz (%87.7), saçlı deri (%70.3) gibi sebum açısından zengin alanlarda daha fazla lokalize olduğunu bildirmişlerdir (109). Park ve ark.ları Kore'deki SD tutulumunu inceledikleri bir çalışmada 253 birey değerlendirmişlerdir. Bu çalışmaya göre SD lokalizasyon dağılımında en sık tutulan bölge saçlı deri olmakla birlikte (%62.8) ; tutulan diğer bölgelerin sırasıyla perioral bölge (%54.5) ve burun (%50.6) olduğunu tespit etmişlerdir (110). Emre ve ark.ları SD'li bireylerde oksidatif stresi araştırdıkları bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların SD lokalizasyon dağılımını ve SD skorunu incelemiş ve buna göre; hastaların elli birinde (%94.4) saçlı deri tutulumu, 13'ünde (%24.7) nazolabial sulkus tutulumu, 7'sinde (%12.9) kaş, 4'ünde (%7.4) postauriküler bölge, 3'ünde (%5.5) inguinal ve 3'te (%5.55) sternal bölge tutulumunun olduğunu tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise saçlı deri tutulumu %60,7 olarak tespit edilmiştir. Bölgesel dağılıma baktığımızda %69,7 ile yanak bölgesi (alt göz kapakları, kulak ve çene dahil) en sık tutulumun görüldüğü lokalizasyon iken; ikinci sırada %59 ile alın bölgesi (kaşlar ve üst göz kapakları dahil), üçüncü sırada %54,1 burun (nazolabial kıvrımlar dahil) bölgesi olarak bulunmuştur. Bizim verilerimiz ve daha önce bildirilen çalışmalardaki bu tutulum lokalizasyon oranlardaki farklılıklar; çalışmalara alınan hastaların sayrılık şiddeti yanında etnik, yaş, cins ve diğer bireysel farklılıkları nedeniyle olabilir.

Günümüze kadar SD şiddetini değerlendirmek amacıyla SEDASİ de dahil olmak çeşitli puanlama yöntemleri kullanılmıştır. İmamoğlu ve ark.ları SD li bireylerdeki metabolik sendromu araştırdıkları bir çalışmada, toplam 47 birey taramışlardır. Bu çalışmada bireylerin SEDASİ seviyeleri hafif ve orta şiddette olacak şekilde bildirilmiştir (111). Meran ve ark.ları; Erbil bölgesindeki SD li bireylerde oral sistemik tedavinin araştırıldığı bir çalışmaya katılan bireylerin SD skor aralığını ve SD şiddetinin dağılımını; hafif = 0-7.9, orta = 8-15.9 ve şiddetli > 16 olacak şekilde 3 gruba sınıflandırarak bildirmişlerdir (112). Emre ve ark.ları SD'li bireylerde oksidatif stresi araştırdıkları bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların SD lokalizasyon dağılımını ve SD skorunu incelemiş ve buna göre; hastaların ortalama SEDASI değerlerinin 2.25 ± 0.99 ; puan

aralığının ise 0.55-5.1 puan olarak tespit edildiğini bildirmişlerdir (3). Bizim çalışmamızda ise çalışmaya katılan hastaların SD şiddet dağılımı %57 hafif, %35 orta şiddette, %8 ise çok şiddetli ve şiddetli olarak tespit edilmiştir. SEDASİ skorları bölgeye göre değişmekte olup alın bölgesi için $3,3 \pm 3,7$; burun bölgesi için $3,3 \pm 3,7$; yanak bölgesi(sağ-sol) için $3,9 \pm 3,5$; $3,7 \pm 3,5$ olacak şekilde bulunmuştur.

Kronik deri sayrılıklarında bireylerdeki vücut imajı değişimleri, bireyin beden algısını ve dolayısıyla da benlik saygısını etkileyebilmektedir. Literatürde kronik deri sayrılıkları içerisinde yer alan, psoriasis, atopik dermatit gibi sayrılıklarda benlik saygısının araştırıldığı çalışmalar bulunmakta iken; SD ile ilgili benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmanın olmaması dikkat çekmektedir. SD ile ilgili yapılan çalışmalarda psikolojik olarak incelenen alt kategorilerde genellikle depresyon, kaygı, stres kavramları bulunmaktadır. Maan ve ark.ları'nın; kronik deri hastalarında benlik saygısını araştırdıkları bir çalışma; kronik deri sayrılıklarına sahip hastalarda düşük benlik saygısı olduğunu bildirmiştir. Yine aynı çalışmada, kronik deri sayrılığı olan hastalarda depresyon ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki tespit ettiklerini bildirmişlerdir (115). Schneider ve ark.ları; deri sayrılıklarının düşük benlik saygısına yol açan kaygı ve depresyona neden olduğunu belirtmişlerdir (116). Slomian ve ark.ları psoriasis hastalarında yaptıkları bir çalışmada, benlik saygısının kaygı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuş ve benlik saygısının gelecekteki müdahalelerde benimsenmesi için önemli bir hedef olduğunu vurgulamışlardır (117). Kruger ve ark.larının çalışmasında Psoriasis hastalarında Rosenberg benlik saygısı skorunun daha düşük olduğu saptanmıştır. Nazik ve ark.larının yaptıkları bir diğer çalışma da bu bulguyu destekler niteliktedir. Özellikle Psoriasis'te eklem tutulumunun da sayrılığa eşlik etmesi nedeniyle vücut imajının değişeceği ve buna bağlı olarak hastalarda benlik saygısının değişeceği bildirilmiştir (118,119). Literatür incelendiğinde SD li hastalarda benlik saygısı ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışma olmaması nedeniyle; bizim çalışmamızdaki bu kategorideki bulgular oldukça önemlidir. Çalışmamızda RBSÖ skorları SD'li bireylerin %73,8'inin (n=90) yüksek, %23,8'inin (n= 29) orta, %2,4'ünün (n= 3) düşük benlik saygısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda sayrılığın şiddeti ile RBSÖ skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmamızda sayrılık şiddeti ile RSBÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan analize göre: benlik saygısı ve sayrılık şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu tespit literatürde bu konuda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Ancak yine de ilerleyen çalışmalarda SD'li bireylerde RBSÖ skorlarının sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığı daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kronik deri hastalarının tedavi/sayırlık süresince kaygı bozuklukları yaşama ihtimalleri de yüksek bulunmaktadır. Bu konuda Literatürde SD'li bireyler üzerine Durumluluk kaygı süreklilik ölçeği yapan çalışma bulunmamakta olup; çalışmalar daha çok psoriasis, atopik dermatit gibi sayırlıklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Remröd ve ark.ları 101 Psoriasis li hastada yaptıkları bir çalışmada durumluluk kaygı skor ortalamasını $38,00 \pm 12,1$; süreklilik kaygı skor ortalamasını $36,50 \pm 11,9$ olarak bildirmişlerdir. Seiffert ve ark.ları atopik dermatitli hastalarda psikososyal faktörleri araştırdıkları kontrol grubu olan bir çalışmada süreklilik kaygı skorunu ortalama 48.07 ± 8.37 olarak bildirmişlerdir, bu çalışmada durumluluk kaygı skoru ölçülmemiştir (120,121). Golpour ve ark.ları psoriasisli hastalarda yaptıkları bir çalışmada Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve (Spielberger) Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği'ne (DSKÖ) göre psoriatik hastaların normal deneklerden daha yüksek derecede depresyon ve anksiyeteye sahip olduklarını bildirmişlerdir. Buna ek olarak, Psoriatik kadınlar psoriatik erkeklerden daha yüksek derecede depresyon bildirmişlerdir (122). Bizim çalışmamız SD'li hastalarda durumluk ve sürekli kaygı ile ilgili yapılan ilk çalışmadır. Çalışmamızda DSKÖ skoru, durumluluk adına $33 \pm 8,3$; süreklilik adına ise $17,8 \pm 6,3$ olarak saptanmıştır. Literatürde aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalar kapsamındaki sayırlıklar, SD'e oranla tutulumu daha değişken ve şiddeti yılın belirli mevsimlerine göre değişiklik gösteren sayırlıklar olmakla birlikte; eşlik eden kaşıntı, yanma hissi ve özellikle psoriasise eşlik edebilen eklem ağrısı gibi yakınmalara neden olan sayırlıklardır. Bu sayırlıklardan daha hafif bir kliniğe sahip olan SD'li bireylerin çoğunluğu hafif şiddette seyretmektedir (%57). Bu açıdan çalışmamızdaki DSKÖ skoru diğer çalışmalara oranla daha düşük bulunmuş olabilir; ancak ilerleyen çalışmalarda SD'li bireylerde kaygı envanterinin belirli aralıklarda, daha fazla sayıda hasta üzerinde değerlendirileceği çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca bizim çalışmamızda kontrol grubunun bulunmaması ve çalışmamızın literatürde SD'li bireyler üzerine Durumluluk kaygı süreklilik ölçeği uygulanan ilk çalışma olması nedeniyle, tespit edilen skorlar SD'li bireyler için referans ortalama olarak düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda SD şiddeti ile DSKÖ arasındaki ilişki değerlendirilmiş olup; SD şiddeti ile DSKÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuca göre sayırlık şiddetinin DSKÖ skorunu değiştirmesi beklenmemektedir. Yine literatür incelendiğinde SD şiddeti ile DSKÖ arasındaki ilişkiye dair çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle de çalışmamız önemli olmakla birlikte; bu konuda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Kronik deri sayırlıklarında özellikle vücudun dışarıdan görülen kısımlarındaki (yüz,el,bacak) dağılımlar, bireyin beden algısı üzerinden geliştirdiği özsaygıyı etkilemektedir. Bu durumda bireyin bedenini olumsuz yönde değerlendirdiği psikolojik durum dismorfofobi olarak tanımlanmaktadır. Birçok çalışma dismorfofobik hastalarda vücut defekti düşüncelerinin esas

