T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HASTANEDE YATAN YAŞLILARDA CİLT KURULUĞUNUN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mesut AY

İstanbul

Ocak-2025

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HASTANEDE YATAN YAŞLILARDA CİLT KURULUĞUNUN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mesut AY

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

İstanbul

Ocak- 2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

Üye Dr. Öğr. Üyesi Neslihan TEKE

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım **"Hastanede Yatan Yaşlılarda Cilt Kuruluğunun ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Mesut AY

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince bana yol gösteren, değerli bilgilerini benimle paylaşan, özellikle çalışmamın bu seviyelere gelmesinde en büyük paya sahip olan, güler yüzlü ve mütevazı kişiliğiyle danışman hocam statüsünü hakkıyla yerine getiren Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ'a sonsuz saygılarımı sunuyorum. Beni bu yaşıma kadar getiren, ahlaki ve toplumsal değerleri öğreten ve eğitimim süresince beni destekleyen canım aileme, hedeflerim doğrultusunda ilerlememde beni asla yalnız bırakmayan, çalışmam süresince tüm zorluklara karşı benimle olan canım eşim Aliye Ay'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Bu çalışmamın gerçekleşmesinde veri toplama aşamasına katılan tüm yaşlı hastalara geçmiş olsun dileklerimi iletiyorum. Çalışmam sırasında küçük veya büyük yardımlarını esirgemeyen herkese şükranlarımı sunuyorum.

Mesut Ay

İstanbul 2025

ÖZET

HASTANEDE YATAN YAŞLILARDA CİLT KURULUĞU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Mesut AY

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Ocak, 2025–106 Sayfa

Bu araştırma *"Hastanede yatan yaşlıların cilt kuruluğu ve ilişkili faktörlerin incelenmesi"* amacıyla 65 yaş üzerindeki 200 kişide gerçekleştirilmiştir. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Kuru Cilt Skoru (Overall Dry Skin -ODS) DDM cilt nem ölçüm cihazı ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi ile toplanmıştır. Kuru cilt prevalansı %91,5'dir; kollara kıyasla sağ ayak ve sol ayakta kuruluk oranları daha fazladır. Yaş ve hastanede yatış süresi arttıkça kuru cilt artmaktadır. Sigara kullananlarda, primer tanıya eşlik eden ek hastalığı olanlarda, kardiyovasküler hastalığı, dislipidemisi ve KOAH'ı olanlarda kuru cilt daha fazladır. Çoklu ilaç kullananlarda, antibiyotik, diüretik, sedatif ve antihipertansif ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksektir. Yüksek hemoglobin, hematokrit ve üre kuru cilt skorunu etkilemektedir. Tüketilen su miktarı arttıkça kuru cilt skoru azalmakta, cilt nemi artmaktadır. Kuru cilt skoru haftada bir banyo yapanlarda, 2-3 günde bir banyo yapanlardan daha yüksektir. Banyo suyunun sıcaklığı, saç ve vücut yıkama ürünü ve banyoda lif kese kullanımı kuru cilt skoru ve DDM skorunu etkilememektedir. Cildi için nemlendirici kullananlarda cilt nem skoru daha düşüktür. Hem kronik kaşıntı sorunu olanlarda hem de terlediğinde kaşıntı yaşayanlarda kuru cilt skoru daha yüksek, cilt nemi skoru daha düşüktür. Kıyafetlerinde pamuklu tercih edenlerin kuru cilt skoru, tercih etmeyenlere göre daha düşüktür. Hem kuru cilt skoru hem de nem skoru Dermatolojik Yaşam Kalitesi skoru ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, kuru cilt, yaşlı

ABSTRACT

EXAMINATION OF DRY SKIN AND RELATED FACTORS IN THE HOSPITALIZED ELDERLY POPULATION

Mesut AY

Master of Science, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

January, 2025 – 106 Pages

This study was conducted in 200 people over the age of 65 years in order to "Examination of dry skin and related factors in the hospitalized elderly population". Data were collected by Personal Information Form, Overall Dry Skin Score (ODS) DDM skin moisture meter and Dermatologic Quality of Life Index. The prevalence of dry skin was 91.5%, with higher rates of dryness on the right foot and left foot compared to the arms. Dry skin increased with increasing age and length of hospitalization. Dry skin was more common in smokers, those with comorbidities accompanying the primary diagnosis, cardiovascular disease, dyslipidemia and COPD. Dry skin score was higher in polypharmacy, antibiotic, diuretic, sedative and antihypertensive drug users compared to non-users. High hemoglobin, hematocrit and urea affected the dry skin score. As the amount of water consumed increased, dry skin score decreased and skin moisture increased. Dry skin score was higher in those who bathed once a week than those who bathed every 2-3 days. The temperature of the bath water, hair and body wash product and the use of a loofah in the bath did not affect the dry skin score and DDM score. Skin moisture score was lower in those who used moisturizers for their skin. Both those with chronic itching and those who experienced itching when they sweat had a higher dry skin score and a lower skin moisture score. Those who preferred cotton in their clothes had a lower dry skin score than those who did not. Both the dry skin score and the moisture score were associated with the Dermatologic Quality of Life score.

Keywords: Hospital, dry skin, elderly

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖN SÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **x**

KISALTMALAR ..... **xi**

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ **1**

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması 3

2.2. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlılık 5

2.3. Yaşlanan Deri 6

2.3.1. Derinin Anatomi ve Fizyolojisi 6

2.3.1.1. Epidermis 7

2.3.1.2. Dermis 10

2.3.1.3. Hipodermis 11

2.3.2. Deride Bulunan Hücre Tipleri 11

2.3.3. Derinin Fonksiyonları 12

2.3.4. Yaşlanmaya Bağlı Deride Görülen Değişiklikler 13

2.3.4.1. Cildin Kalınlığında Meydana Helen Değişiklikler 16

2.3.4.2. Cildin Kompozisyonunda Meydana Gelen Değişiklikler 17

2.3.4.2.1. Epidermiste Meydana Gelen Değişiklikler 17

2.3.4.2.2. Dermiste Meydana Gelen Değişiklikler 19
2.3.4.2.3. Hipodermiste Meydana Gelen Değişiklikler 21
2.4. Yaşlılık ve Cilt Kuruluğu 21
2.4.1. Yaşlılıkta Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörler 21
2.4.2. Cilt Kuruluğunun Değerlendirilmesi 23
2.4.3. Cilt Kuruluğunun Önlenmesi ve Tedavisi 28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Tipi 31
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 33
3.4. Veri Toplama Araçları 33
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 33
3.4.2. Kuru Cilt Skoru (Overall Dry Skin -ODS) 34
3.4.3. DDM Cilt Nem Ölçme Cihazı 34
3.4.4. Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) 35
3.5.Verilerin Toplanması ve Analizi 35
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 36
3.7. Araştırma Sınırlılıkları 36

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR 37
4.1. Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları 37
4.2. Olguların Sağlık Durumu 40
4.3. Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları 42
4.4. Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri 43
4.5. Olguların Cilt Nem Oranları 44
4.6. Olguların Dermatolojik Yaşam Kalitesi 45
4.7. Olguların Cilt Kuruluğunu Etkileyen Faktörler 46
4.7.1. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Sosyo-demografik Özellikler ve Alışkanlıklar ile Karşılaştırılması 46
4.7.2. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması 48

4.7.3. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması 53
4.7.4. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri ile Karşılaştırılması..... 54
4.8. Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki 55

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA 56
5.1. Olguların Kuru Cilt Prevalansı 56
5.2. Olguların Cilt Kuruluğunu Etkileyen Faktörler 57
5.2.1. Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları 58
5.2.2. Olguların Sağlık Durumu 62
5.2.3. Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları, Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri 65
5.3. Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki 66

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ ve ÖNERİLER..... 68

KAYNAKÇA 72

EKLER..... 82

ÖZGEÇMİŞ..... 95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kuru Cilt Sorunu Olan Hastaya Tanısal Yaklaşım 26

Tablo 3.1: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde Bulunan Dahiliye Klinikleri ve Yatak Sayıları 32

Tablo 3.2: Kuru Cilt Skoru Puanlanması ve Yorumlanması 34

Tablo 4.1: Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları 38

Tablo 4.2: Olguların Sağlık Durumları 41

Tablo 4.3: Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları 43

Tablo 4.4: Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri 44

Tablo 4.5: Olguların Cilt Nem Oranları 45

Tablo 4.6: Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi Ortalama Puanları ve Etkilenme Durumu 46

Tablo 4.7: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Sosyo-demografik Özellikler ve Alışkanlıklar ile Karşılaştırılması 47

Tablo 4.8: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması 49

Tablo 4.9: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması 53

Tablo 4.10: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri ile Karşılaştırılması 54

Tablo 4.11: Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki 55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Derinin Tabakaları 7

Şekil 2.2. Epidermisin Katmanları 8

Şekil 2.3. Cilt Kuruluğunun Objektif Bulguları 23

Şekil 2.4. Xerosimetre 27

KISALTMALAR LİSTESİ

DDM	: Cilt nem ölçme cihazı
DLQI	: Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (Dermatological Life Quality Index)
DYK	: Dermatolojik yaşam kalitesi
DYKİ	: Dermatolojik yaşam kalitesi
EEMCO	: Kozmetik ve Diğer Topikal Ürünlerin Etkinlik Ölçümü Avrupa Grubu (European Group of Efficacy Measurement of Cosmetics and Other Topical Products)
FLQA	: Freiburg Yaşam Kalitesi Değerlendirme Aracı (Freiburg Life Quality Assessment)
NMF	: Doğal Nemlendirici Faktör (Natural Moisturizing Factor)
ODS	: Kuru cilt skoru (Overall Dry Skin)
PBI	: Hasta Yarar İndeksi (Patient Benefit Index)
TSH	:Tiroid Sitümülan Hormon
UV	:Ultraviole

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Yaşlanma vücudun sistem, organ ve hücre düzeyinde değişikliklerin ve fonksiyon kayıplarının ortaya çıktığı bir dönemdir (Pınar Bölüktaş, 2025). Yaşlanmanın gözle görülür etkisi en fazla deride olur. Yaklaşık 40 yaşından sonra deri de bazı değişiklikler olmaya başlar. Yaşlanmaya başlayan epidermal hücreler daha yavaş yenilenir, buna bağlı olarak deri de incelme, elastikiyet kaybı, kırışıklıklar ve kuruluk görülür (Bayrak ve Akın, 2019; Şengül Ayçicek ve Ülger, 2021). Yine yaşlanma sürecinde ter bezlerinin hem sayısı azalır hem de fonksiyonları yavaşlar, bozulur, yanısıra yağ bezlerinden sebum üretimin azalması deri kuruluğuna daha da fazla katlı verir. Tüm bu süreçlerin sonunda deri zedelenmeye, yaralanmaya açık bir hale gelir, deri kuruluğuna bağlı olarak ta pullanma ve kaşıntı görülür (Wong ve Chew, 2021; Pınar Bölüktaş, 2025).

Yaşlılığa her zaman kuru cilt problemlerine yol açan cilt yaşlanması eşlik eder. Cilt yaşlanması hem içsel hem de dışsal faktörlerin kombinasyonunun sonucu olarak meydana gelir (Wong ve Chew, 2021) ve genellikle azalmış cilt su içeriği, azalmış cilt savunma bariyer işlevi, gevşemiş cilt, azalmış elastikiyet ve kuru ve kaşıntılı cilt olarak kendini gösterir (Wang vd., 2020; Lee ve Shim, 2021; Wong ve Chew, 2021).

Yaşlılarda cilt yaşlanmasının sonucu olarak cilt kuruluğu görülür. Cilt kuruluğu (xerosis cutis), cildin pullu, pürüzlü ve ara sıra çatlayarak bariyer işlev bozukluğuna yol açtığı bir durumdur (Lee ve Shim, 2021). Cilt kuruluğu stratum corneum'un hidrasyonunun azalmasından kaynaklanır ve klinik belirtiler deri çatlaklarından inflamasyona geniş bir yelpazededir (Amin vd. 2021; Jiang vd., 2022). Cilt kuruluğu, genel olarak vücudun tüm bölgelerinde görülebilirse de alt bacaklar, kollar, eller ve ayaklar gibi daha az yağ bezi bulunan bölgeler de daha fazla görülür (Dalgleish ve Campbell, 2022).

Yaşlılarda cilt kuruluğunun yaygın olduğu bilinmektedir. Örneğin Almanya'da ulusal düzeyde genel popülasyonda yapılan bir çalışmada 48 630 yaşlı taranmış ve kuru cilt prevalansı %29,4 olarak bulunmuştur (Augustin vd., 2019a). Bosna Hersek'te yapılan çalışmada kuru cilt prevalansı %60 olarak rapor edilmiştir (Mekić vd., 2019). Bu çalışmalarda kuru cilt genellikle sağlık durumu, bazı kronik hastalıklar ve ilaçlarla ilişkili bulunmuştur. Çin'de kuru cilt prevalansı %34,4 olarak bulunmuş; kuru cilt şikayeti olanların %21,2'sinin kaşıntı ve %12,5'inin uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır. Bu çalışmada ileri yaş, erkek cinsiyeti, huzurevinde kalmak, cilt

bakımında başkalarına bağımlı olmak, beslenme sorunları, aktivite azlığı, sağlık sorunları (böbrek, solunum, kalp-damar hastalıkları, varikoz venler, diyabet, Parkinson) ve kullanılan ilaçlar (diüretikler, statin grubu ilaçlar, antibiyotikler) kuru cilt sorunu ile ilişkili bulunmuştur (Jiang vd. 2022). Yurtdışında yapılan sistematik gözden geçirmede (Hahnel vd., 2017a) kuru cilt prevalansının %5,4-%85,5 arasında değiştiği gösterilmiştir.

Nüfusun %10,2'si yaşlı olan ülkemizde bu konuda yapılmış tek bir çalışma bulunmaktadır. Kılıç vd. tarafından huzurevinde kalan 300 yaşlıda yapılan çalışmada kuru cilt prevalansı %45,3 olarak bulunmuştur (Kılıç vd, 2008).

Kronik hastalık varlığının ve kullanılan bazı ilaçlar, banyo ve cilt bakım rutinleri vb birçok faktörün cilt kuruluğu için risk oluşturduğu belirtilmekle birlikte, ülkemizde yaşlı hasta popülasyonda cilt kuruluğunun incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu eksiklikten yola çıkarak gerçekleştirilen mevcut çalışma hastanede yatan yaşlılarda cilt kuruluğunun ve ilişkili faktörlerin incelendiği ilk araştırma olması bakımından alana katkı sağlayacak özgün bir çalışmadır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

Hem cansız hem de canlı varlıklarda her şeyin değiştiği ve farklılaştığı bilinmektedir. Cansız varlıklarda bu değişim ve farklılaşma eskime, yıpranma şeklinde olurken, canlı varlıklarda yaşlanma şeklinde olmaktadır (Pınar Bölüktaş, 2025).

