

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

ÜRTİKERLİ HASTALARDA ANKSİYETE VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif SAĞLAM

ANKARA

2021



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

ÜRTİKERLİ HASTALARDA ANKSİYETE VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif SAĞLAM

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

ANKARA

2021

ONAY YAZISI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığına;

"Ürtikerli Hastalarda Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Belirtiler" konulu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Asil Üye (Başkan)	: Prof. Dr. Mustafa ÇELİK
Asil Üye	: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Asil Üye	: Doç. Dr. Oktay SARI
Yedek Üye	: Doç. Dr. Cenk AYPAK
Yedek Üye	: Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

ONAY:

Dr. Elif SAĞLAM'ın 13.09.2021 tarihinde savunduğu bu tez Gülhane Tıp Fakültesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlama süresince her türlü konuda yardımlarını esirgemeyen; sakin, hoşgörülü ve anlayışlı tavırları ile örnek aldığım ve minnettar olduğum değerli hocam Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'a,

Uzmanlık eğitimim süresince yardımcı olabilecekleri her konuda bilgi ve tecrübe paylaşımları için ve eğitimime katkılarından dolayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Doç. Dr. Oktay SARI'ya ve Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER' e,

Eğitimime ve tez çalışmama destek ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Fevzi DEMİREL ve Uzm. Dr. Sait YEŞİLLİK'e;

Katkı ve desteklerinden dolayı uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım değerli tüm çalışma arkadaşlarıma;

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen, benim için her türlü fedakarlıkta bulunan, beni yüreklendiren ve bana güvenen sevgili annem başta olmak üzere tüm aileme,

Her anımda yanımda olan, benden desteğini hiç esirgemeyen kıymetli eşim Tarık SAĞLAM'a

Sonsuz teşekkürler…

Bu tezi, bana her anımda destek olan ve beni bir şekilde gördüğüne ve gurur duyduğuna inandığım rahmetli babam Ali İhsan ERCİN'e ithaf ediyorum.

Dr. Elif SAĞLAM
Ankara - 2021

ÖZET

Dr. Elif SAĞLAM "Ürtikerli Hastalarda Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Belirtiler" Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2021.

Amaç: Ürtiker; emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içinde olan, deride kaşıntı, kızarıklık ve kabarmalarla giden birden fazla nedeni olan dermatolojik bir hastalıktır. Çalışmamızda ürtikerli hastalarda anksiyete düzeyi, obsesif kompulsif belirtilerin görülme oranı ve bunların birbiriyle olan ilişkisi, ürtikerli hastaların yaşam kalitesinin ne düzeyde etkilendiğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Kliniği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası ürtikerli hastalarda yapılan tanımlayıcı gözlemsel bir anket çalışmasıdır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların demografik özellikleri ve ürtiker ile ilgili süreçlerini sorgulayan 35 adet soru içermektedir. Ayrıca, 21 soruluk Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), 37 soruluk Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Soru Listesi (MOKSL) ve 29 soruluk Cilt Bozukluğu Olan Hastalarda Performans ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Skindex-29) uygulanmıştır. Anket formu ve uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler katılımcıların ürtiker parametreleri ile karşılaştırılacaktır. Veriler SPSS programı ile uygun testlerle analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşları 38,96±13,76 (min:18-max:65) idi. Katılımcıların ürtikeryal belirtilere bağlı Skindex-29 puan ortalaması 32,25±21,81, MOKSL puan ortalaması 13,95±7,08, BAÖ puan ortalaması ise 13,5±10 idi.

BAÖ puanları ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında cinsiyet değişkeninde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). MOKSL puanları ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark belirlenmedi. Ayrıca

BAÖ ve Skindex-29 puanları ile ürtikere bağlı uyku problemleri ve buna bağlı gün içinde yorgun olma durumu arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ürtikere bağlı uyku bozukluğu ve gün içinde yorgun olma şikayeti olanların anksiyete seviyelerinin yüksek, yaşam kalitelerinin ise düşük olunduğu bulundu.

Sonuç: Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biri olan biyopsikososyal yaklaşımın gereği olarak, hastalarımızı değerlendirirken biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenleri bütüncül bir yaklaşımla ele almamız tedavi başarımızı artıracaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam olarak verilebilmesi ve hastaların takibinin sağlanması açısından aile hekimlerinin gerektiğinde hastaları ilgili branşlara sevk etmeleri, klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için gerekli bir uygulama olacaktır.

Anahtar kelimeler: Ürtiker, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk

ABSTRACT

Dr. ELİF SAĞLAM "Anxiety and Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with Urticaria" Gulhane School of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Ankara, 2021.

Objective: Urticaria is a dermatological disease that has more than one cause, which is closely related to emotional factors and causes itching, redness, and swelling of the skin. In our study, we aimed to evaluate the level of anxiety in patients with urticaria, the rate of obsessive-compulsive symptoms and their relationship with each other, and to what extent the quality of patients with urticaria is affected.

Materials and Methods: Our research is a descriptive observational survey conducted on urticaria patients who are 18-65 years old and applied to the University of Health Sciences Gulhane Training and Research Hospital Immunology and Allergy Clinic. The questionnaire prepared by the researchers includes 35 questions that inquire participants' demographic characteristics and processes related to urticaria. In addition, the 21 self-reported items Beck Anxiety Inventory (BAI), the 37- question Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), and the 29-question Performance and Quality of Life Scale for Patients with Skin Disorders (Skindex-29)were administered. The data obtained from the questionnaire form and the applied scales will be compared with the urticaria parameters of the participants. The data is analyzed with the SPSS program with appropriate tests.

Results: The mean age of the patients included in the study was 38,96±13,76 (min:18-max:65). Due to urticarial symptoms, the mean score of the participants on Skindex-29 was 32.25±21.81, the mean MOCI score was 13,95±7,08, and the mean BAI score was 13,5±10.

When BAI scores and sociodemographic data were compared, it was determined that there was a significant difference in the gender variable ($p<0,05$). When MOCI scores and sociodemographic data were compared, no significant

difference was found. In addition, it was determined that there was a significant difference between BAI and Skindex-29 scores and sleep problems and fatigue during the day related to urticaria ($p<0,05$). It was determined that those who have sleep disorder and complain of being tired during day due to urticaria have high anxiety level and low quality of life.

Conclusion:As a requirement of the biopsychosocial approach, which is one of the core competencies of family medicine, we will increase our treatment success if we evaluate our patients with a holistic approach to biological, psychological and social factors. In order to provide full preventive health services and to follow up the patients, it will be a necessary practice for family physicians, transferring patients to related branches, managing clinical situations, assisting the patient and giving them responsibility of patient.

Keywords: Urticaria, anxiety, obsessive compulsive disorder

İÇİNDEKİLER

ONAY i
TEŞEKKÜR ii
ÖZET iii
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ix
TABLOLAR DİZİNİ x
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. Ürtiker 2
2.1.1. Tanım 2
2.1.2. Tarihçe ve Etimoloji 2
2.1.3. Epidemiyoloji 2
2.1.4. Patogenez 2
2.1.5. Etiyoloji 3
2.1.6. Sınıflandırma 4
2.1.6.1. Spontan Ürtikerler 4
2.1.6.2. Fiziksel Ürtikerler 4
2.1.6.3. Diğer Ürtikerler 5
2.1.7. Histopatoloji 5
2.1.8. Tanı 5
2.1.9. Tedavi 7
2.1.9.1 Artıran ve Tetikleyen Etmenlerin Eliminsayonu 7
2.1.9.2 Mast Hücresine Yönelik Tedavi 7
2.1.9.3 Hedef organda Tedavi 7
2.2. Anksiyete 8
2.2.1 Anksiyetenin Tanımı 8
2.2.2 Anksiyete Belirtileri 9
2.2.3 Anksiyete Düzeyleri 10
2.2.4 Ürtiker ve Anksiyete 10
2.3 Obsesif Kompulsif Bozukluk 11
2.3.1 Tanım 11
2.3.2 Tarihçe 11
2.3.3 Sıklık ve Yaygınlık 12
2.3.4 Belirtiler ve Bulgular 12
2.3.5 Tedavi 13
2.3.6 Ürtiker ve OKB 14

3. GEREÇ VE YÖNTEM **15**
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli 15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi 15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 15
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması 16
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 18
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri 18
4. BULGULAR **19**
5. TARTIŞMA **46**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **50**
7. KAYNAKLAR **51**
8. ÖZGEÇMİŞ **56**
9. EKLER **58**
9.1. Değerlendirme Formu 58
9.2. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu 64
9.3. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Onay Formu 65

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÜ : Akut Ürtiker
BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği
BAI : Beck Anxiety Inventory
CRH : Corticotropin Releasing Hormone
HP : Helicobakter Pylori
KİÜ : Kronik İdiyopatik Ürtiker
KÜ : Kronik Ürtiker
MOKSL : Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
MOCI : Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory
MÖ : Milattan Önce
MSS : Merkezi Sinir Sistemi
NSAID : Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSDT : Otolog Serum Deri Testi
SLE : Sistemik Lupus Eritematozus
SSGÖ : Seçici Serotonin Gerialım Önleyicileri
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
ÜV : Ürtikeryal Vaskülit
YY : Yüzyıl

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kronik ürtikerde gerekli incelemeler 6
Tablo 2. Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri 9
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı 20
Tablo 4. Katılımcıların ürtiker ilişkili verilerinin dağılımı 21
Tablo 5. Katılımcıların, ürtikeryal belirti ve bulguları ile yaşam tarzı ilişki durumlarının incelenmesi 22
Tablo 6. Katılımcıların ürtikere ait şikayetlerini başlatan ve hafifleten etmenlerin dağılımı 24
Tablo 7. Katılımcıların soygeçmişindeki alerjik ve psikiyatrik hastalık ile ilgili durumlarının dağılımı..... 25
Tablo 8. Katılımcıların BAÖ'ye göre anksiyete düzeyleri ve MOKSL'ye göre OKB saptanma durumlarının dağılımı 26
Tablo 9. Katılımcıların MOKSL alt ölçeklerine göre almış oldukları skorların dağılımı 27
Tablo 10. Katılımcıların Skindex-29 alt ölçeklerine göre almış oldukları skorların dağılımı 27
Tablo 11. Katılımcıların şikâyet ve belirtilerinin Skindex-29 ölçeği puanlamaları ile ilişkisinin incelenmesi..... 28
Tablo 12. Uyku ve yorgunluk şikayetleri ile Skindex-29 ölçeği puanlamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi 29
Tablo 13. Ürtikeryal döküntülerin psikojenik faktörlerle etkileşimi ile Skindex-29 ölçeği puanlamaları ile ilişkisinin incelenmesi 30
Tablo 14. Ürtikeryal döküntülerin sosyal yaşama olan etkilerinin Skindex-29 ölçeği puanlamaları ile ilişkisinin incelenmesi 31
Tablo 15. Ürtikeryal döküntülerin besin kaynaklı olma durumu ile Skindex-29 ölçeği puanlamaları arasındaki ilişkisinin incelenmesi..... 32
Tablo 16. Döküntülere eşlik eden belirti bulgular, döküntü nedenli uyku şikayetleri ile MOKSL puanlamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi 33

Tablo 17. Ürtikere bağlı uyku problemleri ve yorgunluk şikayetleri MOKSL puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi 34
Tablo 18. Döküntülerin psikojenik faktörlerle ilişkisi ile MOKSL puanlamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi 35
Tablo 19. Ürtikerin sosyal yaşama olan etkisi ve MOKSL puanlamalarıyla arasındaki ilişkisinin incelenmesi 37
Tablo 20. Ürtikeryal döküntülerin besin kaynaklı olma durumu ile MOKSL puanlamaları arasındaki ilişkisinin incelenmesi..... 38
Tablo 21.Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 39
Tablo 22. Katılımcılarda OKB saptanma olasılıkları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi 40
Tablo 23. Ürtiker ilişkili veriler ile katılımcıların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 41
Tablo 24. Ürtiker ilişkili veriler ile, katılımcılarda OKB saptanma olasılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi 43
Tablo 25. Ürtikeryal döküntülerin kaybolma süresi ile Skindex-29, BAÖ ve MOKSL'den alınan skorlar arasındaki ilişkinin incelenmesi 44
Tablo 26. Katılımcıların kaşıntı ve ağrı semptom varlığına göre Skindex-29, BAÖ, MOKSL'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 45

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Halk arasında “kurdeşen’’ ya da “dabaz’’ isimleriyle bilinen ürtiker, aniden ortaya çıkan eritemli ve ödemli papüllerle karakterize olan genellikle kaşıntılı bir hastalıktır (1).

Hastalık altı haftadan kısa sürmesi halinde akut, altı hafta ya da daha uzun sürmesi halinde kronik ürtiker olarak adlandırılır (2).

Olası bir tehlike durumunda organizmanın kendini bu durumdan sakınarak yaşamının devam etmesini sağlayan biyolojik korunma mekanizmasına normal anksiyete denir. Anormal anksiyete ise nesnel bir tehlike durumu olmamasına rağmen kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen öznel bir beklenti hissi, korku, kaygı ve bir felaketin yaklaşmakta olduğu duygusu ile karakterize olan psikolojik ve/veya farmakolojik tedavi gerektiren patolojik bir durumdur (3).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) irade dışı gelen, bilinçli çaba ile zihinden uzaklaştırılamayan, bireyi tedirgin eden ve benliğe yabancı olan yineleyici düşünce (obsesyon) ve/veya çoğu kez saplantı haline gelen düşünceyi zihinden uzaklaştırmak ve bunaltıyı gidermek için yapılan yineleyici davranış ya da zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) tanımlanan bir hastalıktır (4, 5).

Deri, oldukça emosyonel sembolizmle yüklü bir organ olarak duygusal durumun aynası olmasının yanı sıra bedensel ve ruhsal süreçler arasındaki etkileşimin de çok yoğun şekilde yaşandığı yapılardan biridir. Psikosomatik deri hastalıklarının meydana gelişinde ve nüksünde ruhsal etmenler başta gelmektedir (6).

Bizim bu çalışmadaki amacımız, ürtiker hastalarında anksiyete ve obsesif kompulsif belirtilerin hangi düzeyde hastalığa eşlik ettiğinin incelenmesi ve bu hastalıkların kişilerin yaşam kalitesinde oluşturduğu etkileri araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Ürtiker

2.1.1. Tanım

Ürtiker, deriden hafif kabarık kaşıntılı, eritemli ve ödemli plaklarla karakterize olup, deri ve mukoz membranların vasküler bir reaksiyonudur (7). Altı haftadan kısa sürmesi halinde akut ürtiker (AÜ), altı hafta ya da daha uzun sürmesi halinde kronik ürtiker (KÜ) olarak adlandırılmaktadır (8).

2.1.2 Tarihçe ve Etimoloji

Hipokrat okulu (MÖ 4.yy) ürtiker ile ısırgan otu arasındaki ilişkinin farkına varmıştır ve bu kelime daha sonra çeşitli dillerde ürtiker için kullanılan isme dahil edilmiştir. Roma okulu bunun yerine kabarcık bölgelerinde yanma hissine (ürere) odaklanmıştır ve Plinius uredo adını kullanmıştır.

10.yy'da Hali Ben Abbas, kabarcığın cilt seviyesinin üzerinde yükselmesine atıfta bulunarak dağ veya yükseklik anlamına gelen essera adını kullanmıştır (9).

2.1.3 Epidemiyoloji

İnsanların yaklaşık %15-20'sinin hayatlarının belli bir bölümünde AÜ atağı geçirdiği belirlenmiştir. Küresel çapta bakıldığında KÜ' nün insanların neredeyse %1'ini etkilediği (%0,5-5), en sık 20-40 yaş aralığında ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (2).

2.1.4 Patogenez

Ürtikerin bir mediatörü olarak histaminin önemi yıllardır bilinmektedir. Histamin salınımı ile mast hücrelerinin degranülasyonu, kabarcıklar ve anjioödem gelişiminde merkezi bir rol oynar.

İmmunolojik ve immunolojik olmayan bir dizi mast hücre degranülasyonu uyaranı tanımlanmıştır bunlar; opiyatlar, nöropeptitler, kök hücre faktörü (c kit ligandı), C3a ve C5a anaflatoksinler, alerjen bağlayan spesifik IgE, IgE ya da yüksek afiniteli IgE reseptörüne karşı gelişen otoantikorlardır. Kronik ürtikerde, immunolojik olmayan uyaranların fizyolojik bir rolü olduğuna dair çok az kanıt vardır. Allerjenin mast hücrelerinde spesifik IgE'ye bağlanmasını içeren ani aşırı duyarlılık reaksiyonları, bazı akut ürtiker vakalarının iyi bilinen bir nedenidir, ancak kronik tekrarlayan hastalığın patogenezinde önemli görünmemektedir (10).

