



Çocukluk çağı atopik dermatitli hastalarda ve ailelerinde dermatolojik yaşam kalitesi değerlendirilmesi

Assessment of dermatological quality of life in patients with childhood atopic dermatitis and their families

✉ Fatma Özgüç Çömlek¹, ✉ Ali Toprak², ✉ Mustafa Atilla Nursoy³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Bu konuda bilinenler

Yaşam kalitesinin ideal standartlara yükseltilmesi, tüm toplumların hedeflediği evrensel değerlerdendir. Özellikle kronik hastalıkları olanlarda yaşam kalitesini değerlendirebilmek için değişik ölçekler kullanılmıştır. Kronik bir deri hastalığına sahip atopik dermatitli bireylerin yaşam kaliteleri pek çok çalışma ile değerlendirilmiş, hastalık yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemi belirlenmiştir.

Çalışmanın katkısı

Atopik dermatit hastalığı aktif ve ağır olanlarda yaşam kalitesi daha fazla etkilenmişti. Alevlenme döneminde belirgin olmak üzere bozulmuş yaşam kalitesi olumsuz geri besleme ile hastalığın şiddetini artırabiliyordu.

Öz

Amaç: Atopik dermatit; alevlenmelerle seyreden kronik, kaşıntılı, enfamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu çalışma, atopik dermatit tanısı almış hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntemler: Hanifin Rajka tanı ölçütleriyle atopik dermatit tanısı koyulan 120 hasta çocuk ve ailesi çalışmaya alındı. Hastalar aktif ve remisyon olarak iki gruba ayrıldı. SCORAD indeksi ile hastalık şiddeti hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırıldı. Total IgE, periferik eozinofil sayısı, alerji deri testi tetkikleri yapıldı. Hastaların okuma yazma bilenleri "Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi" isimli anketi kendileri doldurdu. "Bebeklerin Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi" isimli anket aileleri tarafından dolduruldu. Ayrıca her hasta için, "Aile Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi" isimli anket ebeveynlerden birisi tarafından dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya katılan 120 hastanın 76 tanesi (%63,33) erkek 44 tanesi (%36,66) kız olup yaş ortalaması 4,36±3,52 yıldır. Yaşam kalitesi anket puanları, remisyon grubunda aktif gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p<0,05$). SCORAD indeksi ağır olan grupta yaşam kalitesi anket sonuçları yüksek saptandı ($p<0,05$). Total IgE, periferik eozinofil sayısı ve

Abstract

Aim: Atopic dermatitis is a chronic, itchy, inflammatory skin disease that progresses with exacerbations. This study was planned to determine how atopic dermatitis affects the quality of life of patients and their families.

Material and Methods: One hundred twenty patients with atopic dermatitis, as diagnosed using the Hanifin Rajka diagnostic criteria, and their families were included in the study. The patients were divided into two groups as active and remission. Disease severity was classified as mild, moderate, and severe according to the SCORAD index. Total IgE, peripheral eosinophil counts, and allergy skin tests were performed. Literature patients completed the Childrens' Dermatology Life Quality Index by themselves. The Infants' Dermatology Life Quality Index was completed by their families. Also, the Family Dermatological Quality of Life Index was completed by one of the parents for each patient.

Results: Among the 120 patients who participated in the study, 76 (63.33%) were male and 44 (36.66%) were female. The mean age was 4.36±3.52 years. The quality of life survey scores were statistically significantly lower in the remission group compared with the active group ($p<0.05$). The quality of life questionnaire scores were higher in the group with

Devamı ➔

Cite this article as: Çömlek FÖ, Toprak A, Nursoy MA. Assessment of dermatological quality of life in patients with childhood atopic dermatitis and their families. Turk Pediatri Ars 2020; 55(3): 270–6.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Fatma Özgüç Çömlek E-posta/E-mail: fatmaozguc@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 14.07.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.03.2020

©Telif Hakkı 2020 Türk Pediatri Kurumu Derneği - Makale metnine www.turkpediatriarsivi.com web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2020 by Turkish Pediatric Association - Available online at www.turkpediatriarsivi.com

DOI: 10.14744/TurkPediatriArs.2020.63549

OPEN ACCESS This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



deri testi sonuçları ile anket puanları arasında anlamlı ilişki görülmedi ($p>0,05$). Alerji deri testi yapılan hastaların %65'inde en az bir alerjene duyarlılık saptandı.

