



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI**

**KRONİK İNFLAMATUVAR DERİ HASTALIKLARINDA
UYKU KALİTESİ VE DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE
İNDEKSİNE ETKİSİ**

Dr. Selen TANER AKBAY

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Suhan GÜNAŞTI TOPAL**

ADANA-2018



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI**

**KRONİK İNFLAMATUVAR DERİ HASTALIKLARINDA
UYKU KALİTESİ VE DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE
İNDEKSİNE ETKİSİ**

Dr. Selen TANER AKBAY

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Suhan GÜNAŞTI TOPAL**

BAP Proje Kodu: TTU-2018-10649

ADANA-2018

TEŞEKKÜR

Çukurova Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim boyunca etkin bilgi, birikim ve deneyimlerinden faydalandığım, yalnız hekimlik yönünü değil, insani ve ahlaki yönlerini de örnek aldığım, her vizitinde, eğitiminde kendime birşeyler kattığım, donanımlı bir uzman olarak yetişmemde sonsuz emekleri olan, desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim çok değerli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Varol L. AKSUNGUR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran, destek ve samimiyetini esirgemeyen, yetişmemde emekleri olan Anabilim Dalı başkanımız çok değerli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mehmet KARAKAŞ'a,

Mesleki bilgisini, insani yönünü örnek aldığım, bilgi ve deneyimlerini sevgiyle aktaran, anne şefkatiyle yanımda olan çok değerli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Yaşargül DENLİ'ye,

Tez süresi boyunca sabırla benimle birlikte çalışan, bilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım, çok değerli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Suhan GÜNAŞTI TOPAL'a,

Uzmanlık eğitimim süresince geniş bilgi ve tecrübesinden faydalandığım, insani yönünü örnek aldığım çok değerli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Aydın YÜCEL'e,

Hekimlik bilgisi yanında sanatsal bilgi birikiminden de faydalandığım, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen çok değerli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. M. Alpaslan ACAR'a,

Hoşgörüsünü esirgemeyen çok değerli ve saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Bilge F. KARAMAN'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kliniğimizin emektarı olan tüm asistan, hemşire, sekreter, laborant ve personel arkadaşlarıma,

Son olarak, hayatımın her aşamasında, tüm eğitim sürecim boyunca büyük fedakarlıklarda bulunan, beni her konuda destekleyen, yetiştirip bugünlere gelmemde en büyük payı olan canım babam Mahir TANER'e, canım annem Fatma TANER'e, kardeşlerim Selmin TANER AYTAŞ'a ve Simay TANER'e,

Sevgisi, inancı ve sonsuz sabırla her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eşim Mert AKBAY'a,

Sonsuz minnet, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	VII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Atopik Dermatit	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etyoloji ve Patogenez	5
2.1.4. Klinik Bulgular	6
2.1.5. Deri Bulguları Dışında Diğer Organ Semptomları ve Komorbiditeler.....	7
2.1.6. Tanı ve Histopatolojik Bulgular	7
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	8
2.1.8. Tedavi	8
2.2. Kronik Spontan Ürtiker.....	9
2.2.1. Ürtiker Tanım ve Tarihçe	9
2.2.2. Ürtiker Sınıflaması.....	10
2.2.3. Epidemiyoloji.....	11
2.2.4. Etyoloji ve Patogenez	11
2.2.5. Klinik Bulgular	12
2.2.6. Deri Bulguları Dışında Diğer Organ Semptomları ve Komorbiditeler.....	13
2.2.7. Tanı ve Histopatolojik Bulgular	13
2.2.8. Ayırıcı Tanı.....	14
2.2.9. Tedavi	14
2.3. Liken Planus.....	15
2.3.1. Tanım ve Tarihçe	15
2.3.2. Epidemiyoloji.....	16
2.3.3. Etyoloji ve Patogenez	16
2.3.4. Klinik Bulgular	17

2.3.5. Tanı ve Histopatolojik Bulgular	19
2.3.6. Ayırıcı Tanı.....	20
2.3.7. Tedavi	20
2.4. Psoriasis	21
2.4.1. Tanım ve Tarihçe	21
2.4.2. Epidemiyoloji.....	21
2.4.3. Etyoloji ve Patogenez	22
2.4.4. Klinik Bulgular	23
2.4.5. Deri Bulguları Dışında Diğer Organ Semptomları ve Komorbiditeler.....	25
2.4.6. Tanı ve Histopatolojik Bulgular	25
2.4.7. Ayırıcı Tanı.....	26
2.4.8. Tedavi	26
2.5. Dermatolojide Yaşam Kalitesi	27
2.5.1. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (<i>DLQI= Dermatology Life Quality Index</i>)	28
2.6. Dermatolojide Uyku.....	29
2.6.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Etik Kurul Onayı.....	33
3.2. Hasta Seçimi.....	33
3.3. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu	34
3.4. Çalışma Protokolü.....	34
3.5. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Ölçekler	35
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu	35
3.5.2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ).....	35
3.5.3. Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği (<i>Visual Analogue Scale-VAS</i>)	36
3.5.4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	37
3.6. İstatistiksel Analiz.....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. Hasta Seçimi.....	38
4.2. Tanımlayıcı İstatistikler	38
4.2.1. Demografik Özellikler	38
4.2.2. Dermatolojik Özellikler	39
4.2.3. Alışkanlıklar.....	41
4.2.4. Eşlik Eden Hastalıklar	42

4.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile Diğer Değişkenlerin İkili Karşılaştırmaları.....	43
4.4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Üzerine Lojistik Regresyon Analizi	45
4.5. Deri Hastalıklarının Uyku Sorunu Üzerine Etkisi Konusunda Hastaların Düşünceleri	47
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇLAR.....	58
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	67
EK-1. Etik Kurul Raporu	67
EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu.....	68
EK-3. Demografik Veri Formu	69
EK-4. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi	71
EK-5. Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği	72
EK-6. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	73
ÖZGEÇMİŞ	75

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.	Atopik Dermatit tanısında Hanifin-Rajka kriterleri	4
Tablo 2.	Epidemiyolojik çalışmalar için önerilen tanı kriterleri	4
Tablo 3.	Ürtiker sınıflaması	10
Tablo 4.	Demografik özellikler.....	39
Tablo 5.	Dermatolojik özellikler	40
Tablo 6.	Hastalıkların yeni kaşıntı skoru medyanına göre dağılımı.....	41
Tablo 7.	Hastalıkların Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) skoru medyanına göre dağılımı.....	41
Tablo 8.	Alışkanlıklar	42
Tablo 9.	Eşlik eden hastalıklar.....	42
Tablo 10.	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	44
Tablo 11.	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile dermatolojik özelliklerin karşılaştırılması.....	44
Tablo 12.	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile alışkanlıkların karşılaştırılması	45
Tablo 13.	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile eşlik eden hastalıkların karşılaştırılması.....	45
Tablo 14.	Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, alkol kullanımı ve psikiyatrik hastalığın anlamlı prediktör olduğu lojistik regresyon modelinde Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi için tanısal doğruluk.....	46
Tablo 15.	Lojistik regresyon analizinde anlamlı prediktörler	47
Tablo 16.	Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi konusunda hastaların düşüncelerinin Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) skoru medyanına göre dağılımı.....	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Dirsek ön yüzünde eritemli, krutlu, hafif skuamli, ekzematize atopik dermatit plağı.....	7
Şekil 2. Gövdede eritemli, ödemli, ürtikeryal papül ve plaklar.....	13
Şekil 3. Bilekte düz, parlak yüzeyle, poligonal şekilli, yassı, viyolase renkli tipik liken papülleri.....	18
Şekil 4. Oral mukozada hem hiperpigmente yama hem de beyaz retiküler ağ yapısında olan liken lezyonları.....	19
Şekil 5. Gövdede keskin sınırlı, eritemli, sedefi-beyaz renkli skuamlarla kaplı tipik psoriasis papül ve plakları... ..	24
Şekil 6. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksinin (DYKİ) hasta sayılarına göre dağılımı	40
Şekil 7. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin (PUKİ) hasta sayılarına göre dağılımı.....	43

KISALTMALAR LİSTESİ

AD	: Atopik Dermatit
AÖ	: Anjiyoödem
AÜ	: Akut Ürtiker
BSACI	: The British Society for Allergy and Clinical Immunology
CRP	: C-reaktif Protein
DIF	: Direkt İmmünofloresan
DYKİ	: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
EASI	: Eczema Area and Severity Index
GA	: Güven Aralığı
HBV	: Hepatit B Virüsü
HHV	: Human Herpes Virus
HLA	: Human Leucocyte Antigen
HPV	: Human Papilloma Virus
IFN	: İnterferon
IG	: İmmünglobulin
IL	: İnterlökin
ILVEN	: İnflamatuvar Lineer Verrüköz Epidermal Nevüs
KSÜ	: Kronik Spontan Ürtiker
KÜ	: Kronik Ürtiker
LP	: Liken Planus
LTRA	: Lökotrien Reseptör Antagonistleri
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
PH	: Power of Hydrogen
PSORS	: Psoriasis Susceptibility
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement
SCORAD	: SCORing Atopic Dermatitis
SD	: Standart Deviasyon
TH	: T-helper
TNF	: Tümör Nekrozis Faktör

TTV : Torque Tenovirüs
UV : Ultraviyole
VAS : Visual Analog Scale
VS : Versus
VZV : Varisella Zoster Virüs



ÖZET

Kronik İnflamatuvar Deri Hastalıklarında Uyku Kalitesi ve Dermatoloji Yaşam

Kalite İndeksine Etkisi

Amaç: Kronik inflamatuvar deri hastalıklarındaki kaşıntı gibi semptomlar, kişilerin uyku kalitesini ve bağlantılı olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu çalışmada, kronik inflamatuvar deri hastalıklarında uyku kalitesini araştırmak, hastalığın ve hastalardaki kişisel özelliklerin uyku kalitesi ile ilişkilerini ve bu ilişkinin Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi üzerine etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2018-Ağustos 2018 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalında takip edilen 200 hasta dahil edildi. Hastalar sosyodemografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi ve Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği anketlerini doldurdu. Bu ölçeklerden elde edilen sonuçlar, uyku kalitesine olan etkilerine göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Eksik verili hastalar dışlandıktan sonra kalan 195 hastanın 41'i atopik dermatit, 59'u kronik spontan ürtiker, 45'i liken planus ve 50'si psoriasis idi. Uyku kalitesine göre, bağımsız değişkenler arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı veya anlamlılığa yakın ($p < 0,10$) sonuç veren değişkenler; evlilik durumu, deri hastalığı, kaşıntı skoru, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, alkol kullanımı, akciğer hastalığı ve psikiyatrik hastalık idi. Çoklu lojistik regresyon analizinde, uyku kalite indeksi üzerinde, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi ($p < 0,001$), alkol kullanımı ($p < 0,05$) ve psikiyatrik hastalık ($p < 0,01$) anlamlı prediktörler olarak kaldı. Yapılan analizin prediktivitesi % 69,2, sensitivitesi % 75,0 ve spesifitesi % 65,2 idi.

Sonuç: Kronik inflamatuvar deri hastalarında, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi skorlarının artması, eşlik eden psikiyatrik hastalık olması ve alkol kullanımı yaşam kalitesini ve uyku kalitesini bozmaktadır.

Anahtar kelimeler: Deri hastalıkları, uyku, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Sleep Quality in Chronic Inflammatory Skin Diseases and The Effect on The

Dermatology Life Quality Index

Objective: Symptoms such as pruritus in chronic inflammatory skin diseases reduce the quality of life and sleep quality of individuals. The aim of this study was to investigate sleep quality in chronic inflammatory skin diseases and to evaluate the relationship between sleep quality and personal characteristics of the patients and the disease, and the effects of this relationship on Dermatology Life Quality Index.

Materials and Methods: In the study, 200 patients who were followed in the Department of Skin and Venereal Diseases of Çukurova University Medical Faculty between January 2018 and August 2018 were included. Patients completed the sociodemographic data form, Pittsburgh Sleep Quality Index, Dermatology Life Quality Index and Itching Severity Visual Analog Scale. The results obtained from these scales were compared according to their effects on sleep quality.

Results: After the exclusion of the missing data, for the remaining 195 patients, 41 had atopic dermatitis, 59 had chronic spontaneous urticaria, 45 had lichen planus and 50 had psoriasis. Variables in terms of statistically significant or close to the significance ($p < 0.10$) after the comparisons between the independent variables according to the sleep quality included: the marital status, skin disease, itching score, Dermatology Life Quality Index, alcohol consumption, lung disease and psychiatric disease. After the multivariate logistic regression analysis, Dermatology Life Quality Index ($p < 0.001$), alcohol consumption ($p < 0,05$) and psychiatric disease ($p < 0,01$) remained significant predictors on sleep quality index. The predictability of the analysis was 69,2 %, the sensitivity was 75,0 % and the specificity was 65,2 %.

Conclusion: Increased Dermatology Life Quality Index scores, comorbid psychiatric disorders and alcohol consumption impair the quality of life and sleep quality in chronic inflammatory skin diseases.

Keywords: Skin diseases, sleep, life quality

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik inflamatuvar deri hastalıkları persistan (aylar veya yıllar boyunca süregelen) inflamatuvar deri hastalıklarını kapsamaktadır.¹ Kişilerin fiziksel, sosyal, psikolojik durumlarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. Atopik dermatit, kronik spontan ürtiker, liken planus ve psoriasis gibi hastalıklar bu grupta yer almaktadır. Bu hastalıkların çoğu, hastalarda kendine güvensizlik, depresyon, anksiyete başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik problemlere yol açmakta, hastaların uyku düzeni ve kalitesini değiştirmektedir.² Hastaların, hastalığa karşı tepkileri çok çeşitlidir. Klinik tablo, hastalığın semptomları, hastalığın algılanması, psikolojik yaklaşım, kişilik özellikleri, kişisel kaynaklar, mizaç ve stresle başa çıkma becerileri gibi faktörlere bağlıdır.¹

Uyku, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için hayati öneme sahiptir. Bu nedenle uyku bozuklukları, olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir.² Birçok çalışma, kronik inflamatuvar deri hastalıklarının uyku bozuklukları veya kalitesiyle ilişkili olduğuna ışık tutmaktadır.²⁻⁵ Kronik inflamasyonun genellikle uykuyu azalttığı bilinmesine rağmen, uyku kalitesi ile kronik inflamatuvar deri hastalıkları arasındaki ilişki tam olarak tanımlanmamıştır.^{1,2}

Sosyal, fiziksel ve psikolojik iyilik halini gösteren yaşam kalitesi, günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri kapsamaktadır.¹ Ayrıca yaşam kalitesi, günlük rolleri içeren işlevsel yeterlilik, toplumsal ilişkilerde iyilik hali, somatik yakınmalar ve yaşamdan alınan doyumunu da ortaya koymaktadır.^{1,6} Genelde yaşamı tehdit edici olmayan deri hastalıkları, önemli psikososyal rahatsızlıklara yol açarak hastalarda, uyku bozukluğuna, yorgunluğa, sosyal izolasyona, enerji kaybına, emosyonel/seksüel zorluklar yaşanmasına, meslek ve ev işlerinde kısıtlanmalara yol açmakta ve kişilerin yaşam kalitesini bozabilmektedir.^{1,2,6,7} Bu hastalıklarda mevcut fiziksel ve psikososyal bozukluklarla mücadele etmek, yaşam kalitesini artırmak ve daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemlidir.^{6,7}

Bu çalışmanın amacı, kronik inflamatuvar deri hastalıklarının uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır. Kronik inflamatuvar deri hastalıkları içinde yer alan atopik dermatit, kronik spontan ürtiker, liken planus ve psoriasis olan hastalarda uyku kalitesini araştırmak, bu hastalarda uyku kalitesi ile mevcut sistemik hastalıklar, kaşıntı şiddeti, yaşam tarzı, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi arasında olası bir ilişkiyi ve bu

ilişkinin kişinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektir. Kronik kaşıntılı deri hastalığı olan kişilerde, uyku bozukluğu ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi arasındaki ilişkinin sonuçlarını karşılaştırarak, güncel bir durum tespiti yapılması öngörülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atopik Dermatit

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Atopik dermatit (AD), genellikle infant ve erken çocukluk döneminde başlayan, genetik faktörlerin eşlik ettiği, kaşıntılı, tekrarlayıcı, diğer atopik hastalıklarla (alerjik astım, alerjik rinit ve alerjik konjunktivit gibi) birlikte olabilen, kronik, inflamatuvar, nonenfeksiyöz bir deri hastalığıdır.⁸⁻¹⁰ Atopik ekzema, infantil ekzema, fleksural ekzema, dissemine nörodermatit ve Besnier prurigosu tanımları ile eş anlamlı olarak kullanılır.¹¹ Patofizyolojisi net olarak anlaşılamamıştır ve multifaktöriyeldir; genetik, immünolojik, fizyolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir.^{8,10,12} AD'li hastalarda çoğunlukla kişisel ve ailesel atopi öyküsü bulunur.^{8,9} Her yaşta ortaya çıkabildiği gibi genellikle 2. aydan sonra ve 1 yaşından önce başlar. Çocukluk çağının en sık rastlanan kronik deri hastalığıdır.^{10,13}

“Atopi” sözcüğü eski Yunanca'da “atopos” kelimesinden köken alır ve garip, yabancı, alışılmadık anlamlarına gelir.¹⁴ AD, prurigo benzeri bir dermatoz olarak ilk kez 1808 yılında Robert Willan tarafından tanımlanmıştır.¹⁴ 1892 yılında Besnier, AD'yi prurigo grubu hastalıklardan ayırmış, alerjik rinit ve astımla birlikteliğini tarif etmiştir. 1923 yılında Coca ve Cooke, atopi terimini, alerjik rinit ve alerjik astıma yatkınlığı da içine alan, hipersensitiviteden kaynaklanan klinik bulgularla karakterize ailevi duyarlılığı tanımlamak için kullanmışlardır.^{14,15} “Atopik dermatit” terimi ise 1933 yılında Wise ve Sulzberger tarafından çocuklarda sulantılı, erişkinlerde likenifiye ekzemaları tarif etmek için kullanılmıştır.^{14,15}

1980'lerde Hanifin ve Rajka, AD'nin karakteristik özelliklerini bir liste halinde tanımlamıştır (Tablo 1). 1994'te ve 2005'te bu kriterler, Williams ve arkadaşları (ark.) tarafından klinik çalışmalarda kullanılmak amacıyla basitleştirilerek modifiye edilmiştir (Tablo 2).¹⁶ Hastalık, Atopik Dermatit Şiddet Skorlaması (Score in Atopic Dermatitis-SCORAD) veya Ekzema Alan ve Şiddet İndeksi'ne (Eczema Area and Severity Index-EASI) göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır.¹⁷

Tablo 1. Atopik Dermatit tanısında Hanifin-Rajka kriterleri¹⁶

Major Kriterler (En az 3 majör kriter bulunmalıdır)
Kaşıntı
Tipik morfolojik özellik ve dağılım gösteren deri lezyonları
Kronik ya da kronik olarak tekrarlayan dermatit
Kişisel veya ailesel atopi öyküsü
Minör Kriterler (En az 3 minör kriter bulunmalıdır)
Kserozis
İktiyozis/palmar çizgilenme/keratozis pilaris
Erken (Tip I) deri testi reaktivitesi
Artmış serum immünglobulin E (IgE)
Erken başlangıç yaşı
Kutanöz enfeksiyonlara eğilim/bozulmuş hücre aracılı bağışıklık
Non-spesifik el ve ayak dermatitlerine eğilim
Meme ekzeması
Keilitis
Tekrarlayan konjunktivit
İnfraorbital Dennie-Morgan çizgileri
Keratokonüs
Anterior subkapsüler katarakt
Periorbital koyulaşma
Fasyal solgunluk ve eritem
Pityriazis alba
Anterior boyun katlantısı
Terleme ile tetiklenen kaşıntı
Yün ve lipid çözücülere intolerans
Perifoliküler belirginlik
Gıda intoleransı
Çevresel ya da emosyonel faktörler tarafından etkilenen klinik seyir
Beyaz dermografizm

Tablo 2. Epidemiyolojik çalışmalar için önerilen tanı kriterleri¹⁶

<u>Olmazsa olmaz;</u>
• Kaşıntılı deri hastalığı (ebeveyn tarafından belirtilen kaşıntı/sürtme/ovalama bildirmesi)
<u>Ek olarak aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası bulunmalıdır;</u>
• El bileği, diz çukurları, dirsek ön yüzleri, boyun çevresi gibi deri katlantı bölgelerinin tutulumu (On yaşın altındaki çocuklarda ek olarak yanak bölgeleri)
• Özgeçmişte astım ya da saman nezlesi (Dört yaşından küçük çocuklar için birinci derece akrabada atopik hastalık)
• Son bir yıl içerisinde genel olarak kuru deri öyküsü
• Belirgin fleksural ekzema (Dört yaşından küçük çocuklarda yanak, alın ve ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde ekzema)
• İki yaşın altında başlangıç (Bu kriter çocuk 4 yaşından küçük ise kullanılmaz)

2.1.2. Epidemiyoloji

AD her yaşta görülebilmekle birlikte, genellikle erken infant dönemde başlar. Hastaların % 85'inde 5 yaşından önce, % 60'ında 1 yaşından önce ve % 45'inde ilk 6 ayda başlamaktadır.¹⁶ Genel olarak çocukların % 25'ini, erişkinlerin ise % 2-3'ünü

etkilemektedir.¹⁷ Literatürde kızlarda, erkeklerden daha fazla görüldüğü bildirilmiştir, ancak infantil dönemde bu oran tersine döner.¹³ Gelişmiş ülkelerde yaşam boyu prevalansı % 20'lerden fazladır.¹⁷ Az gelişmiş ülkelerde ise hastalığın prevalansı giderek artmaktadır.¹⁷ Olguların en az % 70'inde adolesan dönemden önce remisyon oluşmaktadır.¹⁸ Türkiye'de AD, astım ve alerjik rinit gibi atopik hastalıkların sıklığı giderek artmaktadır. Toplumumuzda görülme sıklığı % 0,5 ile % 1 olup, çocuklarda prevalansı % 2,2 ile % 6,3 arasında değişmektedir.¹⁸

“Atopik marş veya diyatez” terimi sıklıkla AD'den alerjik rinit veya astım gibi diğer alerjik hastalıkların gelişimini anlatmak için kullanılır. Hastaların yaklaşık olarak 1/3'ünde astım ve 2/3'ünde alerjik rinit geliştiği düşünülmekte, gıda alerjisi ile ne oranda ilişkili olduğu tam olarak bilinmemektedir.¹⁷

2.1.3. Etyoloji ve Patogenez

Etyopatogenezinde genetik, çevresel, psikososyal etmenler (kaşıntı-kaşıma kısır döngüsü), deri bariyer defektleri, enfeksiyöz ajanlar ve lokal/sistemik immünolojik bozuklukların kompleks ilişkisi söz konusudur.^{10,13,17} Temel olarak patogenezden, deri bariyer bozukluğu ile immün sistemin aşırı aktivasyonunun sorumlu olduğu düşünülmektedir.¹⁷

Genetik yatkınlık, AD oluşumu açısından ön koşullardan biridir. Genlerin diğer genlerle etkileşiminin yanısıra, çevresel etmenlerle de etkisi söz konusudur. Genetik çalışmalarda, IgE sentezini düzenleyen sitokinleri kodlayan genler, iktiyozis vulgarise sebep olan keratinizasyon bozukluğundaki genler ve deri bariyer fonksiyonunda görevli proteinleri kodlayan genlerdeki mutasyonların AD oluşumunda rol oynadığı gösterilmiştir.¹⁰

