



Yalçın Baş,  
Göknur Kalkan\*,  
Mesut Yıldız\*\*,  
Pınar Özuğuz\*\*\*,  
Havva Yıldız Seçkin,  
Zennure Takcı,  
Emrah Songur\*\*

## Seboreik Dermatit Hastalarının Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi

Depression, Anxiety Levels and Quality of Life in Patients with Seborrheic Dermatitis

### Öz

**Amaç:** Seboreik dermatit (SD) hastalarının depresyon ve anksiyete yönünden riskleri ile birlikte hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntemler:** Hastanemiz dermatoloji polikliniğine başvuran hastalardan, anamnez ve dermatolojik muayene neticesinde SD tanısı koyulan ve araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik bilgileri ve SD klinik özellikleri kayıt altına alındıktan sonra, hastalara Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) ve Kısa form-36 (SF-36) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 27 kadın 23 erkek olmak üzere toplam 50 olgu alınmıştır. Hastaların %32'sinin anksiyete açısından, %34'ünün ise depresyon açısından risk altında olduğu saptanmıştır. SD'li hastaların yaşam kalitelerinde emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyonlar başta olmak üzere tüm alanlarda bozulmalar olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** SD'li hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve SD'nin yaşam kalitesinde de bozulmaya yol açtığı değerlendirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Anksiyete, depresyon, seboreik dermatit, yaşam kalitesi, Kısa form-36, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

### Abstract

**Objective:** In this study, we aimed to determine the risk of depression and anxiety levels of seborrheic dermatitis (SD) and effect of illness on quality of life.

**Methods:** We conduct this study among patients referred to dermatology outpatient clinic in our hospital. Patients diagnosed with SD according to medical history and dermatological examination were included in the study. After recording socio-demographic information such as age, gender, education level and their clinical features of SD, Hospital anxiety and depression scale (HAD) and Short form-36 (SF-36) were administered to patients.

**Results:** We enrolled 50 patients in the study (27 females and 23 males). It was determined that 32% of patients were at risk for anxiety while 34% were at risk for depression. Deterioration in all fields, foremost emotional role functioning and social functioning, were determined in SD patients.

**Conclusion:** It was evaluated that depression and anxiety levels of SD patients were high and quality of life is impaired in patients with SD.

**Keywords:** Anxiety, depression, seborrheic dermatitis, quality of life, Short form-36, Hospital anxiety and depression scale

### Giriş

Seboreik dermatit (SD); göğüs, saçlı deri ve yüz gibi vücudun sebace glandlardan zengin bölümlerinde yerleşen inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Klinik olarak eritemli zeminde üzerinde sarı yağlı skuam bulunan papül ve plaklarla karakterizedir (1). Toplumda görülme sıklığı %2-12 arasında değişmektedir ve kadınlardan daha

çok erkekleri etkilemektedir (2). Her yaş grubunda ortaya çıkabilmekle birlikte en sık 30-60 yaş aralığındaki erişkin bireylerde izlenmektedir (1). Kronik olması, sık sık nökslerin görülmesi ve hatta çoğu hastada sürekli lezyonların sebat etmesi nedeniyle hastaların yaşam kalitesini, sosyal ve iş hayatını önemli ölçüde etkilemektedir (3). SD'nin nöroleptik kaynaklı parkinsonizm,

Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Dermatoloji  
Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

\*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Dermatoloji  
Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

\*\*Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Psikiyatri  
Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

\*\*\*Afyon Kocatepe  
Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Dermatoloji Anabilim Dalı,  
Afyon, Türkiye

### Yazışma Adresi/ Correspondence:

Yalçın Baş,  
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Dermatoloji Anabilim  
Dalı, Tokat, Türkiye  
Tel.: +90 356 212 18 74/1115  
E-posta: dryalcinbas@gmail.com  
Geliş Tarihi/Submitted: 20.01.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 13.02.2015