Çıkarımlar: Atopik dermatit hastalarının ve ailelerinin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmişti. Atopik dermatit tedavisi, multidisipliner olarak planlanmalıdır. Bu çalışmada aktif grupta ve SCORAD indeksi yüksek olan grupta, yaşam kalitesi anket sonuçları, remisyon grubuna ve SCORAD indeksi düşük olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgudan yola çıkarak hastalık aktivitesinin yüksek olması ile yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucunu çıkarabiliriz.

Anahtar sözcükler: Atopik dermatit, yaşam kalitesi

a severe SCORAD index ($p<0.05$). There was no significant correlation between total IgE, peripheral eosinophil count, skin test results, and questionnaire scores ($p>0.05$). At least one allergen susceptibility was detected in 65% of the patients who underwent allergy skin tests.

Conclusion: Quality of life was affected negatively in patients with atopic dermatitis and their families. In this study, the quality of life survey results were found to be higher in the active group and the group with a high SCORAD index compared with the remission group and the group with a low SCORAD index. Based on this finding, we can conclude that quality of life is negatively affected by high disease activity.

Keywords: Atopic dermatitis, quality of life

Giriş

Atopik dermatit (AD); süt çocukluğu, erken çocukluk ve ergenlik döneminde farklı bölgeleri tutan, tipik deri lezyonları olan, alevlenmelerle seyreden kronik, kaşıntılı, enflamatuvar bir deri hastalığıdır. Dünya genelinde çocukların %1–10 kadarını etkilediği bilinmektedir. Atopik dermatit her yaş grubu çocukta görülebilse de hastaların %60'ı ilk yaşta %85'i ise ilk beş yaş içinde başlamaktadır (1–5). Atopik dermatit patogenezinde, immünolojik, genetik, metabolik, enfeksiyöz ve çevresel pek çok etmenin rol oynadığı düşünülmektedir. Başıklık sistemindeki düzensizliklerle beraber epidermal bariyer bozukluklarının da etkin olduğu bilinmektedir. Atopik dermatitli hastaların çoğunun serum total IgE düzeyleri yükselmiştir ve periferik kanda eozinofili bulunur. Atopik dermatit, genetik olarak atopi riski taşıyan çocuklarda alerjik yürüyüş tablosunun ilk klinik basamağını oluşturur. Hastaların %80'inde astım ve alerjik rinit birlikteliği vardır. Tanı, öykü ve morfolojik bulguların birlikteliği ile beraber koyulur (1–5). Tekrarlarla seyreden hastalık, hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmamızda, hastanemizin Çocuk Alerji ve Dermatoloji Poliklinikleri'ne başvuran, AD tanısı almış hasta ve ailelerine Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi anketleri uygulanarak, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamıza Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Alerji ve Dermatoloji Poliklinikleri'ne başvuran sıfır ile 18 yaş arasında AD tanısı almış 120 hasta alındı. Çalışmamız için yerel etik kuruldan onay alındı (tarih: 19.03.2014, sayı: 71306642/050-01-04/83). Çalışmamız Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yapılmıştır. Nisan-Eylül 2014 tarihleri arasında hastalar toplandı. Katılımcılara gerekli bilgilendirmeler yapılarak yazılı onamaları alındı. Atopik dermatit tanısı Hanifin-Rajka ölçütlerine göre koyuldu. Tüm hastaların öyküleri alınarak fizik bakıları yapıldı. Hastaların total IgE ve periferik eozinofil sayısı değerlerinin saptanması için kan tetkikleri alındı. İki yaş üzeri hastalara alerji deri testi (ADT) yapıldı. Akut deri lezyonu ve güncel yakınması olmayanlar remisyon

