



**T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ**

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**VAN DEPREMİ SONRASINDA BÖLGEDE GÖRÜLEN DERMATOLOJİK
HASTALIKLAR**

**Dr. Faruk ALTUN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Serap GÜNEŞ BİLGİLİ**

VAN-2012

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**VAN DEPREMİ SONRASINDA BÖLGEDE GÖRÜLEN DERMATOLOJİK
HASTALIKLAR**

Dr. Faruk ALTUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Jüri Başkanı

Üye

Üye

TEZ KABUL TARİHİ

.../.../...

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince deneyimlerini bizlerle paylaşan, eğitimime ve tezime olan katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın hocam **Yrd. Doç. Dr. Serap Güneş BİLGİLİ**' ye,

Asistanlık süresince bilgi ve tecrübelerini bizlerden esirgemeyen, her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm Sayın hocam **Prof. Dr. Ömer ÇALKA**' ya,

Dermatoloji eğitimimde katkısı olan ve tecrübelerinden istifade ettiğim Sayın hocam **Doç. Dr. Ayőe Serap KARADAĞ**' a ve Sayın hocam **Doç. Dr. Necmettin AKDENİZ**' e,

Birlikte çalıştığım tüm **asistan arkadaşlarıma** ve başta Sayın **Eylem YÜZKAT** olmak üzere tüm dermatoloji servisi hemőire ve personeline,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen **annem ve rahmetli babama**,

Bana her konuda destek olan eşim **Leyla Yılmaz ALTUN**' a, varlığı ile ailemize mutluluk ve huzur katan sevgili oğlum **Ömer**'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Kabul ve Onay.....	I
Teşekkür.....	II
İçindekiler.....	III
Tablolar.....	V
Grafikler.....	VI
Kısaltmalar ve Simgeler.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. DOĞAL AFET “DEPREM”.....	2
2.2. PSİKODERMATOLOJİ.....	4
2.2.1. Psikosomatik Yönüyle Deri.....	4
2.2.2. Stres ve Psikonöroimmünodermatoloji.....	5
2.2.3. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması.....	10
2.3. STRESİN İMMÜN SİSTEME ETKİLERİ.....	12
2.4. DEPREM SONRASINDA GÖRÜLEN BAZI DERMATOLOJİK HASTALIKLAR.....	14
2.4.1. Kontakt Dermatit.....	14
2.4.2. Fungal İnfeksiyonlar.....	15
2.4.3. Akne Vulgaris.....	17
2.4.4. Scabies (Uyuz, Gale).....	18
2.4.5. Psoriasis.....	18
2.4.6. Vitiligo.....	19
2.4.7. Alopesi Areata.....	20
2.4.8. Telojen Effluvium ve Androjenetik Alopesi.....	21
2.4.9. Atopik Dermatit.....	22
2.4.10. Kronik Ürtiker.....	22
2.4.11. Psikojenik Pruritus.....	23
2.4.12. Herpes ve Human Papilloma Virüs İnfeksiyonları.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. İstatistiksel Analiz.....	25
4. BULGULAR.....	25

5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ.....	55
Ek-1.....	57
ÖZET.....	58
ABSTRACT.....	59
KAYNAKLAR.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	74

TABLolar

Tablo-1. Derideki Nöropeptitler ve İşlevleri	9
Tablo-2. Koblenzer Sınıflaması	11
Tablo-3. Koo ve Lee Sınıflaması	12
Tablo-4. Olguların demografik özellikleri	24
Tablo-5. Olguların depremle ilgili sosyo-ekonomik ve klinik özellikleri	28
Tablo-6. Tanı gruplarının cinsiyete göre dağılımı	31
Tablo-7. Tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların cinsiyete göre dağılımı.....	33
Tablo-8. Deprem sonrası olguların kaldıkları yerlere göre tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların dağılımı.....	34
Tablo-9. Deprem sonrası olguların kaldıkları yerlere göre tanı gruplarının dağılımı.....	36
Tablo-10. Deprem sonrası olguların maddi hasar durumlarına göre tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların dağılımı	38
Tablo-11. Deprem sonrası olguların maddi hasar durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı	40
Tablo 12. Deprem sonrası olguların sağlık durumlarına göre tüm hastalar içerisinde en sık Görülen Tanıların Dağılımı	41
Tablo 13. Deprem sonrası olguların sağlık durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı.....	42
Tablo-14. Tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların deprem sonrası psikiyatrik tedavi alıp almamaya göre dağılımı	44
Tablo-15. Tanı gruplarının deprem sonrası psikiyatrik tedavi alan ve almayan gruplara göre dağılımı	45
Tablo-16. Tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların olguların hastaneye başvuru zamanlarına göre dağılımı.....	46
Tablo-17. Tanı gruplarının Ocak 2012 ve Şubat 2012 dönemlerinde hastaneye başvuran gruplara göre dağılımı	47

GRAFİKLER

Grafik-1. Olguların meslek durumları.....	27
Grafik-2. Olguların eğitim durumları.....	27
Grafik- 3. Deprem sonrasında kalınan yer.....	29
Grafik-4. Deprem sonrasında oluşan maddi kayıp.....	29
Grafik-5. Deprem sonrasında oluşan sağlık kaybı	30
Grafik-6. Olguların psikiyatrik tedavi alma durumları.....	30
Grafik-7. Olguların tanı grupları yönünden sıklık oranının cinsiyete göre dağılımı.....	32
Grafik-8. Sık görülen tanıların cinsiyete göre dağılım yüzdeleri.....	33
Grafik-9. Olguların deprem sonrası kaldıkları yerlere göre en sık görülen tanıların dağılımı.....	35
Grafik-10. Olguların deprem sonrası kaldıkları yerlere göre tanı gruplarının dağılımı....	37
Grafik-11. Deprem sonrası maddi hasar durumlarına göre tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların dağılımı.....	38
Grafik-12. Deprem sonrası olguların maddi hasar durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı.....	39
Grafik-13. Deprem sonrası olguların sağlık durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı..	43
Grafik-14. Ocak 2012 ve Şubat 2012 dönemlerinde olguların tanı gruplarına göre dağılımı.....	48

KISALTMALAR VE SİMGELER

ACTH: Adrenocorticotropic Hormone

AVP: Arjinin Vazopresin

β / γ : Beta/ Gamma

CGRP: Calcitonin Gene Related Peptide

CRH: Corticotropin Releasing Hormone

DSM IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental-IV

GC: Glucocorticoid

HPA aks: Hipotalamik Pituiter Adrenal aks

HPV: Human Papilloma Virus

HSV: Herpes Simplex Virus

IFN: İnterferon

IL: Interleukin

ICAM: İntrasellüler Adezyon Molekülü

KOH: Potasyum Hidroksit

MHC: Büyük Doku Uyumu Kompleksi (Major Histocompatibility Complex)

MSH: Melanosit Stimulan Hormon

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NGF: Sinir Büyüme Faktörü (Nerve Growth Factor)

NICE: Nöro İmmüno Kutanöz Endokrin

NKA: Nörokinin-A

KISALTMALAR VE SİMGELER

NKB: Nörokinin-B

NP: Nöropeptit

NPY: Nöropeptit Y

OSS: Otonom Sinir Sistemi

POMC: Proopiomelanocortin

SPSS: Statistical Programmes for Social Sciences

SP: Substans P

TGF: Transforming Growth Faktör (Değiştirici büyüme fakörü)

TNF: Tümör Nekrozis Faktör

VCAM: Vasküler Hücre Adezyon Molekülü

VIP: Vazoaktive Intestinal Peptid

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Afet, insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları olumsuz etkileyen ve etkilenen topluluğun kendi olanak ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylar ve doğurduğu sonuçlardır (1). Deprem, çığ, dev dalgalar, volkanik patlamalar, toprak kaymaları, heyelanlar, fırtına, tropikal siklonlar, kasırga, hortum, tsunami, sel baskını, kuraklık, çevre kirlenmesi, ormanların yok edilmesi, çölleşme vb. doğal olaylar sonucu oluşan afetlere ise doğal afet denir (2). Deprem ülkemizi tehdit eden en sık oluşan doğal afetlerin başında gelmektedir. Beklenmedik bir anda doğal olaylar nedeniyle ortaya çıkan, toplumun yaşam düzeyini bozan, önemli sağlık sorunlarına ve ölümlere neden olan duruma olağandışı durum denir. Deprem de insan hayatı üzerinde önemli etki oluşturabilecek olağandışı durumlardan biridir (3).

İnsan dayanma kapasitesini aşan travmatik yaşam olayları stresin çok ağır bir çeşidini temsil etmektedir (4). Deprem gibi felaket olaylarında yapılan büyük ölçekli çalışmalarda olaylardan sonraki ilk 3 ay içerisinde en fazla rastlanan şikayetler altyapı hasarları sonucu gelişen infeksiyon ve yara-bereler iken ikinci 3 ayda stresin aracılık ettiği ürtiker, ekzema ve diğer bazı dermatozların insidansında artış görülmüştür (5). Deprem bölgesi Van ve çevresinde depremin kişiler üzerinde oluşturduğu olumsuz psikoloji ve deprem sonrası görülen olumsuz yaşam koşulları, soğuk havaya maruziyet deri hastalıklarının ortaya çıkmasını kolaylaştırmıştır. Son yıllarda dermatoloji pratiğinde yaşam kalitesi ve psikiyatrik sorunlar ile ilgili yapılan çalışmalar sayıca artmıştır. Bu çalışmalar, deri hastalığı olan kişilerde psikiyatrik problemlerin prevalansının, normal popülasyona göre daha yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (6).

Vücudumuzun en büyük organı olan deri, çok çeşitli fonksiyonlara sahip örtücü bir tabaka olmasının yanı sıra duygu ve kaygıların dışavurum yeridir. Deri hastalıklarının başlamasında ve alevlenmesinde psikiyatrik problemler değişik şekilde rol oynadığı gibi bazı dermatolojik hastalıklar da kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışına yol açabilirler (7). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır, deri ile beyin ektodermden köken alır. Aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir (8).

Psikodermatolojik hastalıklar stres ve psikiyatrik belirtilerden etkilenen çeşitli dermatolojik hastalıklar ile düşünce, davranış ve algı bozukluklarının deriyi hedef aldığı psikiyatrik hastalıkları içermektedir. Stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler. Deri hastalıklarında stresin rolü ile ilgili çok sayıda araştırma göze çarpmaktadır. Bu araştırmalarda stres yaratan çevresel etkenler, özgül durumlarda kişilerin stres karşısında yaşadıkları subjektif deneyimler ve stresle başetme şekilleri üzerinde durulmuştur. Deri hastalıklarının ruhsal durumla ilişkisinde psikosomatik kuramın önemli bir yeri vardır. Psikosomatik bozukluklar dendiğinde oluşu ya da gidişi üzerinde ruhsal etkenlerin önemli yer aldığı bedensel hastalıklar anlaşılır.

Van'da 23 Ekim 2011'de meydana gelen Richter ölçeğine göre 7,2 büyüklüğündeki ilk deprem ve 9 Kasım 2011'de meydana gelen 5.6 büyüklüğündeki ikinci deprem sonrası insanların yaşadıkları travma, yakınlarının kayıpları, barınma problemleri, çevre sağlığında yetersizlikler, ruhsal sıkıntılar, hijyen ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, aktivite yetersizliği ve soğuğa maruziyet yaşam kalitesini değiştirecek düzeyde olmuştur. Bu çalışmada, deprem sonrası sadece bir merkezden hizmet veren bölge hastanesinde açılan dermatoloji polikliniğimize başvuran hastaların dermatolojik şikayetleri ve deri hastalıklarının deprem ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. Depremi kişiler üzerinde oluşturduğu olumsuz psikoloji, deprem sonrası yaşam kalitesindeki değişiklik ve görülen olumsuz yaşam koşulları, soğuk havaya maruziyet deri hastalıklarının ortaya çıkışına etkisi açısından değerlendirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞAL AFET “DEPREM”

Afet, ansızın veya belli bir süreç içinde oluşan toplumun, yaşam biçimini çok kısa sürede altüst eden, yerleşim ve üretim alanlarında alışlagelmiş yaşamı bozarak toplumun güçsüz kalıp büyük sıkıntılara düşmesine neden olan, çok sayıda hastalanmaya, yaralanmaya ve ölüme yol açan şiddetli doğa olaylarının neden olduğu yıkımdır (9,10).

Ülkemizi tehdit eden en sık oluşan doğal afetlerin başında gelen depremler beklenmedik anda meydana gelmeleri ile yıkımlara, yaralanmalara ve ölümlere yol açmakta

bu nedenle pek çok sorun oluşturmakta sarsıntılar ile kronik etkiler meydana getirmektedir. Deprem sonucunda insanların beslenme, barınma, giyinme, tıbbi bakım ve yaşam için zorunlu olan diğer gereksinimlerinde artış görülmekle birlikte deprem zamansız ölümlere, sağlık düzeyinde gerilemeye, İnsan topluluklarının fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuz etkilenmesine, yaşam kalitesinde bozulmaya ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Ayrıca depremler sağlıkla ilgili koşulları kötüleştirmekte normal toplum yaşamını bozmakta ve çevre sağlığı hizmetlerine olumsuz etki etmektedir.

İlk insandan günümüz insanına kadar her toplumda, her zaman insanı tehdit eden, korkutan doğal afetler ve felaketler insan toplulukları ve yerleşim alanları üzerinde büyük kayıplar meydana getirir. Ayrıca insan ve toplum yaşamında panik, şok, şaşkınlık, psikolojik travma, yaralanma, sakatlanma ve ölümlere sebep olur, bulaşıcı ve salgın hastalıklara yol açar ve yerleşim birimlerini etkileyerek elektrik, ısınma, su, kanalizasyon, taşıma, haberleşme ve yerleşim gibi altyapı sistemlerini tahrip eder. Afet bölgesine yönelik devletin planladığı uzun süreli yatırımları geciktirir (11).

Depremler sonrasında kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, sivil toplum örgütleri ve özel kuruluşlar afet yönetimi kavramına önem vermeye ve uygulamaya yönelik çalışmalara hız vermeye başlar. Sağlık kurumlarının afet durumunda sorumluluğu, diğer birçok kurum ve kuruluşta olduğu gibi yalnızca personel ve hizmet verilen grubun güvenliğinin sağlanması değil afet sonrası ve sonrasında artan tıbbi bakım ve tedavi ihtiyacının karşılanmasını da kapsama özelliği açısından bu kurumların afetlere hazırlıklı olması önemsenmektedir. Afetin sonucunda ortaya çıkan kayıplar ise, nüfus yoğunluğu, yerleşim yerinin özellikleri, yapıların dayanıklılığı, afete karşı deneyimli olma ve afete hazır olma derecesi, olayın fiziksel büyüklüğü, olayın yoğun yerleşme alanlarına uzaklığı, fakirlik, az gelişmişlik, hızlı nüfus artışı, riskli bölgelerdeki hızlı ve denetimsiz şehirleşme, sanayileşme, çevrenin tahribi ve yanlış kullanımı, bilgi ve eğitim eksikliği gibi birçok faktöre göre değişiklik göstermektedir (12).

Ülkemiz başta deprem olmak üzere heyelan, çığ, sel ve taşkınlardan afet boyutunda sık sık etkilenir. Önemli sonuçlara neden olan doğa olaylarının meydana gelmeleri önlenemiyor olsa da bu doğa olayların zararlarının azaltılması mümkündür. Bu duruma en iyi örnek pasifik deprem kuşağında bulunan ve depremi hayatın bir parçası olarak kabul ederek afet ile yaşamayı öğrenmiş olan Japonya'dır. Sonuçları bakımından hemen her toplumsal düzeyde

kısa ya da uzun dönemli demografik değişimlere, toplumsal, ekonomik, psikolojik etkilere neden olan depremler sadece bir doğa olayına indirgenemez.

Yaşamımızda kontrol altına alamadığımız ya da önceden kestiremediğimiz olayların var olduğunu anlamak ve kabul etmek her insan için oldukça güçtür. Deprem, diğer pek çok doğal afet gibi, ani olması ve meydana getirdiği olumsuz sonuçlar bakımından psikolojik anlamda bir travma olduğundan çocuklar ve aileleri depremin yol açtığı yoğun korkuların yanı sıra farklı türden kayıplar da yaşarlar. Evlerini, eşyalarını, sevdiklerini ve alıştıkları düzenli yaşam tarzlarını kaybedebilirler. İnsan için her önemli kayıp bir travmadır. Travma insan hayatında üzüntü, öfke, suçluluk, pişmanlık gibi bir dizi duyguya yol açar. Tüm bu nedenlerden dolayı deprem, doğal felaketler içinde özel bir yere sahiptir.

2.2. PSİKODERMATOLOJİ

2.2.1. Psikosomatik Yönüyle Deri

Psikodermatoloji oluşumunda ve gidişinde ruhsal etkenlerin rol oynadığı ya da ardından ruhsal bozukluların ortaya çıktığı deri hastalıkları ile uğraşır (13). Deri ve beyin aynı embriyonik yapraktan, ektodermden köken alır. Ortak nörotransmitter, nöromediatör ve reseptörler aracılığıyla birbirleri ile bağlantı içindedirler (8,14). Dolayısıyla bu iki sistem aynı kökene sahip olmasının yanında, başlangıçtan itibaren yüzeyleri aracılığıyla birbirlerinden haberdardırlar. Bunlardan dışta olanı tüm yüzeyi ve orifisleri aracılığıyla dış ortamdan bilgiyi toplar, filtre ederek ortak yollar aracılığıyla içte olan sisteme, yani sinir sistemine gönderir. Bu bilgi akışının ters yönlü olabileceği de göz önüne alınırsa psikonörodermatozların bir bölümünü anlamak ve açıklamak olanaklı olabilir. Psikokutan tablolar, merkezi sinir sisteminden kaynaklanan içsel uyarılarla ortak yolları kullanırlar. Bu anlamda deri ve eklerinde gözlenen bir dışavurum olarak değerlendirilebilirler. Böyle olunca bireyin içinde bulunduğu duygu durum (aksiyete, depresyon, panik hali vs.)deri belirtileri ile kendini ifade etmesi anlaşılabilirlik kazanmaktadır (13).

Psikosomatik kuram, deri ile insanın kişiliğini oluşturan ruhsal olgular arasındaki ilişkinin aydınlatılmasında ve daha iyi anlaşılmasında önemli bir yer tutar (15). Deri ile ruh ilişkisi birkaç bağlantı ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Ektodermden köken alan epidermis, sinir sistemiyle aynı embriyolojik kökene sahiptir. İnsanı dış dünyadan ayırır, dış dünyaya

karşı kişinin vitrinidir. Bu özellikleriyle deri, bireysel varoluşumuzda çok özel bir yere sahiptir. Utanma, kızgınlık gibi bazı emosyonel durumlarımızı istemsiz olarak dışarıya iletmediği için bir kaygı kaynağı da olabilir (16). Ayrıca deri, duyguların dışavurum organı ve kaygının dışarı boşalım yeridir (17). Psikosomatik kurama göre, kişinin bütünlüğü temelinde endişe ve yaralanma oluşturan herhangi bir çatışma durumu, buna dayalı olarak zihinsel veya bedensel bir hastalığa dönüşebilmektedir. Deri hastalıkları konusunda Cazzullo' nun işaret etmekte olduğu gibi, "bir çatışma durumundan bir yüzeyselleştirme düzeneği"nin fitili ateşlenmektedir (15). Cormia'da benzer biçimde, psikodermatolojik hastalığı olan kişilerin yaşamlarındaki zor durumların üstesinden gelemediklerini ve bu zorlanmanın yarattığı gerginlik, stres sonucunda otonom mekanizmaların kullanılmasının deri hastalıklarına yol açabileceğini ifade etmiştir (18).

Psikolojik içgörüsü az olan somatizasyona eğilimli kişilerde kolay ulaşılabilir ve göz önünde olan organ olması nedeniyle derideki lezyonlar emosyonel rahatsızlıkların ifadesi için tek yol olabilir. Psikojenik dermatozların kökeninde varolabilen psikolojik durumlar; depresif bozukluk (primer veya sekonder), kişilik (personalite) bozukluğu (özellikle borderline kişilik bozukluğu), psikozlar, aksiyete (primer veya sekonder), bağımlılık ve obsesif kompulsif bozukluk durumları gibi çeşitlilik gösterirler. Psikolojik durum primer başlatıcı veya sekonder veya her ikisi birden olabilir (19). Psikosomatik hastalıkları açıklayan psikanalistler; yalnızca çatışmalara değinmekle kalmayıp, kişilik, yaşam olayları gibi başka faktörlere de açıklamalarında yer vermişlerdir. Her bir psikosomatik rahatsızlık için özgül kişilik özellikleri bulunduğunu savunan Dunbar ve Alexander'a göre bu düşünce doğrultusunda kişilik profilleri oluşturulmuş ve bu kişilik profilleri ile bedensel rahatsızlıklar arasında bağlantı kurulmuştur. Yaşam olaylarının ve çatışmaların hastalık gelişimine etkisinin önemini vurgulayan Alexander'a göre psikolojik çatışmanın çözümlenmemiş olması ile savunmaları zayıflayan kişiler, belirli yaşam olayları karşısında en zayıf beden bölgelerinde rahatsızlık oluşmaktadır (20).

2.2.2. Stres ve Psikonöroimmünodermatoloji

Stres, organizmanın dinamik olan dengesine (homeostasis) yönelik içsel veya dışsal bir tehdit sonrasında, organizmanın bu yeni duruma uyum (adaptasyon) çabası olarak tanımlanmaktadır (21). Ani olarak ortaya çıkan hoş olmayan olaylarda (stres) organizmaların ani değişikliğe uyum sağlamak üzere "savaş ve kaç" yanıtını geliştirdikleri 1946'da Hans

Selye tarafından göstermiştir (General Adaptation Syndrome). Organizmalar üzerinde stres uzun sürdüğünde veya tekrarladığında ise bu uyumun yerini kızgınlık ve korku almaktadır. Sonuçta öğrenilmiş yardımsızlık ve anksiyete durumu ortaya çıkar. Stresli uyarının algılanma ve yorumlanma tarzı bu uyarana karşı gelişecek sistemik ya da lokal yanıtın (fizyolojik ya da patolojik) şeklini belirler. Stres oluşturan faktör ya da stresörler çok çeşitli olabilir: Çevresel, psikolojik, davranışsal, biyolojik vb.

Strese sistemik yanıtın oluşması karmaşık ve birbiriyle bağlantılı çoklu sistem reaksiyonudur. Bu reaksiyonlar dört evreden geçerek oluşur. Bu evreler; merkezi sinir sistemi (MSS) tarafından tanıma, nöroendokrin yanıt, sistemik reaktivite, ve uyumdan oluşur (22). İlk evre duyuşsal algılama'dır. Çevresel uyarın periferdeki alıcı organlar (serbest sinir uçları, Meissner ve Pasini cisimcikleri, vb.) tarafından algılanır. Bu algı, spinal gangliyondaki lifler ya da kranial sinirler tarafından MSS' de duyuşsal korteksin ilgili alanlarına iletilir. MSS'nin tanıma süreci "aktivasyon periyodu" olarak isimlendirilir. Primer duyuşsal uyarı algının aktif olarak işlenmesi için limbik sistemle etkileşime geçer ve sonuçta ya bilinç ya da bilinçaltı düzeyde tanıma gerçekleşir.

Strese sistemik yanıtın ikinci evresi, nöroendokrin salgılar basamağıdır. Bu basamağın ana eksenini hipotalamik-pituiter-adrenal aks (HPA aks) oluşturur (18). HPA aksı aynı zamanda otonom sinir sistemi (OSS) tarafından da kontrol edilir. OSS strese sistemik yanıtın oluşması esnasında HPA aksı ile eşzamanlı olarak uyarılır. Bu uyarı ile bir yandan parasempatik spinal ganglionlardan norepinefrin ve nöropeptitler, adrenal medulladan da katekolaminler dolaşıma geçer. Başlıca nöropeptitler: Substans P (SP), kalsitonin-gen ilişkili peptid (CGRP), vazoaaktif intestinal peptid (VIP), nöropeptid Y (NPY), somatostatin, nörokinin-A (NKA) ve nörokinin-B (NKB), melanosit stimulan hormon (MSH) gibi pro-opiomelanokortin (POMC) peptitleri, beta-endorfin ve somatostatin'dir. Her biri deri hücreleri üzerinde farklı etkilere sahiptir (22,23), (Tablo-1).

Üçüncü evre tüm bu endokrin ve otonomik yanıtların bir birleşimidir ve "Multisistem Reaktivitesi" olarak bilinir. Bir taraftan çok sayıda organda işlevsellik artar ve organizma "savaş ya da kaç" haline hazırlanır, diğeri yandan da glukokortikoidler, nöropeptidler, katekolaminler immün regülasyonu etkileyerek immünomodülatuar bir etki oluşturur.

Son evre "Uyum" dur. Organizmanın birçok sisteminin harekete geçmesiyle oluşturduğu toplam yanıtı denk gelir. Bu uyum hali organizmanın daha sonra doğadaki

benzer başka streslerle de başa çıkabilmesini sağlar; ancak uygunsuz fizyolojik yanıtlar ya da patolojik aktivasyon tükenme etkisi oluştur ve bunun sonucu hastalığın ortaya çıkışı ya da alevlenmesidir (22,24,25,26). Birçok somatik hastalıkta olduğu gibi, stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler (27,28). Son yıllarda yapılan çalışmalar bu görüşü desteklemiş, çalışmalarda stresli yaşam olayları ile deri hastalıklarının ortaya çıkışı arasında bir ilişki olduğu üzerinde görüş birliğine varılmıştır (29,30,31).

