

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SEBOREİK DERMATİT İLE DİYET ALIŞKANLIKLARI VE
PSİKOEMOSYONEL DURUM İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Tayfun BATAN

**Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR
2021**

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SEBOREİK DERMATİT İLE DİYET ALIŞKANLIKLARI VE
PSİKOEMOSYONEL DURUM İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Tayfun BATAN

**Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI
Doç. Dr. Ersoy ACER**

**ESKİŞEHİR
2021**

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Tayfun BATAN' a ait "Seboreik dermatit ile diyet alışkanlıkları ve psikoemosyonel durum ilişkisinin değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı Doç. Dr. Ersoy ACER
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Z. Nurhan SARAÇOĞLU
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Serkan YAZICI
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
.....Tarih ve Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Deri ve Zührevi Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, çalışkanlığı ile bana her zaman örnek olacak olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ersoy ACER' e, Dermatoloji eğitimime katkı ve desteklerinden dolayı Sayın Prof. Dr. Zeynep Nurhan Saraçoğlu ve Sayın Doç. Dr. Hilal KAYA ERDOĞAN' a teşekkürlerimi sunarım. Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Esra AĞAOĞLU, Dr. Nihan YÜKSEL ÇANAKÇI, Dr. Ali İĞREK Dr. Hatice PARLAK SUBAŞI, Dr. Esra KAYMAZ KARACAN, Dr. Halil İbrahim YANIK, Dr. Halime AKPINAR ve en büyük destekçim olan eşim Dr. Gülgün BATAN' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Batan, T. Seboreik dermatit ile diyet alışkanlıkları ve psikoemosyonel durum ilişkisinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2021.

Bu çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniğine 30.12.2019- 30.12.2020 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası seboreik dermatit tanısı alan 100 hasta ve 110 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hastalar ve gönüllülere çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Hasta ve gönüllülerin dermatolojik muayeneleri yapılmış ve sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Özgeçmiş, eğitim düzeyi, sigara, alkol alışkanlığı, diyet özellikleri, yüz ve saç bakımı gibi verileri içeren bir form, Adolesan Beslenme Alışkanlıkları Kontrol Listesi (ABAKL) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASS-21) hastalar tarafından doldurulmuştur. Çalışmamızda seboreik dermatit grubunda anlamlı olarak daha fazla ekmek tüketimi ve daha az sebze- meyve tüketimi saptanmıştır. Şiddetli grupta ise daha fazla margarin ve hayvansal yağ, şeker tüketimi mevcuttu. Seboreik dermatit hastalarının beslenme alışkanlıklarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Şiddetli grupta da beslenme alışkanlıkları skoru daha düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Seboreik dermatit şiddeti ile vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi arasında pozitif korelasyon saptandı. Seboreik dermatit hastalarında depresyon, anksiyete, stres ve DASS-21 skorları daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Şiddetli grupta ise anlamlı olarak yüksek anksiyete ve DASS-21 skoru mevcuttu, depresyon ve stres skoru da yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Sonuç olarak diyet, depresyon, anksiyete ve stres hem hastalığın etiolojisinde hem de hastalığın tetikleyici faktörü olarak rol oynayabilir. Seboreik dermatit hastalarının etkin tedavi ve yönetimi için diyet ve psikoemosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: seboreik dermatit, diyet, depresyon, anksiyete, stres

ABSTRACT

Batan, T. Evaluation of the relationship between seborrheic dermatitis and dietary habits and psychoemotional status. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Dermatology and Venereal Diseases Thesis, Eskişehir 2021. This study included 100 patients with seborrheic dermatitis and 110 healthy volunteers aged between 18-65 years who applied to the Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Dermatology and Venereal Diseases Polyclinic between 30.12.2019 and 30.12.2020. 100 patients and 110 healthy volunteers were included. Before the patients and volunteers were enrolled in the study, they were informed about the study and the informed consent form was signed. Dermatological examinations of the patients and volunteers, were performed and their sociodemographic informations were recorded. A form containing data such as medical history, education level, smoking, alcohol habits, and dietary characteristics, facial and hair care, Adolescent Food Habits Checklist (AFHC) and Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) were completed by the patients. In our study, significantly higher bread consumption and less vegetable-fruit consumption were found in the seborrheic dermatitis group. In the severe group, there was more consumption of margarine, animal fat, sugar. It has been determined that the eating habits of seborrheic dermatitis patients were more worse. Nutritional habits score was lower in the severe group, but it was not statistically significant. There was a positive correlation between the severity of seborrheic dermatitis and body weight and body mass index. The depression, anxiety, stress and DASS-21 scores were higher in seborrheic dermatitis patients, but they were not statistically significant. The severe group had significantly higher anxiety and DASS-21 scores. Furthermore depression and stress scores were also higher, but they were not statistically significant. As a result, diet, depression, anxiety and stress may play a role in both the etiology of the disease and as the triggering factor of the disease. We think that dietary and psychoemotional factors should also be taken into consideration for the effective treatment and management of seborrheic dermatitis patients.

Key Words: seborrheic dermatitis, diet, depression, anxiety, stress

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Seboreik dermatit	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	3
2.1.4. Etyopatogenez	4
2.1.5. Klinik	8
2.1.6. Histopatoloji	11
2.1.7. Laboratuvar incelemesi	12
2.1.8. Ayırıcı tanı	13
2.1.9. Tedavi	15
2.1.10. Prognoz	22
2.1.11. Komplikasyonlar	22
2.1.12. Hasta eğitimi ve yönetimi	22
2.2. Psikodermatoloji	23
2.2.1. Depresyon	23
2.2.2. Anksiyete	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1 Çalışma Dizaynı	26

3.2. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKLAR	84

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABAKL	Adölesan Beslenme Alışkanlıkları Kontrol Listesi
AIDS	Edinilmiş immün yetmezlik sendromu
ANA	Anti nükleer antikor
Ark	Arkadaşları
C3	Kompleman 3
C4	Kompleman 4
C5	Kompleman 5
cm	santimetre
DASS-21	Depresyon anksiyete stres ölçeği-21
DASS21-A	DASS-21 anketi anksiyete
DASS21-D	DASS-21 anketi depresyon
DASS21-S	DASS-21 anketi stres
DSM-4-TR	Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı 4 türkiye
DBUVB	Dar bant ultraviyole B
ENA	Ekstrakte edilebilir nükleer antijen antikoru
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
ESR	Eritrosit sedimentasyon hızı
FDA	Amerikan ilaç ajansı
GABA	Gama amino bütirik asit
HDL	Yüksek yoğunluklu lipoprotein
HIV	İnsan immün yetmezlik virüsü
Ig	İmmunglobülin
kg	Kilogram
KOH	Potasyum hidroksit
n	Hasta sayısı
Ort.	Ortalama
p25	25' inci persentil
p75	75' inci persentil
PUVA	Psoralen ve ultraviyole A
SDASI	Seboreik dermatit alan şiddet indeksi

SPF	Güneş koruma faktörü
Std.	Standart
UVB	Ultraviyole B
VDRL	Zührevi hastalıkları araştırma laboratuvarı
VKİ	Vücut kitle indeksi

ŞEKİLLER

	Sayfa
2.1. Seboreik dermatitin tipik tutulum bölgeleri	9

TABLOLAR

	Sayfa
2.1. Seboreik dermatit risk faktörleri	4
2.2. Seboreik dermatit klinik bulguları	11
2.3. Ayırıcı tanıda yararlı testler	12
2.4. Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken durumlar	14
2.5. Seboreik dermatit tedavisinde kullanılan topikal ve sistemik ajanlar	15
2.6. Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması	23
2.7. Depresyon ve deri hastalığı	24
4.1. Seboreik dermatit ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet dağılımı	29
4.2. Seboreik dermatit ve kontrol grubu medeni durum dağılımı	30
4.3. Seboreik dermatit hastalarının boy, kilo ve VKİ dağılımı	30
4.4. Seboreik dermatit ve kontrol grubu eğitim durum dağılımı	31
4.5. Seboreik dermatit hastalarının yaş, hastalık süresi ve şiddet skoru	32
4.6. Seboreik dermatit hastalarının klinik özellikleri	32
4.7. Seboreik dermatit tetikleyicileri	33
4.8. Seboreik dermatit ve kontrol grubu sigara-alkol kullanım özellikleri	34
4.9. Seboreik dermatit ve kontrol grubu aile öyküsü dağılımı	35
4.10. Seboreik dermatit ve kontrol grubu spor yapma sıklığı dağılımı	36
4.11. Seboreik dermatit ve kontrol grubu güneş koruyucu ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanım özellikleri	37
4.12. Seboreik dermatit ve kontrol grubu yüz yıkama ürünü ve sıklığı özellikleri	38
4.13. Seboreik dermatit ve kontrol grubu saç yıkama sıklığı ve ürünü özellikleri	39
4.14. Seboreik dermatit ve kontrol grubu cilt kuruluğu dağılımı	40
4.15. Seboreik dermatit ve kontrol grubu akne öyküsü dağılımı	40
4.16. Seboreik dermatit ve kontrol grubu diyet tercih dağılımı	41
4.17. Seboreik dermatit ve kontrol grubu yağ tüketim dağılımı	42
4.18. Seboreik dermatit ve kontrol grubu tuz ve baharat tüketimi	43
4.19. Seboreik dermatit ve kontrol grubu et tüketim dağılımı	44

4.20. Seboreik dermatit ve kontrol grubu sebze-meyve tüketim dağılımı	44
4.21. Seboreik dermatit ve kontrol grubu çay-kahve tüketim özellikleri	45
4.22. Seboreik dermatit ve kontrol grubu şeker tüketim özellikleri	46
4.23. Seboreik dermatit ve kontrol grubu ekmek tüketim özellikleri	47
4.24. Seboreik dermatit ve kontrol grubu süt tüketim özellikleri	48
4.25. Seboreik dermatit ve kontrol grubunun ABAKL değerleri	48
4.26. Seboreik dermatit ve kontrol grubunun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri	49
4.27. Hafif ve şiddetli grup yaş ve cinsiyet dağılımı	50
4.28. Hafif ve şiddetli grup medeni durum dağılımı	51
4.29. Hafif ve şiddetli grup boy ve kilo dağılımı	51
4.30. Hafif ve şiddetli grup eğitim durum dağılımı	52
4.31. Hafif ve şiddetli hastaların yaş ve hastalık süresi	53
4.32. Hafif ve şiddetli grup sigara-alkol kullanım özellikleri	54
4.33. Hafif ve şiddetli grup aile öyküsü dağılımı	55
4.34. Hafif ve şiddetli grup spor yapma sıklığı dağılımı	56
4.35. Hafif ve şiddetli grup güneş koruyucu ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanım özellikleri	57
4.36. Hafif ve şiddetli grup yüz yıkama ürünü ve sıklığı özellikleri	58
4.37. Hafif ve şiddetli grup saç yıkama sıklığı ve ürünü özellikleri	59
4.38. Hafif ve şiddetli grup cilt kuruluğu dağılımı	60
4.39. Hafif ve şiddetli grup akne öyküsü dağılımı	60
4.40. Hafif ve şiddetli grup diyet tercih dağılımı	61
4.41. Hafif ve şiddetli grup yağ tüketim dağılımı	62
4.42. Hafif ve şiddetli grup tuz ve baharat tüketimi	63
4.43. Hafif ve şiddetli grup et tüketim dağılımı	64
4.44. Hafif ve şiddetli grup sebze-meyve tüketim dağılımı	64
4.45. Hafif ve şiddetli grup çay-kahve tüketim özellikleri	65
4.46. Hafif ve şiddetli grup şeker tüketim özellikleri	66
4.47. Hafif ve şiddetli grup ekmek tüketim özellikleri	67

4.48. Hafif ve şiddetli grup süt tüketim özellikleri	68
4.49. Hafif ve şiddetli grup ABAKL değerleri	68
4.50. Hafif ve şiddetli grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri	69
4.51. Yüz tutulumu olan ve olmayan grup ABAKL değerleri	70
4.52. Yüz tutulumu olan ve olmayan grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri	71
4.53. Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grup ABAKL değerleri	71
4.54. Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri	72
4.55. Gövde tutulumu olan ve olmayan grup ABAKL değerleri	73
4.56. Gövde tutulumu olan ve olmayan grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri	74
4.57. Seboreik dermatit hastalarında SDASI ile diğer parametrik veriler arasındaki ilişki	74

1. GİRİŞ

Seboreik dermatit, sebum açısından zengin bölgelerde yerleşen eritematöz yamalar ve pullanma ile karakterize kronik tekrarlayıcı, inflamatuvar bir deri hastalığıdır(1). Seboreik dermatit dünyada sık görülen bir dermatolojik hastalıktır. Yetişkin popülasyondaki insidansı %1-3 arasındadır. Yaşamın ilk 3 ayı, ergenlik ve 40-60 yaş arası olmak üzere üç pik noktası vardır. Yaşamın ilk üç ayında görülen saçlı deri lezyonları beşik şapkası olarak adlandırılır. Bunun dışında yüz ve bez bölgesi tutulabilir. Bu popülasyondaki insidansı %42' ye ulaşabilir. Ergen ve erişkinlerde hastalık daha çok saçlı deri, yüz, kıvrım bölgeleri ve göğüs ön yüz gibi seboreik bölgeleri tutar. Hastalık, erkeklerde kadınlardan daha sık görülür(2). Seboreik dermatit oldukça yüksek prevalansa sahip olmasına rağmen etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Etyopatolojide en çok Malessezia, sebum seviyeleri hormonlar, immun yanıt, nörojenik faktörler ve dış faktörler suçlanmıştır(1).

Riboflavin, piridoksin, niasin ve çinko eksikliğinde seboreik dermatit benzeri dermatitler geliştiği bilinmektedir. Bu durumların hangi mekanizmalarla seboreik dermatit ve benzeri hastalıklar oluşturduğu bilinmemektedir. İnfantil seboreik dermatitin erişkinden farklı bir patogenezi olabileceği, biotin eksikliği ve esansiyel yağ asidi metabolizma bozukluklarının hastalığın muhtemel sebeplerinden olabileceği ileri sürülmektedir(3, 4).

Psikodermatoloji, deri ve zihnin etkileşimini ortaya koyan dermatoloji ve psikiyatri ile ilişkili bir tıp dalıdır(5). Psikodermatolojik hastalıklar, psikofizyolojik bozukluklar, primer psikiyatrik bozukluklar, sekonder psikiyatrik bozukluklar, deri duyusal bozukluklar ve psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar olmak üzere beş grupta incelenir. Psikofizyolojik bozukluklar stresle alevlenen bir takım deri hastalıklarını ifade eder. Seboreik dermatit bu antite içinde yer alır; ayrıca akne, ürtiker, atopik dermatit ve psöriasis yer alan diğer hastalıklara örnek verilebilir(6).

Bu çalışmada seboreik dermatit ile diyet alışkanlıkları ve psikoemosyonel durum ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. Diyet alışkanlıklarının değerlendirilmesinde Adölesan Beslenme Alışkanlıkları Kontrol Listesi (ABAKL) kullanılması ve sonuçların hasta ve kontrol grubu; hastaların kendi içinde hafif ve

şiddetli hastalar olarak ayrılıp karşılaştırılması planlandı. Seboreik dermatit ve psikoemosyonel durum değerlendirilmesinde Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği- 21 (DASS-21) kullanılması ve sonuçların hasta ve kontrol grubu arasında; hastaların kendi içinde hafif ve şiddetli hastalar olarak ayrılıp karşılaştırılması planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Seboreik dermatit

2.1.1. Tanım

Seboreik dermatit, sebum açısından zengin bölgelerde yerleşen eritematöz yamalar ve pullanma ile karakterize kronik tekrarlayıcı, inflamatuvar bir deri hastalığıdır(1).

2.1.2. Tarihçe

Seboreik dermatit ilk olarak Unna tarafından tanımlanmıştır. *Malassezia furfur*' un hastalığa neden olabileceğinden şüphelenmiştir. Schuster 1984' te sistemik ketakonazol ile seboreik dermatit lezyonlarının gerilediğini göstermiştir. Seboreik dermatit etyolojisinde *Malassezia furfur* ilişkisi hala geçerliliğini korumaktadır(7).

2.1.3. Epidemiyoloji

Seboreik dermatit dünyada sık görülen bir dermatolojik hastalıktır. Yetişkin popülasyondaki insidansı %1-3 arasındadır. Yaşamın ilk 3 ayı, ergenlik ve 40-60 yaş arası olmak üzere üç pik noktası vardır. Yaşamın ilk üç ayında görülen saçlı deri lezyonları beşik şapkası olarak adlandırılır. Bunun dışında yüz ve bez bölgesi tutulabilir. Bu popülasyondaki insidansı %42' ye ulaşabilir. Ergen ve erişkinlerde hastalık daha çok saçlı deri, yüz, kıvrım bölgeleri ve göğüs ön yüz gibi seboreik bölgeleri tutar. Hastalık, erkeklerde kadınlardan daha sık görülür(2).

Seboreik dermatit, HIV ile enfekte bireylerde en sık görülen dermatolojik problemlerden biridir. HIV pozitif ve AIDS hastalarında sıklığı %34 ile 83 arasında değişmektedir. Özellikle CD4 T lenfosit sayısı 400 hücre/mm' nin altında olanlarda sıklığı artmıştır. Seboreik dermatit, Parkinson hastalığı veya duyu duruma bozukluğu olanlarda daha sık görülmektedir(8, 9). Seboreik dermatit gelişiminde çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır (Tablo 2.1)(10).

Tablo 2.1. Seboreik dermatit risk faktörleri

Yaş
Erkek cinsiyet
Artmış sebace gland aktivitesi
İmmun yetmezlik (lenfoma, renal transplantasyon, HIV- AIDS)
Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar (Parkinson, inme, Alzheimer hastalığı, majör depresyon, otonomik disfonksiyon)
İlaçlar (dopamin antagonistleri, immunsupresanlar, psöralen/ PUVA, lityum)
Düşük ortam nemi ve/ veya düşük ortam sıcaklığı

2.1.4. Etyopatogenez

Seboreik dermatit oldukça yüksek prevalansa sahip olmasına rağmen etiyojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Etyopatolojide en çok Malassezia, sebum seviyeleri hormonlar, immün yanıt, nörojenik faktörler ve dış faktörler suçlanmıştır(1).

Mikrobiyal ajanlar

Malassezia, seboreik dermatit gelişiminde önemli bir etiyojistik faktördür. Antifungal tedavi ile birlikte Malassezia popülasyonunun azalması ve cilt lezyonlarının gerilemesi bunun en büyük kanıtıdır(1).

Ağırlıklı olarak lipid yönünden zengin bölgelere yerleşen Malassezia' nın on bir farklı türü tanımlanmıştır. Bunların yedisi seboreik dermatit ve cilt florası ile ilişkilendirilmiştir. Etkilenen bölgede *M. furfur*, *M. restta*, *M. symodialis*, *M. globosa*, *M. obobtusa* ve *M. slooffiae* tespit edilmiştir. Bununla birlikte, *M. globosa* ve *M. restricta* özellikle kafa derisinde olmak üzere seboreik dermatit lezyonlarında baskındır(1).

Stres

Psikolojik stresle tetiklenen ya da ortaya çıkan dermatolojik hastalıklar ürtiker, psoriasis, atopik dermatit, alopesi areata gibi hastalıklardır. Seboreik dermatit, DSM-4-TR sınıflandırmasına göre “psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar” arasında yer alır(11).

Seboreik dermatit ile psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar arasında çift yönlü ilişki mevcuttur. Seboreik dermatit stres sonucu ortaya çıkabileceği gibi, seboreik dermatit seyirinde de stres ortaya çıkabilir(12).

Emosyonel stres, seboreik dermatitin en önemli tetikleyicilerindendir(12). Emosyonel stres, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı modüle eder ve sinir uçlarından kimyasal araçları serbest bırakır böylece inflamasyona katkıda bulunur(13).

Sebore

Seboreik dermatit direk olarak sebace bez hastalığı değildir. Çoğu genç yetişkinin seboreik dermatiti olmamasına rağmen cildinde yağlı bir görünüm mevcuttur. Ayrıca, seboreik dermatit hastalarının alınından alınan sebum örnekleri normal popülasyon ile benzerdir(4).

Parkinson hastalığı sebore ve seboreik dermatit ile ilişkilendirilmiştir. Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan L-dopa, sebum sekresyonu fazla ise sekresyonu azaltır ancak sebum sekresyonu normal ise hiçbir etkisi yoktur. Parkinson hastalarında artan sebum seviyelerinin Malassezia' nın büyümesine olumlu etkisi olabileceği öne sürülmüştür(4). Ayrıca Parkinson hastalığı, fasiyal paralizi, supraorbital yaralanma, poliomyelit, siringomiyeli, epilepsi, kuadripleji gibi nörolojik bozukluklu olan hastalarda seboreik dermatit sıklığının artması, immobiliteye bağlı sebum birikiminde artış ile açıklanabilir(14).