grubu olarak seçildi. Geriye kalan hastalar aktif hastalık grubunu oluşturdu. Tüm hastalarda, bulguların şiddet dereceleri, lokalizasyonları ve öznel belirtilerini içeren SCORAD indeks hesaplandı. Hastaların okuma yazma bilen ve anketi doldurabilecek olanları, Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (CDLQI) isimli anketi kendileri doldurdu. Kendileri dolduramayacak olanlar için Bebeklerin Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (IDLQI) isimli anket aileleri tarafından dolduruldu. Anketin ilk sorusu; “Son bir hafta boyunca, çocuğunuzun dermatitinin ne kadar ağır olduğunu düşünüyorsunuz? Ne kadar kırmızı, kabuklu, inflame ya da yaygın?” şeklindeydi. Aileler buradan en düşük 0 puan en yüksek 4 puan [çok ağır (4), ağır (3), orta (2), tolere edilebilir (1), hiç (0)] aldılar. Bu sonuçlar IDLQI olarak kodlandı. Geriye kalan on soru yaşam kalitesi değerlendirmesi için sorulmuştu. IDLQI2 olarak kodlandı. Ayrıca her bir hasta için Aile Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (FDLQ) isimli anket ebeveynlerden birisi tarafından dolduruldu. Yanıtlanması istenilen tüm anketler, her bir soru için en yüksek üç puan alınabilecek toplam on sorudan oluşuyordu. Hastaların işaretledikleri kutucuğa göre hiç (0 puan) sadece biraz (1 puan) fazla (2 puan) oldukça fazla (3 puan) puanlama yapıldı. Hastalar doldurdukları her bir anket için en yüksek 30 puan aldılar. Her bir hastanın anket sonuçları bu puanlama sistemi ile değerlendirildi. Aktif ve remisyon dönem AD hastası olmalarına göre sonuçlar yorumlandı. Anket formları orijinal Türkçe çevirisi ile <http://www.dermatology.org.uk> sitesinden alındı. Öztürkcan ve ark. (6) kullandığımız yaşam kalitesi anketlerinin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini değerlendirmişlerdir.

İstatistiksel Çözümleme

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi IBM SPSS Statistics 22.0 programında yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi, normal dağılmadığı görüldü ($p<0,05$). Dolayısıyla 2 grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney-U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin dağılımına ki-kare testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak ortanca (en düşük-en yüksek), frekans ve yüzde değerleri verildi. Sonuçların yorumlanmasında $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 1. Aktif ve remisyon gruplarının genel özellikleri, SCORAD indeksi ve anket puanları

n (%)	Aktif 70 (58,33%)	Remisyon 50 (41,66%)	Toplam 120 (100%)	p ^a
Yaş				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	2,5 (0–15)	4 (1–13)	3 (0–15)	0,010
ADT n				
Pozitif	29	20	49	0,380
Negatif	21	21	42	
Cevaplayan n (%)				
Anne	61 (87%)	39 (78%)	100 (83,3%)	0,185
SCORA n (%)				
Hafif	22 (31,4%)	26 (52%)	48 (40%)	
Orta	27 (38,6%)	21 (42%)	48 (40%)	0,003
Ağır	21 (30%)	3 (6%)	25 (20%)	
Total IgE U/mL				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	121 (0,17–3000)	147 (2,7–3719)	142 (0,17–3719)	0,740
Periferik Eozinofili %				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	0,05 (0,01–0,22)	0,04 (0–0,19)	0,05 (0–0,22)	0,550
FDQOI				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	9 (0–30)	2 (0–21)	5 (0–30)	<0,001
CDLQI				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	11 (6–18)	2,5 (0–9)	6 (0–18)	0,001
IDLQI1				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	2 (1–4)	0,5 (0–2)	2 (0–4)	<0,001
IDLQI2				
Ortanca (en düşük–en yüksek)	9 (2–26)	3 (0–9)	7 (0–26)	<0,001

a: p<0,05 anlamlı kabul edildi; ADT: Alerji deri testi; CDLQI: Çocuk Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi; FDLQI: Aile Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi; IDLQI: Bebeklerin Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi

Bulgular

Çalışmaya katılan 120 hastanın 76 tanesi (%63,33) erkek 44 tanesi (%36,66) kız olup yaş ortalaması 4,36±3,52 yıldı.