olarak baş ve yüze odaklandığını bildirmiştir (124). Khunger ve ark.ları dermatoloji kliniğine gelen hastalarda dismorfofobi araştırdıkları bir çalışmada başvuran bireylerin % 7,5 inde dismorfofobi tespit ettiklerini; daha önceki çalışmalarda ise bu oranın dermatoloji hastalarında % 6.3-11.9; kozmetik tedavi amacıyla başvuran hastalarda ise %8.6–29.4 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Ancak bu bireylerin sayırlık dağılımı hakkında detaylı bilgi bulunmamaktadır (128). Hardy ve ark.ları psoriasisli bireylerde dismorfofobiyi araştırdıkları bir çalışmada dismorfofobi skorunu $9,1 \pm 4,3$ olarak belirlemişlerdir. Ve bu çalışmanın sonucuna göre dismorfofobik psoriasisli bireylerin depresyon skorlarını daha yüksek bulmuşlardır (123). Kuchenhoff ve ark.ları dismorfofobide deformasyon korkusunun genellikle hastaların yüzünde merkezlendiğini belirtmişlerdir (125). Uzun ve ark.ları akne hastalarında dismorfofobi prevalansının ilk ampirik araştırması olduğunu bildirdikleri çalışmada hafif aknesi olan hastaların % 8.8'ine dismorfofobi tanısı konduğunu bildirmişlerdir (126). Fakat literatür tarandığında SD hastalarında dismorfofobi ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Yine de günümüze kadar yapılan çalışmalara bakıldığında dermatoloji kliniğine başvuran bireylerde dismorfofobinin taranması ve bu konuda yakınmaları olan bireylerin mutlaka tespit edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda SD li bireylerde sayırlık şiddeti ile dismorfofobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bunu bireylerdeki SD şiddetinin bireylerde genel olarak hafif şiddette seyretmesine bağlamaktayız. Ayrıca SD Türk toplumu tarafından beden algısını etkilememiş olabilir. Genel literatürde daha çok eklem tutulumu olan sayırlıklarda ve yüz bölgesindeki dermatolojik şikayetlere yoğunlaşan çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızın SD li bireylerde dismorfofobiyi araştıran çalışmalardan olması sebebiyle önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kronik deri sayırlıklarının seyrine göre bireyde çeşitli derecelerde stres gözlenmekte veya öncesinde bireyin yaşadığı stresli dönem de sayırlığa sebep olabilmektedir. Bu açıdan stres ile ilgili, hem SD hem de diğer dermatolojik sayırlıklar için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Remröd ve ark.ları psoriasisli bireylerde algılanan stresi ölçtükleri bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının, psoriasisin alevlenmesi için stresi nedensel bir ajan olarak bildirdiklerini, algılanan stres reaktivitesinin, hem daha yüksek depresyon, anksiyete skorları hem de algılanan stres ölçeğinde beş kişilik özelliğiyle, yani strese duyarlılık, somatik anksiyete, psişik anksiyete, atılmanlık ve güvensizlik ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (120). Chiu ve ark.ları akneli bireylerde yaptıkları bir çalışmada, muayeneler sırasında algılanan streste en büyük artışı gösteren deneklerde, akne şiddetinin orantılı olarak tahmin edilebilir bir şekilde en büyük alevlenmesini gösterdiğini bildirmişlerdir (127). Msery ve ark.ları 82 SD'li bireyde yaptıkları bir çalışmada stresin genel olarak SD atakları ile ilişkili ve hastaların çoğunda devam eden SD atağı

için tetikleyici bir faktör olduğunu, çalışmadaki hastaların %56'sının SD atakları arasında stresi suçladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastalar tarafından bir bağlantı yapılmasa bile, ayın büyük bir bölümünde ve özellikle de son ataktan önceki haftada SD'li hastalarda sık sık stresli bir yaşam olayı bulduklarını, yine hastaların ilk ataklarındaki streslerini daha az hatırlamaları sebebiyle bildirmediğini belirtmişlerdir (6). Literatürde SD'in stres ile olan ilişkisi üzerinde yapılmış çalışmalar yer almakta iken; SD şiddeti ile algılanan stres düzeyi ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda SD şiddeti ile algılanan stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu durum bireylerdeki sayrılığın şiddetinin genel olarak hafif şiddette olmasına ve çalışma sırasında tek bir ölçüm ile değerlendirilmenin yapılmasına bağlı olabilir. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