@Telif Hakkı 2015 Türk Dermatoloji  
Derneği Makale metnine www.  
turkdermatolojidergisi.com web  
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2015 by Turkish Society  
of Dermatology - Available on-line  
at www.turkdermatolojidergisi.com

polinöropatili ailesel amiloidoz, tardif diskinezi ve depresyon gibi nörolojik ve psikiyatrik bir çok durumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4-7). Emosyonel stresinde SD'yi tetikleyen önemli sebeplerden olduğu bilinmektedir (8,9). Yapılan çalışmalarda SD ile psikiyatrik ve nörolojik hastalıkların ilişkisinin çift yönlü olduğu gösterilmiştir (10,11). Örneğin stres sonucu SD ortaya çıkabileceği gibi, SD nedeniyle oluşan şekil bozukluğu ya da hastalığın kronik seyri nedeniyle de stres ortaya çıkabilmektedir.

Bu çalışmada SD hastalarının anksiyete ve depresyon yönünden riskleri ile birlikte fiziksel ve mental sağlık durumları belirlenerek hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisi değerlendirilmiştir.

## Yöntemler

**Örneklem grubu:** Hastanemiz dermatoloji polikliniğine başvuran hastalardan anamnez ve dermatolojik muayene neticesinde SD tanısı koyulan ve araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edildi. SD hastalığına ek olarak sistemik ve dermatolojik herhangi bir hastalığı olanlar araştırmaya dahil edilmedi.

**Yöntem:** Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik bilgileri ve SD klinik özellikleri kayıt altına alındıktan sonra Kısa form-36 (SF-36) ve Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) ölçekleri uygulandı. Olgular 18-29, 30-39, 40-49, 50 ve üzeri olmak üzere dört yaş grubuna ayrıldı. SD'yi skorlamak için pullanma, inflamasyon ve kaşıntı derecelendirildi (0=yok, 1=zayıf, 2=hafif, 3=orta, 4=belirgin ve 5=şiddetli) ve toplam skora göre 2-4 arası zayıf, 5-7 arası hafif, 8-10 arası orta, 11-13 arası belirgin, 14 ve 15 şiddetli olarak değerlendirildi.

**Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği:** Hastada kaygı ve depresyon yönünden riski belirlemek ve bu riskin seviyesi ile değişimini tespit etmek amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 sorudan oluşan ölçeğin yedi sorusu kaygıyı diğer yedi sorusu ise depresyonu ölçmeye yöneliktir. Yanıtlar dördümlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışma sonucunda Anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10, Depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7 bulunmuştur (12). Hastalardan bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Puanlama sonucunda her iki ölçekten hastaların alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir.

**Kısa form-36:** Klinik uygulama ve araştırmalarda bireylerin yaşam kalitesini ölçmede kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaların sağlığını toplam 36 soru neticesinde 8 farklı alanda değerlendirme imkanı sağlar. Ölçek sayesinde sağlık problemlerinden dolayı fiziksel aktiviteleri yapmaktan zorluk, fiziksel ya da duygusal problemlerden dolayı sosyal aktiviteleri yapmaktan güçlük, fiziksel sağlık problemlerinden dolayı günlük aktiviteleri yapmaktan zorluk, bedensel ağrı, genel ruh sağlığı, duygusal problemlerden dolayı günlük aktiviteleri yapmaktan güçlük, canlılık (enerji ve yorgunluk) ve genel sağlık algısı hakkında veriler elde edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçekte belirlenen puanlama neticesinde sağlığı 0-100 arasında değerlendirir. Yalnızca tek bir puan vermez (her alt ölçek ayrıca puanlanır) ve 0 en kötü

sağlık durumunu, 100 en iyi sağlık durumunu gösterir (13). Yapılan çalışma sonucunda Türk toplumunun standartları elde edilmiştir (Tablo 2) (14).