Degranülasyon ile salınan histamin ve diğer proinflamatuar mediatörler, deride postkapiller venüller üzerindeki reseptörlere bağlanarak vazodilatasyona ve bunun neticesinde albumin ve diğer plazma proteinlerinin damar geçirgenliğinin artmasına neden olurlar. Ayrıca histamin, TNF-a ve IL-8 endotel hücreleri üzerindeki adezyon kuvvet moleküllerinin ekspresyonunu arttırırlar. Dolayısıyla dolaşımdaki inflamatuar hücrelerin kandan ürtikeryal lezyonun içine göçü kolaylaşmış olur (11). Mast hücre aktivasyonu ve inflamasyonla karakterize ürtiker ve bazı cilt bozukluklarının stres ile tetiklendiği veya şiddetlendiği bilinmektedir. Kronik ürtikerli hastalarda kortikotropin salıcı hormonun (CRH) CRH-R1 reseptörlerinde up-regülasyon olduğu bunun da CRH'ye bağlı deride mast hücre degranülasyonuna neden olduğu düşünülmektedir (12).

2.1.5 Etiyoloji

AÜ yaygın görülmesine rağmen, etiyolojileri ve klinik seyri ile ilgili yalnızca birkaç çalışma yayınlanmıştır. Besin alerjisi, enfeksiyonlar ve ilaç reaksiyonları sıklıkla olası nedenler olarak kabul edilmektedir (13). Aoki ve arkadaşları akut ürtikerli hastaları incelemiş ve ürtikerin büyük çoğunluğunun akut enfeksiyonlar olduğu varsayılan yabancı cisim inokulasyonuna karşı immunolojik olarak hatalı bir reaksiyon olduğunu öne sürmüşlerdir (14).

Kronik ürtikerde etiyoloji genellikle bilinmemektedir. Ürtiker, tek veya birkaç eş zamanlı patojenik faktör tarafından provoke edilebilmektedir (15).

Birkaç gastrointestinal enfeksiyon, kronik ürtiker ile ilişkilendirilmiştir. En iyi kanıtlar *Helicobakter pylori* enfeksiyonu için elde edilmiştir (16). *Helicobakter pylori* enfeksiyonunun kronik ürtiker nedenlerinden biri olduğu görüşünü, etkenin tedavisi ile ürtiker ataklarının remisyona girmesi desteklemiştir (17).

Literatürde KÜ ile enfeksiyöz hepatitlerden hepatit A ve hepatit B'nin ilişkisi olduğu bildirilmiştir (18, 19). Fakat hepatit C enfeksiyonunun kronik ürtikerle arasındaki ilişki halen kesinlik kazanmamıştır (20).

Yapılan çalışmalarda, besin katkı maddelerinin (renklendirici, koruyucu) psödoallerjik (Ig E aracılı olmayan) etki ile kronik ürtikere neden olabileceği gösterilmiştir (21).

Kronik otoimmün (Hashimato) tiroiditi, KÜ ile birlikteliği gösterilmiş olan otoimmun hastalıklardan en iyi bilinenidir (22). KÜ'lü hastaların %12-14'ünde anti-

tiroglobulin ve anti-peroksidaz otoantikor varlığı gösterilmiştir. KÜ ile ilişkili bulunan bir diğer otoimmun hastalık da gluten enteropatisidir (23).

Sistemik lupus eritematozis (SLE), sjögren sendromu ve romatoid artrit gibi kollajen hastalıklarının bir bulgusu olarak da KÜ meydana gelebilmektedir. Ayrıca solid veya hematolojik malignitelerle KÜ birlikteliğinin gösterildiği yayınlar da mevcuttur (24).

KÜ hastalarındaki artmış kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) reseptör seviyesine paralel olarak, strese bağlı salınan CRH miktarındaki artış nedeniyle deri mast hücre degranülasyonunun meydana geldiği ileri sürülmektedir (25). Bu mekanizma ile stres KÜ' de tetikleyici ve şiddet artırıcı bir unsurdur (26, 27).

2.1.6 Sınıflandırma

Tarihsel gelişmeler, özel ilgi alanları, ürtikerin karmaşıklığı gibi multifaktöryel nedenlerle ürtikerin çok çeşitli uluslararası sınıflandırmaları yapılmış olmakla birlikte Avrupa klinik sınıflandırma yönergesi ''Clinical Classitication of the Current European Guide-Line, ürtikeri üç ana guruba ayırmaktadır.

1.Spontan Ürtikerler
2.Fiziksel Ürtikerler
3.Diğer Ürtikerler

2.1.6.1 Spontan Ürtikerler

Spontan ürtikerlerin yaklaşık üçte ikisi, 6 haftadan daha kısa süren akut ürtiker, yaklaşık üçte birlik kısmı da 6 haftadan daha uzun süren kronik ürtikerdir (8).

2.1.6.2 Fiziksel Ürtikerler

Altı guruba ayrılmaktadır.

a. Dermografik ürtiker: Sert bir nesne ile çizilen deride birkaç dakika içinde kaşıntılı lineer ürtiker papüllerinin oluşması ile karakterizedir (28).

b. Soğuk ürtikeri: Genellikle genç erişkinlerde soğuk nesnelerle temastan sonra dakikalar içinde ortaya çıkar (8).

c. Gecikmiş basınç ürtikeri: Deriye uygulanan 6-8 saatlik dikey basınçtan sonra ortaya çıkmaktadır (8).

d. Isı ürtikeri: Derinin lokal ısıya maruz kalmasıyla oluşmaktadır (8).

e. Solar ürtiker: Derinin ultraviyole veya görünür ışığa maruz kalması ile oluşmaktadır, SLE, Eritropoetik Porfiria hastalıkları ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (8).

f. Vibrasyon ürtikeri: Koşu, masaj, çekiç kullanma, motosiklete binme gibi vibratuar bir uyarının akabinde hastada kaşıntı ve kabarıklık oluşmasıyla karakterizedir (29).

2.1.6.3 Diğer Ürtikerler

4 guruba ayrılmaktadır.

a. Kolinerjik ürtiker: Öncelikle adolesan ve genç erişkinleri etkiler ve 5-6 yıl sürer. Fiziksel efor, sıcak banyo, emosyonel stres sonrasında ortaya çıkar.

b. Egzersiz ürtikeri: Yoğun fiziksel aktivite sonucu oluşmaktadır (8).

c. Akuajenik ürtiker: Herhangi bir sıcaklıktaki su ile derinin temasından sonra dakikalar içinde başlayıp, 2 saatten daha kısa sürede kaybolurlar (30).

d. Kontakt ürtiker: Gıda maddeleri, lateks, hayvan epitelleri gibi ürtikerojenik maddelerle temas sonucu görülebilir (8).

2.1.6 Histopatoloji

Ürtiker bölgesinden yapılan cilt biyopsisinde dermal ödem, süperfisial dermisteki küçük venüller ve kapillerlerde dilatasyon, perivasküler lenfositik inflamasyon ve sonuçta belirgin nekrotizan vaskülit görülmüştür (31).

2.1.7 Tanı

Ürtiker ve birçok alt tipinin çeşitliliği nedeniyle, öncelikle ayrıntılı bir öykü ve fizik muayeneyi içermesi gereken ve temel laboratuvar testleri ile ciddi sistemik hastalığın dışlanması gereken rutin bir hasta değerlendirmesi yapılmalıdır.

Tüm tanı prosedürleri arasında en önemlisi, ürtikeri tetikleyici faktörleri ve ürtikerin doğasının önemli yönlerini içeren kapsamlı bir öykü elde etmektir.

Aşağıdaki maddeler ile ilgili sorular sorulmalıdır.

1- Hastalığın başlama zamanı

2- Kabarcıkların sıklığı/ süresi, dağılımı ve boyutu

3- Anjioödem varlığı

4- Ürtiker ile ilgili aile öyküsü ve özgeçmiş

5- Eşlik edebilecek ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı gibi ek yakınmaların varlığı

6- Fiziksel ajanlar ve egzersiz ile aktive olup olmadığı

7-İlaç kullanımı (NSAİİ'ler, enjeksiyonlar, bağışıklamalar, hormonlar, laksatifler, fitiller, kulak ve göz damlaları ve alternatif uygulamalar)

8- Önceki veya mevcut alerjiler, enfeksiyonlar, dahili hastalıklar ve diğer olası nedenler

9- Sosyal ve mesleki durum, boş zamanlardaki etkinlikler

10- Hafta sonları, tatiller ve yurtdışı seyahatlerle olan ilişkisi

11- Beslenme ile olan ilişkisi

12- Sigara içme alışkanlıkları

13- Adet döngüsü ile ilişkisi

14- Mide/ bağırsak sorunları

15- Cerrahi implantasyonlar

16- Psikosomatik ve psikiyatrik hastalıklar

17- Stres (31)

AÜ' de herhangi bir rutin tanısal tetkikin yapılması gerekli değildir. KÜ' de ise ürtiker alt tipinin belirlenmesi önceliklidir. KSÜ' de istenmesi gereken rutin tanısal tetkikler hakkında farklı görüşler olmasına rağmen genellikle hasta öyküsü ve fizik muayenede elde edilen sonuçlara göre istenebilecek tahliller Tablo 1'de özetlenmiştir (2, 32).

Tablo 1. Kronik ürtikerde gerekli incelemeler (32)

Rutin Tanısal Tetkikler	Tam kan sayımı Eritrosit sedimentasyon hız / C-reaktif protein
İleri Tanısal Tetkikler	Enfeksiyon hastalıkları (*H.pylori,* hepatit virüsleri) Tiroid hormonları ve tiroid otoantikorları Deri testleri Psödoallerjensiz diyet (3 hafta süre ile) Otolog serum deri testi (OSDT) Prick test Gaytada parazit aranması Lezyonel deri biyopsisi

Ürtiker ayırıcı tanısında düşünülecek hastalıklar eritema multiforme, eritema annulare sentrifigum, ürtikeryal vaskülit (ÜV), herediter ve edinsel anjiyoödem, tinea corporis, viral enfeksiyonlara bağlı döküntüler, ilaca bağlı döküntüler, polimorf ışık erüpsiyonu, Duhring'in ürtikeryal papülleri ve böcek ısırmalarıdır (33).

2.1.8 Tedavi

Ürtiker tedavisinde hastalığa neden olan ya da tetikleyen faktörlerden kaçınılması, patogenezde rol oynayan mast hücrelerinden mediatör salınımının engellenmesi ve mast hücre mediatörlerinin hedef dokularının tedavisidir (34).

2.1.8.1 Artıran ve tetikleyen etmenlerin eliminasyonu

Ürtikerin en ideal tedavisi; çok sıcak ortamlarda bulunma, sıkı kıyafetler giyme, aşırı alkol ve opiat kullanma gibi hastalığı artıran ve tetikleyen faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır (35).

Hastaların %20-30 kadarında lezyonlarda artışa neden olduğu bilinen NSAİİ kullanımından kaçınılması ve analjezik olarak asetaminofen (parasetamol) kullanılması önerilmektedir (10).

Psödoallerjen diyet uygulanması kronik spontan ürtikerde (KSÜ) tartışılan bir konudur. Gıda katkı maddelerinde, baharatlarda, çeşitli meyve ve sebzelerde bulunabilen, intolerans reaksiyonlarına yol açabilen içerikler psödoallerjen olarak adlandırılmaktadır. Araştırmacılar hastaların bir kısmının diyetinden psödoallerjenlerin çıkarılmasının KSÜ tedavisine yarar sağlayacağını bildirmektedir (36, 37).

Gastrointestinal kanalın HP enfeksiyonları, hepatit A ve hepatit B gibi viral enfeksiyonlar, nazofarenks enfeksiyonları ve parazitik enfeksiyonlar gibi KÜ'le ilişkili olduğu bilinen enfeksiyonların tedavi edilmesi gerekmektedir (38, 39).

2.1.8.2 Mast hücresine yönelik tedavi

Sistemik steroidler semptomları bastırmak için kullanılan, mast hücre mediatör inhibitörleridir, akut ürtiker tedavisinde kısa süreli kullanılabilirken, uzun süreli kullanımda ortaya çıkabilecek yan etkilerinden dolayı kronik ürtiker tedavisinde önerilmemektedirler (39). Siklosporin A da doğrudan ve orta derecede olmak üzere mast hücre mediatör salınımını engellemektedir (39). KSÜ tedavisinde oldukça etkili bir ajan olan siklosporin A, uzun süreli kullanımında oluşabilecek yan etki riski nedeniyle antihistamin ve omalizumab tedavisine dirençli KÜ hastalarında kullanılmalıdır (2).

2.1.8.3 Hedef organda tedavi

1950'lerden beri ürtiker tedavisinde antihistaminikler kullanılmaktadır. Eski nesil antihistaminiklerin antikolinerjik ve merkezi sinir sistemi (MSS) üzerine yan

etkileri mevcuttur. MSS üzerine 12 saatten uzun süren sedatif etkilerine karşılık antipruritik etkileri yalnızca 4-6 saat sürmektedir. Bunun yanı sıra analjezik, hipnotik, sedatif, antidepresan ilaçlarla ve alkolle etkileşim gösterebilirler (40).

İkinci nesil sedatif olmayan ya da düşük düzeyde sedatif özellikleri olan antihistaminiklerin geliştirilmesi ürtiker hastalarının yaşam kalitesini büyük ölçüde iyileştirmiştir. Ayrıca bazofil ve mast hücrelerinden sitokin salınımının inhibisyonu gibi antiinflamatuar etkiler de gösterdikleri için yeni nesil antihistaminikler tercih edilmelidir (39).

Ürtikerde antihistaminiklerin etkisi doza bağımlıdır ve daha yüksek dozlar genellikle iyi tolere edilir, ancak bazı durumlarda daha yüksek dozlarda sedasyon gibi yan etkiler daha sık meydana gelebileceğinden dikkatli olunmalıdır (39).

Kardiyak yan etkisi nedeniyle artık kullanılmaması gereken terfenadin ve astemizolün yanı sıra, iyi bir güvenlik profiline sahip ikinci nesil antihistaminikler, ürtiker için birinci basamak semptomatik tedavi olarak düşünülmelidir (39). Bir trisiklik antidepresan olan doksepinin H_1 ve H_2 reseptörlerine karşı aktiviteye sahip olması nedeniyle ürtiker tedavisinde kullanılabileceği bildirilmiştir (28).

2.2 Anksiyete

2.2.1 Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; sebebi bilinmeyen içsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlike olarak algılanan herhangi bir durum karşısında belirsiz korku, kaygı endişe ile yaşanan aynı zamanda somatik belirtilerin de eşlik ettiği bir çeşit alarm duygusudur (41).

Anksiyete (anxiety) terimi Latince ‘’tıkanma’’, ‘’boğulma’’ anlamına gelen ‘’angere’’ kökünden türetilmiştir. Anksiyete ile anılan diğer bir kavram olan korku (fear) ise Almanca’ dan gelen bir terimdir. Bu dilde köken aldığı kelime pusuda yatmak, beklemek veya saldırmak anlamına gelmektedir (41).

Korku, kişinin dışarıdan gelebilecek kaynağı belli olan gerçek bir tehlike karşısında verdiği tepkidir (42).

Anksiyete, birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptom olmasının yanı sıra bireyi çevresinde meydana gelen değişikliklere hazırlayan ve bireyin bu değişikliklere yanıt vermesini sağlayan bir duygudur (43). Normal anksiyete, organizmayı tehdit eden bir olayın

varlığında, kaçma veya savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkan biyolojik bir korunma sistemidir (44). Anormal anksiyete ise nesnel bir tehlike durumu olmamasına rağmen kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen öznel bir beklenti hissi, korku, kaygı ve bir felaketin yaklaşmakta olduğu duygusu ile karakterize olan psikolojik ve/veya farmakolojik tedavi gerektiren patolojik bir durumdur (42).

2.2.2 Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyete durumları hastalar tarafından, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, rahatsız edici saplantılar ve zorlantılar, saçma korkular gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, hava açlığı, nefes almada güçlük, hiperventilasyon, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejekülasyon bozuklukları, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerde aşırı titreme gibi bedensel semptomlar ile kendini gösterebilir (45). Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri Tablo 2'de özetlenmiştir (46).

Tablo 2. Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri (46)

BİLİŞSEL	**DAVRANIŞSAL**	**BEDENSEL**
Obsesyonlar	Kompulsiyonlar	Terleme
Flashbackler	Yardım arama	Titreme
Endişeler	Kaçınma	Baş dönmesi, sersemlik
Katastrofik düşünceler	Motor huzursuzluk	Çarpıntı
İntrusif düşünceler	Güvenlik davranışları	Nefes alamama
		Boğulma hissi
		Göğüste sıkışma
		Hipertansiyon
		Hiperventilasyon
		Kas gerilimi, ağrıları
		Pupil dilatasyonu
		Epigastrik rahatsızlık

2.2.3 Anksiyete Düzeyleri

Farklı psikolojik, fizyolojik ve bilişsel değişikliklere neden olabilen anksiyete hafif, orta, şiddetli ve panik düzeyde olmak üzere dört aşamadan oluşur.

1.Hafif düzeyde anksiyete: Birey çevresine karşı duyarlıdır. Duygular alarmdadır ve katılımcıdır. Buna bağlı olarak öğrenmede belirgin düzeyde artış vardır ve mantık yürütme yeteneği ve problem çözme becerisi gelişmiştir. Bireyin konuşma hızı ve ses tonu, konuşma içeriği ile uyumludur.