Deri bariyerindeki fiziksel ve immünolojik defektler, inflamatuvar cevabı uyaran irritan ve alerjenlerin deriye penetrasyonunu kolaylaştırmaktadır. Artmış transepidermal su kaybı ile birlikte olan anormal deri bariyeri, AD patogenezinde önemlidir.^{9,10} Deri bariyer bozukluğunda öne sürülen patogenetik mekanizmalar, filagrin ve çeşitli epidermal farklılaşma kompleksine ait proteinlerde bozukluk, deri seramidlerinde azalma, stratum korneum pH'sında bozulmalar ve kemotriptik enzim aşırı ekspresyonu olarak sayılabilir.¹⁷

AD'de immün sistemin aşırı aktivasyonunda, ağırlıklı olarak T yardımcı hücre 2 (Th2) rol oynar.¹⁷ Genetik veya çevresel faktörlerle oluşan epidermisteki bariyer bozukluğuna bağlı gelişen proteaz aktivasyonu ile hasarlanmış keratinositler, Th2 hücre aktivasyonunu başlatır. Aktive Th2 hücreleri interlökin-4 (IL-4), IL-5, IL-13, IL-25 ve IL-31 üretir. Bu sitokinlerin, keratinositlerin filagrin ekspresyonunun azalmasına, dolayısıyla deri bariyer fonksiyonunun bozulmasına, aynı zamanda kaşıntıya sebep oldukları da düşünülmektedir.^{10,13,16,17} Atopik kişilerde deri ve mukozaların ekzojen ve endojen alerjenlerle tekrarlayan maruziyeti sonucu alerjen spesifik IgE oluşur ve histamine cevapta anormallik görülür.¹⁶

Atopiklerde kaşıntıyı uyaran etmenler; düşük nem ve düşük ultraviyole (UV) maruziyeti, sıcak, soğuk, ani ısı değişiklikleri, terleme, kontakt iritanlar, egzersiz, kuruluk, tetikleyici antijenlerle karşılaşma (yiyecek, polen, solunumsal ajanlar), sürtünme, yünlü veya naylon gibi iritan giysiler, bir başka kaşıntılı hastalık olması, stres ve fotosensitivitedir.^{8-10,17}

2.1.4. Klinik Bulgular

Üç evreye ayrılır:

1. İnfantil AD: Genellikle ikinci aydan sonra başlar ve daha çok erkek bebeklerde görülür. Yanakların dış kısmı, alın, saçlı deri, boyun, gövde ve ekstremitelerin ekstansör yüzeylerine yerleşen, hafif skuamlı, eritemli ya da eritemsiz ekzematize lezyonlar görülür. Saçlı deride kepeklenme sıklıkla vardır.^{8,11}

2. Çocukluk çağı AD: Papüler veya prurigo tipi kaşıntılı, sulu, kabuklu lezyonlar şeklinde, ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde görülebileceği gibi, antekubital ve popliteal fossalarda, likenoid lezyonlar şeklinde de görülebilir (Şekil 1).^{8,11,13,17}

3. Adolesan ve Erişkin AD: Özellikle fleksural yüzeylerde, baş ve ense derisinde, likenifiye plaklar mevcuttur. Şiddetli kaşıntı nedeniyle ekskoriyasyon ve kabuklanma oluşur.^{8,11,17} Boyun, göz kapakları, alın, saçlı deri, gövde, bilekler, el-ayak dorsalleri sıklıkla tutulur. Yüzde eritem olmadığı zaman, solukluk ve infraorbital koyulaşma (rakun işareti) olur. Genellikle gözaltı çizgilerinde (Dennie-Morgan çizgisi) belirginleşme görülebilir. Boyunda gözlenen retiküler tarzda gri-kahverengi renk değişikliğine “kirli boyun işareti” adı verilmiştir.^{8,16}



Şekil 1. Dirsek ön yüzünde eritemli, krutlu, hafif skuamli, ekzematize atopik dermatit plağı

2.1.5. Deri Bulguları Dışında Diğer Organ Semptomları ve Komorbiditeler

AD'li hastaların yaklaşık % 40'ında astım, alerjik rinit ve IgE aracılı gıda alerjileri görülmektedir.¹⁷ Hastalık şiddeti, bu komorbiditelerin prevalansı ve şiddeti ile ilişkili bulunmuştur.¹⁷ AD'de kronik kaşıntı ve inflamasyon, uyku bozukluğu, davranışsal problemler ve psikolojik bozukluklara yol açabilmektedir.^{17,19,20} Depresyon, emosyonel stres, anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, baş ağrıları ve nöbetler gibi birçok nöropsikiyatrik hastalık riski artmıştır.^{19,20} AD, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.¹⁷

2.1.6. Tanı ve Histopatolojik Bulgular

AD tanısı, öykü ve klinik özelliklere göre konulmaktadır. Spesifik klinik veya laboratuvar bulgusu yoktur.¹⁷ AD tanısı için, modifiye Hanifin-Rajka kriterlerine göre kişisel veya aile öyküsü yanında en az 3 majör kriter olmalıdır.¹⁶ Üç veya daha fazla minör kriter, bir majör kriter yerine geçebilmektedir. Bu durumda, 4 majör kriterden, 3 major kritere eşlik eden, 3 minör kriter olması teşhis için yeterlidir.¹⁶ Tanıyı

doğrulamak amacıyla total IgE, alerjen spesifik IgE, total eozinofil sayımı, deri prick testi, intradermal test, atopi yama testi yapılabilir.^{8,16-18} Yüksek serum IgE ve eozinofil değerleri görülebilir ve prick testte birden çok alerjene karşı pozitiflik saptanabilir.^{17,18}

Histopatoloji, genellikle diğer hastalıklardan ayırıcı tanısını yapabilmek amacıyla gerekebilir. Akut lezyonlarda; parakeratoz, akantoz, belirgin spongioz, intrasellüler ödem, üst dermiste perivasküler lenfosit ve monositler oluşun infiltrasyon izlenirken, kronik lezyonlarda; epidermiste belirgin hiperkeratoz, psoriaziform hiperplazi, azalmış spongioz, Langerhans hücrelerinde ve mast hücrelerinde artış izlenir.^{13,15-17}

2.1.7. Ayırıcı Tanı

AD, klinik olarak birçok hastalık ile karışabilir. Bu hastalıklar arasında konjenital hastalıklardan; Netherton sendromu, famiyal keratozis pilaris, immün yetmezlik sendromlarından; Wiskott Aldrich sendromu, ataksi-telenjektazi, histiositozis X, hiperimmünglobulin E sendromu, fenilketonüri, Ritter hastalığı, malignensilerden; Letterer Siwe hastalığı ve kutanöz T hücreli lenfoma, metabolik hastalıklardan; çinko, pridoksin ve niasin eksikliği, dermatitis herpetiformis, pemfigus folyaseus ve dermatomiyozit, seboreik dermatit, kontakt dermatitler, liken simpleks kronikus, mantar enfeksiyonu, diaper dermatit, piyoderma, dishidrotik ekzema, skabiyez, pityriazis rosea, Darier hastalığı, numuler dermatit, palmoplantar psoriazis bulunmaktadır.^{8,10,11,13,16,17}

2.1.8. Tedavi

AD tedavisi kişiye özel tedavi yaklaşımı gerektirmektedir. Tedavinin temelini, kaşıntıyı azaltıcı önlemlerin alınması, deri bariyer bozukluğunu iyileştirici nemlendiricilerin düzenli kullanımı, hastalığı tetikleyen faktörlerin belirlenerek bunlardan kaçınılması, varsa enfeksiyonların tedavisi, hastaya ve ailesine, hastalığın şiddetine ve tedaviye yanıtına göre uygun eğitimin verilerek sağaltımın uzatılması oluşturur.

AD'nin yaygın, kronik seyirli bir hastalık olması ve kütatif bir tedavisinin bulunmaması nedeniyle, hastanın ve ailesinin, hastalıkla ve tetikleyicilerle ilgili doğru bilgiye sahip olması gerekir. Hastalığın strese bağlı tetiklenebileceği, derinin normalden kuru olduğu ve nemlendirmenin kritik öneme sahip olduğu, alerjen özellikli kimyasal,

yün gibi tetikleyicilerden uzak durulması, giysi seçimi, yatak ve yastık özellikleri, ev tozunun en aza indirgenmesi gibi birçok konuda bilgilendirme yapılmalı, eğitim ve destek programları verilmelidir.¹⁷ Tedavinin temelinde yer alan ve deri bariyer onarımını sağlayan nemlendiricilerin düzenli kullanılması önerilmelidir.¹⁷ Topikal kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri (takrolimus ve pimekrolimus), antimikrobiyal ve antiseptikler, kömür katranı, ıslak sargı uygulaması, polidokanol, tanninler, çinko ve doksepin topikal tedavide kullanılan seçenekler arasında yer almaktadır.^{8,11,13,15,17} Sistemik antihistaminikler, antimikrobiyaller, steroidler, immümsupresif ajanlar (siklosporin, azatiyopirin, metotreksat), kromolin sodyum, mikofenolat mofetil, biyolojik ajanlar (omalizumab, dupilumab, ustekinumab), lökotrien inhibitörleri (montelukast, zafirlukast, zileuton) AD’de kullanılan sistemik tedavi seçenekleridir.^{8,11,16,17,20} Topikal tedavilere dirençli, özellikle likenifiye lezyonların olduğu, kronik fazdaki AD’nin tedavisinde, deri lezyonlarını, kaşıntıyı ve uykusuzluğu iyileştirmek için iyi bir tedavi seçeneği olarak fototerapi önerilmektedir.^{16,17} Alerjen immünoterapi, AD’nin tedavisinde kullanılabilir.¹⁶

2.2. Kronik Spontan Ürtiker

2.2.1. Ürtiker Tanım ve Tarihçe

Ürtiker, kaşıntılı, eritemli, deriden kabarık, ödemli ve genellikle 24 saatten uzun sürmeyen, kendiliğinden kaybolan ürtika lezyonlarıyla karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır.^{21,22} Ürtiker terimi, temas ile kızarıklık ve kaşıntıya sebep olan, Latince ısırğan otu anlamına gelen, “*urtica dioica*”dan türetilmiştir. Hipokrat zamanından beri bilinen ürtiker, ilk olarak Johan Peter Frank tarafından 1771’de günümüzde kullanılan şekliyle isimlendirilmiştir.²³

Ürtiker öyküsü altı haftadan kısa sürüyorsa “akut ürtiker (AÜ)”, altı haftadan uzun sürüyorsa ve haftada en az iki atak geliyorsa “kronik ürtiker (KÜ)” olarak tanımlanmaktadır.²² Altı haftadan uzun süren, ancak haftada ikiden daha az atak gelişen durumlar için “epizodik KÜ” tanımı kullanılabilir.²² Daha şiddetli seyreden, patolojik olarak derinin daha derin tabakalarını tutan formuna anjiyoödem (AÖ) denilmektedir. Ürtiker toplumda sık görülmekte olup, popülasyonun % 15-25’inin hayatında en az bir kez ürtiker atağı geçirdiği düşünülmektedir.²⁴

2.2.2. Ürtiker Sınıflaması

Literatürde uluslararası farklı ürtiker sınıflama kılavuzları bulunmaktadır. Bunlardan ilki 2001 yılında İngiliz Dermatoloji Derneği tarafından yayınlanan “Ürtiker ve Anjiyoödem için Tanı ve Tedavi Kılavuzu”dur.²² Ardından 2007’de İngiliz Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği (BSACI) tarafından “Kronik Ürtiker ve Anjiyoödem Tedavisinde BSACI Kılavuzu” yayınlanmıştır.²² Tablo 3’te, 2016 yılında yayınlanan “Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu”nun ürtiker sınıflaması için önerisi gösterilmektedir.²²

Ürtiker patogenezi üzerine yapılan yeni çalışmalar doğrultusunda, hastalığın “endojen” temeline dikkat çekmek ve tanımsal birliği sağlamak amacıyla “kronik idiyopatik ürtiker” ve “kronik otoimmün ürtiker” tanımları yerine “kronik spontan ürtiker (KSÜ)” tanımının kullanılması önerilmiştir.²² Saptanabilen fiziksel veya başka uyaranlar varlığında meydana gelen ürtikerler ise “uyarılabılır (indüklenebilir) ürtiker” olarak tanımlanmaktadır.^{21,22}

Tablo 3. Ürtiker sınıflaması²²

Akut ürtiker	Kronik ürtiker	
<6 hafta	>6 hafta	
	Kronik spontan ürtiker	Kronik uyarılabilir ürtiker
		Semptomatik dermografizm
		Soğuk ürtikeri
		Geç basınç ürtikeri
		Solar ürtiker
		Sıcak ürtikeri
		Titreşim ürtikeri
		Kolinerjik ürtiker
		Akuajenik ürtiker
		Temas ürtikeri

KSÜ tanısı konulabilmesi için hastada fiziksel ürtiker ve hastalığa sebep olabilecek herhangi bir faktörün bulunmaması gerekmektedir.^{21,22} Etyolojisinde öncelikle fiziksel, alerjik, psödoalerjik ve enfeksiyöz nedenler araştırılır, ancak hastalığın patogenezi tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Genelde yaşamı tehdit etmese bile, KSÜ, yönetimi karmaşık ve zorlu olabilen, hastaya sosyoekonomik açıdan yük getiren bir hastalıktır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine önemli etkileri mevcuttur.

2.2.3. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda KÜ'nün toplumun % 0,05 ile % 3'ünü etkilediği bulunmuştur.^{21,25} KSÜ ise toplumun % 0,1'ini etkilemekte ve KÜ'lü hastaların % 70-90 gibi büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Çocuklarda KÜ prevalansı % 1,1-1,5 olarak bulunmuştur.²⁵ Sıklıkla 20-40 yaşlarında ve kadınlarda, erkeklerden daha sık görülmektedir.²⁵

2.2.4. Etyoloji ve Patogenez

Ürtiker etiyolojisi günümüzde net olarak aydınlatılamamıştır. Genel olarak etyolojisinde, ilaçlar, gıdalar, gıda katkı maddeleri, enfeksiyonlar (bakteriyel, viral ve fungal), parazitik enfestasyonlar, alerjenler, iç hastalıkları, maligniteler ve diğer dermatolojik hastalıklar yer almaktadır.^{21,22} İlaçlar, nonimmünolojik mekanizmalarla KÜ'de lezyonların oluşumunu tetikleyici ve alevlendirici rol oynamaktadır. Özellikle KÜ'lü olgularda nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar ve aspirin kullanımı önerilmemektedir.²² Ayrıca antibiyotikler, aşular, barbitüratlar, antiepileptikler, antihipertansifler, diüretikler ve kan ürünleri de KÜ'ye neden olabilir.²⁶ Besinlerin etyolojide psödoalerjik reaksiyon ile genetik zemini olan kişilerde sorumlu olduğu düşünülmektedir. En sık besinsel alerjenler, balık, yumuşakçalar, kabuklu deniz ürünleri, baharatlı yiyecekler, peynir, yumurta, mantar, kabuklu yemişler, muz, bezelye, kakao, şarap, yapay gıda katkı maddeleridir.^{22,26} Çimenler, polenler, küf tozları, ev tozu akarları, sigara, hayvan tüyleri inhalasyon yoluyla KÜ'ye sebep olabilir.²² Enfeksiyonlar, KÜ için genelde hastalığı tetikleyici rol oynarlar. Helikobakter pilori'nin KÜ oluşumu için önemli bir risk faktörü olduğu ve hastalığın şiddeti ile ilişkili olabileceği gözlenmiştir.²² Erişkinlerde etyolojide yer alan diğer başlıca enfeksiyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, intestinal parazitozlar, onikomikoz, tinea pedis ve mukokutanöz kandidiyazis gibi mantar enfeksiyonları, hepatit virüsleri, *Coxsackie* virüs gibi viral enfeksiyonlar, sinüzit, diş ve diş eti enfeksiyonlarıdır.^{22,26} Tiroid hastalıkları, gastrit, reflü özofajit, safra yolları veya kesesi iltihabı, bağ dokusu hastalıkları gibi nonenfeksiyöz kronik inflamatuvar ve otoimmün süreçlerin ürtikerin bir nedeni olabileceği bildirilmiştir.²² Literatürde lösemi, lenfoma, miyelom, tiroid, testis, over, mesane, kolon ve akciğer kanseri gibi çok sayıda kanserle ilişkili KÜ'lü olgu bildirilmiş

olmasına rağmen, malignitelerin ürtikerdeki etyolojik rolü kanıtlanamamıştır.²² Psikolojik stres, depresyon ve anksiyetenin, ürtiker etyolojisinde özellikle de akut atakların tetiklenmesinde, alevlenmesinde ve kaşıntıda rol oynadığı bildirilmiştir.^{22,24}

Ürtiker mast hücre aracılı bir hastalık olup, mast hücre tarafından salgılanan histamin başta olmak üzere, trombosit aktive edici faktör gibi mediyatörler ve sitokinlerin duyuşal sinir aktivasyonu, vazodilatasyon ve plazma ekştravazasyonu oluşturması ile oluşur.^{21,22} Atak döneminde C-reaktif protein (CRP), IL-6 ve matriks metalloproteinaz 9 artışı görülür. Son yıllarda otoimmün etyolojide önemli rol oynayan Th17 hücreleri ve IL-17 sitokin ailesi ile T regülatuvar hücreler de KÜ etyolojisinde araştırılmaktadır. Histamin salınımına sebep olan en önemli mekanizma Tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonudur.^{21,22,24}

2.2.5. Klinik Bulgular

Tipik ürtiker için lezyonlar, yanma ve kaşıntı hissi ile başlayan, değişken çaplarda, 24 saatten uzun sürmeyen, iz bırakmadan iyileşen, eritemli, ödemli papül ve plaklardır (Şekil 2). Her yerde yerleşebilirler ve genellikle birkaç saatte kaybolurlar. Ürtiker ve AÖ sıklıkla birlikte görülebilmekle beraber ayrı ayrı da ortaya çıkabilir.^{21,22} Ürtiker, genellikle genel durumu bozmaz. Kaşıntı ve anksiyete dışında ürtikerde sistemik bulguya rastlanmaz. AÖ eşlikli ürtiker vakalarında ise larinks ve uvula ödemeine bağlı nefes darlığı, çarpıntı hissi, karın ağrısı ve ölüm korkusu olabilir.



Şekil 2. Gövdede eritemli, ödemli, ürtikeryal papül ve plaklar

2.2.6. Deri Bulguları Dışında Diğer Organ Semptomları ve Komorbiditeler

Ürtiker en çok otoimmün tiroid hastalıkları ile birlikte görülür. KSÜ olan kişilerde otoimmün tiroid hastalıklarının görülme olasılığı ve tiroid hastalığı olanlarda ürtiker saptanma olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur.²⁷ Otoimmün inflamatuvar hastalıklarda ürtiker bazen ilk bulgu olabilir. KSÜ olan kişilerde atopi prevalansı yüksektir. Depresyon, anksiyete gibi psikolojik komorbiditelerin de daha sık görüldüğü belirtilmiştir.²⁷ Ayrıca şiddetli kaşıntısı olan ürtiker hastalarında uyku bozukluğu ve uykunun bölündüğü görülmüştür.²⁷

2.2.7. Tanı ve Histopatolojik Bulgular

Ürtiker tanısında en önemli basamaklar, iyi bir anamnez alınması ve fizik muayene yapılmasıdır. Özellikle son 15 gün içinde kullanılan yeni ilaçlar, tüketilmiş farklı besinler, yeni geçirilen enfeksiyonlar, stres faktörleri, fiziksel uyarılar (sıcak, soğuk, güneş, egzersiz gibi), sistemik hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar, meslek ve hobiler, kadınlar için menstürasyon dönemiyle ilişki, sigara, alkol ve uyuşturucu

kullanımı, lezyonlarının ortaya çıkış zamanı, devamlı mı aralıklı mı olduğu, eşlik eden nefes darlığı, karın ağrısı, idrar ve dışkılama değişiklikleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.²¹ AÜ'lü hastalara, 2016 yılında yayınlanan Ürtiker Tanı ve Tedavi rehberinde, rutin laboratuvar tetkiklerinin uygulanması önerilmezken, KSÜ'lü hastalara ilk basamakta hemogram, biyokimya, CRP, sedimentasyon tetkiklerinin yapılması ve ilaçların sorgulanması önerilmektedir.^{21,22} Deri testleri şüpheli gıda, aeroalerjen ve kontaktanların doğrulanması amacıyla kullanılabilir.²¹

Klasik ürtiker lezyonlarının histolojisi genel olarak üst dermiste postkapiller venüller ve lenfatiklerde dilatasyona eşlik eden, üst/orta dermisi tutan ödem ve seyrek perivasküler lenfositik, eozinofilik, nötrofilik veya bazofilik infiltrasyon şeklinde görülmektedir.²¹ Direkt immüno Floresan (DIF) incelemede immünglobulin ve komplemana rastlanmamıştır.²¹

2.2.8. Ayırıcı Tanı

İlk ayırt edilmesi gereken hastalık ürtikeryal vaskülitir.^{22,28} Ürtikeryal vaskülitte lezyonlar 24 saatten daha uzun sürer ve iyileşirken yerlerinde purpura veya pigmentasyon bırakır.²⁸ Hastalarda ateş, artralji, artrit, sedimentasyon artışı görülebilir. Ayrıca hipokomplementemi ve dolaşan immün kompleksler bulunabilir. Ürtiker sadece AÖ şeklinde seyrediyor, beraberinde karın ağrıları da eşlik ediyorsa mutlaka herediter veya kazanılmış AÖ dışlanmalıdır.^{22,28} Ürtikerin ayırıcı tanısında düşünülecek en önemli hastalık gruplarından biri de otoinflamatuar hastalıklardır.^{22,28} Ürtikeryal komponenti olan kutanöz mastositozlar, böcek ısırığı reaksiyonları (papüler ürtiker), Sweet sendromu, Wells sendromu, büllöz pemfigoid, herpes gestasyones, figüre eritemler, eritema multiforme, anafilaksi, kutanöz ve sistemik lupus eritematozus, dermatitis herpetiformis, polimorf ışık erüpsiyonu, otoimmün progesteron dermatiti, hipereozinofilik sendrom ve akut fasyal kontakt dermatit ayırıcı tanıya giren diğer dermatolojik hastalıklardır.²²

2.2.9. Tedavi

Ürtiker tedavisinin temelini, nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların giderilmesi oluşturur. AÜ'de dermatozu tetikleyen neden sıklıkla bulunurken, KÜ'de

hem nedenin saptanması hem de saptanan nedenin ortadan kaldırılması güç olabilir. Hastalara, öncelikle hastalık hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi gerekmektedir. Günlük yaşamda sakınılması/dikkat edilmesi gereken etmenler ile ilgili uyarıda bulunmak gereklidir.²² Etiyolojik araştırma yapılırken gecikmeden semptomatik tedavi başlanmalıdır. Ürtikeri tetikleyebilecek ya da alevlendirebilecek stres, yorgunluk, fiziksel etmenler, gıdalar ve ilaçlardan sakınılması tüm ürtiker hastalarına önerilmelidir.²²