Başka organlara göre deri emosyonel stresten daha fazla etkilenmektedir. Bu sebeple değişik etyolojik faktörlerin varlığı, psikosomatik deri hastalıklarında otoimmüner zemin ve karmaşık etkileşimler göz ardı edilmemelidir (32,33). İmmün sisteminin deri yanıtlarıyla olan ilişkisi, nöro-immüno-kutanöz-endokrin (NICE) sistemin bir parçası olarak tanımlanmaktadır (31,34). Psikonöroimmünoloji ise beyin, deri ve immün sistem arasındaki karşılıklı etkileşimi inceleyen bir bilim dalıdır (34). Beyin ve immün sistem, hipotalamus ve hipofiz bezi üzerinden etki gösteren nöroendokrin sistem ve otonomik sinir sistemi aracılığıyla bağlantılıdır. Beyin ve immün sistem arasındaki iletişim direkt olarak ya da nöropeptidler aracılığıyla sağlanır (31).

Çeşitli çalışmalarda kişinin ruhsal durumu, endokrin sistem (hormonlar) ve immün sistem düzenleyicileri arasında merkezi sinir sistemi (MSS) aracılığıyla kurulmuş bir denge olduğu(homeostazis) gösterilmiştir (35,36). Beyin vücudun savunma mekanizmalarını kontrol etmektedir. Merkezi sinir sistemi tüm vücutta sempatik ve parasempatik sistemleri de içine alan geniş bir iletişim ağına sahiptir. Bu iletişim ağı beynin tüm vücuda “haberci maddeler” adı verilen kimyasallar yoluyla bilgilerin iletilmesini sağlamakta ve vücudun çeşitli çevresel uyarılara gerekli yanıtları oluşturmasını sağlamaktadır. Başka bir deyişle her düşünce, her duygu veya inanç nörokimyasal bir işlemin oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Araştırmalar endokrin, immün sistem ve duygu durum düzenleyicileri arasındaki oluşmuş karmaşık ilişkiler MSS aracılığıyla olduğunu göstermiştir. MSS ve immün sistemdeki hücrelerin duvarlarında nöropeptit (NP) gibi kimyasal ileticilerin olması duygu durum ve sağlığın birbiriyle oldukça fazla yakın bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Organların işlevlerini düzenleyen başlıca hormonlar hipofiz, tiroid ve adrenal glandlardan salgılanmaktadır. Endokrin sistemi oluşturan bu hormonlar vücudun işlevlerini ve dengesini sağlamaya yardımcı rol üstlenirler. Uyum içinde çalışan haberci maddeler ve alıcılar arasında oluşan iletişim ağının organizmayı sürekli olarak dengede tutması için immün sistemin

kusursuz çalışması gerekmektedir. Aşırı stres yanıtına karşı aşırı haberci madde ve salgılar oluşursa kimyasal karmaşa doğar ve bunun sonucunda immün sistemde zayıflama ve hastalık potansiyeli artmış olur. Ancak emosyonel stres karşısında organizma uygun ve istenilen yanıtları oluşturup uyum sürecine girerse denge sağlanmış olur (37).

Basınç, ısı, ağrı gibi durumlar ile oluşan stres Meissner ve Paccini cisimcikleri ile algılanır ve bu sinirler aracılığı ile derinin afferent sinir yolu olarak bilinen yol ile serebral korteksteki hipotalamusa iletilir. Deride hem afferent sinir yolları hem de kolinerjik ve sempatik sinirler bulunmaktadır. Tüm bu sinir yollarının çalışmasıyla strese yanıt oluşur. Oluşan stres sonucunda nöroendokrin sistem hipotalamik- pituiter-adrenal (HPA aks) yolla aktifleşir. Kortikotropin serbestleştirici hormon (CRH) ve arjinin vazopresin (AVP)' nin sonrasında hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanması MSS'de algılanan uyarı nöronlar aracılığıyla olur. Adrenal glandlardan kortizolün serbestleşmesi hipofizden salgılanan ACTH ile olur. ACTH ayn zamanda CRH ve vazopressinin baskılayıcısıdır ve bu yol klasik geribildirim(negatif feedback) mekanizmasıdır. Bununla birlikte otonom sinir sistemi de aktifleşip spinal gangliyon ve adrenal medulla aracılığıyla noradrenalin ve nöropeptid salınımını sağlar. Organizmada davranış ve duygu değişiklikleri oluşturma etkisine sahip olan nöropeptitlerin önemli kaynaklarından birisi deridir (37, 38), (Tablo-1).

Tablo-1. Derideki Nöropeptitler ve İşlevleri

Nöropeptit	Kaynak	Hedef Hücre / İşlev
Substans P	Duyusal sinirler	Deride ödem, eritem, pruritus, keratinosit ve endotel hücrelerinde adezyon, molekül ekspresyonu, IL-8,TNF alfa, histamin Lökotrien B4, prostoglandin D2 liberasyonu, sebace gland regülasyonu
VIP	Duyusal sinirler, Merkel hücreleri	Ter sekresyonu, vazodilatasyon, keratinosit proliferasyon ve migrasyonu, mast hücrelerinden histamin salgılanması
CGRP	Duyusal sinirler	Keratinosit ve endotel hücre proliferasyonu, sitokin üretimini uyarma, atopik dermatit ve numüler ekzemada sinirlerde artış
Nörokinin A	Duyusal sinirler	Keratinositlerde NGF reseptörlerinde artış
POMC	Melanosit, mast, keratinosit, endotel, Monosit, langerhans ve fibroblast hücreleri	Proinflamatuvar sitokin antagonizması IL 10 artışı

2.2.3. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması

Psikosomatik hastalık terimi Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El kitabı DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental-IV) e göre ana nedensel faktörü stres olan hastalıkları kapsamaktadır. Dermatoloji pratiğinde en fazla karşılaşılan bu grup hastalıklar olmakla birlikte, DSM IV'e göre somatoform bozukluklar (vücut /deri ile aşırı meşguliyet) ve belirtileri deride ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar da bu çalışma alanının içine girmektedir (39,40). Bu nedenle “psikodermatoloji” veya “psikokütan hastalıklar” isimlendirmesi daha uygun gibi görünmektedir.

Dermatolojik hastalıkların psikososyal içeriğinin daha iyi anlaşılmasında psikodermatolojik hastalıkların uygun bir şekilde ele alınması büyük önem taşımaktadır. Psikodermatolojik hastalıklar grubunda birçok farklı hastalık olması dolayısıyla değişik sınıflamalar yapılmış ve dermatolog aynı zamanda psikoanalist olan Caroline Koblenzer tarafından 1982' de ilk sınıflama yapılmıştır. Ancak yazar bu sınıflamayı yeteri kadar kullanabilir görmemiş, sonra 1987 tarihinde yayımlanmış olduğu kitabında daha kullanışlı olduğunu düşündüğü sınıflandırmayı biraz daha sadeleştirilmiş şekliyle sunmuştur (Tablo-2). Koblenzer hastalıkları ortaya çıkış nedenlerine göre incelemiştir. Günümüzde yaygın olarak kabul gören diğer bir sınıflama ise Koo ve Lee tarafından önerilen ve yine etyolojiyi temel alan sınıflamadır (Tablo-3). Ancak esas olarak Koblenzer'in sınıflaması hastaya tanı ve tedavi yaklaşımı açısından daha kapsamlı görünmektedir (41, 42, 43) (Tablo-2).

Tablo-2. Koblenzer Sınıflaması

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLAR

I-PSİKOLOJİK ETYOLOJİNİN BASKIN OLDUĞU DURUMLAR

A-Yapay dermatoz (Artefakt Dermatiti)

B-Delüzyon ve deriyle ilişkili halüsünasyonlar

1-Delüzyonel parazitoz

2-Vücut dismorfik hastalığı

C-Psikojenik ağrı sendromları

1-Glossodini

2-Ayaklarda yanma

3-Bazı postherpetik nevralji vakaları

D-Kompulsif alışkanlıklar ve deri ile ilişkili obsesyonel durumlar

1-Nörotik ekskoriyasyonlar

2-Trikotillomani

3-Onikotillomani, primer liken simpleks kronikus, faksisyöz keilit

4-İnfeksiyon, bulaşma ile ilgili obsesyonlar, bromidroz

E-Psikojenik purpura sendromları

1-Psikojen purpura (Gardner Diamond Send.)

2-Stigmatizasyon

II-PSİKOJENİK FAKTÖRLERİN KUVVETLE ETKİLEDİĞİ DERMATOZLAR

A-Ürtikerler

B-Pruritus

C- Kızarıklık reaksiyonları ve rozasea

D-Ter bezlerinin psikojenik bozuklukları

1-Hiperhidroz

2-Bromidroz

III-OLASILIKLA GENETİK VE ÇEVRESEL OLUP STRESTEN ETKİLENEN DERMATOZLAR

A- Alopesi areata

B-Psoriasis

C-Atopik dermatit

D-Akne Vulgaris

E-Diğer deri hastalıkları

Tablo-3. Koo ve Lee Sınıflaması

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLAR

1- Primer psikiyatrik olup deri belirtileriyle seyreden hastalıklar

-Delüzyonel parazitoz, yapay dermatit, trikotillomani, onikotillomani, fobik bozukluklar, vücut dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, nörotik ekskoriasyonlar, psikojenik pruritus

2- Primer dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar

-Alopesi areata, vitiligo, kronik ekzema, iktiyoziform dermatozlar, rinofima,

3- Psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklar

-Psoriasis, akne, hiperhidroz, atopik dermatit, ürtiker, herpes simpleks virüs infeksiyonu, seboreik dermatit, aft, rozasea vb.

4- Karışık

Deri duyum Bozuklukları

Glossodini, vulvodini, trikodini, fallodini vb. Psikojenik purpura sendromu

Pseudopsikodermatolojik hastalıklar, Dermatoloji hastalarında İntihar

2.3. STRESİN İMMÜN SİSTEME ETKİLERİ

Günümüzde emosyonel stresin bağışıklık sistemini etkilediği anlaşılmış ve psikodermatolojik fenomenlerin stresin nöroendokrinoimmünolojik dizgelerin karmaşık etkileşimleriyle tetiklenebileceği düşünülmüştür. Son 30 yıllık çalışmalar duygudurum ve stresin immun sistemi nasıl değiştirdiğini göstermektedir (44,45). Fareler üzerinde yapılan çalışmalarda, kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında tepki gösterdikleri gözlenmiştir. Böylece psikosomatik etkenlerin cilt belirtilerini etkilediği sonucuna varılmıştır (46). Epidermal permeabilitenin stres tarafından bozulduğu gösterilmiş ve stresin yara iyileşmesini geciktirdiği saptanmıştır (47). 1970’li yıllarda stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek bir ara değişken aranmış başa çıkma kavramı ortaya atılmıştır. 1980’li yıllarda stresle başa çıkma süreciyle ilgili çalışmalar yapılmaya başlamıştır (48). Lazarus (1986), başetmeyi şöyle tanımlamıştır. ‘‘Kaynakları aştığı düşünülen içsel veya

dışsal talepleri ve tehlikeyi kontrol altına alabilmek için gösterilen değişken (dinamik) bilişsel ve davranışsal çabadır” (49,50). Psikodermatolojik hastalıklarda stres ile başa çıkma tarzlarını inceleyen ve belli tarzları kullanan kişilerin daha fazla psikolojik distres (örn; depresyon, anksiyete) yaşadıklarını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (44). Psikosomatik hastalıkların stres yaratan belirli durumlarda ortaya çıktığı görüşü yerine; kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve stres ile başa çıkma tarzının daha belirleyici olduğu görüşü benimsenmiştir (51).

Stresle ilgili ‘savaş veya kaç’ reaksiyonu ve ‘kronik uyum reaksiyonu’ nöroendokrin etkiler ile bağlantılı olarak gelişmektedir. Kronik stresle gelişen olaylar genellikle deride immünsupresif yanıtla yol açarken akut stresle gelişen durumlarda immün sistemde aktifleşme söz konusudur. Bu durumda üç farklı etkiden söz etmek mümkündür.

Akut Yanıt: Akut stres hormonları ve katekolaminlerin, IFN γ 'nın monositler üzerindeki etkilerini arttırarak artmış hücrel immünite işlevleri oluşturduğunu bazı çalışmalar göstermiştir. Lökosit aktivasyonu, lökosit artışı, efektör hücre fonksiyonlarının artışı ve antijen sunumu çoğu zaman immün sistemi aktifleştirir.

Kronik Yanıt: Bu sürecin en önemli mediyatörü endojen glukokortikoidlerdir (GK). Bu endojen medyatör immünitinin; lökosit adezyonu ve migrasyonu, B lenfositlerinin olgunlaşması, plazma hücrelerinin antikör üretimi, T hücre aktivasyonu ve reseptör sunumunu, T hücre çoğalması, farklılaşması ve sitotoksitesisi gibi fonksiyonlarını inhibe eder.

Belirsiz Yanıt: Stres yanıtının diğer bir türü değişmiş HPA aks fonksiyonudur. HPA aksının akışındaki bozulma atopik dermatit, sistemik lupus eritematozus, fibromyalji, Sjögren sendromu gibi inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların oluşumunda yatkınlık oluşturur. Laboratuvar ve hayvan çalışmalarında HPA aksındaki bozulma ile hedef hücreler üzerinde bulunan GK reseptörlerindeki işlev bozukluğunun immüniteyi etkilediği düşünülmektedir ancak bu hastalıkların patofizyolojisini nasıl şekillendirdiği anlaşılmamaktadır.

Diyatez-Stres Modeli: Psikolojik faktörler çoğu hastalığı etkilese de bazı kişilerin stres altında iken belli bir hastalığı geliştirdiği, bazılarının ise geliştirmedeği veya farklı semptomları oluşturma nedeni ile ilgili yetersiz bilgi vardır. Bu durumu anlayabilmek için belli bir hastalığa kişisel yatkınlık açısından psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimini anlamak gerekir. Biyopsikososyal modeli tamamlayan diyatez-stres modeli; hastalığa predispozisyon, diyatez, çevresel faktörler ve stres arasındaki etkileşime odaklanır. Organlar

kalıtsal ya da akkiz olarak otonomik aktivite aracılığıyla ruhsal ve bedensel sorunlara duyarlıdır (52).

2.4. DEPREM SONRASINDA GÖRÜLEN BAZI DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

2.4.1. Kontakt Dermatit

Çevresel ajanlarla karşılaşmayı izleyerek gelişen inflamatuvar bir deri hastalığı olarak tanımlanan kontakt dermatit, oldukça sık görülmekte ve önemli sosyo-ekonomik sorunlara yol açmaktadır. İrritan kontakt dermatit, deriye temas eden maddelerin proinflamatuvar ve toksik etkilerine bağlı olarak gelişirken; allerjik kontakt dermatit, antijene özgüllük gösteren edinsel immünitinin etkinleşmesi ve efektör T hücrelerinin yönlendirdiği bir deri inflamasyonu sonucunda ortaya çıkmaktadır (53).

Allerjik kontakt dermatitte bir duyarlanma, bir de immünolojik olayların ve hastalığın klinik bulgularının ortaya çıktığı etkin ‘evre’ söz konusudur. Deriyi duyarlandıran moleküller genellikle, düşük molekül ağırlıklı haptenlerdir. Bunların antijen sunan hücrelerce alınıp, T lenfositlere sunulabilmesi için, derideki proteinlerle birleşerek tam bir antijen özelliği kazanmaları gereklidir. Kontakt dermatite, tüm dermatolojik konsültasyonların, %4-7 ‘sinde rastlanmakta; toplumda allerjik kontakt dermatit insidansının %1-10 arasında değiştiği ve bu hastalığın, dermatoloji kliniklerinde izlenen inflamatuvar deri hastalıklarının % 5-15 ‘ini oluşturduğu belirtilmektedir. Genelde kadın ve erkeklerde görülme oranları birbirine çok yakındır, ancak el dermatitleri kadınlarda daha sık görülmektedir (54).

Meslek dermatozları içinde kontakt dermatitin, özellikle de (irritan kontakt dermatite oranla daha ender rastlanmasına karşın, hem klinik gidişi genelde daha ağır, hem de prognozu daha kötü olan) allerjik kontakt dermatitin önemli bir yer tuttuğu yadsınamaz bunların içinde de nikel, kromat, rezinler ve lateks katkı maddeleri ön planda görünmektedir (55).

Kontakt dermatitlerin gelişiminde iritanlar, alerjenler veya her ikisi ile temas ön şarttır (56). Maruz kalış tipi ve süresi, bir reaksiyon gelişme olasılığı veya şiddetini belirler. Sayısız endojen ve ekzojen faktör kontakt dermatit gelişimine yol açabilmektedir. Bu faktörler arasında, yaş, cins, ırk, atopik yapı, çevresel faktörler ve spesifik mesleki riskler öne çıkmaktadır (57). Alkalilere ve deterjanlara maruziyet kadınlarda erkeklerden fazla iritan reaksiyona neden olur. Epidemiyolojik çalışmalar, kadınlar arasında iritan kontakt dermatit geliştirme riskinin artmış olduğunu göstermektedir (58). Tekrarlayan ıslanma ve kuruma

sonucunda deskuamasyon ve fissür oluşumu izlenir. Sıcak nemli ortamlarda kimyasallar erir ve deri ile temas eder hale gelirler. Kuru ortamlarda ise, kuruma ve epidermal bariyerin ayrışması izlenir (59). Kronik friksiyon, suya, çözücü/kostik maddelere yaygın maruziyet ve tekrarlayan mikrotravmaların ardından da epidermal bariyer ayrışması gözlenir, bunların sonucunda allerjen ve iritanlar deriye daha kolay penetre olabilir (60).

Deri iritanları: Asitler, alkaliler, adezivler, hava akımları, hayvanlar, atmosfer nem oranı, soğuk, kozmetikler, deterjanlar, yer çekimi gücü, ısı, et ve balık, mekanik güçler, çözücüler, ultraviyole ışığı, metal işlerinde kullanılan çalışma sıvıları, mineral lifler, okside edici ve indirgeyici ajanlar, bitki, sebze ve meyveler, antimikrobik koruyucular, plastik materyaller, pestisitler, ilaçlar, boyalar, kauçuk ve su (61).

2.4.2. Fungal İnfeksiyonlar

Doğada bol miktarda mantar hifleri ve sporları bulunmaktadır. İnsanlar günlük yaşamları sırasında bu mantar hifleri ve sporları ile sürekli olarak karşı karşıya kalmaktadırlar. Özellikle de mantar sporları havaya karışarak solunum yoluyla rahatlıkla vücuda girebilmektedirler. Genellikle çeşitli hazırlayıcı faktörlerin bulunması durumunda mantarlar vücudun çeşitli bölgelerine yerleşerek kolonize olmakta ve hastalık oluşturabilmektedir. Vücudun savunma mekanizması kuvvetli olan kişilerde kolay bir şekilde infeksiyon oluşturamamaktadır.

Yüzeyel mantar hastalıkları içinde en sık dermatofitozlar görülür. Bunu sırasıyla kandidiyazis ve pitiriyazis versikolor izlemektedir. Epidermis, saç, tırnak gibi keratinize dokuların yüzeyel mantar infeksiyonlarına dermatofitozis adı verilir. Dermatofitoz infeksiyonlarına trichophyton, microsporum ve epidermophyton türleri neden olmaktadır. Dermatofitlerde saç fırçası, şapka, havlu gibi kişisel eşyalar aracılığıyla indirekt yayılım söz konusudur. Dermatofitler insanda, toprakta ve hayvanda bulunmasına ve bulaşmasına göre antropofilik, geofilik ve zoofilik olarak adlandırılır (62,63).

Dermatofitozis tutulan vücut bölgesine göre ise tinea pedis, tinea capitis, tinea corporis, tinea inguinalis, tinea manum vb. gibi isimlerle isimlendirilir. Tinea pedis; ayaklarda görülen dermatofit infeksiyonudur. Erkeklerde daha sık görülür, çocuklarda nadirdir. Nemli, ıslak kalan ayaklar, sıkı ayakkabılar ve hijyen olmayan ortamlar tinea pedise yatkınlık oluşturur (62,64). Tinea kapitis; saçların ve saçlı derinin yaygın mantar hastalığıdır.

Genellikle hijyen koşulları ve ekonomik durumları kötü olan kalabalık ailelerin çocuklarında rastlanır. Direkt temasın yanı sıra kontamine şapka, tarak, makas vb. eşyalarla kolayca bulaşabilir (62,63). Ülkemizde yapılan çalışmalarda tinea kapitis prevalansı %0-0.2 arasında değişmektedir (65). Tinea korporis; saçlı deri, sakal, el ya da ayak dışında vücudun herhangi bir bölgesinde görülen mantar infeksiyonları tinea korporis olarak isimlendirilir. Tropikal bölgelerde daha yaygındır (63, 66, 67). Metintaş ve ark (68) Eskişehir bölgesinde yaptıkları çalışmalarında dermatofitozislerde tinea korporisin ikinci sıklıkta yer aldığını bildirmişlerdir. Tinea inguinalis; kasık, perianal ve pubik bölgenin dermatofit infeksiyonudur. Genellikle tinea pedisle birlikte ve erkeklerde daha sık görülür. Ter, sıcaklık, ıslak ve sıkı kıyafetler, şişmanlık hastalığa uygun ortam yaratmaktadır. Tropikal iklimlerde hastalık daha sık görülür. Tinea manum; tek ya da her iki elin dermatofit infeksiyonudur. Sıklıkla tinea pedisi olan hastalarda görülür (63,66).

Derinin mantar infeksiyonları toplumda oldukça sık görülür. Yaşam boyunca dermatofitozis gelişme oranı %10–20 olarak tahmin edilmektedir (66). Araştırmalarda ülkelere ve bölgesel verilere göre dermatofitozis oranları % 2.6- 56.8 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Düzce bölgesinde dermatofitozis prevalansı % 18.9 olarak saptanmıştır (69). Van yöresinde yapılan başka bir çalışmada yüzeysel mantar sıklığı %14.03 olup bunun da % 81.08'i dermatofitozlar oluşturmuştur (70). Eskişehir ve yöresinde yaşayan öğrencilerde yapılan bir başka çalışmada ise dermatofitozis prevalansı %3.6 olarak bildirilmiş, ileri yaş, erkek cinsiyet, kötü hijyen, yurttan kalma, annede düşük eğitim düzeyi, ailede dermatofitozis öyküsü ve sağlık koşulları dermatofitoz infeksiyonlarıyla ilişkili bağımsız birer değişken olarak tanımlanmıştır (68). Derinin yüzeysel mantar infeksiyonlarında en sık görülen form tinea pedistir. Tan ve ark (71) yüzeysel mantar infeksiyonlarında en sık görülen klinik formları sırasıyla tinea pedis, pityriasis versicolor ve tinea inguinalis olarak bildirmişlerdir. Mantar infeksiyonlarının klinik belirtileri birçok deri hastalığının belirtileriyle karışabilir. Kesin tanı, klinik görünüm ve etyolojik tanı yöntemleri ile konulur. Potasyum hidroksit (KOH), mikroskop ile hifaların gösterilmesinde ve dermatofit infeksiyonunun tanısını doğrulamada yardımcıdır. Wood ışığı, mantar kültürü, deri veya tırnak biyopsisi diğer tanı yöntemleri arasında yer almaktadır (62,63).

2.4.3. Akne Vulgaris

Akne, yüz ve gövdedeki pilosebace foliküllerin polimorfik ve multifaktöryel yangısal bir hastalığıdır (72). Genetik faktörler, ultraviyole, terleme, hormonlar, mikroorganizmalar, stres, kozmetikler ve temas eden diğer kimyasal maddeler akne gelişiminde rol oynayan faktörlerin başlıcalarıdır (73, 74). Akne pek çok deri hastalığında olduğu gibi, kişinin psikososyal durumundan etkilenebilmektedir. Stres tek başına akneyi başlatan bir faktör olmamasına rağmen lezyonların şiddetlenmesine yol açabilmektedir. Akneli kişilerde sosyal fobi, depresyon, anksiyete, özgüvensizlik, intihar duygusu, düşük benlik saygısı gibi psikolojik sorunlar yüksek oranda gözlenmektedir (75, 76). Emosyonel stres akne vulgarisi şiddetlendirebileceği gibi, akneli hastalarda psikiyatrik sorunlar da oluşabilmektedir (77).

Akneli hastalarda anksiyete, emosyonel stres, kızgınlık gibi olumsuz durumlar bu hastalarda belirgin ataklara ya da alevlenmelere neden olabilir. Aknenin stres sonucunda arttığı ile ilgili birçok hipotez ortaya atılmış olmakla birlikte bu durumun temelinde hangi mekanizmanın olduğu tam olarak anlaşılamamıştır. Psikolojik stres sonucunda hipotalamik-pitüiter-adrenal aks yoluyla salgılanan glukokortikoidler ve adrenal androjenler patogenetik zeminde aknenin oluşması sürecinde katkıda bulunmaktadır. Bu yolla sebum, substans P gibi nöroaktif nöropeptitler ve humoral yangısal mediyatörler de artarak aknedeki foliküler keratinizasyon ve enflamasyon şeklindeki anahtar patolojiyi desteklemektedir. Periferik sinirlerden salgılanan substans P'nin sebace glandların proliferasyonunu stimüle ettiği ve sebace hücrelerde lipit sentezini arttırdığı günümüzde gösterilmiştir (78,79, 80).