2.Orta düzeyde anksiyete: Bireyin konsantrasyon yeteneği ve iletişim becerileri azalmış olup, kavrama yeteneği daralmıştır. Kalp çarpıntısı, terleme ve mide şikayetleri görülmektedir.

3.Şiddetli düzeyde anksiyete: Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorlanan bireyin algılama ve kavrama alanı daralmıştır. Çevresini anlamakta zorluk çeker. Ayrıntılar hatırlanır fakat öğrenme gerçekleşmez. Bireyde dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı ve göğüs ağrısı görülmektedir.

4.Panik: Birey çevresel tehlikelere bile yanıt veremez duruma gelmiştir. Dikkat dağınıklığı, halüsinasyon ve hezeyan vardır. Birey boğulma, baş dönmesi, baygınlık, çarpıntı gibi belirtilerle karşı karşıyadır. Bu durumda olan birey kriz aşamasına girmiştir ve profesyonel yardım alması gerekmektedir (47).

2.2.4 Ürtiker ve Anksiyete

KÜ, duygusal etkenlerle sıkı ilişki içinde olan çok nedenli bir cilt hastalığıdır (48). Ortaya çıkış biçimi ve klinik görünümleri değişik olan cilt hastalıklarından biri olan KÜ'ye çeşitli psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilmektedir (49).

Akut ürtikerli hastalarda sıklıkla etiyolojik bir neden saptanabilirken, kronik ürtikerli hastaların %70-75' inde neden bulunamamaktadır (50). Kronik ürtikeri olan hastaların yaklaşık %70'inin anksiyete, depresyon ve psikosomatik belirtilere eğilimli olduğu bildirilmiştir (51). Lyketsos ve arkadaşları, idiyopatik ürtiker hastalarının %68'inde anksiyete, %29'unda depresyon belirtileri saptamıştır. İdiyopatik pruritus özellikle anogenital bölgede ise, ansksiyete ve depresyon ile ilişkilidir (52). Picardi ve ark. dermatoloji hastalarında duygusal dalgalanmaların sıklığını araştırmış, ayaktan başvuran hastalarda duygusal bozukluk görülme sıklığını %25,2 oranında bulmuştur (53).

Fritzsche ve ark., dermatoloji kliniğinde yatan hastalarda %46 oranında ruhsal ve davranış bozuklukları saptamış, en sık duygu durumu ve anksiyete bozuklukları görüldüğünü belirtmiştir (54).

Kronik idiyopatik ürtikerin (KİÜ), hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilediği bilinmektedir (55). Yakın zamanda yapılan çalışmalar KİÜ hastalarının yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini ve hastalardaki psikiyatrik komorbiditenin boyutunu ortaya koymuştur (56, 57). KİÜ hastalarının önemli ölçüde enerji kaybı, uyku bozukluğu, duygusal çökkünlük ve sosyal hayatlarında kısıtlamalar yaşadığı bildirilmektedir. Depresyon ve anksiyete KİÜ hastalarında en sık saptanan psikiyatrik tanılardır ve bu psikiyatrik bozukluklar yaşam kalitesini etkilemektedirler (55, 56).

2.3 Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.3.1 Tanımı

Obsesif-kompulsif bozukluklar saplantı ve/ya da zorlantıların görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur (58).

Saplantılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir (59).

2.3.2 Tarihçe

Saplantı ve zorlantılar insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski din kitaplarında saplantılara ve zorlantılara işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Kaldı ki dinsel ve büyüsel törenlerin kaynağında büyük oranda obsesif kompulsif bozukluktakine benzer savunma düzeneklerinin işlediği görülür. Shakespeare'in Macbeth'inde obsesif-kompulsif nevrozun klasik bir örneğini görürüz. Lady Macbeth'in etkilemesi ile kocası Macbeth, kral Duncan'ı öldürür. Bundan sonra Lady Macbeth'de el yıkama hastalığı başlar. "Arabistan'ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez" der ve sürekli ellerini yıkar (58).

2.3.3 Sıklık ve Yaygınlık

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık bir sürede genel toplumda toplam saplantı-zorlantı bozukluğu oranı %0,5; kadınlarda (%0,6) erkeklere (%0,2) göre üç kat yüksek bir oran bulunmuştur (58).

2.3.4 Belirtiler ve Bulgular

I. Genel Görünüm

Aşırı düzenli, titiz ve aşırı kontrollü görünümleri dikkat çeker. Aşırı yıkama ve temizlemeye bağlı olarak ellerinde kontakt dermatit görülebilir.

II. Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşma düzgün ve aşırı derecede denetimlidir. Sözcükleri seçerek konuşur. En küçük bir eksik bırakmama çabası yüzünden ayrıntıcılık belirgindir. İlişkilerinde sıkıcı olacak denli saygılı ve kuralcıdırlar.

III. Duygulanım

Hasta saplantı ve zorlantılarının kendisine çok büyük bunaltı verdiğini anlatır. Fakat herhangi bir nedenle zorlantılarını yerine getiremeyince bunaltı daha da artar. Böylece hasta bunaltıyı yatıştırmak için zorlantılara başvurur, zorlantılar yineledikçe de bunaltısı artarak bir kısır döngü içine girer.

IV. Bilişsel Yetiler

Bu hastalar genellikle zeki, bellekleri güçlü kişilerdir. Yineleyen saplantılar nedeni ile dikkat dağılabilir, verim düşebilir. Nöropsikolojik çalışmalarda OKB hastalarında görsel-uzamsal bellek, sözel bellekte bozulma, bilgi işleme hızında azalma olabildiği bildirilmiştir.

V. Düşünce Süreci ve İçeriği

Düşünce içeriğinde sık sık gelen, yineleyen, inatçı saplantılar (obsesyon) vardır. Hasta bunların saçma olduklarını bildiğini, fakat bir türlü engelleyemediğini söyler.

Düşüncede iki-değerlilik (ambivalence) belirgindir. Sürekli ikirciklilik (tereddüt), kararsızlık dikkati çeker.

VI. İçgörü

OKB de hasta saplantılarını saçma ve anlamsız olarak görür ama belirtilere direnir.

VII. Davranış

Zorlantılar (kompulsiyon): Genel olarak saplantıları gidermek, onları yansızlaştırmak (nötralize etmek), etkisizleştirmek için yapılan zorunlu hareketlerdir.

Tikler: OKB özellikle çocukluk döneminde bazı hastalarda tiklerle birlikte görülmektedir.

VIII. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Bu hastalarda bunaltıya özgü fizyolojik belirtiler görülür. İleri derecede el yıkayanlarda ellerin derisinde bol miktarda sabun ve deterjan izleri, hatta yaralar görülebilir.

2.3.5 Tedavi

Saplantı-zorlantı bozukluğunda hastaların %90' ının ilaç tedavisinden klinik olarak anlamlı sayılabilecek bir yarar sağladığı bildirilmektedir. Bu hastalarda güçlü bir serotonin geri alım önleyicisi olan klomipramin ve seçici serotonin geri alım önleyicilerinin (SSGÖ) (Fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram) kullanılması ile oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır.

OKB'nin tedavisinin temel taşlarından biri bilişsel-davranışçı psikoterapidir. Karşılaştırmalı çalışmalarda bilişsel-davranışçı tedavinin en azından serotonerjik ilaçlar kadar, belki daha fazla etkili olduğunu göstermiştir.

2.3.6 Ürtiker ve Obsesif Kompulsif Belirtiler

KÜ'de bulunan psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına ilişkin çok az veri bulunmaktadır. Staubach ve arkadaşları (56) KÜ'lü hastaların %48'inin en az bir psikiyatrik bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Ayrıca KÜ'lü hastalarda psikiyatrik morbiditenin daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Öte yandan, kronik tıbbi hastalıkları olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların başarılı tedavisi, hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (60, 61). Bu nedenle KİÜ'li hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının ve ilişkili risk faktörlerinin bilinmesi önemli görünmektedir. Ancak bu konulardaki veriler yetersizdir (62). Uguz ve arkadaşları KİÜ'li hastalarda en sık görülen eksen I bozukluğunun OKB (%25,8) olduğunu bildirmişlerdir (63). Sukan ve Maner (64) KÜ'lü ayaktan hastalarda bu bozukluğun yaygınlığını %22 bulmuşlardır. Ayrıca, birkaç çalışma dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda OKB sıklığının %14-24.7 olduğunu bildirmiştir (65, 66).

Birçok çalışma OKB'nin dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalarda yüksek prevalansı olan bir psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermektedir. Woodruff ve arkadaşları yaptıkları çalışmada dermatolojik hastalar arasında OKB oranının düşük olmasına rağmen %35'inde anksiyete bozukluğu olduğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca psikopatolojik düzeyi yüksek hastalarda bazı psikiyatrik müdahaleler sağlanmadıkça tedavi stratejilerinin başarılı olamayacağını bildirmişlerdir (67).

Medanship ve Handler'in 20 yılı aşkın bir süre önce belirttiği gibi, ''deri hem bizi koruyan bir sığınak hem de bizi gösteren cephedir.'' Bu sebeple, ''gözler ruhun aynası olduğu gibi, cilt de psikosomatik kişiliği ve onun yaşam, çatışma ve gerilimle mücadelesini yansıtabilir.'' Hem deri hem de MSS embriyolojik olarak ektodermden köken almaktadır. Bu, cildin ve beynin birbirini etkileyebileceği varsayımı için bir temel sağlamaktadır (68).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Kliniği Polikliniğine başvuran ürtiker tanılı hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu dolduran gönüllülere, sosyodemografik özellikleri ve hastalıkları hakkında bilgi ve tutumlarını sorgulayan 35 soruluk anket ile, Beck Anksiyete Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Soru Listesi ve Cilt Bozukluğu Olanlarda Performans ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Skindex-29) uygulanmıştır.

Bizim bu çalışmadaki amacımız, ürtiker hastalarında anksiyete ve obsesif kompulsif belirtilerin hangi düzeyde hastalığa eşlik ettiğinin incelenmesi ve bu hastalıkların kişilerin yaşam kalitesinde oluşturduğu etkileri araştırmaktır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri, 1 Kasım 2019 – 31 Ekim 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Allerji ve İmmunoloji Kliniği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası ürtiker hastalığına sahip gönüllüler üzerinde anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Kliniğine ait polikliniğe başvuran 18-65 yaş hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise İmmunoloji ve Allerji Kliniğine ait poliklinikte ayaktan hizmet alan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 197 kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemede Epi-info programı ile %95 güven aralığında en az alınması gereken hasta sayısı 196 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

1. 18-65 yaş arasında ürtiker tanılı hasta olmak
2. İmmunoloji ve Allerji Polikliniğine müracaat etmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
3. Çalışmaya katılmak için onam (rıza) vermiş olmak
4. Anket formu ve ölçekleri eksiksiz doldurmak

Çalışmaya dahil olmama kriterleri;

1. 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak
2. Çalışmaya katılmak için onam (rıza) vermemiş olmak
3. Gebe olmak
4. Kardiyovasküler ve veya diğer kronik hastalıklara sahip olmak
5. Sinir sistemini etkileyen ilaçlar almak
6. Tanımlanmış bir psikiyatrik hastalığı olmak ve tedavi almak
7. Yakın zamanda majör travma yaşamış olmak
8. Kanser tanılı olmak
9. Alkol bağımlısı olmak

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan gönüllü, ürtiker tanısı alan hastalara anket yöntemi ile hastaların sosyodemografik özelliklerini, yaşam tarzı alışkanlıklarını, hastalık hakkında bilgi ve tutumlarını sorgulayan sorular ve Beck Anksiyete Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Soru Listesi ve Skindex-29 Ölçeği kullanılarak Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Allerji İmmunoloji Polikliniğinde yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak kaydedilmiştir.

3.4.1. Sosyodemografik özellikler: Doğum yılı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve mesleği, oturduğu yer, aile aylık gelir düzeyi, aile yapısı, sağlık güvencesi gibi 16 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır.

Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm sağlar. Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması; Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır.

3.4.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL): Kişilerin obsesif kompulsif belirtilerinin türünü ve yaygınlığını ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal formu 30 maddeden oluşmaktadır ve form 'doğru yanlış' şeklinde cevaplandırılacak ifadeleri içermektedir. Ölçek toplam 4 alt ölçek ve 37 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler kontrol etme alt ölçeği 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 ve 28. maddeleri; temizlik alt ölçeği 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 ve 27. maddeleri; yavaşlık alt ölçeği 2, 4, 8, 16, 23 ve 29. maddeleri ve kuşku alt ölçeği 3, 7, 10, 11, 12, 18 ve 30. maddeleri içerir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır.Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin Türkçe formuna ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir ve 2, 8, 31-37. maddelerden oluşmaktadır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı tüm ölçekler için 0,86, alt ölçeklere göre 0,61-0,65 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinde tüm ölçek için r=0,88, alt ölçekler için r=0,59-0,84 arasında elde edilmiştir. Yapı geçerliği için faktör analizi uygulanmış ve dört faktör yerine üç faktör elde edilmiştir. Birinci faktörde temizlik-titizlik, ikinci faktörde obsesif düşünce ve üçüncü faktörde yavaşlık ve kontrol etme yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun alt ölçekleri buna göre belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır.

3.4.4. Cilt ve saç bozukluğu olan hastalarda performans ve yaşam kalitesi ölçeği (Skindex-29): Skindex-29 cilt hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçen, kişilerin kendi kendini değerlendirdikleri bir ölçektir. Chren ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Semptomatik, emosyonel ve fonksiyonel olarak üç bölümden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Koku Aksu ve Tozun tarafından 2005 yılında yapılmıştır.

3.4.5. Yaşam Tarzı: Hastaların yaşam tarzı özelliklerini sorgulamak için sigara ve alkol kullanımlarını, kullanıyorsa miktarlarını ve kullanım sürelerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.4.6. Hastalık ve alışkanlıkları: Hastaların mevcut ürtiker şikayetlerinin var olma ve döküntülerinin kaybolma sürelerini, hastalığa eşlik eden bulguları, hastaların uyku alışkanlıklarının etkilenip etkilenmediğini ve döküntülerle psikolojik durum arasındaki ilişkiyi, hastalığı başlatan herhangi bir neden olup olmadığını, ürtikerle ilişkili çeşitli parametreleri sorgulayan 19 sorudan oluşmaktadır.

3.4.7. Veri toplama formu: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, evli olma süresi, sahip olunan çocuk sayısı, kardeş sayısı, birlikte yaşanılan kişiler, aylık kazanılan toplam net gelir miktarı gibi verileri edinmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için "Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22" programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatiksel yöntemlerin yanında, niceliksel değişkenlerin değerlendirilmesinde Student-t testi, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis-H testi, Pearson korelasyon testi, Spearman korelasyon testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi, çoklu değişkenlerin etki düzeyini belirlemede lojistik ve lineer regresyon analizi yöntemleri kullanılacaktır.

3.6 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması ve uygulanması süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllülere; araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları, araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri, çalışmaya özel hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile yazılı onamları alınmıştır.

Çalışma protokolü için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulunun 22 Ekim 2019 tarihli ve 2019/15 nolu kurul toplantısında 19/305 karar numarası ile onay alınmıştır. Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK) 28 Kasım 2019 tarihli toplantısında 13 karar numarası ile onay alınmıştır.

4. BULGULAR

1 Kasım 2019 – 31 Ekim 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Allerji İmmunoloji Kliniğine ait polikliniğe başvuran 18-65 yaş 197 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir.

197 katılımcının %64'ü (n=126) kadındı, yaş ortalaması 38,96±13,76 (min:18-max:65) idi (Tablo 3).

Katılımcıların %91,4'ü (n=180) il merkezinde yaşamaktaydı. Katılımcıların %13,2'si (n=26) ilkokul mezunu, %12,7'si (n=25) ortaokul mezunu, %26,4'ü (n=52) lise mezunu, %47,7'si (n=94) üniversite mezunu idi (Tablo 3).

Katılımcıların %22,8'i (n=45) memur-emekli, %19,8'i (n=39) işçi, %7,6'sı (n=15) esnaf-çiftçi, %32,5'i (n=64) ev hanımı, %17,3'ü (n=34) öğrenci idi. Katılımcıların %88,3'ünün (n=174) sosyal güvencesi vardı, %11,7'sinin (n=23) sosyal güvencesi yoktu (Tablo 3).

Katılımcıların yaşam tarzı ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde sigara kullananlar %35,5 (n=70) iken alkol kullananların oranı %12,2 (n=24) idi (Tablo 3).

Çalışmaya katılan hastaların %62,9'u (n=124) evli, %29,9'u (n=59) bekar, %6,1'i (n=12) boşanmış, %1'inin (n=2) eşi vefat etmiş idi. Evlilik süresi 1-10 yıl arası olanlar %18,8 (n=37), 11-20 yıl arası olanlar %15,7 (n=31), 20 yıldan fazla olanlar ise %31 (n=61) idi. Katılımcıların %39,1'i (n=77) çocuk sahibi değildi, %55,3'ünün (n=109)1-3 çocuğu vardı, %5,6'sının (n=11) ise 3'ten fazla çocuğu vardı (Tablo 3).