Antihistaminikler, ana semptomları oluşturan H1 reseptörleri baskıladıkları için, başlıca ilaç tedavisini oluşturmaktadır.²² İkinci kuşak H1 antihistaminikler önce standart dozda başlanır, yetersiz kalındığı durumlarda doz 4 katına kadar arttırılabilir.²¹ H1 antihistaminik ilaçlara ek olarak H2-bloker ilaçların verilmesinin tek başına H1 antihistaminik tedavisinden daha fazla semptomatik rahatlama sağladığı bildirilmiştir.^{21,22} Antihistaminik tedaviye yanıt vermeyen hastalarda lökotrien reseptör antagonistleri (LTRA) ve siklosporin kullanılabilir.²² Ancak günümüzde Omalizumab bu tedavilerin yerini almıştır ve son yıllarda KSÜ’de kullanılan en etkili tedavilerden biridir. İnsan IgE’ye karşı seçici olarak bağlanan, DNA-kaynaklı, rekombine humanize immünglobulin monoklonal antikorudur.²² Altı aydan daha uzun süre H1 antihistaminik tedaviye rağmen şikayetleri kontrol altına alınamayan KSÜ hastalarında kullanılır.^{21,22} Sistemik steroidler, hem akut, hem de KÜ’de semptom kontrolü sağlamak amacıyla akut alevlenme dönemlerinde kullanılır.²¹ Kanıt düzeyi düşük diğer tedaviler arasında dapson, sülfasalazin, hidrosiklorokin, kolşisin, metotreksat, mikofenolat mofetil, azatiyopirin, takrolimus, siklofosfamidin, IVIG ve fototerapi bulunmaktadır.^{21,22,24}

2.3. Liken Planus

2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Liken planus (LP), deri, mukozalar, tırnaklar ve saçlı deriyi etkileyen, nedeni bilinmeyen, kaşıntılı, kronik, inflamatuvar bir dermatozdur.²⁹⁻³¹ LP’de karakteristik elementer lezyonlar, “likenoid” papüller de denilen, kaşıntılı, düz ve parlak yüzeyli, poligonal şekilli, hafif skuamlı, yassı, viyolase renkli papüllerdir.²⁹⁻³² Şiddetli kaşıntı ve kozmetik görünüm bozukluğu başlıca yakınmaları oluşturur.³² LP’ye özgü semptom ve

deri bulgularını hatırlatmak için sıklıkla kullanılan “5P” kısaltması, “purple (mor), planar (düz), poligonal, pruritik (kaşıntılı), papül” özelliklerini içermektedir.²⁹

Etimolojik olarak “likan” sözcüğü Yunanca kökenli olup “ağaç yosunu”, “planus” ise Latince kökenli olup “yassı/düz” anlamlarına gelmektedir.²⁹ İlk olarak Hebra tarafından “Liken ruber” olarak isimlendirilen LP, 1869 yılında Sir William James Erasmus Wilson tarafından tanımlanmıştır.³⁰ Karakteristik liken papülleri üzerinde bulunan beyaz çizgiler Wickham tarafından isimlendirilmiştir. LP patolojisi ise ayrıntılı olarak Darier tarafından tanımlanmıştır.³⁰

2.3.2. Epidemiyoloji

LP'nin gerçek insidansı ve prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Genel erişkin popülasyonunun yaklaşık % 1-2'sinde ortaya çıktığı düşünülmektedir.^{2,33} Dünya genelinde, coğrafi bir değişim veya irksal bir yatkınlık göstermeden, % 0,2-1,5 arasında değişen oranlar bildirilmiştir.^{29,30,33} LP genellikle 5. ve 6. dekatlarda görülmekle birlikte, hastaların büyük çoğunluğunda 30-60'lı yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır.^{29,30,33} Cinsiyetler arası belirgin farklılık göstermediği, ancak yapılan az sayıda çalışmada, kadınların hastalıktan az bir oranda daha sık etkilendiği kabul edilmektedir.³⁴ Çocuklarda nadir görülür.³⁴ Ailesel LP olgularının daha çok oral mukozayı tuttuğu, daha yüksek oranda tekrarlama, daha erken yaşta başlama, daha uzun süreli ve şiddetli seyretme eğiliminde olduğu düşünülmektedir.³⁰

2.3.3. Etyoloji ve Patogenez

LP etyopatogenezi tam olarak açıklanamamakla birlikte, etyolojide; genetik yatkınlık, immünolojik faktörler, dental materyaller, ilaçlar, bakteriyel ve viral enfeksiyöz ajanlar, otoimmünite, gıda alerjileri, stres, alışkanlıklar, travma, diyabetes mellitus, neoplaziler ve bağırsak hastalıkları suçlanmıştır.^{30,35} Etyopatogenezde, T hücre aktivasyonunun kilit rol oynadığı, bu aktive olmuş T hücrelerin, hücre yüzey antijenleri değişime uğramış, hasarlı bazal keratinositleri hedef aldığı otoimmün sürecin rol oynadığı savunulmaktadır.^{29,30,32,35} LP'de patolojik sürece sitotoksik ve yardımcı T hücrelerin yanısıra, doğal öldürücü ve dendritik hücreler de katılmaktadır.^{30,35} Patogenezi başlatan ekzojen ajanlar arasında en çok üzerinde durulan virüsler, özellikle

de Hepatit C virüsü olmuştur. İnsan Herpesvirüsü Tip-6 ve Tip-7 (HHV-6 ve HHV-7), *Torque* tenovirüs (TTV), Varisella zoster virüs (VZV), İnsan papilloma virüsü (HPV) ile Hepatit B virüsü (HBV) ve aşılması da tetikleyiciler arasında yer almaktadır.³⁵ Amalgam, civa, altın gibi metallerin kontakt alerji oluşturarak veya ilaçların haptten gibi davranarak LP'de başlatıcı rol oynadığı savunulmaktadır.³⁰ Psikolojik travmalar, emosyonel stres, anksiyete ve depresyon LP oluşumunda risk oluşturmaktadır.³⁵

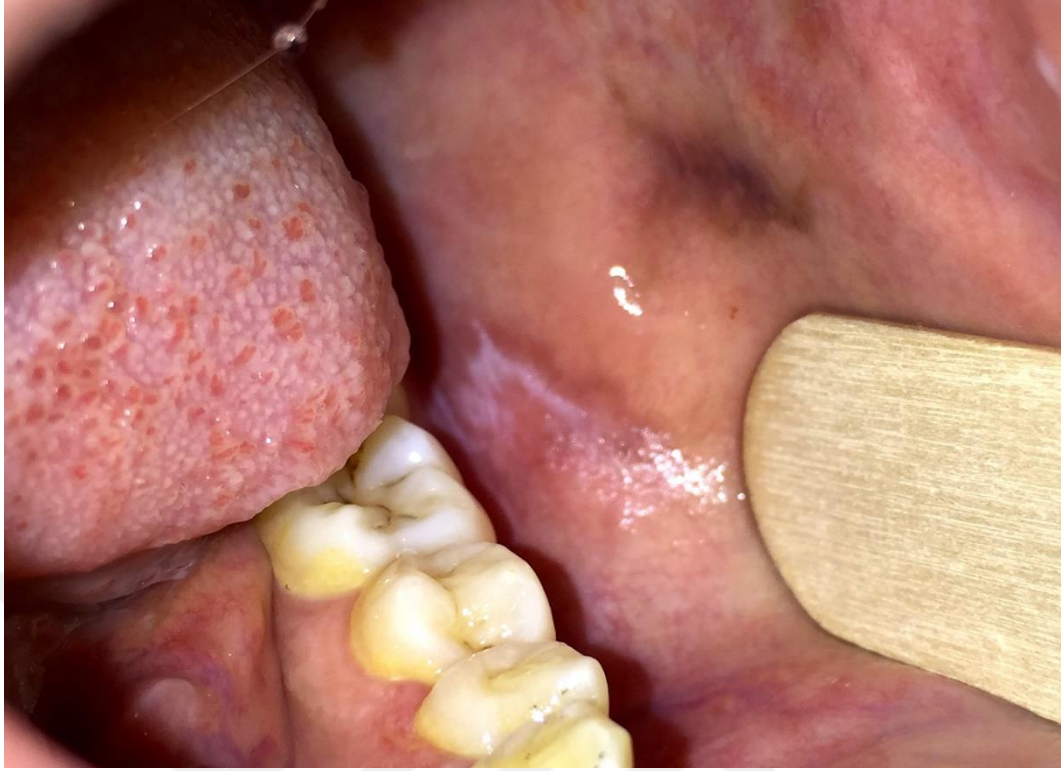
2.3.4. Klinik Bulgular

Klasik LP'nin primer deri lezyonu parlak, yassı/düz yüzeyle, poligonal ve viyolase renkli, kaşıntılı, üzerinde bazen göbeklenme görülen, küçük papüllerdir (Şekil 3).^{29,30} Lezyonların üzerinde ince, şeffaf ve yapışık kepek fark edilebilir. Papüllerin üzerinde "Wickham çizgileri" adı verilen, histolojik olarak granüler tabakadaki fokal kalınlaşmaları temsil eden, ince, beyaz çizgilerden oluşan ağ yapısı izlenir.^{29,30} Büyütme mercekleri, loop veya portatif dermoskoplar ile daha kolay görülebilir. LP lezyonları, genellikle ekstremitelerin fleksural bölgelerinde, bilateral ve simetrik olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer etkilenen bölgeler arasında oral/genital mukoza, baldır, sırt, gövde ve boyun bölgesi yer alır.³⁰ Yüz, palmoplantar bölgeler ve saçlı deride klasik LP lezyonları genellikle görülmez. LP lezyonlarında en sık saptanan semptom şiddetli kaşıntıdır.³⁶ Mukoza tutulumunda dikkat edilmesi gereken semptom ise lezyonlarda erozyon veya ülserasyon gelişmesidir.²⁹ LP hastalarının çoğunda "Köbner fenomeni" görülebilir.³² Lezyonlar genellikle hiperpigmentasyon, nadiren hipopigmentasyon veya atrofi bırakarak iyileşir.²⁹



Şekil 3. Bilekte düz, parlak yüzeyli, poligonal şekilli, yassı, viyolase renkli tipik liken papülleri

LP'nin klasik formu dışında; anüler, hipertrofik, atrofik, ülseratif, büllöz, pigmente, eritrodermik, invers, palmoplantar, lineer, Blaschkoid, zosteriform, mukozal, unguinal, foliküler, aktinik, perforan ve görünmez LP olarak isimlendirilen varyantları tanımlanmıştır.^{29,30,32,37} Mukoza lezyonları, tedaviye zor yanıt alınması, yanma, ağrı gibi semptomların sık görülmesi, kronikleşme eğiliminde olması ve malignite potansiyeli taşıması açısından önemlidir.^{32,37} Ağız içi tutulum hastaların yaklaşık % 60-70'inde gözlenirken, hastaların % 20-30'unda tek bulgu olarak karşımıza çıkabilmektedir.²⁹ Beyaz lineer çizgilenmeler ile karakterize papül ya da plaklar ile seyreden retiküler tip ile, eritemli ve ülser alanlar şeklinde görülen eroziv tipleri oral LP'nin temel tipleridir (Şekil 4).³⁷



Şekil 4. Oral mukozada hem hiperpigmente yama hem de beyaz retiküler ağ yapısında olan liken lezyonları

2.3.5. Tanı ve Histopatolojik Bulgular

Uyumlu öykü, tipik klinik bulguların ve kaşıntı semptomunun olması, genellikle LP tanısı için yeterli olmaktadır. Lezyonel deri veya mukozadan biyopsi alınarak histopatolojik inceleme ve DIF çalışma yapılması, tanının kesinleştirilmesi ve diğer klinik tanılardan ayrımı için önerilmektedir. Foliküler LP ve LP pigmentozusun ayırıcı tanısında, invaziv olmayan bir yöntem olarak dermoskopi-trikoskopinin kullanımı önem kazanmaktadır.

Histopatolojisinde, epidermis bazal tabakasında keratinosit hasarı ve likenoid dermatit veya interfaz dermatit olarak tanımlanan dermoepidermal bileşkede bant şeklindeki lenfositik infiltrasyon temel bulgulardır.^{29,30} Parakeratoz olmaksızın hiperkeratoz, kama şeklinde granüler hücre tabakasında artış, testere dişi görünümünde düzensiz akantoz, bazal tabaka hücrelerinde likefaksiyon dejenerasyonu gözlenen diğer patolojik bulgulardır.^{29,30} Dermis bileşkesinde “*Civatte* ya da sitoid cisimcikler” olarak adlandırılan apoptotik veya diskeratotik keratinositler bulunur.³⁰ Bazal tabakadaki vakuoler değişikliklerin birleşmesi ile “*Max-Joseph* aralıkları” denilen epidermis ve

dermis arası küçük ayrışmalar gözlenebilir.³⁰ DIF'de dermo-epidermal bileşkede fibrinojenin saçaklı ve yoğun kaba depolanması LP'de karakteristiktir.^{29,34} Bazal membran zonunda fokal IgM, IgA, IgG ve lineer olarak depolanmış kompleman 3, 4, 5 ile boyanan apoptotik hücreler görülebilir.²⁹

2.3.6. Ayırıcı Tanı

Kutanöz LP özellikle diğer eritemli skuamlı hastalıklar ile ayırıcı tanıya girer. Klasik LP, psoriazis, kronik kutanöz lupus eritematozus, liken simpleks kronikus, Graft-versus-Host hastalığı, sekonder sifiliz, pityriasis rosea, likenoid mikozis fungoides ile; anüler LP, granüloma anülare, tinea enfeksiyonu ile; lineer LP, inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs (ILVEN), lineer psoriazis, lineer *Darier-White* hastalığı, nevus unius lateris ile; hipertrofik LP, psoriazis, prurigo nodularis, likenoid kutanöz amiloidozis, Kaposi sarkomu, liken simpleks kronikus, staz dermatiti ile; büllöz LP, LP pemfigoides, büllöz pemfigoid, pemfigus vulgaris ile; LP pigmentozus, Ashy dermatozu ile; atrofik LP, liken sklerozis et atrofikus, lupus eritematozus ile; jeneralize LP, ilaç erüpsiyonları, guttat psoriazis, viral ekzantemler ile ayırıcı tanıya girmektedir.^{29,30,32,34,37} Mukozal LP; lökoplaki, kandidiyazis, eritema multiforme, pemfigus vulgaris, büllöz pemfigoid, sekonder sifiliz, ısırma ya bağlı travma, liken sklerozis et atrofikus, lupus ve Ashy dermatozu ile ayırıcı tanıya girmektedir.^{30,37} Saçlı deride yerleşen LP ise *Brocq*'un psödopeladı, foliküler dejenerasyon sendromu, androjenetik alopesi, follikülitis dekalvans, kronik kutanöz lupus eritematozus ile ayırıcı tanıya girmektedir.^{29,30,37}

2.3.7. Tedavi

LP'nin kronik ve inatçı bir hastalık olması, tedavisini hem hasta hem de hekimler için zorlaştırmaktadır. Hastalığı alevlendirebilecek ilaçların kullanımından kaçınılmalı, deri ve mukozalarda travmaya sebep olabilecek durumlardan hastanın korunması gerektiği önerilmelidir. Kaşıntıyı azaltmak için sedatif antihistaminikler, nemlendiriciler önerilebilir.^{29,30} Aktinik LP'de mutlaka güneşten koruyucu tedavi verilmelidir. Hem kutanöz hem de mukozal LP tedavisinde topikal tedavinin temel taşı kortikosteroidler oluşturur.^{29,30} Mukozal LP'de, oral lezyonlar için tedaviye temizleyici gargaralar ve topikal antikandidal ajanlar eklenmelidir. Topikal tedavide kullanılan diğer seçenekler,

kalsinörin inhibitörleri, retinoidler, kalsipotriol, rapamisin ve aleo veralı jellerdir.^{29,30,32,34} Sistemik steroidler, LP tedavisinde en sık kullanılan sistemik ajanlardır. Sistemik retinoidler, griseofulvin, siklosporin, azatiyopirin, metotreksat, mikofenolat mofetil, siklofosfamid, hidroksiklorokin, tetrasiklin, doksisisiklin ve dapson sistemik tedavide kullanılan diğer seçenekler olabilir.^{29,30,32,38} Yaygın lezyonları olan hastalarda, jeneralize LP’de ve diğer tedavilerden fayda görmeyen vakalarda, fototerapi-fotokemoterapi etkili ve güvenli olarak uygulanabilir.^{29,30,35,38} Efalizumab ve alefacept gibi biyolojik ajanlar jeneralize veya eroziv LP olgularında kullanılmıştır.^{30,38}

2.4. Psoriasis

2.4.1. Tanım ve Tarihçe

Psoriasis, eritemli, keskin sınırlı, sedef rengi beyaz skuamli, papül veya plaklarla karakterize kronik seyirli, tekrarlayıcı, inflamatuvar bir dermatozdur.³⁹⁻⁴² Sedefi-beyaz renkli skuamlerinden dolayı halk arasında “Sedef Hastalığı” olarak bilinmektedir.⁴³ Sıklıkla diz, dirsek, sakral bölge, saçlı deri ve eklemlerin ekstansör yüzlerine yerleşmektedir. Deri tutulumunun dışında tırnak ve eklem tutulumu da görülebilir.^{39,40,42} Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, enfeksiyonlar, fiziksel travmalar, ilaçlar ve stres gibi birçok faktör etyopatogeneizde suçlanmaktadır.³⁹⁻⁴²

Dermatolojinin ilk bilinen dermatozlarından olan psoriasis hakkındaki bilgiler antik çağa dayanmaktadır ve *Corpus Hippocraticum*’da geçmektedir.^{40,43} Hipokrat, psoriasis olarak tanımlanabilecek lezyonları sınıflandırırken, Yunanca kaşıntılı ve kepekli deri hastalıklarını tanımlamak için kullanılan “psora” ve “lepra” terimlerini kullanmıştır.⁴⁴ Celsus, psoriazisi, impetigo grubu hastalıklar arasında kullanmıştır ve Auspitz fenomenini tanımlamıştır.^{40,44} Robert Willan hastalığın tipik özelliklerini tanımlayarak lepradan farklı bir hastalık olduğunu belirtmiş, Ferdinand von Hebra ise hastalığı günümüzde tanımlandığı şeklinde “psoriasis” olarak isimlendirmiştir.⁴⁴

2.4.2. Epidemiyoloji

Psoriasis sık görülen inflamatuvar dermatozlardan biridir. Yapılan araştırmalara göre hastalığın prevalansı, coğrafik, etnik ve çevresel faktörlere göre değişkenlik göstermektedir.⁴⁴ Farklı çalışmalara göre psoriasis prevalansı % 0,5- 11,8 arasında

değişmektedir.^{41,42,45} Türkiye’de Kundakçı ve ark.’nın yaptığı çalışmada psoriasis prevalansı % 1,3 olarak saptanmıştır.⁴⁵ Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir.⁴¹ Hastalık her yaşta başlayabilmekte, en sık ise 15-30 yaşları arasında görülmektedir.^{41,42} Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların % 6-8’ini psoriasis hastaları oluşturmaktadır.⁴³

2.4.3. Etyoloji ve Patogenez

Psoriasis, poligenik ve multifaktöryel bir hastalık olup, nedeni tam olarak bilinmemektedir.^{40,42} Genetik yatkınlığı olan kişilerde çeşitli çevresel, sistemik ve psikojenik faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Temel olarak hücrel immünitede oluşan bir disregülasyon sonucu deride artan uyarılmış T hücrelerin ve salınan sitokinler ile proliferen olan keratinositlerin rol aldığı otoimmün, inflamatuvar bir deri hastalığı olarak kabul edilmektedir.^{42,46} Olguların yaklaşık % 30’unda aile öyküsü saptanması etyolojide genetik faktörün önemini göstermektedir.⁴³ Psoriasis olan hastaların yakınlarında psoriasis görülme sıklığının artması, değişik kromozomlarda duyarlılık lokus bölgelerinin olması, monozygotik ikizlerden birinde varsa diğerinde de yüksek oranda ortaya çıkma olasılığı ve bazı major doku uygunluk antijenlerinde yatkınlığın daha çok olması, psoriastide genetik yatkınlığı destekleyen temel bulgulardır.^{39,40,42} HLA-Cw6 ve PSORS (*Psoriasis Susceptibility*) 1-9 genlerinin hastalığın ortaya çıkmasına yatkınlık yarattığı düşünülmektedir.⁴⁶

Fiziksel travmalar, böcek ısırıkları, yanıklar, dövme, cerrahi, sürtünme, kaşıma gibi travmalar ile yeni lezyon gelişimi tetiklenebilmektedir.⁴⁰ Psoriasis alevlendiren ve başlatan ilaçlardan en iyi bilinenleri beta blokerler, lityum tuzları, anjiyotensin değiştirici enzim inhibitörleri, klorokin başta olmak üzere antimalaryal ilaçlar, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar ve interferonlardır.^{39,40} Çeşitli enfeksiyonlar psoriasis alevlenmesine sebep olabilirler. Özellikle akut guttat psoriasisın çoğunlukla streptokokal enfeksiyon sonrası ortaya çıktığı düşünülmektedir.⁴² Artmış alkol ve sigara kullanımı ile stres önemli tetikleyici faktörlerdendir.^{40,43,44} Hipokalsemi özellikle jeneralize püstüler psoriasis için tetikleyici bir faktördür.⁴³ Gebelikte, genellikle hastalık seyri iyi olmakla birlikte, impetigo herpetiformis denilen püstüler psoriasis formu da gelişebilir.^{39,40} Güneş ışığı psoriastide genel olarak lezyonları iyileştirici etkiye sahip olmakla birlikte, çok az bir hasta grubunda hastalığı şiddetlendirebilmektedir.^{40,41}

Psoriazisteki histolojik değişikliklerin temelinde çeşitli immünolojik mekanizmaların sorumlu olduğu ve T hücrelerin anahtar rol oynadığı ortaya konmuştur.^{40,43} Psoriazis patogeneğinde CD4⁺ T helper ve CD8⁺ sitotoksik/süpresör T hücreleri önemli role sahiptir.⁴⁷ Antijen sunucu hücreler olan Langerhans hücreleri ve dermal dendritik hücreler, antijenleri T hücrelerine sunarak T hücrelerin matürasyonu, aktivasyonu ve proliferasyonuna yol açarlar ve bu aktif T hücreleri interferon gama (IFN- γ) veya tümör nekrozis faktör alfa (TNF- α) gibi sitokinler salarak, hücre göçünü başlatırlar.⁴⁷ Uyarılmış keratinositler TNF- α , IL-1 α , IL-6, IL-12, IL-15, IL-18, kemokin ve keratinosit büyüme faktörü gibi proinflamatuvar sitokinleri salgılayarak derideki inflamasyonda etkili olurlar.^{40,47} Th1 ve Th17 hücreleri tarafından üretilen IL-20 ve IL-22 epidermal proliferasyonu uyaran temel faktörlerdendir.^{40,47} IFN- γ en temel sitokin olarak kabul edilmektedir ve TNF- α ve diğer sitokinlerle birlikte keratinositlerin artmış proliferasyonuna neden olur.^{40,47} Epidermal keratinositlerde farklılaşma ve hücre siklus süresi kısalmıştır.^{40,42}

2.4.4. Klinik Bulgular

Psoriazisin en yaygın klinik formu keskin sınırlı, eritemli, skuamli, kronik plak tipidir. Klinik görünümü yerleşim yeri ve lezyonun süresine göre farklılıklar gösterebilir. Psoriazisin klinik tipleri tipik psoriazis vulgaris ve atipik psoriazisler olarak iki ana gruba ayrılır.^{39,41,42}