Strese bağlı aknede klinik alevlenmeler bazı araştırmacılar tarafından son 50 yıldır gözlenmeye başlanmıştır (81, 82). Üniversite gençlerinde sınav zamanlarında akne ve stresin belirgin olarak arttığı Chiu ve ark Leeds Akne Skalası ve Algılanan Stres Skalasını kullanarak görmüşlerdir (83). 33 akne hastasını kapsayan bir çalışmada hastaların % 67'si stresli olayın ortaya çıkması ile aknenin şiddetlenmesi arasında pozitif bir korelasyon sunmuştur (84). 215 öğrenciyi kapsayan başka bir çalışmada tıp öğrencilerinin % 67'sinin akne alevlenmelerinde stresin etkisine inandıkları gösterilmiştir (85). Bütün bunlara dayanılarak stresin azaltılmasına yönelik çabalar aknenin azaltılmasında etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

2.4.4. Scabies (Uyuz, Gal)

Uyuz, *Sarcoptes scabie* var. *hominis*'in neden olduğu ırk, yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey farkı gözetmeksizin her toplumda görülebilen özellikle gece kaşıntısı ile kişiyi rahatsız eden bir infestasyon hastalığıdır. Oldukça bulaşıcı olan hastalığın bulaşması yakın temas ile olur. Bu nedendir ki, bu hastalık aile infestasyonu olarak da bilinmektedir (86).

Uyuz dünyanın her yerinde ve bütün yaşlarda görülür. Sonbahar ve kış aylarında sıklığı artar. Otuz yıllık sikluslar halinde salgınlar yapmaktadır. On beş sene sakin geçen bir devreyi on beş yıllık bir epidemik eğrisi izler (87, 88). Bulaşma yakın temas ile olur. Uyuzlu bir kimse ailesinin bireylerine hastalığı kolayca bulaştırır. Ancak kısa süreli temasın bulaşma için yeterli olmadığı unutulmamalıdır. Yine sarkopt taşıyan çamaşır, çarşaf veya diğer eşyaların başkaları tarafından kullanılması da parazitin bulaşma şekilleridir (86,89).

Tüm hayat döngüsünü insan derisinde geçiren bu parazitin en belirgin klinik özelliği şiddetli gece kaşıntısıdır. Kaşıntı gündüzleri hafifken, geceleri veya kişi duş alırken oldukça şiddetli olmaktadır. Dişi *Sarcoptes* deri içinde kazdığı tünellerde yaşamaktadır. Sillion denilen bu tüneller deriden biraz kabarık, pembe-beyaz renktedir. Günde 0.5 -2 mm uzayan bu tünelin uç kısmında dişi parazitin bulunduğu incimsi vezikül (vesicule perle) bulunmaktadır. Kaşıntıdan sonra sillion ve incimsi vezikül bu parazitin önemli klinik belirtilerindendir ve tanıda oldukça önemlidir (90, 91).

2.4.5. Psoriasis

Psoriasis, üzerinde sedefi-beyaz renkli skuamalar bulunan eritemli plak veya papüllerle seyreden kronik, proliferatif, inflamatuvar, bir dermatozdur. Normal popülasyonda % 1-2 arasında görülür. Kadın ve erkeklerde eşit oranda gözlenmektedir. Her hastada farklı klinik ve seyir göstermekte ve pek çok hastada yaşam kalitesini bozmaktadır (92).

Gözlemler ve hasta takipleri stresli yaşam olayları ve psikososyal etmenlerin psoriasis hastalığını ortaya çıkarıcı ve/veya alevlendirici rol oynadığını göstermiş ve yakın zamanlara dek yapılan büyük ölçekli çalışmalarla bu gözlemler doğrulanmıştır. Stres etkisinin hastalığın ilk ortaya çıkışında % 44, alevlenme dönemlerinde ise % 80' e kadar etkili olabildiği gösterilmiş, 40 yaş öncesinde ortaya çıkan erken dönem psoriasisli hastalarda strese duyarlılığın fazla olduğu, daha ciddi deri ve eklem tutulumları bildirilmiştir (93, 94).

Stres etkisiyle salgılanan NGF (nerve growth factor- Sinir büyüme faktörü) ve beraberindeki diğer nöropeptitler (SP, VIP ve CGRP) psoriyatik plaklardaki epidermal hiperplazi, vasküler dilatasyon ve ödem oluşmasından sorumludur. Psoriyatik hastalarda lezyonlu ve lezyonsuz deride patogenetik sürecin erken bir evresinde NGF'nin arttığını gösteren bulgular mevcuttur. NGF psikososyal strese yanıt olarak giderek artan miktarlarda üretilir ve mast hücrelerinin migrasyon ve degranülasyonunu sağlayarak nörojenik inflamasyonda anahtar rol oynar. Ayrıca direkt olarak keratinositlere mitojen etki göstererek bu hücrelerin proliferasyonuna yol açar ve T hücre aktivitelerinin de modülasyonunu sağlar (95-98).

Yüz yetmiş dokuz hastayla yapılan bir çalışmada hastaların büyük bir kısmının psoriasis başlangıcından 1 ay önce stresli yaşam olayı tanımladıkları bildirilmektedir (99). Yetişkin psoriasis hastalarında hastalığın başlangıcı ya da alevlenmesinde psikososyal etmenlerin etkisi % 40-80 oranındayken çocuk psoriasis hastalarında bu oran % 90'dır (100, 101). Psoriasis hastalarının, sağlıklı bireylere göre stres karşısında daha edilgen başa çıkma yollarını kullanma eğiliminde oldukları, alkol-ilaç kullanımı, dine yönelme ve yadsımayı daha fazla kullandıkları belirtilmektedir (102).

2.4.6. Vitiligo

Vitiligo, kazanılmış, idiyopatik, melanosit yıkımı ile seyreden, klinik olarak depigmente maküllerle karakterize, tüm dünyada görülme sıklığı yaklaşık %0.5-2 olan genellikle çocukluk veya genç erişkin çağlarda başlayan etiyojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır (103).

Vitiligoyu açıklayıcı üç hipotez mevcuttur. Bunlar; nöral hipotez, self destrüksiyon hipotezi ve immün hipotezdir. Nöral hipotez, stres ve ciddi emosyonel travmanın vitiligoyu başlatabileceği veya presipite edebileceği gözlemlerine dayandırılmıştır (104) Melanositlerin ve sinir sisteminin ortak embriyolojik orijini ve segmental vitiligonun dermatomal yayılımı bu bakış açısını desteklemek için ortaya konulan söylemlerdir. Vitiligoda kutanöz serbest sinir uçları ile epidermal melanositler arasında temas ortaya konulmuştur. Nöral hipoteze göre sinir sonlanmalarının kenarlarından melanositler üzerinde toksik etki gösteren nörokimyasal mediatörler salınmaktadır (105).

Self destrüksiyon hipotezine göre vitiligoda melanositler melanogenezis yolundaki toksik ara ürünleri veya metabolitleri elimine eden intrinsik koruyucu mekanizmayı kaybetmişlerdir (106). Bu self destrüksiyon veya kimyasal hipotez modeli, melanin sentezi metabolitleri veya ara maddelerinin toplanmasını ve melanositleri yok etmesini tanımlar (105). Etkilenmiş bireylerin, melanositleri akümüle eden ve melanositlerin hasarına neden olan serbest radikaller gibi toksik prekürsörlerle baş etmek veya bu prekürsörleri elimine etmekte intrinsik bir defekte sahip oldukları düşünülür (107). Çok sayıda melanin prekürsörünün toksik potansiyeli iyi bilinmektedir.

Otoimmün hipotez, vitiligonun çok sayıda otoimmün olduğu düşünülen hastalık ile klinik ilişkisi üzerine dayalı bir hipotezdir (108). Asıl görevi canlıyı ultraviyole ışığından korumak olan melanositlerin immün sistem ile bağlantısı yeni anlaşılmaktadır. Melanositler major histokompatibilite kompleksi (MHC) class 1 ve 2 moleküllerini, intrasellüler adezyon molekülü (ICAM-1) ve vasküler adezyon molekülü (VCAM-1) gibi adezyon moleküllerini ayrıca da interlökin IL-1, IL-6, IL-8 gibi sitokinleri ve transformingrowth faktör (TGF- β 1)'i de salgılamaktadır. Ayrıca melanositlerin fagositoz yeteneklerinin yanı sıra T hücrelerine antijen ve antijenik peptidlerin sunulmasında da görev alıyor olabilecekleri düşünülmektedir (109). Bu yeni bulgular melanositleri de immün sistem içine çekmekte ve vitiligonun immün sistemle bağlantısına daha çok ağırlık verilmesi gerektiğinin işaretlerini taşımaktadır (110).

Stres başlatıcı olmaktan çok hastalığın yarattığı görüntü nedeniyle sonuç şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tıpkı alopesi areatada olduğu gibi vitiligoda da stresin hastalığı belirleyici bir rolü olmadığını gösteren çalışmalar bulunurken az sayıdaki çalışmada vitiligolu hastaların kontrollere göre çok daha fazla sayıda stresli yaşam olayını deneyimledikleri gösterilmiş ve psikolojik stresin başlatıcı etkisi vurgulanmıştır (111, 112).

2.4.7. Alopesi Areata

Alopesi areata ani saç kayıplarının görüldüğü, spontan remisyon ve alevlenmelerle seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır (113,114). Hastalığın ortaya çıkışı, gelişimi ve tedavisinde psikolojik faktörlerin önemi bir yeri vardır (115). Hastaların bir kısmında akut veya kronik psikoemosyonel stres alopesi areatanın başlamasına ve/veya ilerlemesine yol açıyor olabilir (113, 116-118). Psikolojik stresin, beyin ve deri arasında önemli bir bağlantı olan nöroendokrin sistem aracılığıyla inflamatuvar deri hastalıklarını tetikleyebileceği veya

alevlendirebileceği öne sürülmektedir (119). Bazı çalışmacılar, stresli olayların doğrudan alopesi areata gelişimi riskini arttırdığı görüşünden ziyade stresle başa çıkabilme yeteneğinde azalma ile seyreden kişilik özelliklerinin alopesi areata gelişimi için bireysel duyarlılık oluşturduğu görüşünü savunmaktadır (112).

Akut emosyonel stres, olasılıkla kıl folikülleri etrafında yerleşmiş olan Tip 2 β kortikotropin serbestleştirici hormon reseptörlerini aktive ederek yoğun lokal enflamasyona ve saç dökülmesine yol açmaktadır (115). Ayrıca alopesi areata alanındaki kıl folikülleri etrafında Substans P'nin belirgin olarak arttığı ve bunun strese yanıt olarak periferik sinir uçlarından salgılandığı bildirilmiştir (120). Tan ve ark. 132 alopesi areata hastasının % 9.6' sında stres tanımlarken (121). Van der Steen ve ark. alopesi areata patogenezinin stresle ilişkili olmadığını düşünmektedir (122).

Picardi ve ark.'ının alopesi areata hastalarını diğer dermatoloji hastalarıyla kıyasladıkları çalışmalarında alopesi areata hastalarının son bir yılda yaşadıkları istenmeyen büyük hayat olayları açısından kontrol grubundan fark göstermediklerini bulmuşlardır, ancak alopesi areata hastalarının bağlanma gerektiren ilişkilerden kaçındıkları, aleksitimik(duygu sağırı) özellikler gösterdikleri ve sosyal desteklerinin zayıf olduğu gözlenmiştir (112).

2.4.8. Telojen Effluvium ve Androjenetik Alopesi

Dış görünüşün oluşturduğu utanç, depresyon, kızgınlık, acı gibi negatif duygular nedeniyle telogen effluvium ve androjenik alopesi hastalarının yaşam kalitesinde belirgin düşüş mevcuttur. Bazı araştırmacılar tarafından akut veya kronik emosyonel stresin tetikleyici etkileri vurgulanmıştır(123-125).

Psikolojik stres saç dökülmesinin sık görülen nedenlerinden biridir. Stres olayı başlatan ve devam ettiren olumsuz bir etmen olarak ve kısır döngüye sebep olarak saç kaybının artışında etkili olur. Tek başına saç dökülmesi hastanın psikolojik durumunu etkileyebilir bu yüzden stresin ortaya çıkışı ile saç dökülme zamanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek çok önemlidir. Saç kaybının miktarı ile stresin şiddeti arasında önemli bir ilişki vardır (126, 127).

2.4.9. Atopik Dermatit

Atopik dermatit alevlenme ve iyileşme dönemleriyle seyreden, kronik, kaşıntılı inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık zemininde çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. İnfeksiyonların atopik dermatiti başlatabileceği ve alevlenmelere neden olabileceği ileri sürülmektedir (128).

Atopik dermatit hastaların dörtte üçünde stresli yaşam olayları akabinde ortaya çıktığı bildirilmiştir (129). Bu hastalarda alevlenmeleri başlatan stres mekanizmaları, hastalığın doğal patofizyolojisi gibi komplekstir. Bunun yanında stres glukokortikoidleri bu karmaşık olaylar zincirinde merkezi bir rol üstlenmekte, sitokin profili Th1 hücrelerden Th2 hücreler yönünde kaymaktadır (130). Atopik bireylerin periferik lökositleri üzerindeki glukokortikoid reseptörleri stres kortizolüne aşırı reaksiyon gösterecek potansiyele sahiptir ve Th2 yönündeki kayış klinikte stres sonucu alevlenen atopik dermatitin akut dönemi ile uyumlu karakteristik bulguları gösterir (131).

Ayrıca stres glukokortikoidleri derinin normal bariyerini bozarak virüs, bakteri, ev tozları gibi çeşitli allerjenlerin ve patolojik uyarıların deriye girmesine ve dermatiti başlatmasına neden olur. Sempatik katekolaminler, SP, CGRP, VIP gibi nöropeptitler ve nörotrofinlerin bölgesel ve lokal etkilerinin katılımıyla emosyonel strese cevap olarak gelişen kaşıntı ve akut dermatit tablosu oluşur (132-134).

2.4.10. Kronik Ürtiker

Kronik ürtiker, emosyonel etmenlerle sıkı ilişki içinde olan, deride kaşıntı, kızarıklık ve kabarmalarla giden polietiyolojik bir hastalıktır. Ürtiker, 6 (altı) hafta ya da daha uzun süre ile her gün olmak üzere ortaya çıkarsa "kronik ürtiker" adını alır (135).

Kronik ürtiker hastaların büyük bir kısmında nedeni saptanamayan; infeksiyon, alerji, kollajen hastalıklar, endokrin sistem anormallikleri, malignite gibi çoklu etiyolojiye sahip bir dermatolojik hastalıktır. Birçok hekim geçmişte ve günümüzde özellikle uzun süreli ürtikerlerde psikojenik faktörlerin hastalığın altında yatan önemli bir faktör olduğuna inanmış ve inanmaktadır (136-139). Emosyonel faktörlerin kronik ürtikerli vakaların % 41'inde ve dermografik hastaların da % 42'sinde etkili olduğu gösterilirken kolinerjik ürtikerli hastalarda % 80 oranında atakları tetiklediği çalışmalarda tespit edilmiştir (140).

Psikolojik ya da emosyonel stres hipotalamik-vasküler eksen aracılığıyla bazı kronik idiyopatik, fizik ürtikerlerde reaksiyonu başlatıcı etkene kısmen katılabilir ya da reaksiyon başladıktan sonra arttırıcı rol oynayabilir. Emosyonel stres SP, VIP ve CGRP gibi hipotalamik nöropeptitler yoluyla sitokin/histamin dengesini bozar ve deri mast hücrelerini uyararak degranülasyona ve vazoaaktif-yangısal maddelerin serbestleşmesine neden olur. Bu yüzden stres ve psikolojik faktörler psikosomatik ürtikerde hem tetikleyici hem de var olan ürtikeri arttırıcı etkide bulunur (141-143). Bu hastalarda terapi, hipnoz ve gevşeme amaçlı stres azaltıcı çalışmalar fayda sağlayabilir.

2.4.11. Psikojenik Pruritus

Psikojenik kaşıntılar saf psikolojik ya da saf psikiyatrik kaşıntılardır (144). Bir başka deyişle organik nedenlerle açıklanamayan, psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve süregelenlik kazanan somatoform kaşıntıları ifade etmek için de kullanılır (145).

Stresin başlamasıyla pruritusun ortaya çıkışı arasında yakın kronolojik bir ilişki mevcuttur. Psikolojik stres ve eşlik eden psikiyatrik durumlar kaşıntıya duyarlılığı artırarak veya kaşıntı eşiğini düşürerek kaşıntı oluşmasında etkili olur. Stres histamin başta olmak üzere yangısal medyatörler, vazoaaktif aminler ve SP'yi aktifleştirir. Bunlara ek olarak strese bağlı kan akımı artışı, terleme, deri sıcaklığındaki artış gibi hemodinamik değişiklikler kaşıntı duygusunu harekete geçirerek kaşıntı hissi-kaşıma eylemi-kaşıma hissi şeklindeki kısır döngüyü oluşturur (146, 147).

2.4.12. Herpes ve Human Papilloma Virüs İnfeksiyonları

Stres, travma, sigara, alkol kullanımı, uykusuzluk ve beslenme bozukluğu gibi durumlar vücut direncini düşürerek infeksiyonlara yol açmaktadır. Herpes ve human papiloma virüsler bu enfeksiyonların başında gelmektedir. Nüks eden herpes simplex virüs (HSV), herpes zoster ve human papilloma virüsü (HPV) infeksiyonlarında emosyonel stresin başlatıcı ve tetikleyici etkisi üzerindeki veriler giderek artmaktadır (148-150).

Stres sonucunda serbestleşen immünomodulan sinyal moleküllerinin (katekolamin, sitokin, glukokortikoid) hücrel immün yanıtı bozarak virüslerin aktivasyonuna katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bir çalışmada deneysel olarak oluşturulmuş stres herpes simpleks

reaktivasyonuna yol açarken diğer bir çalışmada da CD4 helper hücrelerinin stres artışıyla azaldığı ve nükslerin ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bazı çalışmalar ise bu sonuçları desteklememektedir. Bir çalışmada nükslerde hasta kişiliğinin ve stresle başa çıkma mekanizmalarının stresin kendisinden daha önemli olduğu bildirilmiştir. Genital herpes nükslerinde günlük stresin etkisinin olmadığı ve gözde yerleşen HSV ataklarının da stresle ilişkili olmadığı gösterilmiştir (151, 152).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'nın 29/05/2012 tarihli ve 06 Karar no'lu izni ile "Van depremi sonrasında bölgede görülen dermatolojik hastalıklar" isimli tez olarak yapıldı.

Çalışma kapsamına Van'da 23 Ekim 2011'de meydana gelen 7,2 büyüklüğündeki ilk deprem ve 9 Kasım 2011'de meydana gelen 5.6 büyüklüğündeki ikinci deprem sonrasında depreme maruz kalmış ve 1 Ocak 2012- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında sadece bir merkezden hizmet veren bölge hastanesinde açılan Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi dermatoloji kliniğimize başvuran hastaların dosyaları yaş, cinsiyet ayırımı olmaksızın otomasyon sisteminden geriye dönük olarak tarandı. Van depremini yaşamayan, dermatolojik şikayetlerle polikliniğimize başvurmeyen ve dosya bilgileri eksik hastalar çalışma kapsamına alınmadı. Dosyalar anket formu (Ek-1) şeklinde hastaların mesleği, eğitim durumu, medeni hali, yerleşim yeri, deprem anında bulunduğu yer, depremden sonra kaldığı yer, maddi kaybı, sağlık kaybı, deprem öncesinde psikiyatrik tedavi alma durumu, depremden sonra psikiyatrik tedavi alma durumunu içeren sorular tarafımızca soruldu ve alınan cevaplar kayıt altına alındı. Çalışmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet, dermatolojik muayene, tanı ve tedavi bilgileri dosyalarından kaydedildi. Dermatolojik tanılar öykü, klinik bulgular ve histopatolojik değerlendirmeler ile konuldu. Hemogram, biyokimya, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP (C-Reaktif Protein), tam idrar tetkiki ve ferritin düzeylerinin ölçülmesi, dermatoskop ve wood lambası ile muayene, nativ preparat ve kültür gibi yardımcı yöntemlerle desteklendi. Çalışmaya alınan bu hastaların dermatolojik tanıları ise ekzemalar, akneiform dermatozlar, fungal hastalıklar, bakteriyel hastalıklar, viral hastalıklar, paraziter hastalıklar, saç hastalıkları, eritemli-skuamlı hastalıklar, büllöz hastalıklar, ilaç reaksiyonları, pigmentasyon bozuklukları, benign-malign-premalign neoplaziler, vaskülitler-vaskülopatik hastalıklar, ürtiker, tırnak

hastalıkları, travmatik hastalıklar ve çeşitli hastalıklardan oluşan diğerleri grubu olmak üzere 17 gruba ayrıldı.

3.1. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 11.5 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma, minimum-maksimum şeklinde, nominal değişkenler ise olgu sayısı ve % biçiminde gösterildi. Nominal değişkenler Pearson'un Ki-Kare ya da Fisher'in Kesin Sonuçlu Ki-Kare testiyle değerlendirildi. Değerlendirme yapılırken $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

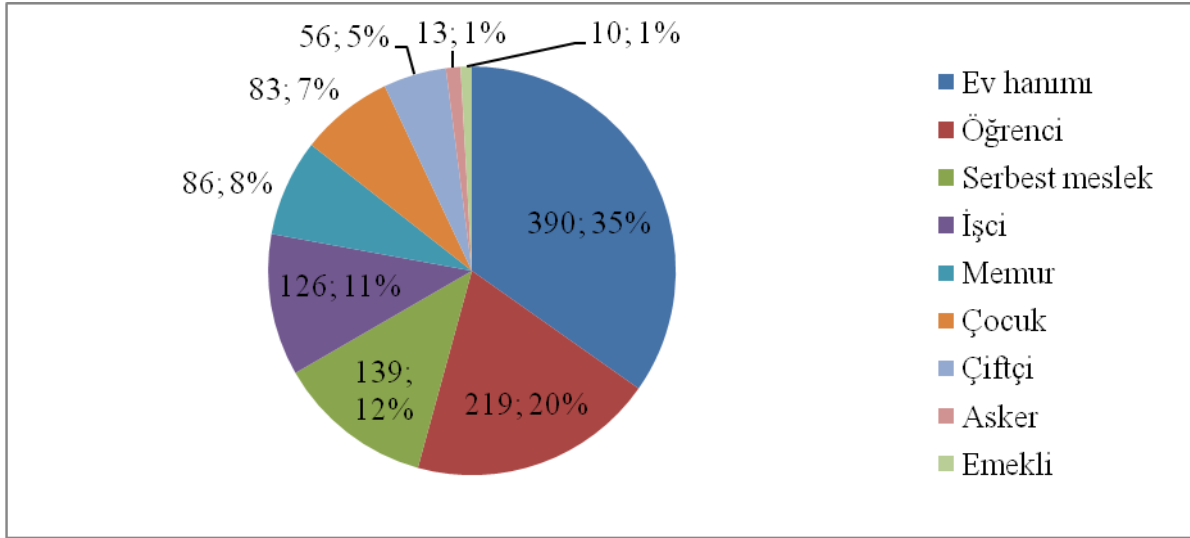
4. BULGULAR

Çalışmaya 1122 hasta alındı. Hastaların 566'sı (%50.4) kadın, 556'sı (%49.6) erkekti. Kadın hastaların yaşları 1-85 yaş arasında ve erkek hastaların yaşları 1-81 yaş arasında değişmekteydi. Ortalama yaş kadınlarda $26,9 \pm 14,57$ yıl, erkeklerde $28,6 \pm 16,83$ yıl, tüm cinslerde ise $27,8 \pm 15,8$ yıl olarak saptandı. Hastalarımızın 390'ı (%34.8) ev hanımı, 219'u (%19.5) öğrenci, 139'u (%12.4) serbest meslek, 126'sı (%11.2) işçi, 86'sı (%7.7) memur, 83'ü (%7.4) okul yaşında olmayan çocuklar, 56'sı (%5) çiftçi, 13'ü (%1.2) asker ve 10'u (%0.9) emekliydi. Hastalarımızın eğitim durumları ise sıklık sırasına göre; 337'si (%30) ilkokul, 327'si (%29.1) okuma yazması yok, 188'i (%16.8) lise, 185'i (%16.5) ortaokul ve 85'i (%7,6) üniversite mezunuydu. (Tablo-4, Grafik 1-2).