SD uzun vadede bireyin duygu durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen bir dermatolojik sayrılıktır. Bu bakımdan bireyin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tedavinin gidişatı için oldukça önemlidir. Bu nedenle SD'in yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Szepietowski ve ark.ları 3000 SD'li hasta ile yaptıkları ve yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet ve SD'in yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırdıkları bir çalışmada; DYKİ skorunu tüm hastalar için ortalama 6.92 ± 5.34 puan olarak tespit etmişlerdir (102). Aksoy ve ark.ları 50 birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada DYKİ skor ortalamasını 7.28 ± 5.78 olarak tespit etmişlerdir (93). Agustin ve ark.ları 96 kişi aldıkları çalışmada DYKİ skorunu ortalama 6.92 ± 5.34 olarak tespit etmişlerdir (113,114). Bizim çalışmamızda da sosyodemografik özelliklere ek olarak, SD'in yaşam kalitesine etkisini araştırmak üzere yapılan DYKİ skoru ortalaması 4.8 ± 4.3 olarak saptanmıştır. Bu çalışmalar ile kıyaslandığında örneklem sayısı bakımından bizim çalışmamızdan fazla ve az örnekleme sahip çalışmalara oranla; çalışmamıza katılan hastalarda tespit ettiğimiz DYKİ puanının daha düşük olduğu söylenebilir. Bu sonuç SD'in yaşam kalitesini etkilediğini tespit eden literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Bu durumun sosyodemografik açıdan değerlendirilmesi gerekebilir. SD'in sayrılık şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki literatürde incelendiğinde ise; Agustin ve ark.ları çalışmalarında SD'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini, ancak farklı sayrılık şiddetleri arasında hastaların yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermişlerdir (114). Literatürdeki çalışmalar tarandığında farklı deri sayrılıklarında yaşam kalitesi ile ilgili yapılmış çalışmalar karşımıza çıkmaktadır. Nazik ve ark.ları 92 psoriasis hastasında yaşam kalitesi ve benlik saygısını araştırdıkları bir çalışmada; hafif sayrılığı olan grupta yaşam kalitesi orta derecede etkilenirken; orta ve şiddetli sayrılığı olan gruplarda yaşam kalitesinin büyük ölçüde etkilenmiş olduğunu bildirmişlerdir. DYKİ, sayrılık şiddeti açısından karşılaştırıldığında, düşük düzeyde etkilenime sahip gruptaki yaşam kalitesinin, yüksek düzeydeki olgulara göre anlamlı olarak daha iyi olduğunu

bildirmişlerdir (119). Bizim çalışmamızda SEDASİ skoru ile DYKİ skorları karşılaştırıldığında; sayrılığın şiddeti ile hastaların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonuca göre SD hastalarında sayrılığın şiddeti bireyin yaşam kalitesini değiştirmemektedir. Deri sayrılıkları göz önünde bulundurulduğunda etkilenim bölgesi ve tutulum şiddeti gibi durumlardan dolayı ortaya çıkabilecek problemler sosyokültürel farklılıklara bağlı olarak değişim gösterebileceğinden; yaşam kalitesinin sayrılığın türüne, hastanın etkilenme durumuna ve toplumun görsellik algısına göre değişim göstermesi beklenen bir durumdur.

Kronik sayrılıklar sonrası uzun süren anksiyete seviyeleri depresyona dönüşebilir. Bu bakımdan depresyon bu bireylerde sayrılığın şiddeti, bireyin yaşamı algılaması veya değişik dış faktörler gibi sebeplerden etkilenerek; değişen seviyelerde de olsa gözlemlenebilir. Bu nedenle günümüze kadar aralarında SD'in de bulunduğu kronik deri sayrılıkları ile depresyon anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Mento ve ark.ları deri sayrılıklarında negatif duygusal tepkileri inceledikleri bir derlemede bugüne kadar, sadece anksiyetenin dermatolojik patolojinin seyrini kötüleştirdiğini veya genellikle kronik olan deri sayrılıklarının sonucunu ve yönetimini olumsuz etkileyebileceğini bildirmişlerdir (129). Aynı çalışmada depresyon ve anksiyete, deri sayrılıkları olan hastaları araştıran 29 çalışmada taranmış ve bu konu ile ilgili çalışmaların son yıllarda arttığı bildirilmiştir. Depresyon ve anksiyetenin, farklı kültür ve etnik gruplarda ve aynı zamanda farklı deri sayrılıkları arasındaki karşılaştırmada benzer olduğu saptanmıştır. Tüm çalışmaların psoriatik hastaların daha yüksek depresyon ve anksiyeteye sahip olduğunu bildirdiği söylenebilir. Paerna ve ark.ları da tüm hasta grubunun sağlıklı insanlarla karşılaştırmasını yaptıkları çalışmada, kronik deri sayrılığı olan bireylerde daha yüksek depresif belirtiler, genel anksiyete ve sosyal anksiyete belirtilerinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Engin ve ark.ları kronik idiopatik ürtiker hastalarını sağlıklı bireylerle kıyaslama yaptıkları bir çalışmada, hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri saptamışlardır. Ürtiker şiddetinin daha yüksek depresyon ve anksiyete skorları için ön koşul olarak görünmediğini bildirmişlerdir (131). Önder ve ark.ları deri sayrılıklarına sahip olan 57 müzisyenin depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçtükleri bir çalışmada BDS skor ortalamasını $6,92 \pm 6,50$; BAS skor ortalamasını $7,49 \pm 7,40$ olarak tespit etmişler; Aksoy ve ark.ları seboreik dermatitli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirdikleri bir çalışmada toplam 50 yetişkin (SD) ve 50 sağlıklı kontrol grubunu değerlendirmişler bu çalışmada; BAS skor ortalaması $15,66 \pm 10,48$ ve BDS skor ortalaması $13,28 \pm 7,80$ olarak tespit edilmiştir (93, 113). Bizim çalışmamızda BAS skor ortalaması $10,1 \pm 8,7$ ve BDS skor ortalaması ise $8,5 \pm 8,5$ olarak saptanmış olup; SD hastalarından elde edilen bulgular sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmamıştır. Fakat SD şiddetinin depresyon ve anksiyete düzeyi ile arasındaki ilişki çif yönlü olarak araştırılmıştır. Çalışmamızın sonucunda

depresyon ve anksiyete seviyesi ile seboreik dermatit şiddeti arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bir başka açıdan literatürde bu konu ile ilgili çelişkili çalışmalar bulunmaktadır ve fikir birliğine varılmadığı dikkat çekmektedir (129). Bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç var gibi görünmektedir.