Katılımcıların %15,7'sinin (n=31) aylık toplam net geliri 2500 TL'den az, %48,7'sinin (n=96) 2500-5000 TL arası, %19,8'inin (n=39) 5000-7000 arası, %15,7'sinin (n=31) 7000 TL arası idi (Tablo 3).

Katılımcıların %4,1'inin (n=8) kardeşi yokken, %43,7'si (n=86) 1-2, %31'i (n=61) 3-4, %21,3'ü (n=42) 5 ve üzeri sayıda kardeşe sahipti. Çalışmaya katılanların %27,4'ü (n=54) birlikte yaşadığınız kişiler sorusuna anne-baba, %59,9'u (n=118) eş ve çocuklar olarak, %12,7'si ise diğer şıkkını işaretleyerek cevap vermişlerdir. Bununla birlikte %97'si (n=191) barındıkları yerin ev, %2,5'i (n=5) yurt olduğunu belirtmiştir, %0,5'i (n=1) ise diğer şıkkını işaretlemiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin dağılımı (n=197)

Parametreler		**Ort.±SS** **Ortanca (min-maks)**
Yaş (yıl)		38,96±13,76 38,96 (18-65)
		n (%)
Cinsiyet	Erkek Kadın	71 (%36) 126 (%64)
Eğitim durumu	İlköğretim Ortaokul Lise Üniversite	26 (%13,2) 25 (%12,7) 52 (%26,4) 94 (%47,7)
Çalışma durumu	Evet Hayır	82 (%41,6) 115 (%58,4)
Mesleği	Memur-Emekli İşçi Esnaf-Çiftçi Ev hanımı Öğrenci	45 (%22,8) 39 (%19,8) 15 (%7,6) 64 (%32,5) 34(%17,3)
Sosyal güvence	Var Yok	174 (%88,3) 23 (%11,7)
Medeni durum	Evli Bekar Boşanmış Dul Eşi vefat etmiş	124 (%62,9) 59 (%29,9) 12 (%6,1) 0 (%0) 2 (%1)
Evlilik süresi	1-10 yıl 11-20 yıl 20 yıldan fazla	37 (%18,8) 31 (%15,7) 61(%31)
Çocuk Sayısı	Yok 1-3 çocuğum var 3'den fazla	77 (%39,1) 109 (%55,3) 11 (%5,6)
Kardeş sayısı	Yok 1-2 3-4 5 ve üzeri	8 (%4,1) 86 (%43,7) 61 (%31) 42 (%21,3)
Birlikte yaşadığınız kişiler	Anne-Baba Eş ve çocuklar Diğer	54 (%27,4) 118 (%59,9) 25 (%12,7)
Barındığınız yer	Ev Yurt Diğer	191 (%97) 5 (%2,5) 1 (%0,5)
Oturduğunuz yer	Kırsal(köy, kasaba) Kentsel	17 (%8,6) 180 (%91,4)
Ailenizin aylık toplam net geliri	2500 TLden az 2500-5000 TL 5000-7000 TL arası 7000 TLden fazla	31 (%15,7) 96 (%48,7) 39 (%19,8) 31 (%15,7)
Sigara Kullanımı	Hayır	127 (%64,5)

	Evet	70 (%35,5)
Alkol Kullanımı	Hayır	173 (%87,7)
	Evet	24 (%12,2)
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Katılımcıların %78,2'sinin (n=154) ürtikere bağlı kızarıklık, kabarıklık ve/veya kaşıntı süresi 6 hafta ve daha uzun süreli, %21,8'inin (n=43) ise 6 haftadan daha kısa süreli idi. Ürtikeryal döküntülerin kaybolma süresine baktığımızda ise %23,4'ünün (n=46) 1 saatten kısa, %35,5'inin (n=70) 1-24 saat, %41,1'inin (n=81) 24 saatten uzundu (Tablo 4).

Çalışmaya katılanların kaşıntı ve ağrı sıklık dağılımlarını değerlendirdiğimizde; %18,8'inde (n=37) kaşıntı ile ağrının olduğunu, %70,5'inde (n=139) kaşıntının olup, ağrının olmadığını, %1,5'inde (n=3) kaşıntının olmayıp ağrının olduğunu, %9,2'sinde (n=18) ise kaşıntının ve ağrının olmadığını saptadık (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların ürtiker ilişkili verilerinin dağılımı

Parametreler		**n (%)**
Ürtikere bağlı kızarıklık, kabarıklık ve/veya kaşıntı süresi	6 haftadan daha kısa süreli	43(%21,8)
	6 hafta ve daha uzun süreli	154(%78,2)
Ürtikeryal döküntülerin kaybolma süresi	1 saatten kısa	46 (%23,4)
	1-24 saat	70 (%35,5)
	24 saatten uzun	81 (%41,1)
Kaşıntı ve ağrı sıklık dağılımı	Kaşıntı var, ağrı var.	37 (%18,8)
	Kaşıntı var, ağrı yok	139 (%70,5)
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3 (%1,5)
	Kaşıntı yok, ağrı yok.	18 (%9,2)
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Hastaların %32'sinin (n=63) ürtikeryal döküntülerine ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik etmekte idi, %68'ine (n=134) ise eşlik etmemekte idi (Tablo 5).

Döküntülerden kaynaklanan uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük,

hastaların %69,5'inde (n=137) mevcut, %30,5'inde (n=60) mevcut değildi. Gece boyunca uykunun bölünmesini sorduğumuzda hastaların %67'si (n=132) evet, %33'ü (n=65) hayır cevabını verdi. Hastaların 125'i (%63,5) uyku bölünmesine bağlı gün içinde yorgunluk yaşadığını belirtti (Tablo 5).

Katılımcıların 152'si (%77,2) stresli ve/veya üzüntülü olma durumunda döküntülerde artış olduğunu belirtti. Döküntülere bağlı moral bozukluğu ortaya çıkmasını sorguladığımızda 166'sı (%84,3) evet yanıtını verdi. Hastaların 100'ü (%50,8) döküntüler nedenli ev dışına çıkma veya sosyal ortamda bulunmaktan rahatsız olma durumuna evet yanıtını verdi (Tablo 5). Döküntülerin giyinme veya giyim şeklini etkilemesini sorguladığımızda 99'u (%50,3) evet cevabını verdi. %57,4'ü (n=113) ise besin veya gıda maddesi tüketimi ile döküntülerin ortaya çıkışı arasında ilişki olduğunu düşündü (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların, ürtikeryal belirti ve bulguları ile yaşam tarzı ilişki durumlarının incelenmesi (n=197)

Parametreler		**n (%)**
Döküntülere ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik etme durumu	Evet	63 (%32)
	Hayır	134 (%68)
Döküntüler nedenli uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük	Evet	137 (%69,5)
	Hayır	60 (%30,5)
Gece boyunca uyku bölünmesi	Evet	132 (%67)
	Hayır	65 (%33)
Uyku bölünmesine bağlı gün içinde yorgunluk	Evet	125 (%63,5)
	Hayır	72 (%36,5)
Stresli ve/veya üzüntülü olma durumunda döküntülerde artışı	Evet	152 (%77,2)
	Hayır	45 (%22,8)

Döküntülere bağlı moral bozukluğu ortaya çıkması	Evet	166 (%84,3)
	Hayır	31 (%15,7)
Döküntüler nedenli ev dışına çıkma veya sosyal ortamda bulunmaktan rahatsız olma durumu	Evet	100 (%50,8)
	Hayır	97 (%49,2)
Döküntülerin giyinme veya giyim şeklini etkilemesi	Evet	99 (%50,3)
	Hayır	98 (%49,7)
Besin veya gıda maddesi tüketimi ile döküntülerin ortaya çıkması arasında ilişki olduğunu düşünme	Evet	113 (%57,4)
	Hayır	84 (%42,6)
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Katılımcılara ürtiker hastalığını başlatan neden sorulduğunda 21'i (%10,7) ilaç alımı, 11'i (%5,6) enfeksiyon, 5'i (%2,5) aşılanma, 6'sı (%3) hem ilaç alımı hem de enfeksiyon, 4'ü (%2) hem ilaç alımı hem de diğer ve 150'si (%76,1) ise diğer yanıtını vermişti (Tablo 6).

Döküntüleri hafifleten etmenleri sorguladığımızda 65'i (%65) ilaç tedavisi, 4'ü (%4) getat uygulamaları, 3'ü (%1,5) tatil, 5'i (%2,5) hem ilaç tedavisi hem getat uygulamaları, 9'u (%4,6) hem ilaç tedavisi hem tatil, 4'ü (%2) hem ilaç tedavisi hem tatil hem de psikoterapi, 44'ü (%22,3) ise diğer yanıtını vermişti (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların ürtikere ait şikayetlerini başlatan ve hafifleten etmenlerin dağılımı

Parametreler		**n (%)**
Ürtikere ait şikayetlerin başlangıcına neden olduğu düşünülen olay	İlaç alımı	21 (%10,7)
	Enfeksiyon	11 (%5,6)
	Aşılanma	5 (%2,5)
	Diğer	150 (%76,1)
	İlaç alımı ve enfeksiyon	6 (%3)
	İlaç alımı ve diğer	4 (%2)
Döküntülerin hafiflemesine sebep olduğu düşünülen etmenler	İlaç tedavisi	65 (%65)
	GETAT uygulamaları	4 (%4)
	Tatil	3 (%1,5)
	Diğer	44 (22,3)
	İlaç tedavisi ve GETAT uygulamaları	5 (%2,5)
	İlaç tedavisi ve tatil	9 (%4,6)
	İlaç tedavisi, psikoterapi ve tatil	4 (%2)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum

Katılımcılardan ailesinde alerjik hastalığı olan birey sayısı 68 (%34,5), ailesinde psikiyatrik hastalığı olan birey sayısı ise 28 (%14,2) idi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların soy geçmişindeki alerjik ve psikiyatrik hastalık ile ilgili durumlarının dağılımı

Parametreler		**n (%)**
Ailede alerjik hastalığı olan birey varlığı(n=197)	Var	68 (%34,5)
	Yok	129(%65,5)
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı(n=197)	Var	28 (%14,2)
	Yok	169 (%85,8)
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Katılımcıların BAÖ'ne göre aldıkları puan ortalamaları 13,5±10,55 olarak tespit edilmiştir. (min:0 - max:49)

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği'ne verdiği cevaplar değerlendirildiğinde 68 kişi (%34,5) anksiyete belirtisi göstermezken, 58 kişi (%29,4) hafif düzeyde, 43 kişi (%21,8) orta düzeyde, 28 kişi (%14,2) şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi göstermekteydi (Tablo 8)

Katılımcıların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi'ne verdiği cevapları değerlendirdiğimizde 87 kişide (%44,2) psikiyatrik muayene ile OKB saptanma olasılığının var ancak düşük düzeyde olduğunu, 56 kişide (%28,4) OKB saptanma olasılığının var olduğunu, 54 kişide ise (%27,4) OKB saptanma olasılığının yüksek olduğunu tespit ettik (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların BAÖ'ye göre anksiyete düzeyleri ve MOKSL'ye göre OKB saptanma durumlarının dağılımı

Parametreler		**n (%)**
Anksiyete durumu(n=197)	Normal	68 (%34,5)
	Hafif düzeyde anksiyete	58 (%29,4)
	Orta düzeyde anksiyete	43 (%21,8)
	Şiddetli düzeyde anksiyete	28 (%14,2)
OKB durumu(n=197)	Psikiyatrik muayene ile OKB saptanma olasılığı var ama düşük	87(%44,2)
	Psikiyatrik muayene ile OKB tanısı konma olasılığı var	56(%28,4)
	Psikiyatrik muayene ile OKB tanısı konma olasılığı yüksek	54(%27,4)
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Katılımcıların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi alt ölçeklerine göre aldıkları puanlar; kontrol etme alt ölçeği: 2,48±2,17, temizlik alt ölçeği: 4,56±2,55, yavaşlık alt ölçeği: 2,03±1,50, kuşku alt ölçeği: 3,31±1,55, ruminasyon alt ölçeği: 3,38±2,70 idi (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların MOKSL alt ölçeklerine göre almış oldukları skorların dağılımı (n=197)

Parametreler	Ort.-SS.	Min-Maks
Toplam puan	13,95±7,08	1-37
Kontrol etme alt ölçeği puanı	2,48±2,17	0-9
Temizlik alt ölçeği puanı	4,56±2,55	0-17
Yavaşlık alt ölçeği puanı	2,03±1,50	0-9
Kuşku alt ölçeği puanı	3,31±1,55	0-9
Ruminasyon alt ölçeği puanı	3,38±2,70	0-9
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Katılımcıların Skindex-29 ölçeğine göre almış oldukları skorların dağılımını incelediğimizde toplam puan: 32,25±21,81, semptom puanı:40,02±21,35, fonksiyon puanı: 28,24±24,89, emosyon puanı: 31,63±23,99 idi (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Skindex-29 alt ölçeklerine göre almış oldukları skorların dağılımı(n=197)

Parametreler	Ort.-SS.	Min-Maks
Toplam puan	32,25±21,81	0-85,34
Semptom puanı	40,02±21,35	0-96,43
Fonksiyon puanı	28,24±24,89	0-93,75
Emosyon puanı	31,63±23,99	0-97,50
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-maks: Minimum-maksimum		

Katılımcıların döküntülerine eşlik eden ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı belirtileri ile Skindex-29 ölçeği ortalama puanı arasındaki fark ($z=-2,733$, $p<0,05$) , semptom ortalama puanı arasındaki fark ($z=-3,104$, $p<0,05$), fonksiyon ortalama puanı arasındaki fark ($z=-3,149$, $p<0,05$) anlamlı idi, emosyon ortalama puanı arasındaki fark ise anlamlı değildi ($z=-1,535$,$p= 0,125$) (Tablo 11).

Döküntüler nedeniyle uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük yaşanmasıyla Skindex-29 ölçeği ortalama puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (z=-4,743, p<0,001). Semptom ortalama puanı ile (z=-4,059, p<0,001), fonksiyon ortalama puanı ile (z=-5,194, p<0,001) ve emosyon ortalama puanı ile (z=-3,222, p<0,001) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların şikâyet ve belirtilerinin Skindex-29 ölçeği puanlamaları ile ilişkisinin incelenmesi

Parametre	**Döküntülerinize ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik ediyor mu?**	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	63	115,19	-2,733	**0,006**
	Hayır	134	91,39		
Semptom ortalama puanı	Evet	63	117,17	-3,104	**0,002**
	Hayır	134	90,37		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	63	117,63	-3,149	**0,002**
	Hayır	134	90,24		
Emosyon ortalama puanı	Evet	63	108,09	-1,535	0,125
	Hayır	134	94,73		
	Döküntüleriniz nedeniyle uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük çekiyor musunuz?	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	137	111,75	-4,743	**<0,001**
	Hayır	60	69,89		
Semptom ortalama puanı	Evet	137	109,9	-4,059	**<0,001**
	Hayır	60	74,12		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	137	112,95	-5,194	**<0,001**
	Hayır	60	67,15		
Emosyon ortalama puanı	Evet	137	107,65	-3,222	**0,001**
	Hayır	60	79,24		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Katılımcıların gece boyunca uyku bölünmesi şikâyeti ve uyku bölünmesinden kaynaklı gün içinde yorgun hissetme şikâyeti ile hem Skindex-29 ortalama puanları hem semptom fonksiyon hem de emosyon ortalama puanları ile arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,01) (Tablo 12).

Tablo 12. Uyku ve yorgunluk şikayetleri ile Skindex-29 ölçeği puanlamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametre	**Gece boyunca uykunuz bölünüyor mu?**	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	132	110,36	-3,985	**<0,001**
	Hayır	65	75,94		
Semptom ortalama puanı	Evet	132	107,91	-3,131	**0,002**
	Hayır	65	80,90		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	132	112,67	-4,801	**<0,001**
	Hayır	65	71,24		
Emosyon ortalama puanı	Evet	132	105,95	-2,439	**0,015**
	Hayır	65	84,89		
	Uykunuz bölündüğü için gün içinde kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	125	115,46	-5,339	**<0,001**
	Hayır	72	70,43		
Semptom ortalama puanı	Evet	125	115,46	-4,548	**<0,001**
	Hayır	72	70,43		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	125	117,5	-6,008	**<0,001**
	Hayır	72	66,88		
Emosyon ortalama puanı	Evet	125	109,84	-3,518	**<0,001**
	Hayır	72	80,19		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Döküntülerin stresli ve/veya üzüntülü olunan durumlarda artması ile Skindex-29 ortalama puanı ve fonksiyon ortalama puanı arasında anlamlı fark saptandı (p<0,05). Semptom ortalama puanı ve emosyon ortalama puanı arasında ise anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 13).

Döküntülerin hastalarda moral bozukluğu oluşturması şikâyeti ile hem Skindex-29 ortalama puanları hem semptom hem fonksiyon hem de emosyon ortalama puanları ile arasında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 13).