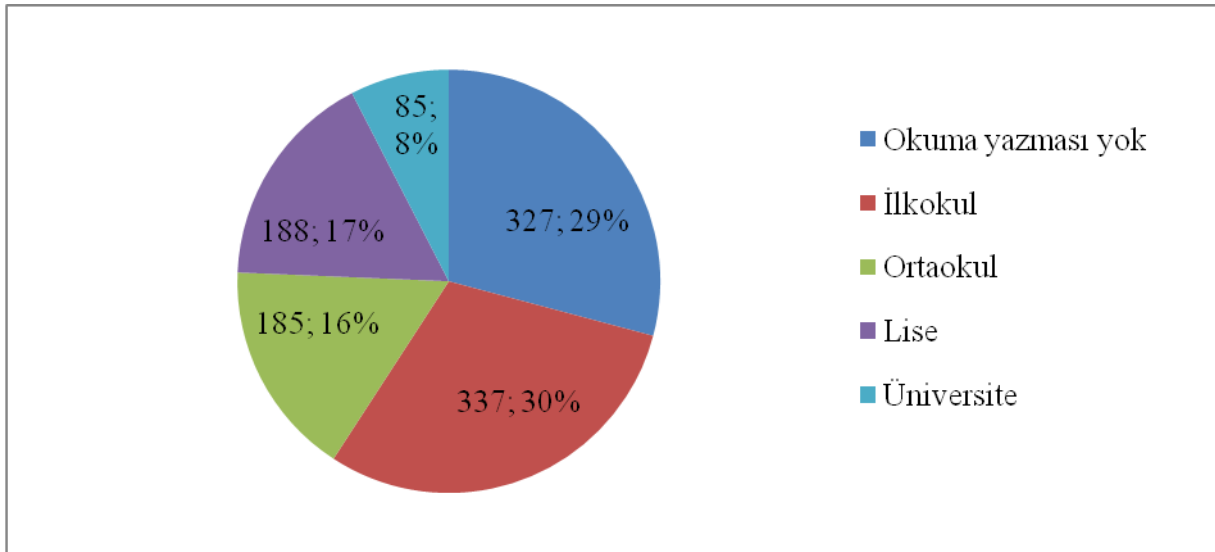
Tablo-4. Olguların demografik özellikleri

Değişkenler	ortalama ±ss	Aralık
Yaş (yıl)	27,8±15,8	1-85
	N	%
Cinsiyet		
Erkek	556	49,6
Kadın	566	50,4
Meslek		
Ev hanımı	390	34,8
İşçi	126	11,2
Çiftçi	56	5,0
Memur	86	7,7
Öğrenci	219	19,5
Emekli	10	0,9
Asker	13	1,2
Serbest meslek	139	12,4
Çocuk	83	7,4
Öğrenim Durumu		
Okuma yazması yok	327	29,1
İlkokul	337	30,0
Ortaokul	185	16,5
Lise	188	16,8
Üniversite	85	7,6
Medeni Durum		
Evli	566	50,4
Bekar	556	49,6
Toplam	1122	100,0

Grafik-1. Olguların meslek durumları



Grafik-2. Olguların eğitim durumları



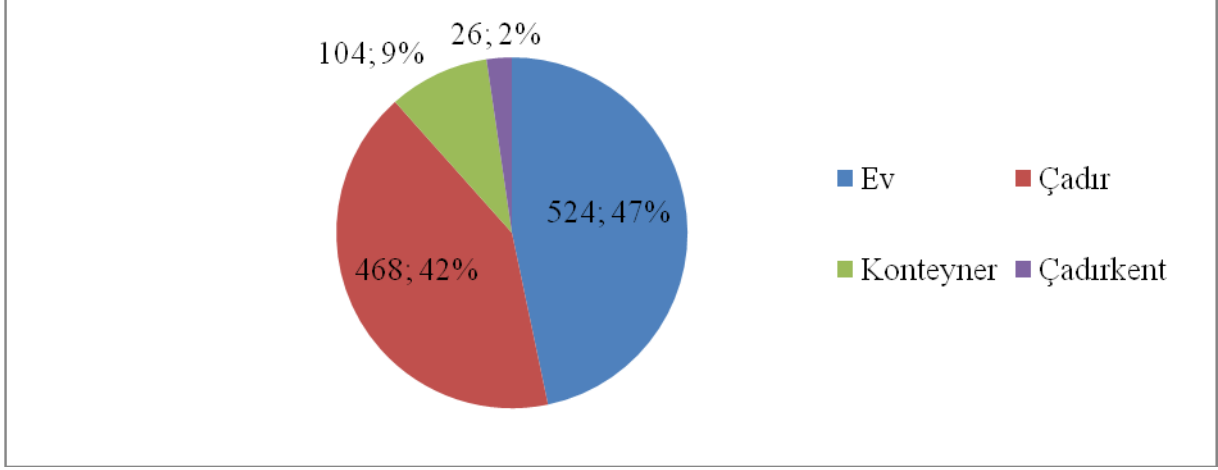
Polikliniğimize başvuran hastaların %64.7'sinin kentsel alanda yaşamakta olduğu, %66.8'inin ise deprem anında kentsel alanda bulunduğu, deprem sonrasında kalınan yer olarak %53.3 oranında ev dışı yaşam alanının tercih edildiği, maddi kayıp yönünden ise ev ve işyeri kaybının %17,8 olduğu, sağlık kaybı açısından göçük altında kalma, yaralanmanın %1.2, akraba kaybının %12.8 oranında olduğu, deprem öncesinde yaşamlarının belli bir döneminde hastaların %6.5 oranında psikiyatrik tedavi aldıkları ve depremden sonraki ilk üç ayda %3,8'inin psikiyatrik tedaviye başladığı görülmüştür.

Tablo-5, Grafik-3, Grafik-4, Grafik-5, Grafik-6 da olguların depremle ilgili sosyo-ekonomik ve klinik özellikleri belirtilmiştir.

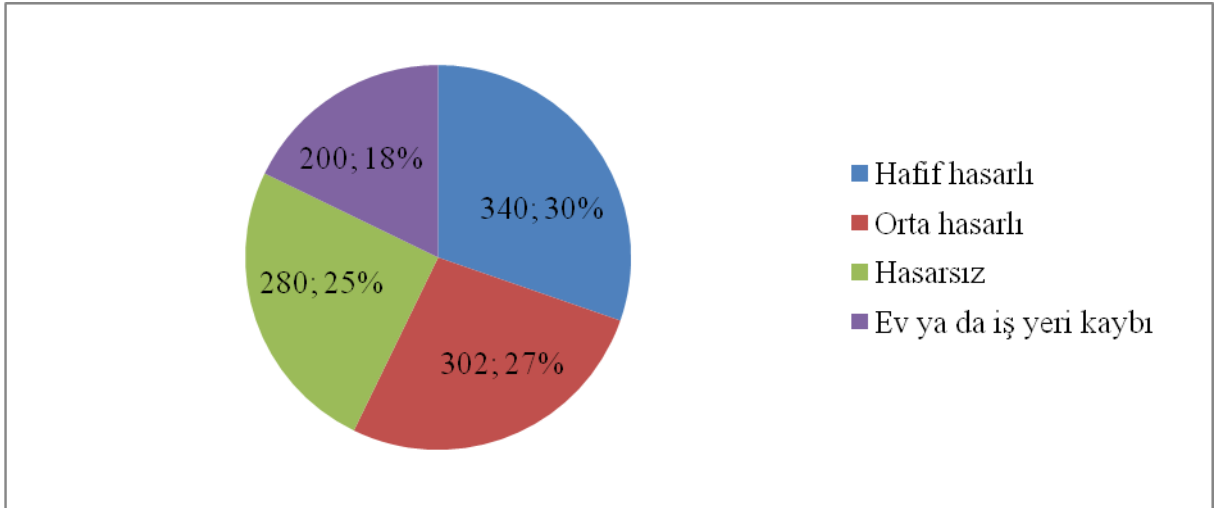
Tablo-5. Olguların depremle ilgili sosyo-ekonomik ve klinik özellikleri

Değişkenler	n	%
Yerleşim Yeri		
Kent	726	64,7
Kırsal	396	35,3
Deprem Anında Bulunduğu Yer		
Kent	749	66,8
Kırsal	373	33,2
Deprem Sonrasında Kaldığı Yer		
Çadır	468	41,7
Çadırkent	26	2,3
Ev	524	46,7
Konteyner	104	9,3
Maddi Kayıp		
Ev ya da iş yeri kaybı	200	17,8
Orta hasarlı	302	26,9
Hafif hasarlı	340	30,3
Hasarsız	280	25,0
Sağlık Kaybı		
Göçük altında kalma, yaralanma	14	1,2
Sağlık kaybı yok	965	86,0
1.derece akraba kaybı var	40	3,6
2.derece akraba kaybı var	103	9,2
Deprem Öncesi Psikiyatrik Tedavi		
Almış	73	6,5
Almamış	1049	93,5
Deprem Sonrası Psikiyatrik Tedavi		
Alıyor	43	3,8
Almıyor	1079	96,2
Hastaneye Başvuru Zamanı		
Ocak 2012	562	50,1
Şubat 2012	560	49,9
Toplam	1122	100,0

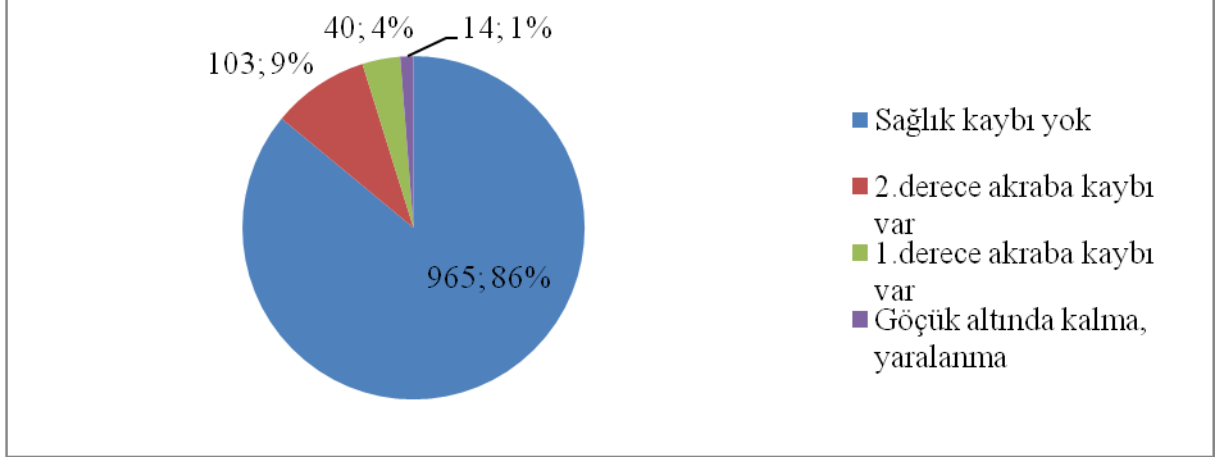
Grafik- 3. Deprem sonrasında kalınan yer



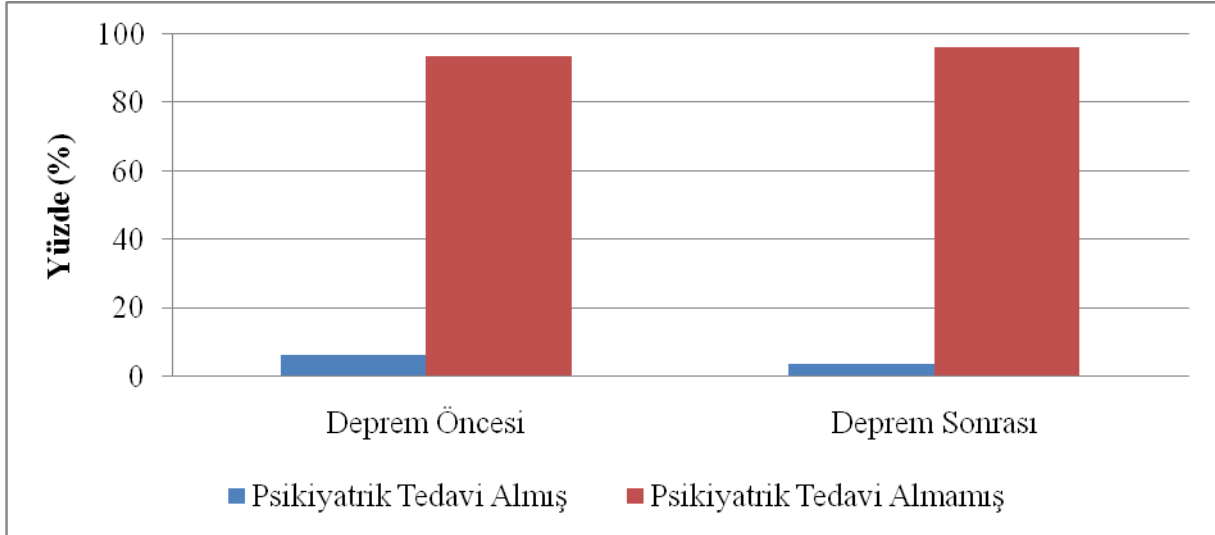
Grafik-4. Deprem sonrasında oluşan maddi kayıp



Grafik-5. Deprem sonrasında oluşan sağlık kaybı



Grafik-6. Olguların psikiyatrik tedavi alma durumları

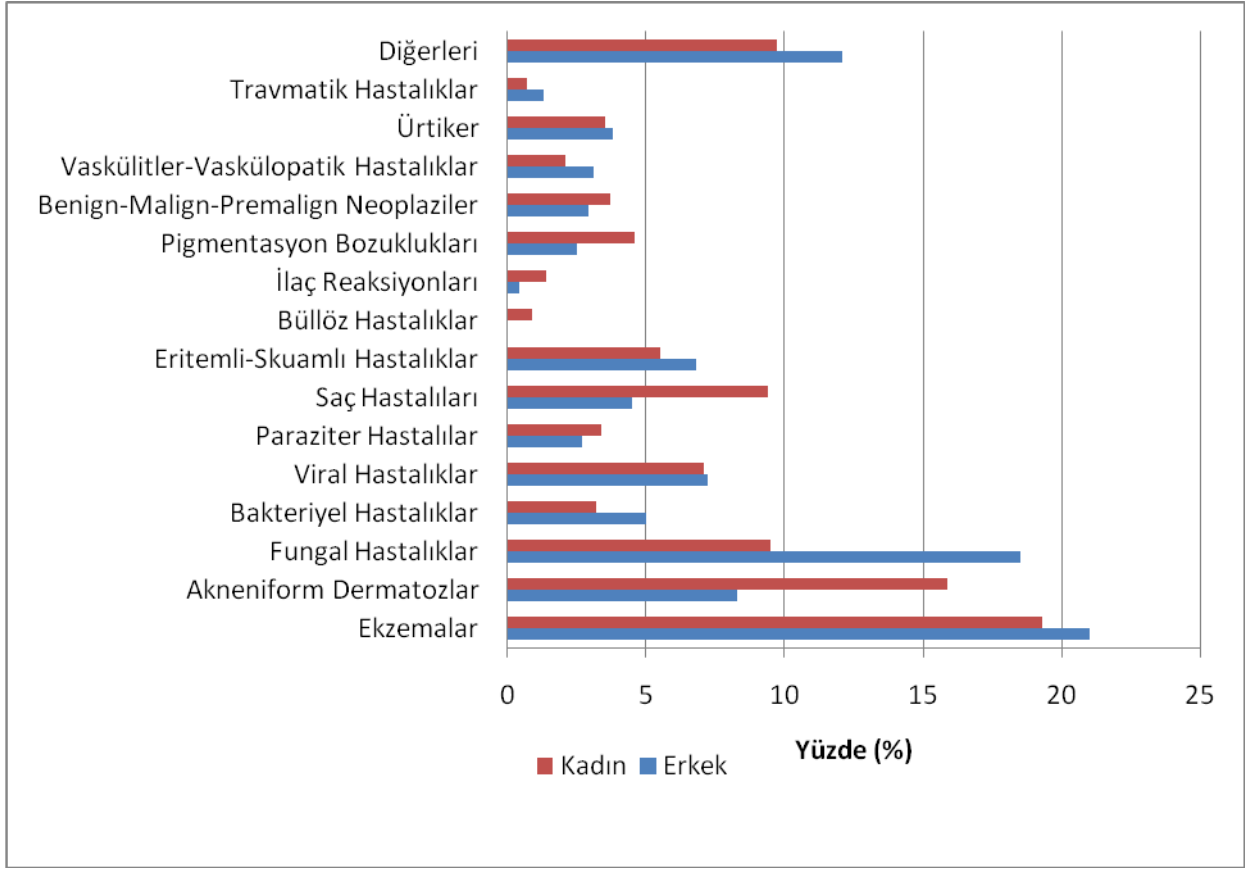


Olgular tanı grupları yönünden incelendiğinde en büyük grubu 226 hasta (%20.1) ile ekzemalar oluşturuyordu. Bunu sıklık sırasına göre fungal hastalıklar 157 hasta (%14.0) , akneiform dermatozlar 136 hasta (%12.1), viral hastalıklar 80 hasta (%7.1), saç hastalıkları 78 hasta (%7.0), eritemli-skuamlı hastalıklar 69 hasta (%6.1), bakteriyel hastalıklar 46 hasta (%4.1), ürtiker 41 hasta (%3.7), pigmentasyon bozuklukları 40 hasta (%3.6) , benign-malign-premalign lezyonlar 37 hasta (%3.3), paraziter hastalıklar 34 hasta (%3.0), vaskülitler-vaskülopatik hastalıklar 29 hasta (%2.6), travmatik hastalıklar 11 hasta (%1), ilaç reaksiyonları 10 hasta (%0.9), tırnak hastalıkları 1 hasta (%0.1) ve diğerleri grubu izlemekteydi. Fungal hastalık grubu içinde görülme sıklığı sırasıyla tinea pedis 37 hasta (%3,3), tinea kapitis 30 hasta (%2,7), tinea versicolor 25 hasta (%2,2), tinea korporis 20 hasta (%1,8) ve tinea inguinalis 13 hasta (%1,2) ilk beş hastalığı oluşturuyordu. Tablo-6 ve Grafik-7 de tanı sınıflaması grupları içerisinde akneiform dermatozlar ve saç hastalıkları erkeklere göre kadınlarda istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülürken fungal hastalıklar erkeklerde istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülmüştür (p<0,001). Diğer tanı sınıflaması grupları yönünden kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p>0,05).

Tablo-6. Tanı gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Tanı Grupları	Toplam (n=1122)	Erkek (n=556)	Kadın (n=566)	p-değeri
Ekzemalar	226 (%20,1)	117 (%21,0)	109 (%19,3)	0,456
Akneiform Dermatozlar	136 (%12,1)	46 (%8,3)	90 (%15,9)	<0,001
Fungal Hastalıklar	157(%13,9)	103 (%18,5)	54 (%9,5)	<0,001
Bakteriyel Hastalıklar	46 (%4,1)	28 (%5,0)	18 (%3,2)	0,117
Viral Hastalıklar	80 (%7,1)	40 (%7,2)	40 (%7,1)	0,934
Paraziter Hastalıklar	34 (%3,0)	15 (%2,7)	19 (%3,4)	0,520
Saç Hastalıkları	78 (%6,9)	25 (%4,5)	53 (%9,4)	<0,001
Eritemli-Skuamlı Hastalıklar	69 (%6,1)	38 (%6,8)	31 (%5,5)	0,344
Büllöz Hastalıklar	5 (%0,4)	0 (%0)	5 (%0,9)	0,062
İlaç Reaksiyonları	10 (%0,8)	2 (%0,4)	8 (%1,4)	0,108
Pigmentasyon Bozuklukları	40 (%3,5)	14 (%2,5)	26 (%4,6)	0,061
Bening-Malign-Premalign Neoplaziler	37 (%3,2)	16 (%2,9)	21 (%3,7)	0,435
Vaskülitler-Vaskülopatik Hastalıklar	29 (%2,5)	17 (%3,1)	12 (%2,1)	0,322
Ürtiker	41 (%3,6)	21 (%3,8)	20 (%3,5)	0,828
Travmatik Hastalıklar	11 (%0,9)	7 (%1,3)	4 (%0,7)	0,348
Diğerleri	122 (%10,8)	67 (%12,1)	55 (%9,7)	0,209

Grafik-7. Olguların tanı grupları yönünden sıklık oranının cinsiyete göre dağılımı

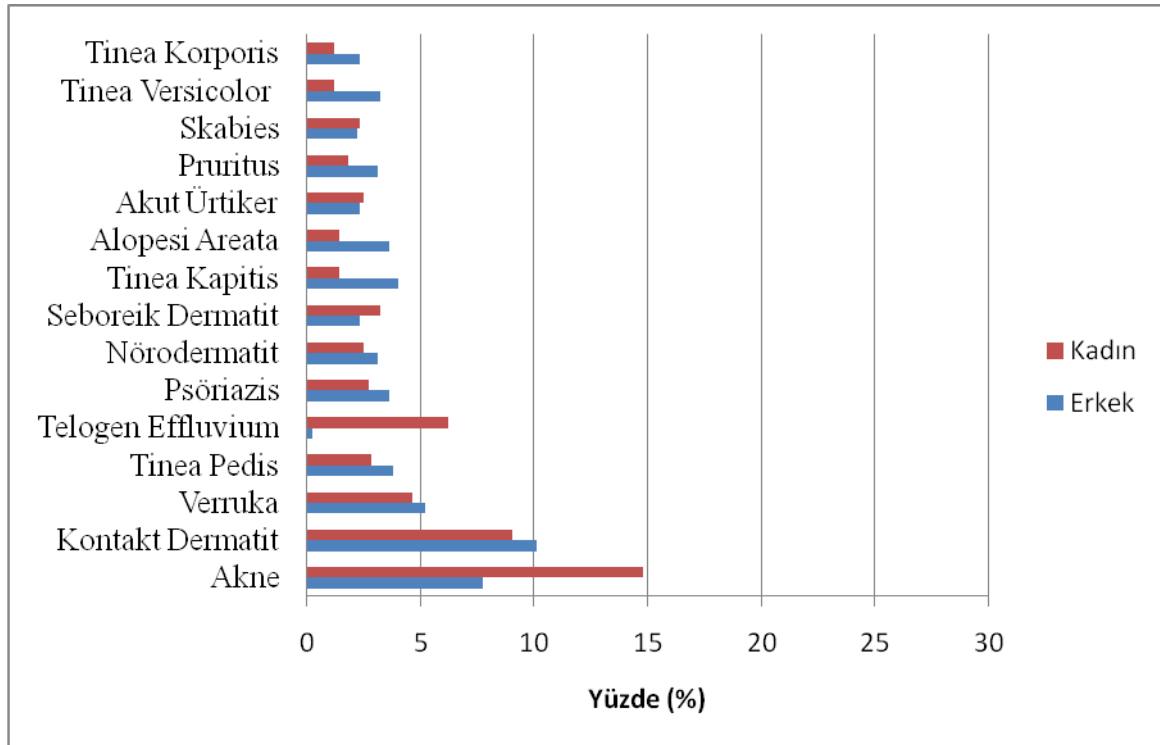


Genel olarak bakıldığında tüm hastalıklar içinde 127 hasta ile (%11.3) akne ilk sırada yer almaktaydı. Ekzema grubu içinde kontakt dermatit 107 hasta ile (%9.5) en sık görülen dermatoz olup tüm hastalıklar arasında ikinci sıklıkta görülüyordu. 55 hasta ile (%4.9) verruka üçüncü en sık görülen hastalıktı. Ekzemalar içerisinde kontakt dermatiti sıklık sırasına göre nörodermatit 31 hasta (%2,8), seboreik dermatit 31 hasta (%2,8), numüler dermatit 14 hasta (%1,2) ve atopik dermatit 13 hasta (%1,2) takip etmekteydi. Tablo-7 ve Grafikte-8’de en sık konulan tanıları içerisinde akne ve telogen effluvium erkeklere göre kadınlarda istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülürken tinea kapitis, alopecia areata ve tinea versicolor erkeklerde istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülmüştür ($p<0,05$). Diğer tanı türleri yönünden kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo-7. Tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların cinsiyete göre dağılımı

Tanımlar	Total (n=1122)	Erkek (n=556)	Kadın (n=566)	p-değeri
Akne	127 (%11,3)	43 (%7,7)	84 (%14,8)	<0,001
Kontakt Dermatit	107 (%9,5)	56 (%10,1)	51 (%9,0)	0,545
Verruka	55 (%4,9)	29 (%5,2)	26 (%4,6)	0,629
Tinea Pedis	37 (%3,2)	21 (%3,8)	16 (%2,8)	0,373
Telogen Effluvium	36 (%3,2)	1 (%0,2)	35 (%6,2)	<0,001
Psöriasis	35 (%3,1)	20 (%3,6)	15 (%2,7)	0,362
Nörodermatit	31 (%2,7)	17 (%3,1)	14 (%2,5)	0,551
Seboreik Dermatit	31 (%2,7)	13 (%2,3)	18 (%3,2)	0,390
Tinea Kapitis	30 (%2,6)	22 (%4,0)	8 (%1,4)	0,008
Alopesi Areata	28 (%2,4)	20 (%3,6)	8 (%1,4)	0,019
Akut Ürtiker	27 (%2,4)	13 (%2,3)	14 (%2,5)	0,882
Pruritus	27 (%2,4)	17 (%3,1)	10 (%1,8)	0,158
Skabies	25 (%2,2)	12 (%2,2)	13 (%2,3)	0,875
Tinea Versikolor	25 (%2,2)	18 (%3,2)	7 (%1,2)	0,023
Tinea Korporis	20 (%1,7)	13 (%2,3)	7 (%1,2)	0,163

Grafik-8. Sık görülen tanıların cinsiyete göre dağılım yüzdeleri



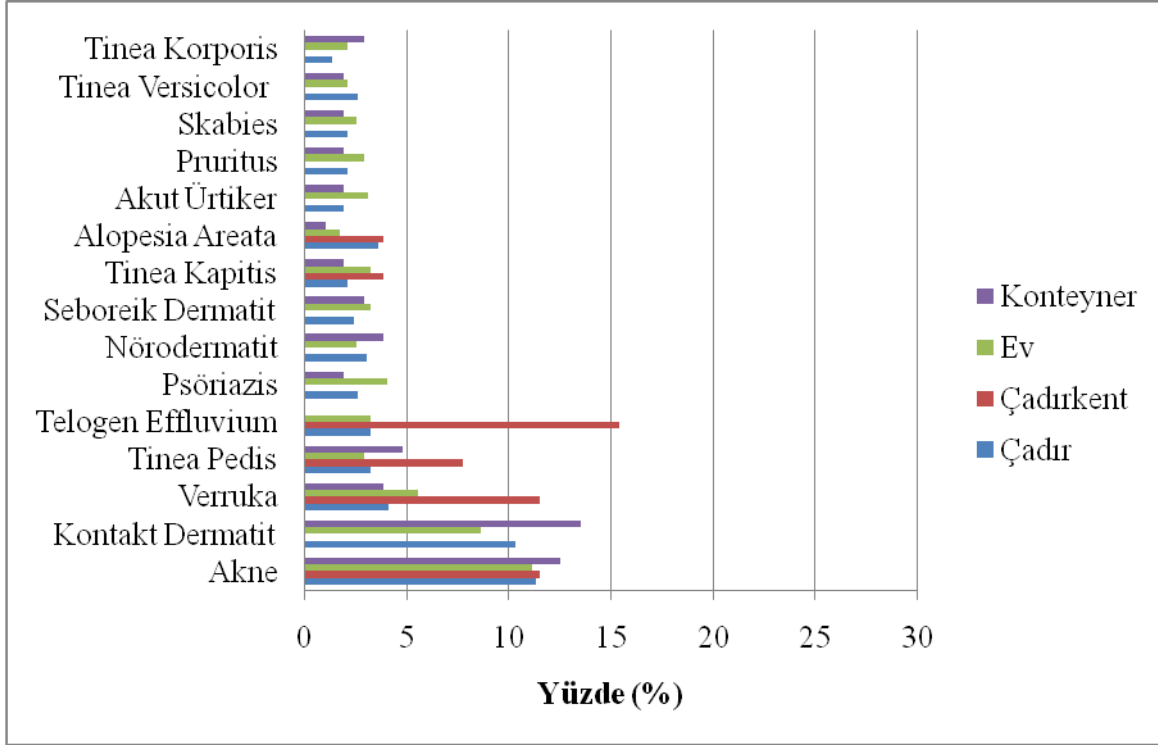
Tablo-8 ve Grafik-9’da en sık konulan tanılar içerisinde depremden sonra olguların kaldıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde çadır, ev ve konteynerde kalanlara göre çadırkentte kalanlara telogen effluvium tanısı istatistiksel anlamlı olarak daha fazla oranda konulmuştur (p=0,014; p=0,010 ve p<0,001). Diğer tanı türleri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p>0,05).