Kronik deri hastalığına sahip bireylerdeki deri görünüm değişimleri bireylerin sosyal hayatlarını da etkileyebilmektedir. Bu nedenle literatürde vitiligo, akne gibi sayrılıklarda sosyal fobi ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte; SD'in sosyal fobi ile ilişkisi üzerine çalışma bulunmamaktadır. Salman ve ark.ları Vitiligo hastalarında yaptıkları bir çalışmada sosyal kaygı skorunu $16,7 \pm 5,6$; performans kaygı skorunu $20,00 \pm 6,8$, toplam kaygı skorunu $36,7 \pm 12,05$ olarak; sosyal kaçınma skorunu $14,1 \pm 3,9$, performans kaçınma skorunu $16,4 \pm 4,5$, toplam kaçınma skorunu ise $30,5 \pm 8,0$ olarak tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada akneli bireylerdeki skorlar sosyal kaygı skoru $16,6 \pm 4,8$, performans kaygı skoru $20,7 \pm 5,8$, toplam kaygı skoru $37,3 \pm 10,0$; sosyal kaçınma skorunu $13,1 \pm 2,7$, performans kaçınma skorunu $15,6 \pm 3,3$, toplam kaçınma skorunu ise $28,7 \pm 5,5$ olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada akne ve vitiligo hastalarının her ikisi de LSKÖ tüm alt ölçeklerde sağlıklı bireylere oranla daha yüksek puan elde etmişlerdir. Bu durumda dermatolojik problemleri olan bireylerde sosyal fobi bulunduğu söylenebilir (132). Yarpuz ve ark.ları akne hastalarının sağlıklı kontrol grubuna oranla daha yüksek düzeyde sosyal kaygı ve kaçınma davranışı gösterdiğini bildirmişlerdir (133). Başka bir çalışmada Bez ve ark. akne hastalarında daha yüksek performansla ilişkili kaçınma davranışı bulmuştur, ancak hasta ve kontrol grupları arasında performans kaygısı, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma alt ölçekleri bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bildirmemişlerdir (134). Öztürk ve ark. da akne hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek kaygı ve kaçınma puanları göstermiştir; ancak LSAS alt ölçeklerine ilişkin ayrıntılı bilgi verilmemiştir (135). Bizim çalışmamızda LSFÖ alt parametre skorları sırasıyla sosyal kaygı skoru $19,1 \pm 6,7$, performans kaygı skoru $19,1 \pm 6,7$, toplam kaygı skoru $43,7 \pm 13,4$; sosyal kaçınma skoru $17,8 \pm 6,9$, performans kaçınma skoru $23,5 \pm 7,6$, toplam kaçınma skoru $41,3 \pm 13,2$ olarak tespit edilmiştir. SD'li bireylerde sosyal fobi alt parametreleri ile sayrılığın şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sadece performans kaygı skorunda bulunmaktadır ve bu sonuca göre; Performans Kaygı skoru ile sayrılık şiddeti arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0,028$; $r= -0,199$). Bu açıdan çalışmamız SD'li hastaların sosyal fobi açısından değerlendirildiği ilk çalışmalardan olması nedeniyle önem taşımaktadır; fakat bu konuda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

5. SONUC

Seboreik dermatit (SD) saçlı deri, yüz ve gövde üst kısmı da dahil olmak üzere vücudun seboreik bölgelerini etkileyen kronik ve tekrarlayıcı endojen bir ekzema olarak sınıflanır. Sayrılığın lokalizasyonu ve şiddeti bireysel olarak değişmektedir. Bireylerdeki genel yakınma sayrılığın şiddetine bağlı olarak farklılık gösterir ancak bu bireylerde psiko-sosyal yakınmalar oldukça yaygındır. Bu psiko-sosyal yakınmaların tespit edilmesi tedavinin başarısını önemli ölçüde değiştirecektir. Çalışmamızdaki amaç; SD'li bireylerde psiko-sosyal yakınmaları değerlendirerek, sayrılığın şiddeti ile farklılık gösterip göstermediğinin saptanmasıdır.

Çalışmamızın sonucunda SD şiddeti ile yaşam kalitesi, benlik saygısı, algılanan stres düzeyi, sosyal fobi, depresyon, anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hastalık şiddeti ile toplam kaygı, toplam kaçınma, sosyal kaygı, sosyal kaçınma ve performans kaçınma arasında ilişki saptanmazken sadece performans kaygısı yönünden çok zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkiyi belirlemek için daha fazla yüksek olgu sayılı kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clinics in Dermatology* 2013; 31, 343– 351.
2. Gupta AK, Madzia SE, Batra R. Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2004; 208,89-93.
3. Emre S, Metin A, Demirseren DD, et al. The association of oxidative stress and disease activity in seborrheic dermatitis. *Arch Dermatol Res* 2012, <http://dx.doi.org/10.1007/s00403-012-1254-0> [Epub 2002 Jul 5.ahead of print].
4. Del Rosso JQ. Perspectives on seborrheic dermatitis: looking back to move ahead. *Clin Dermatol* 2009;27,39-40.
5. Breunig Jde A, de Almeida HL, Jr Duquia RP, Souza PR, Staub HL. Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. *Int J Dermatol* 2012; 51:46-9
6. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli S. Stress et dermatite séborrhéique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2007; 134(11): 833 837. doi:10.1016/s0151-9638(07)92826-4
7. Papadopoulos L, Walker CJ. Understanding skin problems. John Wiley & Sons Ltd Chiesters, 2003: 203-25.
8. Altunay İK: Stres ve Deri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009; 2 (4): 16-23.
9. Doğramacı AÇ, Havlucu DY, Savaş N. Seboreik dermatitli hastalarda yaşam kalite değerlendirmesi. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2008; (2):99-102.
10. Gül Ü. Seboreik dermatitte psikolojik faktörler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol Special Topics* 2009; 2(4): 55-7.
11. Szepietowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepietowska E, Baran E. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education. *Mycoses* 2008; (52): 357-63.
12. Fritsch PO, Reider N. Other eczematous eruptions. *Dermatology*. New York: Mosb 2003;(1):215-26.
13. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK: Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician* 2006; 74 (1):125-30.