Sonuç olarak seborenin, seboreik dermatit gelişimi için predispozan bir faktör olabileceği ancak etiyolojik bir faktör olmadığı düşünülmektedir(4).

Nutrisyonel faktörler

Riboflavin, piridoksin, niasin ve çinko eksikliğinde seboreik dermatit benzeri dermatitler geliştiği bilinmektedir. Bu durumların hangi mekanizmalarla seboreik dermatit ve benzeri hastalıklar oluşturduğu bilinmemektedir. İnfantil seboreik dermatitin erişkinden farklı bir patogenezi olabileceği, biotin eksikliği ve esansiyel yağ asidi metabolizma bozukluklarının hastalığın muhtemel sebeplerinden olabileceği ileri sürülmektedir(3, 4).

İlaçlar

Klorpromazin, simetidin, griseofulvin, haloperidol, buspiron, fenotiyazinler, altın, psoralen gibi çoğu ilaç bilinmeyen bir mekanizma ve bilinmeyen bir şekilde seboreik dermatit benzeri bir dermatite neden olur(4).

Hormonal faktörler

Seboreik dermatitin bebeklik döneminde ortaya çıkıp kendiliğinden gerilemesi ve ergenlikten sonra belirgin bir şekilde yeniden ortaya çıkması hormonal durum ile ilişkilendirilebilir. Özellikle hastalığın neonatal formunun 6-12. aylarda kaybolmasında anneden geçen maternal androjenik hormonların uyarısı suçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarla sebace bezin androjen uyarılara cevap verdiği gösterilmiştir. Sebace bezlerin androjen uyarılara cevap vermesi hastalığın erkeklerde daha çok görülmesine atfedilmiştir(15-17).

Çevresel faktörler

Seboreik dermatit şiddeti ile ısı, nem değişikliği ve mevsim değişiklikleri arasında bir ilişki mevcuttur. Çalışmalarda düşük ısı ve nemin hastalığın şiddetini artırabildiği gösterilmiştir(18, 19). Ayrıca güneş ışığı spektrumunda bulunan ultraviyole B' nin etiyolojide suçlanan *Pityrosporum ovale* üzerine negatif etkide bulunarak seboreik dermatit lezyonlarının iyileşmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir(11).

Nörotransmitterler

Seboreik dermatitin, Parkinson gibi nörolojik hastalıklarla birlikte görülme sıklığının artması ve hastaların çoğunda emosyonel stresin önemli bir tetikleyici olması hastalığın etiyolojisinde nörotransmitterlerin rol alabileceğini düşündürmektedir(14, 20).

Atopi

İnfantil seboreik dermatit, çoğu kişi tarafından atopik hastalıktan ayrı bir hastalık olarak kabul edilirken, bazıları bunun atopik hastalığın klinik bir varyantı olduğu görüşündedir. Bebeklik döneminde seboreik dermatiti olanların çocukluk

döneminde daha fazla atopik bulguları mevcuttur. Bundan yola çıkarak, seboreik dermatitin atopik hastalık spektrumunun bir parçası olabileceği düşünülmektedir(21).

İmmünolojik faktörler

Seboreik dermatit prevalansının HIV+ ve immunsuprese hastalarda artması, hastalığın etyopatogenezinde immun yanıtın rol alabileceğini göstermektedir. Çalışmalarda seboreik dermatiti olan hastalarda T hücre fonksiyonunun baskılandığı, doğal öldürücü hücrelerin arttığı, serum İmmunglobulin (Ig) A ve IgG antikorlarının arttığı gösterilmiştir. Bu durum, seboreik dermatitin cildin mayalara verdiği anormal reaksiyonu olarak varsayılmıştır. Buna karşın bazı çalışmalarda ise seboreik dermatiti olan hastalarda mayalara karşı yüksek IgG seviyeleri gösterilememiştir(16, 22). Malassezia' nın normal deri florasında bulunabileceği ve herhangi bir immun yanıt ya da inflamasyona yol açmayabileceği düşünüldüğünde, seboreik dermatit hastalarında mayalara karşı anormal bir immun yanıt meydana geldiği, bunun bireysel immun sistem ve diğer patogenetik faktörlerden etkilenebileceği varsayılmıştır(1).

Çalışmalarda seboreik dermatiti olan hastaların sodyum lauril sülfata karşı artan iritan reaksiyon gösterdiği ve lezyonların at kuyruğu nikotini veya tütün dumanına maruz bırakılarak indüklenebileceği gösterilmiştir(16).

Diğer faktörler

Seboreik dermatit, Down sendromu, Hailey- Hailey hastalığı ve kardiyofasyokutanöz sendrom gibi genetik bozukluklara sahip hastalarda daha yaygındır ve kronik alkolik hepatit, hepatit C virüs ve çeşitli kanserlerle ilişkilendirilmiştir.(16, 22).

Seboreik dermatitli ebeveynler ile çocukları arasında hastalık görülme sıklığı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde seboreik dermatit insidansı daha yüksek bulunmuştur(18).

Seboreik dermatit, diğer mantar nedenli hastalıklar Pityriasis versicolor ve Pityrosporum foliküliti ile ilişkilidir ve rozase, akne vulgaris gibi dermatolojik hastalıklarla beraber seyredebilir(19).

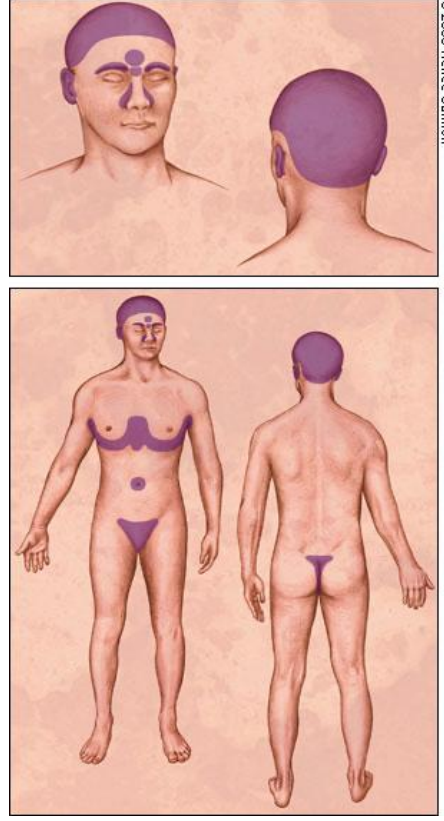
2.1.5. Klinik

Erişkin Tip

Erişkin tip seboreik dermatitte en yaygın tutulum yerleri sırasıyla yüz, saçlı deri ve göğüstür. Seboreik dermatit, baş ve boyunda karakteristik olarak malar bölge, kaşların özellikle mediali, alnın ortası, post aurikuler bölge ve dış kulak yolu olmak üzere yüzün orta üçte birini simetrik olarak tutar. Yine seboreik dermatit karakteristik olarak nazolabial kıvrımları tutar ve kirpik bölgesinin tutulumuyla blefarit yaygın görülen bir bulgudur(10). Bu tipik prezentasyonların yanında özellikle fleksural bölge tutulumu da görülebilir(16). Hastalar sıklıkla saçlı deri ve dış kulak yolundaki kaşıntıdan şikayetçidir. Saçlı deri lezyonları alın derisine kadar uzandığında korona seboreika olarak adlandırılır(1).

Göğüste daha sık olarak petaloid tip ve nadir olarak pityriaziform tip olarak lezyonlar meydana gelebilir. Petaloid tip, kırmızı- kahverengi foliküler ve perifoliküler papüllerler başlar çiçek ya da madalyon şeklinde yamalar oluşur. Pityriaziform tip ise petaloid tipin akut ve ciddi formudur. Bu tip pityriazis roseayı taklit eden makül ve yamalarla seyreder. Bazı kişilerde seboreik dermatitin tek bulgusu kulak kanalının kronik dermatiti şeklindedir(1). Seboreik dermatitin tipik tutulum bölgeleri Şekil 2.1' de gösterilmiştir(23).

Günlük hayatta kepek olarak adlandırılan, saçlı derinin dağınık ve deriye yapışık olmayan skuamları pityriazis kapitis simpleks olarak adlandırılır ve seboreik dermatitin hafif bir formu olarak kabul edilir(24). Ancak saçlı derinin seboreik dermatiti ile kepek arasındaki ilişki belirsizdir, bazı otoriteler kepek teriminin etiolojisine bakılmaksızın kafa derisinin dökülmesini karşılayan daha genel bir terim olduğunu öne sürmektedir(16).



Şekil 2.1. Seboreik dermatitin tipik tutulum bölgeleri

İnfantil Tip

infantil tip seboreik dermatit, genellikle yaşamın ikinci haftasında ortaya çıkar ve dördüncü ve altıncı aylarda geriler. İnfantil tip diaper bölgesi, boyun kıvrımında ve aksillada görülebilir. Döküntü çoğunlukla kaşıntılı ya da ağrılı değildir; genellikle hafif ve kendiliğinden gerileme eğilimindedir. Bebekler huzursuz değildir, ancak ebeveynler huzursuz olabilir(10).

Beşik şapkası olarak bilinen yaygın görülen özel klinik durum tüm saçlı deriyi tutabilen yapışık, sarı, yağlı görünümlü kepek- kuruttur(10). Saçlı deri tutulumu, hastalığın tek belirtisi olabilir. Çok yaygın tutulum olsa bile kalıcı saç dökülmesi riski yoktur ve yine kendiliğinden gerileme eğilimindedir(25).

İnfantil seboreik dermatit saçlı deri dışındaki vücut bölgelerini tuttuğunda genellikle üzerinde ince kepek ve kurut görülen eritemli yama ve plaklarla seyredir. Tutulum paterni polisiklik, anuler ya da numuler olabilir. Bu lezyonlar dağınık ya da birleşik olarak görülebilir. İntertrijinoz bölgeler tutulduğunda ağrılı fissürlerin yanında akıntılı lezyonlar da olabilir(25).

Pityriasis amintasea

Pityriasis amintasea, infantil seboreik dermatit seyrinde görülebilen daha büyük bebek ve çocuklarda ortaya çıkabilen ancak seboreik dermatite özgü olmayan bir dizi klinik bulguyu temsil eder. Klinik olarak saçlı deride kılları saran ve bunları tutamlar halinde bağlayan kalın, sarı pullar vardır. Bu durum saçlı deri psöriasisi, atopik dermatit ve tinea kapitis seyrinde de görülebilir(10).

Leiner hastalığı

Leiner hastalığı, yaşamın ilk birkaç ayında görülen ve haftalarca, aylarca sürebilen hayatı tehdit eden bir durumdur. İlk kez 1908 yılında Avusturyalı pediatrist Carl Leiner tarafından tanımlanmıştır. Saçlı deri veya diaper bölgesinden başlayan şiddetli, yaygın eritrodermi ardından kalıcı gastrointestinal huzursuzluk, kilo kaybı ve tekrarlayan stafilokokal ve kandidal enfeksiyonlarla karakterize klinik tetradı mevcuttur. Hastalık ilk bildirildiğinde C5 kompleman fonksiyon bozukluğu ile ilişkilendirilse de ilerleyen yıllarda C3 kompleman bozukluğu, C4 kompleman bozukluğu, ciddi kombine immun yetmezlik, hipogamaglobulinemi ve hiperimmunglobulinemi E gibi immun sistem bozukluklarıyla da meydana gelebileceği gösterilmiştir(26).

Seboreik dermatitin klinik bulguları Tablo 2.2' de özetlenmiştir(24).

Tablo 2.2. Seboreik dermatit klinik bulguları

Erişkin tip
Kronik ve tekrarlayıcı
Deriye yapışık olmayan skuamalar- pityriazis kapitis simpleks
Sarı- yağlı skuamlı, eritemli, infiltrate plaklar
Blefarit, konjuktivit, dış kulak yolu tutulumu
İnfantil tip
İlk üç ayda başlangıç
Ortalama sekiz ayda spontan düzelme
Saçlı deride kalın, yağlı görünümlü skuamalarla başlama
Eritem az veya yok
Pityriazis amintesea
Kronik
İnfantil ve erişkin arasında geçiş formu
Saçın proksimalinin tutulması
Saç boyunca tutulum
Geçici alopesi
Leiner hastalığı
Ciddi seboreik dermatit
Ateş
İshal
Gelişim bozukluğu
Kompleman 5 defekti

2.1.6. Histopatoloji

Histolojik bulguları ilk olarak Civatte tarafından tanımlanan seboreik dermatitin spesifik bir histopatolojik bulgusu mevcut değildir. Yüzeysel ve infundibuler epidermiste lenfositten zengin süperfisyel perivasküler infiltrat, akantoz, fokal parakeratoz ve fokal spongioz görülür. Omuz keratozu olarak adlandırılan infundibular ostium çevresinde kurut- skuam birikimi ile karakterize patolojik görünüm oluşabilir. Akut formdan kronik forma ilerledikçe spongiozdan psöriaziform hiperplaziye geçiş gösterir ve likenoid lenfosittik bir infiltrasyon görülür. Ayrıca

kronik seboreik dermatite bu bulgulara ek olarak yüzeysel pleksustaki kapiller ve venüllerin belirgin dilatasyonu eklenir. Şiddetli seboreik dermatitte ise keratinosit nekrozu, lökositoklazi ve fokal interfaz destrüksiyonu görülebilir. Stratum korneumda malassezia görülebilir(10, 16, 24).

HIV pozitif seboreik dermatit vakalarda, HIV negatiflere göre daha yaygın parakeratoz, nekrotik keratinositler ve plazma hücrelerinin superfisyal perivasküler infiltrasyonu görülmüştür(27).

Seboreik dermatit ve psöriasis klinik olarak birbirlerine benzer hastalıklar olsa da histolojik olarak farklılıklar gösterir. Psöriasis lezyonlarından alınan biyopsilerde, seboreik dermatitte görülen spongiöz genellikle izlenmez. Uzun süredir sebat eden seboreik dermatit lezyonlarında ise psöriasis benzer şekilde retelerde düzensizlik, ortokeratotoik ve parakeratotik hücrelerde foliküler tıkaçlar ve spongiözün kaybolması görülebilir(16).

2.1.7. Laboratuvar İncelemesi

Seboreik dermatit hastalarında rutin laboratuvar incelemesi gerekli değildir, ancak şiddetli, ani başlangıçlı vakalarda HIV serolojisi çalışılmalıdır. Yaşlı hastalarda, Parkinson hastalığının klinik özellikleri tanınmalıdır. Hastaların kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir. Ayırıcı tanıda deri kazıntılarının potasyum hidroksit ile incelenmesi, mikroskopi, kültür, histoloji ve direk immünfloresan inceleme, VDRL, serum çinko düzeyi, ANA, ENA, sedimantasyon yararlı olabilir (Tablo 2.3)(10).

Tablo 2.3. Ayırıcı tanıda yararlı testler

KOH inceleme
Mikroskopi ve kültür
Histoloji ve direk immunfloresan inceleme
HIV serolojisi ve VDRL
Serum çinko düzeyi
ANA, ENA, ESR

2.1.8. Ayırıcı Tanı

İnfanıl seboreik dermatit özellikle tinea kapitis, psöriasis ve atopik dermatitten ayırt edilmelidir. Atopik dermatit ve infanıl seboreik dermatit benzer bölgeleri tutma eğilimindedir. Atopik dermatitli bebekler genelde 3-12 aylıktır ve pozitif atopi öyküsü olan en az bir ebeveyni ya da kardeşi vardır. Aksiller ve ön boyun tutulumu olması, kaşıntı izi olması ve bebeğin huzursuz olmaması seboreik dermatit tanısını destekler(28). Tinea enfestasyonu potasyum hidroksit ile yapılan incelemede hif varlığı ile, kandida varlığı psödohif varlığı ile, tinea versicolor varlığı ise sporla birlikte daha kısa hif varlığı, köfte ve spagetti deseniyle ayırt edilebilir. Ayrıca infanılarda ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken nadir bir durum Histiyositoz X' dir. Etkilenen infanılarda seboreik dermatit benzeri döküntülere ateş ve diğer sistemik bulgular eşlik eder(17). Genç hastalarda bir diğer dikkat edilmesi gereken durum Wiskott- Aldrich sendromudur. Seboreik dermatite benzer şekilde atipik, jeneralize bir ekzamatöz erupsiyon görülebilir ancak peteşi ve purpura görülmesi tanıda ayırt edici bir özelliktir(8).

Erişkin seboreik dermatitinde saçlı deri sık tutulan lokalizasyonlardandır. Saçlı deri tutulumunda psöriasisden ayırt etmek zor olabilir. Seboreik dermatit psöriasis ayrımının tam olarak yapılamadığı saçlı deri lezyonları için bazen sebopsöriasis terimi kullanılabilir. Tırnaklarda çukurlaşma, vücudun başka yerinde psöriatik lezyon bulunması psöriasis lehine ayrımı kolaylaştırabilir(17). Ayrıca saçlı deri tutulumunda trikoskopi de yardımcı olabilir(24).

Yüz tutulumunda rozasea ve sistemik lupus eritematozus ile ayırıcı tanı yapılması gerekebilir. Rozaseada genellikle santral fasyal eritem görülse de bazen sadece alında tutulum olabilir(17).

Gövdede seboreik dermatit lezyonları pityriasis versicolor ile karışabilir. Wood lambası ve potasyum hidroksit incelemesiyle kolayca ayırt edilebilir(1). Yine pityriaziform tipteki lezyonlar pityriasis rosea ile karışabilir, lezyonların yoğun olması ve madalyon plak olmaması ayırt edicidir(29).

İntertrijnoz bölge tutulumunda eritrazma, invers psöriazis, kandida enfeksiyonu ve Langerhans hücreli histiositoz akılda tutulması gereken diğer durumlardır(29). Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken durumlar Tablo 2.4' te detaylı olarak verilmiştir(10).

Tablo 2.4. Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken durumlar

ERİŞKİN SEBOREİK DERMATİT
Saçlı deri
Psöriasis: genellikle kaşıntısız, oksipital ve frontal bölgeyi tutma eğiliminde
Kontakt dermatit: farklı şampuan ya da saç ürünü kullanma öyküsü
Darier hastalığı: seboreik bölgelerde sarımsı- kahverengi kabuklu kubbe şeklinde papüller
Yüz
Psöriasis: yüzde nadir görülür, tırnakta pitting eşlik edebilir
Diskoid lupus eritematozus: deri atrofisi ve skatrisyel alopesi ile ilişkili
Rozasea: eritem ve telenjektazi eşlik eder
Akne vulgaris: komedon eşlik eder
Stafilokokal blefarit
Kontakt dermatit: genellikle göz kapağı da tutulur
Darier hastalığı: tırnak değişiklikleri
Gövde
Psöriasis: gümüş kepekli, keskin sınırlı eritemli plaklar
Pityriasis rozea: madalyon plak, yakalık skuam, çam ağacı şeklinde dağılım
Pityriasis versicolor: simetrik olmayan, hipo/ hiperpigmentasyon
Subakut kutane lupus: fotosensitif dağılım
Numuler dermatit: yoğun kaşıntı
Tinea korporis: santral iyileşme ve kenar belirginliği
Eritem anuler santrifüj: tekrarlayan, genişleyen polisiklik lezyonlar
Darier hastalığı: yağlı, siğil benzeri papül ve plaklar
Geçici akantolitik dermatoz (grover hastalığı): akantoz
İlaç reaksiyonları: ilaç kullanım öyküsü
Parapsöriasis: yaşlı hasta, tedaviye dirençli
Pemfigus foliaseus: frajil, ağrılı büller
Sekonder sfiliz: avuç içi ve ayak tabanı tutulumu
İntertrijinöz bölge
İnvers psöriasis: keskin sınırlı kenar
Kontakt dermatit: kaşıntılı, veziküler
Tinea kruris: genişleyen sınır
Eritrazma: wood ile mercan kırmızısı refler
Kandidiazis: uydu lezyonlar
Hailey- Hailey hastalığı: akantoz
İNFAANTİL SEBOREİK DERMATİT
Beşik şapkası
Tinea kapitis: kırılmış saçlar ve siyah noktalar
İmpetigo: sarı, bal rengi kurutlar
Diaper bölgesi
İrritan kontakt dermatit: kıvrım bölgelerini tutmama eğiliminde
Kandidiazis: uydu lezyonlar
İnfanıl psöriasis: gümüş kepekli, keskin sınırlı eritemli plaklar
Histiyositoz X (Langerhans hücreli histiyositoz): kıvrım bölgesine lokalize olma eğilimli, gövdede purpurik döküntü
Akrodermatitis enteropatika: periorifisyal tutulum

2.1.9. Tedavi

Seboreik dermatitin küratif bir tedavisi olmamasına karşın, etkinliği kanıtlanmış birçok tedavi seçeneği mevcuttur. Tedavideki amaç kaşıntı ve kızarıklığın azaltılması, kurut ve skuamların yok olması, maya kolonizasyonun inhibisyonu ve inflamasyonu azaltmaktır. Tedavi, akut alevlenmelerin kontrolüne ve uzun süreli remisyona odaklanır. Tedavide en sık kullanılan ajanlar antifungaller, keratolitikler, kortikosteroidler ve immunmodulat rlerdir. Tedavi seçilirken hastanın yaşı, uyumu, ilacın etkinliği, kullanım kolaylığı ve güvenirliliği dikkate alınmalıdır(8, 22). Seboreik dermatit kronik bir durum olduğu için genellikle idame tedavi de gereklidir(30). Topikal ve sistemik tedavide kullanılan ajanlar Tablo 2.5' te gösterilmiştir(24).