Psoriazis vulgaris, en sık görülen psoriazis formudur.^{40,42} Tipik lezyonlar genelde diz, dirsek, gluteal bölge gibi ekstansör yüzeyler ve saçlı deriye yerleşen keskin sınırlı, eritemli, sedefi beyaz renkli skuamlarla kaplı papül ve plaklardır (Şekil 5). Psoriazis plağındaki skuamlar künt bir bistüri ile kazınacak olursa kuru-beyaz lameller halinde dökülürler ve bu dökülme kurumuş mum damlasının kazınması, tabaka tabaka kalkmasına benzetildiğinden “mum lekesi fenomeni” olarak adlandırılır.^{39,40,42,43} Kazıma işlemine devam edilirse noktacıklar halinde kanama odakları görülür, bu bulgu “Auspitz kanama belirtisi” olarak isimlendirilir.^{39,43} Hastalığın aktif dönemlerinde “Köbner fenomeni” pozitifliği görülür.^{39,42} Travma yerinde psoriatik lezyonların iyileştiğinin gözlenmesi ise “ters köbner fenomeni” olarak adlandırılır.^{39,40,42} İyileşen psoriazis plaklarının çevresindeki hipopigmente maküler halkaya “Woronoff halkası” denir.^{39,40,42}



Şekil 5. Gövdede keskin sınırlı, eritemli, sedefi-beyaz renkli skuamlarla kaplı tipik psoriazis papül ve plakları

Atipik psoriazis tipleri arasında, guttat, eritrodermik, palmoplantar, invers, püstüler psoriazis ve psoriatik artrit yer almaktadır.^{39,40,42-44} Guttat psoriazis, genellikle çocuklarda ve üst solunum yolu enfeksiyonları sonrası görülen, akut başlangıçlı, su damlası şeklinde, çok sayıda, küçük çaplı, eritemli, hafif skuamli papüller ile karakterize formdur.^{39,40,42} Eritrodermik psoriazis, vücut yüzey alanının % 80'inden fazlasının tutulduğu, eritemin ön planda olduğu, ateş, halsizlik, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri gibi metabolik değişiklikler görülebilen psoriazis formudur.^{40,42} Palmoplantar psoriazis, el içi ve ayak tabanında simetrik, keskin sınırlı, eritemli, kalın skuamlarla kaplı lezyonlarla karakterize formdur.^{40,43} Psoriatik artrit, yaklaşık % 5-40 arası değişen oranlarda, genelde 3. dekatta görülmeye başlanan eklem şikayetlerinin olduğu formdur.⁴¹⁻⁴³ Moll ve Wright tarafından tanımlanan 5 farklı klinik tablo vardır. Bunlar; asimetrik oligoartrit, simetrik poliartirit, distal interfalangeal tip, spinal (spondilitik) tip ve artrititis mutilans'tır.⁴¹⁻⁴³ HLA-B27 pozitifliği saptanabilir.⁴³ İnvers psoriazis, koltuk altı, kasık, meme altı, intergluteal bölge ve kulak arkası gibi kıvrım bölgelerine yerleşen tipidir.^{39,41,43} Püstüler psoriazis, steril püstüller ile seyreden

tedaviye dirençli psoriasis formudur. İmpetigo herpetiformis, lokalize ve jeneralize püstüler psoriasis alt tipleri bulunmaktadır.⁴⁰⁻⁴³ Psoriasisli hastalarda tırnak tutulumu, önemli sosyal ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilmektedir. Tırnak psoriasisinde görülen başlıca bulgular; lunulada kırmızı yuvarlak alanlar, renk değişiklikleri, tırnak plağında lökonişi, pitting (yüksük tırnak), onkoliz, yağ damlası (Salmon lekesi), subungual hiperkeratoz, splinter hemoraji, transvers sırtlanmalar, matlaşma, tırnak plağında kalınlaşma ve psoriatik paronişidir.⁴⁰⁻⁴³

2.4.5. Deri Bulguları Dışında Diğer Organ Semptomları ve Komorbiditeler

Psoriasisdeki immün sistem aktivasyonunun, proinflamatuvar sitokinlerin ve kronik inflamasyonun, metabolik ve vasküler bozuklukların gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir.^{39,43,48} Psoriasisin psoriatik artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları, Tip 1 diyabet, Multipl skleroz ile ortak patogeneze sahip olduğu düşünülmektedir.^{39-41,43,48} Kronik inflamasyonun etkisiyle psoriasis hastalarında artmış malignite, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, obezite, karaciğer hastalıkları ve miyokard infarktüsü riski mevcuttur.^{40,48}

Psoriasis, emosyonel faktörlerden yüksek oranda etkilenen ve psikosomatik yönü ağır basan deri hastalıklarından biridir. Psoriasisde depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları ve uyku problemleri oldukça sık görülmektedir.^{39,40,42,48,49} Fiziksel ve ruhsal işlevlerdeki bozulmaların, yaşamı tehdit eden diğer önemli hastalıklarla kıyaslanabilir olduğu, bu nedenle, psoriasis için hastalık şiddetinin belirlenmesinde, dermatolojik bulguların yanında psikososyal durum ve yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi önerilmektedir.⁵⁰

2.4.6. Tanı ve Histopatolojik Bulgular

Tanı tipik klinik görünüm ve histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Tanı koydurucu laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır. Erken lezyonlarda dermiste yüzeysel, hafif perivasküler lenfositik hücre infiltrasyonu, dermal papillalarda kapiller dilatasyon, konjesyon ve ödem, tek tük eritrosit ekstravazasyonu, granüler tabakada fokal kayıplar, lenfosit ve nötrofil egzozitozu görülür.^{39-41,43,49} Epidermiste nötrofil infiltrasyonu sonucu nötrofillerin stratum spinosum içindeki birikimine “Kogoj’un spongiyotik

mikropüstülleri” denir.³⁹⁻⁴² Tam gelişmiş lezyonlarda, yüzeysel dermiste yoğun lenfositik infiltrasyon, dermal papillalarda dilatasyon ve kıvrımlı kapillerler, belirgin epidermal hiperplazi ve korneum tabakasında parakeratoz, parakeratotik korneum içinde “Munro mikroapseleri” olarak adlandırılan nötrofilik birikimler ve granüler tabakada belirgin incelme ve yer yer kaybolma görülmesi oldukça tipiktir.^{39-43,47}

2.4.7. Ayırıcı Tanı

Kronik plak tip psoriasis; seboreik dermatit, liken simpleks kronikus, pityriasis rubra pilaris, numuler ekzema, tinea korporis, mikozis fungoides, Bowen hastalığı, hipertrofik liken planus ile, eritrodermik psoriasis; ilaca bağlı eritrodermiler, pityriasis rosea, Sezary sendromu, Norveç uyuzu, jeneralize kontakt ekzema, atopik ekzema ile, guttat psoriasis; pityriasis likenoides et varioliformis, parapsoriasis, pityriasis likenoides kronika, seboreik dermatit, sifiliz 2. evre papülleri, diskoid lupus eritematozus, subakut kutan lupus eritematozus, pemfigus folyaseus, tinea korporis ile, invers psoriasis; kandidiyazis, seboreik dermatit, bakteriyel intertrigo, kontakt ekzema, Darier hastalığı ile, psoriatik tırnak; onikomkozlar, travma, kronik ekzema, pakionişi konjenita, alopesi areata, periferik dolaşım bozuklukları, hipo-hipertiroidizm, sarı tırnak sendromu, liken planus ile, püstüler psoriasis; akut jeneralize ekzantematöz püstüloz, püstüler ilaç erüpsiyonu, subkorneal püstüler dermatoz, püstüler bakterid, id reaksiyonu, dishidrotik ekzema, tinea pedis, kontakt ekzema, el-ayak-ağız hastalığı, psoriatik artrit; romatoid artrit, ankilozan spondilit, Reiter hastalığı ve gut hastalığı ile ayırıcı tanıya girmektedir.^{39,40,42-44,47}

2.4.8. Tedavi

Psoriasis tedavisinde temel amaç, hastalığı kontrol altına almak ve hastanın yaşam kalitesini arttırarak uzun süreli remisyon sağlamaktır. Psoriasisin tipi, yaygınlığı, hastanın kişisel özellikleri, yaşam koşulları, tedavi tercihi, daha önce kullandığı tedaviler, etkinlikleri ve tedavilere karşı gelişen yan etkiler, ekonomik faktörler, eşlik eden hastalıklar ve hastanın kullandığı ek ilaçlar tedavi seçimini etkileyen ana faktörlerdir. Psoriaziste tedavilerin yanı sıra, hastalara koruyucu yaşam değişikliklerinin ve tedaviyi destekleyici önlemlerin anlatılması, hastalığı uzun süre remisyonunda tutmak

açısından büyük önem taşımaktadır. Enfeksiyonlardan korunulması, hastalığı alevlendiren ilaçlardan kaçınılması, düzenli egzersiz yapılması, alkol ve sigara kullanılmaması, sağlıklı beslenme, travmadan kaçınılması ve stresin azaltılması konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.³⁹⁻⁴¹

Topikal tedaviler hafif ve orta şiddetli psoriaziste ana tedavi şekli olarak yer alır.⁵¹ Sistemik tedavilerle sık olarak kombine şekilde kullanılmaktadır. En sık kullanılan topikal tedaviler arasında kortikosteroidler, vitamin D analogları, emolyentler, katran, antralin, retinoik asitler, keratolitikler ve salisilik asitler sayılabilir.^{39,40,42,43,51} Sistemik tedaviler, orta ve şiddetli psoriaziste kullanılır. En sık kullanılan sistemik tedaviler, fototerapi/fotokemoterapi (geniş-band UVB, dar-band UVB, Psoralen UVA), metotreksat, siklosporin, asitretin ve biyolojik ajanlardır (adalimumab, etanersept, infliksimab, ustekinumab, sekukinumab).^{39-43,51} Ayrıca, bu tedavilere yanıtız hastalarda ikincil ajanlar olarak fumarik asit esterleri, sülfasalazin, hidroksiüre, 6-tiyoguanin, mikofenolat mofetil, takrolimus, leflunomid, azatiyopirin kullanılmaktadır.^{39,40,51}

2.5. Dermatolojide Yaşam Kalitesi

Deri hastalıklarının birçoğu yaşamı tehdit etmediği halde kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Son yıllarda yaşam kalite indekslerinin önemi ve kullanımı artmıştır.^{52,53} Dermatolojik hastalıklar, özellikle de görünür bölgelerde olan deri lezyonları, kişilerin sosyal ilişkilerini, psikolojik durumunu ve günlük aktivitelerini etkilemektedir.⁵²⁻⁵⁴ Yaşam kalite indekslerinin, en sık kullanım alanları klinik değerlendirmelerdir. Bu indeksler hastaların dermatolojik problemlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak, hastalığından ve uygulanan tedavilerden, hastanın yaşamının ne kadar etkilendiğinin anlaşılmasını sağlar.⁵⁵ Ayrıca tedaviden sonraki gelişmelerin takip edilmesi ve klinik gelişmelerin saptanmasında kullanılır. Klinik araştırma, değerlendirme, denetleme ve sağlık ekonomisi ile ilgili harcamaların belirlenmesi dahil olmak üzere pek çok amaçla kullanılabilir dermatolojide yaşam kalitesi yöntemleri, son yıllarda ülkemizde de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.⁵⁵ Yaşam kalitesine yönelik geliştirilmiş yöntemler; “Genel sağlığa özgü testler”, “Dermatolojiye özgü testler”, “Dermatolojik hastalıklara özgü testler” olarak 3 grupta toplanabilir.⁵⁵

2.5.1. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (*DLQI= Dermatology Life Quality Index*)

Dermatolojiye özgü testler içinde en önemli ve en sık kullanılan testtir. İlk olarak 1990 ile 1994 yılları arasında Finlay ve Khan tarafından geliştirilmiştir ve orijinali İngilizcedir.⁵⁶ Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), ilk kez Cardiff Wales Üniversite Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde, 15-75 yaş arası 200 hastaya uygulanmıştır.⁵⁶ Öztürkcan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, DYKİ'nin Türkçe versiyonunun da geçerli ve etkin olduğu gösterilmiştir.⁵⁷ DYKİ asıl olarak deri hastalıklarının ve tedavilerin, hastaların yaşamı üzerine olan etkilerini sorgulamak için oluşturulmuş bir ankettir. DYKİ basit, kısa, anlaşılır, hastalara yönelik bir anket formu olup, rutin klinik çalışmalarda kullanımı oldukça pratik olan bir yaşam kalite indeksidir.⁵⁷ Tüm dermatolojik hastalıklar için kullanılabilir. DYKİ, hastaların problem ve duygularını ortaya koymalarını sağlaması ve hekimleri bu durum hakkında bilinçlendirmesi açısından da önem taşımaktadır.⁵⁵

DYKİ, semptomlar, hastanın hissettikleri, günlük aktivite, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi temeline dayandırılarak tasarlanmış olup, her soru için 5 muhtemel cevabın olduğu toplam 10 soru içermektedir.^{55,56} Ölçek esas olarak psikososyal ve fiziksel olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Psikososyal alt alan; kognitif (soru 8), sosyal (soru 5, 7) ve emosyonel (soru 1, 2, 4), fiziksel alt alan ise günlük aktiviteler (soru 3, 10), cinsel yaşam (soru 9) ve fiziksel rahatsızlığa yol açan semptomlardan (soru 6) oluşur.⁵⁶ Genel olarak kolay hatırlanabilir olması açısından, hastalığın son bir hafta içinde, kişiler üzerinde sosyal, fiziksel aktiviteleri etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmıştır. Hastalara semptomlar, duygular, günlük aktiviteler, hobiler, iş veya okul yaşamı, kişisel ilişkiler, cinsel zorluklar, elbise seçimi, tedavi problemlerinden oluşan sorular sorulmuştur.^{53,54,56,57} DYKİ genellikle hastalar tarafından 1–3 dakikada kolaylıkla doldurulmaktadır.

Soruların cevaplarına, “İlgisi yok”: 0, “Hiç yok”: 0, “Hafif”: 1, “Çok”: 2, “Oldukça fazla”: 3 olmak üzere sırasıyla 0, 1, 2, 3 puan verilmiştir. “Geçtiğimiz hafta cildinizdeki durum iş hayatınızı ya da çalışmanızı etkiledi mi?” sorusuna verilen cevap “evet” ise 3 puan verilmiştir. DYKİ, her bir soru için verilen cevaplara göre toplam puan hesaplanarak minimum 0, maksimum 30 puanla değerlendirilmiştir. Hesaplanan

puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesinde bozulma ve etkilenme o kadar fazla demektir.⁵⁵⁻⁵⁷

2.6. Dermatolojide Uyku

Uyku, zihinsel ve fiziksel sağlığımızı her gün yenilememiz için önemli olan, değişmiş bir bilinç seviyesinde, kısmen baskılanmış duyuşsal aktiviteyle ve neredeyse tüm istemli kasların kapatılmasıyla karakterize edilen bir davranıştır.⁵⁸ İnsan yaşamının yaklaşık üçte birini kapsayan aktif bir dönemdir. Uyku yapısının homojen olmadığı bilinmektedir. Elektrofizyolojik, davranışsal ve nöronal aktivite özellikleri temelinde; uykunun hızlı göz hareketi (*rapid eye movement*, REM) ve yavaş göz hareketi (*nonrapid eye movement*, NREM) olmak üzere 2 tip evresi tanımlanmıştır.⁵⁸ Uykunun REM ve NREM dönemleri, dönüşümlü biçimde sürer. Genellikle uyanık olunan başlangıç döneminden sonra, NREM uykusunun sırasıyla 1., 2., 3. dönemi oluşur. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi görülür. Uykunun başlangıcından ilk REM uykusunun sonuna kadar olan süre bir uyku siklusudur. Bu siklus 90-120 dakika arasında değişkenlik gösterir ve bir gecede 4-6 kez tekrarlanır.⁵⁸ Uykunun uzunluğu yaş, genetik faktörler, alışkanlıklar, aktiviteler, sistemik hastalıklar, ilaçlar gibi çok sayıda faktöre bağılı olarak değişmektedir.⁵⁸ Yetişkin insanda 7,5-8 saat uyku yeterli olmaktadır. Ancak uyku süresinin 4 saatten az ve 9 saatten fazla olması patolojik olarak değerlendirilmektedir.

Uykunun yenilenme (NREM’de vücut dokuları, REM’de beyin dokuları), enerjiyi koruma, yaşlanma sürecine direnç, bağışıklığın güçlenmesi, beslenme metabolizması, termoregülasyon, korneal anoksinin önlenmesi, nöronal bütünlüğün devamının sağlanması gibi önemli fonksiyonları bulunmaktadır.⁵⁸ Uyku bozuklukları, uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede problem, gündüz uykululuk hali gibi sağlıklı uyku bütünlüğünün kesintiye uğradığı durumları kapsamaktadır.⁵⁸ Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması’na (*International Classification of Sleep Disorders Third Edition*, ICSD-3) göre uyku bozuklukları ise şu şekilde sıralanabilir:⁵⁹

- İnsomniler
- Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları
- Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar
- Sirkadyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları

- Parasomniler
- Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları
- Diğer uyku hastalıkları

Dermatolojik hastalıklarda uyku bozukluğu, hastanın yaşam kalitesini ve ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Dermatolojik hastalıklardaki kaşıntı gibi semptomların neden olduğu uyku bozukluğu, hastaların yaşam kalitesini etkilemekte ve intihar riskine varabilen ciddi psikopatoloji yaratmaktadır. Bunun dışında mevcut uyku hastalıkları (uyku-apne sendromu gibi) sahip olunan dermatolojik durumu kötüleştirebilmektedir.⁶⁰ Uyku ve deri hastalıkları arasında pek çok bağlantı bulunmaktadır. Derinin termoregülasyon, çekirdek vücut ısısı kontrolü ve uyku başlangıcı gibi normal uyku fiziolojisinde rolü bulunmaktadır.⁶⁰ Bunun yanında uyku ile düzenlenen endojen sirkadyen ritimlerin ve periferik sirkadyen “osilatörlerin” kutanöz semptomlara etkisi bulunmaktadır. Buna, inflamatuvar dermatozlu hastalarda, özellikle gece saatlerinde kaşıntının artmasının muhtemel sebebi olarak değerlendirilen kortizol seviyesinin düşüşü örnek verilebilir.⁶⁰ Kaşıntı, hiperhidroz gibi mevcut kutanöz semptomlar hastaların uykusunu ve uyku ile ilişkili yaşam kalitelerini etkilemektedir. Ayrıca eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan deri hastalarında, uyku ile ilişkili şikayetlerin arttığı görülmüştür.⁶⁰ Atopik dermatitte özellikle gece artan kaşıntının, hastalarda uykunun bölünmesine neden olduğu ve yaşam kalitesinde düşme yarattığı gösterilmiştir.³ Benzer şekilde kaşıntı ile seyreden liken simpleks kronikus, liken planus, prurigo nodularis ve psoriasisde, uyku bozukluğu ve psikiyatrik bozuklukların arttığı saptanmıştır.^{49,61} Psikolojik strese neden olan uyku bozuklukları, stresle alevlenen akne gibi reaktif hastalıkların aktifleşmesine veya kötüleşmesine sebep olabilmektedir.⁶⁰

2.6.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), son bir ay içerisindeki uyku kalitesini, uyku bozukluğunun tipi ve şiddetini değerlendirmeye yönelik, kolay uygulanabilir bir ölçektir. 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır.^{62,63} Ölçek toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan 19 tanesi kişinin kendisi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin oda arkadaşı veya partneri tarafından cevaplanmaktadır. Son 5 soru skor hesaplamasına dahil edilmemekte, yalnızca klinik bilgi için

kullanılmaktadır. Öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlevsellik kaybı 7 alt ölçekte değerlendirilmiş, testin her maddesi 0-3 arasında puanlanmıştır. Alt ölçeklerin toplanması ile 0-21 arasında değişen toplam puan, global PUKİ skoru olarak değerlendirilmiştir. On dokuzuncu soru kendini değerlendirme niteliğinde olup toplam bileşen puanlarının hesaplanmasına alınmamaktadır. Puanlama, çoktan seçmeli sorular için, problem geçen ay boyunca hiç yaşanmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki defa ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak yapılmaktadır. Değerlendirmeye alınan 18 soru 7 alt grupta incelenmektedir.

Bu gruplar şunlardır:

- Bileşen 1 (Öznel uyku kalitesi); soru 6'nın 0-3 arasında puanlanmasıyla elde edilir. Bireyin, uyku kalitesi çok iyi olarak değerlendirilmişse 0, oldukça iyi ise 1, oldukça kötü ise 2, çok kötü ise 3 olarak puanlanır.

- Bileşen 2 (Uyku latansı); bireyin uykuya geçme süresi, soru 2 ve 5a'nın puanlarının toplanması ile elde edilir ve 0-3 arasında puanlandırılır. İki sorunun puanları toplamı 0 ise 0, 1-2 ise 1, 3-4 ise 2, 5-6 ise 3 olarak puanlanır.

- Bileşen 3 (Uyku süresi); soru 4'ün 0-3 arası puanlanmasıyla elde edilir. Uyku süresi >7 saat ise 0, 6-7 saat 1, 5-6 saat 2, <5 saat 3 olarak puanlandırılır.

- Bileşen 4 (Alışılmış uyku etkinliği); soru 1, 3 ve 4'ün puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0-3 arasında puanlandırılır. Bireyin yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi hesaplanır. "Uyuma saatlerinin süresi/yatakta geçirilen saatlerin süresi x 100" formülüyle alışılmış uyku etkinliği hesaplanır. Etkinlik >85 ise 0, % 75-84 ise 1, % 65-74 ise 2, <65 ise 3 olarak puanlanır.

- Bileşen 5 (Uyku bozukluğu); soru 5b-j'nin toplamalarının 0-3 arası puanlaması ile elde edilir. Toplam puan 0 ise 0, 1-9 ise 1, 10-18 ise 2, 19-21 ise 3 olarak değerlendirilir.

- Bileşen 6 (Uyku ilacı kullanımı); soru 7'nin 0-3 arası puanlaması ile elde edilir. Hasta hiç uyku ilacı kullanmamışsa 0, haftada birden az 1, haftada bir veya iki kez 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak puanlanır.

- Bileşen 7 (Gündüz işlev bozukluğu); soru 8 ve 9'un puanlarının toplanması ve sonucun 0-3 arası puanlandırılması ile elde edilir. Toplam puan 0 ise 0, 1-2 ise 1, 3-4 ise 2, 5-6 ise 3 olarak puanlandırılır.

Toplam PUKİ değeri 7 bileşenin aldığı değerlerin toplanmasıyla elde edilir ve 0-21 arası bir değer alır. Bu değere "global PUKİ skoru" denilmektedir. Global skor puanının 5'ten büyük olması % 89,6 duyarlılık ve % 86,5 özgüllük ile bireyin, uyku kalitesinin yetersiz olduğunu ve yukarıda belirtilen en az iki alanda ciddi veya üç alanda orta derecede bozulma olduğunu göstermektedir.^{62,63}



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı

Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13 Nisan 2018 tarihinde, 69 numaralı karar ile onay alındı (Ek-1).

3.2. Hasta Seçimi

Çalışmaya, Ocak 2018-Ağustos 2018 tarihleri arasında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniği ve kliniğinde takip ve tedavi edilen, 18 yaşından büyük, 41 atopik dermatit, 60 kronik spontan ürtiker, 46 liken planus ve 53 psoriasis hastası olmak üzere toplamda 200 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan 200 hastanın 70'i (% 35,0) erkek ve 130'u (% 65,0) kadın idi. Çalışma öncesinde hastalara, hastalıkları, uygulanacak testler ve uygulanma süreleri, testler sonucunda ulaşılabilecek veriler ve araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Hastaların araştırmaya başlamadan önce sözlü ve yazılı onamları alındı.