14. Saçar T, Saçar H. Comparison of the distributions of seborrheic dermatitis, Herpes Zoster and Pityriasis Rosea according to seasons. *Turkderm* 2010; 44 (2): 65- 68.
15. Darier J, Civatte A, Tzanck A, eds. *Précis de Dermatologie*. Paris: Mas-son.1947; 22–140.
- 16.Davies JHT. Seborrhoeic eczema: An attempt to define the scope of the term. *Br J Dermatol*. 1952; 64:213–224
- 17.Ingram JT. The seborrheic diathesis. *Arch Dermatol*. 1957; 76:157–161
- 18.Andrews GC, Domonkos AN. Seborrheic dermatitis and psoriasis *Diseases of the Skin*. Philadelphia: WB Saunders; 1963: 152–155.
- 19.Unna PG. Das seborrhoiche Ekzem. *Monatsh Prakt Dermatol*. 1887; 6:827–846.
- 20.Sézary A, Horowitz A. Eczema. In: Darier J, Sabouraud R, Gougerot H, et al. *Nouvelle Pratique Dermatologique*. Mason et Cie. 1936;36–124.
- 21.Sampaio AL, Mameri AC, Vargas TJ, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC. Seborrheic dermatitis. *An Bras Dermatol* 2011; 86: 1061-71.
22. Johnson, M. L. T., & Roberts, J. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years, United States, 1971-1974 (No. 212). US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, National Center for Health Statistics. 1978.
23. Mallal, Simon A. The Western Australian HIV Cohort Study, Perth, Australia. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology: official publication of the International Retrovirology Association*. 1998; (17): 23-7.
- 24.Ercis M, Balci S, Atakan N. Dermatological manifestations of 71 Down syndrome children admitted to a clinical genetics unit. *Clin Genet*. 1996; 50(5): 317–320
- 25.Yosipovitch G, Meredith G, Chan YH, Goh CL. Do ethnicity and gender have an impact on pain thresholds in minor dermatologic procedures? A study on thermal pain perception thresholds in Asian ethnic groups. *Skin Res Technol* 2004; 10:38–42
26. Aydemir EH: Stres ve deri hastalıkları. *STE Sempozyum dizisi* 2005; 47:145-52.
27. Plewig G, Jansen T. Seborrheic Dermatitis. *Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine* Volume one. Seventh edition. New York, Mc Graw Hill. 2008; 219-225.

28. Berth-Jones, J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. *Rook's Textbook of Dermatology* 2010; (1); 1-51.
29. Burton JL, Pye PJ. Seborrhoea is not a feature of seborrhoeic dermatitis. *Br Med J*, 1983; 286: 1169-1171.
30. Agache P, Blanc D, Barrand C, Laurent R. Sebum levels during the first year of life. *Br J Dermatol* 1980; 103: 643-649
31. Gupta AK, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2014; 28(1): 16-26.
32. Geissler SE, Michelsen S, Plewig G. Very low dose isotretinoin is effective in controlling seborrhea. *J Dtsch Dermatol Ges* 2003; 1 (12): 952-8.
33. Schechtman RC, Midley G, Hay RJ. HIV disease and malassezia yeast: a quantitative study of patients presenting with seborrhoeic dermatitis. *B J Dermatol* 1995; 133: 694-698.
34. Aly R, Katz HI, Kempers SE, et al: Ciclopirox gel for seborrheic dermatitis of the scalp. *Int J Dermatol* 2003; 42: 10-22.
35. Mrowietz U. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of dermatological research* 2011;303(1): 1-10.
36. Özdemir F. Seborrheic dermatitis and perioral dermatitis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2010;3(1):47-56.
37. Janniger CK, Schwartz RA. Seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician* 1995;52(1); 149-55.
38. Zouboulis, Ch C., et al. The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. *Dermatology* 1998; 196(1): 21-31.
39. Johnson BA, Nunley JR. Treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician* 2000; 61(9):2703-10, 2713-4.
40. Hale EK, Bystryn JC. Relation between skin temperature and location of facial lesions in seborrheic dermatitis. *Arch Dermatol*. 2000; 136: 559.
41. Bergbrant IM. Seborrhoeic dermatitis and pityrosporum ovale: cultural, immunologic and clinical studies. *Acta Derm Venereol* 1991; 167.
42. Matis WL, Triana A, Shapiro R, Eldred L, Polk BF, Hood AF. Dermatologic findings associated with human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 46-51.

43. Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, Ledsy R, McCarthy W, Baxter D. Cutaneous findings in HIV-1 positive patients: a 42-month prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 746-754.
44. Soeprono FF, Schinella RA, Cockerell CJ, Comite SL. Seborrheic-like dermatitis of acquired immunodeficiency syndrome: a clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14(2): 242-248.
45. Bieber T. Other Types of Dermatitis. In: Braun-Falco's Dermatology. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. 3. Ed. Springer- Verlag; 2009; 427-431.
46. Moehrle M, Dennenmoser B, Schlagenhauff B. High prevalance of seborrhoeic dermatitis on the face and scalp in mountain guides. *Dermatology* 2000; 201: 146- 147.
47. İnalöz HS, Kırtak N. The pathogenesis and treatment of seborrhoeic dermatitis. *T Klin J Med Sci* 2002; 22: 239-244.
48. Yıldız K. Seboreik dermatitte Malessezia türlerinin rolü. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 34 s. 2010.
49. Podmore P, Burrows D, Eady DJ, Stanford CF. Seborrheic dermatitis: Disease entity or a clinical variant of atopic dermatitis? *Br J Dermatol* 1986; 115: 341-350.
50. Franchimont PC, Hermanns JF, Degreef H, Perard GE. From axioms to new insights into dandruff. *Dermatology* 2000; 200: 93-98.
51. Cowley NC, Farr PM, Shuster S. The permissive effect of sebum in seborrhoeic dermatitis: an explanation of the rash in neurological disorders. *Br J Dermatol* 1990; 122(1):71-76.
52. Bergbrant IM, Johansson S, Robbins D, Scheynius, A, et al. An immunological study in patients with seborrhoeic dermatitis. *Clinical and experimental dermatology*, 1990; 16(5): 331-338.
53. Odom, R. B., W. D. James, and T. G. Berger. Seborrheic dermatitis, psoriasis, recalcitrant palmoplantar eruptions, pustular dermatitis, and erythroderma. WB Saunders Company, USA 2000; 214-8.
54. Marren P, Burge S. Seborrhoeic dermatitis of the scalp – a manifestation of Hailey-Hailey disease in a predisposed individual? *Br J Dermatol* 1992; 126: 294-296.
55. Bahadır S, Doğan S. Seboreik dermatit ve perioral dermatit. *T Klin J Int Med Sci* 2006;2(48):36-40.74.