Tablo 2.5. Seboreik dermatit tedavisinde kullanılan topikal ve sistemik ajanlar

Topikal ajanlar
Keratolitikler
Kortikosteroidler
Antifungaller
İmmunomodülatörler
Kombine tedaviler
Lityum bileşikleri
Metronidazol
Diğer tedavi seçenekleri
Sistemik ajanlar
Antifungaller
Retinoidler
Fototerapi
Glukokortikoidler

Genel  nlemler

Hijyen, seboreik dermatit tedavisinde önemli bir rol oynar. Sabun, etkilenen bölgelerde yağları uzaklaştırır ve seboreyi azaltır. Hastalar, hijyene hayat boyu dikkat etmeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca yazları seborenin azalabileceği, ancak güneşin zararlı etkilerinden kaçınılması tavsiye edilmelidir(23).

Topikal Tedavi

Keratolitikler

Seboreik dermatitin topikal tedavisinde üre, propilen glikol ve laktik asit keratolitik olarak kullanılabilir. Ayrıca selenyum sülfid ve sülfür bileşiklerinin de keratolitik etkiler vardır ve mitotik aktiviteyi inhibe ederek Malassezia kolonizasyonu azaltırlar. Çinko prityon, keratolitik etkisinin yanı sıra antifungal etkiye de sahiptir ve katran ekstresi ile kombinasyonu kaşıntı ve kepeklenmeyi azalttığı gösterilmiştir(24).

Kortikosteroidler

Seboreik dermatit tedavisinde kısa süreli topikal kortikosteroidler inflamasyonu azaltmak için tercih edilir, ancak antimikrobiyal etkisi yoktur. Seboreik dermatit tedavisinde çeşitli potenslerde topikal steroidler kullanılır. En sık hidrokortizon ve beklametazon dipropiyonat reçete edilir. Bununla beraber topikal steroidler reçete edilirken atrofi, hipertrikoz, folikülit, telenjiektazi gibi potansiyel yan etkilerine dikkat edilmelidir(8).

Antifungaller

Azoller arasında ketokanazol, seboreik dermatit tedavisi için birinci seçenektir. Şampuan, krem ve jel gibi farklı preparatları vardır. Ketokanazol şampuanın haftada bir aralıklı kullanımının da proflaktik etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Ketokanazol %2 kremin de yüz ve gövdedeki lezyonlarda etkinliği gösterilmiş ve yine aralıklı kullanımda iyilik halinin devam ettiği görülmüştür. Ketokanazol antifungal etkisinin yanın da antiinflamatuvar etkiye de sahiptir ve vücutta iyi tolere edilir(1).

Sertakonazol %2 krem formunun seboreik dermatitin fasyal bölge lezyonlarında etkili ve güvenilir bir tedavi olduğu gösterilmiştir(24).

Terbinafin, sterol sentezindeki squalen epoksidasyon basamağını inhibe ederek fungisidal etki gösterir. Terbinafin %1 solüsyonunun 4 haftalık kullanımında seboreik dermatit lezyonlarında iyileşme ve malassezia kolonizasyonunda azalma gösterilmiştir(16).

Çinko prityon, hücre içinde bakır seviyesini artırarak mantar metabolizması için gerekli olan proteinlere zarar verir. Siklopiroks olamin %1 şampuan, krem ve jel

formülasyonuna sahip geniş spekturumlu bir antifungal ajandır. Saçlı deri ve yüzde etkili bulunmuş ayrıca anti- inflamatuvar etki de gösterir. Selenyum sülfid, fungisidal ve keratolitik etkisi nedeniyle seboreik dermatit tedavisinde kullanılır. Şampuan, losyon, köpük ve süspansiyon formları mevcuttur. Özellikle çocuklarda selenyum sülfid şampuan kullanıldıktan sonra turuncu- kahverengi renk değişikliği olabilir bu yan etki izopropil alkol ile rahatça temizlenebilir(22).

İmmunomodülatörler

İmmunomodülatörler, kalsiyum bağlı bir fosfaz olan kalsinörini inhibe ederek T hücre aktivasyonunu ve proinflamatuvar sitokin üretimini baskılar. Anti- inflamatuvar etkilerinin yanı sıra Malessezia' ya karşı antifungal etkileri de vardır. Seboreik dermatit tedavisinde endike takrolimus ve pimekrolimus olmak üzere iki ajan vardır ve özellikle sınırlı yan etkileri nedeniyle fasyal seboreik dermatitte kullanılabilir. Hem pimekrolimus hem de takrolimus atrofi, hipopigmentasyon gibi yan etkilere neden olmaz bu da seboreik dermatit tedavisi için iyi bir seçenektir. En sık yan etkileri uygulama yerinde yanmadır. FDA 2005 yılında immunsupresyonla ilişkili lenfoproliferatif bozukluk gelişmesiyle ilgili kara kutu uyarısı koymuştur ancak bu nedenle bugüne kadar ne çocuklarda ne de yetişkinlerde topikal kasinörin kullanımıyla malignite gelişimi arasında ilişki gösterilmemiştir(31, 32).

Kombine tedavi yöntemleri

Topikal steroidler ile topikal antifungallerin kombinasyonu seboreik dermatit tedavisi için etkin bir seçenektir. Bu kombinasyonun aralıklı kullanımı çok etkili bulunmuştur ancak güçlü kortikosteroidlerin kısa süreli kullanılması gereklidir. Ayrıca lezyonlar klinik olarak geriledikten sonra proflaktik olarak topikal antifungaller ile tedaviye devam edilebilir(10, 33).

Lityum Bileşikleri

Lityum süksinat ve lityum glukonat, saçlı deri dışında seboreik dermatit tedavisinde etkin bir anti- inflamatuvar ajandır. HIV+ 12 hastayı içeren bir çalışmada lityum süksinat %8 merhem hastalığın görünür lezyonlarını tedavi etmede plaseboya göre daha etkili bulunmuştur. Başka bir çalışmada yüz lezyonları olan 129 hastada

lityum glukonat %8 merhemin günde iki kez kullanılması plaseboya göre daha etkili bulunmuştur. Ayrıca lityum glukonat %8 merhem, ketokonazolden daha etkili bulunmuştur(1).

Metronidazol

Metronidazol jelin günde iki kere sekiz hafta boyunca kullanımı seboreik dermatit tedavisinde etkili bulunmuş. Tekrarlayan kullanımda kontakt duyarlılık rapor edilmiştir(8).

Diğer Topikal Tedavi Seçenekleri

Gama linoleik asidin topikal formu olan hodan yağı infantil seboreik dermatitte etkili bulunmuştur(17).

Quassia amara, antimikrobiyal, antiinflamatuvar ve Malessezia üzerine antifungal etkileri mevcuttur. Yapılan klinik çalışmalarda etkinliği gösterilmiş, seboreik dermatit tedavisi için alternatif bir ajandır(31).

Çay ağacı yağının %5' lik formu seboreik dermatit tedavisinde yararlı bulunmuştur. Her ne kadar östrojenik ve anti- androjenik etkileri kullanımını sınırlandırsa da topikal kullanımı güvenli bulunmuştur. Nadiren iritan kontakt dermatit gelişebilir(8).

Sinnamik asidin malessezia gelişimini azalttığı in vitro çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle hafif konsantrasyonları seboreik dermatit tedavisinde yararlı olabilir(16).

İnfantil seboreik dermatit seyrinde görülen beşik tacının hafif olduğu vakalarda beyaz vazelin ya da mineral yağlar kullanılarak lezyon yumuşatılır ve ardından fırçalanarak kepekler çıkarılır. Kurut hafif ısıtılmış yağ ile geceden ıslatılıp sabah da yıkana da bilir. İlk olarak medikal olmayan bir şampuan ve bebeğin diş fırçası kullanılmalıdır ancak, bu işe yaramazsa %2 ketokonazol içeren şampuan kullanılabilir. Kömür katranının kanserojen içeriği nedeniyle kömür katranı içeren şampuanlar kullanılmamalıdır. Saçlı derideki eritemi azaltmak için düşük potens kortikosteroid losyonlar kullanılabilir. Salisilik asit içeren şampuanlar da emilim sonucu metabolik asidoz, salisilizme neden olabileceği için bebeklerde kullanılmamalıdır(28).

Ilık suda seyreltilmiş balın seboreik dermatit ve kepek üzerinde etkisi gösterilmiş ve balın muhtemel antifungal etkisi olabileceği belirtilmiştir(16).

Seboreik blefaritin tedavisinde seyreltilmiş bebek şampuanına batırılan pamuk kullanılarak kepek ve kurutlar temizlenebilir. Ciddi göz kapağı tutulumu olan vakalarda, göz kapakları %10 sodyum sülfasetamid solüsyonu ya da ketokonazol %2 krem ile kapatılabilir, ayrıca takrolimus merhem ve pimekrolimus krem de kullanılabilir(28).

Aloe vera, antibakteriyel, antiinflamatuvar ve antifungal etkileri nedeniyle kepek ve diğer mantar enfeksiyonlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Aloe vera ve seboreik dermatit üzerine yapılan çalışmalarda olumlu yanıt elde edilmiş ve böylece aloe veranın seboreik dermatit tedavisinde etkili bir seçenek olabileceği sonucuna varılmıştır(31).

Sistemik Tedavi

Literatürde topikal tedaviye kıyasla oral tedavilerle ilgili daha az veri olmasına rağmen, yaygın veya topikal tedaviye dirençli seboreik dermatit lezyonlarında oral tedaviler kullanılabilir(16).

Ketokonazol

Oral ketokonazol günlük 200 mg dört hafta boyunca şampuan ile birlikte kullanımda saçlı deri ve vücuttaki seboreik dermatit lezyonlarında etkilidir. Bununla birlikte 4 haftadan uzun süre kullanımı yan etkiler bakımından çoğu hasta için uygun olmayabilir(16).

Flukonazol

Flukonazol, dermatofit, maya ve dimorfik mantarlar üzerinde etkili geniş spekturumlu bir azol türevidir. Dört hafta boyunca haftalık 150 ve 300 mg dozlarda seboreik dermatit tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. İlacın kullanımında karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme ve bulantı görülebilir(31).

İtrakonazol

Ketokonazole göre daha az hepatotoksik olan itrakonazol, yaygın, topikal tedaviye dirençli, topikal steroidlerin uzun süreli kullanımına bağlı yan etkilerinden kaçınıldığı, hastalığın hastanın yaşam tarzını değiştirebilecek psikolojik problemlere neden olduğu durumlarda 7 gün süreyle 200 mg/ gün kullanımı seboreik dermatit tedavisi için güvenli, etkin bir seçenektir(16).

Terbinafin

Oral terbinafin onikomikoz ve bazı mantar enfeksiyonlarında kullanılan etkin bir ajandır. Oral terbinafin Malesseziyanın neden olduğu bir diğer cilt hastalığı Pityriasis versicolor'da etkili bir seçenek değilken seboreik dermatit tedavisinde 4 hafta boyunca günde 250 mg kullanımının seboreik dermatit lezyonlarını iyileştirdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu etkinin ilacın sebumdan atılmasıyla açıklanabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur(16).

İzotretionin

Dirençli seboreik dermatit olgularında izotretionin, sebace gland aktivitesi azaltmak dolayısıyla seboreyi azaltmak için kullanılabilir. Ayrıca antiinflamatuvar etkiye de sahiptir. Bu özelliklerine dayanarak 0,1- 0,3 mg/kg/gün veya 10-20 mg/gün 4 hafta boyunca kullanılır. Günlük 5-10 mg uzun süre kullanımını da mevcuttur(23, 24).

Dar Bant UVB

Çoğu hastanın lezyonu yaz aylarında gerileme eğilimindedir. UVB fototerapi, yaygın, inatçı seboreik dermatit lezyonları olan hastalar için bir tedavi seçeneği olarak kabul edilir. Literatürde haftada üç kez 2 ay boyunca dar bant UVB ile başarıyla tedavi olan hastalar olmasının yanı sıra tedavide en büyük dezavantaj lezyonların tedaviden 2-6 hafta sonra nüksetmesidir. Ayrıca fototerapi alan hastalarda yanma, kaşıntı meydana gelebilir ve ultraviyole maruziyetine bağlı malignite artışı yönünden dikkatli olunmalıdır(1, 8).

Glukokortikoidler

Yaygın, tedaviye dirençli seboreik dermatit lezyonlarında sistemik prednizolonun 30 mg/ gün kullanımı ile hızlı yanıt alınır(24).

Diğer Tedavi Seçenekleri

Pramikonazol, Malasseziaya karşı ketokonazolden 10 kat daha etkili bir azol türevidir. Tek doz 200 mg tedavisinde etkinliği gösterilen ilacın 1200 mg' a kadar güvenle kullanılabilceği ve ishal, gastrointestinal rahatsızlık gibi yan etkileri bildirilmiştir(31).

İndole-3-asetik asit fotodinamik terapi de seboreik dermatitin yüz lezyonlarında etkili ve güvenlidir(24).

Tutulum Yerine Göre Seboreik Dermatit Tedavisi

Saçlı Deri

Saçlı derinin hafif seboreik dermatitinde semptomları azaltmada çinko pirityon, selenyum sülfid, katran ve çay ağacı yağı içeren şampuanlar ulaşımı kolay ve maliyeti düşük birer tedavi seçenekleridir. Hastalığın uzun süreli kontrolü için %2 ketokonazol veya %1 siklopiroks içeren antifungal şampuanların, hastalık kontrol altına alınıp remisyon sağlanana kadar günlük ya da haftada iki veya üç kez kullanılabilir. Bu şampuanlar en az beş dakika saçlı deride kalmalıdır. Nüksü önlemek için haftada bir kez kullanımı da önerilir(30).

Eğer saçlı deri kalın, yaygın skuam ile kaplıysa, önce saçlı deriye mineral yağ ya da zeytin yağı sürülüp ardından yıkanabilir. Alternatif olarak, saçlı deriye gece keratolitikler uygulanıp plastik duş bonesiyle oklüzyon yapıp sabahları şampuanla yıkanabilir(23).

Saçlı derideki inflamasyonun şiddetine topikal steroidler tedaviye faydalı olabilir. Topikal steroidlerin uzun süreli kullanımına bağlı yan etkiler konusunda dikkatli olmak gerekir(30).

Yüz ve Gövde

Seboreik dermatitin yüz tutulumunda tedavi topikal antifungaller, kortikosteroidler ve kalsinörin inhibitörlerinden oluşmaktadır. Topikal antifungaller yüz ve gövdedeki seboreik dermatit lezyonlarının akut ve uzun dönem tedavisinde tercih edilir. Düşük veya orta potens topikal steroidler, seboreik dermatit tedavisinde topikal antifungal ve kalsinörin inhibitörleri kadar etkili ve onlardan daha düşük maliyetli olmasına rağmen uzun süreli kullanımda atrofi ve telenjektazi oluşumu kullanımını sınırlar. Topikal kalsinörin inhibitörleri, topikal antifungal ve topikal kortikosteroidler kadar etkili ve daha düşük yan etki profiline sahip ajanlardır(23, 30).

2.1.10. Prognoz

İnfanıl seboreik dermatit çoğu zaman kendi kendine geriler. Erişkin seboreik dermatit ise relaps ve remisyonlar ile kronik bir seyir gösterir. Küratif bir tedavisi yoktur, ancak kontrol altına alınabilir(10).

2.1.11. Komplikasyonlar

Seboreik dermatit benign bir durumdur ve ciddi komplikasyonlar nadir gelişir. Diaper bölgesi tutulumunda sekonder kandidal enfeksiyonlar, intertrijinoz bölge ve göz kapağı tutulumunda sekonder bakteriyel enfeksiyonlar gelişebilir. Bununla birlikte seboreik dermatitle ilgili en yaygın problemler hastalığın tanınmaması ile ilgilidir(10).

2.1.12. Hasta Eğitimi ve Yönetimi

Ebeveyn eğitimi, infanıl seboreik dermatitin getirdiği kaygıyı hafifletmede yararlıdır. İyi bilgilendirilmiş yetişkinler, durumu yönetme konusunda kendilerinden daha emin olabilir. Erişkin seboreik dermatit hastalarına, hastalığın küratif bir tedavisi olmadığı ama hastalığın kontrol altında tutulabildiği ve tedavinin evde de devam ettiği vurgulanmalıdır. Seboreik dermatit tedavisinde kullanılan ürünlerin çoğu reçetesiz olarak eczanede ve marketlerde ulaşılabilir durumdadır. Hastaları bu tarz ürünlere yönlendirmek konsültasyon süresi ve maliyetini düşürebilir(10).

2.2. Psikodermatoloji

Psikodermatoloji, deri ve zihnin etkileşimini ortaya koyan dermatoloji ve psikiyatri ile ilişkili bir tıp dalıdır(5). Psikodermatolojik hastalıklar, psikofizyolojik bozukluklar, primer psikiyatrik bozukluklar, sekonder psikiyatrik bozukluklar, deri duyusal bozukluklar ve psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar olmak üzere beş grupta incelenir (Tablo 2.6). Psikofizyolojik bozukluklar stresle alevlenen bir takım deri hastalıklarını ifade eder. Seboreik dermatit bu antite içinde yer alır; ayrıca akne, ürtiker, atopik dermatit ve psöriasis yer alan diğer hastalıklara örnek verilebilir(6).

Dermatoloji pratiğinde hastaların %40- 80' inde psikiyatrik komorbiditeler görüldüğü bildirilmiştir(34). Depresyon ve anksiyete, dermatolojik hastalıklar sonucu ortaya çıkan ya da dermatolojik hastalıklara eşlik eden en sık psikiyatrik komorbiditelerdir(35).

Dermatolojik problemi olan hastaların üçte birinden fazlasında, cilt sorunlarının etkin tedavisi ilişkili psikolojik etkenlerle etkili şekilde mücadele edilmesine bağlıdır(34).

Tablo 2.6. Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması

Psikodermatolojik hastalıklar
Psikofizyolojik bozukluklar
Primer psikiyatrik bozukluklar
Sekonder psikiyatrik bozukluklar
Deri duyusal bozukluklar
Psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar

2.2.1. Depresyon

Genel toplumda %3-5, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda %6-8, dermatoloji hastalarında %25-40 olarak raporlanan depresyon, dermatolojik hastalıklara eşlik eden en sık psikiyatrik hastalıklardan biridir(35). Hastalarda depresif ruh hali, anhedoni, değersiz hissetme, suçluluk gibi hislerin yanı sıra kilo kaybı, uyku bozukluğu gibi somatik semptomlar görülür(6). Bu semptomlardan bazıları dermatolojik durum ile ilişkili olabilir. Örneğin, uyku

bozuklukları kaşıntı semptomunu karmaşıklştırabilir ve bazı hastalarda görülen psikomotor ajitasyon cildin kaşınması, yolunmasıyla ilişkilendirilebilir(36).

Dermatoloji hastalarında bu belirtiler her zaman tipik olarak görülmebilir. Depresyon eşdeğeri belirtiler görülebilir. Bazı hastalar dermatoloji kliniklerine muayene bulguları ile açıklanamayan yanma, batma, uyuşma gibi belirtilerle başvururlar. İçgörüsü tam gelişmemiş, psikolojik zihinliliği tam olmayan ve depresyon belirtilerini inkar eden bu hastalarda görülen depresyona maskeli depresyon adı verilir(35).

Dermatolojik hastalıkların mı hastalarda depresyona neden olduğu, yoksa depresyonun dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasına neden mi olduğu tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı çalışmalarda dermatolojik problemlerin kronik seyri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya neden olabilmeleri nedeniyle depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışına neden olabilir. Bunun aksine bazı çalışmalarda ise dermatolojik hastalıkların ortaya çıkışı ve alevlenmesi depresyon başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklara önemli etkisi olduğunu vurgulanır. Dermatolojik hastalıklarda altta yatan depresyonun tanı ve tedavisinde gecikmenin var olan dermatolojik hastalığın tedaviye yanıtını geciktirir ve hastaların yaşam kalitesini düşürür. Bundan dolayı dermatoloji hastalarında depresyon eş tanısının sık olduğunu bilmek önemlidir(35). Depresyon farklı mekanizmalarla deriyi etkileyebilir (Tablo 2.7)(37).