Hastalar İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak,
- AD, KSÜ, LP veya psoriasis tanılarında birini almış olmak,
- AD, KSÜ, LP veya psoriasis dışında başka bir dermatolojik hastalığa sahip olmamak,
- Doktor tarafından tanısı konulmuş bir uyku hastalığına sahip olmamak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Hastalar İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Ciddi psikiyatrik hastalığın eşlik etmesi,
- Zekâ düzeyinin testleri doldurmak için yetersiz olması,
- Doktor tarafından tanısı konulmuş uyku hastalığı bulunması,
- 18 yaşından küçük olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak.

3.3. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan hastalardan gönüllü olanlara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve hastalar Aydınlatılmış Onam Formunu okuyarak imzalamışlardır (Ek-2).

3.4. Çalışma Protokolü

Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, deri hastalıkları, eşlik eden sistemik hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, sigara ve alkol kullanım durumları sorgulanarak kaydedildi. Hastaların ayrıntılı anamnezleri alındı, dermatolojik ve fizik muayeneleri yapıldı. Psoriasis ve LP hastalarında tanı, klinik bulgular yanında histopatolojik olarak da kesinleştirildi. KSÜ ve AD tanıları öykü ve klinik bulgular ile konuldu. Tanıyı destekleyici olarak AD hastalarında serum total IgE testi ve deri prick testi uygulandı. Hastaların yaşları kimlik belgelerinde yazan doğum yılı tarihine göre hesaplanarak kaydedildi. Hastaların sigara içme sıklıklarını öğrenmek için sorulan sorular Ek-3 (Soru 7)'de verilmiştir. Buna göre, hastalar önce sigara içme ve içmeme durumlarına göre ikiye ayrıldı. Sigara içen hastalar kendi içlerinde, sigara içme sıklıklarına göre günde yarım paket veya daha az, yarım-bir paket arası ve bir paketten çok sigara tüketme olarak gruplandırıldı. Hastaların çay içme sıklıklarını öğrenmek için sorulan sorular Ek-3 (Soru 8)'de verilmiştir. Buna göre, gündüz, 3 veya daha fazla çay bardağında veya 2 veya daha fazla kupa/büyük fincanda demlenmiş çay veya bitki çayı dışında poşette çay içmek ile akşam, 2 veya daha fazla çay bardağında veya kupa/büyük fincanda demlenmiş çay veya bitki çayı dışında poşette çay içmek "aşırı çay içme" olarak değerlendirildi. Hastaların kahve içme sıklıklarını öğrenmek için sorulan sorular Ek-3 (Soru 8)'de verilmiştir. Buna göre, gündüz, 3 veya daha fazla bardakta/fincanda veya 2 veya daha fazla kupa/büyük fincanda neskafe veya Türk kahvesi içmek ile akşam, 2 veya daha fazla bardakta/fincanda veya kupa/büyük fincanda neskafe veya Türk kahvesi içmek "aşırı kahve içme" olarak değerlendirildi. Hastaların alkol içme sıklıklarını öğrenmek için sorulan sorular Ek-3 (Soru 10)'de verilmiştir. Buna göre, hastalar hiç alkol içmeyenler, yılda birkaç kez içenler, ayda birkaç kez içenler ve daha sık alkol tüketenler olarak 4 farklı gruba ayrıldı. Uyku durumunu etkilemesi bakımında önceki çalışmalarda uyku bozukluğuna neden olduğu kanıtlanmış hastalıklar olarak kardiyovasküler hastalıklar (kalp yetmezliği,

hipertansiyon, aritmi), akciğer hastalıkları (astım, bronşit, amfizem, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), diyabetes mellitus, tiroid hastalıkları (hipertiroidi, hipotiroidi, guatr) ve psikiyatrik hastalıklar sorgulanarak hastalarda olup olmamasına göre kaydedildi (Ek-3, Soru 11). Hastalara ayrıca mevcut deri hastalığının uyku düzenlerini etkilediğini düşünüp düşünmedikleri soruldu (Ek-3, Soru 12). Buna göre soruya, “oldukça fazla” cevabı verenlere 3 puan, “fazla” cevabını verenlere 2 puan, “hafif” cevabını verenlere 1 puan ve “hiç” veya “ilgisi yok” cevabı verenlere 0 puan verildi.

Çalışmaya katılacak hastalara sözel ve yazılı olarak bilgi verildikten sonra gönüllü olanlara Aydınlatılmış Gönüllü Hasta Onam Formu imzalatılarak, sosyodemografik veri formu, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) uygulandı. Ölçekler ve formlardaki tüm sorular çalışmacı tarafından hastalara sözel olarak sorularak kaydedildi.

3.5. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Ölçekler

1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-3)
2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Ek-4)
3. Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği (Ek-5)
4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Ek-6)

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacına uygun olarak, klinik ve literatür bilgi birikimleri dikkate alınarak tarafımızca hazırlanan formda hastalara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi sosyodemografik verilerle ilgili sorular soruldu. Bu form çalışmacı tarafından hastayla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Veri Formu'nun örneği Ek-3'de sunulmuştur.

3.5.2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)

DYKİ'nde; semptomlar, hastanın hissettikleri, günlük aktivite, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi temeline dayandırılan, her soru için 5 muhtemel cevabın olduğu (ilgisi yok, hiç yok, hafif, çok, oldukça fazla) toplam 10 soru hastalara soruldu. Bu ölçek ile genel olarak hastalığın, son bir hafta içinde

kişilerin sosyal ve fiziksel aktivitelerini etkileme yönü anlaşılmaya çalışıldı. Her bir soru için verilen cevaplara göre toplam puan hesaplandı. DYKİ'nin ne kadar etkilendiği, 0-30 arası değişen toplam puanla değerlendirildi. Hesaplanan puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesinde bozulma ve etkilenme o kadar fazla kabul edildi.

DYKİ skorları aşağıdaki şekilde yorumlanmıştır:

0-1= Hastaların yaşam kalitesi etkilenmemiştir.

2-5= Hastaların yaşam kalitesi hafif etkilenmiştir

6-10= Hastaların yaşam kalitesi orta derecede etkilenmiştir.

11-20= Hastaların yaşam kalitesi fazla etkilenmiştir.

21-30= Hastaların yaşam kalitesi çok fazla etkilenmiştir.

3.5.3. Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği (*Visual Analogue Scale-VAS*)

Görsel Analog Ölçeği, öznel rahatsızlıkları veya semptomları derecelendirmek için geliştirilen bir ölçüm yöntemidir. İlk defa 1921'de bir psikoloji dergisinde psikometrik bir ölçek olarak, daha sonra 1976'da meme kanserinde ağrı ölçeği olarak kullanılmıştır.^{64,65} Yüz milimetrelik yatay bir çizginin iki ucuna, değerlendirilecek parametrelerin uç tanımı yazılır ve hastadan bu yatay çizgi üzerine, kendi durumunu uygun bulduğu noktaya bir çizgi çizerek veya nokta koyarak işaretlemesi istenir. Mesela ağrı için bir uca '0 puan' "hiç ağrım yok", diğer uca '10 puan' "çok şiddetli ağrı" yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden, hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir. Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajlarıdır. Tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir.⁶⁴ Ayrıca, çizgi boyunca farklı renk tonları, yüz ifadeleri ya da diğer sınıflandırma şekillerine sahip çeşitleri vardır. Bu durum çocukların rahatsızlıklarını göstermelerini de kolaylaştırır.⁶⁵ Görsel analog ölçeği, kaşıntıyı ölçmek amacıyla da çok kez kullanılmıştır. Ölçek, semptomun şiddetini değerlendirmede yeterli iken, kaşıntının yaşam kalitesi üzerindeki göreceli etkisi gibi diğer yönlerini dikkate almaz.

Çalışmamızda kullanılan Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeğinde, 100 mm'lik yatay bir çizginin sol ucuna '0' "hiç kaşıntı yok" ve sağ ucuna '10' "çok şiddetli kaşıntı" yazıldı (Ek-5). Bu yatay çizgi boyunca 20 mm'lik aralıklarla kaşıntı şiddetini

belirten rakamlar azdan çoğa doğru sıralandı ve hastalardan kaşıntı şiddetini belirten çizgiyi işaretlenmesi istenildi.

3.5.4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Hastaların son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunu değerlendirmek için PUKİ kullanıldı. On dokuz maddeden oluşan bir ölçek olup öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlevsellik kaybı 7 alt ölçekte değerlendirildi, testin her maddesi 0-3 arasında puanlandı. Alt ölçeklerin toplanması ile 0-21 arası değişen toplam puan, global PUKİ puanı olarak değerlendirildi. Bu değerin 5'in üzerinde olması kötü uyku kalitesi olarak kabul edildi.

3.6. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, IBM SPSS (*Statistical Package for Social Science*) for Windows Version 20 paket programında yapıldı. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, standart deviasyon (SD), medyan, minimum, maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verildi. Gruplar arasında skor karşılaştırmaları, *Kruskal-Wallis* Testi ile, PUKİ ile diğer değişkenlerin ikili karşılaştırmaları, *Ki-kare* Testi ile ve çoklu karşılaştırmalar Çoklu Lojistik Regresyon Testiyle yapıldı. Tüm analizlerde anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hasta Seçimi

Çalışmaya alınan 200 hastanın 70'i (% 35,0) erkek ve 130'u (% 65,0) kadın idi. Yaş ortalamaları 43,2 (SD \pm 15,3) yıl idi. Hastaların 41'inde (% 20,5) atopik dermatit, 60'ında (% 30,0) kronik spontan ürtiker, 46'sında (% 23,0) liken planus ve 53'ünde (% 26,5) psoriasis vardı.

Değerlendirmeler, eksik verili olan hastalar dışlandığında kalan 195 hasta üzerinde yapıldı. Bu 195 hastanın 67'si (% 34,4) erkek ve 128'i (% 65,6) kadın idi. Yaş ortalamaları 43,3 (SD \pm 15,4 yıl) idi. Hastaların 41'inde (% 21,0) atopik dermatit, 59'unda (% 30,3) ürtiker, 45'inde (% 23,1) liken planus ve 50'sinde (% 25,6) psoriasis vardı.

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

4.2.1. Demografik Özellikler

Değerlendirmeye alınan hastaların demografik özellikleri Tablo 4'te verilmiştir. Yaş 18-76 yıl arasında değişiyordu. Hastaların büyük çoğunluğu 20-69 yaş arasındaydı. Evlilik durumu, 132 (% 67,7) hastada evli, 44 (% 22,6) hastada bekar, 15 (% 7,7) hastada dul ve 4 (% 2,1) hastada boşanmış idi. Ancak, daha sonraki değerlendirmeler için hastalar evli olan (% 67,7) ve olmayan (% 32,3) olarak iki gruba ayrıldı. Okul durumu, 19 hastada (% 9,7) okula gitmemiş, 68 hastada (% 34,9) ilköğretim, 66 hastada (% 33,8) ortaöğretim ve 42 hastada (% 21,5) yükseköğretim idi. Çalışma durumuna gelince, 135 hasta (% 69,2) herhangi bir işte çalışmıyordu, 60 hasta ise (% 30,8) bir işte çalışıyordu.

Tablo 4. Demografik özellikler

Değişken	Kategoriler	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	67	34,4
	Kadın	128	65,6
Yaş (yıl)	<20	11	5,6
	20-29	38	19,5
	30-39	30	15,4
	40-49	42	21,5
	50-59	40	20,5
	60-69	27	13,8
	≥70	7	3,6
Evlilik durumu	Evli	132	67,7
	Bekar	44	22,6
	Dul	15	7,7
	Boşanmış	4	2,1
Okul durumu	Gitmemiş	19	9,7
	İlköğretim	68	34,9
	Ortaöğretim	66	33,8
	Yükseköğretim	42	21,5
Çalışma durumu	Yok	135	69,2
	Var	60	30,8

4.2.2. Dermatolojik Özellikler

Değerlendirmeye alınan hastaların dermatolojik özellikleri Tablo 5’te verilmiştir. Sıfırdan ona kadar değişen kaşıntı skorunun sıklıkları sırasıyla 19, 6, 30, 5, 24, 5, 30, 3, 41, 5 ve 27 idi. Görüldüğü üzere çift sayılı skorlarda sıklık yüksek, tersine tek sayılı skorlarda sıklık düşük idi. Kaşıntı skorunu işaretledikleri skalada yalnız çift sayılar için ara çizgiler bulunduğu hastalar, bu ara çizgilere daha çok işaret koyma eğiliminde olmuşlardı. Dolayısıyla bir rakam tercihi (*digit preference*) söz konusuydu. Bu durumun yaratacağı sorunları gidermek için kaşıntı skoru yeniden kodlandı. Tek sayılı skorlar, bir üstteki çift sayılı skorlarla birleştirildi ve yeni skorlar ikiye bölündü. Bu işlemin sonunda sıfırdan beşe kadar değişen kaşıntı skorunun sıklıkları sırasıyla 19 (% 9,7), 36 (% 18,5), 29 (% 14,9), 35 (% 17,9), 44 (% 22,6) ve 32 (% 16,4) idi. Yeni kaşıntı skorunun medyanı 3 idi.

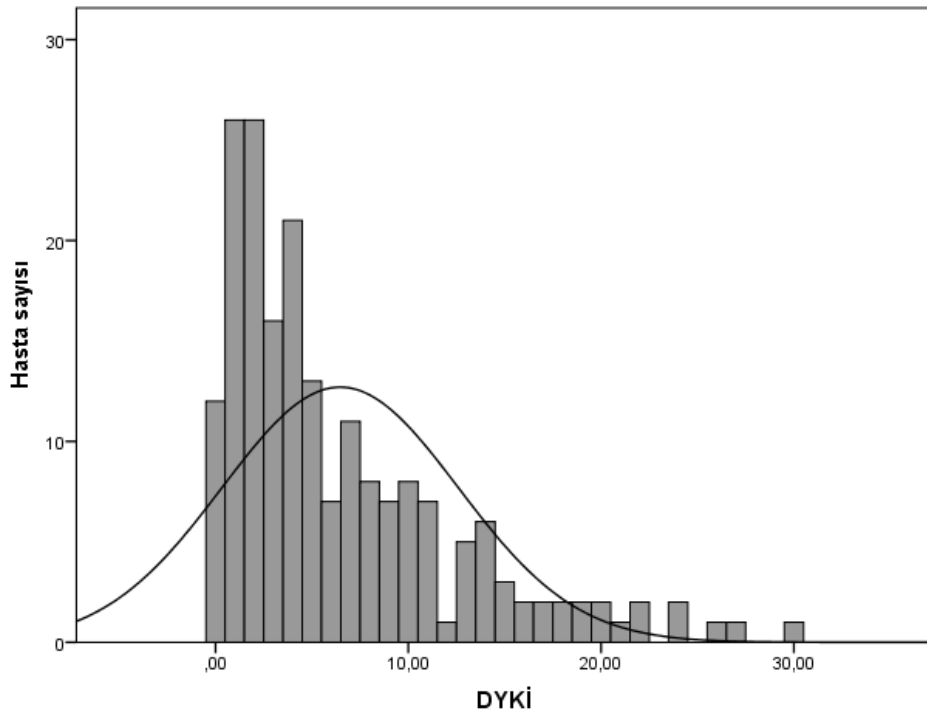
DYKİ’nin hasta sayılarına göre dağılımı, Şekil 6’da görülmektedir. Bu indeksin en düşük değeri 0, en yüksek değeri 30, ortalaması 6,5 (SD ± 6,1) ve medyanı 4 idi. DYKİ skoruna göre yaşam kalitesi etkilenmeyen hasta sayısı 38 (% 19,5), hafif

derecede etkilenen 76 (% 39,0), orta derecede etkilenen 41 (% 21,0), fazla etkilenen 32 (% 16,4) ve çok fazla etkilenen 8 (% 4,1) idi.

Tablo 5. Dermatolojik özellikler

Değişken	Kategoriler	Sayı	Yüzde (%)
Tanı	Atopik dermatit	41	21,0
	Ürtiker	59	30,3
	Liken planus	45	23,1
	Psoriasis	50	25,6
Kaşıntı skoru	0	19	9,7
	1	36	18,5
	2	29	14,9
	3	35	17,9
	4	44	22,6
	5	32	16,4
DYKİ skoru	0-1	38	19,5
	2-5	76	39,0
	6-10	41	21,0
	11-20	32	16,4
	21-30	8	4,1

DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi



Şekil 6. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksinin (DYKİ) hasta sayılarına göre dağılımı

Yeni kaşıntı skoru ortalaması, AD, ürtiker, LP ve psoriasis için sırasıyla 3,2 (SD ± 1,4), 3,4 (SD ± 1,4), 1,7 (SD ± 1,6) ve 2,6 (SD ± 1,5) idi. Bu bulgulara göre hastalıklar, kaşıntı şiddeti açısından çoktan aza göre şöyle sıralanıyordu: Ürtiker, AD, psoriasis ve LP. Tüm gruptaki medyan olan 3'ten daha yüksek yeni kaşıntı skoru sıklıkları bu hastalıklara göre Tablo 6'da verilmiştir. Bu dağılım, *Kruskal-Wallis* testine göre istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

DYKİ skorunun ortalaması, AD, ürtiker, LP ve psoriasis için sırasıyla 8,4 (SD ± 6,7), 6,6 (SD ± 5,9), 3,8 (SD ± 4,7) ve 7,1 (SD ± 6,4) idi. Bu bulgulara göre hastalıklar, DYKİ skoru açısından çoktan aza göre şöyle sıralanıyordu: AD, psoriasis, ürtiker ve LP. Tüm gruptaki medyan olan 4'ten daha yüksek DYKİ skoru sıklıkları bu hastalıklara göre Tablo 7'de verilmiştir. Bu dağılım, *Kruskal-Wallis* testine göre istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Tablo 6. Hastalıkların yeni kaşıntı skoru medyanına göre dağılımı

Yeni kaşıntı skoru medyanı	Atopik dermatit	Ürtiker	Liken planus	Psoriasis	Toplam
≤3	23 (% 56,1)	27 (% 45,8)	37 (% 82,2)	32 (% 64,0)	119 (% 61,1)
>3	18 (% 43,9)	32 (% 54,2)	8 (% 17,8)	18 (% 36,0)	76 (% 38,9)
Toplam	41 (% 21,0)	59 (% 30,3)	45 (% 23,1)	50 (% 25,6)	195 (% 100)

Tablo 7. Hastalıkların Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) skoru medyanına göre dağılımı

DYKİ skoru medyanı	Atopik dermatit	Ürtiker	Liken planus	Psoriasis	Toplam
≤4	14 (% 34,1)	30 (% 50,8)	34 (% 75,6)	23 (% 46,0)	101 (% 51,8)
>4	27 (% 65,9)	29 (% 49,2)	11 (% 24,4)	27 (% 54,0)	94 (% 48,2)
Toplam	41 (% 21,0)	59 (% 30,3)	45 (% 23,1)	50 (% 25,6)	195 (% 100)

4.2.3. Alışkanlıklar

Aşırı çay içme 153 (% 78,5) ve aşırı kahve içme 46 hastada (% 23,6) vardı (Tablo 8). Yüz kırk iki hasta (% 72,8) sigara içmiyordu, 53 hasta (% 27,2) sigara içiyordu. Sigara içenlerin 21'i günde yarım paket veya daha az, 22'si yarım-bir paket arası ve

10'u bir paketten çok sigara tüketiyordu. Yüz elli altı hasta (% 80,0) alkol kullanmıyordu, 18 hasta (% 9,2) yılda birkaç kez, 11 hasta (% 5,6) ayda birkaç kez ve 10 hasta (% 5,1) daha sık alkol tüketiyordu.

Tablo 8. Alışkanlıklar

Değişken	Kategoriler	Sayı	Yüzde (%)
Aşırı çay içme	Yok	42	21,5
	Var	153	78,5
Aşırı kahve içme	Yok	149	76,4
	Var	46	23,6
Sigara kullanımı	Yok	142	72,8
	≤½ paket	21	10,8
	½ paket–1 paket	22	11,3
	>1 paket	10	5,1
	İçmiyor	156	80,0
Alkol kullanımı	Yılda birkaç kez	18	9,2
	Ayda birkaç kez	11	5,6
	Daha sık	10	5,1

4.2.4. Eşlik Eden Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalık 43 hastada (% 22,1), akciğer hastalığı 25 hastada (% 12,8), diyabetes mellitus 16 hastada (% 8,2), tiroid hastalığı 17 hastada (% 8,7) ve psikiyatrik hastalık 25 hastada (% 12,8) vardı (Tablo 9).

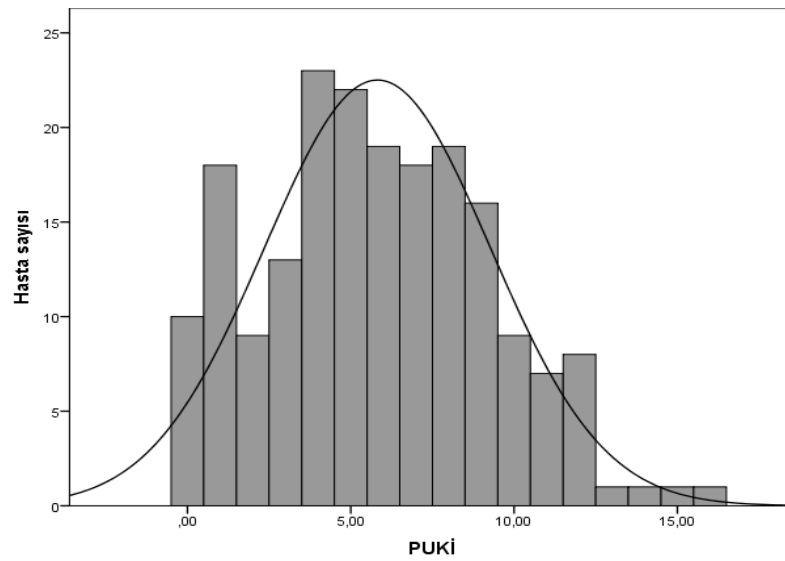
Tablo 9. Eşlik eden hastalıklar

Değişken	Kategoriler	Sayı	Yüzde (%)
Kardiyovasküler hastalık	Yok	152	77,9
	Var	43	22,1
Akciğer hastalığı	Yok	170	87,2
	Var	25	12,8
Diyabetes mellitus	Yok	179	91,8
	Var	16	8,2
Tiroid hastalığı	Yok	178	91,3
	Var	17	8,7
Psikiyatrik hastalık	Yok	170	87,2
	Var	25	12,8

4.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile Diğer Değişkenlerin İkili Karşılaştırmaları

PUKİ skoru 0-16 arasında değişiyordu. Ortalaması 5,8 (SD \pm 3,5) ve medyanı 6 idi (Şekil 7). PUKİ skoru 5 veya daha küçük olan 95 hasta (% 48,7), 5'ten büyük olan 100 hasta (% 51,3) vardı.