## İstatistiksel Analiz

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışma grubunun karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan veriler için Student t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma, sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. Anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya 27 kadın 23 erkek olmak üzere toplam 50 olgu alındı. Hastaların yaşları 18-63 arasında ve ortalama  $28,93 \pm 12,99$  olarak tespit edildi. Eğitim düzeyleri bakımından değerlendirildiğinde; %16'sı halen öğrenci, %30'u ilköğretim, %14'ü lise ve %40'ü üniversite mezunu olarak tespit edildi. Olguların %36'sı çalışan, %38'i ev hanımı, %16'sı öğrenci ve %10'u işsiz olarak saptandı. Hastaların mevcut SD kliniği %14'ü zayıf, %20'si hafif, %24'ü orta, %32'si belirgin ve %10'u şiddetli grupta tespit edildi. Olguların demografik özellikleri ile hastalığın şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

HAD-A puan ortalaması  $9,11 \pm 3,88$  bulundu ve 10 kesme puanına göre olguların %32'si risk altında olarak tespit edildi. HAD-D puan ortalaması  $6,38 \pm 3,76$  bulundu ve 7 kesme puanına göre olguların %34'ü risk altında olarak tespit edildi. HAD-A değerlerine 10 kesme puanına göre bakıldığında, kadınların erkeklerden daha fazla risk altında oldukları saptandı ( $p=0,014$ ). Eğitim, meslek gibi diğer demografik özellikler ile şiddet, sıklık gibi hastalığa ait verilerle HAD-A ve HAD-D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin 8 farklı alandaki minimum, maksimum, ortanca ve ortalama değerleri ile normal dağılıma göre uygunluğu Tablo 1'de paylaşıldı. Hastaların SF-36 puan ortalamalarının Türk toplumu standartları ile karşılaştırıldığında fiziksel rol güçlüğü ( $p=0,000$ ), ağrı ( $p=0,003$ ), genel sağlık algısı ( $p=0,000$ ), enerji ( $p=0,003$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,000$ ), emosyonel rol güçlüğü ( $p=0,000$ ) ve mental sağlık ( $p=0,000$ ) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi (Tablo 2). Eğitim, meslek, cinsiyet gibi demografik özellikler ile şiddet, sıklık gibi hastalığa ait verilerle SF-36 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

HAD-A ile SF-36 ölçeğinin genel sağlık ( $p=0,001$ ,  $r=-0,511$ ), enerji ( $p=0,000$ ,  $r=-0,612$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,006$ ,  $r=-0,425$ ) ve mental sağlık ( $p=0,000$ ,  $r=-0,719$ ) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. HAD-D ile SF-36 ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü ( $p=0,003$ ,  $r=-0,463$ ), genel sağlık ( $p=0,000$ ,  $r=-0,537$ ), enerji ( $p=0,000$ ,  $r=-0,642$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,003$ ,  $r=-0,460$ ) ve mental sağlık ( $p=0,000$ ,  $r=-0,637$ ) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi (Tablo 3).

## Tartışma

SD toplumda yaygın görülmesine rağmen, yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve bireyin sosyal yaşantısında meydana getirdiği zorluklara yeterli önem verilmemektedir. Son yıllarda SD için bu alanda çalışmalar yapılsa da çoğunlukla günlük pratikte yeterli karşılık bulmamışlardır. Oysa bu durum hastanın mental durumunu ilgilendirdiği gibi, SD'nin tedavisinin başarısında ve iyilik halinin sürdürülmesinde de önemlidir.