Canlıların biyolojik olarak erişkinliğe ulaştıktan ve üreme durduktan sonra ölüme kadar geçen süre yaşlılık olarak tanımlanabilir. Her canlı yaşlanır, insan dışındaki canlılarda yaşlanma biyo-fizyolojik olarak ele alınırken, insanın yaşlanması fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Pınar Bölüktaş, 2025).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre *"yaşlılık bireyin çevresel etkenlere uyum sağlama yeteneğinin azalmasıdır."* Yaşlılık kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve toplumsal yaşlanma olarak beş grupta sınıflandırılmaktadır (Pınar Bölüktaş, 2025).

Kronolojik yaşlanma DSÖ'nün kabul ettiği ve günümüzde birçok ülke tarafından da kabul edilen yaşlanmadır. Kronolojik yaşlanma bireyin doğumundan içinde bulunduğu zamana kadar yaşadığı yılların toplamıdır, bir başka ifade ile kronolojik yaşlanma bireyin doğumdan itibaren günümüze kadar aldığı takvim yaşıdır (Pınar Bölüktaş, 2025). 1963 yılında DSÖ 60 yaş ve üzerindeki bireyleri, 1998 yılında ise yaşam süresinin uzaması vb nedenlerle 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmiştir (World Health Organisation, 1998).

Biyolojik yaşlanma yaş alma ile boyun kısalması gibi hem yapısal hem de yürüme güçlüğü, işitme kaybı vb fonksiyonel değişikliklerin meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Pınar Bölüktaş, 2025).

Psikolojik yaşlanma yaş alma ile bellek gücünde (öğrenme, algılama, zihinsel sorun çözme) ve duygu durumda yeti yitiminin olması ve meydana gelen değişikliklere bireyin uyum sağlamada güçlük çekmesidir. Psikolojik yaşlanmaya bağlı olarak birey devamlı geçmişe özlem duyabilir, yetersizlik ve başkalarına yük olduğu duygusu yaşayabilir ve üzüntülü, depresif ruh haline bürünebilir (Pınar Bölüktaş, 2025).

Sosyolojik yaşlanma emeklilik, eşin ölmesi, ekonomik zorluklar, sosyal ilişkilerin azalması vb çoklu nedene bağlı olarak bireyin toplumsal yaşama uyum sağlamada güçlük yaşamasıdır. Toplumun yaşlıya verdiği değer bireyin sosyolojik yaşlanmasını etkiler, yaşlısına değer veren toplumlarda, yaşlanan bireyler kendini toplumdan daha az soyutlanmış hissederler (Pınar Bölüktaş, 2025).

Toplumsal yaşlanma bireyin içinde yaşadığı toplum tarafından yaşlılığa atfedilen anlamdır. Toplumsal yaşlanmayı, toplumun kültürel yapısı etkiler (Pınar Bölüktaş, 2025). *"Yaş yetmiş, iş bitmiş"* gibi bir algının olduğu toplumda, yaşlının toplum içinde aktif rol oynaması beklenmez. Yine birçok Avrupa ülkesinde emeklilik yaşı 65 iken, ülkemizde bu durumun *"mezarda emeklilik"* olarak adlandırılması, toplumun yaşlanma ile bireyin toplumsal rollerini bırakması ve yaşamdan el ayak çekmesi gerektiğine olan inancını gösteren çarpıcı bir örnektir.

Yaşlılık tanımı yukarıda sıralanan tüm boyutları içermekle birlikte, günümüzde genel olarak yaşlılık tanımı olarak kronolojik yaşlanma kabul edilmektedir. Kronolojik yaşlanma tanımına göre Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üzerini (United Nations, 2020), DSÖ ise 65 yaş ve üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir (World Health Organisation, 1998).

Biyolojik ve kronolojik yaşlanma her zaman paralel olmamaktadır. Yaşam koşullarının zor olduğu ve sağlıksız toplumlarda bireyler kronolojik yaştan daha önce de biyolojik olarak yaşlanabilmektedir; aksine Japonya gibi sağlıklı, aktif ve başarılı yaşlanmayı politika haline getirmiş ülkelerde biyolojik yaşlanma kronolojik yaşlanmanın gerisinde kalmaktadır. Bu nedenle bazı ülkelerde, örneğin Japonya'da kronolojik yaşlanma sınırının yeniden tanımlanması ve kronolojik olarak yaşlılık sınırının 75 ve üzerinde olması amacıyla çalışmalar yapılmaktadır (World Health Organisation, 2018).

Küresel olarak dünya nüfusunun yaşlanması *"demografik değişim"* olarak adlandırılmaktadır. Tüm dünyada yaşlı nüfusun pandemi şeklinde artmasının iki temel nedeni doğurganlık oranlarının düşmesi ve aşılama, uygun sanitasyon, yeterli beslenme, erken tanı ve tedavi uygulamaları vb nedenlerle ömür süresinin uzamasıdır (World Health Organisation, 1998; 2018).

Toplum yaşlanması denildiğinde, bir toplumda çocuk ve genç nüfusunun azalması yaşlı nüfusun artması kastedilmektedir (United Nations, 2025).

65 yaş üzerindeki bireylerin toplam nüfus içindeki payına göre toplumlar "genç", "olgun" ve "yaşlı" olarak kategorize edilmektedir. Buna göre bir toplumda 65 yaş ve üzeri nüfusun toplamdaki payı %4'ten azsa toplum genç nüfus, %4-6,9 ise olgun/erişkin nüfus, %7-10 ise yaşlı nüfus ve %10'dan fazla ise çok yaşlı nüfus olarak sınıflandırılır (United Nations, 2025).

2.2. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlılık

Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. 2024 yılı itibarı ile dünyada 1,2 milyar insanın 60 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir, bu sayının 2030 yılına kadar 1,4 milyara; 2050 yılında 2,1 milyara, 2070 yılının sonlarında ise 2,2 milyara ulaşacağı düşünülmektedir. 2023 yılı rakamlarına göre, dünyada 65 yaş üzerinde olanların oranı %10'dur, bu da dünyada 807 milyon 790 bin 294 yaşlı var anlamına gelmektedir. Yapılan projeksiyonlar 2050 yılında nüfusun %16'sının 65 yaş ve üzerinde olacağını göstermektedir (United Nations, 2025).

En fazla yaşlı nüfusa sahip ülkeler sırası ile Monako (%35,8), Japonya (%30,1), İtalya (%24,5) ve Finlandiya'dır (%23,6) (United Nations, 2025).

Dünya genelinde doğuşta beklenen yaşam süresi 1995 yılında %70,9 iken, 2024 yılında %78,8'e yükselmiştir. Gelecekte yaşlı nüfusun kendi içinde de yaşlanmaya devam edeceği bilinmektedir. Birleşmiş Milletler'e göre (2025), 2017 yılında ≥60 yaş olan bireylerin %14'ü 80 yaş ve üzerinde idi, bu da yaklaşık 137 milyon yaşlının 80 yaş üzerinde olduğunu göstermektedir. 2030 yılında 80 yaş ve üzerinde 265 milyon kişi olacağı ve yaşlıların yenidoğan oranlarını aşacağı, 2050 yılında ise yaşlıların %20'sinin ≥80 yaş bireylerden oluşacağı, bunun da yaklaşık 425 milyon ileri yaşlı edeceği tahmin edilmektedir (United Nations, 2025).

Dünya genelinde erkeklere kıyasla kadın yaşlıların oranı fazladır; 2022 istatistiklerine göre, 65 yaş üzerinde olanların %55,7'si kadın, %44,3'ü erkektir. 2024 yılında kadınların erkeklerden ortalama 6,4 yıl daha uzun yaşadıkları; aynı dönem için doğuşta beklenen yaşam süresinin erkeklerde 75,6, kadınlarda 82 yıl olduğu bildirilmiştir (United Nations, 2025).

Türkiye nüfusu yapılan tahminlerden çok hızlı şekilde yaşlanmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki bireylerin toplam nüfusa oranı 1990 yılında %4,3 iken, yıllar içinde katlanarak artmış ve 2023 yılında %10,2'ye ulaşmıştır. Bu oran ile çok yaşlı ülkeler sınıfına dahil olan Türkiye'de 2023 yıl sonu itibarı ile 8 722 806 yaşlı mevcuttur. Nüfusun daha da yaşlanacağı ve 65 yaş ve üzerinde olanların oranının 2030 yılında

%12,9’a, 2040 yılında %16,3’e ve 2050 yılında %25,6’ya yükseleceği öngörülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Yaşlı nüfusun en yoğun olduğu iller Sinop (%20), Kastamonu (%19,5) ve Giresun’dur (%18,3). Yaşlı nüfusun %55,5’i kadındır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Ülkemiz için doğuşta beklenen yaşam süresi 1990 yılında 66 olarak bildirilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun Hayat tabloları, 2021-2023 sonuçlarına göre, Türkiye geneli için doğuşta beklenen yaşam süresi 77,3, kadınlar için 80 yıl ve erkekler için 74,7 yıldır. Görüldüğü gibi, kadınların doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerden 5,3 yıl daha uzundur. 2050 yılında kadın ve erkekler için tahmin edilen doğuşta beklenen yaşam süresi sırası ile 86 ve 80’dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024; Pınar Bölüktaş, 2025).

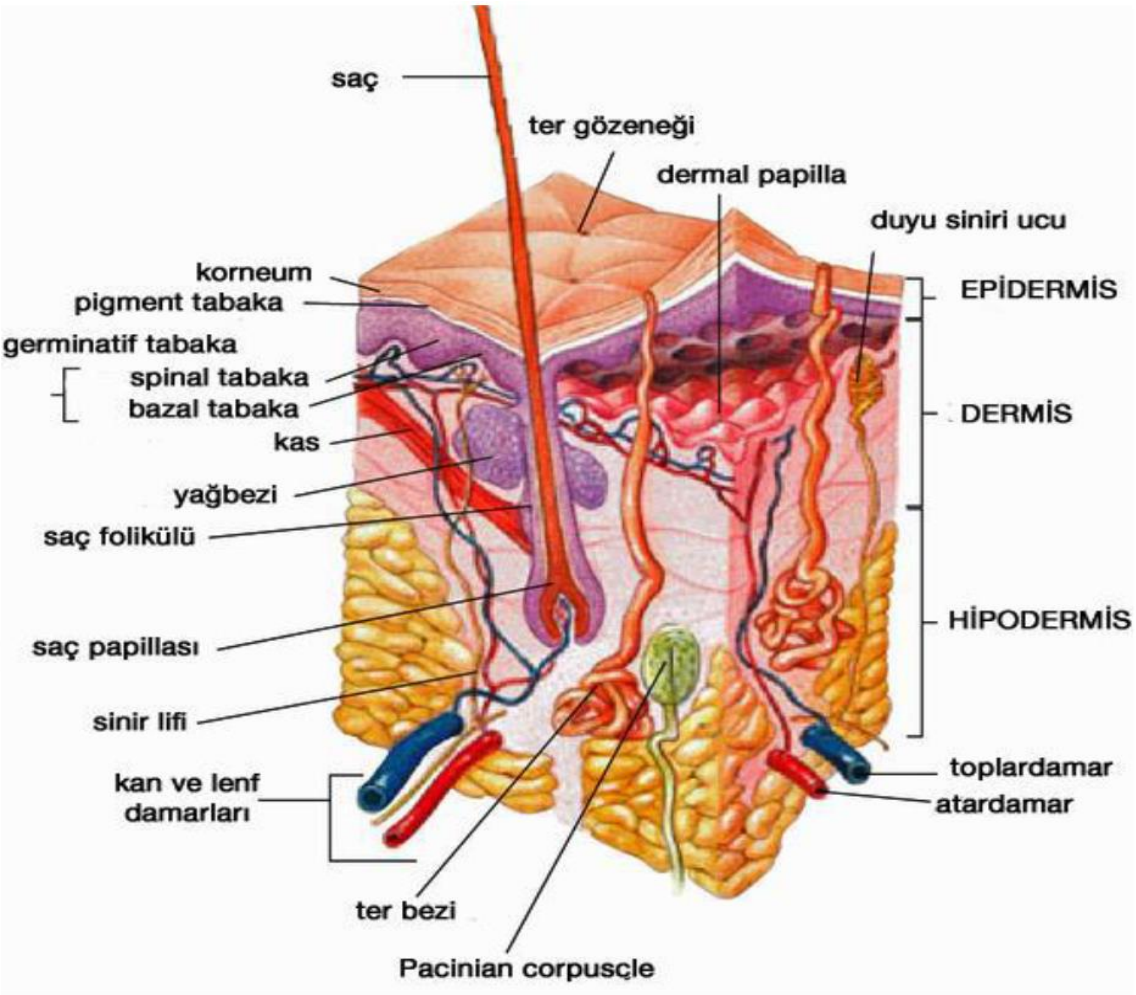
2018 yılında yaşlı nüfusun %62,2'si 65-74 yaş grubunda, %28,6'sı 75-84 yaş grubunda ve %9,2'si 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır. 2023 yılında ise yaşlıların %64'ü 65-74 yaş grubunda, %28,1'i 75-84 yaş grubunda ve %7,9’u 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır. Gelecek yıllarda yaşlı nüfusun kendi içinde yaşlanmaya devam edeceği, 2050 yılında 65 yaş üzerindekilerin %20’sinin 80 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Pınar Bölüktaş, 2025; Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Yaşlanma ile birçok organ ve dokuda değişiklikler meydana gelir, yaşlanmanın etkileri en belirgin olarak deride görülür.

2.3. Yaşlanan Deri

2.3.1. Derinin Anatomi ve Fizyolojisi

Deri (cilt) vücudun dış yüzeyini kaplayan ve bazı bölgelerde de mukoza ile devamlılık gösteren en geniş organdır; erişkinlerde beden ağırlığının yaklaşık %15’i deridir (Şen Esmer, 2021). Deri epidermis, dermis ve hipodermis olmak üzere üç bölümden oluşur (Şekil 2.1).



Şekil 2.1: Derinin Tabakaları

2.3.1.1. Epidermis

Cildin dış tabakası olan ve sürekli yenilenen epidermis büyük çoğunluğu keratinosit ve melanositler, daha az oranda da immün hücreler (Langerhanss hücreleri) ve Merkel hücreleri olmak üzere dört tip hücre içerir (Lotfollahi, 2024).