Tablo-8. Deprem sonrası olguların kaldıkları yerlere göre tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların dağılımı

Tanımlar	Çadır (n=468)	Çadırkent (n=26)	Ev (n=524)	Konteyner (n=104)	p-değeri
Akne	52 (% 11,3)	3 (% 11,5)	58 (% 11,1)	13 (% 12,5)	0,981
Kontakt Dermatit	48 (% 10,3)	0 (%0)	45 (%8,6)	14 (% 13,5)	0,143
Verruka	19 (%4,1)	3 (% 11,5)	29 (%5,5)	4 (%3,8)	0,276
Tinea Pedis	15 (%3,2)	2 (%7,7)	15 (%2,9)	5 (%4,8)	0,542
Telogen Effluvium	15 (%3,2) ^a	4 (%15,4) ^{a,b,c}	17 (%3,2) ^b	0 (%0) ^c	0,004
Psöriazis	12 (%2,6)	0 (%0)	21 (%4,0)	2 (%1,9)	0,263
Nörodermatit	14 (%3,0)	0 (%0)	13 (%2,5)	4 (%3,8)	0,550
Seboreik Dermatit	11 (%2,4)	0 (%0)	17 (%3,2)	3 (%2,9)	0,531
Tinea Kapitis	10 (%2,1)	1 (%3,8)	17 (%3,2)	2 (%1,9)	0,673
Alopesi Areata	17 (%3,6)	1 (%3,8)	9 (%1,7)	1 (%1,0)	0,163
Akut Ürtiker	9 (%1,9)	0 (%0)	16 (%3,1)	2 (%1,9)	0,434
Pruritus	10 (%2,1)	0 (%0)	15 (%2,9)	2 (%1,9)	0,579
Skabies	10 (%2,1)	0 (%0)	13 (%2,5)	2 (%1,9)	0,709
Tinea Versicolor	12 (%2,6)	0 (%0)	11 (%2,1)	2 (%1,9)	0,684
Tinea Korporis	6 (%1,3)	0 (%0)	11 (%2,1)	3 (%2,9)	0,463

a=Çadır ile Çadırkent grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p=0,014), b=Çadırkent ile Ev grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p=0,010), c=Çadırkent ile Konteyner grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,001).

Grafik-9. Olguların deprem sonrası kaldıkları yerlere göre en sık görülen tanıların dağılımı



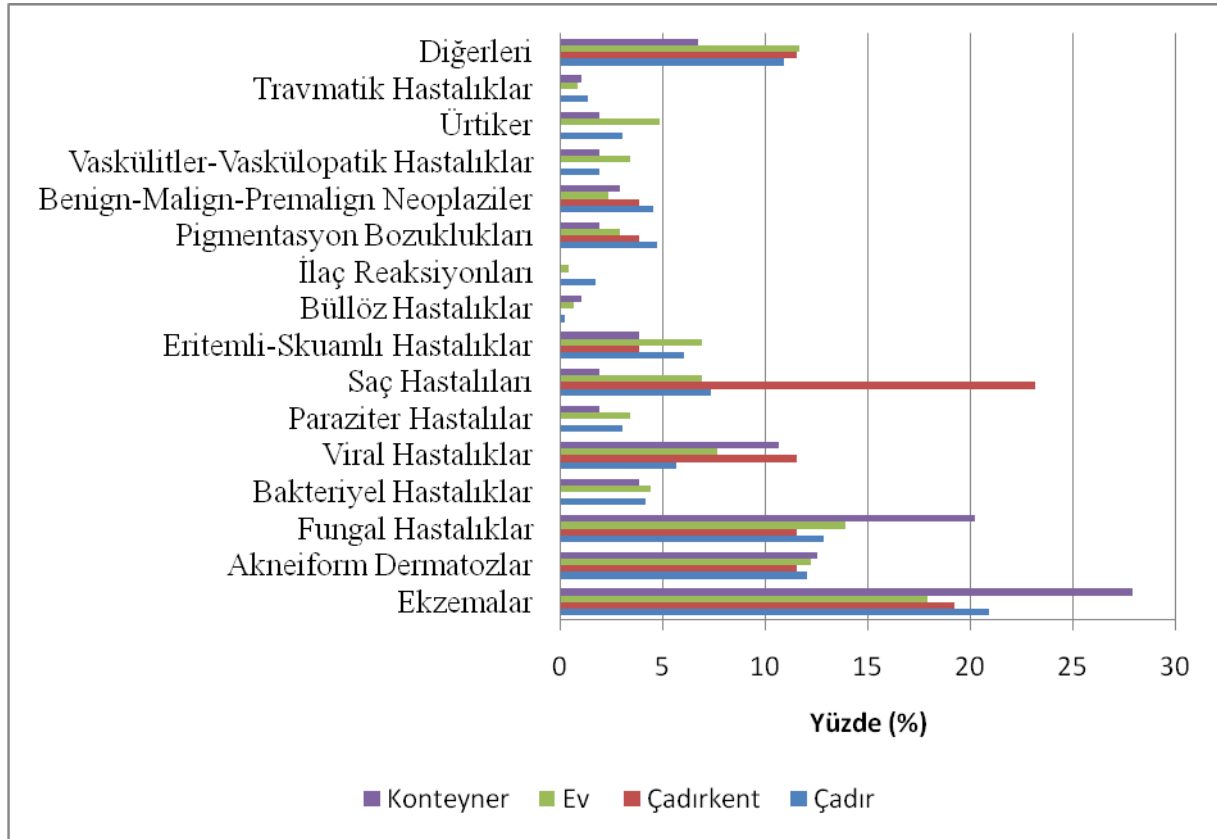
Tablo-9 ve Grafik-10'da tanı sınıflaması grupları içerisinde deprem sonrası çadır ve çadırkentte yaşayan olgulara konteynerde yaşayan olgulara göre daha sık oranda saç hastalıkları tanısı konulmuştur ($p=0,042$ ve $p<0,001$). Diğer tanı sınıflaması grupları yönünden deprem sonrası olguların kaldıkları yerlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo-9. Deprem sonrası olguların kaldıkları yerlere göre tanı gruplarının dağılımı

Tanımlar	Çadır (n=468)	Çadırkent (n=26)	Ev (n=524)	Konteyner (n=104)	p-değeri
Ekzemalar	98 (%20,9)	5 (%19,2)	94 (%17,9)	29 (%27,9)	0,130
Akneiform Dermatozlar	56 (%12,0)	3 (%11,5)	64 (%12,2)	13 (%12,5)	0,998
Fungal Hastalıklar	60 (%12,8)	3 (%11,5)	73 (%13,9)	21 (%20,2)	0,263
Bakteriyel Hastalıklar	19 (%4,1)	0 (%0)	23 (%4,4)	4 (%3,8)	0,511
Viral Hastalıklar	26 (%5,6)	3 (%11,5)	40 (%7,6)	11 (%10,6)	0,205
Paraziter Hastalıklar	14 (%3,0)	0 (%0)	18 (%3,4)	2 (%1,9)	0,497
Saç Hastalıkları	34 (%7,3) ^a	6 (%23,1) ^b	36 (%6,9)	2 (%1,9) ^{a,b}	0,002
Eritemli-Skuamlı Hastalıklar	28 (%6,0)	1 (%3,8)	36 (%6,9)	4 (%3,8)	0,639
Büllöz Hastalıklar	1 (%0,2)	0 (%0)	3 (%0,6)	1 (%1,0)	0,664
İlaç Reaksiyonları	8 (%1,7)	0 (%0)	2 (%0,4)	0 (%0)	0,069
Pigmentasyon	22 (%4,7)	1 (%3,8)	15 (%2,9)	2 (%1,9)	0,336
Bozuklukları					
Bening-Malign-Premalign Neoplaziler	21 (%4,5)	1 (%3,8)	12 (%2,3)	3 (%2,9)	0,282
Vaskülitler-Vaskülopatik Hastalıklar	9 (%1,9)	0 (%0)	18 (%3,4)	2 (%1,9)	0,282
Ürtiker	14 (%3,0)	0 (%0)	25 (%4,8)	2 (%1,9)	0,150
Travmatik Hastalıklar	6 (%1,3)	0 (%0)	4 (%0,8)	1 (%1,0)	0,756
Diğerleri	51 (%10,9)	3 (%11,5)	61 (%11,6)	7 (%6,7)	0,537

a=Çadır ile Konteyner grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,042$),
b=Çadırkent ile Konteyner grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$).

Grafik-10. Olguların deprem sonrası kaldıkları yerlere göre tanı gruplarının dağılımı

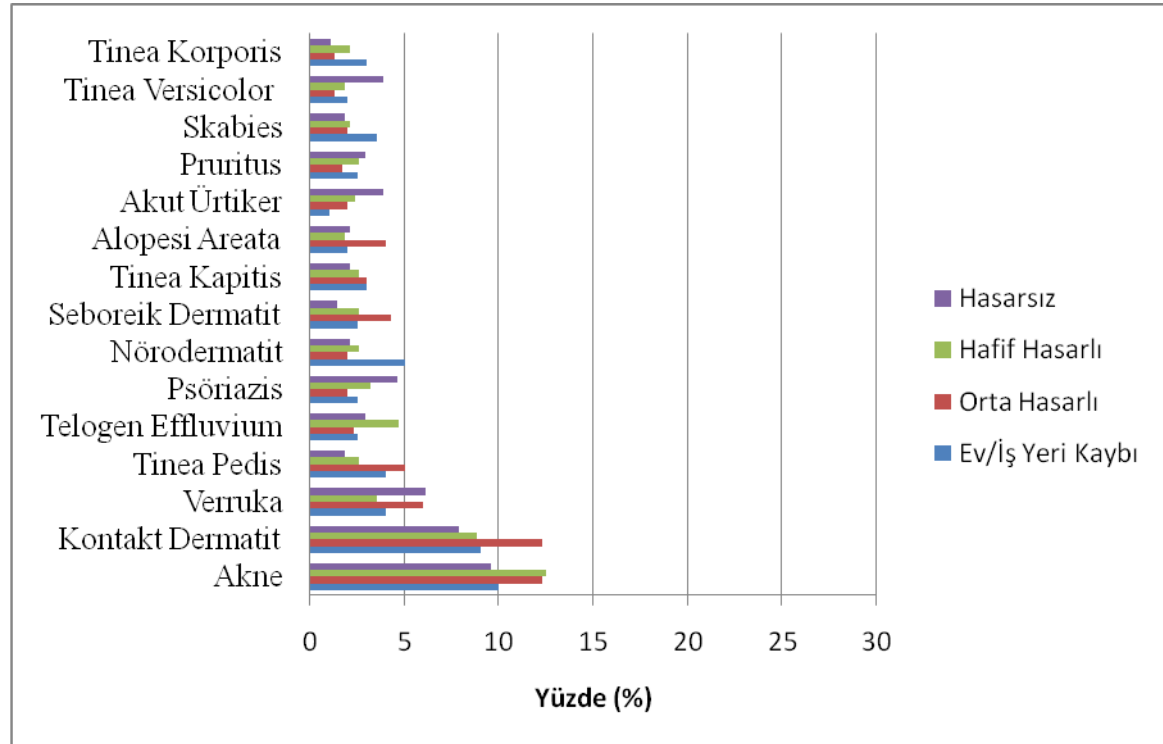


Tablo 10 ve Grafik-11’de en sık konulan tanılar içerisinde tanı türlerinin dağılımı depremden sonra maddi hasar durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo-10. Deprem sonrası olguların maddi hasar durumlarına göre tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların dağılımı

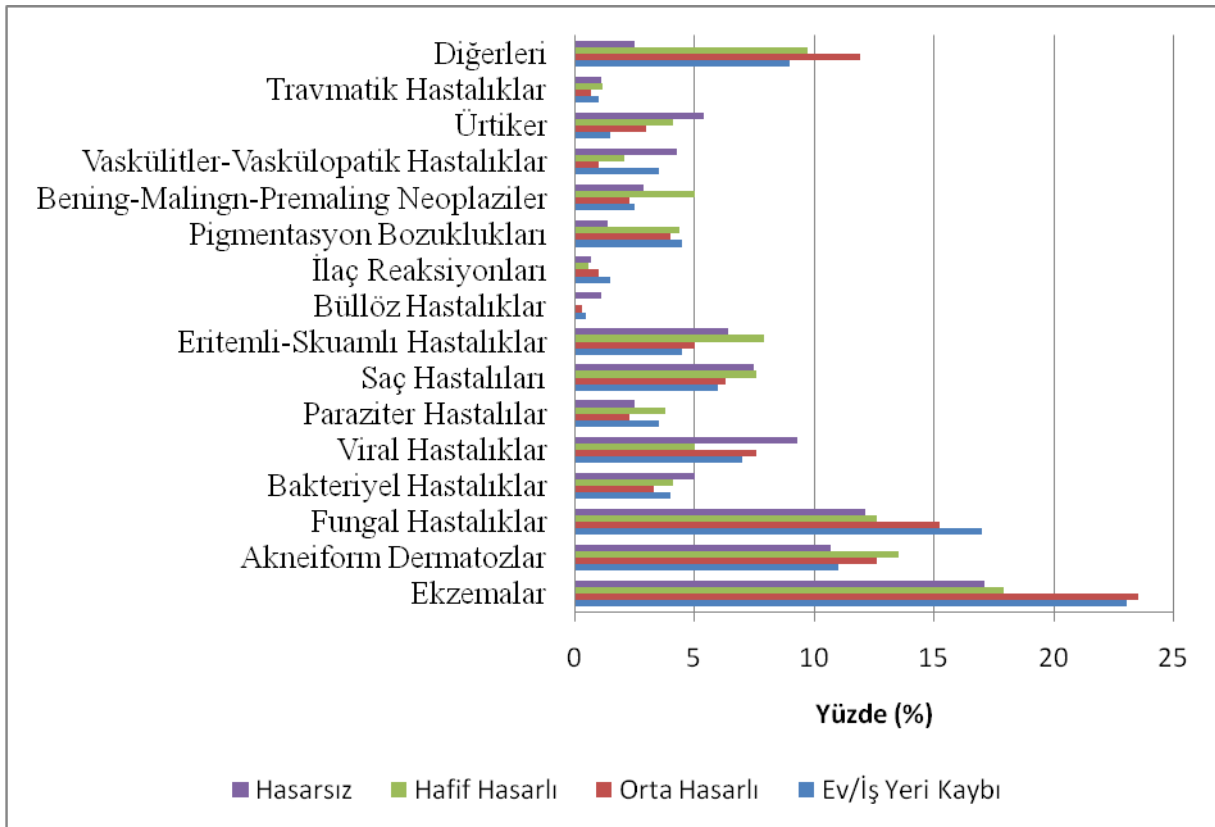
Tanımlar	Ev/İş Yeri Kaybı (n=200)	Orta Hasarlı (n=302)	Hafif Hasarlı (n=340)	Hasarsız (n=280)	p- değeri
Akne	20 (%10,0)	37 (%12,3)	43 (%12,5)	27 (%9,6)	0,575
Kontakt Dermatit	18 (%9,0)	37 (%12,3)	30 (%8,8)	22 (%7,9)	0,288
Verruka	8 (%4,0)	18 (%6,0)	12 (%3,5)	17 (%6,1)	0,352
Tinea Pedis	8 (%4,0)	15 (%5,0)	9 (%2,6)	5 (%1,8)	0,144
Telogen Effluvium	5 (%2,5)	7 (%2,3)	16 (%4,7)	8 (%2,9)	0,301
Psöriazis	5 (%2,5)	6 (%2,0)	11 (%3,2)	13 (%4,6)	0,296
Nörodermatit	10 (%5,0)	6 (%2,0)	9 (%2,6)	6 (%2,1)	0,185
Seboreik Dermatit	5 (%2,5)	13 (%4,3)	9 (%2,6)	4 (%1,4)	0,204
Tinea Kapitis	6 (%3,0)	9 (%3,0)	9 (%2,6)	6 (%2,1)	0,920
Alopesi Areata	4 (%2,0)	12 (%4,0)	6 (%1,8)	6 (%2,1)	0,284
Akut Ürtiker	2 (%1,0)	6 (%2,0)	8 (%2,4)	11 (%3,9)	0,197
Pruritus	5 (%2,5)	5 (%1,7)	9 (%2,6)	8 (%2,9)	0,787
Skabies	7 (%3,5)	6 (%2,0)	7 (%2,1)	5 (%1,8)	0,602
Tinea Versicolor	4 (%2,0)	4 (%1,3)	6 (%1,8)	11 (%3,9)	0,156
Tinea Korporis	6 (%3,0)	4 (%1,3)	7 (%2,1)	3 (%1,1)	0,409

Grafik-11. Deprem sonrası maddi hasar durumlarına göre tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların dağılımı



Grafik-12 ve Tablo 11’de tanı sınıflaması grupları içerisinde deprem sonrası maddi hasar durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Grafik-12. Deprem sonrası olguların maddi hasar durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı



Tablo-11. Deprem sonrası olguların maddi hasar durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı

Tanımlar	Ev/İş Yeri Kaybı (n=200)	Orta Hasarlı (n=302)	Hafif Hasarlı (n=340)	Hasarsız (n=280)	p- değeri
Ekzemalar	46 (%23,0)	71 (%23,5)	61 (%17,9)	48 (%17,1)	0,125
Akneiform Dermatozlar	22 (%11,0)	38 (%12,6)	46 (%13,5)	30 (%10,7)	0,694
Fungal Hastalıklar	34 (%17,0)	46 (%15,2)	43 (%12,6)	34 (%12,1)	0,362
Bakteriyel Hastalıklar	8 (%4,0)	10 (%3,3)	14 (%4,1)	14 (%5,0)	0,787
Viral Hastalıklar	14 (%7,0)	23 (%7,6)	17 (%5,0)	26 (%9,3)	0,221
Paraziter Hastalıklar	7 (%3,5)	7 (%2,3)	13 (%3,8)	7 (%2,5)	0,644
Saç Hastalıkları	12 (%6,0)	19 (%6,3)	26 (%7,6)	21 (%7,5)	0,833
Eritemli-Skuamlı Hastalıklar	9 (%4,5)	15 (%5,0)	27 (%7,9)	18 (%6,4)	0,308
Büllöz Hastalıklar	1 (%0,5)	1 (%0,3)	0 (%0)	3 (%1,1)	0,178
İlaç Reaksiyonları	3 (%1,5)	3 (%1,0)	2 (%0,6)	2 (%0,7)	0,744
Pigmentasyon Bozuklukları	9 (%4,5)	12 (%4,0)	15 (%4,4)	4 (%1,4)	0,166
Benign-Malign- Premalign Neoplaziler	5 (%2,5)	7 (%2,3)	17 (%5,0)	8 (%2,9)	0,206
Vaskülitler- Vaskülopatik Hastalıklar	7 (%3,5)	3 (%1,0)	7 (%2,1)	12 (%4,3)	0,063
Ürtiker	3 (%1,5)	9 (%3,0)	14 (%4,1)	15 (%5,4)	0,136
Travmatik Hastalıklar	2 (%1,0)	2 (%0,7)	4 (%1,2)	3 (%1,1)	0,918
Diğerleri	18 (%9,0)	36 (%11,9)	33 (%9,7)	35 (%12,5)	0,511

Tablo-12’de en sık konulan tanılar içerisinde tanıların dağılımı depremden sonra olguların sağlık kaybı durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$).