SD nispeten iyi seyirli olsa da, kronik bir hastalık olması ve lezyonların sıklıkla yüz ve saçlı deri gibi diğer insanlar tarafından görülebilecek alanlarda yerleşmesi nedeniyle yaşam kalitesini çoğunlukla negatif yönde etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (3,11,15,16). Oztas ve ark. (17) 30 SD'li hastada Dermatolojik yaşam kalite indeksi (DYKİ) ölçeğine göre yaşam kalitesinde önemli derecede kötüleşme saptamışlardır. Bir başka çalışmada Aksoy ve ark. (16) 50 SD'li hastadan oluşan bir grupta yine DYKİ ölçeğine göre hastaların %50'sinin yaşam kalitesinde orta veya yüksek derecede negatif yönde etkilenme belirlemişlerdir. Peyri ve ark. (11) ise 2169 SD'li hastadan oluşan çok merkezli bir çalışmada Deri ve saç bozukluğu olan hastalarda performans ve yaşam

kalitesi ölçeği (Skindex-29) kullanarak kadınların erkeklerden daha çok ve 60 yaş üzerindeki daha az etkilendiklerini tespit etmişlerdir. Ancak hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan total etkisini ise düşük bulmuşlardır. Doğramacı ve ark. (15) çalışmalarında hem DYKİ hem de Skindex-29 ölçeklerini kullanmışlar ve her iki ölçek skorlarına göre hastaların yaşam kalitesinde belirgin kötüleşme tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da hastaların yaşam kalitesi skorları düşük bulunmuştur. SD hastalarının SF-36 puanları ile Türk toplumu standartlarını karşılaştırdığımızda ölçeğin fiziksel fonksiyon boyutu haricinde tüm alanlarda toplumdan anlamlı derecede düşük olduğu izlenmektedir (Tablo 2). Olgular özellikle emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alanlarında topluma göre en düşük puanları almışlardır (p=0,000). Olguların SD kaynaklı emosyonel sorunlar nedeniyle iş hayatında ya da günlük aktivitelerinde sorunlar yaşadığı görülmektedir. Hastalar ayrıca fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olarak, olağan toplumsal etkinliklere daha az katılmaktadırlar. Hastaların SF-36 puanlarına göre, ruh sağlığı algılarının ve genel sağlık algılarının topluma göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Her toplumun standartlarının farklı olması ve her çalışmanın örneklem grubunun aynı özellikleri göstermemesi nedeniyle sonuçları diğer çalışmalarla sağlıklı bir şekilde karşılaştırmak mümkün olmayabilir. Ancak yapılan çalışmalarla SD'li

**Tablo 1. Hastaların Anksiyete alt ölçeği, Depresyon alt ölçeği ve Kısa form-36 testlerinden aldıkları puanların normal dağılımlara uygunlukları**

|                       | Minimum | Maksimum | Ortalama ± SD | Medyan | p*    |
|-----------------------|---------|----------|---------------|--------|-------|
| Fiziksel fonksiyon    | 40      | 100      | 83,13±17,52   | 85     | 0,036 |
| Fiziksel rol güçlüğü  | 0       | 100      | 67,26±36,41   | 75     | 0,05  |
| Ağrı                  | 0       | 100      | 72,88±27,28   | 74     | 0,033 |
| Genel sağlık algısı   | 25      | 97       | 58,97±20,41   | 61     | 0,696 |
| Enerji                | 0       | 90       | 55,95±22,42   | 57,5   | 0,625 |
| Sosyal fonksiyon      | 25      | 100      | 69,04±25,18   | 75     | 0,284 |
| Emosyonel rol güçlüğü | 0       | 100      | 60,31±39,12   | 66,66  | 0,028 |
| Mental sağlık         | 24      | 96       | 58,66±16,77   | 62     | 0,531 |
| HAD-A                 | 1       | 17       | 9,11±3,88     | 8,5    | 0,655 |
| HAD-D                 | 1       | 16       | 6,38±3,76     | 6,5    | 0,782 |

\*Kolmogorov Smirnov test, HAD-A: Anksiyete alt ölçeği, HAD-D: Depresyon alt ölçeği, SD: Standart deviasyon