İki yaş üstü toplam 91 hastanın ADT sonuçları değerlendirildi. Kırk iki hastada (%35) sonuç negatifti. Otuz altı hastada (%30) ev akarlarına karşı, dört hasta (%3,3) inek sütüne karşı, bir hasta (%0,8) küf mantarına karşı, iki hasta (%1,7) yumurta akına karşı, bir hasta (%0,8) yer fıstığına karşı, beş hasta (%4,2) birden fazla alerjene (ev tozları, polenler, gıdalar vs.) karşı duyarlı bulundu. Hastaların ADT sonuçlarının pozitifliği ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,38) (Tablo 1). Sadece sekiz hasta herhangi bir besine karşı duyarlı bulundu. Besin alerjisi olan bütün hastalar aktif grupta yer alıyordu. Bu hastalardan yedi tanesi SCORAD indeksine göre orta, çoklu alerjen duyarlılığı olan bir hastaysa ağır gruptaydı.

Total IgE düzeyleri ile SCORAD indeksi seviyeleri kıyas-

landığında hastalığın şiddeti ile total IgE düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,900). Hastaların periferik eozinofil sayıları ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,583) (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan 120 hastadan 70 (%58,3) tanesi aktif AD, 50 (%41,7) tanesi remisyon AD hastası olarak gruplara ayrıldı. Hastaların yaşlarına göre hastalık şiddeti ile aktif ya da remisyon grubuna alınmaları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 1). Ortalama yaş, ağır SCORAD indeksi olanlarda; iki yaş, orta SCORAD indeksi olanlarda dört yaş, hafif grupta ise üç yaştı.

Aktif AD grubunda hastalık şiddet ölçüsü olan SCORAD indeksi anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,003) (Tablo 1). Bebeklerin yaşam kalitesi anket soruları hastaların ebeveynlerden birisi tarafından dolduruldu. Aktif AD grubunda 53 hastaya, remisyon AD grubundaysa 28 hastaya bu anket uygulandı. Aktif AD grubunda hastaların hem IDLQI1 hem de IDLQI2 puanları anlamlı olarak

yüksek bulundu ($p=0,0001$). Ebeveynlerin anket cevaplarına göre, hastaların yaşam kalitelerinin etkilenmesi hastalığın aktif döneminde anlamlı olarak artmaktaydı. Bu iki anketin sonuçları, hastaların SCORAD indekslerine göre hastalık şiddeti ağır olan grupta anlamlı yüksekti ($p=0,0001$). Aktif AD grubunda 17 hasta, remisyon AD grubunda 22 hasta olmak üzere toplam 39 hasta CDLQI doldurdu. Aktif grupta anket sonuçları remisyon grubuna göre anlamlı yüksek bulundu ($p=0,0001$). Hastaların SCORAD indeksi ağırlaştıkça, anket puanları istatistiksel anlamlı olarak artıyordu ($p=0,006$). Anketleri 100 hastanın annesi, 20 hastanın babası cevapladı. FDLQI anketini cevaplayan kişinin anne ya da baba olmasına göre sonuçlar arasında anlamlı ilişki yoktu ($p=0,500$). Cevaplayan ebeveynin anket puanına göre AD hastalığı özellikle aktif dönemde ailenin yaşam kalitesini belirgin şekilde olumsuz etkiliyordu. Aile yaşam kalitesi ölçen anket sonuçları aktif AD grubunda anlamlı olarak yüksek izlendi ($p<0,001$).