Tablo 13. Ürtikeryal döküntülerin psikojenik faktörlerle etkileşimi ile Skindex-29 ölçeği puanlamaları ile ilişkisinin incelenmesi

Parametre	**Döküntüleriniz stresli ve/veya üzüntülü olduğunuz durumlarda artıyor mu?**	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	152	104,03	-2,275	**0,023**
	Hayır	45	82,02		
Semptom ortalama puanı	Evet	152	102,03	-1,373	0,170
	Hayır	45	88,77		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	152	104,77	-2,612	**0,009**
	Hayır	45	79,52		
Emosyon ortalama puanı	Evet	152	102,54	-1,373	0,109
	Hayır	45	87,04		
	Döküntüleriniz sizde moralbozukluğu oluşturuyor mu?	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	166	104,76	-3,281	**0,001**
	Hayır	31	68,16		
Semptom ortalama puanı	Evet	166	102,98	-2,268	**0,023**
	Hayır	31	77,71		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	166	105,11	-3,485	**<0,001**
	Hayır	31	66,27		
Emosyon ortalama puanı	Evet	166	103,96	-2,829	**0,005**
	Hayır	31	72,44		

Mann Whitney U Testi
p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi
Sır.Ort.: Sıralar ortalaması

Döküntüler nedeniyle ev dışına çıkmak ve/veya toplum içinde bulunmaktan rahatsız olunması şikâyeti ile Skindex-29 ortalama puanı ile ve semptom, fonksiyon, emosyon ortalama puanları ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 14).

Döküntülerin giyinme ve giyim şeklini etkilemesi ile Skindex-29 ortalama puanı, semptom, fonksiyon, emosyon ortalama puanları ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 14).

Tablo 14. Ürtikeryal döküntülerin sosyal yaşama olan etkilerinin Skindex-29 ölçeği puanlamaları ile ilişkisinin incelenmesi

Parametre	**Döküntüleriniz nedeniyle ev dışına çıkmak veya toplum içinde bulunmaktan rahatsız oluyor musunuz?**	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	100	119,55	-5,136	**<0,001**
	Hayır	97	77,82		
Semptom ortalama puanı	Evet	100	108,31	-2,330	0,020
	Hayır	97	89,40		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	100	124,86	-6,469	**<0,001**
	Hayır	97	72,35		
Emosyon ortalama puanı	Evet	100	116,37	-4,344	**<0,001**
	Hayır	97	81,10		
	Döküntüleriniz giyinme veya giyim şeklinizi etkiliyor mu?	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	99	161,18	-5,736	**<0,001**
	Hayır	98	116,87		
Semptom ortalama puanı	Evet	99	161,78	-4,963	**<0,001**
	Hayır	98	114,75		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	99	151,12	-6,387	**<0,001**
	Hayır	98	152,87		
Emosyon ortalama puanı	Evet	99	158,06	-4,111	**<0,001**
	Hayır	98	128,05		

Mann Whitney U Testi
p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi
Sır.Ort.: Sıralar ortalaması

Besin veya gıda maddesi olarak tüketilen ürünlerle döküntülerin ortaya çıkışı arasındaki bağlantı ile Skindex-29 ortalama puanı ile ve semptom, fonksiyon, emosyon ortalama puanları ile arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. Ürtikeryal döküntülerin besin kaynaklı olma durumu ile Skindex-29 ölçeği puanlamaları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

Parametre	**Besin veya gıda maddesi olarak tükettiğiniz ürünlerle döküntülerinizin ortaya çıkışı arasında bir bağlantı olduğunu düşünüyor musunuz?**	**n**	**Sır.Ort.**	**Z**	**p**
Skindex-29 ortalama puanı	Evet	113	98,18	-0,234	0,815
	Hayır	84	100,10		
Semptom ortalama puanı	Evet	113	99	0,00	1,000
	Hayır	84	99		
Fonksiyon ortalama puanı	Evet	113	99	0,00	1,000
	Hayır	84	99		
Emosyon ortalama puanı	Evet	113	97,17	-0,522	0,601
	Hayır	84	101,46		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Döküntülere ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik edip etmemesi ile Maudsley toplam puanı ve kuşku, temizlik, yavaşlık, ruminasyon alt ölçekleri ile arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05) (Tablo 16).

Döküntüler nedeniyle uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük çekme şikâyeti ile Maudsley toplam puanı ve kuşku, temizlik, yavaşlık, ruminasyon alt ölçekleri ile arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. Döküntülere eşlik eden belirti bulgular, döküntü nedenli uyku şikayetleri ile MOKSL puanlamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametre	**Döküntülerinize ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik ediyor mu?**	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	63	13,75±7,69	0,788	
	Hayır	134	14,05±6,80		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	63	3,30±1,59	0,935	
	Hayır	134	3,32±1,539		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	63	93,82	-0,888	0,375
	Hayır	134	101,44		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	63	98,57	-0,073	0,942
	Hayır	134	99,20		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	63	93,72	-0,915	0,360
	Hayır	134	101,48		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	63	97,02	-0,336	0,737
	Hayır	134	99,93		
	Döküntüleriniz nedeniyle uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük çekiyor musunuz?	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	137	14,06±7,32	0,756	
	Hayır	60	13,72±6,56		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	137	3,31±1,621	0,991	
	Hayır	60	3,32±1,396		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	137	100,26	-0,475	0,634
	Hayır	60	96,13		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	137	97,70	-0,486	0,627
	Hayır	60	101,96		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	137	98,38	-0,238	0,812
	Hayır	60	100,43		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	137	101,04	-0,764	0,445
	Hayır	60	94,35		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Gece boyunca uykunun bölünmesi şikâyeti ile Maudsley OKB soru listesi toplam puanı ve kuşku, kontrol etme, temizlik, yavaşlık, ruminasyon alt ölçekleri puanları ile arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 17).

Uykunun bölünmesi ile gün içinde kendini yorgun hissetme şikâyeti ile Maudsley OKB soru listesi toplam puanı ve kuşku, temizlik, yavaşlık, ruminasyon alt ölçekleri puanları ile arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Kontrol etme alt ölçeği puanı ile ise arasında anlamlı bir fark saptandı (p<0,05) (Tablo17).

Tablo 17. Ürtikere bağlı uyku problemleri ve yorgunluk şikayetleri MOKSL puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametre	**Gece boyunca uykunuz bölünüyor mu?**	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	132	14,04±7,17	0,814	
	Hayır	65	13,78±6,95		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	132	3,35±1,54	0,665	
	Hayır	65	3,25±1,57		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	132	100,99	-0,708	0,479
	Hayır	65	94,96		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	132	96,56	-0,865	0,387
	Hayır	65	103,96		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	132	98,76	-0,087	0,930
	Hayır	65	99,49		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	132	100,65	-0,584	0,559
	Hayır	65	95,65		
	Uykunuz bölündüğü için gün içinde kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	125	14,63±7,38	0,077	
	Hayır	72	12,78±6,41		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	125	3,40±1,55	0,311	
	Hayır	72	3,17±1,54		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	125	105,78	-2,232	**0,026**
	Hayır	72	87,23		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	125	100,08	-0,355	0,723
	Hayır	72	97,12		

Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	125	102,97	-1,322	0,186
	Hayır	72	92,11		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	125	105,16	-2,015	0,044
	Hayır	72	88,30		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Döküntülerin stresli ve/veya üzüntülü olunan durumlarda artması belirtisi ile Maudsley toplam puanı, kuşku, kontrol, temizlik ve yavaşlık alt ölçekleri puanı ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Ruminasyon alt ölçeği ile arasında anlamlı bir fark saptandı (p<0,01) (Tablo 18).

Döküntülerin hastalarda moral bozukluğu oluşturması durumu ile Maudsley toplam puanı, kuşku, kontrol, temizlik, yavaşlık ve ruminasyon alt ölçekleri puanları ile arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. Döküntülerin psikojenik faktörlerle ilişkisi ile MOKSL puanlamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametre	**Döküntüleriniz stresli ve/veya üzüntülü olduğunuz durumlarda artıyor mu?**	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	152	14,47±7,04	0,058	
	Hayır	45	12,20±7,00		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	152	3,43±1,57	0,06	
	Hayır	45	2,93±1,43		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	152	103,01	-1,842	0,066
	Hayır	45	85,46		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	152	97,74	-0,577	0,564
	Hayır	45	103,27		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	152	101,96	-1,377	0,168
	Hayır	45	88,99		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	152	107,04	-3,666	**<0,001**
	Hayır	45	71,84		
	Döküntüleriniz sizde moral bozukluğu oluşturuyor mu?	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	166	14.26±7,13	0,163	
	Hayır	31	12,32±6,66		

Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	166	3,4±1,56	0,083	
	Hayır	31	2,87±1,45		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	166	99,46	-0,268	0,789
	Hayır	31	96,52		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	166	100,88	-1,080	0,280
	Hayır	31	88,94		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	166	98,77	-0,136	0,892
	Hayır	31	100,24		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	166	101,75	-1,581	0,114
	Hayır	31	84,26		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Döküntüler nedeniyle ev dışına çıkmak veya toplum içinde bulunmaktan rahatsız olma şikâyeti ile Maudsley toplam puanı, kuşku, kontrol, temizlik, yavaşlık alt ölçekleri puanları ile arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ruminasyon alt ölçeği puanı ile ise anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 19). Döküntülerin giyinme ve giyim şeklini etkilemesi ile Maudsley toplam puanı, kuşku, kontrol, temizlik, yavaşlık ve ruminasyon alt ölçekleri puanları ile arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Ürtikerin sosyal yaşama olan etkisi ve MOKSL puanlamalarıyla arasındaki ilişkisinin incelenmesi

Parametre	**Döküntüleriniz nedeniyle ev dışına çıkmak veya toplum içinde bulunmaktan rahatsız oluyor musunuz?**	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	152	14,92±7,53	0,051	
	Hayır	45	12,96±6,48		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	152	3,49±1,59	0,108	
	Hayır	45	3,13±1,49		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	100	101,37	-0,601	0,548
	Hayır	97	96,56		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	100	101,74	-0,691	0,490
	Hayır	97	96,18		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	100	105,05	-1,553	0,120
	Hayır	97	92,76		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	100	110,59	-2,920	**0,004**
	Hayır	97	87,05		
	Döküntüleriniz giyinme veya giyim şeklinizi etkiliyor mu?	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	99	14,60±7,34	0,202	
	Hayır	98	13,31±6,78		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	99	3,42±1,62	0,321	
	Hayır	98	3,20±1,47		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	99	104,86	-1,473	0,141
	Hayır	98	93,08		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	99	103,11	-1,025	0,305
	Hayır	98	94,85		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	99	105,38	-1,622	0,105
	Hayır	98	92,55		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	99	103,57	-1,139	0,255
	Hayır	98	94,39		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Besin ve gıda maddesi olarak tüketilen ürünlerle döküntülerin ortaya çıkışı ile MOKSL ortalama puanı ile kuşku, kontrol etme, temizlik, yavaşlık, ruminasyon alt ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmedi (p>0,05) (Tablo 20).

Tablo 20. Ürtikeryal döküntülerin besin kaynaklı olma durumu ile MOKSL puanlamaları arasındaki ilişkisinin incelenmesi

Parametre	**Besin veya gıda maddesi olarak tükettiğiniz ürünlerle döküntülerinizin ortaya çıkışı arasında bir bağlantı olduğunu düşünüyor musunuz?**	**n**	**Ort.-SS**	**p**	
Maudsley toplam puan	Evet	113	14,30±7,23	0,427	
	Hayır	84	13,49±6,89		
Kuşku alt ölçeği puanı	Evet	113	3,32±1,48	0,968	
	Hayır	84	3,31±1,65		
Student T Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					
Kontrol etme alt ölçeği puanı	Evet	113	101,01	-0,294	0,769
	Hayır	84	97,64		
Temizlik alt ölçeği puanı	Evet	113	99,45	-0,129	0,898
	Hayır	84	98,40		
Yavaşlık alt ölçeği puanı	Evet	113	101,10	-0,615	0,539
	Hayır	84	96,18		
Ruminasyon alt ölçeği puanı	Evet	113	103,17	-1,20	0,230
	Hayır	84	93,39		
Mann Whitney U Testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi* *Sır.Ort.: Sıralar ortalaması*					

Anksiyete düzeyi ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsiyet ve sosyal güvence varlığı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, evlilik süresi, birlikte yaşanılan kişiler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p<0,05) (Tablo 21).

Tablo 21.Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler		**Normal**	**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**	**p**
Cinsiyet	Erkek	34(%47,9)	20(%28,2)	10(%25,5)	7(%9,9)	**0,016**
	Kadın	34(%27)	38(%30,2)	33(%26,2)	21(%16,7)	
Eğitim durumu	İlköğretim	7(%26,9)	7(%26,9)	6(%23,1)	6(%23,1)	0,629
	Ortaokul	6(%24)	6(%24)	7(%28)	6(%24)	
	Lise	19(%36,5)	17(%32,7)	11(%21,2)	5(%9,6)	
	Üniversite	36(%38,3)	28(%29,8)	19(%20,2)	11(%11,7)	
Mesleği	Memur-Emekli	18(%40)	11(%24,4)	10(%22,2)	6(%13,3)	0,693
	İşçi	17(%43,6)	9(%23,1)	5(%12,8)	8(%20,5)	
	Esnaf-Çiftçi	5(%33,3)	6(%40)	3(%20)	1(%6,7)	
	Ev Hanımı	18(%28,1)	21(%32,8)	15(%23,4)	10(%15,6)	
	Öğrenci	10(%34,5)	11(%32,4)	10(%29,4)	3(%8,8)	
Gelir düzeyi	2500 TL'den az	8(%25,8)	9(%29)	7(%22,6)	7(%22,6)	0,726
	2500 TL-5000 TL	34(%35,4)	28(%29,2)	20(%20,8)	14(%14,6)	
	5000 TL-7000 TL	12(%30,8)	14(%35,9)	8(%20,5)	5(%12,8)	
	7000 TL'den fazla	14(%45,2)	7(%22,6)	8(%25,8)	2(%6,5)	
Sigara Kullanımı	Hayır	49(%38,6)	35(%27,6)	27(%21,3)	16(%12,6)	0,415
	Evet	19(%27,1)	23(%32,9)	16(%22,9)	12(%17,1)	
Alkol Kullanımı	Hayır	60(%34,7)	50(%28,9)	38(%22)	25(%14,5)	0,974
	Evet	8(%33,3)	8(%33,3)	5(%20,8)	3(%12,5)	
Çalışma durumu	Evet	33(%40,2)	22(%26,8)	13(%15,9)	14(%17,1)	0,190
	Hayır	35(%30,4)	36(%31,3)	30(%26,1)	28(%14,2)	
Sosyal Güvence	Var	63(%36,2)	49(%28,2)	34(%19,5)	28(%16,1)	**0,025**
	Yok	5(%21,7)	9(%39,1)	9(%39,1)	0(%0)	
Evlilik süresi	1-10 yıl	16(%43,2)	14(%37,8)	6(%16,2)	1(%2,7)	0,226
	11-20 yıl	10(%32,3)	7(%22,6)	8(%25,8)	6(%19,4)	
	20 yıldan fazla	22(%36,1)	14(%23)	16(%26,2)	9(%14,8)	
Birlikte yaşanılan kişiler	Anne-Baba	18(%33,3)	18(%33,3)	13(%24,1)	5(%9,3)	0,441
	Eş ve çocuklar	45(%38,1)	31(%26,3)	25(%21,2)	17(%14,4)	
	Diğer	5(%20)	9(%36)	5(%20)	6(%24)	
Pearson Chi-Square testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi*						

OKB durumu ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark elde edilememiştir (p>0,05) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcılarda OKB saptanma olasılıkları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler		**Düşük**	**Var**	**Yüksek**	**p**
Cinsiyet	Erkek Kadın	53(%42,1) 34(%47,9)	35(%27,8) 21(%29,6)	38(%30,2) 16(%22,5)	0,506
Eğitim durumu	İlköğretim Ortaokul Lise Üniversite	14(%53,8) 7(%28) 23(%44,2) 43(%45,7)	3(%11,5) 12(%48) 14(%26,9) 27(%28,7)	9(%34,6) 6(%24) 15(%28,8) 24(%25,5)	0,181
Mesleği	Memur-Emekli İşçi Esnaf-Çiftçi Ev Hanımı Öğrenci	23(%51,1) 18(%46,2) 10(%66,7) 26(%40,6) 10(%29,4)	10(%22,2) 9(%23,1) 4(%26,7) 20(%31,3) 13(%38,2)	12(%26,7) 12(%30,8) 1(%6,7) 18(%28,1) 11(%32,4)	0,318
Gelir düzeyi	2500 TL'den az 2500 TL-5000 TL 5000 TL-7000 TL 7000 TL'den fazla	11(%35,5) 44(%45,8) 15(%38,5) 17(%54,8)	6(%19,4) 27(%28,1) 15(%38,5) 8(%25,8)	14(%45,2) 25(%26) 9(%23,1) 6(%27,4)	0,193
Sigara Kullanımı	Hayır Evet	56(%44,1) 31(%44,3)	34(%26,8) 22(%31,4)	37(%29,1) 17(%24,3)	0,694
Alkol Kullanımı	Hayır Evet	75(%43,4) 12(%50)	49(%28,3) 7(%29,2)	49(%28,3) 5(%20,8)	0,723
Çalışma durumu	Evet Hayır	41(%50) 46(%40)	20(%24,4) 36(%31,3)	21(%25,6) 33(%28,7)	0,358
Sosyal Güvence	Var Yok	78(%44,8) 9(%39,1)	48(%27,6) 8(%34,8)	48(%27,6) 6(%26,1)	0,765
Evlilik süresi	1-10 yıl 11-20 yıl 20 yıldan fazla	15(%40,5) 13(%41,9) 30(%49,2)	10(%27) 10(%32,3) 15(%24,6)	12(%32,4) 8(%25,8) 16(%26,2)	0,863
Birlikte yaşanılan kişiler	Anne-Baba Eş ve çocuklar Diğer	22(%40,7) 54(%45,8) 11(%44)	18(%33,3) 30(%25,4) 8(%32)	14(%25,9) 34(%28,8) 6(%24)	0,846

Pearson Chi-Square testi
p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Anksiyete düzeyi ile ürtiker ilişkili verilerin incelenmesinde; hastalığa ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik etme durumu ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,025). Ayrıca döküntü nedenli uyku problemi, gece uyku bölünmesi, uyku bölünmesine bağlı gün içinde yorgun olma durumu ile ve döküntünün giyim şeklini etkilemesi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark saptandı (p<0,05) (Tablo23).