PUKİ ile demografik özelliklerin ikili karşılaştırmaları Tablo 10'da görülmektedir. PUKİ skorunun 5'ten büyük olmasının sıklığı açısından yalnız, evli olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir fark vardı ($p=0,081$). PUKİ ile dermatolojik özelliklerin ikili karşılaştırmaları Tablo 11'de görülmektedir. PUKİ skorunun 5'ten büyük olmasının sıklığı açısından, hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir fark, kaşıntı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ve DYKİ skorları arasında ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark vardı (sırasıyla $p=0,097$, $p<0,05$, $p<0,001$). PUKİ ile alışkanlıkların ikili karşılaştırmaları Tablo 12'de görülmektedir. PUKİ skorunun 5'ten büyük olmasının sıklığı açısından yalnız, alkol içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir fark vardı ($p=0,060$). PUKİ ile eşlik eden hastalıkların ikili karşılaştırmaları Tablo 13'te görülmektedir. PUKİ skorunun 5'ten büyük olmasının sıklığı açısından, akciğer hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve psikiyatrik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark vardı (sırasıyla $p<0,05$, $p<0,001$).



Şekil 7. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin (PUKİ) hasta sayılarına göre dağılımı

Tablo 10. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile demografik özelliklerin karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Uyku sorunu (PUKİ skoru > 5)				p
		Yok		Var		
Cinsiyet	Erkek	36	(% 53,7)	31	(% 46,3)	0,311
	Kadın	59	(% 46,1)	69	(% 53,9)	
Yaş grupları	<20	7	(% 63,6)	4	(% 36,4)	0,549
	20-29	13	(% 34,2)	25	(% 65,8)	
	30-39	15	(% 50,0)	15	(% 50,0)	
	40-49	21	(% 50,0)	21	(% 50,0)	
	50-59	20	(% 50,0)	20	(% 50,0)	
	60-69	15	(% 55,6)	12	(% 44,4)	
	≥70	4	(% 57,1)	3	(% 42,9)	
Evlilik durumu	Evli değil	25	(% 39,7)	38	(% 60,3)	0,081
	Evli	70	(% 53,0)	62	(% 47,0)	
Okul durumu	Yok	7	(% 36,8)	12	(% 63,2)	0,227
	İlköğretim	31	(% 45,6)	37	(% 54,4)	
	Ortaöğretim	31	(% 47,0)	35	(% 53,0)	
Çalışma durumu	Yükseköğretim	26	(% 61,9)	16	(% 38,1)	0,943
	Yok	66	(% 48,9)	69	(% 51,1)	
	Var	29	(% 48,3)	31	(% 51,7)	

Tablo 11. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile dermatolojik özelliklerin karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Uyku sorunu (PUKİ skoru > 5)				p
		Yok		Var		
Hastalık	Atopik dermatit	15	(% 36,6)	26	(% 63,4)	0,097
	Ürtiker	32	(% 54,2)	27	(% 45,8)	
	Liken planus	27	(% 60,0)	18	(% 40,0)	
	Psoriasis	21	(% 42,0)	29	(% 58,0)	
Kaşıntı skoru	0	14	(% 73,7)	5	(% 26,3)	0,016
	1	24	(% 66,7)	12	(% 33,3)	
	2	14	(% 48,3)	15	(% 51,7)	
	3	14	(% 40,0)	21	(% 60,0)	
	4	16	(% 36,4)	28	(% 63,6)	
	5	13	(% 40,6)	19	(% 59,4)	
DYKİ skoru	0-1	28	(% 73,7)	10	(% 26,3)	<0,001
	2-5	41	(% 53,9)	35	(% 46,1)	
	6-10	16	(% 39,0)	25	(% 61,0)	
	11-20	8	(% 25,0)	24	(% 75,0)	
	21-30	2	(% 25,0)	6	(% 75,0)	

DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Tablo 12. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile alışkanlıkların karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Uyku sorunu (PUKİ skoru > 5)		p
		Yok	Var	
Aşırı çay içme	Yok	20	(% 47,6)	0,872
	Var	75	(% 49,0)	
Aşırı kahve içme	Yok	73	(% 49,0)	0,549
	Var	22	(% 47,8)	
Sigara kullanımı	Yok	73	(% 51,4)	0,427
	≤½ paket	8	(% 38,1)	
	½ paket–1 paket	11	(% 50,0)	
	>1 paket	3	(% 30,0)	
Alkol kullanımı	Yok	80	(% 51,3)	0,060
	Yılda birkaç kez	5	(% 27,8)	
	Ayda birkaç kez	3	(% 27,3)	
	Daha sık	7	(% 70,0)	

Tablo 13. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile eşlik eden hastalıkların karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Uyku sorunu (PUKİ skoru > 5)		p
		Yok	Var	
Kardiyovasküler hastalık	Yok	77	(% 50,7)	0,308
	Var	18	(% 41,9)	
Akciğer hastalığı	Yok	88	(% 51,8)	0,026
	Var	7	(% 28,0)	
Diyabetes mellitus	Yok	86	(% 48,0)	0,529
	Var	9	(% 56,2)	
Tiroid hastalığı	Yok	85	(% 47,8)	0,383
	Var	10	(% 58,8)	
Psikiyatrik hastalık	Yok	94	(% 55,3)	<0,001
	Var	1	(% 4,0)	

4.4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Üzerine Lojistik Regresyon Analizi

Lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken olarak PUKİ skoruna göre uyku sorununun olup olmaması, bir başka deyişle PUKİ skorunun 5'ten büyük olup olmaması kullanıldı. Bağımsız değişkenler olarak ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak

anlamli veya anlamlılığa yakın ($p < 0,10$) sonuç veren değişkenler kullanıldı: Evlilik durumu, deri hastalığı, kaşıntı skoru, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, alkol kullanımı, akciğer hastalığı ve psikiyatrik hastalık. Bunlardan DYKİ skoru için gruplandırmalar değil, skorun kendisi kullanıldı. Bu skorun ortalaması, PUKİ skoru 5'ten büyük olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti ($8,3 \pm 6,4$ vs $4,6 \pm 5,2$, $p < 0,001$).

Lojistik regresyon analizinde “*Forward LR*” yöntemi kullanılınca modelde anlamlı prediktör olarak yalnız DYKİ, alkol kullanımı ve psikiyatrik hastalık kaldı. Bu modelin tanısal doğruluğu % 69,2, sensitivitesi % 75,0 ve spesifitesi % 65,2 idi (Tablo 14).

Tablo 14. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, alkol kullanımı ve psikiyatrik hastalığın anlamlı prediktör olduğu lojistik regresyon modelinde Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi için tanısal doğruluk

Lojistik Regresyon Analizi Modelinde Öngörülen			
		PUKİ \leq 5	PUKİ $>$ 5
Gözlenen	PUKİ \leq 5	75 (% 38,5)	20 (% 10,3)
	PUKİ $>$ 5	40 (% 20,5)	60 (% 30,8)

Lojistik regresyon analizinde, anlamlı prediktörler olarak kalan değişkenler ile ilgili katsayılar Tablo 15'te verilmiştir. DYKİ skorunun her bir artışı, uyku sorunu olması/olmaması oranını (*odds*) 1,11 kat arttırmıştı (% 95 güven aralığı 1,05-1,18). Psikiyatrik hastalığı olanlarda psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre, uyku sorunu olması/olmaması oranı 29,59 kat artmıştı (% 95 güven aralığı 3,82-228,93). Yılda birkaç kez alkol kullananlarda, alkol kullanmayanlara göre, uyku sorunu olması/olmaması oranı 3,29 kat artmıştı (% 95 güven aralığı 1,06-10,20). Anlamlı olmasa da ayda birkaç kezden daha sık alkol kullananlarda, alkol kullanmayanlara göre uyku sorunu olması/olmaması oranı ise 2,82 kat azalmıştı (% 95 güven aralığı 0,07-1,86).

Tablo 15. Lojistik regresyon analizinde anlamlı prediktörler

Değişken	βeta	Odds oranı	Güven aralığı (GA) (% 95)		p
			Alt	Üst	
DYKİ skoru	0,1062	1,11	1,05	1,18	0,000
Alkol kullanımı (Yok)					0,038
Yılda birkaç	1,1920	3,29	1,06	10,20	0,039
Ayda birkaç	1,1854	3,27	0,78	13,72	0,105
Daha sık	-1,0343	0,36	0,07	1,86	0,221
Psikiyatrik hastalık	3,3799	29,59	3,82	228,93	0,001
Sabit	-0,9945	0,37			0,000

4.5. Deri Hastalıklarının Uyku Sorunu Üzerine Etkisi Konusunda Hastaların Düşünceleri

Hastaların 70'i (% 35,9) deri hastalıklarının uykularını etkilemediğini, 58'i (% 29,7) az, 36'sı (% 18,5) orta ve 31'i (% 15,9) ileri düzeyde etkilediğini düşünüyordu. Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi olmadığını düşünenlerde % 30,0 oranında uyku sorunu (PUKİ>5) söz konusu idi. Bu oran deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine az, orta ve ileri düzeyde etkisi olduğunu düşünenlerde ise sırasıyla % 53,4, % 63,9 ve % 80,6 idi. Bu gruplar arasındaki fark *Kruskal-Wallis* testine göre istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi konusunda hastaların düşünceleri ile DYKİ skoru arasında doğru orantılı bir ilişki vardı (Tablo 16). Böyle bir etkinin olmadığını düşünenlerde DYKİ skoru 4'ten büyük olanlar % 30,0 oranında iken, böyle bir etkinin ileri düzeyde olduğunu düşünenlerde ise bu oran % 83,9 idi ($p<0,001$). Dolayısıyla DYKİ skoru yükseldikçe hastalar daha çok "hastalığım uykumu etkiliyor" demekteydi.

Tablo 16. Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi konusunda hastaların düşüncelerinin Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) skoru medyanına göre dağılımı

DYKİ skoru medyanı	Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi konusunda hastaların düşünceleri				Toplam
	0	1	2	3	
≤4	49 (% 70,0)	34 (% 58,6)	13 (% 36,1)	5 (% 16,1)	101 (% 51,8)
>4	21 (% 30,0)	24 (% 41,4)	23 (% 63,9)	26 (% 83,9)	94 (% 48,2)
Toplam	70 (% 35,9)	58 (% 29,7)	36 (% 18,5)	31 (% 15,9)	195 (% 100)

5. TARTIŞMA

Kronik inflamatuvar deri hastalıkları, kişilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini etkilemektedir.¹ Deri hastalığının fiziksel etkileri, döküntünün yaygınlığı, şiddeti, aktifliği, vücutta kapladığı alan ve eşlik eden kaşıntı, pullanma gibi semptomlara bağlıdır ve bu semptomlara ikincil emosyonel problemler tetiklenebilir. Örneğin, psoriasisli veya ekzermalı hastalardaki kaşıntı, kızarıklık ve pullanma gibi semptomlar, stres ve emosyonel problemlere sebep olabilir. Psikolojik etkilerinin yanında bu semptomlar, hastaların günlük yaşantılarını etkileyerek, uyku kalitelerini de bozmaktadır. Deri hastalıkları, değişik düzeylerde uyku bozukluğu ve hastalıkları ile ilişkilidir.^{60,66}

Uyku, insan yaşamının yaklaşık üçte birini kapsayan aktif bir süreçtir. Dermatolojik hastalıklarda görülen uyku bozukluğu, hastaların yaşam kalitesini, ruhsal sağlığını ve hatta deri hastalıklarının şiddetini etkilemektedir.⁶⁰ Normal uyku-uyanıklık sürecinde derinin önemli görevleri bulunmaktadır: fiziksel uyaranların sinir sistemine iletimi, termoregülasyon, sirkadyen ritmin düzenlenmesi gibi.⁶⁰ Uyku yoksunluğu, immün fonksiyonları değiştirerek deri hastalıklarının şiddetini etkileyebilmektedir. Uyku yoksunluğunun insanlarda, derinin en önemli özelliklerinden olan bariyer, koruma ve yenilenme fonksiyonlarını bozduğu gösterilmiştir.⁶⁰ Deri bariyer fonksiyonundaki bozukluk özellikle psoriasis ve atopik dermatit gibi kronik deri hastalıklarında da mevcuttur. Bunun yanında, uyku yoksunluğu, doğal öldürücü hücre aktivitesini ve IL-1 β , TNF- α gibi proinflamatuvar sitokinlerin plazma düzeyini arttırmaktadır.^{60,67} Bu sitokinler, NREM uyku regülasyonunda rol oynamaktadır. Ayrıca uyku süresinin kısıtlanması, inflamasyonda görevli mediatörlerin artmasına neden olmakta, bu da metabolik sendrom gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir.^{60,67} Psoriasis gibi kronik inflamatuvar deri hastalıklarında gelişen metabolik sendromun altta yatan sebeplerinden birinin, uyku bozukluğu ile tetiklenen bu mekanizma olabileceği düşünülmektedir.⁶⁰ Uyku bozukluğu; hipertansiyon, diyabetes mellitus, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon ve kanser gibi sistemik hastalıkların gelişmesinin riskini arttırmaktadır.⁶⁸ Kişilerin bilişsel performans, öğrenme ve iş verimi üzerinde negatif etkilere sebep olmaktadır.⁶⁸ Sağlıklı uyku, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için gereklidir.

Dermatolojik ve sistemik hastalıkların ana semptomlarından biri kaşıntıdır. Atopik dermatit, kronik spontan ürtiker, liken planus ve psoriasis gibi kronik inflamatuvar deri hastalıklarında özellikle akşam, kaşıntı artmaktadır.⁶⁶ Kaşıntıya bağlı uyku bozukluğu bu hastalıklarda sık görülmektedir. Kaşıntıya sekonder gelişen uyku bozukluğunun patofizyolojisinde birçok etken suçlanmaktadır.⁶⁶ Deri sıcaklığının akşam artması trans-epidermal su kaybının artışına neden olmaktadır. Bu su kaybı, özellikle atopik dermatitli hastalarda kaşıntının şiddetini ve epidermal bariyer fonksiyonunu bozarak kaşıntıya hassas bölgelerde iritanların etkisini arttıran sebeplerden biri olarak görülmüştür.^{66,69} Kaşıntının yanında kronik deri hastalıklarında kuruluk, çatlama, lezyonlardaki yanma hissi ve ağrı da kişilerin uyku problemi yaşamasına ve yaşam kalitelerinde azalmaya neden olabilmektedir. Özellikle atopik dermatit ve psoriasisli hastalarda kaşıntı, büllöz pemfigoid, Stevens-Johnson sendromu veya eritrodermik hastalarda ise kaşıntıya ek olarak termoregülasyondaki bozulma veya sistemik semptomlar uykusuzluğa neden olabilmektedir.⁶⁰ Fransa ve Almanya'da 321 rastgele seçilmiş kronik ürtikerli hastayla internet üzerinden yapılan bir çalışmada, özellikle akşamları artan kaşıntının sebep olduğu uyku bozuklukları ile psikiyatrik komorbiditelerin sık görüldüğü belirtilmiştir.⁷⁰

Eski yayınlarda, geceleri uyanmaya sebep olan kaşıntının psikolojik temelden çok, medikal problemlere bağlı olduğu düşünülmekteydi.^{60,71} Ancak yapılan yeni çalışmalarda, psikosomatik faktörlerin de kaşıntıya neden olduğu gösterilmektedir.^{60,71} Kaşıntıya bağlı uyku bozukluğunun, genellikle psikiyatrik komorbiditeyle ilişkili olan uykudaki fizyolojik değişikliklerin sonucu olduğu gösterilmiştir.⁶⁰ Stres, anksiyete ve depresyon gibi psikojenik nedenlerin, hastalardaki kaşıntı algısında artışa neden olduğu görülmüştür.⁶⁹ Atopik dermatit, psoriasis ve ürtiker gibi birçok kronik deri hastalığına psikolojik komorbiditelerin eşlik etmesi, kaşıntı algısının da bu hastalarda artmış olabileceğini düşündürmüştür.⁶⁰ Ayrıca, kronik kaşıntılı deri hastalıklarında, kaşıntı-kaşıma döngüsünün, hastalarda alışkanlık ve otomatik bir davranış haline gelmesi, kaşıntıyı tetikleyen bir etken olmadan da kaşıntı hissi olmasına neden olmaktadır.⁶⁶

Çalışmamızda, atopik dermatit, kronik spontan ürtiker, liken planus ve psoriasisli içeren kronik inflamatuvar deri hastalıklarının ve bu hastalıklardaki kaşıntı şiddetinin, uyku kalitesi ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi üzerine etkisini ve hastaların öznel olarak deri hastalıkları ile uyku problemlerini ilişkili bulup bulmadıklarını araştırmayı

amaçladık. Çalışmamızdaki 41 AD hastasının 18 tanesi (% 43,9), yeni kaşıntı skoru medyanı olan 3'ten daha yüksek kaşıntı skoruna sahipti (Tablo 6). Yeni kaşıntı skoru ortalaması, AD için $3,2 \pm 1,4$ idi. DYKİ skorunun ortalaması, AD için $8,4 \pm 6,7$ idi. Bu hastaların 27'sinin (% 65,9) DYKİ skoru, çalışmadaki DYKİ skoru medyanı olan 4'ten daha yüksekti (Tablo 7). AD'li hastaların 26 (% 63,4) tanesinin PUKİ skoru 5'ten büyüktü. AD hastaları için PUKİ skoru ortalaması $6,4 \pm 3,0$ idi.

Misery ve ark., AD'nin yaşam kalitesi, hastaların ve eşlerinin uyku ve cinsel yaşamı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla 266 hasta ile yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesinin, DYKİ skoru arttıkça bozulduğunu saptamışlardır.⁷² Çalışmada yaşam kalitesinin özellikle psikolojik boyutunun etkilendiği görülmüştür. Epworth Uykululuk Ölçeği kullanarak hesaplanan uyku skorları ile hastalık şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu çalışmadaki DYKİ skor ortalaması, çalışmamızdakine benzer bulunmuştur ($8,8 \pm 5,5$ vs $8,4 \pm 6,7$). Bender ve ark.'nın hastalık şiddeti, kaşıntı ile uyku kalitesini değerlendirmek amaçlı, 20 AD'li erişkin hastaya yaptıkları çalışmada, DYKİ skoruyla ölçülen hastalık şiddeti arttıkça hastalarda uyku kalitesinin bozulduğu görülmüştür.³ Bu çalışmada uyku kalitesi ölçümü için polisomnografi, aktigrafi kullanılmış, sonuçlar DYKİ, kaşıntı derecesi ve sitokin analiz sonuçları ile karşılaştırılmıştır. AD'de görülen uyku verimliliğindeki azalmanın, hastaların gün içindeki performanslarının düşmesine ve psikolojik stresin artmasına neden olduğu bulunmuştur. Azalmış uyku kalitesinin, artmış hastalık şiddeti, kaşıntı ve IL-6 düzeyiyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmaya göre, hastaların uyku bozukluğu ve kaşıntı şiddetlerine yönelik kendi düşüncelerinin, polisomnografi veya aktigrafi gibi objektif ölçeklerin sonuçlarından farklı olduğu saptanmıştır. Öznel cevaplarla yapılan anketlerin, uyku sorununu belirlemek açısından objektif ölçeklerden daha zayıf ölçekler olduğu görülmüştür. AD'li hastalarda uyku kalitesini ölçmek amaçlı yapılan başka bir çalışmada ise aktigrafi ile yapılan objektif ölçümün, PUKİ, DYKİ ve kaşıntı görsel analog ölçeği ile yapılan subjektif değerlendirmelerden daha üstün olduğu görülmüştür.⁷³ Bizim çalışmamızda, deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine değişik derecelerde etkisi olduğunu düşünen hastalarda PUKİ skorları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştu. Ancak, her iki değerlendirme de öznel değerlendirme olarak kabul edilmektedir.

Yano ve ark., 112 erişkin AD'li hastada, hastalık şiddetinin uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada, SCORAD ve DYKİ skorları ile PUKİ skoru karşılaştırılmıştır.⁷⁴ Çalışmanın sonunda hem SCORAD hem de DYKİ ile PUKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca, PUKİ skoru ile DYKİ arasında, SCORAD'dan daha anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, bizim çalışmamıza göre, AD'li hastaların DYKİ skor ortalamaları daha düşükken, PUKİ skor ortalamaları daha yüksekti (DYKİ için $7,8 \pm 5,1$ vs $8,4 \pm 6,7$, PUKİ için $7,3 \pm 2,8$ vs $6,4 \pm 3,0$). Çalışmamızdakine benzer şekilde, PUKİ ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, çalışmamızdan farklı olarak, yaş ile zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür. Kong ve ark., hastalık şiddeti ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak için, AD'li 50 çocuk ve 50 erişkin hastada, DYKİ ve PUKİ skorlarını karşılaştırmışlardır.⁷⁵ Yaptıkları çalışmada, DYKİ skorları arttıkça PUKİ skorlarının da arttığı ve bizim çalışmamızdakine benzer şekilde, yaşam kalitesi ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (PUKİ için $8,5 \pm 7,3$ vs $6,4 \pm 3,0$, DYKİ için $10,7 \pm 5,8$ vs $8,4 \pm 6,7$).⁷⁵ Bu çalışmada, SCORAD'daki öznel kaşıntı skoru ile uyku kalitesini ölçen PUKİ arasında, hem çocuklarda hem de erişkinlerde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Çalışmamızda PUKİ skoru ile yeni kaşıntı skoru arasında yapılan ikili karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu ($p < 0,05$). Çoklu lojistik regresyon analizine göre çalışmamızda, görsel analog ölçeği ile belirlenen kaşıntı skoru ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştı. Bu durum, çalışmamızda kullandığımız kaşıntı görsel analog ölçeğinde çift sayılar için ara çizgiler bulunmasının, hastalarda bu çizgilere işaret koyma eğilimine (*digit preference*) neden olması ve sonucunda, hastaların gerçek kaşıntı şiddet skorlarının değişmesi ile ilişkilendirilmiştir. Suilman ve ark. kronik kaşıntılı hastalarda, PUKİ ve Regensburg İnsomni Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, özellikle akşam artan kaşıntının, hastalarda uyku bozukluğuna ve uykunun bölünmesine sebep olduğu görülmüştür.⁷⁶ Bu çalışmada, çalışmamıza benzer olarak, eşlik eden depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların, uyku kalitesinde bozulmaya neden olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür.

Silverberg ve ark. yaptığı, Amerika'daki erişkin ekzematlı hastalarda, uyku bozukluğunun değerlendirildiği nüfusa dayalı bir çalışmada (34,613 erişkin hasta), uyku bozukluğu ile kadın cinsiyetin, yaşın ve düşük gelirin anlamlı ilişkisi olduğu

saptanmıştır.⁷⁷ Bu çalışmada uyku bozukluğunun yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Çalışmamızda bu demografik özellikler ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştı. Amerika’da, 5563 AD’li hastada, uyku bozukluğu ve yorgunluğun neden olduğu yükün araştırıldığı bir başka çalışmada, sigara, alkol kullanımı ve kahve tüketiminin AD’li hastalarda uyku bozukluğu ve günlük işlevsellikte azalma ile anlamlı ilişkisi olduğu; yaş, cinsiyet, evlilik durumu ve okul durumu arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.⁷⁸ Bizim çalışmamızda uyku bozukluğunu gösteren PUKİ ile diğer değişkenler arası yapılan ikili karşılaştırmalarda, uyku kalitesi açısından, sigara, çay ve kahve tüketim miktarları arasında anlamlı ilişki bulunmamış, alkol kullanımı ile anlamlıya yakın sonuç elde edilmişti. Ancak, çoklu lojistik regresyon analizi sonrası, PUKİ ile alkol kullanımı arasındaki anlamlı ilişki kaybolmuştu. Benzer şekilde yaş, cinsiyet, evlilik ve okul durumu gibi demografik özellikler ile uyku kalitesi arasında çalışmamızda anlamlı bir ilişki yoktu. Li ve ark., 287 AD’li hastada yaptıkları prospektif çalışmada, uyku bozukluğunun; AD şiddeti, eşlik eden saman nezlesi veya anksiyetenin olması, şiddetli veya çok şiddetli kaşıntı görsel analog skorları ile anlamlı ilişkisi olduğunu saptamışlardır.⁷⁹ Çalışmamızda kaşıntı görsel analog ölçeği ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanmamıştı, ancak psikiyatrik komorbiditenin anlamlı ölçüde uyku kalitesini etkilediği bulunmuştu.