Tartışma

Atopik dermatit çocukluk döneminde sık görülen, kronik seyirli, alevlenmelerle giden, kaşıntılı ve enflamatuvar bir deri hastalığıdır (7). Özellikle gelişmiş ülkelerde son elli yıldır tam olarak anlaşılabilir şekilde yaygınlığı %3–5'ten, %15–20 düzeylerine kadar yükselmiştir (8). Cilt irritasyonu yapan maddeler, besinler, hava yolu alerjenleri, ev tozları, enfeksiyonlar ve stres varlığı hastalığın alevlenmesine neden olabilmektedir (9).

Atopik dermatitin, erkeklerde %58–%60 ile biraz daha sık görüldüğü yapılan çalışmalarla saptanmıştır (10, 11). Dizi-ne benzer şekilde bizim hastalarımızın da %63'ü erkekti.

Hastalık, AD olarak isimlendirilmiş olsa bile hastaların ancak üçte birinde atopi saptanabilmektedir (3). Bizim çalışmamızda da ADT yapılan 91 hastanın %46'sında pozitif sonuç alınmıştır. Alerji deri testi pozitif olan 49 hastanın 29 (%58) tanesi aktif hastalık grubunda olmakla birlikte, ADT pozitifliği ile hastalığın aktif dönem ya da remisyon da olması ve hastalığın şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Atopik dermatit patogenezinde eozinofillerin rolü tam olarak anlaşılacak kadar beraber reaktif oksijen metabolitleri ve sitotoksik granüllerin salınımı yoluyla doku hasarına katkıda buldukları düşünülmüştür (12). Borres ve ark. (13), periferik kandaki eozinofilinin, atopik hastalık varlığı ya da daha sonra gelişme ihtimali ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Kagi ve ark. (14), yaptıkları bir çalışmada, periferik eozinofil sayısının atopik dermatitin klinik aktivitesi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda periferik eozinofili düzeyi ile hastalığın ak-

tif dönem ya da remisyon da olması ve hastalığın şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Alerjik hastalıklarda genellikle yüksek saptanan serum total IgE düzeyleri, özgün olmayan bir belirteç olarak AD tanısında da kullanılmaktadır (1). Serum total IgE düzeyleri alerjik bünyeli ve normal bünyeli popülasyonlar da geniş dağılım alanları göstermektedir. Paraziter ve viral enfeksiyonlar ile değişik çevresel uyaranlar serum total IgE düzeylerini yükseltebilmektedir (15).

Patrizi ve ark. (16) tarafından yapılan bir çalışmada, şiddetli AD'si olan çocukların, orta ve hafif AD'li çocuklara göre total IgE düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların total IgE düzeyleri ile hastalık şiddeti ya da aktivitesi arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Atopik dermatitte klinik şiddeti belirlemede çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (17). European Task Force 1993 yılında çocuklarda onaylanmış bir ölçek olan Atopik Dermatitin Ağırlık Ölçeği'ni [SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis)] tanımlamıştır. SCORAD puan hesaplaması yapılırken hasta perspektifine dayalı öznel ölçütler (kaşıntı, uykusuzluk vb.) içermesi nedeniyle birbirini tutmayan yanıltıcı sonuçlar verebilmektedir. Bu nedenle hasta perspektifi çıkarılarak yeni SCORAD hesaplamaları önerilmiştir (18). Remisyon grubunda üç hastanın ağır SCORAD indeksine sahip olmasını, aktif grupta SCORAD indeksi hafif hastalar olmasını, ölçeğin öznel verileri değerlendirmeye izin vermesi nedeniyle ortaya çıkmış, yanılma olasılığı olarak yorumladık.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı sadece bir hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik hali' şeklinde tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre; Bozukluk: Anatomik, fizyolojik ve psikolojik yapı ve fonksiyonların kaybı ya da anormallığı. İşlev kaybı: Bozukluk sonucunda ortaya çıkan, bireylerin normal bir insan için gerekli olan aktiviteleri yapma yeteneğindeki kısıtlanma hali. Engellilik: Bozukluk ya da özürüllük sonucu gelişen, kişinin içinde bulunduğu yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel etmenlere ait rollerini yerine getirmesindeki engellilik halidir (19).