56. Elish D, Silverberg NB. Infantile seborrheic dermatitis. *Cutis* 2006; 77(5):297-300.
57. Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. *Dermatoloji'de*. Editörler Nobel Tıp Kitapevi; 2008: 760-762.
58. Palamaras I, Kyriakis KP, Stavrianeas NG. Seborrheic dermatitis: lifetime detection rates. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology* 2012;26(4):524-6.
59. 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.
60. Weisse K, Lehmann I, Heroux D, Kohajda T, Herberth G, Röder S, et al. The LINA cohort: indoor chemical exposure, circulating eosinophil/basophil (eo/B) progenitors and early life skin manifestations. *Clinical & Experimental Allergy* 2012;42(9):1337-46.
61. Sardana K, Mahajan S, Sarkar R, Mediratta V, Bhushan P, Koranne R, et al. The spectrum of skin disease among Indian children. *Pediatric Dermatology* 2009;26(1):6-13.
62. Nelson, David L., and Michael M. Cox. *Lehninger principles of biochemistry*. New York: WH Freeman, 2009.
63. Tüzün Y, Dolar N. Neonatal eritrodermalar. *Pediyatrik Dermatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri*;2005: 67-71.
64. Ring DS, Kaplan DL. Pityriasis amiantacea: A report of 10 cases. *Arch Dermatol* 1993; 129: 913-914.
65. Holden CA, Berth-Jones J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. *Rook's textbook of dermatology* 2004: 699-754.
66. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. *N Engl J Med* 2009; 360(4):387-96.
67. Armstrong DK, Smith HR, Rycroft RJ. Contact allergy to methyl dibromo glutaronitrile presenting as severe scalp seborrhoeic eczema. *Contact Dermatitis*. 1999; 40:335.
68. Pandya AG. Seborrhoeic dermatitis or tinea capitis: don't be fooled. *Int J Dermatol* 1998; 37:827-828.

69. Draelos ZD, Feldman SR, Butners V, Alió Saenz AB. Long-term safety of ketoconazole foam, 2% in the treatment of seborrheic dermatitis: results of a phase IV, open-label study. *J Drugs Dermatol* 2013;12(1):1-6.
70. Goldust M, Rezaee E, Rouhani S. Double blind study of sertaconazole 2% cream vs. clotrimazole 1% cream in treatment of seborrheic dermatitis. *Ann Parasitol* 2013;59(1):259.
71. Xu C, Chen D, Liu J, Liu Y, Sun Q. Roles of dermoscopy in the diagnosis and differential diagnosis of scalp psoriasis and seborrheic dermatitis. 2014; 94(44):3467-70.
72. Buechner SA. Multicenter, double-blind, parallel group study investigating the non-inferiority of efficacy and safety of a 2% miconazole nitrate shampoo in comparison with a 2% ketoconazole shampoo in the treatment of seborrhoeic dermatitis of the scalp. *J Dermatolog Treat* 2014;25(3):226-31.
73. Kim GK, Rosso JD. Topical pimecrolimus 1% cream in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol* 2013;6(2):29-35.
74. Bozkurt NM, Başak PY. Treatment of seborrheic dermatitis and new treatment approaches. *Türkderm* 2007;41(4):112-6.
75. Fındık G, Aydın F, Şentürk N, Cantürk T, Turanlı AY. Topical metronidazole in the treatment of seborrheic dermatitis--placebo controlled a double-blind study. *Türkderm* 2004;38(1):41-3.
76. Satchell AC, Saurajen A, Bell C, Barnetson RS. Treatment of dandruff with 5% tea tree oil shampoo. *J Am Acad Dermatol* 2002;47(6): 852-5.
77. Schlesinger T, Rowland Powell C. Efficacy and safety of a low molecular weight hyaluronic Acid topical gel in the treatment of facial seborrheic dermatitis final report. *J Clin Aesthet Dermatol* 2014;7(5):15-8.
78. Schlesinger T, Rowland Powell C. Efficacy and safety of a low-molecular weight hyaluronic Acid topical gel in the treatment of facial seborrheic dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012;5(10):20-3.
79. Diehl C, Ferrari A. Efficacy of topical 4% Quassia amara gel in facial seborrheic dermatitis: a randomized, double-blind, comparative study. *J Drugs Dermatol* 2013;12(3): 312-5.

80. David E, Tanuos H, Sullivan T, Yan A, Kircik LH. A double-blind, placebo-controlled pilot study to estimate the efficacy and tolerability of a nonsteroidal cream for the treatment of cradle cap (seborrheic dermatitis). *J Drugs Dermatol* 2013;12(4):448-52.
81. Fabbrocini G, Cantelli M, Monfrecola G. Topical nicotinamide for seborrheic dermatitis: an open randomized study. *J Dermatolog Treat* 2014;25(3):241-5.
82. Attarzadeh Y, Asilian A, Shahmoradi Z, Adibi N. Comparing the efficacy of Emu oil with clotrimazole and hydrocortisone in the treatment of seborrheic dermatitis: a clinical trial. *J Res Med Sci* 2013;18(6):477-81.
83. Trznadel-Grodzka E, Błaszowski M, Rotsztein H. Investigations of seborrheic dermatitis. Part II. Influence of itraconazole on the clinical condition and the level of selected cytokines in seborrheic dermatitis. *Postepy Hig Med Dosw (Online)* 2012;14(66):848-54
84. Alizadeh N, Monadi Nori H, Golchi J, Eshkevari SS, Kazemnejad E, Darjani A. Comparison the efficacy of fluconazole and terbinafine in patients with moderate to severe seborrheic dermatitis. *Dermatol Res Pract E-pub* 2014.
85. Basak PY, Ergin S. Comparative effects of calcipotriol and betamethasone 17-valerate solution in the treatment of seborrheic dermatitis of the scalp. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15(1):86-8.
86. Doğruk Kaçar S, Özüğuz P. The Current Approach to Seborrheic Dermatitis. *Kocatepe Medical Journal* 2016;17: 72-6.
87. Kwon SH, Jeong MY, Park KC, Youn SW, Huh CH, Na JI. A new therapeutic option for facial seborrhoeic dermatitis: indole-3-acetic acid photodynamic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28(1):94-9.
88. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), American Psychiatric Association, Washington (DC) (1994).
89. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out - patients. *JEADV*. 2003; 17: 155-9.
90. Özmen M. Dermatolojik Hastalıklarda Psikosomatik Yaklaşımın Önemi. *Turkderm* 2010; 44(7).
91. Mercan S. Psychologic outcomes of dermatological diseases and comorbidities. *Archives of the Turkish Dermatology and Venerology* 2010;25-36.

- 92.Baş Y, Kalkan G, Yıldız M, Özüğuz P. Seboreik Dermatit Hastalarının Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. Turkish Journal of Dermatology 2015;9.
- 93.Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S. Quality of life, anxiety and depression levels in patients with seborrheic dermatitis. 2012.
- 94.Gül A, 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.
- 95.A new proposed severity score for seborrheic dermatitis of the face: SEborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SEDASI). Journal of the American Academy of Dermatology, 2017;76(6). doi:10.1016/j.jaad.2017.04.088
96. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. online pdf here: <https://www.docdroid.net/Vt9xpBg/society-and-the-adolescent-self-image-morris-rosenberg-1965.pdf>
97. Blascovich, Jim, and Joseph Tomaka. Measures of self-esteem. Measures of personality and social psychological attitudes 1991;(1). 115-160.
98. Çuhadaroglu F, Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,1986.
99. Gürpınar A, Vitiligo'lu hastalarda dehidroepiandrosteron sülfat (dheas), kortizol ve psikojenik stres düzeylerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2012.
100. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24:385–96.
101. Özcan H. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. Journal of Mood Disorders 2013; 3(3):107-113.
- 102.Szepietowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepietowska E, Baran E. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. Mycoses 2009; 52(4), 357–363. doi:10.1111/j.1439-0507.2008.01624.x
103. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. Türkderm 2003; 37(1):16-23
104. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4:561–71.

105. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118 - 126.
106. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 6:3 - 13.
107. Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychol Rep*, 2003; 93(3):1059-69.
108. Baş Y. Prevalence and related factors of psoriasis and seborrheic dermatitis: a community-based study. *Turkish journal of medical sciences* 2016; 46(2): 303-309.
109. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. *Journal of clinical and investigative dermatology* 2015; 3(2).
110. Park SY, Kwon HH, Min S, Yoon JY, Suh DH. Clinical manifestation and associated factors of seborrheic dermatitis in Korea. *European Journal of Dermatology* 2016;26(2): 173-176.
111. Imamoglu B, Hayta SB, Guner R, Akyol M, Ozcelik S. Metabolic syndrome may be an important comorbidity in patients with seborrheic dermatitis. *Archives of medical sciences. Atherosclerotic diseases* 2016;1(1): e158.
112. Saeed MY, Meran AD. Efficacy and safety of low dose oral isotretinoin in comparison with oral itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis among patients attending Erbil dermatology teaching center in Erbil City. *Zanco Journal of Medical Sciences* 2018; 22(3): 420-426.
113. Önder M, Cosar B, Öztas MO, Candansayar S. Stress and skin diseases in musicians: evaluation of the Beck Depression Scale, General Psychologic Profile (The Brief Symptom Inventory [BSI]), Beck Anxiety Scale and stressful life events in musicians. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2000;54(5): 258–262. doi:10.1016/s0753-3322(00)80068-2
114. Agustin T, Rahmayunita G, Astriningrum R, Miranda E, Pusponegoro EH, 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): 13-17.
115. Maan MA, Naureen S, Saddiqua A. Anxiety, depression and self-esteem among chronic skin patients. *Annals of Punjab Medical College (APMC)* 2010;4(2): 159-165.
116. Schneider G, Driesch S, Heuft F, Evers. Psychological comorbidity in dermatology. *Journal of Dermatology* 2006; 220: 1145-55.

117. Słomian A, Łakuta P, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. The target for intervention in psoriasis patients: Self-esteem. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.09.005
118. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
119. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. *Indian dermatology online journal*, 2017;8(5):343.
120. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis—a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC dermatology*, 2015; 15(1):6.
121. Seiffert K, Hilbert E, Schaechinger H, Zouboulis CC, Deter HC. Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology* 2005; 210(4): 286-293.
122. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, Shahmohammadi S. Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. *Dermatology research and practice*, 2012.
123. Hardy GE, Cotterill JA. A study of depression and obsessionality in dysmorphophobic and psoriatic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 1998; 140(1):19-22. doi:10.1192/bjp.140.1.19
124. Kuchenhoff J. Dysmorphophobia. *Nervenarzt* 1984;55: 122-123
125. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder: diagnostic issues and related disorder. *Psychosomatics* 1992;33:156-165
126. Uzun Ö, Başoğlu C, Akar A, Cansever A, Özşahin A, Çetin M, Ebrinç S. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Comprehensive Psychiatry*, 2003; 44(5); 415–419. doi:10.1016/s0010-440x(03)00102-0
127. 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.

- 128.Thanveer F, Khunger N. Screening for body dysmorphic disorder in a dermatology outpatient setting at a tertiary care centre. *Journal of cutaneous and aesthetic surgery* 2016; 9(3): 188.
- 129.Mento C, Rizzo A, Muscatello MRA, Zoccali RA, Bruno A. Negative Emotions in Skin Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Psychological Research* 2020; 13(1): 71-86.
- 130.Paerna E, Aluoja A, Kingo K. Quality of life and emotional state in chronic skin disease. *Acta Dermato-Venereologica* 2015; 95(3).
- 131.Engin B, Uguz , Yilmaz E, Özdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2008; 22(1): 36-40
- 132.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(3): 305–311. doi:10.1007/s40257-016-0172-x
- 133.Yarpuz AY, Saadet ED, Sanli HE, Ozguven HD. Social anxiety level in acne vulgaris patients and its relationship to clinical variables. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008; 19:29–37.
- 134.Bez Y, Yesilova Y, Kaya MC, Sir A. High social phobia frequency and related disability in patients with acne vulgaris. *Eur J Dermatol.* 2011; 21:756–60
135. Ozturk A, Deveci E, Bagcioglu 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. *Turk J Med Sci* 2013;43:660–6
136. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1983.
137. Büyüköztürk Ş. Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi* 1997;3(4):453-64.
138. Dilbaz N. Liebowtiz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul 2001, s.132.

EKLER

EK-1:

HASTA SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİ:

Adı Soyadı: _____ Hasta No: _____
Tarih: _____
Yaş: _____ Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
Eğitim düzeyi: ☐ İlkokul (<5yıl) ☐ Ortaokul (6-8 yıl) ☐ Lise (9-11 yıl)
☐ Üniversite (>11 yıl)
Medeni Durum: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul
☐ Boşanmış/Ayrı
Meslek: ☐ Ev Hanımı ☐ Kamu Görevlisi ☐ İşçi ☐ Emekli
☐ Serbest ☐ Diğer.....
Yaşadığı Şehir: ☐ Kentsel ☐ Kırsal
Aktif (Şu an) çalışıyor musunuz ? ☐ Evet ☐ Hayır
Maddi durumu: ☐ <2000 TL ☐ 2000 – 5000 TL ☐ >5000 TL
Sigara kullanımı: ☐ Kullanmayan ☐ Kullanan ☐ Daha önce içen ve bırakan
☐ Paket / Yıl (Tahmini günde 1 paket sigara içilen yıl sayısı)
Alkol Kullanımı: ☐ Yok ☐ Var Varsa: ☐ Sosyal içici ☐ Bağımlı
Kahve (Fincan /Gün): ☐ Yok ☐ Var
Deri Hastalığı (Vitiligo, Albinizm, Kseroderma Pigmentozum) ? ☐ Yok ☐ Var
Hastalığın süresi: _____
Hastalığın lokalizasyonu: _____
Eritem: : ☐ Yok ☐ Var Skuam: : ☐ Yok ☐ Var
Subjektif yakınmalar (kaşıntı, yanma, ağrı): ☐ Yok ☐ Var
Seboreik dermatit için alınan tedaviler ve tedavi süresi: _____
Tedavi alındı ise tedaviye yanıt: : ☐ Yok ☐ kısmi yanıt ☐ tam yanıt
En son ne zaman tedavi alındı: _____
Bilinen Kronik Hastalıklar: ☐ Yok ☐ Var
Varsa
Kullandığı ilaçlar: ☐ Yok ☐ Var
Varsa:.....
Bilinen psikiyatrik hastalık: ☐ Yok ☐ Var
Varsa:.....
Kullandığı psikiyatrik ilaçlar: ☐ Yok ☐ Var
Varsa:.....