Epidermiste kan damarları bulunmaz, epidermis oksijen ve besinleri dermisten diffüzyon yolu ile alır (Şen Esmer, 2022). Epidermisin temel görevi deriyi dış etkenlerden (mikroorganizma, travma vb) korumak ve iç dokuların hidrasyonunu sağlamaktır. Bu iki işlev epidermisin en dış tabakası olan stratum corneum tarafından gerçekleştirilir (Bonham, Kuehlmann ve Gurtner, 2020; Şen Esmer, 2022; Lotfollahi, 2024).

Epidermisin kalınlığı anatomik bölgeye, iklim koşullarına, ırka, cinsiyete (kadınların derisi erkeklerden daha incedir) ve genetik yapıya göre bireyden bireye değişmekle birlikte (Şen Esmer, 2021), ortalama 0,5 ila 1,5 mm arasındadır. Kalın deri olarak

bilinen avuç içi, parmak izi bölgesi ve ayak tabanlarında epidermis daha kalınken, ince deri olarak bilinen vücudun diğer bölümlerinde daha ince; alın, şakaklar ve göz çevresinde ise en incedir (Lotfollahi, 2024).

Epidermis bulunduğu vücut bölgesine göre dört veya beş katmandan oluşur. Bu katmanlar yüzeyden derine doğru aşağıdaki gibi sıralanır (Şekil 2.2), (Şen Esmer, 2022; Lotfollahi, 2024).

Stratum Corneum (keratinize tabaka, boynuzsu tabaka)

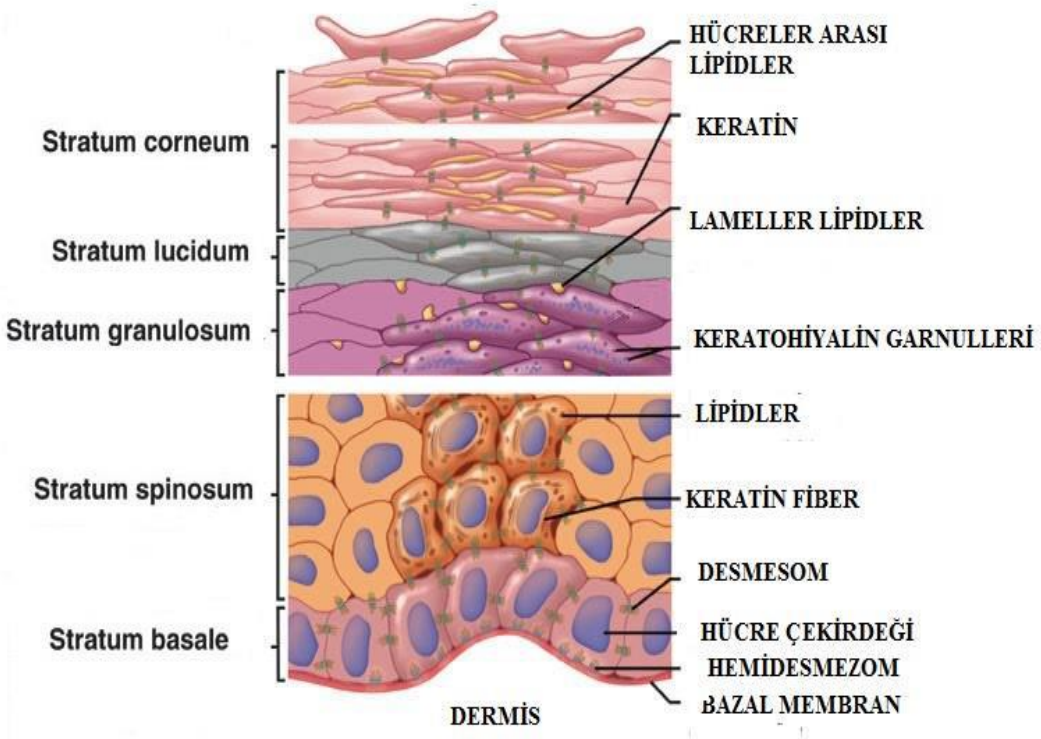
Stratum Lucidum (lusidum tabakası)

Stratum Granulosum (granüler tabaka)

Stratum Spinosum (spinal tabaka)

Stratum Basale (Malpighi, Bazal tabaka)

İnce deride, epidermis stratum corneum, stratum granulosum, stratum spinosum ve stratum basale olmak üzere dört epitel tabakadan; kalın deride ise epidermis bu tabakalara ek olarak stratum lucidum tabakasını içeren 5 tabakadan oluşur (Lotfollahi, 2024).



Şekil 2.2: Epidermisin Katmanları

Stratum corneum epidermisin en üst ve en kalın bölümü olup 25-30 katmandan oluşur. Stratum corneum lipid açısından zengin zarlar oluşturan lameller granüllerden türetilen ekstraselüler matrikste gömülü kompakt tabakalar halinde düzenlenmiş korneositlerden oluşur. Bu kornifiye tabaka, atmosfer ile alttaki epidermal ve dermal dokular arasındaki en dış arayüz görevi görür (Russell-Goldman ve Murphy, 2020).

Bu alanda bulunan ana hücre türü, çekirdeği olmayan büyük ve düz keratinositlerdir. Bu hücrelerdeki keratin ve diğer yapısal proteinler sıkı bir şekilde çaprazlanmıştır ve sert ve geçirgen olmayan bir katman oluştururlar (Carville, 2024; Lotfollahi, 2024). Sağlıklı bir bireyde bu bölgenin pH'ı 4 ila 6,5 arasında olup hafif asidiktir, deri için bu optimal pH vücudu bazı bakteri ve mantarlardan korur. Bu nedenle deri pH'ını değiştiren her şey bakteriyel veya mantar enfeksiyonları gibi cilt sorunlarına yol açabilir (Lotfollahi, 2024).

Stratum corneum sürekli olarak yenilenir ve yaklaşık dört haftalık bir süre içinde eski keratinositler proteolitik bozulmaya uğrar, dökülür ve yerini yeni keratinositler alır. Keratinositlerin değişim, yenilenme hızı yaşlı ciltte azalır ve bazal katmandan epidermise göç etme süresi %50'ye kadar artar (Bonham vd., 2020).

Stratum lucidum 2-3 hücre katmanından oluşur ve cildin 'berrak' tabakasıdır, yalnızca vücudun kalın derili bölgelerinde, örneğin el ayası ve ayak tabanlarında bulunur. Bu tabakanın 'şeffaf' doğası, 'şeffaf keratinositlerin' varlığından kaynaklanır (Lotfollahi, 2024).

Stratum granulosum, stratum spinosumdan farklılaşan 3-4 granüler hücre katmanından oluşur. Bu granüler hücreler keratohyalin granüller veya lameller granüllerden oluşur. Keratohyalin granülleri, sonunda kümeleşen, çapraz bağlanan ve demetler oluşturan keratin öncüllerini içerir. Keratohyalin granüllerinin ana işlevi, ara keratin filamentlerini birbirine bağlamaktır. Lameller granüller ise hücreleri bir arada tutan ve hidrofobik özellikler oluşturan yapıştırıcı görevi gören glikolipidler içerir. Bu bölümdeki yassı elmas şeklindeki hücreler bazal membrana paralel uzanır ve stratum corneum tabakasında epidermal hücrelere olgunlaşmalarına yardımcı olan molekülleri farklılaştırma görevi görür (Carville, 2024; Lotfollahi, 2024).

Stratum spinosum 8-10 hücre tabakası kalınlığında olup bazal tabakanın hemen üzerinde yer alır ve bazen “dikenler” olarak adlandırılan, dışarıya doğru uzanan ve komşu hücrelerle desmozomlar aracılığıyla temas eden sitoplazmik uzantılara sahip çok yüzlü şekilli keratinositlerden oluşur. Bu bölümdeki keratinositler farklılaşmaya

devam eder ve stratum corneumdaki hücreleri oluşturur. Ayrıca bu katmanda dendritik hücreler de vardır. Kişi yaşlandıkça stratum spinosum incelir (Bonham vd., 2020; Lopez-Ojeda, vd., 2024).

Stratum basale epidermisin en derin katmanıdır ve bazal hücreler olarak da bilinen tek bir farklılaşmamış keratinosit katmanından oluşur. Bazal hücre, bir keratinositin öncüsü olan kübik şekilli bir kök hücredir. Bu katmandaki hücreler meiotik olarak aktiftir, yani sürekli olarak yenilenir ve yeni keratinositler üretirler. Ayrıca, cilt renginden sorumlu olan ve UV koruması sağlayan melanositler de bu katmanda dağılmış şekilde yer alır. Bu katman, bazal membran (bazal lamina) adı verilen bir yapı ile dermisten ayrılır ve bazal membrana hemidesmozomlar ile bağlanır (Carville, 2024; Lopez-Ojeda, vd., 2024; Lotfollahi, 2024).

Bazal membran dermisi epidermisten ayırır ve epidermisin altında bulunur. Bazal membranın her iki tarafında ekstraselüler matriks moleküllerinin varlığı, epidermis ve dermis arasında sıkı bir bağlantı sağlayan 'yapışkan' bir ortam yaratır (Bonham vd., 2020; Carville, 2024).

2.3.1.2. Dermis

Dermis, damarlar ve sinirler içeren, epidermisi besleyen ve destekleyen daha kalın bir yapı olup yüzeysel papiller bölge (yüzeysel dermis) ve derin retiküler bölge (derin dermis) olmak üzere iki bölüm içerir. Yüzeysel papiller bölge epidermis bağ dokusuyla temas eden gevşek bağ dokusundan oluşan daha ince üst tabakadır. Hücre dışı matriks ve fibroblastlardan oluşur. Fibroblastlar ayrıca yara iyileşmesinde rol oynayan ekstraselüler matriksin iki ana bileşeni olan fibronektin ve hyaluronik asit salgılar. Yüzeysel dermis ayrıca kan damarları, lenfatik yapılar, epitel hücreler, küçük kaslar ve nöronlar içerir (Carville, 2024; Lotfollahi, 2024).

Derin retiküler bölge, yüzeysel dermise göre daha kalındır, daha az hücre içerir ve yoğun bağ dokusundan oluşur. Bu bölge derinin gerilme direncini sağlayan geniş bir kan damarı ve kolajen lif ağları içerir. Bu katmanda, esas olarak kolajenden oluşan fibroelastik bağ dokusu ve fibroblastlar bulunur (Şen Esmer, 2021; Lopez-Ojeda, vd., 2024; Lotfollahi, 2024).

Dermiste Pacini, Meissner, Krause ve Ruffini cisimcikleri ile Merkel diskleri bulunur. Basınç ve gerilme duyusu Pacini cisimciği tarafından, vücudun kılsız bölgelerinde dokunma duyusu Meissner cisimciği, kıllı bölgelerinde Merkel diskleri tarafından

algılanır. Soğuğu Krause cisimciği, sıcağı Ruffini cisimciği algılar (Iheanacho ve Vellipuram, 2023).

2.3.1.3. Hipodermis

Deri altı tabakası veya yüzeysel fasya olarak da bilinen hipodermis dermisin altında yer alır ve cildin dermis kısmını kas veya kemiği çevreleyen altta yatan fasyaya bağlar. Hipodermis, esas olarak yağ depolaması rolü olan yağ dokusundan oluşur ve yastıklama ve yalıtım görevi görür (Carville, 2024; Lopez-Ojeda, vd., 2024; Lotfollahi, 2024).

Hipodermis aynı zamanda iyi damarlanmış, gevşek ve areolar bağ dokusu içerir. Derinin esnekliğinin ve alttaki yapılar üzerindeki serbestçe hareket edebilmesinin esas olarak kolajen ve elastik liflerin gevşek yapıda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Lopez-Ojeda, vd., 2024; Lotfollahi, 2024). Hipodermisin yağ depolaması ve yastıklama işlevi yaşlanma süreciyle birlikte azalır (Bonham vd., 2020).

2.3.2. Deride Bulunan Hücre Tipleri

Keratinositler: Epidermal hücrelerin yaklaşık %95'ini keratinositler oluşturur. Keratinositler epidermisin en derin tabakası olan stratum basaleden kaynaklanır. Keratinositlerin yolculuğu stratum basalede farklılaşmamış keratinositler olarak başlar. Bu hücreler stratum spinosuma doğru göç ettikçe polihedral şekilli keratinositlere farklılaşmaya başlar. Stratum granulosumda, keratinositler keratohiyalin gibi yapısal proteinlere sahip granüller içerir ve düzleşir. Cildin ana işlevlerinden biri, vücudumuzdan su kaybını ve tahriş edici maddelerin vücudumuza girmesini önlemek için bir bariyer görevi görmektir. Bu işlev büyük ölçüde keratinositlerin ana bileşeni olan keratinin suda çözünmeyen özelliklerine bağlıdır. Adından da anlaşılacağı gibi, keratinositler keratin üretir ve depolar ve lipitleri salgılayarak epidermisin (epidermal su bariyeri) hidrofobik özelliğinden sorumludur. Keratinositler ayrıca UVB ışığı tarafından kolesterol öncüllerinin aktivasyonu yoluyla kalsiyum emilimini düzenleyerek D vitamini oluşturur (Lopez-Ojeda, vd., 2024; Lotfollahi, 2024).

Langerhans hücreleri: Langerhans hücreleri kemik iliğinde yapılır, göç ederek epidermisin stratum bazale bölgesine yerleşir. Bu hücreler epidermisin stratum spinosum bölümünde sporadik olarak bulunurlar. Langerhans hücreleri fagositoz yetenekleriyle mikroorganizmalarla savaşmak için ilk savunma hattı olarak işlev görürler (Lopez-Ojeda, vd., 2024).

Melanositler: Cildin, saçın ve gözlerin pigmentasyonunu sağlayan yüksek moleküler ağırlıklı siyah-kahverengi pigment olan melanin içeren melanositler epidermisin en derin tabakası olan bazal tabakada bulunur. Melanin aynı zamanda UV ışığını emerek ve bazal tabakadaki serbest radikallerin salınımını en aza indirerek UV ışığına karşı koruma sağlar (Lotfollahi, 2024).

Merkel hücreleri: Merkel hücreleri epidermisin bazal tabakasında, cildin hem tüysüz hem de tüylü kısımlarında az sayıda bulunur. Merkel hücreleri desmozom adı verilen proteinlerle çevredeki keratinositlere bağlıdırlar ve yavaşça uyum sağlayan mekanoreseptörler olarak duyuda rol oynarlar (Lotfollahi, 2024).