Hastaya bütüncül yaklaşma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak 'yaşam kalitesi' kavramı ortaya çıkmıştır. Son dönemlerde iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri artmış, sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmıştır (20). Bu değişim doğrultusunda benimsenen bütüncül yaklaşıma

göre, hasta çocuklar hem biyomedikal hem de psikososyal açıdan değerlendirilmelidir (21).

Hörnquist'e göre, sağlık alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır (22): Biyolojik Alan: Beden sağlığı, çeşitli beden işlevleri, özgül hastalık/yetersizlik semptomları ve ağrı (sıklığı, yoğunluğu, süresi), yan etkiler, yara iyileşmesi gibi durumlar. Psikolojik Alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği, vb. gibi bilgisel ve pratik yeterlilik. Sosyolojik Alan: Bir bütün olarak yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi, Davranış Aktivite Alanı: Tüm aktif yaşam, öz bakım gücü, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku ve diğer alışkanlıklar. Maddi Alan: Bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, işten sağlanan kazanç. Yapısal Alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü.

Erturan ve ark. (19) yaptığı bir çalışmada, AD'li ergenlerde cinsiyetler arası fark gözlenmeksizin benlik saygısı ve dermatolojik yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir. Çalışmanın sadece 33 hasta ile yapılmış olması ve sağlıklı çocuklara, çocuk dermatoloji yaşam kalitesi ölçeği doldurulması çalışmanın zayıf yönüdür.

Sang ve ark. (23) tarafından AD hastalarında, kişinin stres durumuyla semptomların şiddetini kıyaslamak amacıyla bir çalışma yapılmış. Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, anksiyete ölçekleri doldurtulmuş, hastaların SCORAD indeksine göre hastalık şiddeti belirlenmiştir. Anksiyete skalalarında yüksek değer alanların semptomları ağır ve yaşam kalite ölçek puanları da o derece anlamlı düşük saptanmıştır.

Dertlioğlu ve ark. (24) yaptığı bir çalışmada, 50 AD hastası, 50 vitiligo hastası ve 50 sağlıklı çocuğa; dermatoloji yaşam kalitesi ölçeği doldurtulmuş, sonuçlar sırayla vitiligo ve AD hastalarında olmak üzere sağlıklı çocuklara kıyasla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Linnet ve ark. (25) yaptığı bir çalışmada 32 tane erişkin AD tanılı hastada ve 22 sağlıklı kişiye dermatolojik yaşam kalitesi indeksi ve anksiyete skalası doldurtulmuş. Hasta grupta, anksiyete ölçekleri yüksek ve dermatolojik yaşam kalite indeks puanları düşük olarak bulunmuştur. SCORAD indeksi ne kadar yüksekse dermatolojik yaşam kalitesi o kadar düşüken SCORAD ile anksiyete skala sonuçları arasında ilişki saptanmamıştır.

Bizim çalışmamızda da dizine benzer şekilde Aktif AD grubunda hastalık şiddet ölçüsü olan SCORAD indeksi

anlamlı olarak yüksek bulunurken, SCORAD indeksi ağır olan grupta yaşam kalitesi anlamlı olarak düşük saptandı.

Dermatoloji yaşam kalitesi ölçekleri cilt rahatsızlığı olan hastalar için düzenlenmiş olmasına rağmen, bu ölçeklerin kullanıldığı pek çok çalışmada herhangi bir cilt rahatsızlığı olmayan sağlıklı çocuklar kontrol grubu olarak seçilmiştir. Bizim çalışmamızda karşılaştırma yapılan grupların aynı hastalık etkisinde remisyon ve aktif dönem hastaları olması çalışmanın değerini artırmıştır.