Tablo-12. Deprem Sonrası Olguların Sağlık Durumlarına Göre Tüm Hastalar İçerisinde En Sık Görülen Tanıların Dağılımı

Tanımlar	Göçük Altında Kalma/Yaralanma (n=14)	Sağlık Kaybı Yok (n=965)	1.Derece Akraba Kaybı (n=40)	2.Derece Akraba Kaybı (n=103)	p-değeri
Akne	4 (%28,6)	105(%10,9)	5 (%12,5)	13 (%12,6)	0,322
Kontakt Dermatit	0 (%0)	91 (%9,4)	5 (%12,5)	11 (%10,7)	0,342
Verruka	0 (%0)	49 (%5,1)	1 (%2,5)	5 (%4,9)	0,558
Tinea Pedis	0 (%0)	32 (%3,3)	2 (%5,0)	3 (%2,9)	0,728
Telogen Effluvium	1 (%7,1)	30 (%3,1)	0 (%0)	5 (%4,9)	0,268
Psöriazis	1 (%7,1)	27 (%2,8)	3 (%7,6)	4 (%3,9)	0,404
Nörodermatit	0 (%0)	27 (%2,8)	2 (%5,0)	2 (%1,9)	0,641
Seboreik Dermatit	0 (%0)	28 (%2,9)	1 (%2,5)	2 (%1,9)	0,765
Tinea Kapitis	1 (%7,1)	22 (%2,3)	1 (%2,5)	6 (%5,8)	0,230
Alopesi Areata	2 (%14,3)	22 (%2,3)	0 (%0)	4 (%3,9)	0,079
Akut Ürtiker	0 (%0)	25 (%2,6)	2 (%5,0)	0 (%0)	0,082
Pruritus	0 (%0)	27 (%2,8)	0 (%0)	0 (%0)	0,212
Skabies	2 (%14,3)	21 (%2,2)	0 (%0)	2 (%1,9)	0,106
Tinea Versicolor	0 (%0)	22 (%2,3)	1 (%2,5)	2 (%1,9)	0,874
Tinea Korporis	0 (%0)	18 (%1,9)	2 (%5,0)	0 (%0)	0,120

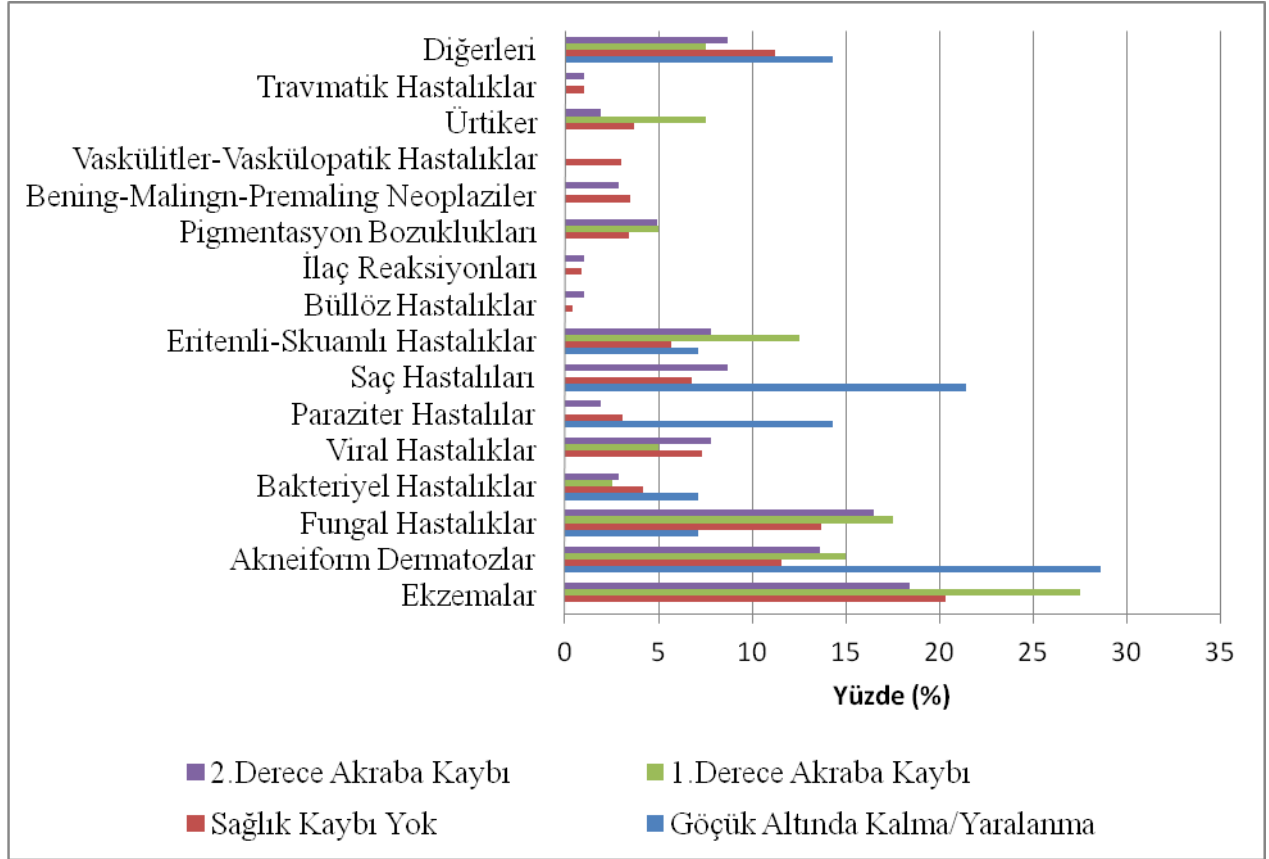
Tablo-13 ve Grafik-13'te tanı sınıflaması grupları içerisinde depremde göçük altında kalma veya yaralanma görülen olgulara depremde 1.derece akrabasını kaybeden olgulara göre daha sık oranda saç hastalıkları tanısı konulmuştur (p=0,015). Diğer tanı sınıflaması grupları yönünden depremde sağlık kaybı durumu göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

Tablo 13. Deprem sonrası olguların sağlık durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı

Tanımlar	Göçük Altında Kalma/Yaralanma (n=14)	Sağlık Kaybı Yok (n=965)	1.Derece Akriba Kaybı (n=40)	2.Derece Akriba Kaybı (n=103)	p-değeri
Ekzemalar	0 (%0)	196(%20,3)	11 (%27,5)	19 (%18,4)	0,166
Akneiform Dermatozlar	4 (%28,6)	112(%11,6)	6 (%15,0)	14 (%13,6)	0,327
Fungal Hastalıklar	1 (%7,1)	132(%13,7)	7 (%17,5)	17 (%16,5)	0,665
Bakteriyel Hastalıklar	1 (%7,1)	41 (%4,2)	1 (%2,5)	3 (%2,9)	0,792
Viral Hastalıklar	0 (%0)	70 (%7,3)	2 (%5,0)	8 (%7,8)	0,483
Paraziter Hastalıklar	2 (%14,3)	30 (%3,1)	0 (%0)	2 (%1,9)	0,102
Saç Hastalıkları	3 (%21,4) ^a	66 (%6,8)	0 (%0) ^b	9 (%8,7)	0,026
Eritemli-Skuamli Hastalıklar	1 (%7,1)	55 (%5,7)	5 (%12,5)	8 (%7,8)	0,393
Büllöz Hastalıklar	0 (%0)	4 (%0,4)	0 (%0)	1 (%1,0)	0,806
İlaç Reaksiyonları	0 (%0)	9 (%0,9)	0 (%0)	1 (%1,0)	0,803
Pigmentasyon Bozuklukları	0 (%0)	33 (%3,4)	2 (%5,0)	5 (%4,9)	0,628
Benign-Malign-Premalign Neoplaziler	0 (%0)	34 (%3,5)	0 (%0)	3 (%2,9)	0,281
Vaskülitler-Vaskülopatik Hastalıklar	0 (%0)	29 (%3,0)	0 (%0)	0 (%0)	0,184
Ürtiker	0 (%0)	36 (%3,7)	3 (%7,5)	2 (%1,9)	0,336
Travmatik Hastalıklar	0 (%0)	10 (%1,0)	0 (%0)	1 (%1,0)	0,778
Diğerleri	2 (%14,3)	108(%11,2)	3 (%7,5)	9 (%8,7)	0,731

a=Göçük altında kalma, yaralanma grubu ile 1.derece akriba kaybı grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p=0,015).

Grafik-13. Deprem sonrası olguların sağlık durumlarına göre tanı gruplarının dağılımı



Tablo-14'te en sık konulan tanılar içerisinde tanı türlerinin dağılımı depremden sonra psikiyatrik hastalık tedavisi alan ve almayan gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$).

Tablo-14. Tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların deprem sonrası psikiyatrik tedavi alıp almamaya göre dağılımı

Tanımlar	Psikiyatrik tedavi alan hastalar (n=43)	Psikiyatrik tedavi almayan hastalar (n=1079)	p-değeri
Akne	7 (%16,3)	120 (%11,1)	0,321
Kontakt dermatit	4 (%9,3)	103 (%9,5)	1,000
Verruka	1 (2,3)	54 (%5,0)	0,719
Tinea Pedis	3 (%7,0)	34 (%3,2)	0,165
Telogen Effluvium	2 (%4,7)	34 (%3,2)	0,645
Psöriazis	3 (%7,0)	32 (%3,0)	0,147
Nörodermatit	1 (%2,3)	30 (%2,8)	1,000
Seboreik Dermatit	0 (%0)	31 (%2,9)	0,628
Tinea Capitis	0 (%0)	30 (%2,8)	0,626
Alopesi Areata	2 (%4,7)	26 (%2,4)	0,292
Akut Ürtiker	0 (%0)	27 (%2,5)	0,621
Pruritus	1 (%2,3)	26 (%2,4)	1,000
Skabies	0 (%0)	25 (%2,3)	0,621
Tinea Versicolor	2 (%4,7)	23 (%2,1)	0,248
Tinea Korporis	2 (%4,7)	18 (%1,7)	0,177

Tablo-15’de tanı sınıflaması grupları içerisinde depremden sonra psikiyatrik hastalık tedavisi alan ve almayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo-15. Tanı gruplarının deprem sonrası psikiyatrik tedavi alan ve almayan gruplara göre dağılımı

Tanı Grupları	Psikiyatrik tedavi alan hastalar (n=43)	Psikiyatrik tedavi almayan hastalar (n=1079)	p-değeri
Ekzemalar	7 (%16,3)	219 (%20,3)	0,519
Akneiform Dermatozlar	7 (%16,3)	129 (%12,0)	0,394
Fungal Hastalıklar	8 (%18,6)	149 (%13,8)	0,374
Bakteriyel Hastalıklar	2 (%4,7)	44 (%4,1)	0,695
Viral Hastalıklar	1 (%2,3)	79 (%7,3)	0,360
Paraziter Hastalıklar	0 (%0)	34 (%3,2)	0,637
Saç Hastalıkları	5 (%11,6)	73 (%6,8)	0,215
Eritemli-Skuamlı Hastalıklar	4 (%9,3)	65 (%6,0)	0,331
Büllöz Hastalıklar	1 (%2,3)	4 (%0,4)	0,178
İlaç Reaksiyonları	0 (%0)	10 (%0,9)	1,000
Pigmentasyon Bozuklukları	1 (%2,3)	39 (%3,6)	1,000
Benign-Malign-Premalign Neoplaziler	1 (%2,3)	36 (%3,3)	1,000
Vaskülitler-Vaskülopatik Hastalıklar	0 (%0)	29 (%2,7)	0,624
Ürtiker	1 (%2,3)	40 (%3,7)	1,000
Travmatik Hastalıklar	1 (%2,3)	10 (%0,9)	0,351
Diğerleri	3 (%7,0)	119 (%11,0)	0,615

Tablo-16’da en sık konulan tanılar içerisinde Şubat 2012 döneminde hastaneye başvuran gruba Ocak 2012 döneminde hastaneye başvuran gruba göre akne ve nörodermatit tanıları istatistiksel anlamlı olarak daha sık ($p=0,017$ ve $p=0,044$), psöriazis tanısı ise istatistiksel anlamlı olarak daha az konulmuştur ($p=0,010$). Diğer tanı türleri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo-16. Tüm hastalar içerisinde en sık görülen tanıların olguların hastaneye başvuru zamanlarına göre dağılımı

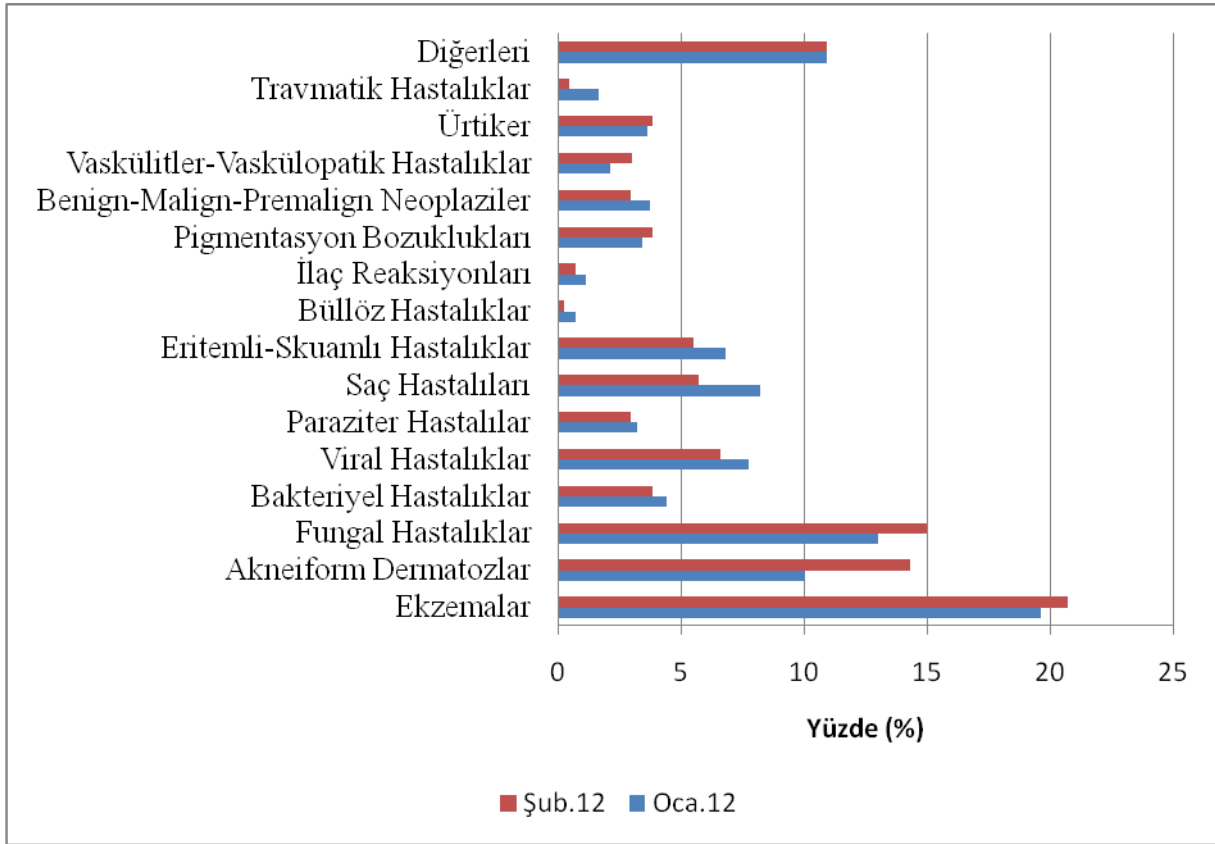
Tanımlar	Ocak 2012 (n=562)	Şubat 2012 (n=560)	p-değeri
Akne	51 (%9,1)	76 (%13,6)	0,017
Kontakt Dermatit	49 (%8,7)	58 (%10,4)	0,350
Verruka	31 (%5,5)	24 (%4,3)	0,340
Tinea Pedis	17 (%3,0)	20 (%3,6)	0,608
Telogen Effluvium	21 (%3,7)	15 (%2,7)	0,315
Psöriazis	25 (%4,4)	10 (%1,8)	0,010
Nörodermatit	10 (%1,8)	21 (%3,8)	0,044
Seboreik Dermatit	19 (%3,4)	12 (%2,1)	0,206
Tinea Kapitis	14 (%2,5)	16 (%2,9)	0,704
Alopesi Areata	17 (%3,0)	11 (%2,0)	0,255
Akut Ürtiker	13 (%2,3)	14 (%2,5)	0,838
Pruritus	15 (%2,7)	12 (%2,1)	0,565
Skabies	12 (%2,1)	13 (%2,3)	0,833
Tinea Versicolor	16 (%2,8)	9 (%1,6)	0,159
Tinea Korporis	6 (%1,1)	14 (%2,5)	0,070

Tablo-17 ve Grafik-14'te tanı sınıflaması grupları içerisinde Ocak 2012 döneminde hastaneye başvuran gruba göre Şubat 2012'de hastaneye başvuran grupta akne tanısı istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülürken travmatik hastalıklar istatistiksel anlamlı olarak daha nadir görülmüştür (p=0,027 ve p=0,034). Diğer tanı sınıflaması grupları yönünden Ocak 2012 ve Şubat 2012 döneminde polikliniğe başvuran gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p>0,05).

Tablo-17. Tanı gruplarının Ocak 2012 ve Şubat 2012 dönemlerinde hastaneye başvuran gruplara göre dağılımı

Tanı Grupları	Ocak2012 (n=562)	Şubat2012 (n=560)	p-değeri
Ekzemalar	110 (%19,6)	116 (%20,7)	0,634
Akneiform Dermatozlar	56 (%10,0)	80 (%14,3)	0,027
Fungal Hastalıklar	73 (%13,0)	84 (%15,0)	0,332
Bakteriyel Hastalıklar	25 (%4,4)	21 (%3,8)	0,555
Virial Hastalıklar	43 (%7,7)	37 (%6,6)	0,497
Paraziter Hastalıklar	18 (%3,2)	16 (%2,9)	0,736
Saç Hastalıkları	46 (%8,2)	32 (%5,7)	0,104
Eritemli-Skuamlı Hastalıklar	38 (%6,8)	31 (%5,5)	0,393
Büllöz Hastalıklar	4 (%0,7)	1 (%0,2)	0,374
İlaç Reaksiyonları	6 (%1,1)	4 (%0,7)	0,753
Pigmentasyon Bozuklukları	19 (%3,4)	21 (%3,8)	0,739
Benign-Malign-Premalign Neoplazi	21 (%3,7)	16 (%2,9)	0,409
Vaskülitler-Vaskülopatik Hastalıklar	12 (%2,1)	17 (%3,0)	0,342
Ürtiker	20 (%3,6)	21 (%3,8)	0,864
Travmatik Hastalıklar	9 (%1,6)	2 (%0,4)	0,034
Diğerleri	61 (%10,9)	61 (%10,9)	0,983

Grafik-14. Ocak 2012 ve Şubat 2012 dönemlerinde olguların tanı gruplarına göre dağılımı



5. TARTIŞMA

Depremler, tsunamiler, hortumlar, kasırgalar, seller, volkanik patlamalar ve çığ gibi doğal felaketler dünyanın birçok yerinde sıklıkla meydana gelmekte ve insan derisi üzerinde etkileri olmaktadır (153). Deprem gibi afet olaylarında fiziksel yaralanmalar, zararlı çevreye maruz kalma, malnütrisyon, hijyenik olmayan koşullar ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama akut dermatolojik semptomların ortaya çıkmasına sebep olur. Deri hastalıkları dünya çapında birinci basamakta en sık görülen hastalıklar olup prevalansı gelişmekte olan ülkelerde % 20-50'dir (154). Dermatolojik hastalıkların çevresel ve iç faktörlerden ayrılamayacağı bir gerçektir. Çalışmamızda Van ilinde meydana gelen birinci ve ikinci deprem sonrası polikliniğimize başvuran hastaların dermatolojik şikayetleri ile bu şikayetlerin deprem ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi, depremin kişiler üzerinde oluşturduğu olumsuz psikoloji,

deprem sonrası yaşam kalitesindeki değişiklik ve görülen olumsuz yaşam koşulları, kış şartları nedeniyle soğuk havaya maruziyetin deri hastalıklarının ortaya çıkışına etkisini araştırdık.

Olgular tanı grupları yönünden incelendiğinde en büyük grubu ekzemalar oluşturuyordu (%20.1). Bunu sıklık sırasına göre fungal hastalıklar (%14), akneiform dermatozlar (% 12.1) ve viral hastalıklar (% 7.1) takip etmekteydi. Tüm hastalık gruplarının en sık görüleni olan ekzema grubu (%20,1) içinde kontakt dermatit 107 hasta ile (%9.5) en sık görülen dermatoz olup, tüm hastalıklar arasında akneden sonra ikinci sıklıkta görölüyordu. Çalışmamızda ekzemaların fazla olması depremden sonra depremedelerin çoğunun çadır, konteyner vb. ev dışı yaşam alanlarında yaşamaya başlamalarına, evlerinde sahip oldukları bulaşık veya çamaşır makinesi gibi araçlardan mahrum kaldıkları için bulaşık ve çamaşırını elle yıkamaya başlayarak daha fazla kimyevi maddelerle temas halinde olmalarına bağlı olabilir. Ayrıca deprem nedeniyle evlerde doğal gazın kesilmesi, kış şartları nedeniyle soğuğa maruziyet ve ısınma problemleri nedeniyle çoğu ailenin soba kullanmaya başladıkları için odun kırma sonrasında friksiyon ve odun-kömür tozu gibi iritanlara maruziyetin kontakt dermatit sıklığını arttırmış olabileceğini düşünüyörüz. Çalışmada deprem sonrası sağlık kaybı, maddi kayıp, kalınan yer, cinsiyet ve dönemlerine (ocak, şubat) göre ile ekzema sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görölmedi ($p>0,05$). Tsunami sonrası yapılan bir çalışmada ekzemaların (%29,8), infeksiyon–infestasyondan sonra en sık görülen ikinci deri problemi olduğu, bu vakaların dörtte üçünü kontakt dermatitin oluşturduğu belirtilmiştir. İrritan kontakt dermatit sıklığının artmasının kirlenmiş kontamine tozlar ile temasın artmasına, deterjanların kullanılmasına, derinin su ve yoğun neme bağlı maserasyonunun artmasına veya sürtünmeye maruz kalmasına bağlı olabileceği düşünölmüştür (156). Yine bir tsunami sonrası yapılan çalışmada ise ekzemalar %17,2 oranında bulunmuştur (170). Deprem sonrası yapılan başka bir çalışmada ise ekzemalar %17,3 olarak tespit edilmiştir (154).

Ölkemizin farklı sosyoekonomik ve coğrafi bölgelerinde infeksiyon-infestasyon insidansı normal koşullarda değişik kliniklerde %36,4 ile %42,6 arasında değişmektedir (157, 158). Literatür araştırmalarında depremin dermatolojik hastalıklar üzerindeki etkisi hakkında yapılmış birkaç çalışma vardır. Bu çalışmaların birinde Bayramgürler ve ark.'ı Marmara depremi sonrası en yaygın deri problemlerinin infeksiyonlar-infestasyonlar olduğunu, bunların kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Aynı zamanda kutanöz yüzeyel fungal infeksiyonların infeksiyon- infestasyon vakalarının çoğunu oluşturduğunu da bildirmişlerdir. Deprem sonrası yapılan bu çalışmada en sık görülen fungal infeksiyon tinea pedis olarak bulunmuştur (5). Çalışmamızda ise ekzema grubu hastalıklarından sonra en sık

görülen hastalık grubu fungal hastalıklardı. Bayramgürler ve ark.'nın çalışmasına benzer şekilde en sık görülen fungal infeksiyon tinea pedis olarak tespit edildi (% 3.3). Stratigos ve ark. da yaşam koşulları deprem gruplarına benzer olduğu kabul edilen barınakta yaşayan 142 erkek üzerinde yapılan çalışmada tinea pedisin en yaygın dermatoz olduğunu bildirmişlerdir (159). Japonya'da tsunamiden sonra yapılan bir çalışmada ise kutanöz yüzeysel fungal infeksiyonların içinde en sık tinea corporis görüldüğü bildirilmiştir (156). Çalışmamızda fungal hastalıklar içerisinde tinea kapitis ve tinea versikolor erkeklerde kadınlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha sık görüldü ($p<0,05$). Ancak deprem sonrası sağlık kaybı, maddi kayıp, kalınan yer ve dönemler ile fungal hastalık sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Yaptığımız çalışmada hastalık grupları arasında üçüncü sıklıkta görülen akneiform dermatozlar içinde yer alan akne(% 11.3) tüm hastalıklar arasında ilk sırada görülmekteydi. Akne, pilosebace ünitenin kronik iltihabi bir hastalığı olup, her iki cinste ve tüm ırklarda eşit oranda görülür (155). Faria Asad ve ark.'ı tarafından deprem sonrası yapılan çalışmada akne sıklığı % 7.6 olarak bulunmuştur (154). Çalışmamızda ise toplamda 127 hasta (%11,3) olan akne hastalarının 43'ü (%7.7) erkek ve 84'ü (%.14.8) kadın hastalardı. En sık konulan tanılar içerisinde erkeklere göre kadınlarda akne, istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülmüştür ($p<0,05$). Bunun sebebi depremden dolayı oluşan olumsuz durumun kadınlarda hormonal dengeye akne oluşumu yönünden daha fazla etki etmesi ya da toplumumuzdaki ataerkil yaşamdan kaynaklı erkeklerin deprem sonrası meydana gelen hasarı gidermeye çalışırken kadınların ise kendileri ile ilgili sorunları gidermeye çalışmalarını ile ilgili olabilir. En sık konulan tanılar içerisinde Ocak 2012 döneminde hastaneye başvuran gruba göre Şubat 2012'de başvuran gruba akne tanısı istatistiksel anlamlı olarak daha sık ($p=0,017$) konuldu. Bu durumu deprem sonrasında zaman geçtikçe depremin etkisinden uzaklaşarak insanların daha çok kendi kişisel problemlerine önem vermeye başlamalarına, olumsuz yaşam koşullarından ve emosyonel stresten daha uzun süre etkilenmelerine bağladık.

Stres, travma, sigara, uykusuzluk ve beslenme bozukluğu, alkol kullanımı gibi durumlar vücut direncini düşürerek infeksiyonlara yol açmaktadır. Bu infeksiyonların başında gelen human papilloma virüsün infeksiyonlarında emosyonel stresin başlatıcı ve tetikleyici etkisi üzerindeki veriler giderek artmakta olup stres sonucunda serbestleşen immünomodülan sinyal moleküllerinin (katekolamin, sitokin, glukokortikoid) hücrel immün yanıtı bozarak virüslerin aktivasyonuna katkıda bulunduğu bilinmektedir (150). Faria Asad ve ark.'ı (154) tarafından deprem sonrası yapılan çalışmada viral hastalıklar % 1.8 iken çalışmamızda viral hastalıklar 80

hasta ile (% 7,1) dördüncü en sık görülen hastalık grubu olarak bulunmuştur. Viral hastalıklar içinde en sık görülen verruka, tüm hastalıklar arasında 55 hasta ile (%4.9) üçüncü en sık görülen hastalık oldu. Verrukanın sık görülme nedenlerinin depremin oluşturduğu travmatik stres ve hastaların depremden sonraki ilk aylarda tedavilerini öncelikli bulmamaları sonucunda çalışmamız döneminde polikliniğimize başvurmuş olmaları olduğunu düşünüyoruz.