**Tablo 2. Hastaların Kısa form-36 puan ortalamalarının Türk toplumu standartları ile karşılaştırılması**

|                       | Ortalama ± SD** | Türk Toplumu Standartları | Ortalama Fark | %95 Güven Aralığı |        | *p    |
|-----------------------|-----------------|---------------------------|---------------|-------------------|--------|-------|
|                       |                 |                           |               | Alt               | Üst    |       |
| Fiziksel fonksiyon    | 83,13±17,52     | 86,6±25,2                 | -3,46         | -8,85             | 1,93   | 0,202 |
| Fiziksel rol güçlüğü  | 67,26±36,41     | 89,5±29,6                 | -22,23        | -33,58            | -10,89 | 0,000 |
| Ağrı                  | 72,88±27,28     | 86,1±20,6                 | -13,21        | -21,72            | -4,71  | 0,003 |
| Genel sağlık algısı   | 58,97±20,41     | 73,9±17,5                 | -14,92        | -21,28            | -8,56  | 0,000 |
| Enerji                | 55,95±22,42     | 67,0±13,8                 | -11,04        | -18,03            | -4,06  | 0,003 |
| Sosyal fonksiyon      | 69,04±25,18     | 94,8±14,2                 | -25,75        | -33,60            | -17,90 | 0,000 |
| Emosyonel rol güçlüğü | 60,31±39,12     | 94,7±20,9                 | -34,38        | -46,57            | -22,19 | 0,000 |
| Mental sağlık         | 58,66±16,77     | 73,5±11,6                 | -14,83        | -20,06            | -9,60  | 0,000 |

\*One-sample t test, \*\*Standart deviasyon

hastaların yaşam kalitesi skorları incelendiğinde; vitiligo, psoriasis, alopesi areata gibi diğer dermatolojik hastalıklar ile romatoid artrit, diabetes mellitus, kardiyovasküler sorunlar gibi diğer yaygın görülen kronik hastalıklara yakın puanlar aldığı, hatta bazı alt puanların daha kötü olduğu da ihmal edilemez (18-21). Sonuç olarak SD'nin hastaların yaşam kalitesini diğer ciddi kronik hastalıklar kadar etkileyebileceği söylenebilir.

SD hastalarında anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek izlenmektedir (10). Bu çalışmada HAD-A 10 kesme puanına göre hastaların %32'si anksiyete yönünden, HAD-D 7 kesme puanına göre %34'ü depresyon yönünden yüksek puanlar almışlardır. Ayrıca bu değerler SF-36 ölçeği ile büyük oranda korelasyon göstermektedir (Tablo 3). Bu sonuçlar benzer çalışmalarla genel anlamda uyumlu gözükmektedir (15,16). Maietta ve ark. (22) 150 psikiyatri hastası ile ameliyat için bekleyen hastalardan oluşturulan 150 kontrol grubunu karşılaştırdıklarında, SD'yi psikiyatrik bozukluğu olanlarda anlamlı derecede yüksek tespit etmişlerdir. Bu istatistiksel olarak anlamlı farklılığın tümüyle depresyonlu hastalar nedeniyle olduğunu da belirlemişlerdir. Bir başka çalışmada Cömert ve ark. (23) 117 SD'li ile 95 sağlıklı kontrol grubunu HAD ölçeğine göre karşılaştırdıklarında yalnızca anksiyete skorlarında farklılık saptamışlardır. Ancak hastalığın şiddeti ve süresi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Cömert ve ark. (23) aksine Oztas ve ark. (17) 30 SD'li ile 30 sağlıklı kontrol grubunu HAD ölçeğine göre karşılaştırdıklarında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Fakat aynı çalışmada Kısa Semtom Envanteri ölçeğinin depresyon ve anksiyete dahil tüm alt gruplarında anlamlı farklılıklar tespit

etmişlerdir. Bir diğer çalışmada Misery ve ark. (8) iki aşamada planladıkları bir çalışmayla depresyon ve anksiyetenin SD ataklarındaki rolünü incelemişler ve yalnızca anksiyete skorlarının ataklarla ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada Beck depresyon envanterine göre yüz tutulumu olan hastaları daha depresif bulmuşlardır. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre depresyon ve stres ile SD arasındaki ilişki çift yönlü gözükmektedir. Stres ve depresyon neticesinde SD ortaya çıkabileceği gibi, SD'nin kronik seyri ve diğer insanlar tarafından dikkat çekilen lezyonları nedeniyle stres ve depresyon ortaya çıkabilmektedir.