Yaşam kalitesi anketlerini, ebeveynlerden anne ya da babanın doldurmuş olması, anket puanlarında anlamlı bir farka neden olmamıştır. Bu sonuçlar, çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin açık veriler elde etme becerisi açısından olumlu bir durum olarak yorumlanmıştır. Ayrıca Öztürkcan ve ark. (26) kullandığımız yaşam kalitesi anketlerinin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini değerlendirmişlerdir.

Çalışmamızda; hem hasta hem de ailelerinin dermatolojik yaşam kalitelerine eş zamanlı bakılmış olması, elde edilen verilerin değerini artırmıştır. Bu çalışmada da saptadığımız gibi, özellikle çocuk yaş grubundaki kronik hastalıklarda, aile ve bakım verenlerin yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilmektedir. Tedavi süresince hastalarla birlikte ailelerinin de yaşam kalitesi değerlendirilerek, iyileştirmeye yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır.

Bu çalışmada hastalık aktivitesinin yüksek olduğu grupta yaşam kalitesinin daha düşük bulunması göstermektedir ki; kronik hastalıklar, elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilir. Kronik hastalığı olan bireylerde günlük rolleri içeren işlevsel yeterlilik, toplumsal ilişkilerde iyilik hali, somatik yakınmalar ve yaşamdan alınan doyumunu ortaya koyabilecek yaşam kalitesi ölçekleriyle değerlendirme yapılması önemlidir (27). Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişinin dış görünümünü etkileyerek, kişisel ilişkiler, psikososyal ortam ve günlük aktivitelere yönelik olumsuz değişikliklere neden olabilmektedir (28).

Sonuç olarak; AD hastalarının ve ailelerinin diğer pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmiştir. Bu etkilenme, hastalığın şiddetlenmesine ve alevlenmelerin artmasına neden olabilir. Tedavi uyum ve başarısı için, yaşam kalitesinin belirlenmesi, sonuçlar doğrultusunda ilgili birimlerle iş birliği yapılması önemlidir.

Teşekkür: Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Özlem Su Küçük'e çok teşekkür ederiz.

Etik Kurul Onayı: Çalışmamız için yerel etik kuruldan onay alındı (tarih: 19.03.2014, sayı: 71306642/050-01-04/83).

Hasta Onamı: Tüm katılımcılardan yazılı onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - F.Ö.Ç., M.A.N.; Tasarım - F.Ö.Ç.; Denetleme - F.Ö.Ç., M.A.N.; Kaynaklar - F.Ö.Ç.; Malzemeler - F.Ö.Ç.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - F.Ö.Ç.; Analiz ve/veya Yorum - F.Ö.Ç., A.T.; Literatür Taraması - F.Ö.Ç.; Yazıyı Yazan - F.Ö.Ç.; Eleştirel İnceleme - F.Ö.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Yazarlar bu çalışma için mali destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Acknowledgement: We gratefully acknowledge Professor Özlem Su Küçük for the preparation of this study.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the local ethics committee for our study (date: 19.03.2014, number: 71306642/050-01-04/83).

Informed Consent: Written consent was obtained from all participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - F.Ö.Ç., M.A.N.; Design - F.Ö.Ç.; Supervision - F.Ö.Ç., M.A.N.; Funding - F.Ö.Ç.; Materials - F.Ö.Ç.; Data Collection and/or Processing - F.Ö.Ç.; Analysis and/or Interpretation - F.Ö.Ç., A.T.; Literature Review - F.Ö.Ç.; Writing - F.Ö.Ç.; Critical Review - F.Ö.Ç.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Sapan N. Atopik dermatit. In: Hasanoğlu E, Bideci A, Düşünsel R, editors. Türkiye Milli Pediatri Derneği, Temel Pediatri kitabı; 2010.p.1446–9.
2. Arnold, HL, Odom RB, James WD. Atopic dermatitis, eczema, noninfectious immunodeficiency disorders. In: James W, Berger T, Elston D. Andrews' diseases of the skin. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 1990.p.68–74.
3. Leung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 5th edition. New York: Mc Graw-Hill 1999.p.1464–80.
4. Hanifin JM. Atopic dermatitis. In: Moschella SL, Hurley HJ, editors. Dermatology, Thirded. Philadelphia: WB. Sa-

unders Company;1992.p.441–64.