Tablo 2.7. Depresyon ve deri hastalığı

Deri hastalığının yarattığı özgüven kaybı depresyona yol açabilir
Depresyon, deri hastalığının komorbiditesi olabilir
Depresyon, deri hastalığına neden olabilir
Depresyon ilaçları, cilt hastalığına neden olabilir (Lityum ve psöriazis gibi)

2.2.2. Anksiyete

Anksiyete, kaygı ya da bunaltı olarak da adlandırılan yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkan bir duygulanım şeklidir. Çarpıntı, aşırı terleme, titreme, nefes almada zorluk gibi fizyolojik; sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacak hissi gibi

psikolojik özellikler görülebilir(35, 38). Öznel kaygı ya da fiziksel semptomların kontrol edilmesi zordur ve işlevsellikte önemli sıkıntı ya da bozulmaya neden olur(6).

Anksiyete belirtileri, otonom sinir sistemi ile ilgilidir. Norepinefrin, serotonin ve gama amino butirik asit (GABA) anksiyete bozukluğundan sorumlu tutulur ve bu nörotransmitter aksındaki bozukluklar, anksiyete bozukluğuyla ilişkilendirilmiştir(35).

Dermatoloji hastalarında anksiyete bozukluğu normal popülasyondan çok daha fazla bulunmuştur. Özellikle psöriasis hastalarında %48; atopik dermatit hastalarında %39 ile dermatolojik hastalıklar arasında en yüksek oranda anksiyete bozukluğuna sahip gruplardır(35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Dizaynı

Bu çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniğine 30.12.2019- 30.12.2020 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası seboreik dermatit tanısı alan 100 hasta ve 110 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Bu çalışma 07.01.2020 tarihli ve 16 sayılı karar ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı alınarak gerçekleştirildi. Sağlıklı gönüllüler herhangi sistemik bir hastalık ve herhangi bir ilaç kullanımı olmayan, verruka veya nevüs muayenesi için polikliniğimize başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve hasta grubu ile demografik özellikleri benzer olan kişilerden oluşturulmuştur. Herhangi psikiyatrik hastalık, yeme bozukluğu, özel bir diyet öyküsü, inflamatuvar deri hastalığı veya diyabet, hipertansiyon, renal yetmezlik, hipotroidizm, hipertroidizm, kanser, obezite gibi kronik hastalığı olanlar ile bilişsel olarak tek başına anketleri doldurabilecek yetide olmayan, 18 yaş altı veya 65 yaş üzeri olan, gebe veya emziren anneler ve okur yazar olmayan gönüllüler çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar ve gönüllülere çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Onam formu alınan hasta ve gönüllülerin dermatolojik muayeneleri yapılmış ve sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Özgeçmiş, eğitim düzeyi, sigara, alkol alışkanlığı, diyet özellikleri, yüz ve saç bakımı gibi verileri içeren bir form, Adolesan Beslenme Alışkanlıkları Kontrol Listesi (ABAKL), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASS-21) hastalar tarafından doldurulmuştur.

Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi

Çalışmada seboreik dermatit şiddeti, Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi (SDASI) ile değerlendirilmiştir. SDASI, seboreik dermatit tutulum bölgeleri ve tutulum şiddetine göre değişik oranları içeren bir skorlama sistemidir. Psöriasis için kullanılan Psöriasis Alan Şiddet İndeksi' nin bir uyarlamasıdır. Eritem ve desquamasyonun derecesine göre 0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli şeklinde skorlanır. Alın: 0,1; saçlı deri: 0,4; nazolabiyal: 0,1; kaş: 0,1; kulak arkası: 0,1; kulak: 0,1; göğüs ön yüz: 0,2; sırt: 0,2; yanak ya da çene: 0,1 şeklinde bölgelerin sabitleri vardır. Her

bölge için ayrı ayrı sabit ile eritem ve ödemin derecesi çarpılır ve total skoru elde etmek için tüm bölgeler toplanır. Elde edilen skor SDASI olarak adlandırılır ve 0-12,6 arasında değişir(39). SDASI skoru 4 ve üstü ve/ veya 3 ve üzeri anatomik bölge tutulumu olan hastalar klinik olarak orta ile şiddetli kabul edilmiştir(40).

Adolesan Beslenme Alışkanlıkları Kontrol Listesi (ABAKL)

Bu ölçüm aracı, 2002 yılında Johnson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arıkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 19 önermeden oluşmakta olup önermelere “doğru, yanlış ya da fikrim yok/uygulamıyorum” yanıtlarından birini vermeleri istenmektedir. Sağlıklı olma yönünde bir mana taşıyan cevaplar puanlanarak bir skor elde edilmektedir. Ölçekten alınan skorun yükselmesi beslenme alışkanlıkları açısından olumlu olarak yorumlanmaktadır(41, 42).

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASS-21)

Çalışmamızda katılımcıların psikoemosyonel durumunun belirlenmesi için DASS-21 ölçeği kullanılmıştır. DASS-42’ nin bazı önermelerinden oluşturulmuştur. Ölçeğin ülkemizde güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 önermeden oluşmakta depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını ölçmek için yedişer soru bulunmaktadır. Ölçeğin temel işlevi depresyon, anksiyete, stres semptomlarının şiddetlerini değerlendirmektir. Ölçek dördümlü Likert tipi ölçek olup; 0 “bana tamamen uygun değil”, 1 “bana biraz uygun”, 2 “bana genellikle uygun”, 3 “bana tamamen uygun” şeklinde kodlanmıştır. Bireyin son bir haftadaki duygu durumuna göre cevaplama istenmektedir(43, 44).

3.2. İstatistiksel analiz

Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için bağımsız örnek t testi analizi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi

kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün belirlenmesi normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 100 seboreik dermatit hastası ve 110 sağlıklı kontrol olmak üzere 210 gönüllü dahil edildi. Toplam 100 seboreik dermatit hastasının %47' si (n=47) kadın, %53' ü (n=53) erkek; kontrol grubunun %53,6' sı (n=59) kadın, %46,4' ü (n=51) erkekti. Ortalama yaş seboreik dermatit grubunda 30.1 ± 11.5 , kontrol grubunda 31 ± 8.79 tu. Hasta ve kontrol grubu cinsiyet ve yaş dağılımı açısından benzer olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0.411$, $p=0,067$). Seboreik dermatit ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4.1' de verilmiştir.

Tablo 4.1. Seboreik dermatit ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Cinsiyet	Kadın	47 (%47)	59 (%53,6)	0,411*
	Erkek	53 (%53)	51 (%46,4)	
		Ort. \pm Std. Sapma		
		Medyan		
Yaş (yıl)		30.11 ± 11.5	31 ± 8.79	0.067**
		26	29	

*Pearson Ki-kare Testi

** Mann Whitney U Testi

Seboreik dermatit hastalarının %60' ı (n=60) bekar, %37' si (n=37) evli, %3' ü (n=3) dul; kontrol grubunun ise %41.8' sı (n=46) bekar, %54.5' i (n=60) evli ve %3.6' sı (n=4) duldu. Hasta ve kontrol grubu medeni durum açısından değerlendirildiğinde hasta grubunda bekar oranı yüksek saptandı ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.0304$). Seboreik dermatit ve kontrol grubu medeni durum dağılımı Tablo 4.2' de verilmiştir.

Tablo 4.2. Seboreik dermatit ve kontrol grubu medeni durum dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Medeni durum	Bekar	60 (%60)	46 (%41.8)	0.0304*
	Evli	37 (%37)	60 (%54.5)	
	Dul	3 (%3)	4(%3.6)	

*Pearson Ki Kare Testi

Ortalama boy seboreik dermatit hastalarında 170 ± 9.14 , kontrol grubunda 171 ± 8.62 ; ortalama vücut ağırlığı hasta grubunda 72.6 ± 9.14 , kontrol grubunda 71.1 ± 15.4 ; ortalama vücut kitle indeksi hasta grubunda 25 ± 4.28 , kontrol grubunda 24.1 ± 3.78 ’ di. Hasta ve kontrol grubu arasında boy, kilo ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla $p=0.439$, $p=0.606$, $p=0.222$). Seboreik dermatit ve kontrol grubu boy, kilo ve VKİ dağılımı Tablo 4.3’ te verilmiştir.

Tablo 4.3. Seboreik dermatit boy, kilo ve VKİ dağılımı

	Ort. \pm Std. Sapma Ortanca (p25-p75)		p*
	Hasta	Kontrol	
Boy	170 ± 9.14 170 (165-175)	171 ± 8.62 171 (164-178)	0.439
Kilo	72.6 ± 14.6 71 (61.5-82.3)	71.1 ± 15.4 74 (56.3-82)	0.606
VKİ	25 ± 4.28 24.5 (22.2-27.7)	24.1 ± 3.78 24.1 (21.5-26.6)	0.222

*Mann Whitney U Testi

Seboreik dermatit hastalarının %2' si (n=2) ilkokul, %3' ü (n=3) ortaokul, %30' u (n=30) lise, %45' i (n=45) üniversite, %20' si (n=20) lisansüstü mezunuydu. Kontrol grubunun ise %0.9' u (n=1) okuryazar, %0.9' u (n=1) ilkokul, %6.4' ü (n=7) lise, %64.5' i (n=71) üniversite, %27.3' ü (30) lisansüstü mezunuydu. Hasta ve kontrol grubu eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde kontrol grubunda anlamlı yüksek eğitim seviyesi saptanmıştır (p<0.001). Seboreik dermatit ve kontrol grubu eğitim durum dağılımı Tablo 4.4' te verilmiştir.

Tablo 4.4. Seboreik dermatit ve kontrol grubu eğitim durum dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Eğitim durumu	Okuryazar	0 (%0)	1 (%0.9)	<0.001*
	İlkokul	2 (%2)	1 (%0.9)	
	Ortaokul	3 (%3)	0 (%0)	
	Lise	30 (%30)	7 (%6.4)	
	Üniversite	45 (%45)	71 (%64.5)	
	Yüksek lisans	20 (%20)	30 (%27.3)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastalarının ortalama SDASI skoru 1.93±1.82' idi. Hastaların ortalama hastalık süresi 50.6±58.6 aydı ve başlangıç yaş ortalaması 25.5±11.7' idi. (Tablo 4.5)

Tablo 4.5. Seboreik dermatit hastalarının yaş, hastalık süresi ve şiddet skoru

	Ort. ± Std. Sapma Ortanca(p25-p75)
SDASI skoru	1.93±1.82 1.20(0.80-2.50)
Hastalık süresi (ay)	50.6±58.6 24 (12-72)
Başlangıç yaşı (yıl)	25.5±11.7 22 (18-29.3)

Hastaların %66' sında (n=66) kaşıntı, %32' sinde (n=32) yanma, %74' ünde (n=74) kızarıklık ve %94' ünde (n=94) kepeklenme eşlik etmekteydi. Hastaların klinik özellikleri Tablo 4.6' da verilmiştir.

Tablo 4.6. Seboreik dermatit hastaları klinik özellikleri

	Kaşıntı	Yanma	Kızarıklık	Kepeklenme
Var	66 (%66)	32 (%32)	74 (%74)	94 (%94)
Yok	34 (%34)	68 (%68)	26 (%26)	6 (%6)

Hastaların %28' i (n=28) hastalığın belirli bir tetikleyicisi olmadığını, %54' ü (n=54) stres, %9' u (n=9) bazı yiyecekler, %3' ü (n=3) sigara, %3' ü yoğun çalışma, %2' si (n=2) uykusuzluk ile seboreik dermatitin şiddetlendiğini belirtmekteydi. Hastaların %76' sı (n=76) seboreik dermatitin mevsimlere göre değişiklik göstermediği, %15' i (n=15) kış mevsiminde, %7' si (n=7) yaz mevsiminde, %2' si (n=2) ise ilkbaharda hastalığın şiddetlendiğini belirtmekteydi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Seboreik dermatit tetikleyicileri

Yok	Stres	Yiyecek	Sigara	Yoğun çalışma	Uykusuzluk
28(%28)	54(%54)	9(%9)	3(%3)	3(%3)	2(%2)
Mevsimden bağımsız	Kış	Yaz	İlkbahar		
76(%76)	15(%15)	7(%7)	2(%2)		

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu sigara kullanımı açısından sorgulandı. Hastaların %24' ünün (n=24) sigara kullandığı, %76' sının (n=76) sigara kullanmadığı; kontrol grubunun ise %40' ının (n=44) sigara kullandığı, %60' ının (n=66) sigara kullanmadığı saptandı. Hastaların %65' inin (n=65) alkol kullanmadığı, %23' ünün (n=23) ayda birden az, %8' inin (n=8) ayda 2-3 kez, %4' ünün (n=4) haftada 2' den fazla alkol tükettiği; kontrol grubunun ise %37.3' ünün (n=41) alkol kullanmadığı, %24.5' inin (n=27) ayda 1' den az, %33.6' sının (n=37) ayda 2-3 kez, %4.5' inin (n=5) haftada 2' den fazla alkol tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kontrol grubunda sigara ve alkol tüketimi anlamlı olarak yüksek saptandı (sırasıyla p=0.02, p<0.001). (Tablo 4.8)

Tablo 4.8. Seboreik dermatit ve kontrol grubu sigara-alkol kullanım özellikleri

		n (%)		p*
		Hasta	Kontrol	
Sigara kullanımı	Yok	76 (%76)	66 (%60)	0,02
	Var	24 (%24)	44 (%40)	
Alkol kullanımı	Yok	65 (%65)	41 (%37.3)	<0.001
	Ayda 1'den az	23 (%23)	27 (%24.5)	
	Ayda 2-3 kez	8 (%8)	37 (%33.6)	
	Haftada 2'den fazla	4 (%4)	5 (%4.5)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu aile öyküsü açısından sorgulandı. Hastaların %61' inde (n=61) ailede seboreik dermatit öyküsü yoktu, %12' si (n=12) bilmiyordu, %16' sında (n=16) birinci derece akrabasında, %5' inde (n=5) hem bir hem ikinci derece akrabasında, %6' sında (n=6) ikinci derece akrabasında seboreik dermatit öyküsü; kontrol grubunun ise %59.1' inde (n=65) ailede seboreik dermatit öyküsü yoktu, %24.5' inde (n=27) bilmiyordu, %11.8' inde (n=13) birinci derece akrabasında, %1.8' inde (n=2) hem bir hem ikinci derece akrabasında, %2.7' sinde (n=3) ikinci derece akrabasında seboreik dermatit öyküsü saptandı. Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu arasında aile öyküsü açısından anlamlı fark saptanmadı ancak seboreik dermatit grubunda aile öyküsü daha yüksekti (p=0.0903). Tablo 4.9' da seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubunun aile öyküsü dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.9. Seboreik dermatit ve kontrol grubu aile öyküsü dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Aile öyküsü	Yok	61 (%61)	65 (%59.1)	0.0903*
	Bilmiyorum	12 (%12)	27 (%24.5)	
	1.derece	16 (%16)	13 (%11.8)	
	1 ve 2. derece	5 (%5)	2 (%1.8)	
	2.derece	6 (%6)	3 (%2.7)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubunun spor yapma alışkanlıkları sorgulandı. Seboreik dermatit grubunun %65' i (n=65) spor yapmadığı, %4' ü (n=4) ayda 1' den az, %2' si (n=2) ayda 2-3 kez, %10' u (n=10) haftada 1-2 kez, %19' u (n=19) haftada 3' ten fazla spor yaptığı; kontrol grubunun %45.5' inin (n=50) spor yapmadığı, %6.4' ünün (n=7) ayda 1' den az, %12.7' sinin (n=14) ayda 2-3 kez, %22.7' sinin (n=25) haftada 1-2 kez, %12.7' sinin (n=14) haftada 3' ten fazla spor yaptığı saptandı. Spor yapmayanların oranı hasta grubunda anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.001$). Seboreik dermatit ve kontrol grubunun spor yapma sıklığı Tablo 4.10' da verilmiştir.

Tablo 4.10. Seboreik dermatit ve kontrol grubu spor yapma sıklığı dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Spor sıklığı	Yok	65 (%65)	50 (%45.5)	<0.001*
	Ayda 1' den az	4 (%4)	7 (%6.4)	
	Ayda 2-3 kez	2 (%2)	14 (%12.7)	
	Haftada 1-2 kez	10 (%10)	25 (%22.7)	
	Haftada 3' ten fazla	19 (%19)	14 (%12.7)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu güneş koruyucu kullanımı ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanımı açısından sorgulandı. Hastaların %12' sinin (n=12) güneş koruyucu kullandığı, %88' inin (n=88) güneş koruyucu kullanmadığı; kontrol grubunun %31.8' inin (n=35) güneş koruyucu kullandığı, %68.2' sinin (n=75) güneş koruyucu kullanmadığı saptandı. Hastaların %32' sinin (n=32) yüz bölgesine kozmetik ürün kullandığı, %68' inin (n=68) kullanmadığı; kontrol grubunun %50' sinin (n=55) yüz bölgesine kozmetik ürün kullandığı, %50' sinin (n=55) yüz bölgesine kozmetik ürün kullanmadığı saptandı. Hasta grubu kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak daha az güneş koruyucu ürün ve yüz bölgesine daha az kozmetik ürün kullandığı saptanmıştır (sırasıyla p=0.00105, p=0.0123). (Tablo 4.11)

Tablo 4.11. Seboreik dermatit ve kontrol grubu güneş koruyucu ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanım özellikleri

		n (%)		p*
		Hasta	Kontrol	
SPF kullanımı	Var	12 (%12)	35 (%31.8)	0.00105
	Yok	88 (%88)	75 (%68.2)	
Yüz bölgesi kozmetik kullanımı	Var	32 (%32)	55 (%50)	0,0123
	Yok	68 (%68)	55 (%50)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu yüz yıkama sıklığı ve yüz yıkamada kullandıkları ürünler açısından sorgulandı. Hasta grubunun %11' i (n=11) günde 1 kez, %50' sinin (n=50) günde 2 kez, %18' inin (n=18) günde 3 kez, %20' sinin (n=20) günde 3' ten fazla yüz yıkadığı; kontrol grubunun %24.5' inin (n=27) günde 1 kez, %40.9' unun (n=45) günde 2 kez, %19.1' inin (n=21) günde 3 kez, %15.5' inin (n=17) günde 3' ten fazla yüz yıkadığı saptanmıştır. Hasta grubunun %51' i (n=51) sadece su, %20' sinin (n=20) sabun, %29' unun (n=29) kozmetik temizleyici kullandığı, kontrol grubunun ise %39.1' inin (n=43) sadece su, %18.2' sinin (n=20) sabun, %42.7' sinin (n=47) kozmetik temizleyici ile yüz yıkadığı saptandı. Hasta kontrol grubu arasında yüz yıkama sıklığı ve yüz yıkama ürünü açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.091, p=0.107). (Tablo 4.12)

Tablo 4.12. Seboreik dermatit ve kontrol grubu yüz yıkama ürünü ve sıklığı özellikleri

		n (%)		p*
		Hasta	Kontrol	
Yüz yıkama ürünü	Su	51 (%51)	43 (%39.1)	0,107
	Sabun	20 (%20)	20 (%18.2)	
	Kozmetik temizleyici	29 (%29)	47 (%42.7)	
Yüz yıkama sıklığı	Günde 1	11 (%11)	27 (%24.5)	0.091
	Günde 2	50 (%50)	45 (%40.9)	
	Günde 3	18 (%18)	21 (%19.1)	
	Günde >3	20 (%20)	17 (%15.5)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu saç yıkama sıklığı ve saç yıkamada kullandıkları ürünler açısından sorgulandı. Hasta grubunun %31' i (n=31) haftada 2 ya da daha az, %43' ünün (n=43) gün aşırı, %26' sının (n=26) her gün; kontrol grubunun ise %15.5' inin (n=17) haftada 2 ya da daha az, %37.3' ünün (n=41) gün aşırı, %47.3' ünün (n=52) her gün saç yıkadığı saptandı. Hasta grubunun %7' si (n=7) sabun, %55' inin (n=55) sıradan şampuan, %38' inin (n=38) kozmetik şampuan; kontrol grubunun ise %9.1' inin (n=10) sabun, %54.5' inin (n=60) sıradan şampuan, %36.4' ünün (n=40) kozmetik şampuan ile saç temizliği yaptığı saptandı. Hasta kontrol grubu arasında saç yıkama ürünü kullanımı açısından anlamlı fark saptanmazken (p=0.851), saç yıkama sıklığı kontrol grubunda anlamlı yüksek düzeyde saptandı (p=0.00208). (Tablo 4.13)

Tablo 4.13. Seboreik dermatit ve kontrol grubu saç yıkama sıklığı ve ürünü özellikleri

		n (%)		p*
		Hasta	Kontrol	
Saç yıkama sıklığı	Haftada 2 ya da az	31 (%31)	17 (%15.5)	0,00208
	Gün aşırı	43 (%43)	41 (%37.3)	
	Her gün	26 (%26)	52 (%47.3)	
Saç yıkama ürünü	Sabun	7 (%7)	10 (%9.1)	0.851
	Sıradan şampuan	55 (%55)	60 (%54.5)	
	Kozmetik şampuan	38 (%38)	40 (%36.4)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu cilt kuruluğu açısından sorgulandı. Hastaların %49' unun (n=49) cilt kuruluğu olmadığı, %4' ünün (n=4) el-ayak, %2' sinin (n=2) kol ve bacak, %36' sının (n=36) yüz, %9' unun (n=9) tüm vücut; kontrol grubunun ise %42.7' sinin (n=47) cilt kuruluğu olmadığı, %16.4' ünün (n=18) el ve ayak, %10.9' unun (n=12) kol ve bacak, %14.5' inin (n=16) yüz, %15.5' inin (n=17) tüm vücut kuruluğu saptandı. Hasta grubunda kontrol grubuna göre yüz kuruluğu anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0.001). Seboreik dermatit ve kontrol grubunun cilt kuruluğu dağılımı Tablo 4.14' te verilmiştir.