Ürtiker belirti süresi, ürtiker kaybolma süresi, stres veya üzüntü ile döküntü artışı, döküntünün moral bozukluğu oluşturması, döküntünün sosyal izolasyona sebebiyet vermesi, diyetin döküntüye etkisi, soygeçmişte alerjik hastalık öyküsü ve soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 23).

Tablo 23. Ürtiker ilişkili veriler ile katılımcıların anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler		**Normal**	**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**	**p**
Ürtiker belirti süresi	6 haftadan kısa 6 haftadan uzun	15(%34,9) 53(%34,4)	11(%25,6) 47(%30,5)	8(%18,6) 35(%22,7)	9(%20,9) 19(%12,3)	0,515
Ürtiker kaybolma süresi	1 saatten kısa 1-24 saat 24 saatten uzun	16(%34,8) 28(%40) 24(%29,6)	16(%34,8) 21(%30) 21(%25,9)	7(%15,2) 12(%17,1) 24(%29,6)	7(%15,2) 9(%12,9) 12(%14,8)	0,424
Ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik etme durumu	Evet Hayır	14(%22,2) 54(%40,3)	18(%28,6) 40(%29,9)	17(%27) 26(%19,4)	14(%22,2) 14(%10,4)	**0,025**
Döküntü nedenli uyku problemi	Evet Hayır	36(%27,3) 32(%49,2)	41(%31,1) 17(%26,2)	31(%23,5) 12(%18,5)	24(%18,2) 4(%6,2)	**0,003**
Gece uyku bölünmesi	Hayır Evet	49(%38,6) 19(%27,1)	35(%27,6) 23(%32,9)	27(%21,3) 16(%22,9)	16(%12,6) 12(%17,1)	**0,010**

Uyku bölünmesine bağlı yorgunluk	**Evet Hayır**	**29(%23,2) 39(%54,2)**	**44(%35,2) 14(%19,4)**	**29(%23,2) 14(%19,4)**	**23(%18,4) 5(%6,9)**	**<0,001**
Stres ve/veya üzüntü ile döküntü artışı	Evet Hayır	46(%30,3) 22(%48,9)	46(%30,3) 12(%26,7)	35(%23) 8(%17,8)	25(%16,4) 3(%6,7)	0,093
Döküntü moral bozukuğuna sebep oluyor mu	Evet Hayır	55(%33,1) 13(%41,9)	50(%30,1) 8(%25,8)	36(%21,7) 7(%22,6)	25(%15,1) 3(%9,7)	0,731
Döküntü sosyal izolasyona sebep oluyor mu	Evet Hayır	27(%27) 41(%42,3)	31(%31) 27(%27,8)	25(%25) 18(%18,6)	17(%17) 11(%11,3)	0,136
Döküntünün giyim şeklini etkilemesi	Evet Hayır	22(%22,2) 46(%46,9)	31(%31,3) 27(%27,6)	27(%27,3) 16(%16,3)	19(%19,2) 9(%9,2)	**0,002**
Diyetin döküntüye etkisi var mı	Evet Hayır	38(%33,6) 30(%35,7)	29(%25,7) 29(%34,5)	28(%24,8) 15(%17,9)	18(%15,9) 10(%11,9)	0,339
Soygeçmişte allerji hastalık öyküsü	Evet Hayır	18(%26,5) 50(%38,8)	18(%26,5) 40(%31)	20(%29,4) 23(%17,8)	12(%17,6) 16(%12,4)	0,119
Soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet Hayır	8(%28,6) 60(%35,5)	7(25%) 51(30,2%)	9(32,1%) 34(20,1%)	4(14,3%) 24(14,2%)	0,543
Pearson Chi-Square testi *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi*						

OKB durumu ile ürtiker ilişkili verileri incelediğimizde döküntünün sosyal izolasyona sebep olması ile arasında anlamlı bir fark saptandı (p=0,22). Ürtiker belirti süresi, ürtiker kaybolma süresi, ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik etme durumu, döküntü nedenli uyku problemi, gece uyku bölünmesi, uyku bölünmesine bağlı yorgunluk, stres ve/veya üzüntü ile döküntü artışı, döküntünün moral bozukluğu oluşumuna etkisi, döküntünün sosyal izolasyona neden olması, döküntünün giyim şeklini etkilemesi, diyetin döküntüye etkisi, soygeçmişte alerjik hastalık öyküsü, soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ile OKB durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 24).

Tablo 24. Ürtiker ilişkili veriler ile katılımcılarda OKB saptanma olasılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler		Düşük	Var	Yüksek	p
Ürtiker belirti süresi	6 haftadan kısa 6 haftadan uzun	20(%46,5) 67(%43,5)	8(%18,6) 48(%31,2)	15(%34,9) 39(%25,3)	0,217
Ürtiker kaybolma süresi	1 saatten kısa 1-24 saat 24 saatten uzun	21(%45,7) 34(%48,6) 32(%39,5)	13(%28,3) 19(%27,1) 24(%29,6)	12(%26,1) 17(%24,3) 25(%30,9)	0,837
Ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik etme durumu	Evet Hayır	28(%44,4) 59(%44)	17(%27) 39(%29,1)	18(%28,6) 36(%26,9)	0,944
Döküntü nedenli uyku problemi	Evet Hayır	60(%43,8) 27(%45)	37(%27) 19(%31,7)	40(%29,3) 14(%23,3)	0,652
Gece uyku bölünmesi	Hayır Evet	58(%43,9) 29(%44,6)	36(%27,3) 20(%30,8)	38(%28,8) 16(%24,6)	0,791
Uyku bölünmesine bağlı yorgunluk	Evet Hayır	50(%40) 37(%51,4)	35(%28) 21(%29,2)	40(%32) 14(%19,4)	0,136
Stres ve/veya üzüntü ile döküntü artışı	Evet Hayır	64(%42,1) 23(%51,1)	43(%28,3) 13(%28,9)	45(%29,6) 9(%20)	0,404
Döküntü moral bozukluğuna sebep oluyor mu	Evet Hayır	69(%41,6) 18(%58,1)	48(%28,9) 8(%25,8)	49(%29,5) 5(%16,1)	0,182
Döküntü sosyal izolasyona sebep oluyor mu	Evet Hayır	40(%40) 47(%48,5)	24(%24) 32(%33)	36(%36) 18(%18,6)	**0,022**
Döküntünün giyim şeklini etkilemesi	Evet Hayır	40(%40,4) 47(%48)	25(%25,3) 31(%31,6)	34(%34,3) 20(%20,4)	0,089
Diyetin döküntüye etkisi var mı	Evet Hayır	48(%42,5) 39(%46,4)	31(%27,4) 25(%29,8)	34(%30,1) 20(%23,8)	0,620
Soygeçmişte allerji hastalık öyküsü	Evet Hayır	29(%42,6) 58(%45)	21(%30,9) 35(%27,1)	18(%26,5) 36(%27,9)	0,857
Soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet Hayır	13(%46,4) 74(%43,8)	5(%17,9) 51(%30,2)	10(%35,7) 44(%26)	0,343

Pearson Chi-Square testi
p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Uygulanan Varyans Analizi (One-Way ANOVA) testinde semptom kaybolma süresi ile Skindex semptom ortalama puanı, Maudsley toplam puanı ve Maudsley kuşku alt ölçek puanı arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,079, p=0,506, p=0,109). Ürtikeryal döküntülerin kaybolma süresi ile ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Ürtikeryal döküntülerin kaybolma süresi ile Skindex-29, BAÖ ve MOKSL'den alınan skorlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler	**Ürtikeryal Döküntü Kaybolma süresi**	**n**	**Sır.Ort**	**X^2**	**p**
Skindex-29 fonksiyonel ortalama skoru	1 saatten kısa	46	90,84	3,141	0,208
	1 ile 24 saat arası	70	94,60		
	24 saatten uzun	81	107,44		
Skindex-29 emosyonel ortalama skoru	1 saatten kısa	46	95,92	2,357	0,308
	1 ile 24 saat arası	70	92,57		
	24 saatten uzun	81	106,30		
Skindex-29 ortalama skoru	1 saatten kısa	46	93,15	3,825	0,148
	1 ile 24 saat arası	70	91,86		
	24 saatten uzun	81	108,49		
Beck toplam puan	1 saatten kısa	46	94,27	3,789	0,15
	1 ile 24 saat arası	70	91,28		
	24 saatten uzun	81	108,36		
Maudsley kontrol etme alt ölçeği puanı	1 saatten kısa	46	106,74	0,46	1,551
	1 ile 24 saat arası	70	93,49		
	24 saatten uzun	81	99,37		
Maudsley temizlik alt ölçeği puanı	1 saatten kısa	46	105,78	0,486	1,443
	1 ile 24 saat arası	70	93,17		
	24 saatten uzun	81	100,19		
Maudsley yavaşlık alt ölçeği puanı	1 saatten kısa	46	99,62	0,012	0,994
	1 ile 24 saat arası	70	99,15		
	24 saatten uzun	81	98,52		
Maudsley ruminasyon alt ölçeği puanı	1 saatten kısa	46	90,92	1,896	0,388
	1 ile 24 saat arası	70	97,40		
	24 saatten uzun	81	104,97		

Kruskal Wallis-H Testi
**p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi*
Sır.Ort.: Sıralar ortalaması

Uygulanan Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kaşıntı ve ağrı semptom varlığı ile Maudsley toplam puanı ve Maudsley kuşku alt ölçek puanı arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,293, p=0,212). Skindex-29 semptom alt ölçeği ortalama puanı ve Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı ile ağrı semptom varlığı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların kaşıntı ve ağrı semptom varlığına göre Skindex-29, BAÖ, MOKSL'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

Parametreler	**Kaşıntı ve ağrı semptom varlığı**	**n**	**Sır.Ort**	**X^2**	**p**
Skindex-29 fonksiyonel ortalama skoru	Kaşıntı ve ağrı var.	37	119,61	6,776	0,079
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	94,56		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	114		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	85,44		
Skindex-29 emosyonel ortalama skoru	Kaşıntı ve ağrı var.	37	109,28	2,333	0,506
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	95,47		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	123,83		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	101		
Skindex-29 semptom ortalama skoru	Kaşıntı ve ağrı var.	37	121,38	8,190	**0,042**
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	94,65		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	118		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	83,42		
Beck toplam puan	Kaşıntı ve ağrı var.	37	123,59	9,192	**0,027**
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	94,79		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	93,50		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	95,78		
Maudsley kontrol etme alt ölçeği puanı	Kaşıntı ve ağrı var.	37	114,20	4,536	0,209
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	95,72		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	61,33		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	99,39		
Maudsley temizlik alt ölçeği puanı	Kaşıntı ve ağrı var.	37	97,70	3,180	0,365
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	97,04		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	77,83		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	120,36		
Maudsley yavaşlık alt ölçeği puanı	Kaşıntı ve ağrı var.	37	105,46	2,906	0,406
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	94,98		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	105,17		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	115,75		
Maudsley ruminasyon alt ölçeği puanı	Kaşıntı ve ağrı var.	37	116,81	4,523	0,210
	Kaşıntı var, ağrı yok.	139	94,79		
	Kaşıntı yok, ağrı var.	3	93,50		
	Kaşıntı ve ağrı yok.	18	95,78		

Kruskal Wallis-H Testi
**p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi*
Sır.Ort.: Sıralar ortalaması

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda 18-65 yaş arası ürtikerli hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik özellikleri, hastalık ilişkili parametreleri ve hastaların anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri ile hastalardaki obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini inceledik. Araştırmamız sonucunda hastaların ürtikere bağlı uyku düzenlerinde bozukluk ve buna bağlı yorgunluk şikayetleri ile anksiyete düzeylerinin artmış olduğunu, yaşam kalitelerinin ise olumsuz şekilde etkilendiğini tespit ettik.

Orta yaş hastalığı olduğu bilinen ürtikerin ortalama görülme yaşı 35,75±18,9 yaştır (69). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastaların yaş ortalaması 38,96±13,76 yaş idi. Ürtiker prevelansı kadınlarda oldukça yüksektir (69). Çalışmamızda hastaların 126'sı (%64) kadın, 71'i (%36) erkekti ve literatürle uyumlu olarak kadınlarda daha yüksek oranda görüldü. Ürtikerin kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte bu durumun otoimmün mekanizmadan kaynaklanabileceği düşünülmektedir, çünkü otoimmün hastalıklar kadınlarda daha sık bildirilmektedir (70).

Karadağ A S ve arkadaşlarının 28'i sadece ürtiker, 7'si sadece anjiyoödem, 70'i ise ürtiker ve anjiyoödemli olan 105 hasta ile yapmış oldukları çalışmada olguların %91,4'ünde kaşıntı şikâyeti mevcuttu (71). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastaların %89,3'ünde kaşıntı şikâyeti hastalığa eşlik etmekteydi.

Ürtiker tanısı konulduğu zaman muhtemel tetikleyici veya agreve edici faktörün bulunmaya çalışılması oldukça önemlidir. Tetikleyici faktörler olarak en sık suçlanan faktörler; gıdalar, böcek ısırığı, ilaç alımı ve enfeksiyonlardır (72,73). Karadağ ve arkadaşlarının çalışmasında ilaç anamnezi %28,5 iken bizim çalışmamızda %15,7 idi (71).

Czubalski ve Rudzki (1977), dermografizmli 18, soğuk ürtikerli 17, kolinerjik ürtikerli 13 kişi olmak üzere 48 hasta ile yaptığı çalışmada; kolinerjik ürtikerli hastaların %77'sinde, dermografizmi olan hastaların ise %82'sinde emosyonel faktörlerin hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Ayrıca dermografizmi olan hastaların %81,8'inin anormal elektroensefalograma sahip

olduğunu tespit etmiştir. Soğuk ürtikerinde ise emosyonel faktörlerin hastalığın kliniği seyrine herhangi bir etkisi olmadığını bildirmiştir (74).

Ürtiker genellikle yoğun stres maruziyeti sonrası gelişebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ürtikerin en çok kaygıya neden olan psikodermatozlardan olduğu ve hayat kalitesini etkilediği gösterilmiştir (51). Literatürde genellikle kronik ürtikerin psikiyatrik faktörlerle ilişkisi incelenmiş ve kronik ürtikeri olan hastaların yaklaşık %70'inin kaygı, depresyon ve psikosomatik belirtilere eğilimli olduğu bildirilmiştir (75). Ürtikerde, emosyonel stresin, bu bozuklukları alevlendirdiği ve seyrini etkilediği ortaya konmuştur (76). Fava (1980) yaptığı çalışmada, dermatolojik rahatsızlıklardan (psöriazis, kronik ürtiker ve ciltte mantar enfeksiyonları) muzdarip 60 hastayı incelemiştir. Hastalık başlangıcından hemen önceki stresli yaşam olayları, psikolojik distres düzeyleri ve aleksitimik özelliklerin araştırılması sonucunda; psöriazis ve kronik ürtiker hastalarının, mantar enfeksiyonu olanlara göre hastalık başlamadan önce önemli derecede daha fazla stresli yaşam olaylarına maruz kaldıklarını ve psikolojik distres (anksiyete, depresyon, yetersizlik) yaşadıklarını tespit etmiştir (77). Çalışmamızda stresli ve/veya üzüntülü olma durumunda döküntülerde artış olup olmadığını sorduğumuzda hastaların %77,2'si evet cevabını vermiştir. Ayrıca hastaların %84,3'ü döküntü nedenli moral bozukluğu yaşadığını bildirmiştir. Elde ettiğimiz bu sonuçlar da literatürle uyumlu bulunmuştur.