5. Savaskan H. Atopik dermatit. In: Tüzün Y, Kotagyan A, Aydemir EH, Baransu, editors. Dermatoloji. 2nd edition. Nobel Tıp Kitapevleri;1994.p.257–65.
6. Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. Int J Dermatol 2006; 45: 1300–7.
7. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. Lancet 2016; 387: 1109–22.
8. Williams H, Stewart A, von Mutius E, Cookson W, Anderson HR; International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide?. J Allergy Clin Immunol 2008; 121: 947–54.e15.
9. Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ. Predictors of atopic dermatitis severity over time. J Am Acad Dermatol 2004; 50: 349–56.
10. Rottem M, Darawsha J, Zarfin J. Atopic dermatitis in infants and children in Israel: clinical presentation, allergies and outcome. Isr Med Assoc J 2004; 6: 209–12.
11. Seyhan M, Kandi Coşkun B, Karıncaoğlu Y, Özcan H, Kalaycı B. Atopic dermatitis: evaluation of sociodemographic and clinical characteristics in childhood and adolescence. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005; 15: 11–4.
12. Arıkan Ç, Bahçeciler NN. Atopik dermatit. T Klin Allerji-Astım 2001; 3: 86–93.
13. Borres MP, Odelram H, Irander K, Kjellman NI, Björkstén B. Peripheral blood eosinophilia in infants at 3 months of age is associated with subsequent development of atopic disease in early childhood. J Allergy Clin Immunol 1995; 95: 694–8.
14. Kägi MK, Joller-Jemelka H, Wüthrich B. Correlation of eosinophils, eosinophil cationic protein and soluble interleukin-2 receptor with the clinical activity of atopic dermatitis. Dermatology 1992; 185: 88–92.
15. Yoshizawa Y, Nomaguchi H, Izaki S, Kitamura K. Serum cytokine levels in atopic dermatitis. Clin Exp Dermatol 2002; 27: 225–9.
16. Patrizi A, Guerrini V, Ricci G, Neri I, Specchia F, Masi M. The natural history of sensitizations to food and aeroallergens in atopic dermatitis: a 4-year follow-Up. Pediatr Dermatol 2000; 17: 261–5.
17. Ricci G, Dondi A, Patrizi A. Useful tools for the management of atopic dermatitis. Am J Clin Dermatol 2009; 10: 287–300.
18. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. Br J Dermatol 2007; 157: 645–8.
19. Erturan İ, Aktepe E, Didar Balcı D, Yıldırım M, Sönmez Y, Ceyhan AM. Evaluation of self-esteem and dermatological quality of life in adolescents with atopic dermatitis. Turkderm 2013; 47: 39–44.

20. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* 2008; 159: 997–1035.
21. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı 2007.p.9–10.
22. Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. *Sendrom* 1997; 9: 117–24.
23. Oh SH, Bae BG, Park CO, et al. Association of stress with symptoms of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 582–8.
24. Dertlioğlu SB, Cicek D, Balci DD, Halisdemir N. Dermatology life quality index scores in children with vitiligo: comparison with atopic dermatitis and healthy control subjects. *Int J Dermatol* 2013; 52: 96–101.
25. Linnet J, Jemec GB. An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999; 140: 268–72.
26. Öztürkcan S, Aydemir Ö, İnanır I. Akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesi. *T Klin Dermatol* 2002; 12: 131–4.
27. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales--a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136: 202–6.