Çalışmamızdaki 59 ürtiker hastasının 32’si (% 54,2), yeni kaşıntı skoru medyanı olan 3’ten daha yüksek kaşıntı skoruna sahipti. Yeni kaşıntı skoru ortalaması, ürtiker için $3,4 \pm 1,4$ idi. DYKİ skorunun ortalaması, ürtiker için $6,6 \pm 5,9$ idi. Bu hastaların 29’unun (% 49,2) DYKİ skoru, çalışmadaki DYKİ skoru medyanı olan 4’ten daha yüksekti. Ürtiker hastalarının 27’sinde (% 45,8) PUKİ skoru 5’ten büyüktü. Ürtiker hastaları için PUKİ skoru ortalaması $5,3 \pm 3,7$ idi.

Deri hastalıklarında DYKİ’nin geçerliliğini ve klinik sonuçlarını araştıran kapsamlı bir gözden geçirmede, ürtiker hastalarındaki DYKİ skor ortalamalarının 7,16-13,4 (SD $\pm 3,2$) arası değiştiği görülmüştür.⁵⁰ Grob ve ark. yaptığı, ürtiker, psoriasis ve AD’nin yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı, prospektif kesitsel çalışmada, AD ve ürtiker hastalarında, psoriasis hastalarına göre kaşıntının daha baskın bir semptom olmasından dolayı günlük işlevsellikte bozulmanın daha fazla olduğu görülmüştür.⁷ Bizim çalışmamızda ise, DYKİ skoru açısından hastalıklar çoktan aza, AD, psoriasis ve ürtiker şeklinde sıralanıyordu. Kocatürk ve ark. 140 ürtiker hastasında yaptığı bir

çalışmada, cinsiyetin, uyku problemlerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği ($p<0,05$) ve kadınların, erkeklerden daha fazla etkilendiği saptanmıştır.⁸⁰ Maurer ve ark. 673 ürtikerli hastada yaptıkları çalışmada, DYKİ skor ortalaması $9,1 \pm 6,62$ bulunmuş ve ürtikerin uyku üzerine olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir.⁸¹ Beş farklı Avrupa ülkesinde ve Amerika'da ürtikerli hastalarla yapılan farklı iki çalışmada, hastalarda kontrol grubuna göre anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları görülme olasılığının arttığı saptanmıştır.^{82,83} O'donnell ve ark., ürtikerli hasta grubunda, hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdığı çalışmada, 142 hastanın % 38'inde belirgin uyku bozukluğu ve % 54'ünde uyku bölünmesi saptanmıştır.⁸⁴ Tuna ve ark., 130 ürtikerli hastada yaptığı, huzursuz bacak sendrom sıklığı ve uyku kalitesini araştırmayı amaçladıkları çalışmada, hastalarda huzursuz bacak görülme sıklığının ve PUKİ skorlarının kontrol grubundan daha yüksek, sonuç olarak uyku kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.⁸⁵ Ürtikerli hastalarda total PUKİ skorlarının, kaşıntı görsel analog ölçeği, huzursuz bacak sendrom skoru ve ürtiker aktivite skoru ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise PUKİ skoru ile kaşıntı skoru arasında anlamlı ilişki yoktu. Çalışmamızda, bu çalışmanın yönteminden farklı olarak sağlıklı kontrol grubu bulunmadığından hasta kişiler kontrol grubuyla karşılaştırılamamıştı. Hastalıkların ayrı ayrı şiddetleri hesaplanmadığı için, hastalık şiddet skorları ile PUKİ skorlarının karşılaştırılması da yapılmamıştı. Bu çalışmada, kaşıntının, uyku kalitesini azaltan ve huzursuz bacak sendromu görülme sıklığını arttıran ana etmenlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza yalnız deri lezyonu, hem deri hem oral mukoza lezyonu ve yalnız oral mukoza lezyonu olan 45 LP hastası dahil edildi. Bu hastaların 8'i (% 17,8), yeni kaşıntı skoru medyanı olan 3'ten daha yüksek kaşıntı skoruna sahipti. Yeni kaşıntı skoru ortalaması, LP için $1,7 \pm 1,6$ idi. DYKİ skorunun ortalaması, LP için $3,8 \pm 4,7$ idi. Bu hastaların 11'inin (% 24,4) DYKİ skoru, çalışmadaki DYKİ skoru medyanı olan 4'ten daha yüksekti. LP hastalarının 18'inde (% 40,0) PUKİ skoru 5'ten büyüktü. LP hastaları için PUKİ skoru ortalaması $5,9 \pm 3,9$ idi.

Adamo ve ark., oral LP'de uyku bozukluğu, anksiyete ve depresyon görülme sıklığını araştırmak için 50 hastada yaptıkları çalışmada, hastaların kontrol grubuna göre PUKİ'nin tüm bileşenlerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek skorlar aldıkları görülmüştür.² Oral LP'li hastalarda, uyku problemlerine, depresif ruh haline ve

anksiyeteye kontrol grubundan daha sık rastlanmıştır. Bu çalışmada 50 hastanın 21'inde (% 42,0) PUKİ skoru 5'ten büyüktür ve bu hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, bizim çalışmamızdakine benzer şekilde psikiyatrik komorbiditeler ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). LP'li hastalarda kaşıntının klinik özelliklerini saptamak için yapılan başka bir çalışmada, görsel analog ölçeği ile saptanan ortalama kaşıntı skoru $6,9 \pm 2,8$ bulunmuştur.³⁶ Bu çalışmadaki 78 LP hastasının tamamında deri lezyonları mevcuttu. Aynı çalışmada 22 (% 29,7) hastanın kaşıntı nedeniyle uykuya dalmada zorluk yaşadığı, 23 (% 31,1) hastanın ise gece uykudan uyandığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda, LP'li hastalarda, kaşıntı skorunun ($1,7 \pm 1,6$) daha düşük olmasının nedeni, yalnız oral mukoza lezyonları olan LP'li hastaların da çalışmaya alınması ile ilişkilendirilmiştir. Mostaghimi, 16 hastada yaptığı, kronik deri hastalıklarında ruh hali ve uyku problemlerini araştırdığı pilot çalışmada, depresyon veya anksiyete gibi psikiyatrik problemlerin uyku kalitesini azalttığını saptamıştır.⁸⁶ Bu çalışmada kaşıntıya sebep olmayan alopesi areata gibi kronik deri hastalarında bile uyku kalitesinin düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamıza, benzer şekilde kaşıntı semptomu olmayan oral LP'li hastalar dahil edilmişti ve psikiyatrik komorbiditesi olan hastalarda uyku kalitesinin düşük olduğu görülmüştü.

Çalışmamızdaki 50 psoriasis hastasının 18'i (% 36,0), yeni kaşıntı skoru medyanı olan 3'ten daha yüksek kaşıntı skoruna sahipti. Yeni kaşıntı skoru ortalaması, psoriasis için $2,6 \pm 1,5$ idi. DYKİ skorunun ortalaması, psoriasis için $7,1 \pm 6,4$ idi. Bu hastaların 27'sinin (% 54,0) DYKİ skoru, çalışmadaki DYKİ skoru medyanı olan 4'ten daha yüksekti. Psoriasis hastalarının 29'unda (% 58,0) PUKİ skoru 5'ten büyüktü. Psoriasis hastaları için PUKİ skoru ortalaması $5,8 \pm 3,1$ idi.

Çalışmamızda hastalıklar, kaşıntı şiddeti açısından çoktan aza göre ürtiker, AD, psoriasis ve LP şeklinde sıralanıyordu. Reich ve ark., psoriasis ve LP'deki kaşıntının farklılıklarını karşılaştırdığı çalışmada, LP'de (30 hasta) kaşıntı skor ortalamasının, psoriastisten (76 hasta) daha yüksek olduğu (kaşıntı skor ortalaması sırasıyla $7,5 \pm 2,3$ vs $5,1 \pm 2,5$, $p < 0,001$); O'Neill ve ark., psoriasis ve AD hastalarındaki kaşıntıyı karşılaştırdığı çalışmada ise, AD'de (524 hasta) kaşıntı skor ortalamasının, psoriastisten (195 hasta) daha yüksek ($8,2 \pm 1,95$ vs $6,8 \pm 2,45$, $p < 0,001$) olduğu saptanmıştır.^{87,88} Gupta ve ark. yaptığı çalışmada ise psoriasis (77 hasta), AD (143 hasta) ve ürtiker (32

hasta) hastalarında kaşıntı skor ortalaması sırasıyla $4,8 \pm 2,6$, $4,7 \pm 2,6$, $7,0 \pm 1,9$ ($p=0,001$) bulunmuştur. Bu çalışmada depresif ruh halinin kaşıntı şiddetini ve skorunu yükselttiği görülmüştür.⁸⁹ Benzer şekilde psoriaziste kaşıntının özelliklerini araştıran bir çalışmada hastaların % 80'inde görsel analog ölçeğine göre ortalama $5,2 \pm 2,6$ şiddetinde kaşıntı olduğu ve kaşıntının hastaların yaşam kalitesi, ruhsal durumu ve uykuları üzerinde negatif etki ettiği saptanmıştır.⁹⁰

Shutty ve ark., psoriaziste uyku bozukluğunu araştırdığı, 35 hastada yaptıkları çalışmada, PUKİ skor ortalaması $8,8 \pm 4,4$ idi.⁹¹ Bu çalışmaya göre psoriazisli hastalarda uyku kalitesi daha düşük, depresyon ve insomni görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Kötü uyku kalitesi ile psikiyatrik problemler arasında kuvvetli ilişki olduğu saptanmıştır.^{86,91} Uyku bozukluğu, hastalığın diğer yönlerinden ziyade depresif özellikler ile ilişkilendirilmiş ve hastalardaki uyku bozukluğunun depresyon açısından bir gösterge olabileceği savunulmuştur. Bizim çalışmamızda benzer şekilde psikiyatrik komorbiditelerin uyku kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştı, ancak hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisini gösteren DYKİ'nin de uyku kalitesi ile anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştü. Psoriazis hastalarında görülen uyku bozukluğunu etkileyen faktörler ile ilgili yapılan bir çalışmada, kaşıntı, depresyon, psoriatik artrit ve ağrının uyku bozukluğu ile en çok ilişkili faktörler olduğu görülmüştür.⁹² Aynı çalışmada % 49,5 hasta psoriazis nedeniyle uyku bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Kırk psoriazis hastası ile yapılan bir çalışmada, uyku kalitesi ile kaşıntı skoru ve depresif semptomların anlamlı ilişkisi olduğu ancak yaşam kalitesi ile ilişkisi olmadığı görülmüştür.⁹³ Buna karşılık, 79 psoriazisli hastada yapılan bir başka çalışmada, kaşıntı şiddeti, hastalık şiddeti gibi dermatolojik parametreler ile uyku kalitesi arasında ilişki saptanmamış, depresyon, psikotik bozukluklar, alkol tüketimi ve bağımlılığı ile uyku bozukluğu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).⁷¹ Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kaşıntılı deri hastalığı olan hastalarda uyku bozukluğu yakınması var ise altta yatan dermatolojik ve medikal durumlara ek olarak, mutlaka psikiyatrik hastalıklar, primer uyku hastalığı ve alkol tüketiminin de sorgulanması gerektiği savunulmaktadır. Balta ve ark., psoriazis vulgarisli hastalarda genel psikiyatrik semptomlar ile uyku kalitesini araştırdıkları çalışmada, psoriazis hastalarında kontrol grubuna göre PUKİ skorları daha yüksek bulunmuştur ve bu durum psoriaziste görülen kaşıntı ve ağrı semptomları ile ilişkilendirilmiştir.⁵

Luca ve ark., psoriatik hastalarda psikopatolojik değişkenler ve uyku kalitesini araştıran, 102 hastada yaptığı çalışmada, PUKİ skoru ortalaması $4,4 \pm 3,6$ ve medyanı 3 bulunmuştur.⁹⁴ Otuz iki hastanın (% 38,2) PUKİ skorunun 5'e eşit veya büyük olduğu görülmüştür. Lojistik regresyon analizinde, PUKİ skorunun, Psoriasis Alan şiddet İndeksindeki saçlı deride görülen eritem ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmış (p=0,02), psikopatolojik değişkenler, cinsiyet dışındaki demografik değişkenler ve komorbiditeler ile anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu çalışmada kadınlarda uyku kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu saptanmıştır (p=0,009). Çalışmamızda, farklı olarak uyku kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştı (p=0,311) ve PUKİ ile hem ikili değerlendirmede hem de çoklu lojistik regresyon analizinde psikiyatrik komorbidite ile anlamlı ilişki bulunmuştu (p=0,001). Wong ve ark., psoriatik hastalıkta uyku bozukluğunu araştırmak için yaptığı çalışmada ise, psoriasis hastalarında düşük uyku kalitesi saptanmıştır.⁹⁵ Uyku bozukluğunun, yorgunluk, anksiyete, düşük genel yaşam kalite ölçek skoru ile anlamlı ilişkisi olduğu, aynı zamanda psoriatik artrit hastalarındaki uyku bozukluğunun, aktif eklem inflamasyonu ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, Gezer ve ark., psoriatik artrit hastalarında uyku kalitesini araştırdığı ve uyku kalitesi ile ağrı, anksiyete, entesit, yüksek CRP ve sedimentasyon değerleri arasında anlamlı ilişki buldukları çalışma ile uyumludur.⁹⁶ Jensen ve ark. yaptığı çalışmada, 179 psoriasis hastasının % 53,6'sında PUKİ skoru 5'ten büyük bulunmuş ve çalışmamızdan farklı olarak uyku bozukluğunun temel olarak kaşıntı ile ilişkili olduğu görülmüştür.⁴⁹ Kaşıntı ve ağrının, AD ve psoriasis hastalarında görülen uyku bozukluğuna etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kronik inflamatuvar deri hastalıklarında önemli bir semptom olan kaşıntının bu iki hastalıkta uyku kalitesi ve uykusuzluk ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu görülmüştür.⁹⁷ çalışmamızda kaşıntı ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanamamasına rağmen, bu çalışmadakine benzer şekilde AD'li hastaların psoriasis hastalarına göre uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştı. Henry ve ark., 186 psoriasis hastasında yaptığı çalışmada, PUKİ skor ortalaması $9,2 \pm 4,3$ idi.⁹⁸ Hastaların % 76,3'ünde uyku kalitesinin kötü olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, uyku kalitesi ile depresyon ve kaşıntı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada psoriasisin uyku üzerinde negatif etkisi olduğu saptanmışken, Stinco ve ark. yaptığı çalışmada psoriasisin uyku kalitesi ile ilişkisi olmadığı ve uykuyu negatif etkilemediği görülmüştür.⁹⁹

Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi konusunda hastaların düşünceleri ile PUKİ ve DYKİ skorları arasında doğru orantılı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$). Hastalar, deri hastalıklarının, uyku kalitelerini etkilediğinin farkındalardı. Bu durum, deri hastalığının uyku düzeni üzerine etkisi konusunda, sadece hastanın fikrinin alınmasının bile hekimlere, hastaların yaşam kalitesini bozan etmenlerin ve eşlik eden komorbiditelerin bulunmasında yol gösterici olabilir.

Çalışmamızın sonunda, kronik inflamatuvar deri hastalıklarında uyku sorunu, hastaların dermatolojik yaşam kalitesi bozuldukça artmaktaydı. Buna göre, DYKİ'nde yüksek puan alan ve yaşam kalitesi daha bozuk olan hastalarda, uyku kalite indeksi puanı yükselmekte ve uyku sorunu saptanma olasılığı artmaktaydı ($p<0,001$). Eşlik eden psikiyatrik hastalığı olanlarda uyku kalite indeks skoru daha yüksekti. Bu hastalarda uyku problemlerinin daha sık olduğu görüldü ($p<0,01$). Alkol kullanımı, kronik deri hastalığı olan kişilerde uyku sorununda etkili bir başka faktör olarak saptandı ($p<0,05$). Çalışmamıza alınan AD, KSÜ, LP ve psoriasis hastalıklarını, uyku kalitesi açısından birbirleriyle karşılaştırdığımızda, aralarında anlamlı bir fark saptamadık; ancak bu hastalıkların DYKİ üzerine etkileri, uyku kalitesini anlamlı derecede bozmaktaydı. Çalışmamızda demografik özelliklerin uyku kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi saptanmadı. Eşlik eden ve uykuyu etkileyen kardiyovasküler, akciğer, tiroid hastalıkları ve diyabetes mellitusun, uyku kalitesi üzerine etkisi saptanmadı. Yapılan birçok çalışmada, kronik inflamatuvar deri hastalıklarında görülen en önemli semptomlardan olan kaşıntının, uyku kalitesi üzerinde negatif etkisi olduğu saptanmasına rağmen, çalışmamızda uyku kalitesi açısından, kaşıntı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Sonuçlarımıza göre, kronik inflamatuvar deri hastalığı olan kişilerde, uyku sorunu bulunup bulunmamasını öngörmek için en önemli yol gösterici DYKİ skoruydu ($p<0,001$). Eşlik eden psikiyatrik hastalık ve daha az oranda da alkol kullanımı, uyku sorunu bulunup bulunmamasını öngörmek için kullanılabilecek yol gösterici diğer faktörlerdendi. Bunlarla birlikte sadece hastanın, deri hastalığının uykusunu etkilediğini düşünmesinin bile, uyku sorununu öngörebilmek açısından hekimlere fikir verebileceği saptandı.

6. SONUÇLAR

1. Kronik inflamatuvar deri hastalıklarında, dermatoloji yaşam kalite indeksi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$).
2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi skoru yükseldikçe, Pittsburgh Uyku Kalite İndeks skorlarının da yükseldiği ve hastaların yaşam ve uyku kalitesinin bozulduğu saptandı.
3. Deri hastalığına eşlik eden psikiyatrik hastalığın olmasının, uyku kalitesini bozduğu saptandı.
4. Alkol kullanımı, kronik deri hastalığı olan kişilerde uyku sorununa etkili bir faktör olarak saptandı.
5. Atopik dermatit, kronik spontan ürtiker, liken planus ve psoriasis hastalıklarının uyku kalitesi açısından birbiriyle karşılaştırılması sonucunda, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
6. Cinsiyet, yaş, evlilik durumu, okul durumu ve çalışma durumunu içeren demografik özellikler ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.
7. Kronik deri hastalıklarında görülen kaşıntının şiddetinin, uyku kalitesi üzerine etkisi saptanmadı.
8. Çay, kahve ve sigara tüketim miktarlarının, uyku kalitesi üzerine etkisi saptanmadı.
9. Deri hastalığına, kardiyovasküler, akciğer, tiroid hastalıkları ve diyabetes mellitusun eşlik etmesinin, uyku kalitesi üzerine etkisi saptanmadı.
10. Deri hastalıklarının uyku sorunu üzerine etkisi konusunda hastaların düşünceleri, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi skorları ile uyumluydu.
11. Kronik inflamatuvar deri hastalığı olan kişilerde, uyku sorununun sorgulanması ve uyku sorunu mevcut ise eşlik edebilecek faktörler ve komorbiditeler açısından hastaların değerlendirilmesi önerilir.
12. Bu konuyla ilgili yeni yapılacak çalışmalarda, uyku sorununun düzeltilmesinin, hastalığın tedavisindeki başarıya ve yaşam kalitesindeki artışa olan etkisi araştırılabilir.

KAYNAKLAR

1. **Parna E, Aluoja A, Kingo K.** Quality of life and emotional state in chronic skin disease. *Acta Derm Venereol* **2015**; 95:312-316.
2. **Adamo D, Ruoppo E, Leuci S, Aria M, Amato M, Mignogna MD.** Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* **2015**; 29:291-297.
3. **Bender BG, Ballard R, Canono B, Murphy JR, Leung DY.** Disease severity, scratching, and sleep quality in patients with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* **2008**; 58:415-420.
4. **Gowda S, Goldblum OM, McCall WV, Feldman SR.** Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* **2010**; 63:114-123.
5. **Balta I, Karadag AS, Selek S, Onder S, Kanbay A, Burakgazi-Yilmaz H.** General psychiatric symptoms, quality of sleep, and coping strategies in patients with psoriasis vulgaris. *Int J Dermatol* **2016**; 55:60-64.
6. **Arias-Cruz A, Gonzalez-Diaz SN, Macias-Weinmann A, Ibarra-Chavez JA, Sanchez-Guerra D, Leal-Villarreal L, Salinas-Diaz MR.** Quality of life in chronic urticaria and its relationship with economic impact and disease control in patients attended to at the University Hospital of Monterrey, Mexico. *Rev Alerg Mex* **2018**; 65:170-178.
7. **Grob JJ, Revuz J, Ortonne JP, Auquier P, Lorette G.** Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. *Br J Dermatol* **2005**; 152:289-295.
8. **Ring J. DU.** Atopic dermatitis. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M Eds. *Braun-Falco's Dermatology*, 3rd Ed., Berlin: Springer-Verlag, **2009**:410-424.
9. **Leung DY.** Pathogenesis of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* **1999**; 104:99-108.
10. **Bieber T.** Atopic dermatitis. *N Engl J Med* **2008**; 358:1483-1494.
11. **Friedmann PS, Ardern-Jones MR, Holden CA.** Atopic Dermatitis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C Eds. *Rook's Textbook of Dermatology*, 8th Ed., Vol. 1, Singapore: Wiley-Blackwell, **2010**:24.1-34.1.
12. **Kulthanan K, Chularojanamontri L, Manapajon A, Nuchkull P.** Prevalence and clinical characteristics of adult-onset atopic dermatitis with positive skin prick testing to mites. *Asian Pac J Allergy Immunol* **2011**; 29:318-326.