Erdemli ve arkadaşları (1994), 20'si erkek, 40'ı kadın olmak üzere 60 ürtikerli hastada Cornell index testi kullanarak ürtiker ile belirli kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemişler, olguları birbirleri ile ve 50 sağlıklı kontrol grubuyla ruhsal yapı ve semptom dağılımına göre karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucuna göre ürtikerli hastaların, kontrol grubuna oranla çok daha fazla kuvvetli nevrotik yapıya sahip olduklarını saptamışlardır. Semptom dağılımı açısından ise ürtikerli olgularda çevreye uyumsuzluk, anksiyete, depresif belirtiler ve hipokondri istatiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (78).

Barbosa ve arkadaşları (2011), 55 KİÜ hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %47,3'ünde şiddetli düzeyde, %29,1'inde orta düzeyde anksiyete tespit ettiklerini bildirmişlerdir (79). Biz çalışmamızda hastaların %14,2'sinin şiddetli düzeyde, %21,8'inin orta düzeyde ve %29,4'ünün hafif düzeyde anksiyetesi olduğunu

saptadık. Ayrıca Barbosa ve arkadaşlarının çalışmasına göre hastaların %50,9'u kırsal kesimde yaşamaktaydı ve %21,8'i üniversite, %30,4'ü lise mezunu, %47,3'ü ise 4 yıldan az eğitim görmüşlerdi (79). Bizim çalışmamızda ise hastaların %91,4'ü kentsel, %8,6 sı kırsal kesimde yaşamaktaydı ve %47,7'si üniversite, %26,4'ü lise, %12,7'si ortaokul ve %13,2'si ise ilkokul mezunu idi. Dolayısıyla bizim çalışmamızda literatürün aksine anksiyete belirtilerinin daha düşük oranda bulmamızın sebeplerinden biri, kırsal kesimde yaşayan hasta sayımızın yapılan çalışmalara göre belirgin düzeyde az olması olabilir; çünkü kırsal kesimde yaşayanlar, hastalığı anlamada ve onunla başa çıkmak için yeterli becerileri geliştirme imkânı bulmada bazı zorluklar yaşayabileceğinden, hastalar baş edemediklerini hissedecekler ve daha yüksek anksiyete seviyesine sahip olacaklardır. Daha iyi bilgilendirilmiş ve ürtiker hakkında daha iyi bir kavrayışa sahip hastaların anksiyete belirtileri ise daha az olacaktır. Çalışmamızdaki hastaların anksiyete seviyesini literatüre kıyasla daha düşük bulmamızın diğer bir nedeni de hastalarımızın büyük çoğunluğunun yüksek bir eğitim seviyesine sahip olmaları olabilir; çünkü ürtiker hastalarının anksiyete belirtilerinde eğitim önemli bir rol oynamaktadır.

Uğuz ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada 89 KİÜ'li hastanın %49,4'ünde en az bir Eksen 1 tanısı, %44,9'unda en az bir kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. KİÜ'li hastalarda %25,8 oranıyla en sık görülen Eksen 1 bozukluğun obsesif-kompulsif bozukluk, %30,3 oranıyla en sık görülen Eksen 2 bozukluğun ise obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalarında Eksen 1 psikiyatrik bozuklukların KİÜ'nin potansiyel bir nedeni ya da sonucu olabileceği; ancak Eksen 1 tanısı ile ilgili sonuçları dikkate aldıklarında, Eksen 1 psikiyatrik bozuklukların ürtiker hastalık aktivitesinden veya kronik bir deri hastalığının varlığından ziyade KİÜ başlangıcı ile ilgili olabileceğini bildirmişlerdir (63). Biz de çalışmamızda hastalarımızın, kendilerine uyguladığımız Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi'nde aldıkları puanlar sonucunda, %27,4'ünde OKB saptanma olasılığını yüksek olduğunu, %28,4'ünde OKB saptanma olasılığını var olduğunu tespit ettik. Ayrıca ürtikere bağlı döküntülerin stresli ve/veya üzüntülü olunan durumlarda artması belirtisi ile MOKSL ruminasyon alt ölçeği ile arasında anlamlı bir fark tespit ettik. Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda obsesif-kompulsif belirtilerin hem ürtikeryal semptomların hem de psikiyatrik bozukların ortaya çıkmasına yatkınlık

oluşturabileceğini, hastaların stresli yaşam olaylarıyla baş etme mekanizmalarını olumsuz etkileyebileceğini veya strese yol açabileceğini düşünmekteyiz.

Ürtiker hastalığında semptomlar genellikle akşam saatlerinde veya geceleri kötüleşebilmekte ve buna bağlı olarak hastaların yaklaşık yarısı uyku bozukluklarından şikâyet edebilmektedirler (80, 81). Literatüre benzer şekilde çalışmamızda döküntü nedenli, uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük hastaların %69,5'inde, gece boyunca uyku bölünmesi %67'sinde, uyku bölünmesine bağlı gün içinde yorgunluk ise %63,5'inde mevcuttu.

KÜ yaşam kalitesini oldukça etkileyen bir hastalıktır. KÜ'nin yaşam kalitesini etkileme oranı koroner kalp hastalıkları ile aynı bulunmuştur (34). Engin B ve arkadaşlarının (2007) 73 KİÜ'li hasta ve 34 sağlıklı kontrol grubuyla yaptıkları çalışmada KİÜ hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin derecede düşük fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık alt ölçek puanları sergilediklerini bildirmişlerdir (82). Biz de çalışmamızda hastaların yaşadığı uyku problemleri ve buna bağlı yorgunluk şikayetleri ile, hastalara uyguladığımız Skindex-29 ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit ettik ve uyku problemleri yaşayan hastaların daha düşük yaşam kalitesi ve performans düzeyine sahip olduklarını literatürle uyumlu şekilde tespit ettik.

Çalışmanın Kısıtlılıkları:

1. Aile hekimliği temel olarak birinci basamakta hizmet veren bir birim olmasına karşın çalışmamız üçüncü basamak bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır.
2. Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışma olduğu için ürtiker ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki nedensel bir etkileşimi göstermek için yetersizdir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda hastaların anksiyete ve yaşam kalitesi düzeylerini inceledik. Ayrıca obsesif kompulsif belirtilerin hastalığa hangi seviyede eşlik ettiğini araştırdık. Literatürle uyumlu olarak hastaların anksiyete düzeylerinin ve obsesif kompulsif belirtilerinin artmış olduğunu, özellikle uyku kalitelerinin olumsuz etkilenmesiyle yaşam kalitelerinde düşme saptadığımızı bildirdik. Elde ettiğimiz sonuçlara göre aşağıda maddeler halinde belirttiğimiz önerilerimizi sunmaktayız:

1. WONCA tarafından tanımlanan aile hekimlerinde olması gereken altı çekirdek yeterlilikten biri olan kişiye biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşmak maddesi gereğince hastalarımızı değerlendirirken biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenleri bütüncül bir yaklaşımla ele almak tedavi başarısı için de gerekli olacaktır.

2. Hekim, yaşam kalitesini ileri derecede olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olan ürtikerden muzdarip hastaları değerlendirirken, hastaların psikolojik durum ve iyilik halini periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmeli, temel iletişim ve tanılama becerilerini etkin kullanmalı ve hastayla terapötik ilişki kurabilme becerilerini geliştirmelidir.

3. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam olarak verilebilmesi ve hastaların takibinin sağlanması açısından aile hekimlerinin, gerektiğinde hastaları ilgili branşlara sevk etmeleri klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için gerekli bir uygulama olacaktır.

7.KAYNAKLAR

1. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Allerjiler Sempozyumu 15-16 Mart 2001, İstanbul, s. 79-82.

2. Göncü, E. K., Aktan, Ş., Atakan, N., Başkan, E. B., Erdem, T., Koca, R., Şavk, E., Taşkapan, O., & Utaş, S. (2016). Türkiye ürtiker tani ve tedavi kilavuzu-2016. Turkderm Deri Hastaliklari ve Frengi Arsivi, 50(3), 82–98.

3. Hohen-Saric R (1979) Anxiety- normal and abnormal.Psychiatr Ann, 9:447-455.

4. Abramowitz J.S, Taylor S. ve ark.; "Obsessive-compulsive disorder", The Lancet, 374(9688), 491–499, (2009).

5. Şahin A.R, Böke Ö.; Obsesif Kompulsif Bozukluk, E. Köroğlu, & C. Güleç, 493-504, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: HYB Basım Yayın, (2007).

6. Topal İO, Altunay İ, Mercan S. Kronik ürtikerli hastalarda kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2004; 7: 199-209.

7. Önder M, Taşkapan O: Ürtiker ve serum hastalığı. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serveroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapları 2008;255-63

8. Wedi B: Urticaria. J Dtsch Dermatol Ges 2008; 6:306-17.

9. Czarnetzki BM. (1989): The history of urticaria, Int J Dermatol Jan-Feb, 28(1), 52-7.

10. Grattan CEH, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. J Am Acad Dermatol 2002; 46:645-57.

11. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Urticaria and angioedema. Dermatology. Third Ed. Elsevier Ltd. 2012:291-306.

12. Papadopoulou N, Kalogeromitros D, Staurianeas NG, Tiblalexi D, Theoharides TC. Corticotropin-releasing hormone receptor-1 and histidine decarboxylase expression in chronic urticaria. J Invest Dermatol 2005;125(5):952-955.

13. Kulthanan K, Chiawsirikajorn Y, Jiamton S. Acute urticaria: etiologies, clinical course and quality of life. Asian Pac J Allergy Immunol. 2008; 26:1–9.

14. Aoki T, Kojima M, Horiko T. Acute urticaria: history and natural course of 50 cases. J Dermatol 1994; 21: 73-7.

15. Liutu M, Kalimo K, Uksila J, Kalimo H: Etiologic aspects of chronic urticaria. Int J Dermatol 1998; 37:515–519.

16. Wedi, B., Raap, U., Wieczorek, D., & Kapp, A. (2009). Urticaria and infections. Allergy, Asthma & Clinical Immunology, 5(1).

17. Tebbe B., Geilen C. C., Schulzke J-D., Bojarski C., Radenhausen M.: Helicobacter pylori infection and chronic urticaria, J Am Acad Dermatol 34:685-686 (1996).

18. Scully LJ, Ryan AE: Urticaria and acute hepatitis A virüs infection. Am J Gastroenterol. 1983; 88: 277-228.

19. Sergent JS. Extrahepatic manifestations of hepatitis B infection. Bull Rheum Dis. 1983; 33: 1-6.

20. Tak H. Kronik ürtiker ve hepatit C virüs infeksiyonu ilişkisi. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;4(1):23-5.

21. Saini SS. Urticaria and anjioedema. In:Adkinson NF, Bochner BS, Burks AW, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF, O'Heir RE. Middleton's Allergy Principles and Practice. Vol.1, Ch.36 8th ed. Elsevier Inc. Philedelphia, USA, 2014. p.575-587.

22. Powell RJ, Leech SC, Till S, Huber PA, Nasser SM, Clark AT; British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. Clin Exp Allergy. 2015;45(3):547-65.
23. Zuraw BL. Urticaria and anjioedema. In: Leung DYM, Szefler SJ, Bonilla FA, Akdis CA, Sampson HA. Pediatric Allergy Principles and Practice. Ch.52 3th ed. Elsevier Inc. New York, USA, 2016. p.458-466.
24. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. J Allergy Clin Immunol. 2014;133(5):1270-7.
25. Arga D. Ürtiker ve Anjiyoödem. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. 2017; 9(2): 117-129.
26. Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. Acta Derm Venereol 2007; 87:196-205.
27. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, Bousquet PJ, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA²LEN task force report. Allergy. 2011;66(3):317-30.
28. Soter AN, Kaplan AP. Urticaria and anjioedema. Fitzpatrick‟s Dermatology in General Medicine. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. 6th Ed. McGraw- Hill, New York 2003:1129-1143.
29. Mathelier- Fusade P, Vermeulen C, Leynadier F. Vibratory angioedema. Ann Dermatol Venereol 2001; 128:750–2.
30. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. 2nd ed. Berlin: Springer 2000:431-456.
31. İnal V, Pınar M, Yamanel L. Ürtiker ve Anjiyoödem. Dirim/Mayıs-Haziran 2004.
32. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy 2009; 64(10): 1417-26.
33. Kaya TI, Akyol A. Ürtiker patogenezi: Kronik idiyopatik ürtiker patogenezi konusunda gelişmeler. T Klin J Dermatol 1999; 9:41-50.
34. Erdem T. Ürtikerli Hastaya Yaklaşım. Turk J Dermatol 2014; 3:178-82.
35. Taşkın B, Eken Z E, Alper S. Kronik Spontan Ürtikerde Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2015;8(1):20-5.
36. Kaplan AP. Chronic urticaria: pathogenesis and treatment. J Allergy Clin Immunol 2004; 114(3):465-74.
37. Magerl M, Pisarevskaja D, Scheufele R, Zuberbier T, Maurer M. Effects of a pseudoallergen-free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. Allergy 2010;65(1):78- 83.
38. Maurer M. Chronic urticaria. In: Zuberbier T, Grattan C, Maurer M, eds. Berlin: Springer 2010:45-56.
39. Zuberbier T. Urticaria. Allergy 2003;58(12):1224-34.
40. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classifi- cation, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. Allergy. 2014; 69:868-87.
41. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviren) s.1559-1800, İstanbul, Günes Kitabevleri, 2007.

42. Öhman A. Fear and anxiety: evolutionary, cognitive and clinical perspectives. Lewis M, Haviland-Jones JM (editors). Handbook of Emotions. 2. Baskı, New York: The Guilford Press, 2000: 573-593.
43. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13:78–87.
44. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev 2000; 20: 731–754
45. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E,editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526 46. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Köroğlu E, güleç C, Şenol S, editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 296-303.
47. Fortinash, K.M., Holoday Worret, P.A. (1995). Psychiatric Nursing Care Plans, Mosby Year Book, 20, 27-30.
48. Arnold HL, Odom RB, James WD. Diseases of the skin. Eight ed., Philadelphia, W.B. Saunders, 1990, p.194-222.
49. Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease. An overview. Dermatol Clin 1996; 14:473-484.
50. Yüzüak Türe T. Kronik idiopatik Ürtikerli Hastalarda Otolog Serum Deri Testi Pozitifliği ve Tiroid Otoantikorlar ile ilişkisi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, 2004.
51. Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. J Dermatol Sci 1994; 8:129-135.
52. Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. Psychother Psychosom 1985; 44:122- 131.
53. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. A case-control study. Psychother Psychosom 2003; 72:150-158.
54. Fritzsche K, Ott J, Zschocke I. Psychosomatic liaison service in dermatology. Dermatology 2001; 203:27-31.
55. Weldon DR. Quality of life in patients with urticaria. Allergy Asthma Proc 2006; 27: 96–99.
56. Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M et al. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. Br J Dermatol 2006; 154: 294–298.
57. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. Br J Dermatol 1997; 136: 197–201.

58. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım 2008.
59. American Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
60. Swenson JR, O'Connor CM, Barton D, Van L, Zyl T, Swedberg K, Forman LM, et al. Influence of depression and effect of treatment with sertraline on quality of life after hospitalization for acute coronary syndrome. Am J Cardiol 2003;92:1271–6.
61. Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. Qual Life Res 2005;14: 695–703.
62. Pasaoglu G, Bavbek S, Tugcu H, Abadoglu O, Mısırlıgil Z. Psychological status of patients with chronic urticaria. J Dermatol 2006;33:765–71.
63. Uguz, F., Engin, B., & Yilmaz, E. (2008). Axis I and Axis II diagnoses in patients with chronic idiopathic urticaria. Journal of Psychosomatic Research, 64(2), 225–229.
64. Sukan M, Maner F. Psychiatric comorbidity in patients with vitiligo and chronic urticaria. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:30-6.
65. Ebrahimi AA, Salehi M, Tafti AK. Obsessive–compulsive disorder in dermatology outpatients. Int J Psychiatry Clin Pract 2007;11:218–21.
66. Demet MM, Deveci A, Taskin O, Ermertcan AT, Yurtsever F, Deniz F, et al. Obsessive–compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. Gen Hosp Psychiatry 2005;27:426–30.
67. Woodruff, P. W. R., Higgins, E. M., du Vivier, A. W. P., & Wessely, S. (1997). Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. General Hospital Psychiatry, 19(1), 29–35.
68. Folks, D. G., & Warnock, J. K. (2001). Psychocutaneous disorders. Current Psychiatry Reports, 3(3), 219–225.
69. Kaplan AP: Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med 2002;346:175-9.
70. Ferrer M: Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. Alergológica 2005. J Investig Allergol Clin Immunol 2009;19:21-6.
71. A. S. Karadag Et Al. , "Akut ürtikerli yatan hastaların klinik olarak değerlendirilmesi," 6. Ege Dermatoloji Günleri , Muğla, Turkey, pp.0-43, 2011.
72. Joint Task Force on Practice Parameters: The diagnosis and management of urticaria: a practice parameter. Part II: chronic urticaria/angioedema. Ann Allergy Asthma Immunol 2000;85:521-44.
73. Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee: Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Br J Dermatol 2007;157:1116-23.
74. Czubalski K, Rudzki E. Neuropsychic factors in physical urticaria. Dermatologica 1977;154:1–4.
75. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologistpsychoanalyst's viewpoint. Arch Dermatol 1983;119:501-12.
76. Wittkower E, Russell B. Emotional factors in skin disease. A Psychosomatic Medicine Monograph. Paul B. New York: Hoeber Inc; 1953:133–50.

77. Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, et al. Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. Br J Med Psychol 1980; 53:277–82.
78. Erdemli N, Kırpınar İ, Parlak M ve ark. (1994) Ürtikerli Hastalarda Cornell İndex Testi ile Ölçülen Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: XV Ulusal Dermatoloji Kongresi Bildiri Kitabı, 391-394.
79. Barbosa F, Freitas J, Barbosa A. Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms. Journal of Health Psychology. 2011;16(7):1038-1047.
80. Hourihane JO'B: Recent advances in peanut allergy. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2002; 2:227-31.
81. Deacock SJ: An approach to the patient with urticaria. Clin Exp Immunol 2008; 153:151-61.
82. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Ozdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008 Jan;22(1):36-40.

8.ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elif SAĞLAM

Doğum yeri ve tarihi: 27.09.

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

Yabancı dili: İngilizce, Arapça

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Özel Alparslan Fen Lisesi, Cumhuriyet Ortaokulu, 100. Yıl İlköğretim Okulu

III- Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Doktor, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniğinde Uzmanlık Öğrencisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: -

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar:

31 Ekim-2 Kasım 18. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi (ANKARA) Katılım Bursu

16-19 Nisan 19. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi (ADANA) Katılım Bursu

Ödüller:-

Projeleri:-

Verdiği konferans ya da seminerler:-

Katıldığı paneller (panelist olarak):-

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. 21 Eylül 2019 Ankara Aile Hekimliği Günleri – Birinci Basamakta Çocuk Sağlığına Yaklaşım (ANKARA Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
2. 31 Ekim-2 Kasım 18. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi (ANKARA)
3. 8-9 Kasım 2019 Kronik Yara Kursu (ANKARA SBÜ GEAH)
4. 15-16 Kasım 2019 4.Diyabet Tedavisi Sempozyumu (ANKARA)
5. 21-23 Kasım 2019 15. Aile Hekimliği Araştırma Günleri (BURSA)
6. 28-29 Kasım METÜM Günleri (ANKARA SBÜ GEAH)
7. 27 Aralık 2019 Çocuk İstismarı ve İhmali Sempozyumu (ANKARA SBÜ GEAH)
8. 07 Mart 2020 7.Endokrinoloji-Metabolizma Hastalıkları Kadın Sağlığı ve Gebelik Sempozyumu (ANKARA Gazi Üniversitesi)
9. 16- 19 Nisan 19. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi (ADANA)(Online)

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar:

-

9.EKLER

VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli katılımcılar; Aşağıdaki sorular ürtikerli hastalara yönelik hazırlanmıştır. Verdiğiniz cevaplar bilimsel amaçlı araştırma için kullanılacaktır. Bu konuda duyarlı davranarak doğru cevap vereceğinize inanıyoruz. İlginiz ve katkınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihiniz: …/...../19....
2. Adınız – Soyadınız:
3. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
4. Eğitim durumunuz: ( ) İlköğretim ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite
5. Sigara kullanımı: ( ) Hayır ( ) Evet ……..paket/gün, ……aydır/yıldır
6. Alkol kullanımı: ( ) Hayır ( ) Evet ……..kadeh/gün/hafta, ……aydır/yıldır

7. Çalışıyor musunuz: ( ) Evet ( ) Hayır
8. Mesleğiniz: ( ) Memur-Emekli ( ) İşçi ( ) Esnaf-Çiftçi ( ) Ev hanımı ( ) Öğrenci
9. Çalışma Durumunuz ( ) Halen çalışıyor ( ) Çalışmıyor

10. Sosyal güvenceniz: ( ) Var ( ) Yok

11. Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Eşi vefat etmiş

12. Evli iseniz: Evlilik süreniz: ( ) 1- 10 yıl ( ) 11-20 ( ) 20 yıldan fazla
Çocuk sayınız: ( ) Yok ( ) 1- 3 çocuğum var ( ) 3'den fazla

13. Kardeşlerinizin sayısı: ( ) yok ( ) 1- 2 ( ) 3-4 ( ) 5 ve üzeri

14. Birlikte yaşadığınız kişiler: ( ) Anne- Baba ( ) Eş ve çocuklar
( ) Diğer (lütfen açıklayınız):…….

15. Barındığınız yer: ( ) Ev ( ) Yurt ( ) Diğer (lütfen açıklayınız):…….

16. Oturduğunuz yer: ( ) Kırsal (köy, kasaba) ( ) Kentsel

17. Ailenizin aylık toplam net geliri: ( ) 2.500 TLden az ( ) 2.500 TL-5.000 TL arası
( ) 5.000 TL- 7.000 TL arası ( ) 7.000 TL den fazla

18. Vücudunuzun herhangi bir yerinde ürtikere bağlı ne kadar süredir kızarıklık (eritem), kabarıklık ve/veya kaşıntınız var? ( ) 6 haftadan daha kısa süreli ( ) 6 hafta ve daha uzun süreli

19. Ürtikeryal döküntüleriniz ne kadar sürede kayboluyor? ( ) <1 saat ( ) 1-24 saat ( ) >24 saat

20. Döküntülerin vücudunuzun nerelerinde oluyor? (Lütfen belirtiniz):…….....
( ) Kaşınıyor ( ) Kaşınmıyor ( ) Ağrıyor ( ) Ağrımıyor

21. Döküntülerinize ateş, karın ağrısı, eklem ağrısı eşlik ediyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

22. Döküntüleriniz nedeniyle uyumakta ve/veya uykuya dalmakta güçlük çekiyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

23. Gece boyunca uykunuz bölünüyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

24. Uykunuz bölündüğü için gün içinde kendinizi yorgun hissediyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

25. Döküntüleriniz stresli ve/veya üzüntülü olduğunuz durumlarda artıyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

26. Döküntüleriniz sizde moral bozukluğu oluşturuyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

27. Döküntüleriniz nedeniyle ev dışına çıkmak veya toplum içinde bulunmaktan rahatsız oluyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

28. Döküntüleriniz giyinme veya giyim şeklinizi etkiliyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

29. Besin veya gıda maddesi olarak tükettiğiniz ürünlerle döküntülerinizin ortaya çıkışı arasında bir bağlantı olduğunu düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

30. Ürtikere ait şikayetleriniz aşağıdaki olaylardan herhangi birinden sonra mı başladı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) İlaç alımı ( ) Enfeksiyon ( ) Aşılanma ( ) İğne vurulma ( )

( ) Diğer (lütfen belirtiniz):……

31. Sizce döküntüleriniz aşağıdakilerden herhangi birisi ile ilişkili mi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Kaşıma ( ) Sürtünme ( ) Titreşim ( ) Sıcak maruziyeti ( ) Soğuk maruziyeti ( ) Terleme ( ) Baharatlı yiyecekler ( ) Sıcak yiyecek/içecekler ( ) Egzersiz ( ) Alkol ( ) Sigara

( ) Heyecan/Korku/Stres ( ) Üzüntü ( ) Yorgunluk ( ) Stres

32. Sizce döküntüleriniz aşağıdaki etmenlerden herhangi biri/ veya birkaçı ile hafifliyor mu? ( ) İlaç tedavisi ( ) Alternatif tıp uygulamaları ( ) Psikoterapi ( ) Tatil ( ) Diğer (lütfen belirtiniz):……

33. Ailenizde alerjik hastalığı olan herhangi bir aile üyesi var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

34. Ailenizde tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı olan herhangi bir aile üyesi var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

35. Kaşıntı/kabarıklıklarınız için son bir yılda kullanmış olduğunuz ilaçları yazınız?

…….

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM: TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıktan bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde *Beni pek Etkilemedi*	Orta Düzeyde *Hoş deşildi ama Katlanabildim*	Ciddi Düzeyde *Dayanmakta çok zorlandım*
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkuşu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkuşu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu uygun değilse "YANLIŞ"ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1-Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2-Sık sık hoşa gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3-Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm		
4-İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5- Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım		
6-Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7-Değişmez kurallarım vardır		
8-Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9-Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum		
10-Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11-Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.		
12-Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor		
13-Çok fazla sabun kullanırım.		
14-Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15-Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16-Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17-Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18-Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19-Pis tuvaletlere giremem.		
20-Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21-Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22-Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23-Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24-Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.		

25-Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayrım.		
26-Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27-Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		
28-Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29-Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır		
30-Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31-Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur		
32-En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33-Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34-Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35-Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm		
36-Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37-Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

SKİNDEX-29 ÖLÇEĞİ

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Cildim acıyor.					
2	Cilt rahatsızlığım uyku kalitemi etkiliyor.					
3	Cilt rahatsızlığımın ciddi olabileceğinden endişeleniyorum.					
4	Cilt rahatsızlığım, çalışmamı ve hobilerimle uğraşmamı güçleştiriyor.					
5	Cilt rahatsızlığım sosyal hayatimi etkiliyor. 6					
6	Cilt rahatsızlığım yüzünden kendimi depresif (ruhsal çöküntü içinde) hissediyorum.					
7	Cilt problemimde yanma veya batma hissediyorum.					
8	Cilt problemim yüzünden evde kalmayı tercih ediyorum.					
9	Cilt rahatsızlığımın iz bırakmasından endişe ediyorum.					
10	Cildim kaşınıyor.					
11	Cilt problemim sevdiklerimle yakınlaşmama engel oluyor.					
12	Cilt rahatsızlığımdan dolayı utanıyorum.					
13	Cilt rahatsızlığımın daha kötüye gitmesinden endişe ediyorum.					
14	Cilt rahatsızlığım yüzünden birçok şeyi yalnız yapmayı tercih ediyorum.					
15	Cilt rahatsızlığımdan dolayı kızgınım.					
16	Su cilt problemimi rahatsız ediyor (banyo yapmak, ellerimi yıkamak vs.).					
17	Cilt rahatsızlığım duygularımı ifade etmemi güçleştiriyor.					
18	Cildim tahriş oluyor.					
19	Cilt rahatsızlığım diğer insanlarla ilişkilerimi etkiliyor.					
20	Cilt problemimden dolayı mahcubiyet duyuyorum.					
21	Cilt rahatsızlığım sevdiğim insanlar için problem oluyor.					
22	Cilt rahatsızlığım yüzünden çaresiz kaldığımı, cesaretimin girildiğini hissediyorum.					
23	Cildim hassas.					
24	Cilt rahatsızlığım insanlarla birlikte olma isteğimi azaltıyor.					
25	Cilt rahatsızlığım yüzünden kendimi küçük düşmüş hissediyorum.					
26	Cilt problemimde (lezyonumda) kanamalar oluyor.					
27	Cilt problemim beni rahatsız ediyor.					
28	Cilt rahatsızlığım cinsel hayatimi etkiliyor.					
29	Cilt rahatsızlığım beni yoruyor.					

9.2. ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 22 EKİM 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2019/15
PROJE/ KARAR NO : 19/305 (Değerlendirilme Tarihi: 08.10.2019-22.10.2019)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER, Uzm. Dr. Sait YEŞİLLİK ve Dr. Elif SAĞLAM'ın yardımcı araştırmacı oldukları, 19/305 kayıt numaralı, **"Ürtikerli Hastalarda Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Belirtiler"** başlıklı tıpta uzmanlık tezi çalışmasının proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN	**ÜYE**	**ÜYE**
Ahmet COŞAR Prof. Dr.	Alper GÖZÜBÜYÜK Prof. Dr.	Selahattin BEDİR Prof. Dr.
ÜYE	**ÜYE**	**ÜYE**
Levent KENAR Prof. Dr.	Yusuf İZCİ Prof. Dr.	Ayten TÜRKKANI Prof. Dr.
ÜYE	**ÜYE**	**ÜYE**
TOPLANTIYA KATILMADI Ali Kağan COŞKUN Doç. Dr.	Cantürk TAŞÇI Doç. Dr.	Suat DOĞANCI Doç. Dr.
ÜYE	**ÜYE**	**ÜYE**
Dilek YILDIZ Doç. Dr.	Gülten GÜVENÇ Prof. Dr.	Mustafa GÜNEY Dr Öğr. Üyesi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135

9.3.TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK) ONAYI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ

KARAR TARİHİ: 28.11.2019
KARAR NO: 13
28.11.2019 TARİHLİ 13. KURUL KARARININ DEVAMIDIR.

13. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 25.10.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.1823 sayılı ve "Sema Nur ALTINTAŞ (Tez Çalışması)" konulu **Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sema Nur ALTINTAŞ'ın "Candida Türlerinin Vorikonazal ve Flukonazol Duyarlılık Profillerinin Araştırılması"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

14. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 07.11.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.17564 sayılı ve "Ayla SAYIN ÖZTÜRK (Tez Çalışması)" konulu **Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ayla SAYIN ÖZTÜRK'ün "Sağlık Alanında Yükseköğrenim Gören Öğrencilere Yönelik KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer) Eğitim Programının Geliştirilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş olup, araştırma konusu ile ilgili olarak uygulanacak olan **anket/ölçek formundaki** bazı soruların kurum ile ilgili idari hususları içermesi nedeniyle araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**

15. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 06.11.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.17243 sayılı ve "Erhan ÇETİN (Tez Çalışması)" konulu **Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Erhan ÇETİN'in "Yoğun Bakım Merkezinin Etkinliğinin Karşılaştırılması: Bir Askeri Hastanesinin Devir Öncesi ve Sonrası Örneği"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve bahse konu tez çalışması ile ilgili olarak örneklemin yapılacağı Anestezi ve Reanimasyon Kliniğinin "tez çalışmasında istenen Askeri Hastanenin devir öncesi ve sonrası Yoğun Bakım etkinliğinin karşılaştırılması için verilerde yeterli değişkenlik oluşmadığı için sağlıklı olamayacağının düşünüldüğü" ve Yoğun Bakım Kliniğinin ise "bahse konu tez konusunun bilime katkı sağlamayacağı yönünde değerlendirmelerine istinaden uygun olmadığı yönündeki görüşleri göz önünde bulundurularak araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**

16. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 15.10.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.1746 sayılı ve "Prof.Dr. Pınar BAYHAN (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Prof.Dr. Pınar BAYHAN'ın "Risk Altındaki Çocuklara ve Ebeveynlerine Yönelik Bir Erken Müdahale Örneği: Müdahale Programının Geliştirilmesi ve Etkinliğinin İncelenmesi"** başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve örneklemin yapılacağı ilgili klinik/kliniklerin bahse konu çalışmanın yapılmasının uygun olmadığı yönündeki kararı göz önünde bulundurularak araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**

17. GEAH Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Doç.Dr. Fatih ŞAHİNER'in** 09.10.2019 tarihli, SAYI: 50687469-771-17013 sayılı "Akademik Çalışma Hk." konulu dilekçesi ve **"Stok Candida Suşlarının Canlandırılması ve MALDI-TOF MS Yöntemi İle Tiplendirilmesi"** başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi finansmanın sorumlu araştırmacı tarafından karşılanması şartıyla oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

18. GEAH Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Elif SAĞLAM'ın** 31.10.2019 tarihli, SAYI: 50687469.044-E.18327 sayılı "Dr. Elif SAĞLAM (DR192557)'ın Anket Dilekçesi Hk." konulu dilekçesi ve **"Ürtikerli Hastalarda Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Belirtiler"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ

KARAR TARİHİ: 28.11.2019
KARAR NO: 13
28.11.2019 TARİHLİ 13. KURUL KARARININ DEVAMIDIR.

24. GEAH Genel Cerrahi Kliniğinin 06.11.2019 tarihli, SAYI: 50687469-051.01-E.18742 sayılı "Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği 20. İç Anadolu Bölgesi Travma ve Acil Cerrahi Toplantısı" konulu yazısı ve **"Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği 20. İç Anadolu Bölgesi Travma ve Acil Cerrahi Toplantısı"** başlıklı Toplantının Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Prof.Dr. Fahrettin Alparslan Amfisinde 07 Aralık 2019 tarihinde 10:00-14:00 saatleri arasında yapılması talebi incelenmiş ve izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüş olup,** bahse konu bilimsel etkinliğin belirtilen tarih ve saatte yapılabilmesi için ilgili kliniğin hastanemizin **Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlüğü** ile iletişime geçmesi gerekmektedir.

KATILMADI
Prof.Dr. Onur GENÇ
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Mustafa DEVECİ
TUEK Kurul Üyesi

KATILMADI
Prof.Dr. Şeref DEMİRKAYA
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Sebahattin VURUCU
TUEK Kurul Üyesi

Doç.Dr. Nesrin ÖCAL
TUEK Kurul Üyesi

Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN
SUAM Eğitim Koordinatörü
TUEK Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
TUEK Başkanı