Tablo 4.14. Seboreik dermatit ve kontrol grubu cilt kuruluğu dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Cilt kuruluğu	Yok	49 (%49)	47 (%42.7)	<0.001*
	El ve ayak	4 (%4)	18 (%16.4)	
	Kol ve bacak	2 (%2)	12 (%10.9)	
	Yüz	36 (%36)	16 (%14.5)	
	Tüm vücut	9 (%9)	17 (%15.5)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu akne öyküsü açısından karşılaştırıldı. Hasta grubunun %57' sinde (n=57) akne öyküsü mevcuttu, %43' ünde (n=43) akne öyküsü yoktu; kontrol grubunun ise %43.6' sında (n=48) akne öyküsü mevcuttu, %56.4' ünde (n=62) akne öyküsü yoktu. Hasta grubunda kontrol grubuna göre akne öyküsü daha fazlaydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.0725). (Tablo 4.15)

Tablo 4.15. Seboreik dermatit ve kontrol grubu akne öyküsü dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Akne öyküsü	Evet	57 (%57)	48 (%43.6)	0.0725*
	Hayır	43 (%43)	62 (%56.4)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu diyet tercihleri açısından sorgulandı. Hastaların %2' si (n=2) vejetaryen beslenme, %17' si (n=17) et ağırlıklı beslenme, %81' i (n=81) karışık beslenme tercih ettiği; kontrol grubunun ise %0.9' unun (n=1) vejetaryen beslenme, %21.8' inin (n=24) et ağırlıklı beslenme, %77.3' ünün (n=85) karışık beslenme tercih ettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında diyet tercihi açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.562). (Tablo 4.16)

Tablo 4.16. Seboreik dermatit ve kontrol grubu diyet tercih dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Diyet tercihi	Vejetaryen	2 (%2)	1 (%0.9)	0.562*
	Et ağırlıklı	17 (%17)	24 (%21.8)	
	Karışık	81 (%81)	85 (%77.3)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu yağ tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %25' inin (n=25) bitkisel sıvı yağ, %2' sinin (n=2) hayvansal yağ, %1' inin (n=1) margarin, %72' sinin (n=72) karışık yağ tükettiği; kontrol grubunun ise %32.7' sinin (n=36) bitkisel sıvı yağ, %5.5' inin (n=6) hayvansal yağ, %61.8' inin (n=68) karışık yağ tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında yağ tüketimi açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0.201). (Tablo 4.17)

Tablo 4.17. Seboreik dermatit ve kontrol grubu yağ tüketim dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Yağ tüketimi	Bitkisel sıvı yağ	25 (%25)	36 (%32.7)	0.201*
	Hayvansal yağ	2 (%2)	6 (%5.5)	
	Margarin	1 (%1)	0 (%0)	
	Karışık	72 (%72)	68 (%61.8)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu tuz ve baharat tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %31' inin (n=31) az tuzlu, %21' inin (n=21) ilave tuz ekleyerek, %48' inin (n=48) normal tuzlu; kontrol grubunun ise %35.5' inin (n=39) az tuzlu, %12.7' sinin (n=14) ilave tuzlu, %51.8' inin (n=57) normal tuzlu tükettiği saptandı. Hastaların %32' sinin (n=32) az baharat, %18' inin (n=18) çok baharat, %50' sinin (n=50) normal baharat kullanımı; kontrol grubunun ise %27.3' ü (n=30) az baharat, %18.2' sinin (n=20) çok baharat, %54.5' inin (n=60) normal baharat kullanımı saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında tuz ve baharat tüketimi açısından anlamlı fark saptanmadı ancak seboreik dermatit grubu daha tuzlu yemeye meyilliydi (sırasıyla p=0.27, p=0.739). Tablo 4.18' de Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubunun tuz ve baharat tüketim özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.18. Seboreik dermatit ve kontrol grubu tuz ve baharat tüketimi

		n (%)		p*
		Hasta	Kontrol	
Tuz tüketimi	Az tuzlu	31 (%31)	39 (%35.5)	0,27
	İlave tuzlu	21 (%21)	14 (%12.7)	
	Normal	48 (%48)	57 (%51.8)	
Baharat tüketimi	Az	32 (%32)	30 (%27.3)	0.739
	Çok	18 (%18)	20 (%18.2)	
	Normal	50 (%50)	60 (%54.5)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit ve kontrol grubu kırmızı et tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %81' inin (n=81) haftada 1-2, %12' sinin (n=12) günde 1, %4' ünün (n=4) günde 2, %3' ünün (n=3) günde 3 ve üzeri kırmızı et tükettiği, kontrol grubunun %79.1' inin (n=87) haftada 1-2, %20' sinin (n=22) günde 1, %0.9' unun (n=1) günde 3 ve üzeri kırmızı et tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ancak seboreik dermatit grubu daha sık et tüketmekteydi (p=0.0527). (Tablo 4.19)

Tablo 4.19. Seboreik dermatit ve kontrol grubu et tüketim dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Et tüketimi	Haftada 1-2	81 (%81)	87 (%79.1)	0.0527*
	Günde 1	12 (%12)	22 (%20)	
	Günde 2	4 (%4)	0 (%0)	
	Günde 3 ve üzeri	3 (%3)	1 (%0.9)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu sebze ve meyve tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %46' sının (n=46) haftada 1-2, %32' sinin (n=32) günde 1, %13' ünün (n=13) günde 2, %9' unun (n=9) günde 3 ve üzeri sebze-meyve tükettiği; kontrol grubunun ise %2.7' sinin (n=3) sebze ve meyve tüketmediği, %37.3' ünün (n=41) günde 1, %18.2' sinin (n=20) günde 2 sebze ve meyve tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında hasta grubunun anlamlı olarak daha fazla meyve ve sebze tükettiği saptandı. (p=0.00683). (Tablo 4.20)

Tablo 4.20. Seboreik dermatit ve kontrol grubu sebze-meyve tüketim dağılımı

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Sebze ve meyve tüketimi	Yok	0 (%0)	3 (%2.7)	0.00683*
	Haftada 1-2	46 (%46)	46 (%41.8)	
	Günde 1	32 (%32)	41 (%37.3)	
	Günde 2	13 (%13)	20 (%18.2)	
	Günde 3 ve üzeri	9 (%9)	0 (%0)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu çay-kahve tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %8' inin (n=8) çay-kahve tüketmediği, %47' sinin (n=47) günde 1-3, %24' ünün (n=24) günde 4-6, %15' inin (n=15) günde 7-10, %6' sının (n=6) günde 10 üzeri çay-kahve tükettiği; kontrol grubunun ise %3.6' sının (n=4) çay-kahve tüketmediği, %49.1' inin (n=54) günde 1-3, %31.8' inin (n=35) günde 4-6, %8.2' sinin (n=9) günde 7-10, %7.3' ünün (n=8) günde 10 üzeri çay-kahve tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında çay-kahve tüketimi açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0.268). (Tablo 4.21)

Tablo 4.21. Seboreik dermatit ve kontrol grubu çay-kahve tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Çay-kahve tüketimi	Yok	8 (%8)	4 (%3.6)	0.268*
	Günde 1-3	47 (%47)	54 (%49.1)	
	Günde 4-6	24 (%24)	35 (%31.8)	
	Günde 7-10	15 (%15)	9 (%8.2)	
	Günde >10	6 (%6)	8 (%7.3)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu şeker tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %25' inin (n=25) şeker tüketmediği, %1' inin (n=1) ayda 1, %1' inin (n=1) ayda 2, %23' ünün (n=23) haftada 1-2, %13' ünün (n=13) haftada 3-5, %37' sinin (n=37) her gün şeker tükettiği; kontrol grubunun ise %30' unun (n=33) şeker tüketmediği, %6.4' ünün (n=7) ayda 1, %2.7' sinin (n=3) ayda 2, %23.6' sının (n=26) haftada 1-2, %13.6' sının (n=15) haftada 3-5, %23.6' sının (n=26) her gün

şeker tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında şeker tüketiminde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ancak seboreik dermatit grubu daha çok şeker tüketmekteydi (p=0.136). (Tablo 4.22)

Tablo 4.22. Seboreik dermatit ve kontrol grubu şeker tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Şeker tüketimi	Yok	25 (%25)	33 (%30)	0.136*
	Ayda 1	1 (%1)	7 (%6.4)	
	Ayda 2	1 (%1)	3 (%2.7)	
	Haftada 1-2	23 (%23)	26 (%23.6)	
	Haftada 3-5	13 (%13)	15 (%13.6)	
	Her gün	37 (%37)	26 (%23.6)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu ekmek tüketimi açısından sorgulandı. Hastaların %8' inin (n=8) ekmek tüketmediği, %3' ünün (n=3) ayda 1, %1' inin (n=2) ayda 2, %8' inin (n=8) haftada 1-2, %16' sının (n=16) haftada 3-5, %64' ünün (n=64) her gün ekmek tükettiği; kontrol grubunun ise %9.1' inin (n=10) ekmek tüketmediği, %3.6' sının (n=4) ayda 1, %2.7' sinin (n=3) ayda 2, %28.2' sinin (n=31) haftada 1-2, %18.2' sinin (n=20) haftada 3-5, %38.2' sinin (n=42) her gün ekmek tükettiği saptandı. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, hasta grubunun istatistiksel anlamlı olarak daha fazla ekmek tükettiği saptandı (p=0.00155). Tablo 4.23' te seboreik dermatit ve kontrol grubu ekmek tüketim özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.23. Seboreik dermatit ve kontrol grubu ekme k t kretim özellikleri

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Ekmek t�kretimi	Yok	8 (%8)	10 (%9.1)	0.00155*
	Ayda 1	3 (%3)	4 (%3.6)	
	Ayda 2	1 (%1)	3 (%2.7)	
	Haftada 1-2	8 (%8)	31 (%28.2)	
	Haftada 3-5	16 (%16)	20 (%18.2)	
	Her gün	64 (%64)	42 (%38.2)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu süt t kretimi açısından sorgulandı. Hastaların %16' sının (n=16) süt t kretmediği, %9' unun (n=9) ayda 1, %6' sının (n=6) ayda 2, %40' ının (n=40) haftada 1-2, %13' ünün (n=13) haftada 3-5, %16' sının (n=16) her gün süt tükettiği; kontrol grubunun ise %17.3' ünün (n=19) süt t kretmediği, %7.3' ünün (n=8) ayda 1, %9.1' inin (n=10) ayda 2, %34.5' inin (n=38) haftada 1-2, %10' unun (n=11) haftada 3-5, %21.8' inin (n=24) her gün süt tükettiği saptandı. Seboreik dermatit hastaları ve kontrol grubu arasında süt t kretimi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.752). (Tablo 4.24)

Tablo 4.24. Seboreik dermatit ve kontrol grubu süt tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hasta	Kontrol	
Süt tüketimi	Yok	16 (%16)	19 (%17.3)	0.752*
	Ayda 1	9 (%9)	8 (%7.3)	
	Ayda 2	6 (%6)	10 (%9.1)	
	Haftada 1-2	40 (%40)	38 (%34.5)	
	Haftada 3-5	13 (%13)	11 (%10)	
	Her gün	16 (%16)	24 (%21.8)	

*Pearson Ki Kare Testi

Seboreik dermatit ve kontrol grubunun ABAKL aldığı puanlar hesaplandı. Seboreik dermatit grubunda skor 8.92 ± 3.75 olarak, kontrol grubunda ise 10.3 ± 3.97 olarak hesaplandı. Seboreik dermatit grubunda kontrol grubuna göre beslenme skoru istatistiksel olarak daha düşük saptandı ($p=0.00971$). Tablo 4.25' te seboreik dermatit ve kontrol grubunun beslenme alışkanlıkları ölçeğinin değerleri verilmiştir.

Tablo 4.25. Seboreik dermatit ve kontrol grubunun ABAKL değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma		p*
	Hasta	Kontrol	
ABAKL	8.92 \pm 3.75	10.3 \pm 3.97	0.00971
	9.00 (5.00- 11.0)	10.5 (7.00-13.8)	

*Mann-Whitney U Testi

Seboreik dermatit ve kontrol grubunun toplam DASS-21 puanı ve alt ölçeklerinden aldığı puanlar hesaplandı. Seboreik dermatit grubunda depresyon puanı 4.73 ± 4.49 , anksiyete puanı 4.21 ± 3.38 , stres puanı 5.86 ± 4.11 ve toplam DASS-21 puanı 14.7 ± 10.8 olarak hesaplandı. Kontrol grubunda ise depresyon puanı 3.97 ± 3.68 , anksiyete puanı 3.38 ± 2.90 , stres puanı 4.89 ± 3.35 ve toplam DASS-21 puanı 12.2 ± 9.06 olarak hesaplandı.

Depresyon, anksiyete, stres ve DASS-21 puanları seboreik dermatit grubunda daha yüksekti, ancak hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı; (sırasıyla $p=0.33$, $p=0.0892$, 0.168 , 0.161). Seboreik dermatit ve kontrol grubunun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri Tablo 4.26' de verilmiştir.

Tablo 4.26. Seboreik dermatit ve kontrol grubunun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma Ortanca (p25-p75)		p*
	Hasta	Kontrol	
DASS21-D	4.73 ± 4.49 3 (1-7.25)	3.97 ± 3.68 3.5 (1-6)	0.33
DASS21-A	4.21 ± 3.38 3 (1-6)	3.38 ± 2.90 3 (1-5)	0.0892
DASS21-S	5.86 ± 4.11 5 (3-8.25)	4.89 ± 3.35 4 (3-6)	0.168
DASS-21 (Toplam puan)	14.7 ± 10.8 12.5 (7-22)	12.2 ± 9.06 10.5 (5-17)	0.161

*Mann-Whitney U Testi

Seboreik dermatit hastaları klinik şiddetine göre hafif ve şiddetli olarak ayrıldı. Toplam 100 seboreik dermatit hastasının 79' u hafif, 21' i şiddetli olarak sınıflandırıldı. Hafif vakaların %50.6' sı (n=40) erkek, %49.4' ü (n=39) kadın; şiddetli vakaların %61.9' u (n=13) erkek, %38.1' i (n=8) kadındı. Ortalama yaş hafif vakalarda 29.5 ± 11.3 , şiddetli vakalarda 32.5 ± 12.3 ' tü. Hafif ve şiddetli vakalar cinsiyet ve yaş dağılımı açısından benzer olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0.5$, $p=0.172$). Hafif ve şiddetli grup yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4.27' de verilmiştir.

Tablo 4.27. Hafif ve şiddetli grup yaş ve cinsiyet dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Cinsiyet	Kadın	39 (%49.4)	8 (%38.1)	0.5*
	Erkek	40 (%50.6)	13 (%61.9)	
		Ort. \pm Std. Sapma		
		Medyan		
Yaş (yıl)		29.5 ± 11.3	32.5 ± 12.3	0.172**
		25	30	

*Pearson Ki Kare Testi

**Mann-Whitney U Testi

Hafif grubun %64.6' sı (n=51) bekar, %31.6' sı (n=25) evli, %3.8' i (n=3) dul; şiddetli grubun ise %42.9' u (n=9) bekar ve %42.9' u (n=9) evliydi. Hafif ve şiddetli hasta grubu medeni durum dağılımı açısından benzer olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.0815$). Hafif ve şiddetli grup medeni durum dağılımı Tablo 4.28' de verilmiştir.

Tablo 4.28. Hafif ve şiddetli grup medeni durum dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Medeni durum	Bekar	51 (%64.6)	9 (%42.9)	0.0815*
	Evli	25 (%31.6)	12 (%57.1)	
	Dul	3 (%3.8)	0 (%0)	

*Pearson Ki Kare Testi

Ortalama boy hafif grupta 170 ± 8.76 , şiddetli grupta 171 ± 10.6 ; ortalama vücut ağırlığı hafif grupta 71 ± 14.6 , şiddetli grupta 78.5 ± 13.3 tü. Şiddetli grupta vücut ağırlığı istatistiksel anlamlı şekilde yüksek saptandı, ancak ortalama boy açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı. (sırasıyla $p=0.025$, $p=0.466$). Hafif ve şiddetli grup boy ve kilo dağılımı Tablo 4.29’ da verilmiştir.

Tablo 4.29. Hafif ve şiddetli grup boy ve kilo dağılımı

	Ort. \pm Std. Sapma Ortanca (p25-p75)		p*
	Hafif	Şiddetli	
Boy (cm)	170 ± 8.76 170 (165-175)	171 ± 10.6 170 (165-180)	0.466
Kilo (kg)	71 ± 14.6 70 (60-79)	78.5 ± 13.3 80 (70-88)	0.025

*Mann Whitney U Testi

Hafif vakaların %1.3’ ü ($n=1$) ilkokul, %3.8’ i ($n=3$) ortaokul, %27.8’ i ($n=22$) lise, %48.1’ i ($n=38$) üniversite, %19’ u ($n=15$) lisansüstü; şiddetli vakaların %4.8’ i ($n=1$) ilkokul, %38.1’ i ($n=8$) lise, %33.3’ ü ($n=7$) üniversite, %23.8’ i ($n=5$) lisansüstü

mezunuydu. Hafif ve şiddetli grup arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.495$). Hafif ve şiddetli grup eğitim durum dağılımı Tablo 4.30' da verilmiştir.