İşlevi henüz tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, bazı çalışmalar Merkel hücrelerinin sinir uçlarını epidermise çektiğini ve keratinosit büyümesini uyardığını ileri sürmektedir. Merkel hücreleri nadir multimodal epidermal duyusal hücrelerdir. Yavaşça uyum sağlayan tip 1 (SA1) Aβ düşük eşikli mekanoreseptör (Aβ-LTMR'ler) afferent nöronlarıyla etkileşimleri nedeniyle Merkel kompleksleri oluşturmak için hafif dokunma duyusuna dahil olan ana dokunsal terminal organın bir parçası oldukları düşünülmektedir (Bataille vd., 2022).

2.3.3. Derinin Fonksiyonları

Derinin temel fonksiyonları koruma, duyu, beden ısısının düzenlenmesi, immünolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyon olmak üzere beş başlıkta ele alınabilir.

Koruma: Derinin birincil işlevi, mikroorganizmalar ve yabancı maddeler gibi dış ortama karşı fiziksel bir bariyer görevi görmek ve iç organları korumaktır (Kim ve Dao, 2023; Carville, 2024; Lotfollahi, 2024). Epidermis, homeostazın korunmasında önemli rol oynar ve vücudu fiziksel, kimyasal ve enfeksiyöz saldırılardan korur (Russell-Goldman ve Murphy, 2020). Deride Langerhans hücreleri gibi bazı yerleşik hücreler, melanositler ve bazı dolaşan hücreler (nötrofiller ve makrofajlar gibi) koruyucu işlevinin bir parçası olarak, cildin bağışıklığında rol oynar (Bonham vd., 2020; Lotfollahi, 2024). Epidermisin en üst tabakası, çevrenin aşınma ve yıpranmasına dayanabilen ölü keratin ve glikolipid katmanlarından oluşur. Hipodermis tabakası, yağ depolama yoluyla fiziksel yastıklama görevi görür, yine bezlerden salgılanan salgılar koruyucu film tabaka oluşturur (Kim ve Dao, 2023). Deri ayrıca kimyasal ve biyolojik bir bariyer görevi görür (Bonham vd., 2020; Kim ve Dao, 2023).

Duyu: Vücudumuzu dış çevredeki tehlikelerden korumak için deri soğukta titreme gibi, farklı uyaranlara yanıt vermek için etkili bir duyusal sistem geliştirmiştir. Cildin

üç katmanı, epidermis, dermis ve hipodermis, Meissner cisimcikleri, Vater-Pacini cisimcikleri ve miyelinsiz sinir lifleri gibi özel duyusal sinir yapıları içerir. Meissner cisimcikleri hafif dokunma duyusundan sorumludur ve çoğunlukla parmak uçlarında yoğunlaşır. Basıncı algılamaktan sorumlu geniş uçlu sinirler olan Vater-Pacini cisimcikleri dermiste daha derin bir seviyede bulunurlar (Gilaberte vd., 2016).

Beden ısısının düzenlenmesi: Ekrin bezi salgısının yeri olarak, epidermis termoregülasyonda önemli bir rol oynar ve epidermis bozulduğunda özellikle yaşlı popülasyonda potansiyel olarak ciddi sonuçlar doğurabilecek dehidratasyon görülebilir (Russell-Goldman ve Murphy, 2020). Cilt, vazodilatasyon veya vazokonstriksiyon yoluyla bedenin 37°'lik optimum sıcaklığını koruma yeteneğine sahiptir. Deri sıcaklığı 37°'nin altına düştüğünde, dermisteki arterioller ısıyı korumak için daralır, terleme durur ve derideki kıllar yalıtımı artırmak için dikleşir. Deri sıcaklığı 37°'nin üzerine çıktığında ter ciltten buharlaştıkça cildi soğutmak için ter bezleri ter üretir. Ek olarak, dermisteki arterioller vazodilatasyon yaparak kan dolaşımı tarafından taşınan ekstra ısıyı serbest bırakır ve vücudu soğutur (Lotfollahi, 2024).

İmmünolojik fonksiyon: Derinin hem doğuştan hem de sonradan kazanılmış bağışıklık sistemlerine ait olan bir dizi bağışıklık yanıtında rolü vardır. Derideki hücreler (örneğin Langerhans hücreleri) ile immün sistem hücreleri arasındaki çapraz iletişim bölgesel bağışıklık yanıtlarını düzenler ve mikroorganizmaların deri yoluyla vücuda girmesi ve olası enfeksiyonu önlemek için etkili bir konak savunması sağlar (Kabastima vd., 2019).

Endokrin fonksiyon: Deri steroidler ve D vitamini gibi çeşitli hormonların üretiminden sorumludur. Kemiklerin ana bileşenleri olan kalsiyum ve fosforun emilimi için gerekli olan D vitamini UV ışınlarına maruz kaldıktan sonra cildin epidermal tabakasında sentezlenir (Lotfollahi, 2024).

2.3.4. Yaşlanmaya Bağlı Deride Görülen Değişiklikler

Yaşlılardaki cilt değişiklikleri içsel ve dışsal faktörlerle ilişkilidir. İçsel faktörler olarak genetik, hücre metabolizması, hormonlar ve metabolik olaylar etkilidir. Dışsal faktörler ise ultraviole (UV) radyasyonuna, kirleticilere ve toksik kimyasallara çevresel maruziyet ve sigara içme gibi yaşam tarzı seçimlerini içerir (Nigam ve Knight, 2017; Carville, 2024).

Cildin yaşlanması intrinsik (içsel) yaşlanma ve ekstrinsik (dışsal) yaşlanma olarak iki başlıkta ele alınabilir. İntrinsik yaşlanma zamana bağlı olarak her insanda görülen

doğal yaşlanmadır. Takvim yaşı arttıkça, bir başka ifade ile bireyler yaş aldıkça, genetik faktörlere göre değişmekle birlikte, hücre yenilenmesi yavaşlar ve belli bir süre sonra da durur (Nigam ve Knight, 2017; Carville, 2024).

İçsel yaşlanma hızı bireysel faktörlere, özellikle genetik faktörlere bağlı olup, güneşten korunan bölgeler dahil olmak üzere tüm vücudun cildini etkiler. İçsel yaşlanma öncelikle atrofi ile karakterizedir, çünkü hem cildi oluşturan hücre sayısı hem de hücre dışı matriksin miktarı ve kalitesi azalır; cildi besleyen kan damarlarının ve sinirlerin miktarı ve iletimi bozulur veya azalır. İçsel yaşlanmanın belirtileri yaklaşık 50-60 yaşlarında başlar; kadınlarda menopozla birlikte, östrojen hormonlarının koruyucu etkilerinin azalması nedeniyle bu belirtiler daha erken yaşlarda görülür (Lotfollahi, 2024).

Etnik kökenin yaşlanma üzerindeki en büyük etkisi, öncelikle cilt pigmentasyonundaki farklılıklarla ilişkilidir. Cilt pigmentasyonu yoğun olanlarda, örneğin zencilerde güneşin deri üzerindeki yaşlandırıcı etkileri minimum olup, güneş gören ve görmeyen cilt bölgelerinin yaşlanması arasında fark yoktur (Carville, 2024; Lotfollahi, 2024). Yine bazal hücreli ve squamous hücreli cilt kanserleri hemen daima açık tenli bireylerde görülürken, zencilerde koyu cilt beyazlara kıyasla 500 kat daha fazla kanserden koruyuculuk sağlar. Yine siyah ırkın cildi beyazlara kıyasla daha sıkıdır, daha yüksek hücreler arası lipid içeriğine sahiptir, bu da yaşlanmaya karşı daha fazla direnç sağlayabilir (Wong ve Chew, 2021).

Ekstrinsik yaşlanma kronolojik yaştan bağımsız olarak, özellikle hava ısısı, nem, hava kirliliği, radyasyon, kimyasallar, toksinler ve UV ışınları gibi çevresel faktörlerin ve tütün kullanma gibi yaşam tarzı tercihlerinin etkisiyle meydana gelen cilt yaşlanmasıdır (Nigam ve Knight, 2017).

Cilt sıcaklık ve nem gibi ortam koşullarından etkilenir. Cilt sıcaklığındaki 7-8 derecelik bir artış, buharlaşan su kaybını iki katına çıkarır. Buna karşın düşük sıcaklık cildi sertleştirir ve havada bol nem olsa bile buharlaşan su kaybını azaltır. Bazı ilaçlar da özellikle hipokolesterolemik ilaçlar, anormal derecede artmış deskuamasyona neden olarak cilt yaşlanmasını etkiler (Carville, 2024; Lotfollahi, 2024).

Ekstrinsik yaşlanmaya yol açan faktörlerin en önemlisi, ışık kaynaklı yaşlanmadan, yani foto yaşlanmadan sorumlu olan güneş ışığının neden olduğu UV radyasyonudur. Ayrıca hava kirliliğinin neden olduğu zararlı faktörlerin etkileri son zamanlarda

giderek daha fazla ilgi görmektedir, ancak sigara, alkol tüketimi veya yetersiz beslenme de cilt yaşlanmasında önemli rol oynamaktadır (Lotfollahi, 2024).

Cildin görünen bölgelerinin yaşlanmasından %90 oranında güneş ışınlarının sorumlu olduğu bildirilmektedir. Güneş ışığı bir dizi fizyolojik süreçler ile cilde zarar verir. UV radyasyonu hem dermiste hem de epidermiste fibroblastlarda ve keratinositlerde kolajenaz, jelatinaz ve stromelisin-1 üretimini uyaran matriks metalloproteinazlarının yukarı düzenlenmesiyle sonuçlanan moleküler bir zincir reaksiyonuna neden olur. Sonuç olarak hem kolajen hem de elastinin ve dermal hücre dışı matriksin diğer bileşenleri bozulur, cilt gevşer ve sarkar. UV ışınlarına maruziyet, ayrıca serbest radikal oluşumuna neden olarak kolajen doku ve elastin ağına zarar verir, böylece hücre yenilenmesi azalır ve hiperpigmentasyon, kuruluk ve kırışıklık meydana gelir (Görög, Bánvölgyı, ve Holló, 2022; Lotfollahi, 2024).

Tütün kullanımı hem kadın hem de erkeklerde cilt elastikiyetinin kaybına ve erkeklerde telanjektaziye neden olur. Sigara içmek, cilt hasarına öncelikle cilde giden kılcal kan akışını azaltarak neden olur, bu da cildin dokularında oksijen ve besin eksikliğine yol açar. Sigara içenlerin dermisinde daha az kolajen ve elastin lifi olduğu, bunun da cildin gevşek, sert ve daha az elastik olmasına neden olduğu gösterilmiştir. Duman, akciğer dokusundaki kolajen ve elastine zarar verdiği gibi, aynı etkiyi ciltte de gösterebilir. Ayrıca, nikotinin damarları daraltması kırışıklığa katkıda bulunabilir (Nigam ve Knight, 2017; Wong ve Chew, 2021).

Sigara keratinosit displazisini ve cilt pürüzlülüğünü artırır. Sigaranın cilt yaşlanmasındaki etkisinin yaş ve güneşe maruziyetten bile daha fazla olduğu, ek olarak hormon replasman tedavisinin yüz kırışıklıklarını tersine çevirdiği gösterilmiş olmasına rağmen, uzun süreli sigara içenlerde cildin hormon replasman tedavisine yanıt vermediği bildirilmektedir (Wong ve Chew, 2021). Cilt kırışıklıkları ve içilen sigara miktarı arasında ilişki vardır, içilen sigara miktarı arttıkça cilt yaşlanması artar (Nigam ve Knight, 2017; Wong ve Chew, 2021).

Hem intrinsik hem de ekstrinsik yaşlanma nedeni ile cilt nemini kaybederek kurur, bununla birlikte ileri yaşlarda hormonal nedenler ile deride bağ dokusu proteinleri azalır. İntrinsik yaşlanmanın belirtileri arasında ince ve transparan bir cilt görünüşü, ince çizgiler, subkütan tabakadaki yağ hücrelerinin azalmasıyla göz çukuru ve yanaklarda çökme, kuru cilt, UV ışınlarına karşı eritematöz tepkide azalma, pigmentasyona bağlı yaşlılık çilleri, melanosit miktarının azalmasıyla deride beyazlaşma, derinin mikro sirkülasyonunda ve esnekliğinde azalma yer alır. Ekstrinsik

yaşlanmada ise foto yaşlanmaya uğrayan cilt kırışık, sarkık ve sert görünür, pigmentasyon farklılaşmaları gözlenir. Elastin- kolajen ağlarının zarar görmesi kronolojik yaşlanmaya kıyasla foto yaşlanmaya uğramış ciltte fazla belirgindir (Nigam ve Knight, 2017; Lotfollahi, 2024).

Yaşlanmaya bağlı olarak derinin kalınlığı ve kompozisyonunda (içeriğinde) birtakım değişiklikler meydana gelir.

2.3.4.1. Cildin Kalınlığında Meydana Gelen Değişiklikler

Cilt kalınlığı yaşamın ilk 20 yılında artar; daha sonra, hücre katmanlarının sayısı sabit kalsa bile, yetişkin cildi yaşla birlikte hızlanarak incelir. Bu incelme cildin tüm katmanlarında meydana gelir. Özellikle epidermis kalınlığı yaşla birlikte azalır. Açıkta olmayan epidermis 30-80 yaşları arasında %50'ye kadar incelir, bununla birlikte epidermal kalınlıktaki değişiklikler yüz, boyun, göğsün üst kısmı, ellerin ve ön kolların dış yüzeyi gibi açıkta kalan ve yağ oranı düşük olan bölgelerde en belirgindir. Genel olarak, epidermal kalınlık her on yılda yaklaşık %6,4 oranında azalır, bu azalma kadınlarda erkeklerden daha hızlıdır (Farage, Miller ve Maibach, 2017).

Stratum corneumun kalınlığı yaşam boyunca dinamik olabilir ve çeşitli hasarlara veya inflamatuar durumlara yanıt olarak kalınlaşabilir. Ancak çalışmalar, genç ve yaşlı ciltler arasındaki stratum corneumun genel kalınlığının önemli ölçüde farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, genç ve yaşlı ciltlerin stratum corneumunda işlevsel bir fark olduğu açıktır; çünkü yaşlı cildin bu tabakaya gelen hasarlardan iyileşmesi genç ciltlerde görülenlerden önemli ölçüde daha yavaştır ve belirli maddelere karşı geçirgenlik değişir (Russell-Goldman ve Murphy, 2020).

Yapılan bir çalışmada güneşten korunan bölgelerdeki ciltteki stratum corneumun yaşlanmayla birlikte kalınlaştığı, değişen lipit yapısı ve hücreler arası lipitlerin konsantrasyonunun azalması nedeniyle hücresel kohezyonun arttığı gösterilmiştir (Biniek vd., 2015).