Bazı çalışmalarda telogen effluvium erkeklerde nadir olarak bildirilmiş, bu durum genellikle erkeklerin kısa saçlı olmalarına ve saç dökülmesine duyarsız olmalarına bağlanmıştır (160). Alopesi areata ise her iki cinsiyette eşit oranlarda görülmekte ve tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilmektedir (161). Her iki hastalıkta da hastalığın ortaya çıkışı, gelişimi ve tedavisinde psikolojik faktörlerin önemi bir yeri vardır (116, 126, 127). Faria Asad ve ark.'ı tarafından deprem sonrası yapılan çalışmada alopesi areata %2.3 olarak bulunmuştur (154). Çalışmamızda ise alopesi areata daha yüksek olup %5 olarak bulundu ve kadınlara göre erkeklerde alopesi areata istatistiksel anlamlı olarak daha sık görüldü ($p<0,05$). Ancak deprem sonrası sağlık kaybı, maddi kayıp, kalınan yer ve dönemler ile alopesi areata sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Çalışmamızda en sık konulan tanılar içerisinde erkeklere göre kadınlarda telogen effluvium istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıca en sık konulan tanılar içerisinde depremden sonra olguların kaldıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde çadır, ev ve konteynerde kalanlara göre çadırkentte kalanlarda telogen effluvium tanısı istatistiksel anlamlı olarak daha fazla oranda konuldu. Çalışmamızdaki bu oranın daha fazla olmasını ev ve konteynerde kalan afetzedelerin yaşam şartlarının fazla değişmemiş olmasına, çadırda kalan afetzedelerin de genel olarak çadırlarını deprem korkusuyla girmekten çekindikleri az hasarlı ya da hasarsız evlerine yakın kurdukları için çeşitli kişisel ihtiyaçlarını evlerinde karşıladıklarından yaşam şartlarının fazla değişmemiş olmasına ancak çadırkentte yaşayan afetzedelerin ise tüm düzenlerini değiştirerek orta hasarlı ya da yıkılmış evlerini bırakarak yaşamak zorunda kalmalarına ve bu durumun stresi daha çok arttırmış olmasına bağladık.

Psoriasis, vitiligo, ürtiker ve nörodermatit benzeri dermatolojik hastalıklar stres sonucu artmaktadır. Çalışmamızı önceki çalışmalarla karşılaştırdığımızda psoriasis vakasında artış gördük (%1-1,5 'a % 3.1) (162, 163). Faria Asad ve ark.'ı tarafından deprem sonrası yapılan çalışmada psoriasis görülme oranı %5.1 olup bizim çalışmamızdan (%3.1) daha yüksekti, fakat bu çalışmanın bizim çalışmamızla ortak yönü deprem sonrası psoriasisde artış görülmüş olmasıdır (154). Her iki çalışmada da psoriasisde artış görülmüş olmasının muhtemel sebebi olarak deprem ve sonrasında oluşan olumsuz yaşam koşullarının ortaya çıkardığı stresli yaşam

olaylarının etkili olduğunu düşündük. Posttravmatik stres bozukluğunda karşılaşılan iç duygusal durumun düzenlenmesindeki zorluklar trikotillomani, dermatitis artefakta, nörotik ekskoriasyon gibi oluşan hastalıklarla kişinin kendi derisine zarar vermesine neden olan gerilim azaltıcı davranışları ortaya çıkarmaktadır. Çalışmamızda olduğu gibi Faria Asad ve ark.'ının yaptığı çalışmada da bu psikokutan dermatozlar, hastalıkların çok küçük bir grubunu temsil etmektedir. Fakat Bari ve ark.'ı deprem sonrası yaptıkları çalışmalarında bu dermatozlarda önemli artış bulmuşlardır (164). Çalışmalar arası bu farklılık, çalışmanın yapılmaya başlandığı zaman ile bölgelerde depremin olduğu tarih arasındaki süre farkı, depremin büyüklüğü, oluşturduğu yıkım oranı, deprem merkezinin yerleşim alanlarına yakınlığı, afet sonrası oluşan yaşam koşulları ve örneklem farklılıkları gibi nedenlere bağlanabilir. Çalışmamızda tanılar içerisinde Şubat 2012 döneminde hastaneye başvuran gruba göre Ocak 2012'de başvuran gruba psoriasis tanısı istatistiksel anlamlı olarak daha sık konulmuştur ($p=0,010$). Ancak deprem sonrası sağlık kaybı, maddi kayıp ve kalınan yer ile psoriasis sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Pakistan'da 2005 yılındaki depremden dört ay sonra Bari ve ark.'ı deri hastalıklarının sıklığını araştırdıkları çalışmalarında en fazla bakteriyel infeksiyonların görüldüğünü bildirmişlerdir (164). Bari ve ark.'nın çalışmasında bakteriyel infeksiyon en sık görülen hastalık grubuyken bizim çalışmamızda bakteriyel infeksiyon sıklığı Bari ve ark.'nın çalışmasına göre daha düşük çıkmış olup, dermatolojik hastalık grupları arasında 7. sırada yer almaktaydı. Yine aynı depremden bir yıl sonra Faria Asad ve ark.'ı tarafından yapılan bir çalışmada yaşam koşullarının ve sağlık hizmetlerinin yetersiz olmasına bağlı skabiyesin (% 39.5) en sık görülen hastalık olduğu ardından akne ve ekzemaların sık görülen hastalıklar olduğunu ancak mantar infeksiyonlarına daha az sıklıkta rastlandığını bulmuşlardır (154). Çalışmamızda ise genel olarak bakıldığında tüm hastalıklar içinde skabiyesine % 2.2'lik oranla az sıklıkta rastlanmaktaydı. Bu iki çalışmada skabiyeadaki bu farkın nedeni ülkeler arası sosyoekonomik durum, depremin şiddeti, alt yapı yıkımlarının oranı, deprem sonrası barınaklarda kalınan kalabalığın değişkenliği, depremlerin oluş tarihleri açısından zamanla eğitimin-temizlik imkanlarının iyileşmesiyle giderek hijyen imkanlarının artması ve mevsimsel özelliklerin farklılıklarına bağladık.

Çeşitli çalışmalar, evsiz insanlarda bakteriyel, mantar ve parazitik infestasyonların insidansında artış rapor etmektedir. Kutanöz hastalıklar evsiz insanlarda sık bir morbidite nedenidir. Barınaklardaki kalabalık, malnütrüsyon, olumsuz çevreye maruziyet, psikiyatrik hastalık, fiziksel yaralanma, yetersiz özbakım ve çevresel patojenlere maruz kalma kutanöz

infeksiyon riskini arttırmaktadır (165, 166). Düzce depreminden bir ay sonra Öztaş ve ark.'ı tarafından 1200 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada 185 kişide deri hastalıkları saptamışlardır. Bu deri hastalıklarının en büyük grubunu pedikülozis kapitis ve skabies gibi paraziter hastalıkların (%6,5) oluşturduğu görülmüştür. Paraziter infeksiyonu olan bu hastaların genelde genç hasta grupları olduğu, bu durumun birbirleri ile olan sık temas ve hijyenik koşulların eksikliği nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği belirtilmiştir (167). Çalışmamızda ise paraziter hastalıklar %2,5 olup skabiyes (%2.2) az görüldüğü gibi pedikülozis kapitis de (%0.3) az görülen paraziter hastalıktı. Öztaş ve ark.'ı tarafından yapılan aynı çalışmada fronkül, impetigo kontagioza ve selülit gibi bakteriyel ve tinea pedis gibi fungal hastalıkların sıklığı %3 olarak bulunmuş ve hijyenik koşullardaki eksiklik nedeniyle ortaya çıktığı görüşüne varılmıştır. Bizim çalışmamızda bakteriyel ve fungal hastalıklar daha sık görüldü (% 18,0). Folikülit, fronkül, impetigo kontagioza ve selülit gibi bakteriyel hastalıkların sıklığı %4.1, tinea pedis, tinea kapitis ve tinea korporis gibi fungal hastalıkların sıklığı ise %13,9 idi. Bu hastalıkların oluşma sebeplerinin hijyenik koşulların eksikliği ve hastaların barınma problemlerinden dolayı kalabalık ortamlarda kalmasına bağlı olabileceğini düşündük.

Parmaklar, burun, kulaklar, bacak distallerinin sıklıkla etkilendiği soğuk hasarının hafif formu olan pernio soğuk iklim bölgelerinde görülür (168). Ülkemizde gerçek sıklığı bilinmemektedir. Çalışmamızda pernio sıklığı %1.3 olarak saptandı. Depremin kış aylarında olması, soğuk su ve hava ile temasın olması, ısınmanın soba ile yapılması nedeniyle sürekli ısının değişmesi gibi nedenlerin bu oranın oluşmasında etkili olduğunu düşünüyoruz. Ülkemizde 1999 yılının Ağustos ayında gerçekleşen Marmara depreminin yaz mevsiminde ve yine aynı yılın Kasım ayında gerçekleşen Düzce depreminin sonbahar mevsiminde olması nedeniyle bu depremlerden sonra yapılan çalışmalarda ya pernioya rastlanmamıştır ya da diğerleri başlığı altında az sıklıkta görülmüştür (5, 167).

Psikolojik travma bireyin dayanma kapasitesini etkileyen olayları içermektedir. Travmanın etkisi ortadan kalksa bile tekrarlayan ve kronik dermatolojik semptomlarla sonuçlanabilmektedir. Kutanöz duyusal çağrışımlar (travmatik deneyimin duyusal bileşenlerinin fragmanları olabilirler), otonomik aşırı uyarılma (aşırı terleme veya alta yatan strese bağlı dermatitte alevlenme) ve kutanöz şekilde bireyin kendini yaralaması gibi (trikotillomani, dermatitis artefakta ve nörotik ekskoriasyon) travmaların ardından dermatoloji kliniğine başvuran hasta sayısında artış olduğu not edilmiştir (169). Deprem, uçak kazası veya cinsel saldırı gibi psikolojik stres oluşturan çeşitli durumlar dermatolojik hastalıkların geniş bir bölümünde etyolojik veya tetikleyici faktör olarak uzun süredir tanımlanmaktadır.

Psikopatolojik hastalığın başarılı tedavisi yalnızca dermatolojik hastalıkların kontrolüne bağlı değil aynı zamanda altta yatan psikopatolojinin tanımlanması ve tedavisine de bağlıdır (154). Polikliniğimize başvuran trikotillomani, nörotik ekskoriasyon, alopesia areata, ürtiker ve psoriasis gibi psikutanöz hastalık tanısı alan hastaların tedavileri düzenlendikten sonra tedavilerinin etkinliği açısından ayrıca psikiyatri kliniğine konsülte edilmektedirler. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışması bu tür hastaların tedavi alma sürelerini kısaltır, hastaların yaşam kalitelerini yükseltir, insan gücünü artırır ve tedavi giderlerini azaltır. Böylece hem aile hem de ülke ekonomisine katkı sağlanır.

Deprem sonrası Bayramgürler ve ark.'ı tarafından yapılan çalışmada evsiz insanlarda dermatolojik semptomların yaygın olduğunu ve bunların içinde psikojenik deri bozukluklarının (psikokutanöz hastalıklar) önemli sayılarda gözlemlendiğini (%7,7) saptamışlardır (5). Yine Faria Asad ve ark.'ının depremden sonra yaptığı çalışmada dermatolojik hastaların yarısından fazlasında psikiyatrik morbidite görülmüş ve bu durum hikayesinde ekonomik kayba uğramış veya sevdiği birini kaybetmiş insanlarda daha fazla tespit edilmiştir. Buna bağlı psikolojik sorunların medikal hastalıkların klinik resmini değiştirdiği ve ciddiyetini arttırdığı ayrıca bu psikiyatrik problemlerin tanımlanmasının hastaya uygun tedavi için gerektiği düşünülmüş (154). Çalışmamızda alopesia areata, pruritus, ürtiker, nörodermatit ve psoriasis gibi psikojenik hastalıklar ile yakınlarının kaybı ve ekonomik kayıp arasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık yoktu ($p>0,05$).

Çalışmamızda deprem öncesinde yaşamlarının belli bir döneminde hastaların % 6.5 oranında psikiyatrik tedavi aldıkları ve depremden sonraki ilk üç ayda % 3,8'inin psikiyatrik tedaviye başladığı görülmüştür. Büyük sıkıntılar yaşamış kişilerin depremden sonra deprem bölgesinden uzak yerlere gitmiş olmaları, aslında psikiyatrik tedaviye ihtiyaçları olmalarına rağmen sosyal nedenlerle psikiyatri polikliniklerine gitmemiş olmaları ya da psikiyatrik problemlerinin farkında olmamaları da değerlendirmeye katılırsa bu oranın çok daha yüksek olduğu sonucuna varılır. Bu bilgilere dayanarak depremin psikiyatrik tedaviye ihtiyacı ne kadar arttırdığını görmekteyiz.

Japonya'da tsunamiden hemen sonra geçici bir klinikte yapılan bir araştırmada en yaygın deri hastalıkları sırasıyla infeksiyon ve infestasyon (%40,7) , travmatik deri hastalıkları (% 24,7) ve ekzema (%17,3) olarak tespit edilmiş olup travmatik deri hastalıkları en yaygın hastalık olarak ikinci sırada yer almıştır. Bu deri hastalıklarının insanların zarar görmüş evleri temizlerken düşmeleri, parmaklarını kesmeleri veya tırnakları üzerinde adım atarken oluşan

yaraların tedavi edilmemiş olması nedeniyle olduğu belirtilmiştir (170). Çalışmamızda ayak parmaklarında hafif ezilmenin olduğu travmatik deri hastalığına sahip sadece iki hastaya rastlandı. Travmatik hastaların az olmasının muhtemel nedenleri olarak depremzedelerin afet bölgesi dışına gittiğini, zamanla travmanın düzeldiğini ya da kliniğimize gelmeden farklı kliniklerce tedavi edilmiş olabildiklerini düşündük.

Aynı çalışmada tsunami sonrası 11-49. günler arası kurmuş oldukları geçici kliniklerine başvuran hastaların %15'inin deri hastalığı olanlardan olduğu 11-20. günler arası bu oranın %9.6 iken giderek artış göstererek 41-49. günler arası %21'e çıktığı belirtilmiştir. Bu artışın nedeni olarak depremin ilk günlerinde deri hastalıkları olan hastalar hayatı tehdit eden hastalıklara sahip olan hastaların önceliğe sahip olduklarını hissettikleri için depremin hemen sonrasında doktora görünmekten kaçındıklarını, zamanla deri hastalığının yaşam kalitesini düşürdüğünü ve daha çok hastanın deri problemleri nedeniyle doktora başvurmaya başladıklarını düşünmüşlerdir. Tsunami gibi büyük doğal afetler sonrasında deri hastalığı olan hastaların sayılarının çoğalması ve artan tedavi ihtiyaçları nedeniyle dermatologların önemli role sahip olduklarını belirtmişlerdir (170). Kliniğimize başvuran hastaların hastanemize başvuran toplam hastalara oranını değerlendiremedik. Biz de deprem ve tsunami gibi doğal afetler sonrasında dermatologlara önemli görevler düştüğü inancını taşıyoruz.

6. SONUÇ

Çalışmamıza 1122 hasta alındı. Hastalarımızın 566'sı kadın, 556'sı erkekti. Kadın hastaların yaşları 1-85 yaş arasında ve erkek hastaların yaşları 1-81 yaş arasında değişiyordu. Ortalama yaş kadınlarda 26,9 ±14,57 yıl, erkeklerde 28,6±16,83 yıl, tüm cinslerde ise 27,8±15,8 yıl olarak saptandı. Hastalarımızın 390'ı ev hanımı, 219'u öğrenci, 139'u serbest meslek, 126'sı işçi, 86'sı memur, 83'ü okul yaşında olmayan çocuklar, 56'sı çiftçi, 13'ü asker ve 10'u emekliydi. Hastalarımız eğitim durumları bakımından ise sıklık sırasına göre 337'si ilkokul, 327'si okuma yazması yok, 188'i lise, 185'i ortaokul ve 85'i üniversite mezunuydu.

Çalışmaya alınan hastaların % 64,7'sinin kentsel alanda yaşamakta olduğu, % 66,8' inin ise deprem anında kentsel alanda bulunduğu, deprem sonrasında kalınan yer olarak % 53,3 oranında ev dışı yaşam alanının tercih edildiği, maddi kayıp yönünden ise ev ve işyeri kaybının % 17,8 olduğu, sağlık kaybı açısından göçük altında kalma, yaralanmanın % 1,2, akraba kaybının % 12.8 oranında olduğu, deprem öncesinde yaşamlarının belli bir döneminde

hastaların % 6.5 oranında psikiyatrik tedavi aldıkları ve depremden sonraki ilk üç ayda % 3,8'inin psikiyatrik tedaviye başladığı görüldü.

Dermatolojik tanılar 17 gruba ayrıldı. Olgular tanı grupları yönünden incelendiğinde en büyük grubu ekzemalar oluşturdu. Bunu sıklık sırasına göre fungal hastalıklar, akneiform dermatozlar, viral hastalıklar, saç hastalıkları, eritemli-skuamlı hastalıklar, bakteriyel hastalıklar, ürtiker, pigmentasyon bozuklukları, benign-malign-premalign lezyonlar, paraziter hastalıklar, vaskülitler-vaskülopatik hastalıklar, travmatik hastalıklar, ilaç reaksiyonları, tırnak hastalıkları ve diğerleri grubu izledi. Fungal hastalık grubu içinde görülme sıklığı sırasıyla tinea pedis, tinea kapitis, tinea versicolor, tinea korporis ve tinea inguinalis ilk beş hastalığı oluşturdu. Tanı sınıflaması grupları içerisinde erkeklere göre kadınlarda akneiform dermatozlar ve saç hastalıkları istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülürken fungal hastalıklar erkeklerde istatistiksel anlamlı olarak daha sık görüldü.

Tüm hastalıklar içinde akne ilk sırada yer aldı. Ekzema grubu içinde kontakt dermatit en sık görülen dermatoz olup tüm hastalıklar arasında ikinci sıklıkta görüldü. Verruka üçüncü en sık görülen hastalık oldu. En sık konulan tanılar içerisinde erkeklere göre kadınlarda akne, telogen effluvium istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülürken tinea kapitis, alopesia areata ve tinea versicolor erkeklerde istatistiksel anlamlı olarak daha sık görüldü.

En sık konulan tanılar içerisinde depremden sonra olguların kaldıkları yerlere göre dağılımları incelendiğinde çadır, ev ve konteynerde kalanlara göre çadırkentte kalanlarda telogen effluvium tanısı istatistiksel anlamlı olarak daha fazla oranda konuldu. Bu durum diğer kalınan yerlere göre çadırkentte yaşayan afetzedelerin yaşam şartlarının daha fazla değişmiş olması ile stresin daha çok artmış olmasına bağlandı.

Deprem gibi doğal afetler sonrasında afetzedelerin ya da yakınlarının sağlık kaybına-maddi kayba uğraması, yaşamış oldukları psikolojik travma, alışmış oldukları hayat düzenin ve hijyen şartlarının değişmesiyle çalışmamızda en sık görülen hastalıklar; ekzemalar, fungal hastalıklar, akne, viral hastalıklar, saç hastalıkları ve bakteriyel infeksiyonlar oldu. Bu deri hastalıklarının sağlık eğitimi, erken medikal tedavi ile önlenebileceğini, kronikleşmesini engellemek için zaman kaybetmeden tedavi edilmesi gerektiğini böylece yaşam kalitesinin arttırılabileceğini ve afetlerden sonra dermatologlara önemli görevler düştüğü inancını taşıyoruz.

Ek-1

DEPREM SONRASI GÖRÜLEN DERİ HASTALIKLARI

Adı Soyadı:

Tarih:

Yaşı /Cinsiyeti:

Tel:

Doğum yeri:

Eğitim durumu:

Mesleği:

TC:

*Medeni durumu: Evli () Bekar () *Sosyal güvencesi: Var () Yok ()

*Yerleşim yeri: Kent () Kırsal alan ()

*Deprem anında bulunduğu yer: Kent () Kırsal ()

*Şuanda kaldığı yer: Çadır (), Çadırkent (), Ev (), Konteyner ()

*Maddi Kayıp: Ev veya işyeri kaybı () Orta Hasarlı () Hafif hasarlı () Hasarsız ()

*Sağlık Kaybı: Göçük altında kalma, yaralanma () Sağlık kaybı yok ()

1.Derece akraba kaybı var () 2.Derece akraba kaybı var ()

*Depremden önce psikiyatrik tedavi: Almış () Almamış ()

*Depremden sonra psikiyatrik tedavi: Alıyor () Almıyor ()

*Dermatolojik şikayeti:

*Dermatolojik şikayetinin başlama zamanı: Depremden önce başladı () süresi:

Depremden.....sonra başladı ()

Dermatolojik muayene:

Dermatolojik Tanı:

Tanı koyma yöntemi: Klinik () Mikolojik () Biyopsi () Bakteri kültürü ()

*Tedavi:

ÖZET

Van Depremi Sonrasında Bölgede Görülen Dermatolojik Hastalıklar

Giriş: Van'da 23 Ekim 2011'de meydana gelen Richter ölçeğine göre 7,2 büyüklüğündeki ilk deprem ve 9 Kasım 2011'de meydana gelen 5.6 büyüklüğündeki ikinci deprem sonrası dermatoloji polikliniğimize başvuran hastaların dermatolojik şikayetleri ve deri hastalıklarının deprem ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi, deprem sonrası görülen olumsuz yaşam koşulları ve stresin deri hastalıklarının ortaya çıkışına etkisini araştırmayı amaçladık.

Metod: Çalışmaya deprem sonrası 1 Ocak 2012 - 29 Şubat 2012 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran 1122 hasta alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, dermatolojik muayene, tanı ve tedavileri, mesleği, eğitim durumu, medeni hali, yerleşim yeri, deprem anında bulunduğu yer, depremden sonra kaldığı yer, maddi ve sağlık kaybı, depremden önce ve depremden sonra psikiyatrik tedavi alma durumları kaydedildi.

Bulgu: Hastaların 566'sı (%50.4) kadın, 556'sı (%49.6) erkekti. Kadın hastaların yaşları 1-85 yaş arasında ve erkek hastaların yaşları 1-81 yaş arasında olup ortalama yaş $27,8 \pm 15,8$ idi. En sık görülen ilk beş hastalık; ekzemalar (%20.1), fungal infeksiyonlar (%13.9), akneiform dermatozlar (%12.1), viral hastalıklar (%7.1) ve saç hastalıkları (%7.0) şeklinde idi. Diğer sık görülen hastalıklar eritemli-skuamlı hastalıklar (%6.1), bakteriyel hastalıklar (%4.1), ürtiker (%3.7), pigmentasyon bozuklukları (%3.6), benign-malign-premalign lezyonlar (%3.3) ve paraziter hastalıklar (%3.0) olarak saptandı. Kadınlarda akneiform dermatozlar ve saç hastalıkları erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülürken fungal hastalıklar erkeklerde istatistiksel anlamlı olarak daha sık görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Deprem sonrasında ekzemalar, fungal hastalıklar, akne, viral hastalıklar, saç hastalıkları ve bakteriyel infeksiyonlar en sık görülen hastalıklardı. Bu deri hastalıklarının sağlık eğitimi, erken medikal tedavi ile önlenebileceğini, yaşam kalitesinin arttırılabileceğini, dermatozların kronikleşmesinin engellenebileceğini düşünüyoruz.

ABSTRACT

Dermatological disorders in and around after the Van Earthquake

Introduction: The aim of this study is to evaluate the dermatological complaints of the patients admitted to our dermatology clinic after the first (on 23 October 2011, measuring 7.2 on the Richter scale) and the second (in November 2011, measuring 5.6 on the Richter scale) earthquakes in city of Van, in Turkey; to determine the relevance of the skin diseases and the complaints with the earthquake; and to investigate the effect of the adverse living conditions and stress on the emergence of the skin diseases following the earthquake.

Methods: A total of 1122 patients, who were admitted to the Department of Dermatology between January 1 2012 and February 29 2012, after the earthquake, were included in the study. The findings such as age, gender, occupation, education level, marital status, place of residence, dermatologic examination, diagnosis and treatment, location during and after the earthquake, financial and health loss, and the psychiatric treatment before and after the earthquake were recorded.

Results: Of the 1122 patients, 566 (50.4%) were female and 556 (49.6%) were male. The age of the female patients varied between 1-85 years and that of the male patients between 1-81 years, with an overall average of 27.8 ± 15.8 years. The most commonly encountered five diseases were eczema (20.1%), fungal infections (13.9%), acneiform dermatoses (12.1%), viral diseases (7.1%), and hair diseases (7.0%). Other common diseases were erythematous-squamous diseases (6.1%), bacterial diseases (4.1%), urticaria (3.7%), pigmentation disorders (3.6%), benign and malignant premalignant lesions (3.3%) and parasitic diseases (3.0%), respectively. Acneiform dermatoses and hair disorders were significantly more prevalent in women, whereas the fungal diseases were significantly more frequent in men statistically.

Discussion and Conclusion: After the earthquake, the most commonly seen diseases are eczema, fungal diseases, acne, viral diseases, bacterial infections, and hair disorders. We think that these skin diseases can be prevented by health education and early medical treatment which will result in an improvement of quality of life, and avoid the chronic dermatoses.