Tablo 4.30. Hafif ve şiddetli grup eğitim durum dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Eğitim durumu	Okuryazar	0 (%0)	0 (%0)	0.495*
	İlkokul	1 (%1.3)	1 (%4.8)	
	Ortaokul	3 (%3.8)	0 (%0)	
	Lise	22 (%27.8)	8 (%38.1)	
	Üniversite	38 (%48.1)	7 (%33.3)	
	Yüksek lisans	15 (%19)	5 (%23.8)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif grubun ortalama hastalık süresi 40.4 ± 50 aydı ve başlangıç yaş ortalaması 25.7 ± 11.1 ' di. Şiddetli grupta ise ortalama hastalık süresi 89.1 ± 72.6 aydı ve başlangıç yaş ortalaması 24.8 ± 13.8 ' di. Hafif ve şiddetli hasta grubunda başlangıç yaşı arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken, hastalık süresi istatistiksel anlamlı olarak şiddetli grupta daha fazlaydı (sırasıyla $p=0.376$, $p=0.00394$) (Tablo 4.31)

Tablo 4.31. Hafif ve şiddetli hastalarının yaş ve hastalık süresi

	Ort. ± Std. Sapma		P*
	Ortanca(p25-p75)		
	Hafif	Şiddetli	
Hastalık süresi (ay)	40.4±50 24 (9.5-60)	89.1 ± 72.6 96.0 (36.0 - 120)	0.00394
Başlangıç yaşı	25.7±11.1 22 (19-28.5)	24.8 ± 13.8 20 (15-35)	0.376

*Mann-Whitney U Testi

Hafif ve şiddetli grup alkol ve sigara kullanımını açısından sorgulandı. Hafif grubun %25.3' ünün sigara kullandığı, %74.7' sinin (n=59) sigara kullanmadığı; şiddetli grubun %19' unun (n=4) sigara kullandığı, %81' inin (n=17) kullanmadığı saptandı. Hafif grubun %64.6' sının (n=51) alkol kullanmadığı, %21.5' inin (n=17) ayda birden az, %8.9' unun (n=7) ayda 2-3 kez, %5.1' inin (n=4) haftada 2' den fazla alkol tükettiği; şiddetli grubun ise %66.7' sinin (n=14) alkol kullanmadığı, %28.6' sının (n=6) ayda 1' den az, %4.8' inin (n=1) ayda 2-3 kez alkol tükettiği saptandı. Hafif ve şiddetli grubu arasında sigara ve alkol tüketimi açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.756, p=0.619). (Tablo 4.32)

Tablo 4.32. Hafif ve şiddetli grup sigara-alkol kullanım özellikleri

		n (%)		p*
		Hafif	Şiddetli	
Sigara kullanımı	Yok	59 (%74.7)	17 (%81)	0,756
	Var	20 (%25.3)	4 (%19)	
Alkol kullanımı	Yok	51 (%64.6)	14 (%66.7)	0.619
	Ayda 1'den az	17 (%21.5)	6 (%28.6)	
	Ayda 2-3 kez	7 (%8.9)	1 (%4.8)	
	Haftada 2'den fazla	4 (%5.1)	0 (%0)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu aile öyküsü açısından sorgulandı. Hafif grubun %64.6' sının (n=51) ailede seboreik dermatit öyküsü yoktu, %12.7' si (n=10) bilmiyordu, %19' unda (n=15) birinci derece akrabasında, %1.3' ünde (n=1) hem bir hem ikinci derece akrabasında, %2.5' inde (n=2) ikinci derece akrabasında seboreik dermatit öyküsü; şiddetli grubun ise %47.6' sında (n=10) ailede seboreik dermatit öyküsü yoktu, %9.5' i (n=2) bilmiyordu, %4.8' inde (n=1) birinci derece akrabasında, %19' unda (n=4) hem bir hem ikinci derece akrabasında, %19' unda (n=4) ikinci derece akrabasında seboreik dermatit öyküsü saptandı. Hafif ve şiddetli hastalar arasında aile öyküsü açısından şiddetli grupta anlamlı yüksek aile öyküsü ilişkisi saptandı (p<0.001). Tablo 4.33' te hafif ve şiddetli grubun aile öyküsü dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.33. Hafif ve şiddetli grup aile öyküsü dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Aile öyküsü	Yok	51 (%64.6)	10 (%47.6)	<0.001*
	Bilmiyorum	10 (%12.7)	2 (%9.5)	
	1.derece	15 (%19)	1 (%4.8)	
	1 ve 2. derece	1 (%1.3)	4 (%19)	
	2.derece	2 (%2.5)	4 (%19)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli grubun spor yapma alışkanlıkları sorgulandı. Hafif grubun %63.3' ü (n=50) spor yapmadığı, %5.1' i (n=4) ayda 1' den az, %10.1' i (n=8) haftada 1-2 kez, %21.5' i (n=17) haftada 3' ten fazla spor yaptığı; şiddetli grubun %71.4' ünün (n=15) spor yapmadığı, %9.5' inin (n=2) ayda 2-3 kez, %9.5' inin (n=2) haftada 1-2 kez, %9.5' inin (n=2) haftada 3' ten fazla spor yaptığı saptandı. Spor yapma sıklığı hafif grupta anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.0401). Hafif ve şiddetli grubun spor yapma sıklığı Tablo 4.34' te verilmiştir.

Tablo 4.34. Hafif ve şiddetli grup spor yapma sıklığı dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Spor sıklığı	Yok	50 (%63.3)	15 (%71.4)	0.0401*
	Ayda 1' den az	4 (%5.1)	0 (%0)	
	Ayda 2-3 kez	0 (%0)	2 (%9.5)	
	Haftada 1-2 kez	8 (%10.1)	2 (%9.5)	
	Haftada 3' ten fazla	17 (%21.5)	2 (%9.5)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli grup güneş koruyucu kullanımı ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanımı açısından sorgulandı. Hafif grubun %11.4' ünün (n=9) güneş koruyucu kullandığı, %88.6' sının (n=70) güneş koruyucu kullanmadığı; şiddetli grubun %14.3' ünün (n=3) güneş koruyucu kullandığı, %85.7' sinin (n=18) güneş koruyucu kullanmadığı saptandı. Hafif grubun %34.2' sinin (n=27) yüz bölgesine kozmetik ürün kullandığı, %65.8' inin (n=52) kullanmadığı; şiddetli grubun %23.8' inin (n=5) yüz bölgesine kozmetik ürün kullandığı, %76.2' sinin (n=16) yüz bölgesine kozmetik ürün kullanmadığı saptandı. Hafif ve şiddetli grup arasında güneş koruyucu ürün ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanımında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=1, p=0.521). (Tablo 4.35)

Tablo 4.35. Hafif ve şiddetli grup güneş koruyucu ve yüz bölgesine kozmetik ürün kullanım özellikleri

		n (%)		p*
		Hafif	Şiddetli	
SPF kullanımı	Var	9 (%11.4)	3 (%14.3)	1
	Yok	70 (%88.6)	18 (%85.7)	
Yüz bölgesi kozmetik kullanımı	Var	27 (%34.2)	5 (%23.8)	0,521
	Yok	52 (%65.8)	16 (%76.2)	

*Pearson Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu yüz yıkama sıklığı ve yüz yıkamada kullandıkları ürünler açısından sorgulandı. Hafif grubun %11.4' ü (n=9) günde 1 kez, %49.4' ünün (n=39) günde 2 kez, %19' unun (n=15) günde 3 kez, %19' unun (n=15) günde 3' ten fazla yüz yıkadığı; şiddetli grubun %9.5' inin (n=2) günde 1 kez, %52.4' ünün (n=11) günde 2 kez, %14.3' ünün (n=3) günde 3 kez, %23.8' inin (n=5) günde 3' ten fazla yüz yıkadığı saptanmıştır. Hafif grubun %53.2' si (n=42) sadece su, %20.3' ünün (n=16) sabun, %26.6' sının (n=21) kozmetik temizleyici kullandığı, şiddetli grubun ise %42.9' unun (n=9) sadece su, %19' unun (n=4) sabun, %38.1' inin (n=8) kozmetik temizleyici ile yüz yıkadığı saptandı. Hafif ve şiddetli grup arasında yüz yıkama sıklığı ve yüz yıkama ürünü açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0.924, p=0.572). (Tablo 4.36)

Tablo 4.36. Hafif ve şiddetli grup yüz yıkama ürünü ve sıklığı özellikleri

		n (%)		p*
		Hafif	Şiddetli	
Yüz yıkama ürünü	Su	42 (%53.2)	9 (%42.9)	0.572
	Sabun	16 (%20.3)	4 (%19)	
	Kozmetik temizleyici	21 (%26.6)	8 (%38.1)	
Yüz yıkama sıklığı	Günde 1	9 (%11.4)	2 (%9.5)	0.924
	Günde 2	39 (%49.4)	11 (%52.4)	
	Günde 3	15 (%19)	3 (%14.3)	
	Günde >3	15 (%19)	5 (%23.8)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu saç yıkama sıklığı ve saç yıkamada kullandıkları ürünler açısından sorgulandı. Hafif grubun %24.1' i (n=19) haftada 2 ya da daha az, %45.6' sı (n=36) gün aşırı, %30.4' ünün (n=24) her gün; şiddetli grubun ise %57.1' inin (n=12) haftada 2 ya da daha az, %33.3' ünün (n=7) gün aşırı, %9.5' inin (n=2) her gün saç yıkadığı saptandı. Hafif grubun %6.3' ü (n=5) sabun, %59.5' inin (n=47) sıradan şampuan, %34.2' sinin (n=27) kozmetik şampuan; şiddetli grubun ise %9.5' inin (n=2) sabun, %38.1' inin (n=8) sıradan şampuan, %52.4' ünün (n=11) kozmetik şampuan ile saç temizliği yaptığı saptandı. Hafif ve şiddetli grup arasında saç yıkama ürünü açısından anlamlı fark saptanmazken (p=0.215), saç yıkama sıklığı hafif grupta anlamlı yüksek düzeyde saptandı (p=0.00998). (Tablo 4.37)

Tablo 4.37. Hafif ve şiddetli grup saç yıkama sıklığı ve ürünü özellikleri

		n (%)		p*
		Hafif	Şiddetli	
Saç yıkama sıklığı	Haftada 2 ya da az	19 (%24.1)	12 (%57.1)	0,00998
	Gün aşırı	36 (%45.6)	7 (%33.3)	
	Her gün	24 (%30.4)	2 (%9.5)	
Saç yıkama ürünü	Sabun	5 (%6.3)	2 (%9.5)	0.215
	Sıradan şampuan	47 (%59.5)	8 (%38.1)	
	Kozmetik şampuan	27 (%34.2)	11 (%52.4)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu cilt kuruluğu açısından sorgulandı. Hafif grubun %53.2' sinin (n=42) cilt kuruluğu olmadığı, %5.1' inin (n=4) el-ayak, %2.5' inin (n=2) kol ve bacak, %31.6' sının (n=25) yüz, %7.6' sının (n=6) tüm vücut; şiddetli grubun ise %33.3' ünün (n=7) cilt kuruluğu olmadığı, %52.4' ünün (n=11) yüz, %14.3' ünün (n=3) tüm vücut kuruluğu saptandı. Şiddetli grupta yüz ve tüm vücut kuruluğu daha fazlaydı, ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.22). Hafif ve şiddetli grubun cilt kuruluğu dağılımı Tablo 4.38' de verilmiştir.

Tablo 4.38. Hafif ve şiddetli grup cilt kuruluğu dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Cilt kuruluğu	Yok	42 (%53.2)	7 (%33.3)	0.22*
	El ve ayak	4 (%5.1)	0 (%0)	
	Kol ve bacak	2 (%2.5)	0 (%0)	
	Yüz	25 (%31.6)	11 (%52.4)	
	Tüm vücut	6 (%7.6)	3 (%14.3)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu akne öyküsü açısından karşılaştırıldı. Hafif grubun %58.2' sinde (n=46) akne öyküsü mevcuttu, %41.8' inde (n=33) akne öyküsü yoktu; şiddetli grubun ise %52.4' ünde (n=11) akne öyküsü mevcuttu, %47.6' sında (n=10) akne öyküsü yoktu. Hafif ve şiddetli grupta akne öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.816). (Tablo 4.39)

Tablo 4.39. Hafif ve şiddetli grup akne öyküsü dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Akne öyküsü	Evet	46 (%58.2)	11 (%52.4)	0.816*
	Hayır	33 (%41.8)	10 (%47.6)	

*Pearson Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli grup diyet tercihleri açısından sorgulandı. Hafif grubun %2.5' i (n=2) vejetaryen beslenme, %19' si (n=15) et ağırlıklı beslenme, %78.5' i (n=62) karışık beslenme tercih ettiği; şiddetli grubun ise %9.5' inin (n=2) et ağırlıklı beslenme, %90.5' inin (n=19) karışık beslenme tercih ettiği saptandı. Hafif ve şiddetli grup arasında diyet tercihi açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.427). (Tablo 4.40)

Tablo 4.40. Hafif ve şiddetli grup diyet tercih dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Diyet tercihi	Vejetaryen	2 (%2.5)	0 (%0)	0.427*
	Et ağırlıklı	15 (%19)	2 (%9.5)	
	Karışık	62 (%78.5)	19 (%90.5)	

*Pearson Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu yağ tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %26.6' sı (n=21) bitkisel sıvı yağ, %73.4' ünün (n=58) karışık yağ tükettiği; şiddetli grubun ise %19' unun (n=4) bitkisel sıvı yağ, %9.5' inin (n=2) hayvansal yağ, %66.7' sinin (n=14) karışık yağ tükettiği saptandı. Hafif ve şiddetli hasta grupları arasında, şiddetli grubun istatistiksel anlamlı olarak daha az bitkisel sıvı yağ ve daha fazla margarin ve hayvansal yağ tükettiği saptandı (p=0.00822). (Tablo 4.41)

Tablo 4.41. Hafif ve şiddetli grup yağ tüketim dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Yağ tüketimi	Bitkisel sıvı yağ	21 (%26.6)	4 (%19)	0.00822*
	Hayvansal yağ	0 (%0)	2 (%9.5)	
	Margarin	0 (%0)	1 (%4.8)	
	Karışık	58 (%73.4)	14 (%66.7)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu tuz ve baharat tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %36.7' sinin (n=29) az tuzlu, %19' unun (n=15) ilave tuz ekleyerek, %44.3' ünün (n=35) normal tuzlu; şiddetli grubun ise %9.5' inin (n=2) az tuzlu, %28.6' sının (n=6) ilave tuzlu, %61.9' unun (n=13) normal tuzlu tükettiği saptandı. Hafif grubun %30.4' ünün (n=24) az baharat, %16.5' inin (n=13) çok baharat, %53.2' sinin (n=42) normal baharat kullanımı; şiddetli grubun ise %38.1' inin (n=8) az baharat, %23.8' inin (n=5) çok baharat, %38.1' inin (n=8) normal baharat kullanımı saptandı. Şiddetli grubun tuz tüketimi daha fazlaydı, ancak hafif ve şiddetli grup arasında tuz ve baharat tüketimi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı; (sırasıyla p=0.0564, p=0.458). Tablo 4.42' de hafif ve şiddetli hasta grubunun tuz ve baharat tüketim özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.42. Hafif ve şiddetli grup tuz ve baharat tüketimi

		n (%)		p*
		Hafif	Şiddetli	
Tuz tüketimi	Az tuzlu	29 (%36.7)	2 (%9.5)	0,0564
	İlave tuzlu	15 (%19)	6 (%28.6)	
	Normal	35 (%44.3)	13 (%61.9)	
Baharat tüketimi	Az	24 (%30.4)	8 (%38.1)	0.458
	Çok	13 (%16.5)	5 (%23.8)	
	Normal	42 (%53.2)	8 (%38.1)	

*Pearson Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu kırmızı et tüketimi açısından sorgulandı. Hafif hastaların %84.8' inin (n=67) haftada 1-2, %10.1' inin (n=8) günde 1, %2.5' inin (n=2) günde 2, %2.5' inin (n=2) günde 3 ve üzeri kırmızı et tükettiği, şiddetli grubun %66.7' sinin (n=14) haftada 1-2, %19' unun (n=4) günde 1, %9.5' inin (n=2) günde 2, %4.8' inin (n=1) günde 3 ve üzeri kırmızı et tükettiği saptandı. Şiddetli grupta et tüketimi daha fazlaydı, ancak hafif ve şiddetli grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.253). (Tablo 4.43)

Tablo 4.43. Hafif ve şiddetli grup et tüketim dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Et tüketimi	Haftada 1-2	67 (%84.8)	14 (%66.7)	0.253*
	Günde 1	8 (%10.1)	4 (%19)	
	Günde 2	2 (%2.5)	2 (%9.5)	
	Günde 3 ve üzeri	2 (%2.5)	1 (%4.8)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu sebze ve meyve tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %45.6' sının (n=36) haftada 1-2, %32.9' unun (n=26) günde 1, %12.7' sinin (n=10) günde 2, %8.9' unun (n=7) günde 3 ve üzeri sebze-meyve tükettiği; şiddetli grubun ise %47.6' sının (n=10) haftada 1-2, %28.6' sının (n=6) günde 1, %14.3' ünün (n=3) günde 2, %9.5' inin (n=2) haftada 3 ve üzeri sebze ve meyve tükettiği saptandı. Hafif ve şiddetli grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.985). (Tablo 4.44)

Tablo 4.44. Hafif ve şiddetli grup sebze-meyve tüketim dağılımı

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Sebze ve meyve tüketimi	Yok	0 (%0)	0 (%0)	0.985*
	Haftada 1-2	36 (%45.6)	10 (%47.6)	
	Günde 1	26 (%32.9)	6 (%28.6)	
	Günde 2	10 (%12.7)	3 (%14.3)	
	Günde 3 ve üzeri	7 (%8.9)	2 (%9.5)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu çay-kahve tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %8.9' unun (n=7) çay-kahve tüketmediği, %49.4' ünün (n=39) günde 1-3, %22.8' inin (n=18) günde 4-6, %13.9' unun (n=11) günde 7-10, %5.1' inin (n=4) günde 10 üzeri çay-kahve tükettiği; şiddetli grubun ise %4.8' inin (n=1) çay-kahve tüketmediği, %38.1' inin (n=8) günde 1-3, %28.6' sının (n=6) günde 4-6, %19' unun (n=4) günde 7-10, %9.5' inin (n=2) günde 10 üzeri çay-kahve tükettiği saptandı. Şiddetli grupta çay-kahve tüketimi daha sıklı, ancak hafif ve şiddetli hasta grubu arasında çay-kahve tüketimi açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0.76). (Tablo 4.45)

Tablo 4.45. Hafif ve şiddetli grup çay-kahve tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Çay-kahve tüketimi	Yok	7 (%8.9)	1 (%4.8)	0.76*
	Günde 1-3	39 (%49.4)	8 (%38.1)	
	Günde 4-6	18 (%22.8)	6 (%28.6)	
	Günde 7-10	11 (%13.9)	4 (%19)	
	Günde >10	4 (%5.1)	2 (%9.5)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu şeker tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %30.4' ünün (n=24) şeker tüketmediği, %20.3' ünün (n=16) haftada 1-2, %12.7' sinin (n=10) haftada 3-5, %36.7' sinin (n=29) her gün şeker tükettiği; şiddetli grubun ise %4.8' inin (n=1) şeker tüketmediği, %4.8' inin (n=1) ayda 1, %38.1' inin (n=8) haftada 1-2, %14.3' ünün (n=3) haftada 3-5, %38.1' inin (n=8) her gün şeker tükettiği saptandı. Hafif ve şiddetli hastalık grubu karşılaştırıldığında, şeker tüketimi anlamlı olarak şiddetli hastalık grubundan daha yüksekti (p=0.034). (Tablo 4.46)

Tablo 4.46. Hafif ve şiddetli grup şeker tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Şeker tüketimi	Yok	24 (%30.4)	1 (%4.8)	0.034*
	Ayda 1	0 (%0)	1 (%4.8)	
	Ayda 2	0 (%0)	0 (%0)	
	Haftada 1-2	16 (%20.3)	8 (%38.1)	
	Haftada 3-5	10 (%12.7)	3 (%14.3)	
	Her gün	29 (%36.7)	8 (%38.1)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu ekmek tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %8.9' unun (n=7) ekmek tüketmediği, %2.5' inin (n=2) ayda 1, %1.3' ünün (n=1) ayda 2, %8.9' unun (n=7) haftada 1-2, %17.7' sinin (n=14) haftada 3-5, %60.8' inin (n=48) her gün ekmek tükettiği; şiddetli grubun ise %4.8' inin (n=1) ekmek tüketmediği, %4.8' inin (n=1) ayda 1, %4.8' inin (n=1) haftada 1-2, %9.5' inin (n=2) haftada 3-5, %76.2' sinin (n=16) her gün ekmek tükettiği saptandı. Hafif ve şiddetli hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.769). Tablo 4.47' de hafif ve şiddetli grup ekmek tüketim özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.47. Hafif ve şiddetli grup ekme tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Ekmek tüketimi	Yok	7 (%8.9)	1 (%4.8)	0.769*
	Ayda 1	2 (%2.5)	1 (%4.8)	
	Ayda 2	1 (%1.3)	0 (%0)	
	Haftada 1-2	7 (%8.9)	1 (%4.8)	
	Haftada 3-5	14 (%17.7)	2 (%9.5)	
	Her gün	48 (%60.8)	16 (%76.2)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli hasta grubu süt tüketimi açısından sorgulandı. Hafif grubun %19' unun (n=15) süt tüketmediği, %8.9' unun (n=7) ayda 1, %3.8' inin (n=3) ayda 2, %43' ünün (n=34) haftada 1-2, %10.1' inin (n=8) haftada 3-5, %15.2' sinin (n=12) her gün süt tükettiği; şiddetli grubun ise %4.8' inin (n=1) süt tüketmediği, %9.5' inin (n=2) ayda 1, %14.3' ünün (n=3) ayda 2, %28.6' sının (n=6) haftada 1-2, %23.8' inin (n=5) haftada 3-5, %19' unun (n=4) her gün süt tükettiği saptandı. Şiddetli grupta süt tüketimi daha sıklıkla, ancak hafif ve şiddetli hasta grubu arasında süt tüketimi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.128). (Tablo 4.48)

Tablo 4.48. Hafif ve şiddetli grup süt tüketim özellikleri

		n (%)		p
		Hafif	Şiddetli	
Süt tüketimi	Yok	15 (%19)	1 (%4.8)	0.128*
	Ayda 1	7 (%8.9)	2 (%9.5)	
	Ayda 2	3 (%3.8)	3 (%14.3)	
	Haftada 1-2	34 (%43)	6 (%28.6)	
	Haftada 3-5	8 (%10.1)	5 (%23.8)	
	Her gün	12 (%15.2)	4 (%19)	

*Pearson Kesin Ki Kare Testi

Hafif ve şiddetli grubun ABAKL puanları hesaplandı. Hafif grubunda skor 9.01 ± 3.68 olarak, şiddetli grubunda ise 8.57 ± 4.06 olarak hesaplandı. Şiddetli grupta skor daha düşüktü, ancak iki grup arasında beslenme skoru açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0.462$). Tablo 4.49' da hafif ve şiddetli grubun ABAKL değerleri verilmiştir.