Yaşlı yetişkinlerde toplam cilt kalınlığındaki azalmanın çoğunu dermal kolajen ve elastin kaybı oluşturur. Örneğin menopoz sonrası kadınlarda, cilt kalınlığında yılda %1,13'lük bir azalma, kolajen içeriğinde yılda %2'lik bir azalmaya paraleldir. Hipodermis, yaşla birlikte yastık görevi gören yağ dokusunun çoğunu kaybeder (Farage vd., 2017).

2.3.4.2. Cildin Kompozisyonunda Meydana Gelen Değişiklikler

2.3.4.2.1. Epidermiste Meydana gelen Değişiklikler

Epidermisin temel görevi deriyi çevresel zararlı etkenlerden korumak ve iç dokuların hidrasyonunu sağlamaktır (Bonham vd., 2020; Şen Esmer, 2022; Lotfollahi, 2024).

Cilt yaşlandıkça, epidermal hücre sayısı ve epidermal yenilenme hızı azalır, epidermisteki her hücre tipinde karakteristik değişiklikler meydana gelir. Bazal tabakanın hücrelerinin boyutları artmakla birlikte, boyut olarak hücrelerin birbirine benzemesi azalır, yani gençlik döneminde hücre boyutları daha standart iken, yaşlanma ile hücre boyutları birbirinden farklılık gösterir. Keratinositler cilt yaşlandıkça şekil değiştirir, daha kısa ve daha şişman hale gelir, korneositler epidermal yenilenmenin azalmasına bağlı olarak daha büyük hale gelir (Farage vd., 2017; Bonham vd., 2020).

Yaşlılıkta epidermis hücrelerinin sayısı ve işlevinde meydana gelen azalmaya bağlı cildin koruma işlevi tehlike altına girer (Bonham vd., 2020). Enzimatik olarak aktif melanositler her on yılda %8 ila %20 oranında azalır ve bu durum yaşlı ciltte düzensiz pigmentasyona neden olur (Lotfollahi, 2024), ayrıca melanosit sayısı azaldığı için derinin UV radyasyonuna karşı korunması azalır. Bağışıklık yanıtında rol oynayan Langerhans hücrelerinin sayısı da yaşla birlikte azalır, bu nedenle yaşlılarda cildin bağışıklık fonksiyonu azalır (Lopez-Ojeda, vd., 2024). Yaşlılıkta, üretilen Langerhans hücrelerinin daha az dendrite ve dolayısıyla daha az antijen yakalama yeteneğine sahip olduğu gözlemlenmiştir (Farage vd., 2017).

Cilt pH'ı 70 yaşından sonra artar (Farage vd., 2017). Yaşlılarda pH artışının birçok nedeni olabilir. Bunlardan biri, epidermisteki yağ bezlerinin sayısı değişmese de sebum üretiminin azalmasıdır, bu da stratum corneumdaki trigliseritlerin azalmasına neden olur. Trigliseritlerin parçalanması stratum corneumu asitleştirebilen serbest yağ asitleri üretir. Benzer şekilde, fosfolipaz 2 tarafından fosfolipitlerden serbest yağ asitlerinin üretilmesi de stratum corneumu asitleştirebilir. Sodyum-hidrojen değiştirici 1, yaşlı ciltte yükselmiş cilt yüzey pH'ına katkıda bulunan bir diğer faktördür (Wang vd., 2020). Staphylococcus aureus ve mantarlar gibi bazı patojenler nötr bir pH'ı tercih ederken, asidik pH Staphylococcus aureus'un hayatta kalma yeteneğini azaltır. Bu nedenle artan cilt yüzeyi pH'ı yaşlılarda yüksek oranda kutanöz enfeksiyon görülmesine katkıda bulunabilir (Wang vd., 2020; Lotfollahi, 2024).

Epidermiste keratinositlerin değişim, yenilenme hızı yaşlı ciltte azalır ve bazal katmandan epidermise göç etme süresi %50'ye kadar artar (Bonham vd., 2020). Epidermiste hücre yenilenmesinin yavaşlaması derinin elastikiyetinin azalmasına, kurumasına ve pul pul ve kuru görünmesine yol açar, ek olarak bu durum yaşlıları dış etkenlerin maruziyetine daha açık hale getirir (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017).

Yaşlı cildin, özellikle stratum corneumun su içeriği, genç ciltten daha düşüktür. Yaşlı ciltte stratum corneum hidrasyonunun azalmasının altında yatan mekanizmalar, ciltteki doğal nemlendiricilerin azalması ile ilişkili olabilir. İlk olarak, yaşlı cildin stratum corneumunda lipid içeriği azalır. Stratum corneum lipidlerinde seramidler su tutma özelliği gösterir (Nigam ve Knight, 2017; Wang vd., 2020). Yaşlanma ile stratum corneumdan su hareketinin kinetiği de azalır (Russell-Goldman ve Murphy, 2020). İkinci olarak, yaşlı epidermiste, filaggrin ve trans-ürokanik asit ve pirolidon karboksilik asit dahil olmak üzere, bazı metabolitlerinin seviyeleri azalır; bunlar cildin doğal nemlendiricileridir. Üçüncüsü hem sebum hem de gliserol içerikleri yaşlı ciltte genç cilde göre azalır (Russell-Goldman ve Murphy, 2020). Sebum veya gliserol eksikliği stratum corneum hidrasyonunu azaltır, gliserolün topikal uygulamaları ise stratum corneum hidrasyonunu iyileştirir. Son olarak, yaşlı epidermiste aquaporin 3 seviyeleri azalır, bu da stratum corneum hidrasyonunda azalmaya yol açar. Aquaporin 3 eksikliğinden kaynaklanan stratum corneum hidrasyonundaki azalmanın stratum corneumdaki gliserol içeriğinin azalmasından kaynaklanması muhtemeldir. Tüm bu bilgilere dayanarak yaşlılarda stratum corneum hidrasyonundaki azalmanın büyük ölçüde epidermisteki doğal nemlendiricilerin içeriğinin azalmasına bağlı olduğu sonucuna varılabilir (Nigam ve Knight, 2017; Wang vd., 2020).

Stratum corneumda hidrasyonun azalması ve sonuçta etkili deskuamasyon (epidermisin pul pul dökülmesi, yenilenmesi) için gereken seviyenin altına düşmesi korneositlerin birikmesine ve cilt yüzeyine yapışmasına neden olur, bu da yaşlı ciltte kserozise eşlik eden pürüzlülük, pullanma ve pul pul dökülmelere yol açar. Stratum corneum bariyerinin bütünlüğü kritik lipitlerin sistematik şekilde düzenlenmesine bağlıdır; bununla birlikte yaşlı ciltte toplam lipit içeriği %65'e kadar azalır (Farage vd., 2017; Wang vd., 2020). Stratum corneum hidrasyonundaki azalmalar, sebum salgılanmasındaki değişikliklere ek olarak senil kseroz ve yaşlanmayla ilişkili kaşıntının patogenezinde rol oynamaktadır (Nigam ve Knight, 2017; Russell-Goldman ve Murphy, 2020; Wang vd., 2020).

Ciltte artan sitokinler ve histamin kaşıntıya neden olabilir, bu da epidermal geçirgenlik bariyerinin bozulmasına ve dolayısıyla kutanöz inflamasyonun daha da artmasına yol açabilir. Yaşlı ciltte epidermal geçirgenlik bariyeri homeostazisi tehlikeye girdiğinden, hızla normale döndürülemez, bu da kutanöz inflamasyonda sürekli bir artışa ve atopik dermatit ve egzama gibi önceden var olan inflamatuar durumların alevlenmesine yol açar (Wang vd., 2020). Kutanöz inflamasyondaki sürekli artış, sonunda sistemik inflamasyona neden olabilir ve bu da muhtemelen inflamasyonla ilişkili bozuklukların gelişmesine yol açabilir. Ek olarak, gece kaşıntısı uykusuzluğa neden olabilir ve bu da kardiyovasküler ve Parkinson hastalıkları gibi diğer bozuklukların şiddetlenmesine yol açabilir. Bu nedenle stratum corneum hidrasyonunun azalması hem kutanöz hem de ekstrakutanöz bozuklukların gelişmesi ile ilişkili denilebilir (Wang vd., 2020).

Yaşlanma ile bazal membran atrofiye uğrar, dermis-epidermis birleşimi düzleşir, dermal-epidermal tabakanın protein bileşimi değiştiğinden epidermal yapışma azalır ve bunun sonucunda dermis ile epidermis arasındaki yapışkanlık azalır (Bonham vd., 2020). Epidermis ve dermis arasındaki azalmış kenetlenme ve düzleşmiş dermal-epidermal bağlantının bir sonucu olarak cilt makaslama kuvvetine karşı daha az dirençli ve hasara karşı daha savunmasız hale gelir (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017).

Bilindiği gibi epidermiste kan damarları bulunmaz, epidermis oksijen ve besinleri dermise temas yoluyla difüzyon ile alır (Şen Esmer, 2022). Yaşlanmaya bağlı olarak dermal-epidermal bağlantının düzleşmesi ve iki katman arasındaki bitişik yüzeyin (temas yüzeyinin) azalması sonucunda epidermisin oksijen ve besin desteği azalır (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017).

Dermal-epidermal bağlantının düzleşmesi ayrıca bazal hücre çoğalmasını sınırlayabilir ve perkütan emilimi etkileyebilir. Dermal-epidermal bağlantının düzleşmesi, dermal-epidermal ayrılma potansiyelini artırarak kırışıklık oluşumuna da katkıda bulunabilir (Farage vd., 2017).

2.3.4.2.2. Dermiste Meydana gelen Değişiklikler

Yaşlanma ile dermisin üç ana hücre dışı bileşeni olan kolajen, elastin ve hyaluronik asit azalır. Kolajen azalmasının temel nedeni kolajeni parçalayan matriks metalloproteinazların üretiminin yaşla birlikte artmasıdır. Matriks metalloproteinazlar tarafından dermal kolajenin parçalanması dermisin yapısal bütünlüğünü bozar. Yaşlı dermiste kolajen lifleri daha kalınlaşır ve kolajen demetleri genç cilttekinden daha

düzensiz hale gelir, kolajen çapraz bağları stabilize olur ve yaşlı ciltte elastikiyeti azaltır (Nigam ve Knight, 2017).

Yaşlanmayla birlikte dermiste ekstrasellüler matriks birikiminden ve doku yeniden şekillenmesinden sorumlu hücrelerin sayısı azalır, ayrıca daha az organize kolajen ve elastin birikimi olur, bu da daha zayıf ve daha az elastik bir cilt ile sonuçlanır (Lopez-Ojeda, vd., 2024; Lotfollahi, 2024).

Yaşlanmaya bağlı olarak dermiste fonksiyonel elastinin azalma nedeni, yaşlanan ciltte elastinin kalsifiye olması, elastin liflerinin bozulması ve elastin yenilenmesinin azalmasıdır (Farage vd, 2017).

Dermisin yapısına ve su tutma kapasitesine önemli katkıda bulunan glikozaminoglikanların miktarı yaşla birlikte azalır. Fibroblastlar tarafından üretilen hyaluronik asit miktarı ve sağlıklı bir dermal matrisin bir bileşeni olan interfibriller temel madde miktarı da azalır (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017).

Dermisin yapısal bütünlüğünün kaybı cildin sertleşmesine, torsiyon esnekliğinin azalmasına ve elastikiyetin azalmasına yol açar; tüm bu değişikliklere bağlı olarak da yaşlılar makaslama yaralanmalarına daha yatkın hale gelirler. Bu değişiklikler kadınlarda daha hızlı ve belirgindir (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017). Dermiste Pacini ve Meissner cisimciklerinin dejenerasyonuna bağlı olarak basınç, gerilme ve dokunma duyusu azalır (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017).

Yaşlılarda ter bezlerinin yapısı bozulur, fonksiyonel ter bezlerinin sayısı azalır, daha az ter çıkışı olur. Buna bağlı olarak sıcağa yanıt olarak terleme ya da heyecanlanma, sinirlenme vb durumlarda özellikle avuç içi, ayak tabanı ve başın terlemesi belirgin şekilde azalır. Yaşlılarda dermiste vaskülarite azalması, yanısıra azalmış kan akışı, azalmış besin alışverişi, işlevsiz termoregülasyon cilt yüzey sıcaklığının azalması ve cilt solukluğu ile sonuçlanabilir (Wang vd., 2020).

Yaşlılarda terleme oranlarının azalması, dermal arteriollerin vazodilatasyon veya vazokonstriksiyon fonksiyonlarının azalması ve deri altı yağ dokusu kaybı termoregülasyonu bozar; buna bağlı olarak yaşlılar hem hipotermiye hem de ısı çarpmasına yatkındırlar (Wang vd., 2020).

Yaşlı ciltlerde, kılcal damarlar ve küçük kan damarları geriler ve daha düzensiz hale gelir, vaskülarizasyon yoğunluğu azalır ve cilt yüzeyinin birim alanı başına venüler kesit sayısında %30 azalma olur. Her ne kadar bireysel kılcal damarlardan geçen kan

akışının örüntüsü değişmeden kalsa da işlevsel kılcal damar pleksusu kaybolduğu için maksimum kan akışı seviyesi azalır (Wang vd., 2020).

2.3.4.2.3. Hipodermiste Meydana gelen Değişiklikler

Hipotermis tabakası, yağ depolama yoluyla fiziksel yastıklama görevi görür (Nigam ve Knight, 2017; Kim ve Dao, 2023). Deri altı yağ hacmi yaşla birlikte (yaklaşık 70 yaşına kadar) artar, takiben azalır. Yağ dağılımı da yaşla birlikte değişir; yüz, eller ve ayaklarda yağ oranı azalırken, uyluklar, bel ve karın bölgesinde artar (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017). Hipodermisin yağ depolaması ve yastıklama işlevi yaşlanma süreciyle birlikte azalır (Nigam ve Knight, 2017; Bonham vd., 2020; Kim ve Dao, 2023).

2.4. Yaşlılık ve Cilt Kuruluğu

2.4.1. Yaşlılıkta Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörler

Kserozis (eş anlamlıları: kuru cilt, kseroderma, xerosis cutis) hidrolipid eksikliği olan cilt olarak tanımlanmakta olup, lipidlerin ve/veya doğal nemlendirici olarak bilinen hidrofilik maddelerin miktarında ve/veya kalitesinde azalma ile karakterizedir (Augustin vd., 2019b).