KAYNAKLAR

1. World Disasters Report 2009, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2009.
2. Güler Ç. Çobanoğlu Z. Afetler T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001 Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 33.
3. Dedeoğlu N, Erengin H, Pala K. 17 Ağustos Depreminde Gölcükte Ölüm, Yaralanmalar ve Yıkıntıda Kalmada Risk Faktörleri. Toplum ve Hekim (TTB yayın organı) Ocak Şubat, 2000; 15 (1): 2-9.
4. Gupta MA. Stress and Urticaria. İn: Neuroimmunology of the Skin Basic Science to Clinical Practice, Eds. Granstein RD, Luger TA, Berlin Heidelberg. Springer-Verlag 2009: 209-216.
5. Bayramgürler D, Bilen N, Namlı S, Altınış L, Apaydın R. The effects of August Marmara earthquake on patient adminttances to our dermatology department. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16(3): 249-252.
6. Aydemir EH. Psikokutan Dermatozlar. Tüzün Y, Kotağyan A, Aydemir EH, Baransu O.(eds). Dermatoloji, İkinci baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1994: 717-720.
7. Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. Psychother Psychosom 2005; 74(5): 315-322.
8. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. Arch Dermatol, 1983; 119(6): 501-512.
9. İlhan MN, Aksakal N, Baykan Z, Yıldırım U, Maral I. Afetlerin Etkisini Azaltmada Korunma Basamakları, Sağlık ve Toplum Dergisi 2000 (09, Deprem Özel Sayısı): 20-24.
10. Şahin N. Afet Yönetimi Ve Acil Yardım Planları TMMOB İzmir Kent Sempozyumu; 2009: 131-142.
11. Ergünay O. Afet ve Kriz Yönetimi Açısından Ülkemizin Durumu. Ankara, Afet Genel Müdürlüğü; 2000.
12. Ceber K. Mali Yönüyle Afet Yönetimi. Yüksek Lisans. Isparta; T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi; 2005.

13. İşçimen A, Kayaalp L. Psikokutan hastalıklarda patogenezi, emosyonel faktörler ve sınıflama. *Dermatoloji*'de. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 2: 2095-2096.
14. Gieler U. *Die Sprache der Haut. Das Wechselspiel von Körper und Seele*. Düsseldorf, Walter Verlag, 2005: 25.
15. Di Prima TM, De Pasquale R, Gilotta SM, Cravotta A. Preliminary approach to the mental component in dermatologic patients. *G Ital Dermatol Venereol* 1989; 124(4): 147-150.
16. Eller JJ. Skin disorder and the psyche. *Cutis* 1974; 13: 395-416.
17. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom* 2000; 1(1): 15-18.
18. Fruensgaard K, Hjortshj A, Nielsen H. Neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 1978; 17(10): 761-767.
19. Fried RG. Evaluation and treatment of "psychogenic" pruritus and self excoriation. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30(6): 993-999
20. Rice PL, *Stress and health*. 3. edition, Brooks/Cole Publishing Company, New York; 1999
21. Hinkle LE Jr. Stress and disease: the concept after 50 years. *Soc Sci Med*, 1987; 25(6): 561 – 566.
22. Koo JYM, Lee CS. *Psychocutaneous Medicine*. New York, Marcel Dekker Inc 2003: 65-95.
23. Chrousos GP. The hypothalamic–pituitary–adrenal axis and immuno-mediated inflammation. *N Engl J Med* 1995; 332(20): 1351-1362.
24. Agarwal SK, Marshall GD Jr. Stress effects on immunity and its application to clinical immunology. *Clin Exp Allergy* 2001; 31(1): 25-31.
25. Konsman JP, Parnet P, Dantzer R: Cytokine induced sickness behaviour: mechanisms and implications. *Trends Neurosci* 2002; 25(3): 154-159.
26. Capuron L, Dantzer R. Cytokines and depression: the need of a new paradigm. *Brain Behav Immun*. 2003; 17: 119-124.

27. Van Moffaert M. Psychodermatology: an overview. *Psychoder Psychosom* 1992; 58: 125-136.
28. Koo JY, Pham CT. Psychodermatology. Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992; 128(3): 381-388.
29. Ortonne JP. Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin. New York Plenum Publishing, 1983: 34-39.
30. Liu PY, Bondesson L, Löntz W, Johansson O. The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case control study. *Arch Dermatol* 1996; 288(11): 670-675.
31. Papadopoulos L, Bor R, Leg C. Coping with disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive behavioral therapy. *Br J Med Psychol* 1999; 72(3): 385-396.
32. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in Dermatology: the psychologic pattern of psychosomatics *Dermatologic Clinics* 1996; 14(3): 399-421.
33. Hart W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical management in psychodermatology Berlin, Springer-Verlag, 2009: 196-208.
34. Alder R, Felten DL. Psychoneuroimmunology San Diego, Academic Press 2001; 3.
35. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 609-617.
36. Webber MA. Psychoneuroimmunological outcomes and quality of life. *Transfus Apher Sci* 2010; 42(2): 157-161.
37. Kıvanç Altunay İ, Psikonöroimmünoloji ve Multifaktöryel Hastalıklar, *Türkderm* 2010; 44 Özel Sayı 1: 10-15.
38. O'Connor MF, Irwin MR. Links between behavioral factors and inflammation *Clin Pharmacol Ther* 2010; 87(4): 479-482.
39. Panconesi E. Psychosomatic dermatology: past and future. *Int J Dermatol* 2000; 39(10): 732-734.

40. Koroğlu E. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı DSM IV. 4.Baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Hekimler Yayın Birliği; 1998.
41. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 64(11): 1873-1878.
42. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update: *J Am Acad Dermatol* 1996; 34(6): 1030-1046.
43. Koo JYM, Lee CS. *Psychocutaneous Medicine*. New York, Marcel Dekker Inc 2003: 1-12.
44. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 609–617.
45. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med* 2002; 64(1): 15-28.
46. Hosoi J, Tanida M, Tsuchiya T. Mitigation of stress-induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation. *Br J Dermatol* 2001; 145 (5): 716-719.
47. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, Elias PM. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 2001; 137(1): 53-59.
48. Şahin NH, Stresle Başa Çıkma. Türk Psikologlar Derneği Yayını No:2. Özyurt Matbaası, Ankara. 1994.
49. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 1986; 50(3): 571-579.
50. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50(5): 992-1003.
51. Mercan S, Kıvanç Altunay İ. Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4): 305-313.
52. Paus R, Theoharides TC, Arck PC. Neuroimmunoendocrine circuitry of the 'brain-skin connection'. *Trends Immunol* 2006; 27(1): 32-39.

53. Saint-Mezard P, Rosieres A, Krasteva M, Berard F, Dubois B, Kaiserlian D, Nicolas JF. Allergic contact dermatitis. *Eur J Dermatol* 2004; 14(5): 284-295.
54. Baraun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 2nci baskı Berlin, Springer, 2000: 467-484.
55. Meyer JD, Chen Y, Holt DL, Beck MH, Cherry NM. Occupational contact dermatitis in the UK: a surveillance report from Epiderm and Opra. *Occup Med* 2000; 50(4): 265-273.
56. Belsito DV. Occupational contact dermatitis: Etiology, prevalence and resultant impairment/disability. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(2): 303-313.
57. Dickel H, Kuss O, Blesius CR, Schimidt A, Diepgen TL. Occupational skin diseases in North Bavaria between 1990 and 1999: a population based study. *Br J Dermatol*.2001; 145(3): 453-462.
58. Lantinga H, Nater JP, Coenrads PJ. Prevalence, incidence and course of eczema on the hand and forearm in a sample of the general population. *Contact Dermatitis* 1984;10(3): 135-139.
59. Schmunes E. Predisposing factors in occupational skin diseases. *Dermatol Clin* 1988; 6(1): 7-13.
60. Piagatto PD, Legori A, Bigardi AS. Occupational dermatitis from physical causes. *Clin Dermatol* 1992; 10(2): 231-243
61. Utaş S. Mesleki kontakt dermatitler. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksunur VL. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008; 2: 2379-2388.
62. Kölemen F. Derinin mantar hastalıkları. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransu O. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1994: 81-96.
63. Hainer BL. Dermatophyte infections. *Am Fam Physician*. 2003; 67: 101-108.
64. Ilkit M, Tanir F, Hazar S, Gümüşay T, Akbab M. Epidemiology of tinea pedis and toenail tinea unguium in worshippers in the mosques in Adana, Turkey. *J Dermatol*. 2005; 32(9) : 698-704.
65. Gumusay T, Ilkit M. Epidemiology of tinea capitis in Ceyhan district, Adana in Cukurova region, Turkey. *Mycoses*. 2006; 49(4): 346-349.

66. Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician*. 2002; 65(10): 2095-2102.
67. Richardson MD, Warnock DW. Dermatophytosis. Richardson MD, Warnock DW (eds.). In: *Fungal infection diagnosis and management*. 3th ed. Blackwell Publishing, 2003: 80-108.
68. Metintas S, Kiraz N, Arslantas D, Akgun Y, Kalyoncu C, Kiremitçi A, Unsal A. Frequency and risk factors of dermatophytosis in students living in rural areas in Eskisehir, Turkey. *Mycopathologia*. 2004; 157(4): 379-382.
69. Sahin I, Oksuz S, Kaya D, Sencan I, Cetinkaya R. Dermatophytes in the rural area of Duzce, Turkey. *Mycoses*. 2004; 47(11): 470-474.
70. Metin A, Berktaş M, Güzeloğlu M, Delice İ, Subaşı Ş. Van Yöresinde Görülen Yüzeysel Mantar Hastalıkları, *Van Tıp Dergisi*. 1998; 5 (3): 136-140.
71. Tan HH. Superficial fungal infections seen at the National Skin Centre, Singapore. *Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi*. 2005; 46: 77-80.
72. Layton AM. A review on the treatment of acne vulgaris. *Int J Clin Prac* 2006; 60(1): 64-72.
73. Savaşkan H, Acar MA, Memişoğlu HR. Yağ Bezi Hastalıkları. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1994: 483-494.
74. Ebling FJG, Cunliffe WJ. Disorders of the sebaceous glands. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. *Textbook of Dermatology*, 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 1699-1744.
75. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol* 1991; 8(3): 185-188.
76. Van der Meeren HL, Van der Schaar WW, Van den Hurk CM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985; 36(1): 84-86.
77. Öztürkcan S, Aydemir Ö, İnanır I. Akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesi. *T Klin Dermatoloji* 2002; 12: 131-134.
78. Lee WJ, Jung HD, Lee HJ, Kim BS, Lee SJ, Kim do W: Influence of substance-P on cultured sebocytes. *Arch Dermatol Res*. 2008; 300: 311-316.

79. Cunliffe WJ, Holland DB, Clark SM, Stables GI. Comedogenesis: some aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Dermatology* 2003; 206(1): 11-16.
80. Yosipovitch G, Tang M, Dawn AG, Chen M, Goh CL, Huak Y, Seng LF. Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. *Acta Derm Venereol* 2007; 87(2): 135-139.
81. Kenyon FE, Psychosomatic aspects of acne. *Br J Dermatol* 1966; 78: 344-351.
82. Panconesi E. Psychosomatic dermatology. In *Clinics in Dermatology. Stress and Skin diseases. Psychosomatic Dermatology*. Philadelphia JB. Lippincott. 1984: 135-138.
83. Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Arch Dermatol* 2003; 139(7): 897-900.
84. Polenghi MM, Zizak S, Molinari E. Emotions and Acne. *Dermatology and Psychosomatics* 2002; 3: 20-25.
85. Green J, Sinclair RD. Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australas J Dermatol* 2001; 42(2): 98-101.
86. Tüzün Y, Aydemir EH, Uyuz, bitlenme ve diğer paraziter hastalıklar. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH. Baransü O. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1994: 231-244.
87. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, Morel P, Feuilhade de Chauvin M, Petit A. Accuracy of Standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56(1): 53-62.
88. Tüzün Y, Kotoğyan A, Çensizoğlu E, Baransu O, Özarmağan G, Ural A, Güler A, Tat AL. The epidemiology of scabies in Turkey. *Int J Dermatol* 1980; 19(1): 41-44.
89. Buczek A, Papis B, Bartosik K, Stanislawek IM, Salata M, Pabis A. Epidemiological study of scabies in different environmental conditions in central Poland. *Ann Epidemiol* 2006; 16(6): 423-428.
90. Ünver AY, Turgay N. Uyuzlu Hastaya Yaklaşım. *Türkiye Parazitolojisi Dergisi*, 2006; 30 (1): 78-83.

91. Yazar S, Kuk S, Çetinkaya Ü, Gözkenç N, Şahin İ. Uyuz Ön Tanılı Hastalarda *Sarcoptes scabiei* Araştırılması. *Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi* 2012; 18: 85-87.
92. James WD, Berger TG, Elston DM. Psoriasis, Andrew's diseases of the skin: Clinical dermatology'de 10. baskı. Philadelphia, Saunders-Elsevier, 2006: 193-201.
93. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2001; 26(4): 338-342.
94. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994; 130(2): 199-203.
95. Raychaudhuri SP, Jiang WY, Farber EM. Psoriatic keratinocytes express high levels of nerve growth factor. *Acta Dermato Venereol* 1998; 78(2): 84-86.
96. Raychaudhuri SP, Jiang WY, Smoller BR, Farber EM. Nerve growth factor and its receptor system in psoriasis *Br J Dermatol* 2000; 143(1): 198-200.
97. Aloe E, Alleva E, Fiore M. Stress and nerve growth factor: Findings in animal models and humans. *Pharmacol Biochem Behav* 2002; 73(1): 159-166.
98. Kagi MK, Wutrich B, Montano E, Barandun J, Blaser K, Walker C. Differential cytokine profiles in peripheral blood lymphocyte supernatants and skin biopsies from patients with different forms of atopic dermatitis, psoriasis and normal individuals. *Int Arch Allergy Immunol* 1994; 103: 332-340.
99. Polenghi M.M, Molinari E, Gale C, Guzzi R, Garutti C, Finzzi AF. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol* 1994; 186: 65-66.
100. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psoriasis and psychiatry: an update. *Gen Hosp Psychiatry*, 1987; 9(3): 157-166.
101. Çetin M, Doğruöz K, Tarkan N, Ceylan ME. Psoriasis olgularının kişilik özellikleri ve psöriasisin etyopatogenezinde psikososyal stressörlerin rolü. 27. Ulusal psikiyatrik bilimler kongresi, Bildiri kitabı, Antalya. 1991.
102. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27(3): 177-184.

103. Jean-Paul Ortonne. Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 1st edition. St. Louis: Mosby; 2003: 947-955.
104. Orecchia GE. Neural pathogenesis in vitiligo, Ed. SK Hann, JJ Nordlund. London, Blackwell Science, 2000: 142.
105. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC. Disorders of melanin pigmentation. *Dermatology*'de. Berlin, Springer Verlag, 2000: 1013-1042.
106. Ortonne JP, Bahadoran P, Fitzpatrick TB. Hypomelanoses and hypermelanoses. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*'de. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K et al. USA, McGraw-Hill, 2003: 836-881.
107. Weedon D. Disorders of pigmentation. *Skin Pathology*. London, Churchill Livingstone, 2002: 321- 325.
108. Bleehen SS, Anstey AV. Vitiligo. *Rook's Textbook of Dermatology*. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Oxford, Blackwell Science, 2004; 39: 53–57.
109. Van den Wijngaard R, Wankowicz-Kalinska A, Pals S, Weening J, Das P. Autoimmune melanocyte destruction in vitiligo. *Lab Invest*, 2001; 81(8): 1061-1067.
110. Arıcan Ö. Vitiligo patogenezinde immünitinin rolü. *Dermatose*, 2006; 1: 33-37.
111. Papadopoulos L, Bor R, Legg C, Hawk JL. Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 1998; 23(6): 243-248.
112. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Papi M, Camaioni D, Tiago A, Gobello T, Biondi M. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44(5): 374-381.
113. Gilhar A, Kalish RS. Alopecia areata: A tissue specific autoimmune disease of the hair follicle. *Autoimmun Rev* 2006; 5(1): 64-69.
114. McDonagh AJ, Messenger AG. Alopecia areata. *Clin Dermatol* 2001; 19(2): 141-147.
115. Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC. Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology* 2001; 203(2): 157-161.

116. Randall VA. Is alopecia areata an autoimmune disease? *Lancet* 2001; 358: 1922-1924.
117. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21(7): 921-928.
118. Gilhar A, Paus R, Kalish RS. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata. *J Clin Invest* 2007; 117: 2019-2027.
119. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: The state of the art. *Int J Dermatol* 2008; 47(9): 903-910.
120. Toyoda M, Makino T, Kagoura M, Morohashi M. Expression of neuropeptidodegrading enzymes in alopecia areata: an immunohistochemical study. *J Dermatol.* 2001; 144(1): 46-54.
121. Tan E, Tay YK, Goh CL, Chin Giam Y. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore – a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002; 41(11): 748–753.
122. Van der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol* 1992; 72(4): 279–280.
123. Paus R. Stress, hair growth control and the neuro-endocrine-immune connection. *Allergo J.* 2000; 9: 611-616.
124. Cash TF. The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clin Dermatol* 2001; 19(2): 161-166.
125. Hadshiew IM, Foitzik K, Arck PC, Paus R. Burden of hair loss: stress and the underestimated psychosocial impact of telogen effluvium and androgenetic alopecia. *J Invest Dermatol* 2004; 123(3): 455-457.
126. Fielder VC, Hafeez A. Diffuse alopecia: Telogen hair loss. *Disorders of Hair Growth: Diagnosis and Treatment*'da. Ed.Olsen EA. New York, Mc Graw-Hill, 2003: 241-255.
127. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology.* 2. Baskı. Berlin, Springer. 2000: 1099-1140.

128. Tüzün B. Atopik Dermatit. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat MC, editors. *Pediyatrik Dermatoloji*. 1th ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2005: 152-160.
129. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(3): 203-213.
130. Kagi MK, Wutrich B, Montano E, Barandun J, Blaser K, Walker C. Differential cytokine profiles in peripheral blood lymphocyte supernatants and skin biopsies from patients with different forms of atopic dermatitis, psoriasis and normal individuals. *Int Arch Allergy Immunol* 1994; 103: 332-340.
131. Rupperecht M, Rupperecht R, Kornhuber J, Wodarz N, Koch HU, Riederer P, Hornstein OP. Elevated glucocorticoid receptor concentrations before and after glucocorticoid therapy in peripheral mononuclear leucocytes of patients with atopic dermatitis. *Dermatologica* 1991; 183(2): 100-105.
132. Kang H, Byun DG, Kim JW. Effects of substance P and vasoactive intestinal peptide on interferon gamma and interleukin-4 production in severe atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 85(3): 227-232.
133. Toyoda M, Nakamura M, Makino T, Hino T, Kagoura M, Morohashi M. Nerve growth factor and substance P are useful plasma markers of disease activity in atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2002; 147(1): 71-79.
134. Ostlere LS, Cowen T, Rustin MH. Neuropeptides in the skin of patients with atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 1995; 20(6): 462-467.
135. Arnold HL, Odom RB, James WD. *Diseases of the skin*, 8th Edition. Philadelphia, Saunders. 1990: 194-222.
136. Koblenzer CS. *Psychocutaneous Disease*. Orlando, Grune & Stratton, Inc. 1987: 191-207.
137. Juhlin L. Recurrent urticaria. clinical investigation of 330 patients. *Br J Dermatol* 1981; 104(4): 369-381.
138. Schoemaker RJ. A search of effective determinants of chronic urticaria *Psychosomatics* 1963; 4: 125-132.

139. Panconesi E. Stress and skin diseases. *Psychosomatic Dermatology*. Philadelphia, JB Lippincott, 1984; 2(4): 94-179.
140. Sibbald G, Cheema A, Lozinski A, Tarlo S. Chronic urticaria. Evaluation of the role of physical, immunological, and other contributory factors. *Intern J Dermatol* 1991;30(6): 381-386.
141. Newman JC. The neurotransmitter hypothesis of urticaria. *Medical Hypothesis* 1982; 9(6): 617-634.
142. Guillet G, Garcia C, Guillet MH. Urticaire et psychisme: du constat clinique aux neuropeptides. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique* 1998; 38: 401-404.
143. Singh LK, Pang X, Alexacos N, Letourneau R, Theoharides TC. Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensine and substance P: A link to neurogenic skin disease. *Brain, Behaviour and Immunity* 1999; 13(3): 225-239.
144. Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M. Itch. *Lancet* 2003; 361: 690-694.
145. Harth W, Hermes B, Niemier V, Gieler U. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology. *EJD* 2006; 16(6): 607-614.
146. Koblenzer CS. Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology. *Stress Medicine* 1988; 4: 21-26.
147. Koblenzer CS. Psychological and psychiatric aspects of itching. In Bernhard JD, ed. *Itch. Mechanisms and Management of Pruritus*. New York, McGraw Hill, 1994: 347-356.
148. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Wermke C, Pirke KM, Hellhammer D. Preliminary evidence for herpes labialis recurrence following experimentally induced disgust. *Psychother Psychosom*. 2001; 70(2): 86-91.
149. Sainz B, Loutsch JM, Marquart ME, Hill JM. Stress-associated immunomodulation and herpes simplex virus infections. *Med Hypotheses* 2001; 56(3): 348-356.
150. Clarke P, Ebel C, Catotti DN, Stewart S. The psychosocial impact of human papillomavirus infection: implications for health care providers. *Int J STD AIDS*. 1996; 7(3): 197-200.

151. Rand KH, Hoon EF, Massey JK, Johnson JH. Daily stress and recurrence of genital herpes simplex. *Arch Intern Med* 1990; 150(9): 1889-1893.
152. Herpetic Eye Disease Study Group. Psychological stress and other potential triggers for recurrences of herpes simplex virus eye infections. *Arch Ophthalmol* 2000; 118(12): 1617-1625.
153. Morrone A. The skin and the catastrophes. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16(3): 207–209.
154. Asad F, Naqqash S, Pal SS, Shahzadi N, Hasnain A, Qadir A, Bari A U. Pattern of Dermatoses and Underlying Psychopathological Disorders in Patients Attending Dermatology Clinic in Earthquake Affected Areas of Azad Kashmir. *Pak J Med Res.* 2008; 47(1): 7-10.
155. James WD, Berger T, Elston DM. Cev ed: Aydemir EH. Andrew’s Deri Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008: 231-250.
156. Lee SH, Choi CP, Eun HC, Kwon OS. Skin problems after a tsunami. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(7): 860–863.
157. Kökçam I, Saral Y. Elazığ yöresinde deri hastalıkları. *T Klin J Dermatol* 1994; 4: 71–74.
158. Baysal V, Yıldırım M, Alan H. Göller bölgesi’nde en sık görülen deri hastalıkları. *T Klin J Dermatol* 1997; 7(1): 19–22.
159. Stratigos AJ, Stern R, Gonzalez E, Johnson RA, O’Connell J, Dover JS. Prevalence of skin diseases in a cohort of shelter-based homeless men. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 197–202.
160. Thai KE, Sinclair RD. Chronic telogen effluvium in a man. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47(4): 605-607.
161. Alkhalifah A. Topical and intralesional therapies for alopecia areata. *Dermatol Ther.* 2011; 24(3): 355-363.
162. Ferrandiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: Phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15(1): 20-23.

163. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol* 2005; 141(12): 1537-1541.
164. Bari AU, Ishfaq M, Butt UA, Hanif I. Pattern of skin disorders in Muzaffarabad: a comparison of pre and post earthquake scenario. *J Pak Assoc Dermatol* 2007; 17 (3): 149-153.
165. Morrone A, Cavallotei C, Laatini O. Skin diseases in a population of homeless people. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 279.
166. Stratigos Aj, Stern R, Gonzales E, Johnson RA, O'Connell J, Dover JS. Prevalence of skin diseases in a cohort of shelter-based homeless men. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 197-202.
167. Öztaş MO, Önder M, Öztaş P, Atahan Ç. Early skin problems after Düzce earthquake. *Int J Dermatol* 2000; 39(12): 952-958.
168. Aktaş E. Pernio. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksunur VL. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008;2: 2396.
169. Gupta MA, Lanius RA, Van der Kolk BA. Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Derm Clin* 2005; 23(4): 649-656.
170. Murata S, Hashiguchi N, Shimizu M, Endo A, Omura N, Morita E. Skin disorders and the role of dermatologists after the tsunami in Japan. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(7): 923-924.

ÖZGEÇMİŞ

1974 yılında Muş'un Bulanık ilçesinin Erentepe beldesinde doğdum. İlköğrenimimi Erentepe Beldesi'nde, ortaöğrenimimi Muş Lisesi ortaokul kısmında tamamladıktan sonra Van Özel Serhat Fen Lisesinden mezun oldum.

Öğrenimime Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde devam ettim. 2003 yılındaki mezuniyetimin ardından 2004 yılında Van Gevaş Sağlık Ocağına atandım. Bir yıl çalıştıktan sonra İzmir-Özdere Özel Eğitim Merkez Komutanlığı'nda bir yıl süre ile askerlik görevimi yaptım. Nisan 2007 yılında TUS sınavı ile Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim dalında asistan olarak göreve başladım ve burada kısa bir süre çalıştıktan sonra özel nedenlerle istifa ettim.

2007 yılı Eylül TUS'u sonrasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim dalında asistan olarak göreve başladım ve halen bu görevime devam etmekteyim.

Yabancı dilim İngilizcedir. Evliyim ve Ömer adında 2,5 yaşında bir çocuk babasıyım.