### Sonuç

SD yaşam kalitesini emosyonel rol gücü ve sosyal fonksiyonlar daha belirgin olmak üzere tüm alanlarda negatif yönde etkilemektedir. Ayrıca yaşam kalitesindeki bozulmayla beraber anksiyete ve depresyon düzeylerinde de korelasyon izlenmektedir. SD'nin remisyon ve ataklarla seyreden kronik seyri dikkate alındığında; hastalığın etkili ve başarılı bir şekilde yönetilmesi, ayrıca yüksek hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi adına SD'nin psikiyatrik komorbiditeleri de ihmal edilmemelidir.

### Yazar Katkıları

*Etik Kurul Onayı: Çalışma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır, Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır, Konsept: Yalçın Baş, Gökür Kalkan, Mesut Yıldız, Pınar Özüğüz, Dizayn: Yalçın Baş, Gökür Kalkan, Mesut Yıldız, Pınar Özüğüz, Veri Toplama veya İşleme: Yalçın*

**Tablo 3. Hastaların Anksiyete alt ölçeği, Depresyon alt ölçeği ve Kısa form-36 puanları arasındaki korelasyonlar**

|                    |    | HAD-A |       | *Pearson Korelasyon Katsayısı |                   |      |              |        |                  |                    |  |
|--------------------|----|-------|-------|-------------------------------|-------------------|------|--------------|--------|------------------|--------------------|--|
| HAD-D              | *r | ,500  | HAD-D |                               |                   |      |              |        |                  |                    |  |
|                    | p  | ,001  |       |                               |                   |      |              |        |                  |                    |  |
| Fiziksel fonksiyon | r  | -,293 | -,110 | Fiziksel fonksiyon            |                   |      |              |        |                  |                    |  |
|                    | p  | ,063  | ,495  |                               |                   |      |              |        |                  |                    |  |
| Fiziksel rol gücü  | r  | -,155 | -,463 | ,158                          | Fiziksel rol gücü |      |              |        |                  |                    |  |
|                    | p  | ,340  | ,003  | ,319                          |                   |      |              |        |                  |                    |  |
| Ağrı               | r  | -,300 | -,218 | ,330                          | ,178              | Ağrı |              |        |                  |                    |  |
|                    | p  | ,060  | ,176  | ,033                          | ,260              |      |              |        |                  |                    |  |
| Genel sağlık       | r  | -,511 | -,537 | ,331                          | ,159              | ,550 | Genel sağlık |        |                  |                    |  |
|                    | p  | ,001  | ,000  | ,032                          | ,315              | ,000 |              |        |                  |                    |  |
| Enerji             | r  | -,612 | -,642 | ,275                          | ,461              | ,393 | ,667         | Enerji |                  |                    |  |
|                    | p  | ,000  | ,000  | ,078                          | ,002              | ,010 | ,000         |        |                  |                    |  |
| Sosyal fonksiyon   | r  | -,425 | -,460 | ,468                          | ,306              | ,312 | ,387         | ,485   | Sosyal fonksiyon |                    |  |
|                    | p  | ,006  | ,003  | ,002                          | ,049              | ,044 | ,011         | ,001   |                  |                    |  |
| Emosyonel rol gücü | r  | -,173 | -,260 | ,169                          | ,450              | ,120 | ,173         | ,211   | ,466             | Emosyonel rol gücü |  |
|                    | p  | ,286  | ,105  | ,284                          | ,003              | ,451 | ,274         | ,180   | ,002             |                    |  |
| Mental sağlık      | r  | -,719 | -,637 | ,163                          | ,302              | ,260 | ,638         | ,788   | ,474             | ,274               |  |
|                    | p  | ,000  | ,000  | ,303                          | ,052              | ,096 | ,000         | ,000   | ,002             | ,079               |  |