Prevalans ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, yaşlılarda kuru cilt sorunu oldukça yaygındır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda yaşlılarda kuru cilt prevalansının genel popülasyonda %29,4 (Augustin vd., 2019a) ve %60 (Mekić vd., 2019); hastanede yatan yaşlılarda %48,8 (Lichterfeld vd., 2016) ve %55,2 (Lechner vd., 2018); bakım evlerindeki yaşlılarda %52,6 (Lichterfeld vd., 2016) ve %99,1 (Hahnel vd., 2017a) ve huzurevlerindeki yaşlılarda %41,2 (Lechner vd., 2018) olduğu rapor edilmiştir. Çin'de 50 hastane ve 2 huzurevinin dahil edildiği çok merkezli çalışmada prevalans %34,4 bulunmuş (Jiang vd. 2022); farklı ülkelerde yapılmış 74 çalışmanın ele alındığı sistematik gözden geçirmede ise prevalansının %5,4-%85,5 arasında değiştiği bildirilmiştir (Hahnel vd., 2017c). Bildiğimiz kadarı ile, Türkiye'de yaşlılarda kuru cilt prevalansının incelendiği tek çalışma mevcut olup, bu çalışmada yaşlıların kuru cilt prevalansı %45,3 olarak bulunmuştur (Kılıç vd, 2008).

Hem intrinsik hem de ekstrinsik yaşlanma nedeni ile cilt nemini kaybederek kurur. Cilt kuruluğu, yukarıdaki bölümlerde ifade edildiği gibi, yaşın ilerlemesine bağlı olarak deride meydana gelen değişiklikler, hava ısısı, nem, UV ışınları, kimyasallar, radyasyon, toksinler vb çevresel faktörler, çeşitli hastalıklar, kullanılan ilaçlar, cilt temizlik alışkanlıkları ve temizlikte kullanılan ürünler, sıvı tüketimi, tütün kullanımı,

alkol tüketimi vb yaşam tercihlerini içeren birçok faktör ile ilişkili olabilir (Nigam ve Knight, 2017; Carville, 2024; Lotfollahi, 2024).

Yaşlanma ile hem cildin kalınlığında hem de kompozisyonunda cilt kuruluğuna yol açan değişiklikler meydana gelir. Epidermiste incelme 30'lu yaşlarda başlar ve 80 yaşındaki bireyde %50'ye kadar varabilen cilt incelmesi olur. Toplam cilt kalınlığında azalmanın çoğunu dermal kolajen ve elastin kaybı oluşturur, yaşlılarda hipodermis yağ dokusu da azalır (Farage vd., 2017).

Epidermiste hücre yenilenmesinin yavaşlaması derinin kurumasına ve pul pul ve kuru görünmesine yol açar (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017).

Sağlıklı genç ciltte stratum corneumdaki lipidlerdeki seramidler su tuturak cildin hidrasyonunu sağlar, yaşlılarda stratum corneumda lipid içeriği (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017; Wang vd., 2020), yanısıra epidermiste doğal nemlendirici görevi gören bazı metabolitler (filaggrin, trans-ürokanik asit, pirolidon karboksilik asit vb), sebum ve gliserol düzeyleri (Russell-Goldman ve Murphy, 2020), dermiste su tutma kapasitesine önemli katkıda bulunan glikozaminoglikanlar azalır (Farage vd., 2017; Nigam ve Knight, 2017). Yaşlılarda tüm bu nedenlere bağlı olarak cilt nemi azalır ve kuruluk meydana gelir. Yine cildin hidrasyon düzeyinin etkili deskuamasyon için gereken düzeyin altına inmesine bağlı olarak korneositler birikir, cilt yüzeyine yapışır, bu da ciltte kserozise eşlik eden pürüzlülük, pullanma ve pul pul dökülmelere yol açar (Farage vd., 2017; Choi, 2019; Wang vd., 2020).

Normal yaşlanmaya bağlı olarak deride meydana gelen değişikliklerin yanısıra kronik böbrek yetmezliği, hipotiroidizm, kanser vb bazı kronik hastalık ve sağlık sorunları (Lichterfeld vd., 2016; Mekić vd., 2019; Jiang vd., 2022; Dwiyana vd., 2023), diüretikler, antilipidemikler, kalsiyum antagonistleri, beta blokerler, sitostatik ajanlar gibi bazı ilaçlar (Augustin vd., 2019b), tütün kullanımı (Mekić vd., 2019), sık banyo yapma, banyoyu sıcak su ile yapma, cilt temizliğinde pH'ı uygun olmayan temizleme ürünleri kullanma, kese yapma, temizlenmiş cildi nemlendirmeme gibi yaşam tarzı davranışları (Lichterfeld vd., 2015; Mekić vd., 2019; Völzer vd., 2024) cilt kuruluğu ile ilişkilidir.

Cilt kuruluğundan vücudun tüm bölgeleri genel olarak etkilense de alt bacaklar, ön kollar, eller ve ayaklar gibi daha az yağ bezi olan bölgeler kuruluktan daha sık etkilenir (Lechner vd., 2018; Augustin vd., 2019b; Görog vd., 2021; Völzer vd., 2024).

Kuru cilt ile ilgili semptom ve bulgular objektif ve subjektif olabilir. Objektif bulgular

Şekil 2.3'teki ilk fotoğrafta görüldüğü gibi kuru, pullu, pürüzlü, soluk ve griye çalan cilt, bunlara ek olarak; ikinci fotoğrafta olduğu gibi cilt elastikiyetinde azalma, cilt dokusunun kabalaşması ve kırışma, üçüncü fotoğrafta olduğu gibi eritem ve son fotoğrafta görüldüğü gibi çatlaklar şeklinde olabilir. Subjektif olarak gerilme hissi, kaşıntı, bazı bireylerde ise ağrı ve yanma olabilir (Augustin vd., 2019b).



Şekil 2.3. Cilt Kuruluğunun Objektif Bulguları (Augustin vd., 2019b).

Cilt kuruluğu kronik kaşıntıya yol açabilir (Nigam ve Knight, 2017; Lichterfeld-Kottner vd., 2018; Russell-Goldman ve Murphy, 2020; Wang vd., 2020; Jiang vd., 2022), kaşıntının yanısıra yanma veya batma ve ciltte rahatsız edici gerginlik hissi yaratarak yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler. Cilt kuruluğu ve cilt kuruluğu ile ilişkili kaşıntının bireyin yaşam kalitesini düşürdüğü birçok çalışmada gösterilmiştir (Lichterfeld-Kottner vd.; 2018; von Stülpnagel vd., 2022; Filippi vd., 2023; Patsatsi vd., 2023). Bu nedenle yaşlılarda cilt kuruluğunun rutin olarak değerlendirilmesi ve önlenmesi ve giderilmesi için gerekli girişimlerin yapılması önem arz etmektedir.

2.4.2. Cilt Kuruluğun Değerlendirilmesi

Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi'ne göre (International Classification of Diseases, ICD, 2024) kuru cilt ED54 kodu ile klinik bir tanı olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle doğru tanı konulması ve tanı doğrultusunda tedavi planı oluşturulabilmesi için detaylı anemnez alınmalı, anemnez alınırken Tablo 2.1'de belirtilen cilt

kuruluğunun altta yatan nedenleri, kuruluk ile ilişkili olabilecek eksternal ve internal faktörler, kuruluğun objektif ve subjektif belirti ve bulguları, lokalizasyonu ve klinik seyri sorgulanmalıdır.

Eksternal faktörler olarak çevresel etkenler (soğuk, düşük nem/kuru iç mekan havası, güneş ışığına aşırı maruziyet), mesleki etkenler/hobiler (su ve aşırı nem ile teması gerektiren işte çalışmak, kuaförlük, hemşirelik, metal ya da inşaat işçiliği vb mesleklerde çalışıp sürekli irritan ajanlara maruz kalmak vb) ve yaşlının banyo süresi ve banyo suyu sıcaklığı, banyoda kese/lif kullanma durumu, vücut, yüz, saç temizliğinin ne sıklıkta ve ne ile yapıldığı, çamaşır suyu, deterjanlar vb tahriş edici maddelerle temas durumu, yaşam koşulları, cilt bakım ürünleri ve cildi nemlendirme rutinleri sorgulanmalıdır (Görog vd., 2021; Dalgleish ve Campbell, 2022).

Normal yaşlanmaya bağlı olarak deride meydana gelen değişikliklerin yanısıra kronik böbrek yetmezliği, diyabet, hepatopatiler, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm, kanser vb bazı kronik hastalıklar; atopik dermatit, alerjik kontak egzama, irritan kontak dermatit, psoriasis, seboreik dermatit, perioral dermatit gibi inflamatuar deri hastalıkları, kronik infeksiyöz dermatit, enfeksiyonlar, anoreksiya, dehidratasyon, malnütrisyon gibi sağlık sorunları (Lichterfeld vd., 2016; Mekić vd., 2019; Jiang vd., 2022; Dwiyana vd., 2023), hormonal değişiklikler (menopoz, andropoz durumu), diüretikler, antilipidemikler, kalsiyum antagonistleri, beta blokerler, sitostatik ajanlar gibi bazı ilaçlar (Augustin vd., 2019b), çinko, niasin, demir, d vitamini eksikliği gibi vitamin ve element eksiklikleri, tütün kullanımı (Mekić vd., 2019), sık banyo yapma, banyoyu sıcak su ile yapma, cilt temizliğinde pH'ı uygun olmayan temizleme ürünleri kullanma, kese yapma, temizlenmiş cildi nemlendirmeme gibi yaşam tarzı davranışları (Lichterfeld vd., 2015; Mekić vd., 2019; Völzer vd., 2024) cilt kuruluğu ile ilişki olabilir. Bu nedenle cilt kuruluğu değerlendirilirken, kök nedenin bulunması ve kök nedene göre önleme ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi için tüm bu faktörlerin değerlendirilmesi gerekir.

Kuruluğa yönelik deri bakım ürünlerinin seçiminde önemli olduğundan, derideki kuruluk, pullanma, soyulma, çatlak, eritem gibi objektif ve kaşıntı, gerginlik gibi subjektif belirti ve bulguların değerlendirilmesi gözlenmesi ve kaydedilmesi önemlidir (Augustin vd., 2019b).

Cilt kuruluğunun şiddetinin değerlendirilmesinde Kozmetik ve Diğer Topikal Ürünlerin Etkinlik Ölçümü Avrupa Grubu (European Group of Efficacy Measurement of Cosmetics and Other Topical Products, EEMCO) tarafından geliştirilen Genel Kuru

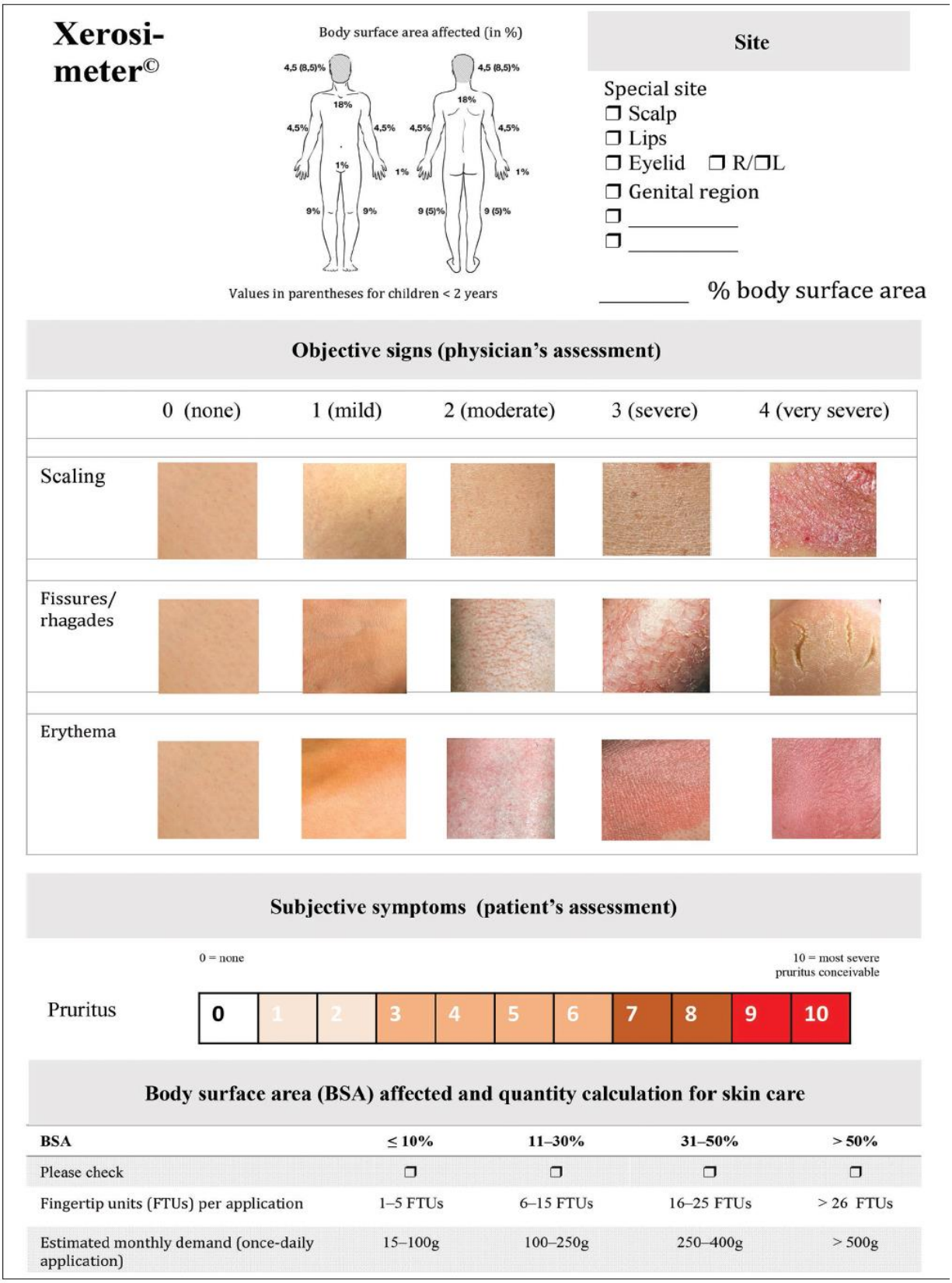
Cilt Skoru (Overall Dry skin Score, ODS) ve Spesifik Pullanma, Pürüzlülük, Kızarıklık, Çatlaklar Semptom Skoru'nun (Scaling, Roughness, Redness, Cracks, SRRC) kullanılması önerilmektedir (Serup, 1995). Hem ODS hem de SRRC yalnızca objektif semptomlara odaklanmakta olup, kaşıntı, yanma gibi subjektif semptomlar ve kuruluktan etkilenen vücut bölgelerini değerlendirmemektedir. Bu nedenle cilt kuruluğu ile ilişkili subjektif yakınmaların şiddeti görsel analog skala ya da derecelendirilmiş semptom skalası ile değerlendirilmeli ve yakınmaların olduğu vücut bölgeleri vücut diyagramı üzerinde işaretlenmelidir. Objektif bulguların değerlendirilmesinde Şekil 2.4'de verilen Xerosimetre de yararlı olabilir (Augustin vd., 2019b).