13. **Leung DY, Einchenfield LF, Boguniewicz M.** Atopic Dermatitis (Atopic Eczema). In: Goldsmith L, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K Eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th Ed., Vol. 1, United States of America: McGraw-Hill Companies, **2012**: 165-182.
14. **Proelss JD, Bieber T.** Atopic Dermatitis. In: Kay AB, Bousquet J, Holt P, Kaplan A Eds. *Allergy and Allergic Diseases*, Vol. 2, United States of America: Wiley-Blackwell Science, **2008**:1811-1830.
15. **James WD, Berger TG, Elston DM, Neuhaus IM.** Atopic Dermatitis. In: James WD Berger TG, Elston DM, Neuhaus IM Eds. *Andrews' Diseases of The Skin Clinical Dermatology*, 12th Ed., Vol. 1, Philadelphia: Elsevier, **2016**:62-70.
16. **McAleer MA, O'Regan GM, Irvine AD.** Atopic Dermatitis. In: Bologna JL Schaffer JV, Cerroni L Eds., *Dermatology*, 4th Ed., Vol. 1, China: Elsevier. **2018**: 208-227.
17. **Engin B, Başkan EB, Borlu M, Kartal SP, Yalçın B, Yaylı S, Serdaroğlu S.** Türkiye Atopik Dermatit Tanı ve Tedavi Rehberi. *Dermatoz* **2018**; 9:1-40.
18. **Arıkan Ç NNB.** Atopik dermatit. *Allerji Astım Dergisi* **2001**; 2:22-24.
19. **Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Jacka FN, Berk M, Maes M, O'Neil A, Girardi P, Williams LJ.** Atopic disorders and depression: findings from a large, population-based study. *J Affect Disord* **2014**; 155:261-265.
20. **Egeberg A, Andersen YM, Gislason GH, Skov L, Thyssen JP.** Prevalence of comorbidity and associated risk factors in adults with atopic dermatitis. *Allergy* **2017**; 72:783-791.
21. **Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, Church MK, Ensina LF, Gimenez-Arnau A, Godse K, Goncalo M, Grattan C, Hebert J, Hide M, Kaplan A, Kapp A, Abdul Latiff AH, Mathelier-Fusade P, Metz M, Nast A, Saini SS, Sanchez-Borges M, Schmid-Grendelmeier P, Simons FE, Staubach P, Sussman G, Toubi E, Vena GA, Wedi B, Zhu XJ, Maurer M.** The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* **2014**; 69:868-887.
22. **Göncü EK AŞ, Atakan N.** Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. *Türkderm* **2016**; 50:82-98.
23. **Champion RH.** Urticaria: then and now. *Br J Dermatol* **1988**; 119:427-436.
24. **Zuberbier T, Maurer M.** Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol* **2007**; 87:196-205.
25. **Sabroe RA, Greaves MW.** Chronic idiopathic urticaria and its management. *Dermatologic Therapy* **2000**; 13:384-391.

26. **Sicherer SH, Leung DY.** Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2010. *J Allergy Clin Immunol* **2011**; 127:326-335.
27. **Cornillier H, Giraudeau B, Munck S, Hacard F, Jonville-Bera AP, d'Acremont G, Pham BN, Maruani A.** Chronic spontaneous urticaria in children - a systematic review on interventions and comorbidities. *Pediatr Allergy Immunol* **2018**; 29:303-310.
28. **Marzano AV, Tavecchio S, Venturini M, Sala R, Calzavara-Pinton P, Gattorno M.** Urticarial vasculitis and urticarial autoinflammatory syndromes. *G Ital Dermatol Venereol* **2015**; 150:41-50.
29. **Daoud MS, Pittelkow MR.** Lichen Planus. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K Eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th Ed., Vol. 1, New York: The McGraw Hill Companies, **2012**: 296-312.
30. **Shiohara T, Mizukawa Y.** Lichen Planus and Lichenoid Dermatoses. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L Eds. *Dermatology*, 4th Ed., Vol. 1, China: Elsevier **2018**:188-201.
31. **Lukacs J, Schliemann S, Elsner P.** Lichen planus and lichenoid reactions as a systemic disease. *Clin Dermatol* **2015**; 33:512-519.
32. **Lehman JS, Tollefson MM, Gibson LE.** Lichen planus. *Int J Dermatol* **2009**; 48:682-694.
33. **McCartan BE, Healy CM.** The reported prevalence of oral lichen planus: a review and critique. *J Oral Pathol Med* **2008**; 37:447-453.
34. **Vogt T.** Papular and lichenoid diseases. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolf HH, Landthaler M Eds. *Braun Falco's Dermatology*, 3rd Ed., Berlin: Springer-Verlag, **2009**:527-539.
35. **Gorouhi F, Davari P, Fazel N.** Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World Journal* **2014**; 742-826.
36. **Welz-Kubiak K, Reich A, Szepietowski JC.** Clinical Aspects of Itch in Lichen Planus. *Acta Derm Venereol* **2017**; 97:505-508.
37. **Wagner G, Rose C, Sachse MM.** Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges* **2013**; 11:309-319.
38. **Puza C, Cardones AR.** Concepts and controversies in the treatment of cutaneous lichen planus. *G Ital Dermatol Venereol* **2017**; 152:607-614.
39. **Christophers E, Mrowietz U.** Psoriasis. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M Eds. *Braun-Falco's Dermatology*, 3rd Ed., Berlin: Springer-Verlag, **2009**:506-527.

40. **Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO.** Psoriasis. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L Eds. *Dermatology*, 4th Ed., Vol. 1, China: Elsevier, **2018**:138-160.
41. **Burden AD, Kirby B.** Psoriasis and Related Disorders. In: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D Eds. *Rook's Textbook of Dermatology*, 9th Ed., Vol. 2, New Delhi, India: Blackwell, **2016**: 35.1-35.46.
42. **Gudjonsson JE, Elder J.** Psoriasis. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K Eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th Ed., Vol. 1, New York: McGraw-Hill, **2012**: 197-231.
43. **Gülekon A.** Psoriasis. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL Eds. *Dermatoloji*, 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2008**:745-756.
44. **Gürer MA, Adıgen E.** Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji. *Türkderm* **2008**; 42:15-17.
45. **Kundakci N, Tursen U, Babiker MO, Gurgey E.** The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* **2002**; 41:220-224.
46. **Bhalerao J, Bowcock AM.** The genetics of psoriasis: a complex disorder of the skin and immune system. *Hum Mol Genet* **1998**; 7:1537-1545.
47. **Türsen Ü.** Psoriasis etyolojisi. *Dermatoz* **2010**; 1:91-108.
48. **Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, Gordon K, Horn EJ, Korman NJ, Korver G, Krueger GG, Strober BE, Lebwohl MG.** National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol* **2008**; 58:1031-1042.
49. **Jensen P, Zachariae C, Skov L, Zachariae R.** Sleep disturbance in psoriasis: a case-controlled study. *Br J Dermatol* **2018** (baskıda).
50. **Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY.** The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* **2008**; 159:997-1035.
51. **Onsun N.** Psoriasis tedavi yöntemleri ve algoritmik yaklaşım. *Türkderm* **2008**; 42:31-41.
52. **Spilker B, Molinek FR, Jr., Johnston KA, Simpson RL, Jr., Tilson HH.** Quality of life bibliography and indexes. *Med Care* **1990**; 28:1-77.
53. **Evers AW, Crijns MB, Kemperman PM.** A peek inside the field of psychodermatology. *Ned Tijdschr Geneesk* **2013**; 157:56-59.
54. **Deyo RA.** The quality of life, research, and care. *Ann Intern Med* **1991**; 114:695-697.

55. **Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A.** Dermatolojide yaşam kalitesi. *Türkderm* **2003**; 37:16-23.
56. **Finlay AY, Khan GK.** Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* **1994**; 19:210-216.
57. **Ozturkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT.** Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* **2006**; 45:1300-1307.
58. **Kryger M, Roth T, Dement WC.** *Principles and practice of sleep.* 4th Ed., Philadelphia: Elsevier, **2005**.
59. **Genç S, Dikmen N.** Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3): ICSD-3 İle Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflamasındaki Değişkenler. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* **2017**; 8:23-31.
60. **Gupta MA, Gupta AK.** Sleep-wake disorders and dermatology. *Clin Dermatol* **2013**; 31:118-126.
61. **Konda D, Chandrashekar L, Rajappa M, Kattimani S, Thappa DM, Ananthanarayanan PH.** Serotonin and interleukin-6: Association with pruritus severity, sleep quality and depression severity in Prurigo Nodularis. *Asian J Psychiatr* **2015**; 17:24-28.
62. **Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* **1989**; 28:193-213.
63. **Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A.** The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* **2016**; 25:52-73.
64. **Wewers ME, Lowe NK.** A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health* **1990**; 13:227-236.
65. **Faiz KW.** VAS-visual analog scale. *Tidsskr Nor Laegeforen* **2014**; 134:323.
66. **Thorburn PT, Riha RL.** Skin disorders and sleep in adults: where is the evidence? *Sleep Med Rev* **2010**; 14:351-358.
67. **Mullington JM, Simpson NS, Meier-Ewert HK, Haack M.** Sleep loss and inflammation. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* **2010**; 24:775-784.
68. **Walia HK, Mehra R.** Overview of Common Sleep Disorders and Intersection with Dermatologic Conditions. *Int J Mol Sci* **2016**; 17.
69. **Lee CH, Chuang HY, Shih CC, Jong SB, Chang CH, Yu HS.** Transepidermal water loss, serum IgE and beta-endorphin as important and independent biological markers for development of itch intensity in atopic dermatitis. *Br J Dermatol* **2006**; 154:1100-1107.

70. **Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T.** Chronic urticaria: an internet survey of health behaviours, symptom patterns and treatment needs in European adult patients. *Br J Dermatol* **2009**; 160:633-641.
71. **Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Schork NJ, Weiner HK, Ellis CN, Voorhees JJ.** Pruritus associated with nocturnal awakenings: organic or psychogenic? *J Am Acad Dermatol* **1989**; 21:479-484.
72. **Misery L, Finlay AY, Martin N, Boussetta S, Nguyen C, Myon E, Taieb C.** Atopic dermatitis: impact on the quality of life of patients and their partners. *Dermatology* **2007**; 215:123-129.
73. **Bender BG, Leung SB, Leung DY.** Actigraphy assessment of sleep disturbance in patients with atopic dermatitis: an objective life quality measure. *J Allergy Clin Immunol* **2003**; 111:598-602.
74. **Yano C, Saeki H, Ishiji T, Ishiui Y, Sato J, Tofuku Y, Nakagawa H.** Impact of disease severity on sleep quality in Japanese patients with atopic dermatitis. *J Dermatol Sci* **2013**; 72:195-197.
75. **Kong TS, Han TY, Lee JH, Son SJ.** Correlation between Severity of Atopic Dermatitis and Sleep Quality in Children and Adults. *Ann Dermatol* **2016**; 28:321-326.
76. **Suilmann T, Zeidler C, Osada N, Riepe C, Stander S.** Usability of Validated Sleep-assessment Questionnaires in Patients with Chronic Pruritus: An Interview-based Study. *Acta Derm Venereol* **2018**; 98:722-727.
77. **Silverberg JI, Garg NK, Paller AS, Fishbein AB, Zee PC.** Sleep disturbances in adults with eczema are associated with impaired overall health: a US population-based study. *J Invest Dermatol* **2015**; 135:56-66.
78. **Yu SH, Attarian H, Zee P, Silverberg JI.** Burden of Sleep and Fatigue in US Adults With Atopic Dermatitis. *Dermatitis* **2016**; 27:50-58.
79. **Li JC, Fishbein A, Singam V, Patel KR, Zee PC, Attarian H, Cella D, Silverberg JI.** Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment in Adults With Atopic Dermatitis: A Cross-sectional Study. *Dermatitis* **2018**; 29:270-277.
80. **Kocaturk E, Weller K, Martus P, Aktas S, Kavala M, Sarigul S, Baiardini I, Canonica GW, Brzoza Z, Kalogeromitros D, Maurer M.** Turkish version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: cultural adaptation, assessment of reliability and validity. *Acta Derm Venereol* **2012**; 92:419-425.
81. **Maurer M, Abuzakouk M, Berard F, Canonica W, Oude Elberink H, Gimenez-Arnau A, Grattan C, Hollis K, Knulst A, Lacour JP, Lynde C, Marsland A, McBride D, Nakonechna A, Ortiz de Frutos J, Proctor C, Sussman G, Sweeney C, Tian H, Weller K, Wolin D, Balp MM.** The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE-CSU. *Allergy* **2017**; 72:2005-2016.

82. **Balp MM, Vietri J, Tian H, Isherwood G.** The Impact of Chronic Urticaria from the Patient's Perspective: A Survey in Five European Countries. *Patient* **2015**; 8:551-558.
83. **Vietri J, Turner SJ, Tian H, Isherwood G, Balp MM, Gabriel S.** Effect of chronic urticaria on US patients: analysis of the National Health and Wellness Survey. *Ann Allergy Asthma Immunol* **2015**; 115:306-311.
84. **O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW.** The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* **1997**; 136:197-201.
85. **Tuna S, Alan S, Samanci N, Karakas AA.** Is There an Association between Restless Legs Syndrome and Urticaria? *J Korean Med Sci* **2016**; 31:790-794.
86. **Mostaghimi L.** Prevalence of mood and sleep problems in chronic skin diseases: a pilot study. *Cutis* **2008**; 81:398-402.
87. **Reich A, Welz-Kubiak K, Szepietowski JC.** Pruritus differences between psoriasis and lichen planus. *Acta Derm Venereol* **2011**; 91:605-606.
88. **O'Neill JL, Chan YH, Rapp SR, Yosipovitch G.** Differences in itch characteristics between psoriasis and atopic dermatitis patients: results of a web-based questionnaire. *Acta Derm Venereol* **2011**; 91:537-540.
89. **Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN.** Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* **1994**; 56:36-40.
90. **Amatya B, Wennersten G, Nordlind K.** Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: a questionnaire-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* **2008**; 22:822-826.
91. **Shutty BG, West C, Huang KE, Landis E, Dabade T, Browder B, et al.** Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatol Online J* **2013**; 19:1.
92. **Callis Duffin K, Wong B, Horn EJ, Krueger GG.** Psoriatic arthritis is a strong predictor of sleep interference in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* **2009**; 60:604-608.
93. **Zachariae R, Zachariae CO, Lei U, Pedersen AF.** Affective and sensory dimensions of pruritus severity: associations with psychological symptoms and quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol* **2008**; 88:121-127.
94. **Luca M, Luca A, Musumeci ML, Fiorentini F, Micali G, Calandra C.** Psychopathological Variables and Sleep Quality in Psoriatic Patients. *Int J Mol Sci* **2016**; 17.
95. **Wong ITY, Chandran V, Li S, Gladman DD.** Sleep Disturbance in Psoriatic Disease: Prevalence and Associated Factors. *J Rheumatol* **2017**; 44:1369-1374.

96. **Gezer O, Batmaz I, Sariyildiz MA, Sula B, Ucmak D, Bozkurt M, Nas K.** Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis* **2017**; 20:1212-1218.
97. **Kaaz K, Szepietowski JC, Matusiak L.** Influence of Itch and Pain on Sleep Quality in Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Acta Derm Venereol* **2018 (baskıda).**
98. **Henry AL, Kyle SD, Chisholm A, Griffiths CEM, Bundy C.** A cross-sectional survey of the nature and correlates of sleep disturbance in people with psoriasis. *Br J Dermatol* **2017**; 177:1052-1059.
99. **Stinco G, Trevisan G, Piccirillo F, Di Meo N, Nan K, Deroma L, Bergamo S, Patrone P.** Psoriasis vulgaris does not adversely influence the quality of sleep. *G Ital Dermatol Venereol* **2013**; 148:655-659.





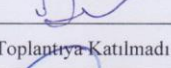
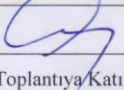
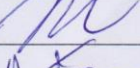
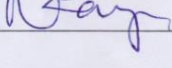
EKLER

EK-1. Etik Kurul Raporu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
76	13 Nisan 2018

KARAR NO 69- Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Suhan Günıştı Topal yönetiminde, Prof. Dr. Kezban Aslan'ın katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Selen Taner tarafından yürütülmesi planlanan "Kronik İnflamatuvar Deri Hastalıklarında Uyku Kalitesi ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksine Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Kronik İnflamatuvar Deri Hastalıklarında Uyku Kalitesi ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksine Etkisi**” dir. Kronik inflamatuvar deri hastalıkları kaşıntı, yanma vb semptomlar nedeniyle hastalarda uykuya dalmada ve uyku düzeninde problem yaratabilmektedir.

Bu çalışmada amacımız, kronik inflamatuvar deri hastalığı (atopik dermatit, kronik spontan ürtiker, liken planus, sedef hastalığı) olan kişilerin uyku kalitesini ve özelliklerini araştırarak bu konu hakkında öngörünün oluşturulmasıdır. Bu amaçla siz katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni, okul ve çalışma durumu gibi temel özellikleri belirlenecek, katılımcılara uyku ile ilişkili bazı soru formu verilecektir. İlaç tedavisi verilmeyecek ve ek bir tetkik veya girişim yapılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak katılımcıların herhangi bir sorumluluğu bulunmayacaktır ve katılımcılara ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen katılımcının isteğine bağlıdır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan katılımcının çekilmesi veya araştırmacı tarafından çıkarılması durumunda, katılımcı ile ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Katılımcıya ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileri gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilere ulaşabilir. Sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından çok önemlidir.

Araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum, sözlü olarak dinledim ve anladım. Bu koşullar altında, bana ait şahsi ve tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve **söz konusu araştırmaya yukarıda belirtilen koşullar çerçevesinde katılmayı hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kendi rızamla kabul ediyorum.**

Tarih:

Katılımcının Ad-Soyadı:

Tel:

İmza:

Adres:

Görüşmeyi yapan hekim:

EK-3. Demografik Veri Formu

KRONİK İNFLAMATUVAR DERİ HASTALIKLARINDA UYKU KALİTESİ VE DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİNE ETKİSİ ARAŞTIRMASI SORU FORMU

GÖRÜŞÜLECEK KİŞİ:

DERİ HASTALIĞININ TANISI:

TEL NO:

YAŞ:

S. 1 Görüşülen kişinin cinsiyeti:

1.Kadın 2. Erkek

S. 2 Doğum yılınız?

S. 3 Medeni durumunuz nedir?

Evli	1
Bekar	2
Boşanmış	3
Dul (eşi hayatta değil)	4

S. 4 En son bitirdiğiniz okul hangisidir?

Okuryazar değil	1
Okuryazar	2
İlkokul	3
Ortaokul	4
Lise	5
Üniversite/Yüksekokul	6

S. 5 Halen herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Gelir getiren herhangi bir işle uğraşıyor musunuz?

Çalışmıyorum / gelir getiren herhangi bir işle uğraşmıyorum	1
Çalışıyorum / gelir getiren bazı işlerle uğraşıyorum	2
Bir yandan çalışıyorum, bir yandan üniversitede okuyorum	3
Bir yandan çalışıyorum, bir yandan üniversitede master/doktora yapıyorum	4

S. 6 Sigara içiyor musunuz?

Evet	1
Hayır	2

S. 7 Günde ortalama içtiğiniz sigara miktarını belirtiniz

Kullanmıyorum	0
Yarım paket veya daha az	1
Yarım paket- Bir paket	2
Bir paketten fazla	3

S. 8 Şimdi sayacağım içecekleri gündüz ve akşam saatlerinde ortalama ne miktarda tükettiğinizi belirtir misiniz? (Lütfen sayıyı ya çay bardağı ya da kupa/büyük fincan olarak işaretleyiniz. İkisini birden işaretlemeyiniz)

			Çay bardağı			Kupa/Büyük fincan			
			Hiç/Arada sırada	1-2	3-5	6+	1	2	3+
Demlenmiş çay	Gündüz saatleri		1	2	3	4	5	6	7
	Akşam saatleri		1	2	3	4	5	6	7

			Bardak			Kupa/Büyük fincan			
			Hiç/Arada sırada	1-2	3-5	6+	1	2	3+
Poşette çay (bitki çayları dışında)	Gündüz saatleri		1	2	3	4	5	6	7
	Akşam saatleri		1	2	3	4	5	6	7
Neskafe (hazır toz kahve) veya filtre kahve	Gündüz saatleri		1	2	3	4	5	6	7
	Akşam saatleri		1	2	3	4	5	6	7

			Fincan			Kupa/Büyük fincan			
			Hiç/Arada sırada	1-2	3-5	6+	1	2	3+
Türk kahvesi	Gündüz saatleri		1	2	3	4	5	6	7
	Akşam saatleri		1	2	3	4	5	6	7

S. 9 Alkollü içki içtiğiniz olur mu?

Evet	1
Hayır	2

S. 10 Alkollü içkiyi ne sıklıkla içiyorsunuz?

Kullanmıyorum	0
Yılda birkaç kez	1
Ayda birkaç kez	2
Daha sık	3

S. 11 Doktor tarafından tanı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı? Varsa şimdi sayacağım hastalıklardan hangileridir? Birden fazla hastalık belirtebilirsiniz.

Kalp hastalığı (kalp yetmezliği, hipertansiyon, aritmi)	1
Kronik akciğer hastalığı (astım, bronşit, amfizem, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı)	2
Diyabet (şeker hastalığı)	3
Tiroid hastalığı (hipertiroidi, hipotiroidi, guatr)	4
Psikolojik hastalık	5

S. 12 Deri hastalığınızın uyku düzeninizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

EK-4. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Adı:

Yaş:

Cinsiyet:

Tanı:

Son 1 haftadır, cildinizde kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz mi?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Son bir haftadır cildiniz yüzünden kendinizi güvensiz hissettiniz mi veya utanç duygusuna kapıldınız mı?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Son bir haftadır cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza engel oldu mu?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Geçtiğimiz hafta içinde cildiniz giyim şeklinizi etkiledi mi?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi etkiledi mi?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Geçtiğimiz hafta içerisinde, cilt problemlerinizi herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı engelledi mi?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Geçtiğimiz hafta cildinizdeki durum iş hayatınızı ya da çalışmanızı engelledi mi?

Evet Hayır

Eğer hayır ise, cildiniz iş hayatınızda veya çalışmanızda ne kadar problem olur?

Çok Biraz Hiç olmaz

Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz; partneriniz, yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınızla aranızda ne kadar problem yarattı?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Son bir haftada, cildinizdeki durum cinsel zorluklar çekmenize neden oldu mu?

Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

Son 1 haftada yapılan tedavilerden nasıl etkilendiniz? (zaman kaybı olması, evin kirlenmesi gibi)

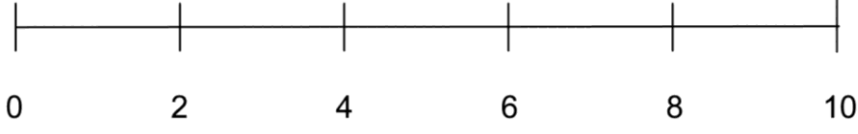
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

EK-5. Kaşıntı Şiddeti Görsel Analog Ölçeği

Kaşıntınızın şiddetini belirleyen dereceyi ölçekte işaretleyiniz.

Hiç

Çok Şiddetli



EK-6. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?genel yatış saati
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?
.....dakika
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?genel kalkış saati
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)
.....saat (bir gecedeki uyku süresi)
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
 - (a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (c) Tuvalete veya banyoya gittiniz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (f) Aşırı derecede üşüdünüz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (h) Kötü rüyalar gördünüz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (i) Ağrı duydunuz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla
 - (j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz
-Geçen hafta boyunca hiç -Haftada 1'den az -Haftada 1-2 kez -Haftada 3 veya daha fazla

6. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

7. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

8. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- Hiç problem oluşturmadı
- Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
- Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- Çok büyük bir problem oluşturdu

9. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- Partner aynı yatakta

10. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

(a) Gürültülü horlama

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

(b) Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

(c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

- Geçen hafta boyunca hiç
- Haftada 1'den az
- Haftada 1-2 kez
- Haftada 3 veya daha fazla

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Selen TANER AKBAY
Doğum Tarih ve Yeri : 1990- İskenderun
Medeni Durumu : Evli
Adres : Kurtuluş Mah. 64012 Sk. Esin Apt. No: 10/19
Seyhan/ADANA
Telefon : 0322 338 60 60
Faks : 0 322 338 66 56
E-posta : selen_taner@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce)
Varsa Mezuniyet Derecesi : 15
Görev Yerleri : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi-Adana
Erzurum Hınıs Şehit Yavuz Yürek Seven Devlet
Hastanesi-Erzurum
Dernek Üyelikleri : Türk Dermatoloji Derneği
Çukurova Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği
European Academy of Dermatology and
Venerology
Yabancı Diller : İngilizce, Almanca