Tablo 4.49. Hafif ve şiddetli grup ABAKL değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma		p*
	Medyan		
	Hafif	Şiddetli	
ABAKL	9.01 ± 3.68	8.57 ± 4.06	0.462
	9.00 (5.00- 11.0)	8.00 (5.00-11.00)	

*Mann-Whitney U Testi

Hafif ve şiddetli grubun toplam DASS-21 puanı ve alt ölçeklerinden aldığı puanlar hesaplandı. Hafif grubun depresyon puanı 4.43 ± 4.51 , anksiyete puanı 3.91 ± 3.41 , stres puanı 5.58 ± 4.09 ve toplam DASS-21 puanı 13.8 ± 10.8 olarak hesaplandı. Şiddetli grupta ise depresyon puanı 5.86 ± 4.33 , anksiyete puanı 5.33 ± 3.09 , stres puanı 6.90 ± 4.13 ve toplam DASS-21 puanı 18.1 ± 10.5 olarak hesaplandı.

Anksiyete ve DASS-21 skoru şiddetli hasta grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ancak depresyon ve stres puanları, hafif ve şiddetli grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı değildi (sırasıyla $p=0.124$, $p=0.0359$, 0.152 , 0.0498). Hafif ve şiddetli grubun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri Tablo 4.50' de verilmiştir.

Tablo 4.50. Hafif ve şiddetli grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma		p*
	Ortanca (p25-p75)		
	Hafif	Şiddetli	
DASS21-D	4.43 ± 4.51 3 (1-6)	5.86 ± 4.33 6 (2-9)	0.124
DASS21-A	3.91 ± 3.41 3 (1-5.5)	5.33 ± 3.09 6 (3-8)	0.0359
DASS21-S	5.58 ± 4.09 5 (3-8)	6.9 ± 4.13 7 (4-10)	0.152
DASS-21 (Toplam puan)	13.8 ± 10.8 11 (6-17.5)	18.1 ± 10.5 17 (8-26)	0.0498

*Mann-Whitney U Testi

Yüz tutulumu olan ve olmayan hastaların ABAKL puanları hesaplandı. Yüz tutulumu olmayan grupta skor 9.00 ± 3.45 olarak, yüz tutulumu olan grupta ise 8.88 ± 3.93 olarak hesaplandı. İki grup arasında beslenme skoru açısından istatistiksel anlamlı

fark saptanmadı ($p=0.764$). Tablo 4.51' de yüz tutulumu olan ve olmayan grubun ABAKL değerleri verilmiştir.

Tablo 4.51. Yüz tutulumu olan ve olmayan grup ABAKL değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma		p*
	Medyan		
	Yüz tutulumu yok	Yüz tutulumu var	
Beslenme	9.00 \pm 3.45	8.88 \pm 3.93	0.764
Alışkanlıkları			
Kontrol Listesi	9.00 (6.75- 11.0)	8.50 (5.00-11.00)	

*Mann-Whitney U Testi

Yüz tutulumu olan ve olmayan grubun toplam DASS-21 puanı ve alt ölçeklerinden aldığı puanlar hesaplandı. Yüz tutulumu olmayan grubun depresyon puanı 4.17 ± 4.47 , anksiyete puanı 4.53 ± 3.60 , stres puanı 6.50 ± 4.23 ve toplam DASS-21 puanı 14.9 ± 11.2 olarak hesaplandı. Yüz tutulumu olan grupta ise depresyon puanı 5.05 ± 4.50 , anksiyete puanı 4.03 ± 3.27 , stres puanı 5.50 ± 4.04 ve toplam DASS-21 puanı 14.6 ± 10.7 olarak hesaplandı. Depresyon, anksiyete, stres, DASS-21 puanı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı değildi (sırasıyla $p=0.255$, $p=0.456$, 0.252 , 0.871). Yüz tutulumu olan ve olmayan grubun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri Tablo 4.52' de verilmiştir.

Tablo 4.52. Yüz tutulumu olan ve olmayan grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri

	Ort. ± Std. Sapma Ortanca (p25-p75)		p*
	Yüz tutulumu yok	Yüz tutulumu var	
DASS21-D	4.17±4.47 3 (1-6)	5.05±4.50 3.5 (2-8)	0.255
DASS21-A	4.53±3.60 3.50 (2.00-6.25)	4.03±3.27 3 (1-6)	0.456
DASS21-S	6.50±4.23 6.00 (3.00-8.50)	5.50±4.04 5.00 (3.00-8.25)	0.252
DASS-21 (Toplam puan)	14.9±11.2 13.50 (6.75-20.00)	14.6±10.7 12 (7-24.3)	0.871

*Mann-Whitney U Testi

Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan hastaların ABAKL puanları hesaplandı. Saçlı deri tutulumu olmayan grupta skor 7.90 ± 3.52 olarak, saçlı deri tutulumu olan grupta ise 9.34 ± 3.78 olarak hesaplandı. İki grup arasında beslenme skoru açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0.128$). Tablo 4.53' te saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grubun ABAKL değerleri verilmiştir.

Tablo 4.53. Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grup ABAKL değerleri

	Ort. ± Std. Sapma Medyan		p*
	Saçlı deri tutulumu yok	Saçlı deri tutulumu var	
Beslenme	7.90 ± 3.52	9.34 ± 3.78	0.128
Alışkanlıkları			
Kontrol Listesi	9.00 (5.00- 11.0)	9.00 (6.50-11.00)	

*Mann-Whitney U Testi

Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grubun toplam DASS-21 puanı ve alt ölçeklerinden aldığı puanlar hesaplandı. Saçlı deri tutulumu olmayan grubun depresyon puanı 4.79 ± 4.74 , anksiyete puanı 3.24 ± 2.92 , stres puanı 5.24 ± 4.05 ve toplam DASS-21 puanı 13.3 ± 10.4 olarak hesaplandı. Saçlı deri tutulumu olan grupta ise depresyon puanı 4.70 ± 4.42 , anksiyete puanı 4.61 ± 3.49 , stres puanı 6.11 ± 4.14 ve toplam DASS-21 puanı 15.3 ± 11 olarak hesaplandı. Depresyon, anksiyete, stres, DASS-21 puanı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı değildi ancak saçlı deri tutulumu olan grupta anksiyete skoru daha yüksekti (sırasıyla $p=0.985$, $p=0.0557$, 0.312 , 0.388). Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grubun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri Tablo 4.54’te verilmiştir.

Tablo 4.54. Saçlı deri tutulumu olan ve olmayan grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma Ortanca (p25-p75)		p*
	Saçlı deri tutulumu yok	Saçlı deri tutulumu var	
DASS21-D	4.79 \pm 4.74 3 (1-7)	4.70 \pm 4.42 3.00 (1.00-7.50)	0.985
DASS21-A	3.24 \pm 2.92 2 (1-5)	4.61 \pm 3.49 4 (2-7)	0.0557
DASS21-S	5.24 \pm 4.05 4.00 (3.00-7.00)	6.11 \pm 4.14 6.00 (3.00-9.00)	0.312
DASS-21 (Toplam puan)	13.3 \pm 10.4 11.0 (7.00-14.00)	15.3 \pm 11.0 14 (7-22)	0.388

*Mann-Whitney U Testi

Gövde tutulumu olan ve olmayan hastaların ABAKL puanları hesaplandı. Gövde tutulumu olmayan grupta skor 9.18 ± 3.78 olarak, gövde tutulumu olan grupta ise 6.82 ± 2.79 olarak hesaplandı. İki grup arasında gövde tutulumu olan grupta beslenme skoru istatistiksel anlamlı olarak düşüktü ($p=0.041$). Tablo 4.55’ te gövde tutulumu olan ve olmayan grubun ABAKL değerleri verilmiştir.

Tablo 4.55. Gövde tutulumu olan ve olmayan grup ABAKL değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma		p*
	Medyan		
	Gövde tutulumu yok	Gövde tutulumu var	
Beslenme	9.18 \pm 3.78	6.82 \pm 2.79	0.041
Alışkanlıkları			
Kontrol Listesi	10.00 (5.00- 11.0)	7.00 (4.50-8.50)	

*Mann-Whitney U Testi

Gövde tutulumu olan ve olmayan grubun toplam DASS-21 puanı ve alt ölçeklerinden aldığı puanlar hesaplandı. Gövde tutulumu olmayan grubun depresyon puanı 4.33 ± 4.15 , anksiyete puanı 4.06 ± 3.39 , stres puanı 5.62 ± 4.16 ve toplam DASS-21 puanı 13.9 ± 10.5 olarak hesaplandı. Gövde tutulumu olan grupta ise depresyon puanı 8.00 ± 5.90 , anksiyete puanı 5.45 ± 3.17 , stres puanı 7.82 ± 3.19 ve toplam DASS-21 puanı 21.3 ± 11.2 olarak hesaplandı. Depresyon, stres, DASS-21 puanı iki grup arasında istatistiksel anlamlı olarak gövde tutulumu olan grupta daha yüksekti (sırasıyla $p=0.0468$, $p=0.0464$, $p=0.0351$). Gövde tutulumu olan grupta anksiyete skoru da daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.133$). Gövde tutulumu olan ve olmayan grubun DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri Tablo 4.56’ da verilmiştir.

Tablo 4.56. Gövde tutulumu olan ve olmayan grup DASS-21 ve alt ölçeklerinin değerleri

	Ort. \pm Std. Sapma Ortanca (p25-p75)		p*
	Gövde tutulumu yok	Gövde tutulumu var	
DASS21-D	4.33 \pm 4.15 3 (1-6)	8.00 \pm 5.90 8.00 (2.50-11.00)	0.0468
DASS21-A	4.06 \pm 3.39 3 (1-6)	5.45 \pm 3.17 6.00 (2.50-8.00)	0.133
DASS21-S	5.62 \pm 4.16 5.00 (3.00-8.00)	7.82 \pm 3.19 9.00 (5.50-10.00)	0.0464
DASS-21 (Toplam puan)	13.9 \pm 10.5 12.0 (7.00-18.00)	21.3 \pm 11.2 26.0 (10.0-28.5)	0.0351

*Mann-Whitney U Testi

Seboreik dermatit hastalarında SDASI ile yaş, boy, kilo, VKİ, ABAKL, DASS-21 ve alt ölçekleri, hastalık başlama yaşı ve hastalık süresi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde SDASI ile kilo, VKİ ve hastalık süresi arasında aynı yönlü ilişki saptandı (sırasıyla p=0.014, p=0.018, p<0.001) (Tablo 4.57).

Tablo 4.57. Seboreik dermatit hastalarında SDASI ile diğer parametrik veriler arasındaki ilişki

	SDAS I	Yaş	Boy	Kilo	VKİ	ABAKL	Depresyon	Anksiyete	Stres	DASS-21	Başlama yaşı	Hastalık süresi
SDAS I		.054	.100	.245	.237	0.041	.139	.152	.116	.157	0.082	.328
		.594	.322	.014	.018	.683	.166	.132	.250	.120	.415	0.001

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

5. TARTIŞMA

Seboreik dermatit, toplumda sık görülmesine rağmen kesin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etyopatogenezinde en çok Malassezia, hormonlar, sebum, immun yanıt, nörojenik faktörler, çevresel faktörler suçlanmış ancak patogenetik mekanizma hala tartışmalıdır(1).

Kore’ de yapılan bir çalışmada seboreik dermatit hastalarının %56.4’ ü kadın, %43.6’ sı erkek olup kadınlarda daha sık bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada seboreik dermatit hastalarında aile öyküsü %6.4 gibi düşük bir oranda bildirilmiştir(45). Kore’ de yapılan başka bir çalışmada ise 153 seboreik dermatit hastasının %26.1’ inde aile öyküsünün olduğu saptanmıştır(46). Ülkemizden bir çalışmada seboreik dermatit hastalarının %48.4’ ü kadın, %51.6’ sı erkek olarak saptanmıştır(47). Bizim çalışmamızda bu çalışmaya benzer şekilde hastaların %47’ si kadın, %53’ ü erkekti, ortalama yaş 30.1 yıl, hastalık süresi 50.6 aydı. Hasta ve kontrol grubunda aile öyküsü açısından istatistiksel fark olmamasına rağmen hastalar %39 ile daha yüksek aile öyküsü vermektedir. Ancak hafif ve şiddetli hasta grubu karşılaştırıldığı zaman, şiddetli grupta anlamlı olarak aile öyküsü daha yüksekti ($p<0.001$). Bundan yola çıkarak aile öyküsü olan hastalarda seboreik dermatitin daha şiddetli seyretme eğiliminde olabileceği söylenebilir ancak daha ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Kore’ de yapılan bir çalışmada hastaların %48.6’ sı hastalığın mevsimden bağımsız, mevsimle ilişkili olanların ise %33.6’ sı kış, %29.3’ ü yaz, %25.7’ si ise mevsim geçişlerinde hastalığın meydana geldiğini belirtmiştir(45). Peyri ve ark. tarafından İspanya’ da yapılan çalışmada seboreik dermatit hastalarının %98’ i tetikleyici faktör bildirmiş, bunlar stres/depresyon/yorgunluk (%76) ve mevsimsel değişikliklerdir (%44)(48). Araya ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada ise seboreik dermatiti şiddetlendiren en yaygın durum mevsimsel değişiklik, özellikle de sıcak iklim olduğu bildirilmiştir(49). Misery ve ark. 82 seboreik dermatit hastası ile yaptığı bir çalışmada hastalar stresi hem genel olarak epizodlar için hem ilk epizod için hem de mevcut epizod için ana tetikleyici olarak tanımlamışlardır(50). Literatürde mevsim seboreik dermatit ilişkisi konusunda bir karmaşa mevcuttur. Bazı çalışmalar yaz ve sıcak iklimlerde, bir diğesinde ise kışın semptomların şiddetlendiği

belirlenmektedir. Bizim çalışmamızda ise hastaların %76' sını hastalığın mevsimden bağımsız, %15' i kış, %7' si yaz ve %1' i ilkbaharda şiddetlendiğini belirtmişti. Hastalar tetikleyici faktör olarak ise en sık %54 ile stres, ardından %9 yiyecek, %3 yoğun çalışma, %3 sigara, %2 uykusuzluk olarak belirtmişti. Mevsimin seboreik dermatit etiyojisindeki yerini tam olarak aydınlatılabilmek için ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır. Tetikleyici faktörler olarak çalışmamız literatürle genel olarak paralellik göstermektedir.

Hale ve Bystry, fasiyal seboreik dermatit lezyonlarının yerleşimi ile vücut sıcaklığının ilişkisini göstermek için hassas termal kameralar ile yüz derisini analiz etmişler. Bu çalışmada yüzün daha sıcak bölgeleri seboreik dermatitte sıkça tutulan yerler olarak saptanmıştır(51). Bu çalışmadan yola çıkarak çalışmamızda, hasta ve kontrol grubu arasında hasta grubunda; hafif ve şiddetli grup arasında ise şiddetli grupta spor yapma sıklığının az olması, egzersizin vücut sıcaklığını artırarak seboreik dermatiti ağırlaştırmasından dolayı, hastaların egzersizden kaçınmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda seboreik dermatit şiddetini belirlemek için Cömert ve ark. tarafından oluşturulan SDASI ölçeği kullanılmıştır(39). Emre ve ark. seboreik dermatit hastalarında oksidatif şiddet ve hastalık aktivitesi ilişkisini araştırdıkları 54 hasta ve 54 gönüllüden oluşan çalışmada hastalık şiddetini belirlemek için SDASI skoru kullanmış, ortalama 2.25 ± 0.99 ve skor dağılımı 0.5 ± 5.1 olarak bulunmuştur(52). Bizim çalışmamızda ise hastalık şiddeti daha düşük olup SDASI skoru ortalama 1.93 ± 1.82 , dağılım $0.8-2.5$ idi.

Kobayashi ve ark. saçlı deride psöriazis ya da seboreik dermatit problemi olan 80 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, hastaların düzenli saç yıkama sonrasında semptomlarını, mikrobiyal DNA düzeyi, interlökin düzeyi ve total protein düzeyini değerlendirmiş ve doğru saç yıkamanın saçlı deri semptomlarını ve muhtemel altta yatan etiyojijiyi iyileştirdiği sonucuna varmışlardır(53). Bizim çalışmamızda, kontrol ve hasta grubu karşılaştırıldığında hasta grubunda; hafif ve şiddetli hastalık karşılaştırıldığında şiddetli grupta saç yıkama sıklığı anlamlı olarak düşüktü. Bu bulgulara göre saç yıkama sıklığının az olmasının seboreik dermatit şiddetini artırabileceğini düşündürmektedir. Buradan çıkarılabilecek başka bir sonuç ise hastaların özellikle de şiddetli grubun saç yıkama sıklığının anlamlı olarak daha az

olması, seboreik dermatit tedavisinde kullanılan şampuan formundaki tedavileri de daha az sıklıkla kullandıklarını göstermektedir, dolayısıyla tedaviye daha az uyumun da hastalığı şiddetlenmesine katkı da bulunduğu varsayılabilir.

Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, hasta grubunda yüz bölgesine kozmetik ve güneş koruyucu kullanımı anlamlı olarak düşüktü. Dermatologlar tarafından şiddetle önerilen, güneş yanığı, cilt yaşlanmasını ve cilt kanseri gelişimini azaltan güneş kremlerinin içerdikleri kimyasallara bağlı birtakım reaksiyonlar özellikle de alerjik ve fotoalerjik kontakt dermatit meydana gelebilir(54). Kozmetikler, kokular ve bitkiler, alerjik kontakt dermatitin önemli nedenleridir. Neden olan alerjenlerin belirlenmesi hem hasta hem de dermatologlar için zorluk oluşturmaktadır. Kozmetiklerde bulunan kokular ve koruyucular klinik olarak en çok karşılaşılan alerjenlerdir(55). Çalışmamızdaki seboreik dermatit hastaları zaten yanma, kaşıntı, kızarıklık gibi semptomlar tariflemekteydi bu da güneş kremi ve kozmetik kullanımını kısıtlamış olabilir. Buna karşın literatürde fasiyal seboreik dermatitli hastaların ultraviyole, kızılötesi ve görünür ışığa daha duyarlı olduğunu ve bu nedenle geniş spektrumlu güneş kremlerine ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Ayrıca güneş kremlerinin içinde bulunabilen hyalüronik asit tuzları gibi bileşiklerin fasiyal seboreik dermatit lezyonlarını iyileştirebileceği bildirilmiştir(56). Bu yüzden seboreik dermatit hastalarında uygun güneş koruyucuyu bulmak için belki öncesinde yama testlerinden yararlanılabilir. Ayrıca seboreik dermatit hastalarında kontakt duyarlılığı saptamak için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Diyet, sebum üretimine pozitif yönde katkı sağlayabilir. Özellikle yağ asitleri, asetat ve glikoz sebum üretiminden sorumlu tutulmuştur. Ayrıca glisemik indeksi yüksek karbonhidratların tüketimi hiperpansülinemiye yol açarak androjen seviyelerini artırabilir böylece sebum salgısını uyarabilir(57, 58).

Bett ve ark. seboreik dermatit ve akne vulgariste şeker tüketimi ile ilgili yaptığı çalışmada, seboreik dermatit hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede şeker tüketim sıklığının arttığı saptanmıştır(59). Bizim çalışmamızda ise, hafif ve şiddetli hastalık karşılaştırıldığında, şiddetli grupta anlamlı olarak artmış şeker tüketim sıklığı saptandı. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, hasta grubunda şeker tüketim sıklığı daha fazlaydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu veriler eşliğinde seboreik dermatit hastalarında diyetle şeker tüketiminin azaltılmasının seboreik

dermatitin yönetiminde fayda sağlayacağı düşünülebilir. Ancak bu sonuç ileri çalışmalarla desteklenmelidir.

Literatürde 636 seboreik dermatit hastası ile yapılan bir çalışmada meyve tüketimi daha fazla olanlar daha az seboreik dermatit ile ilişkilendirilmiştir(60). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmadan farklı olarak hasta grubunda sebze-meyve tüketimi daha fazlaydı.

Elli bir seboreik dermatit hastası ve 50 sağlıklı kontrol üzerinde et, süt, meyve, fast food, şeker, sebze, makarna, pilav, çikolata, kek, kurabiye, tavuk, balık, yumurta tüketiminin sorgulandığı bir çalışmada sorgulanan gıdaların alım sıklığı, genel olarak hasta ve kontrol grubunda benzerdi sadece hasta grubunda sebze tüketimi kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti(61). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hasta ve kontrol grubu arasında yağ, tuz, kırmızı et, baharat, çay-kahve, şeker, süt tüketimi açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu ve sebze-meyve tüketimi hasta grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti. Ek olarak bizim çalışmamızda, hasta grubunda ekmek tüketimi, şiddetli hastalık grubunda şeker tüketim sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti. Bu da glisemik indeksi yüksek gıdaların seboreik dermatit etiolojisinde yeri olabileceğini desteklemektedir.