Cilt kuruluğunda vücudun hidrasyon durumu ve sıvı kaybı önemlidir (Farage vd., 2017). Ciltten su sürekli olarak buharlaşma yolu ile kaybedilir. Cildin bariyer fonksiyonunda çok az azalma ile bile ciltten su kaybı artar. Transepidermal su kaybı tewametre (Klotz vd., 2022), cilt hidrasyonu corneometre ile değerlendirilebilir. Tewametre ile cildin su bariyer fonksiyonu değerlendirilir (Klotz vd., 2022), Corneometre stratum corneumun nem seviyesini, cilt yalıtkan özelliklerinin ölçülmesi yoluyla gösterir. Ölçümler, bir probun cilt yüzeyine uygulanmasıyla gerçekleştirilir (Augustin vd., 2019b). Cilt neminin değerlendirilmesinde en önemli objektif yol olan bu yöntemler, cilt kuruluğu belirgin olarak sıvı eksikliği ve/veya kaybı ile ilişkili olduğu düşünülen durumlar dışında rutin olarak kullanılmamakta; daha çok klinik araştırmalarda objektif bir gösterge olarak tercih edilmektedir (Augustin vd., 2019b).

Cilt kuruluğunun değerlendirilmesinde, yukarıda sayılan parametrelerin yanısıra kuruluk ve kuruluğa eşlik eden kaşıntı gibi sorunların bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkilediği de değerlendirilmelidir. Bu amaçla yurtdışında geçerlik ve güvenirlikleri yapılmış Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (Dermatological Life Quality Index, DLQI), Skindex 17, Freiburg Yaşam Kalitesi Değerlendirme Aracı (Freiburg Life Quality Assessment, FLQA) ve Hasta Yarar İndeksi (Patient Benefit Index, PBI) kullanılabilir (Augustin vd., 2019b). Bu ölçüm araçlarından Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksinin Türkçe versiyonu mevcuttur (Öztürkcan vd., 2006).

Tablo 2.1: Kuru Cilt Sorunu olan Hastaya Tanısal Yaklaşım (Augustin vd., 2019b).

Anemnez:	Atopi öyküsü
	Yaş
	Eksternal faktörler: Banyo sıklığı, kullanılan cilt bakım ürünleri, irritanlara maruziyet, meslek, boş zaman aktiviteleri, yaşama koşulları, beslenme alışkanlıkları (tüketilen besinler)
	Gebelik/menapoz
	Sağlık sorunları (diyabet, böbrek hastalıkları, karaciğer/safta kesesi hastalıkları, hipotiroidi, enfeksiyon)
	Geçmişte kullanılan ve/veya halen kullanılan ilaçlar
	Cilt kuruluğu ile ilgili daha önce görülen tedaviler
Belirti ve bulgular:	Objektif kuru cilt bulguları (kuru, pullu, pürüzlü, soluk ve griye çalan cilt, cilt dokusunun kabalaşması ve kırışma, eritem, çatlaklar)
	Subjektif olarak kaşıntı, yanma, ağrı, gerilme hissi
	Kuru cilt bölgeleri (gövde, ekstremiteler, el, ayak, yüz, kafa derisi, özel bölgeler)
Klinik Seyir:	*Cilt kuruluğunun süresi:* Akut: <6 hafta; kronik: >6 hafta)
	Cilt kuruluğunun seyri: Sürekli, aralıklı, sıklığı, tetikleyici faktörler
Tanı:	Primer cilt lezyonlu dermatozis
	Kuru cilt
	Komorbidite/ilaç yan etkisi
Karar:	Spesifik tedavi
	İleri tanı girişimleri (Alerji, iç hastalıkları, malignite)



Şekil 2.4: Xerosimeter (Augustin vd., 2019b).

2.4.3. Cilt Kuruluğun Önlenmesi ve Tedavisi

Cilt kuruluğunun önlenmesi için vücut banyosu mümkünse 5 dakika ile sınırlı tutulmalı, cilt temizliğinde sıcak su kullanılmamalı, ılık su ile duş alınmalıdır. Temizlik ajanı olarak banyo köpükleri kullanılmamalı, şampuanlarla vücut yıkanmamalı, cilt temizliği yumuşak, alkali olmayan sabunlar, yağ içeren temizleyici ya da duş ve banyo yağları ile yapılmalıdır. Yüz temizliği parfüm ve alerjen içermeyen temizleyiciler ile yapılmalı, günde ikiden fazla yüz temizliği yapılmamalıdır. El ve ayaklarda kuruluğu önlemede bu bölgelerin su, sabun ve deterjanlar ile teması mümkün olduğunca azaltılmalı, günlük el/ayak temizliği yumuşak, alkali olmayan, parfüm ve alerjen içermeyen sabunla yapılmalıdır. Banyo sırasında lif/kese kullanımından kaçınılmalıdır (Augustin vd., 2019b; Dalgleish ve Campbell, 2022).

Banyo veya bölgesel temizliği takiben cilt yumuşak bir havlu ile kurulanmalı, kuru cilt bölgeleri uygun ürünler ile nemlendirilmelidir (Dalgleish ve Campbell, 2022; Mulligan vd., 2022).

Cilt kuruluğunun önlenmesinde sigara, alkol kullanılmaması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi, yine yeterli miktarda su tüketilmesi önemlidir (Mekić vd., 2019; Dalgleish ve Campbell, 2022).

Giysi olarak sentetik ürün kullanılmamalı, pamuklu giysiler tercih edilmeli, kaşıntıyı artırabileceğinden yünlü kıyafetler kullanılmamalı, giysiler çok sıkı olmamalı, el kuruluğunu önlemede deterjan ve su ile temas edileceği zaman koruyucu eldiven giyilmeli, iç eldiven olarak da pamuklu eldiven giyilmelidir (Mekić vd., 2019; Dalgleish ve Campbell, 2022).

Turunçgiller ve suları, çok sıcak ve baharatlı yiyecekler, fazla miktarda sıcak içecek tüketimi ve alkol tüketiminden kaçınılmalıdır (Augustin vd., 2019b).

Cilt soğuktan korunmalı, oda ısısı %45-%60 olacak nemlendirilmeli, yaz aylarında ise güneşe uzun süre maruziyetten kaçınılmalı ve güneş kremi kullanılmalı (Augustin vd., 2019b; Dalgleish ve Campbell, 2022) ve klorlu havuzlara girilmemelidir (Dalgleish ve Campbell, 2022).

Cilt kuruluğunu tedavi etmede düzenli olarak cildin nemlendirilmesi ve lipid yenileyici topikal ajanların kullanılması önem arz eder. Cilt kuruluğunun topikal tedavisinde deri hidrasyonunun iyileştirilmesi, bariyer lipidlerindeki eksikliğin yerine konulması ve cildin bariyer fonksiyonunun iyileştirilmesi amaçlanır. Cilt kuruluğunun optimal topikal tedavisi doğal nemlendirici faktörler (Natural Moisturizing Factor,

NMF) formunda cilde nem desteği sağlama ya da cilt yüzeyinde lipid bir tabaka oluşturarak nemlendirme, bariyer lipidlerin yenilenmesi ve su kaybının önlenmesini içerir (Augustin vd., 2019b).

Cilt kuruluğunun tedavisine yönelik topikal ajanlar su bazlı losyonlar, yağ bazlı losyonlar, hidrofilik ve lipofilik kremler olmak üzere dört grupta incelenebilir (Augustin vd., 2019b).

Hidrofilik bileşenler özellikle gliserol veya üre gibi düşük moleküler ağırlıklı, su bağlayıcı maddeleri içerir. Hidrofilik bileşenler düşük moleküler ağırlıkları nedeniyle, stratum corneuma nüfuz edebilirler ve burada NMF rolünü üstlenirler veya nemlendiriciler olarak işlev görürler. Nemlendiriciler, olağanüstü hidrofilik ve higroskopik (bir malzemenin veya ürünün su moleküllerini çekme ve tutma yeteneği) özellikleri nedeniyle birçok dermokozmetik üründe nem bağlayıcı maddeler olarak kullanılan çok değerlikli, kısa zincirli alkollerdir. Bu ürünler hem ciltten su kaybını yavaşlatırlar hem de oluşan nemin kısa sürede kurumasına engel olurlar (Augustin vd., 2019b).

Lipofilik bileşenler açısından, lipit yenileyici ve film oluşturan maddeler arasında farklılık vardır. Mineral yağ veya silikon bazlı yağlar, katı yağlar veya mumsu ürünler yüksek moleküler ağırlıkları nedeniyle cilde nüfuz etmez ve böylece cilt yüzeyinde ince bir lipofilik tabaka oluştururken, seramidler, kolesterol, serbest yağ asitleri ve doğal yağların belirli bileşenleri gibi fizyolojik cilt lipitleri, hücreler arası lipit matrisini yenileyerek cildin bariyer fonksiyonunu artırabilirler (Augustin vd., 2019b).

Topikal ürün mümkün olduğunca cilt bariyerinin çeşitli bileşenlerini taklit etmeli veya cilt bariyeri işlevini geri kazandırmalıdır. Bu nedenle kullanılacak ürünler hidrofilik (yeniden nemlendiren) ve lipofilik (lipit yenileyici, film oluşturan) bileşenler içermelidir (Dalgleish ve Campbell, 2022). Bununla birlikte hangi dermatolojik ajanın kullanılacağı cildin durumu ve cilt kuruluğunun şiddetine göre değişebilir. Yağ bazlı solüsyonlar veya lipofilik kremler ciltten su kaybını önleyerek daha iyi nemlendirme sağladığı için kuru ciltler için daha uygundur. Stratum corneumun lipid içeriği ne kadar düşükse, lipid açısından zengin topikal preparatlar o kadar cilde iyi nüfuz eder. Saf yağlar veya yağlar temel nemlendirici olarak veya uzun süreli temel cilt bakımı için uygun değildir. Akut, inflamatuar hastalık evrelerinde veya yoğun kaşıntı varlığında su bazlı solüsyon ya da hidrofilik kremler tercih edilmelidir (Augustin vd., 2019b; Dalgleish ve Campbell, 2022). Ciltte kızarıklık veya kaşıntı varsa, ek olarak cildi

yatıştırıcı veya kaşıntı önleyici özelliği olan topikal ajanlar kullanılabilir (Dalgleish ve Campbell, 2022).

Topikal preparatlarda kullanılan NMF'nin en bilinen örnekleri üre, laktik asit ve karboksilit asittir. Mevcut bilimsel verilere göre bunlar içinde üre (eş anlamlısı: karbamid) kuru cilt tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Üre cildi etkili bir şekilde nemlendirmekle kalmaz, aynı zamanda bariyer fonksiyonunu ve cildin kendi savunma ve nemlendirme mekanizmalarını da iyileştirir, aktif bileşenlerin cilde nüfuzunu artırır ve antipirüritik ve -daha yüksek konsantrasyonlarda- keratolitik etki gösterir (Augustin vd., 2019b).

Ürenin nemlendirici etkileri açısından, seramidler ve NMF ile kombinasyonu, tek başına bir taşıyıcı (baz) veya sadece üre içeren topikal preparatlarla tedaviden daha üstündür. Etkisi yağ bazlı formülasyonlarında kullanıldığında su bazlı formülasyonlarına göre daha uzun sürer (Friedman, von Grote ve Meckfessel, 2016; Parker, Scharfbillig ve Jones, 2017; Piquero-Casals vd., 2021).

Üre içeren topikal ajanın konsantrasyonu hangi etkinin elde edileceği beklentisine göre değişir. Topikal ajandaki üre konsantrasyonu ≤%5 olduğunda nemlendirici ve rahatlatıcı etki; ≤%10 olduğunda güçlü nemlendirici etkiye ek olarak antimikrobiyal ve antipirüritik etki, >%10-%40 arasında olduğunda ise ek olarak keratolitik etki elde edilir (Augustin vd., 2019b; Piquero-Casals vd., 2021).

Vazelin ve parafin bazlı preparatlar mükemmel bir yağlama etkisine sahiptir. Bu ürünlerin daha yumuşak ve daha kolay emilen bir kremle karıştırılması ile günlük cilt bakımında kullanılabilecek maliyet açısından ucuz, lipit açısından zengin bir nemlendirici elde edilir (Görög vd., 2022). Yağ ve su bazlı topikal ajanların banyodan sonra nemli cilde uygulanması cilt neminin hapsedilerek korunması açısından önemlidir (Lacy ve Ziemer, 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma *"Hastanede yatan yaşlılarda cilt kuruluğunun ve ilişkili faktörlerin incelenmesi"* amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Yatan Hasta Servislerinde Mart-Eylül 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde bilimsel eğitimin ve gelişimin en önemli kilometre taşlarının yansımalarını içerdiğinden burada kısaca İstanbul üniversitesi ve tıp eğitiminin tarihçesinden söz edilecektir.

İstanbul Üniversitesi Fatih Sultan Mehmed'in İstanbul'u fethettiği 1453 yılında Medrese (Zeyrek ve Ayasofya Medreseleri) olarak eğitimine başlamış, takiben Fatih Medresesi'nde 350 yıl boyunca kesintisiz olarak eğitim sürdürülmüştür. İlk tıp eğitiminin Fatih Medresesi'nde başladığı kabul edilmektedir (Ergün, 2011).

18. yüzyıla kadar Medreseler Osmanlı'nın yükseköğretim kurumları olarak işlev görmüştür. Yine Osmanlı döneminde II. Mahmut'un Ordu Reformu ile eğitimde de reform yapılmış, yeni okullar kurulmuş, bu doğrultuda da 4 Mart 1827 Tıphane-i Amire (Tıp Okulu) eğitime başlamıştır (Ergün, 2011).