HAD-A: Anksiyete alt ölçeği, HAD-D: Depresyon alt ölçeği

*Baş, Göknur Kalkan, Mesut Yıldız, Havva Yıldız Seçkin, Zennure Takcı, Analiz veya Yorumlama: Yalçın Baş, Göknur Kalkan, Mesut Yıldız, Pınar Özüğüz, Havva Yıldız Seçkin, Zennure Takcı, Emrah Songur, Literatür Arama: Yalçın Baş, Göknur Kalkan, Mesut Yıldız, Pınar Özüğüz, Havva Yıldız Seçkin, Zennure Takcı, Emrah Songur, Yazan: Yalçın Baş, Mesut Yıldız, Emrah Songur, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir, Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.*

## Kaynaklar

- Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Phys* 2006;74:125-30.
- Palamaras I, Kyriakis KP, Stavrianeas NG. Seborrheic dermatitis: lifetime detection rates. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26:524-6.
- Szepietowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepietowska E, et al. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses* 2009;52:357-63.
- Binder RL, Jonelis FJ. Seborrheic dermatitis in neuroleptic-induced parkinsonism. *Arch Dermatol* 1983;119:473-5.
- Rocha N, Velho G, Horta M, et al. Cutaneous manifestations of familial amyloidotic polyneuropathy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:605-7.
- Sandyk R. Seborrhea and persistent tardive dyskinesia. *Int J Neurosci* 1990;50:223-6.
- Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:13-26.
- Misery L, Touboul S, Vinçot C, et al. Stress and seborrheic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:833-7.
- Bukvić Mokos Z, Kralj M, Basta-Juzbašić A, et al. Seborrheic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenerol Croat* 2012;20:98-104.
- Gül Ü. Seboreik dermatitte psikolojik faktörler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009;2:55-7.
- Peyrî J, Lleonart M; Grupo español del Estudio SEBDERM. Clinical and therapeutic profile and quality of life patients with seborrhoeic dermatitis. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:476-82.
- Aydemir Ö. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-7.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, ve ark. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-6.
- Demiral Y, Ergör G, Ünal B, et al. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplum örneğinde güvenilirliği. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu özet kitabı. İzmir,Türkiye: Emek Matbaası; 2004. p.45.
- Doğramacı AÇ, Havlucu DY, Savaş N. Seboreik dermatitli hastalarda yaşam kalite değerlendirilmesi. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2008;2:99-102.
- Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, ve ark. Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Türkderm* 2012;46:39-43.
- Oztas P, Calikoglu E, Cetin I. Psychiatric tests in seborrhoeic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2005;85:68-9.
- Song Y, Zhu LA, Wang SL, et al. Multi-dimensional health assessment questionnaire in China: reliability, validity and clinical value in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One* 2014;9:97952.
- Kazemi-Galougahi MH, Ghaziani HN, Ardebili HE, et al. Quality of life in type 2 diabetic patients and related effective factors. *Indian J Med Sci* 2012;66:230-7.
- Ghajarzadeh M, Ghiasi M, Kheirkhah S. Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *Acta Med Iran* 2012;50:511-5.
- Yaghoubi A, Tabrizi JS, Mirinazhad MM, et al. Quality of life in cardiovascular patients in iran and factors affecting it: a systematic review. *J Cardiovasc Thorac Res* 2012;4:95-101.
- Maietta G, Fornaro P, Rongioletti F, et al. Patients with mood depression have a high prevalence of seborrhoeic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1990;70:432-4.
- Cömert A, Akbaş B, Kılıç EZ, et al. Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol* 2013;14:335-42.