EK-2:

SEBOREİK DERMATİT ALAN ŞİDDET İNDEKSİ (SEDASI):

ALIN (KAŞLAR VE ÜST KİRPİKLER DAHİL)

SAĞ YANAK (SAĞ KULAK, ALT KİRPİKLER VE ÇENENİN SAĞ YARISI DAHİL)

SOL YANAK (SOL KULAK, ALT KİRPİKLER VE ÇENENİN SOL YARISI DAHİL)

BURUN (NAZOLABİAL OLUKLAR DAHİL)

A: Tutulum alanı

Tutulum yok=0, %1-9=1, %10-29=2, %30-49=3, %40-69=4, %70-89=5, %90-100=6

B: Prezantasyon patterni

Lezyon yok= 0

Az sayıda, seyrek yamalar= 1

Çok sayıda veya küme oluşturan yamalar= 2

Büyük veya birleşen yamalar= 3

C: Eritem derecesi

Eritem yok= 0, pembe = 1, pembe-kırmızı = 2, koyu kırmızı = 3

D: Skuam derecesi

Skuam yok = 0, ince skuamlar = 1, orta kalınlıktaki skuamlar = 2, kalın skuamlar= 3

SEDASI: ALIN(A+P+E+S) + SAĞ YANAK(A+P+E+S) + SOL YANAK (A+P+E+S) + BURUN (A+P+E+S)

Ek-3:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

Ek-4

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **o anda nasıl hissettiği** ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suret belirtin.

		Hayır	Az	Orta	Çok
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Hastanın Soyadı, Adı:.....
Tarih:.....

DURUMLULUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak nasıl hissettiğinizi**, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

		Hemen hemen	Bazen	Çok zaman	Hemen her
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-5:

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

DİSMORFOFOBİ ANKETİ

		Hayır	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
1.	Cildinizdeki lezyonlar nasıl görüldüğünüzle ilgili olarak sizde fazlaca endişe yaratıyor mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Nasıl görüldüğünüzle ilgili düşünce zihninizi çok meşgul ediyor mu? (veya aklınızdan atmak zor oluyor mu?)	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Nasıl görüldüğünüzle ilgili düşünce cinsel yaşamınızı engelliyor mu? (Cinsel yaşamınız yoksa boş bırakabilirsiniz)	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Nasıl görüldüğünüzle ilgili düşünce okul, iş veya sosyal yaşamınızı engelliyor mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Başkalarına nasıl görüldüğünüzle ilgili sorular sorar mısınız?	(1)	(2)	(3)	(4)
		Hiç	Biraz	Fazla	Çok fazla
6.	Lezyonlarınızı aynadan veya direkt bakarak ne sıklıkta inceliyorsunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Lezyonlarınız nedeniyle davranışlarınızı değiştirdiğiniz oluyor mu, veya kaçındığınız davranışlarınız oluyor mu?	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Lezyonlarınızı başkaları görmesin diye ne kadar dikkat ediyor ya da çaba harcıyorsunuz? (Makyaj yapmak, Şapka takmak, eldiven giymek, atkı-kaşkol takmak, gözlük takmak, evden çıkmamak vs. gibi)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-6:

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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 öfkelenediniz?	0	1	2	3	4
10 .	Güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?	0	1	2	3	4

Ek-7:

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek-8:

DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

İndeks 16 yaş üstü hastalar için tasarlanmış olup, hastaların bu testi yaklaşık 3-4 dakika içinde doldurmaları öngörülmüştür. Çalışmamızda ‘kutu işaretleme’ skorum sistemi kullanılmıştır. Kutu işaretleme sisteminde her soru 0-3 arası puanlanmakta olup, toplam skor 0-45 arasındadır. Her bir soru için standart cevap seçenekleri, çok fazla (3), fazla (2), biraz (1), hiç (0) olmak üzere 4 tanedir. PİKİ skorlamasında skor arttıkça, işlev kaybı derecesi de artış gösterir.

1.	Geçen hafta boyunca derinizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu?	Çok fazla Fazla Az Hiç	
2.	Geçen hafta boyunca, deriniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahcup oldunuz?	Çok fazla Fazla Az Hiç	
3.	Geçen hafta boyunca, deriniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu?	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil
4.	Geçen hafta boyunca, deriniz elbise giyiminize (seçiminize) ne kadar etkili oldu?	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil
5.	Geçen hafta boyunca, deriniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi?	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil
6.	Geçen hafta boyunca, deriniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu?	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil
7.	Geçen hafta boyunca, deriniz iş yapmanızı ve ders çalışmanızı engelledi mi?	Evet Hayır	İlgili değil
	Eğer yanıtınız “Hayır” ise, geçen hafta boyunca deriniz, iş yapmanız ya da ders çalışmanızda ne kadar sorun yarattı?	Fazla Az	

		Hiç	
8.	Geçen hafta boyunca, deriniz eşiniz veya yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı?	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil
9.	Geçen hafta boyunca, deriniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu?	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil
10.	Geçen hafta boyunca, derinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu? (Öm. Evinizin kirlenmesi veya zaman kaybı gibi)	Çok fazla Fazla Az Hiç	İlgili değil



Ek-9:

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.
 - a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
 - b) Kendimi üzgün hissediyorum.
 - c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 - d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.
 - a) Gelecekte umutsuz değilim.
 - b) Gelecek konusunda umutsuzum.
 - c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3.
 - a) Kendimi başarısız görmüyorum.
 - b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
 - c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
 - d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4.
 - a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
 - b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum,
 - c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
 - d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı.
5.
 - a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 - b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
 - c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
 - d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.
 - a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
 - b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
 - c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
 - d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7.
 - a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
 - b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
 - c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 - d) Kendimden nefret ediyorum.
8.
 - a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
 - b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
 - c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
 - d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.
 - a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 - b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
 - c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
 - d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10.

- a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
- c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
- d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11.

- a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
- b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
- c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
- d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12.

- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
- d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13.

- a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
- b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
- c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
- d) Artık hiç karar veremiyorum.

14.

- a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum.
- b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
- c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum.
- d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15.

- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
- c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
- d) Hiç çalışmıyorum.

16.

- a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17.

- a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18.

- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
- d) Artık hiç iştahım yok.

19.

- a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla keybettim.
- c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20.

- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
 - b) Son zamanlarda ağrı, sizi, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
 - c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
 - d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
- 21.

- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.



Ek-10:

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin.

Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin.

Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın. Teşekkürler.

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

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

Ek-11:

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/11-29	Tarih:24.04.2019
	Prof.Dr. Turna İlknur'un sorumlusu olduğu "Seboreik Dermatitli Hastalarda Benlik Saygısı, Algılanan Stres Düzeyi, Kaygı, Sosyal Fobi, Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	