Metabolik sendrom, abdominal obezite, hipertrigliseridemi, düşük HDL düzeyi, hipertansiyon ve hiperglisemi kriterlerinden en az üçünün olmasıyla karakterizedir(62). İmamoglu ve ark.'larının yaptığı çalışmada seboreik dermatit hastalarında kontrol grubuna göre daha düşük seviyede HDL saptanmıştır ve seboreik dermatitin metabolik sendrom için prediktif bir faktör olabileceğini belirtmiştir(63). Bizim çalışmamızda hastalık şiddeti ile vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi arasında pozitif korelasyon mevcuttu (sırasıyla $p=0.014$, $p=0.018$). Ayrıca hafif ve şiddetli grup karşılaştırıldığında şiddetli grupta vücut ağırlığı anlamlı olarak daha yüksekti($p=0.025$). Bu bulgular ışığında metabolik sendrom ile seboreik dermatit arasında bir ilişki olduğu düşünülebilir, ancak daha ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır. Bu ilişki göze alındığında hastalar diyet konusunda dikkatli olmalıdır. Bizim çalışmamızda da seboreik dermatit hastalarının istatistiksel anlamlı olarak daha fazla ekmek tüketimi, istatistiksel anlamlı olmasa da daha fazla şeker ve kırmızı et tüketimi, şiddetli hastalarda anlamlı artmış şeker tüketim sıklığı hastalara diyet konusunda önerilerde bulunulması gerektiğini göstermektedir.

Türkçe geçerlilik çalışması Arıkan ve ark. tarafından yapılan Adölesan Beslenme Alışkanlıkları Kontrol Listesi (ABAKL) 19 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça olumlu beslenme yönünden anlamlı sonuç oluşmaktadır(42). ABAKL daha önce akne ve astım gibi hastalıklarda değerlendirilmiş ancak bilgimize göre literatürde seboreik dermatit hastaları üzerinde daha önce uygulanmamıştır. İşlenmiş et ürünleri, şeker, yağ tüketimi gibi beslenme alışkanlıklarını sorgulayan bu ölçekte seboreik dermatit hastalarının skoru kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü. Ayrıca şiddetli grupta margarin ve hayvansal yağ tüketimi, şeker tüketimi anlamlı olarak fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tuz, et, çay- kahve tüketimi fazla ve ABAKL skoru düşüktü. Bu da literatüre benzer şekilde seboreik dermatit hastalarında artmış şeker tüketimi, azalmış sebze tüketimi ve artmış metabolik sendrom riskini destekler niteliktedir(59-61, 63). Ülkemizde ergenler üzerinde ABAKL kullanılarak yapılan bir çalışmada spor yapmayan, fast food tüketen ve gün içinde öğün atlayan ergenlerde ABAKL skorunun anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur(64). Bizim çalışmamızda da hasta grubunda spor yapma sıklığının ve ABAKL skorunun kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olması bu çalışmanın verileriyle örtüşmektedir. Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, 643 gönüllüye ABAKL doldurtulmuş, ortalama skor 9.17 ± 3.70 olarak bulunmuştur(65). Bizim çalışmamızda ortalama skor 8.92 ± 3.75 ile daha düşüktü. Bu da seboreik dermatit hastalarının kötü beslenme alışkanlıklarını destekler niteliktedir. Ülkemizde akne ve diyet ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ABAKL skoru kadınlarda 12.48 ± 4.33 , erkeklerde 11.16 ± 4.21 olarak çalışmamızdaki seboreik dermatit hastalarının ortalamasından yüksek bulunmuştur(66). Seboreik dermatit hastalarında beslenme alışkanlıklarının kötü olması, seboreik dermatit ve diyet arasında ilişki olduğunu desteklemektedir ancak bu ilişkinin tam olarak aydınlatılabilmesi için ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Psikodermatolojik bozukluklar stresle alevlenen bir takım deri hastalıklarını ifade eder. Seboreik dermatit bu antite içinde yer alır(6). Dermatoloji pratiğinde hastaların %40- 80' inde psikiyatrik komorbiditeler görüldüğü bildirilmiştir(34). Depresyon ve anksiyete, dermatolojik hastalıklar sonucu ortaya çıkan ya da dermatolojik hastalıklara eşlik eden en sık psikiyatrik komorbiditelerdir(35).

Literatürde seboreik dermatit ile depresyon, anksiyete, stres düzeylerini karşılaştıran birçok çalışma mevcuttur. Çalışmamızda DASS-21 ölçeği kullanılmıştır. DASS-21 literatürde akne ve vitiligo gibi deri hastalıklarında da değerlendirilmiştir(67, 68). Ancak bilgimize göre daha önce seboreik dermatitli hastalarda kullanılmamıştır.

Gül ve ark. tarafından 50 seboreik dermatit hastası üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(69). Misery ve ark. yaptığı çalışmada seboreik dermatit hastalarında kontrol grubuna göre depresyon skorları arasında fark olmamasına rağmen, hasta grubunda anksiyete skorlarını daha yüksek saptamışlardır. Ek olarak yüz tutulumu olan hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden aldığı skor daha yüksek saptanmıştır(50). Aksoy ve ark. tarafından seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirdikleri 50 hasta ve 50 gönüllü içeren çalışmada, hastalara Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi soruları yöneltilmiş; yaşam kalitesinde bozulma olan seboreik dermatit hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuş, ayrıca anksiyete ve depresyon seviyeleri arasından pozitif korelasyon saptanmıştır(70). Cömert ve ark. 117 seboreik dermatit hastası ile yaptığı bir çalışmada, seboreik dermatit hastalarında kontrol grubuna göre depresif semptomlar açısından fark olmadığı ancak anksiyete skorunun istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Anksiyete ile hastalık şiddeti ya da hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır(71). Settineri ve ark. tarafından depresyon ile seboreik dermatit ve psöriazis arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmada hem psöriazis hem seboreik dermatit hastalarında daha yüksek depresyon skorları bildirilmiştir(72). Molina ve ark. tarafından Kolombiya’ da 87 seboreik dermatit hastası üzerinde yapılan çalışmada, hastaların %41’ inin şiddetli depresif belirti gösterdiği ve %8’ inin multidisipliner tedavi gerektirecek şiddetli depresif belirtilere sahip olduğu bildirilmiştir(73). Bizim çalışmamızda hasta grubunda depresyon ve anksiyete skorları daha yüksekti; ancak hasta ve gönüllü grubu arasında depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı fark yoktu. Çalışmamızda yüz tutulumu olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında Misery ve ark.’ nın yaptığı çalışma sonuçlarının aksine depresyon skorları arasında anlamlı fark yoktu. Ayrıca Cömert ve ark.’ nın

yaptığı çalışma sonuçlarına benzer şekilde, çalışmamızda anksiyete ve hastalık şiddeti arasında ilişki yoktu. Çalışmamızda hafif ve şiddetli hastaları karşılaştırdığımızda, anksiyete düzeyi anlamlı olarak şiddetli grupta daha yüksek bulundu. Literatürde seboreik dermatit hastalarında anksiyete düzeylerinin yüksek bulunduğu çalışmalar mevcuttu. Buradan yola çıkılarak bizim çalışmamızda şiddetli grupta anksiyete düzeylerinin anlamlı yüksek olması ancak, hasta ve kontrol grubunda anksiyete skorları arasında istatistiksel anlamlı fark olmaması çalışmaya katılan hastaların, hastalık şiddetinin düşük olmasıyla açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Seboreik dermatit hastalarında yüz bölgesine kozmetik ve güneş koruyucu kullanımı daha düşüktü. Bu da seboreik dermatit nedeniyle etkilenmiş cildin tolerasyon kaybı ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle hastalara kozmetik ya da güneş koruyucu önerirken bu durum göz önünde bulundurulması gereken bir noktadır. Çok şiddetli semptomları olan hastalarda belki öncesinde yama testi planlanabilir.

Seboreik dermatit hastalarında ve şiddetli grupta saç yıkama sıklığı anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Şiddetli seboreik dermatit grubunda aile öyküsü daha fazlaydı. Buradan yola çıkarak aile öyküsü olan seboreik dermatit hastalarının kliniğinin daha şiddetli seyrettiği düşünülebilir.

Seboreik dermatit grubunda anlamlı olarak daha fazla ekmek tüketimi ve daha az sebze- meyve tüketimi saptanmıştır. Şiddetli grupta ise daha fazla margarin ve hayvansal yağ, şeker tüketimi mevcuttu ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tuz, kırmızı et, çay- kahve, süt tüketimi fazlaydı.

Seboreik dermatit hastalarının beslenme alışkanlıklarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Şiddetli grupta da beslenme alışkanlıkları skoru daha düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Diyet ve seboreik dermatit arasındaki ilişki ileri çalışmalarla aydınlatılmalıdır.

Seboreik dermatit şiddeti ile vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi arasında pozitif korelasyon saptandı. Bu bulgu, seboreik dermatitin metabolik sendrom için prediktif bir faktör olabileceğini destekler niteliktedir. Çalışmamız ve literatür göz önüne alındığında diyetin hem hastalığın etiyolojisinde hem tetikleyici faktör olarak hem de metabolik sendrom gibi eşlik edebilecek komorbiditelerin yönetiminde etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Seboreik dermatit hastalarında depresyon, anksiyete, stres ve DASS-21 skorları daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Şiddetli grupta ise anlamlı olarak yüksek anksiyete ve DASS-21 skoru mevcuttu, depresyon ve stres skoru da yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Depresyon, anksiyete ve stres hem hastalığın etiyolojisinde hem de hastalığın tetikleyici faktörü olarak rol oynayabilir. Özellikle hastalık anksiyeteyi artırıyor ya da anksiyete hastalığın

etyolojisinde rol oynuyor olabilir. Tüm bunlar göz önüne alındığında dermatoloji polikliniğine başvuran seboreik dermatit hastalarının etkin tedavi ve yönetimi için psikoemosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mokos ZB, Kralj M, Basta-Juzbasic A, Jukic IL. Seborrheic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2012;20(2):98-104.
2. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. *J Clin Investig Dermatol.* 2015;3(2):10.13188/2373-1044.1000019.
3. Tollesson A, Frithz A, Berg A, Karlman G. Essential fatty acids in infantile seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(6):957-61.
4. Valia R. Etiopathogenesis of seborrheic dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 72(4):253-5.
5. Jafferany M, Francanka K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venerol.* 2016;217:35-7.
6. Koo JY, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JY, Lee CS, editors. *Psychocutaneous Medicine.* New York, NY: Marcel Dekker Inc; 2003.p.1-29.
7. Reider N, Fritsch PO. Other eczematous eruptions. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. *Dermatology.* UK: Elsevier Health Sciences; 2012.p.219-221.
8. Berk T, Scheinfeld N. Seborrheic dermatitis. *P T.* 2010;35(6):348.
9. Khonkder L, Wahab MA, Khan MSI. Clinico-Epidemiological Profile of Seborrheic dermatitis. *Bangladesh J Medicine.* 2010;21(1):25-8.
10. Tucker D, Masood S. Seborrheic dermatitis. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2020.
11. Gül Ü. Seboreik dermatite Psikolojik Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics.* 2009;2(4):55-7.

12. Baş Y, Kalkan G, Yıldız M, Özüğuz P, Seçkin HY, Takcı Z, et al. Seboreik Dermatit Hastalarının Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Turk J Dermatol.* 2015;9(4):181-5.
13. Park SY, Kwon HH, Min S, Yoon JY, Suh DH. Clinical manifestation and associated factors of seborrheic dermatitis in Korea. *Eur J Dermatol.* 2016;26(2):173-6.
14. Binder RL, Jonelis FJ. Seborrheic dermatitis in neuroleptic-induced parkinsonism. *Arch Dermatol.* 1983;119(6):473-5.
15. Zouboulis CC, Xia L, Akamatsu H, Seltmann H, Fritsch M, Hornemann S, et al. The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. *Dermatology.* 1998;196(1):21-31.
16. Gupta A, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18(1):13-26.
17. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician.* 2006;74(1):125-30.
18. Bergbrant I-M. Seborrhoeic dermatitis and *Pityrosporum ovale*: cultural, immunological and clinical studies. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1991;167:1-36.
19. Saçar T, Saçar H. Comparison of the distributions of seborrheic dermatitis, herpes zoster and pityriasis rosea according to seasons. *Turkderm.* 2010;44(2):65-8.
20. Piérard-Franchimont C, Hermanns J-F, Degreef H, Pierard G. From axioms to new insights into dandruff. *Dermatology.* 2000;200(2):93-8.
21. Podmore P, Burrows D, Eedy D, Stanford C. Seborrhoeic eczema—a disease entity or a clinical variant of atopic eczema? *Br J Dermatol.* 1986;115(3):341-50.
22. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013;31(4):343-51.

23. Johnson BA, Nunley JR. Treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2000;61(9):2703-10.
24. Aksoy M, Aksu Arıca D. Seboreik Dermatit. *Turkiye Klinikleri J Dermatol*. 2016;26(2):90-100.
25. Schmidt T. Seborrheic dermatitis. In: *Common Skin Diseases in Children*. Steinkopff, Heidelberg;2003. p. 111-4.
26. Sanghvi SY, Schwartz RA. Leiner's disease (erythroderma desquamativum): A review and approach to therapy. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14510.
27. Forrestel AK, Kovarik CL, Mosam A, Gupta D, Maurer TA, Micheletti RG. Diffuse HIV-associated seborrheic dermatitis—a case series. *Int J STD AIDS*. 2016;27(14):1342-5.
28. Elish D, Silverberg N. Infantile seborrheic dermatitis. *Cutis*. 2006;77(5):297.
29. Berth-Jones J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. In: Burns T, Breathnach S, Cox N et al., editors. *Rook's Textbook of Dermatology*, 8 th edition. Oxford: John Wiley;2010.p.1-51.
30. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2015;91(3):185-90.
31. Borda LJ, Perper M, Keri JE. Treatment of seborrheic dermatitis: a comprehensive review. *J Dermatolog Treat*. 2019;30(2):158-69.
32. Gupta AK, Nicol K, Batra R. Role of antifungal agents in the treatment of seborrheic dermatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(6):417-22.
33. Faergemann J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1(2):75-80.
34. Özmen M. Dermatolojik Hastalıklarda Psikosomatik Yaklaşımın Önemi. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*. 2010;44(1):7-9.
35. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. *Turkderm*. 2010;44(1):25-36.

36. Ghosh S, Behere RV, Sharma P, Sreejayan K. Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian J Dermatol.* 2013;58(1):39.
37. Bewley A, Taylor RE. Psychodermatology and psychocutaneous disease. In: Griffiths C, Barker T, Bleiker T, Chamlers R, Creamer D, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*, 9 th Edition. John Wiley Sons;2016.p.1-45.
38. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2011;45(2):65-74.
39. Cömert A, Bekiroğlu N, Gürbüz O, Ergun T. Efficacy of oral fluconazole in the treatment of seborrheic dermatitis. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8(4):235-8.
40. Abbas Z, Ghodsi SZ, Abedeni R. Effect of itraconazole on the quality of life in patients with moderate to severe seborrheic dermatitis: a randomized, placebo-controlled trial. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6(3):11.
41. Johnson F, Wardle J, Griffith J. The adolescent food habits checklist: reliability and validity of a measure of healthy eating behaviour in adolescents. *Eur J Clin Nutr.* 2002;56(7):644-9.
42. Arikan I, Aksu A, Metintas S, Kalyoncu C. The adaptation of the adolescent food habits checklist to Turkish young adults. *TAF Rev Med Bull.* 2012;11(1):49-56.
43. Yılmaz Ö, Hakan B, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Finans Ekon. Sos. Araştırmalar Derg.* 2017;2(2):78-91.
44. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43.
45. Shin Y-J, Lee J-W. A Clinical Analysis of 140 cases of Seborrheic Dermatitis Patients. *J Korean Med Ophthalmol Otolaryngol Dermatol.* 2018;31(1):81-90.
46. Jeong HG, Lee CH. Clinical Study and Recall Antigen Test in Seborrheic Dermatitis. *Korean J Dermatol.* 1988;26(6):854-60.

47. Baş Y, Seçkin HY, Kalkan G, Takci Z, Çitil R, Önder Y, et al. Prevalence and related factors of psoriasis and seborrheic dermatitis: a community-based study. *Turk J Med Sci.* 2016;46(2):303-9.
48. Peyri Ja, Lleonart M. Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis. *Actas Dermosifiliogr (English Edition).* 2007;98(7):476-82.
49. Araya M, Kulthanan K, Jiamton S. Clinical characteristics and quality of life of seborrheic dermatitis patients in a tropical country. *Indian J Dermatol.* 2015;60(5):519.
50. Misery L, Touboul S, Vincot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli S, et al., editors. Stress and seborrheic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol;* 2007;134(11):833-7.
51. Hale EK, Bystryń J-C. Relation between skin temperature and location of facial lesions in seborrheic dermatitis. *Arch Dermatol.* 2000;136(4):559-60.
52. Emre S, Metin A, Demirseren DD, Akoglu G, Oztekin A, Neselioglu S, et al. The association of oxidative stress and disease activity in seborrheic dermatitis. *Arch Dermatol Res.* 2012;304(9):683-7.
53. Kobayashi M, Ito K, Sugita T, Murakami Y, Yamashita R, Matsunaka H, et al. Physiological and microbiological verification of the benefit of hair washing in patients with skin conditions of the scalp. *J Cosmet Dermatol.* 2016;15(4):e1-e8.
54. Heurung AR, Raju SI, Warsaw EM. Adverse reactions to sunscreen agents: epidemiology, responsible irritants and allergens, clinical characteristics, and management. *Dermatitis.* 2014;25(6):289-326.
55. Ortiz KJ, Yiannias JA. Contact dermatitis to cosmetics, fragrances, and botanicals. *Dermatol Ther.* 2004;17(3):264-71.
56. Piquero-Casals J, Hexsel D, Mir-Bonafé JF, Rozas-Muñoz E. Topical non-pharmacological treatment for facial seborrheic dermatitis. *Dermatol Ther.* 2019;9(3):469-77.

57. Sakuma TH, Maibach HI. Oily skin: an overview. *Skin Pharmacol Physiol.* 2012;25(5):227-35.
58. Costa A, Lage D, Moisés TA. Acne and diet: truth or myth? *An Bras Dermatol.* 2010;85(3):346-53.
59. Bett D, Morland J, Yudkin J. Sugar consumption in acne vulgaris and seborrhoeic dermatitis. *Br Med J.* 1967;3(5558):153.
60. Sanders MG, Pardo LM, Ginger RS, Kieft-de Jong JC, Nijsten T. Association between diet and seborrheic dermatitis: A cross-sectional study. *J Invest Dermatol.* 2019;139(1):108-14.
61. Tamer F. Relationship between diet and seborrheic dermatitis. *Our Dermatol Online.* 2018;9(3):261-4.
62. Detection NCEPEPo, Adults ToHBCi. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) *Circulation.* 2002;106(25):3143-421.
63. Imamoglu B, Hayta SB, Guner R, Akyol M, Ozcelik S. Metabolic syndrome may be an important comorbidity in patients with seborrheic dermatitis. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2016;1(1):e158.
64. Koca B, Arkan G. The relationship between adolescents' nutrition literacy and food habits, and affecting factors. *Public Health Nutr.* 2021;24(4):717-28.
65. Kalkan I, Türkmen A, Filiz E. Dietary habits of Turkish adolescents in Konya, Turkey. *Glob. J. Adv. Pure App. Sci.* 2016;7:190-6.
66. Koku Aksu A, Metintas S, Saracoglu Z, Gurel G, Sabuncu I, Arikan I, et al. Acne: prevalence and relationship with dietary habits in Eskisehir, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(12):1503-9.
67. Sasan M. Abundance of Anxiety, Depression and Stress of vitiligo patients who referred to the dermatology clinic of Sina Hospital. PhD Thesis. Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Tabriz, 2019.

68. Kariya MM, Patel AV. Prevalence of stress, anxiety and depression in patients of Acne vulgaris. *IP Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology*. 2020;6(3):243-8.
69. Gül Aİ, Karaaslan Ö, Çölgeçen E. Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2017;44(1):6-9.
70. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Aksu Arıca D. Quality of life, anxiety and depression levels in patients with seborrheic dermatitis. *Turkderm-Turki Arch Dermatol Venereol*. 2012;46(1):39-43.
71. Cömert A, Akbaş B, Kılıç EZ, Akın Ö, Gökçe E, Göktuna Z, et al. Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14(4):335-42.
72. Settineri S, Guarneri F, Saitta A, Mento C, Cannavò SP. Depression profiles in skin disorders. *Open Journal of Psychiatry* 2013;3(1A):186-190.
73. Molina DAC, Centeno MJ, Dubeibe P, Torres MD, Sucerquia J, Martinez ZDM, et al. 17019 Screening of depressive disorders in a group of patients with seborrheic dermatitis of a dermatologic center of Bogotá, Colombia. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(6):AB190.