Abdülaziz döneminde 21 Temmuz 1846 yılında resmi bir bildiri ile Darülfûnun (Fenler Evi) kurularak, modern tarzda üniversite eğitimi verilmeye başlanmıştır. II. Abdülhamid döneminde, 1 Eylül 1900 tarihinde Fen, Edebiyat ve İlahiyat olmak üzere üç bölümden oluşan Darülfünun-ı Şahane açılmış, V. Mehmet (Mehmet Reşat) döneminde 1913 yılında ise açılan eğitim kurumu İstanbul Darülfünunu adını almış; daha önce kurulmuş olan tıp okulu da Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane adı ile İstanbul Darülfünunu çatısı altında eğitimini sürdürmüştür (Ergün, 2011).

Üniversitenin özerk olması, bir başka ifade ile özerk bir Darülfünun'un kurulması yönündeki çalışmalar İstanbul Darülfünu Edebiyat Fakültesi öğretim üyeleri olan İsmail Hakkı Baltacıoğlu ve Ziya Gökalp ile başlamıştır; her iki akademisyen de bilim insanlarına özgür bir ortam sağlandığında bilim üretileceğini savunmuşlar; Osmanlıyı modern Türkiye Cumhuriyeti'ne dönüştüren temel kadrolar Darülfünun eğitiminden yetişmişlerdir (Ergün, 2011).

Cumhuriyet kurulduktan sonra her alanda olduğu gibi, eğitimde de reform yapılmış, 1 Ağustos 1933 tarihinde İstanbul Üniversitesi Türkiye'nin "ilk ve tek üniversitesi" olarak kurulmuş ve tıp eğitimi Tıp Fakültesi adı altında 34 yıl sürdürülmüş; İstanbul Üniversitesi Senatosu'nun 27 Temmuz 1967 tarih ve 78 sayılı kararı ile üniversite bünyesinde ikinci bir tıp fakültesi (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi) kurulması kararı alınmıştır (Ergün, 2011).

2018 yılı ortalarına kadar İstanbul Üniversitesine bağlı iki tıp fakültesi (İstanbul Üniversitesi, Çapa Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi) ve bu fakültelere bağlı iki üniversite hastanesi bulunmakta idi. 5 Mayıs 2018 tarihli, 30425 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 7141 sayılı kanun ile üniversite İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa olarak ikiye ayrılmış (Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2018), Yüksek Öğretim Kurumu'nun 31 Mayıs 2018 tarihinde yaptığı toplantıda aldığı karar ile her iki üniversite araştırma üniversitesi olarak kabul edilmiştir.

Günümüzde İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa 9 fakülte ve 5 meslek yüksekokulu ile eğitim vermeye devam etmektedir.

Araştırma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 10 dahiliye kliniğinde toplam 125 hasta yatağı bulunmaktadır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde Bulunan Dahiliye Klinikleri ve Yatak Sayıları

Klinik	Yatak Sayısı
Kardiyoloji	13
Nefroloji	12
Göğüs Hastalıkları	16
Genel Dahiliye	14
Geriatri	14
Diyabet-endokrin	16
Romatoloji	12
Gastroenteroloji	14
Onkoloji	14
Hematoloji	12
Toplam	137

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Onkoloji kliniği kemoterapötik ajanların cilt üzerine olumsuz etkileri nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın evrenini araştırma tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan tüm hastalar oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Çalışmaya katılmaya gönüllü olma

65 yaş ve üzerinde olma

Soruların tamamını yanıtlayacak bilişsel yeterlilikte olma

Aktif cilt hastalığına (örn; sedef, egzama, iltihaplı cilt, zona) sahip olmama

Kanser tanısı almış olmama

Cilt kuruluğu ölçüm yerinde kanama, yara, pansuman olmaması

Ölçüm yapılacak cilt üzerine en az bir hafta nemlendirici uygulanmamış olması

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi hesaplamaları G*Power 3.1 programı ile yapılmış; konu ile ilgili yapılan güncel iki çalışmanın (Lichterfeld vd., 2016; Hahnel, Blume-Peytavi ve Kottner, 2019) ortalamaları kullanılarak, cilt kuruluğu çalışmalarında 0.3 etki büyüklüğü (α=0.05, β= 0.80) temel alınarak yeterli güce sahip örneklem büyüklüğü 187 olarak belirlenmiştir. Veri kayıpları göz önünde bulundurularak çalışma 200 yaşlı ile tamamlanmıştır.

3.4.Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Kuru Cilt Skoru (Overall Dry Skin, ODS) (Ek 2), DDM Cilt Nem Ölçüm Cihazı (Ek 3) ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) (Ek 4) ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Literatürden (Wong ve Chew, 2021; Jiang vd., 2022) yararlanarak araştırmacı ve danışmanı tarafından oluşturulan form "*kişisel özellikler ve alışkanlıklar"* (14 soru), *"sağlık durumu"* (7 soru), *"banyo ve cilt bakım alışkanlıkları"* (6 soru) ve *"cilt kuruluğu ve ilişkili faktörlere ilişkin özdeğerlendirme"* (7 soru) olmak üzere toplam 4 bölüm ve 34 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Kuru Cilt Skoru (Overall Dry Skin -ODS) (Ek 2)

Kuru Cilt Skoru (Overall Dry Skin, ODS) cilt kuruluğunun ve iktizoyisin (balık pulu hastalığı) değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Kozmetik ve Diğer Topikal Ürünlerin Etkinlik Ölçümü Avrupa Grubu (EEMCO) tarafından geliştirilen kılavuzda, ODS'nin cilt kuruluğunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılması önerilmiştir (Serup, 1995).

ODS ile cilt kuruluğu ve kuruluğun derecesi hastanın cildi gözlenerek değerlendirilir. Puanlamanın nasıl yapılacağı ve alınan puanın nasıl yorumlanacağı Tablo 3.2'de verilmiştir.

ODS ile cilt kuruluğu kolay ve hızlı bir şekilde değerlendirilebilir. ODS skoru arttıkça, cilt kuruluğu seviyesi artar; yine topikal nemlendirici kullanımı veya cilt kuruluğu tedavi edildiğinde ODS skoru düşer. Bu yönleriyle ODS, cilt kuruluğunun erken tespitinde, önlenmesinde ve tedavinin ve/veya cilt bakımının etkinliğinin değerlendirilmesinde ucuz, kolay ve pratik bir ölçektir (Serup, 1995).

Tablo 3.2: Kuru Cilt Skoru Puanlanması ve Yorumlaması

Puan	Açıklama	Yorum
0	Cilt kuruluğu yok	Cilt kuruluğu yok
1	Hafif pullanma, hafif pürüzlülük ve donuk görünüm	Hafif cilt kuruluğu
2	Birkaç büyük pullanma ile birlikte küçük pullanmalar, hafif pürüzlülük, beyazımsı görünüm	Orta derecede cilt kuruluğu
3	Eşit dağılmış küçük ve büyük pullanma, belirgin pürüzlülük, muhtemelen hafif kızarıklık ve muhtemelen birkaç yüzeysel çatlak	Ciddi derecede cilt kuruluğu
4	Büyük parçalar halinde pullanmaların hakim olduğu, ileri derecede cilt pürüzlülüğü, kızarıklık, egzamatöz değişiklikler ve çatlaklar.	Aşırı (çok ciddi derecede) cilt kuruluğu

3.4.3. DDM Cilt Nem Ölçme Cihazı (Ek 3)

DDM Cilt Nem Ölçme Cihazı **v**ücudun herhangi bir noktasındaki nem miktarını ölçmek için kullanılmaktadır. Özellikle hassas ölçüm için geliştirilmiş bu cihaz; cilde hiçbir zarar vermeden, sadece temas yolu ile cilt nem miktarını gösterir. Cihazın

küçük, taşınabilir olması ve anında ölçüm yapması avantajlı yönleridir (DMM Cilt Nem Ölçme Cihazı Kullanım Kitapçığı, 2016).

DDM ile elde edilen sonuç (cilt nemi) aşağıdaki gibi değerlendirilir.
%0-%30= Kuru cilt
%30-50= Normal cilt
%50-100= Aşırı nemli cilt
DDM ile tüm vücut cildinin nem oranı değerlendirilebilir; bununla birlikte genellikle yağ dokusunun az olduğu ve cilt kuruluğu riskinin fazla olduğu el ve ayak sırtı, önkollar ve alt bacak bölgelerinden ölçüm yapılır. Bu bölgelerden alınan nem değerleri bireyde cilt kuruluğu olup olmadığı konusunda referans olarak kabul edilir (DMM Cilt Nem Ölçme Cihazı Kullanım Kitapçığı, 2016).

3.4.4. Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ) (Ek 4)

Finlay ve Khan tarafından 1994 yılında geliştirilen Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ**)** basit, kısa, anlaşılır bir test olup, dermatolojiye özgü testler içerisinde en önemli ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ölçekte cilt problemlerinin bireyin yaşamını nasıl etkilediğini değerlendiren 10 soru bulunmaktadır. Sorular cilt sorunlarının bireyin semptom ve duygularını (1-2. soru), günlük aktivitelerini (3-4. soru), boş zamanı aktivitelerini (5-6. soru), okul/iş hayatını (7. soru) ve kişiler arası ilişkilerini (8-9. soru) ne derece etkilediği ile ilişkilidir. 10 nolu soru cilt sorunu tedavisinin yaptığı olumsuz etki (ortalığın dağılması, merhem kokusu ve giysilerin kirlenmesi, yapış yapış olması vb) ile ilgilidir? Cevap seçenekleri Çok fazla= 3 puan, Çok =2 puan, Biraz= 1 puan ve Hiç =0 puan, İlgili değil= 0 puan şeklindedir. Değerlendirme son 1 haftayı kapsayacak şekilde yapılır, sorulara verilen yanıtlar toplanır, ölçekten alınabilecek puan 0-30 arasındadır, alınan puan arttıkça cilt sorununun yaşam kalitesini o derece negatif olarak etkilediği (yaşam kalitesinin kötüleştiği) düşünülür.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürkcan vd tarafından 2006 yılında yapılmış, Cronbach alpha değeri 0,85 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada Cronbach alpha değeri 0,702 bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veriler araştırmacı tarafından hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS- 25.00 programı kullanılmıştır. İç tutarlılık Cronbach alpha ile incelenmiştir. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler için ortalama,

standart sapma, minimum-maximum değerler, sayı (n), yüzde (%) gösterimi, bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında independent student t testi, ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Anova varyans analizi ve iki ortalama değer arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen veriler için nonparametrik testler yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $P<0.05$ kriter kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada Helsinki Bildirgesi doğrultusunda etik ilkelere dikkat edilmiştir. Tüm katılımcılardan aydınlatılmış onam; İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nden etik izin (Ek 5), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinden araştırma izni (Ek 6), yanısıra kullanılan ölçekler için elektronik posta yolu ile kullanım izni (Ek 7, Ek 8) alınmıştır. Tüm katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (Ek 9).

3.7. Araştırma Sınırlılıkları

Mevsimlerin cilt üzerindeki etkisini öngöremediğimiz için mevsimsel özellikler çalışmamızı etkilemiş olabilmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

65 yaş üzeri hastalarda cilt kuruluğu ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular *"Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları"*, *"Olguların Sağlık Durumu"*, *"Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları"*, *"Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri"*, *"Olguların Cilt Nem Oranları"*, *"Olguların Dermatolojik Yaşam Kalitesi"*, *"Olguların Cilt Kuruluğunu Etkileyen Faktörler"* ve *"Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*" olmak üzere sekiz ana başlıkta sunulmuştur.

4.1. Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları

Tablo 4.1'de olguların sosyo-demografik özellikleri ve alışkanlıkları sunulmuştur. Yaş ortalaması 71,10 yıl olan olguların yarısından fazlası erkek (%54,2), ortaokul düzeyinde eğitimli (%56,6) olup, çoğunluğu evli (%94), çalışmamakta (%97,5) ve ailesi ile birlikte yaşamaktadır (%91,5).

Olguların %93'ü çocuk sahibidir, %39'u ev hanımı iken, %37'si memur ve emeklidir ve %51,7'si orta düzeyde gelire sahiptir.

Olguların büyük çoğunluğu düzenli olarak çay tüketirken (%79,6), %9,5'i kahve tüketmekte ve %6,5'i alkol kullanmaktadır. Günlük tüketilen su, çay, kahve ve alkol miktarı sırası ile 1407.50 ml, 423.13ml, 278.95 ml ve 330.77 ml'dir.

Olguların %45,8'i ortalama 25 yıldır günde yaklaşık 25 adet sigara kullanmaktadır.

Tablo 4.1: Olguların Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları

Sosyo-demografik özellikler	n	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	91	45.3
Erkek	109	54.2
Medeni Durum		
Evli	189	94
Bekar	11	5.5
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	38	18.0
Ortaokul	113	56.2
Lise	41	20.4
Üniversite	8	4.0
Meslek		
Ev hanımı	78	39.0
Emekli-memur	74	37.0
İşçi	19	9.5
Esnaf	29	14.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	4	2
Çalışmıyor	196	97.5
Çocuk Var mı?		
Var	187	93
Yok	13	6.5
Gelir Durumu		
İyi	17	8.5
Orta	104	51.7
Kötü	79	39.3
Kiminle Yaşıyor?		
Yalnız	16	8
Ailesiyle	184	91.5
Düzenli Çay Tüketimi		
Evet	160	79.6
Hayır	40	19.9
Düzenli Kahve Tüketimi		
Evet	19	9.5
Hayır	181	90

Tablo 4.1: Olguların Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları (Devamı)

Sosyo-demografik özellikler	**n**	**Yüzde (%)**
Sigara Kullanımı		
Evet	92	45.8
Hayır	108	53.7
Düzenli Alkol Kullanımı	13	6.5
Evet	186	92.5
Hayır		
	Ort±ss	**Min-max**
Yaş (Ort±ss yıl, min-max)	71.10±6.98	65-95
Su tüketimi-miktar (Ort±ss ml, min-max)	1407.50±574.95	200-3000
Çay tüketimi-miktar (Ort±ss ml, min-max) (n=160)	423.13±392.72	200-2000
Kahve tüketimi-miktar (Ort±ss ml, min-max) (n=19)	278.95±165.27	200-800
Sigara tüketimi-süre (Ort±ss ort yıl, min-max) (n=92)	25.10±13.03	4-60
Sigara tüketimi-miktar (Ort±ss adet, min-max) (n=92)	20.85±11.58	3-80
Alkol tüketimi-süre (Ort±ss yıl, min-max) (n=13)	18.85±10.03	5-40
Alkol tüketimi-miktar (Ort±ss ml, min-max) (n=13)	330.77±286.89	200-1200

4.2. Olguların Sağlık Durumu

Tablo 4.2'de olguların sağlık durumlarına ilişkin bulgular sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, yatış süresi ortalaması 14,78 gün olan olguların yarısına yakını (%43,8) geriatri servisinde yatmaktadır. Yatış tanıları içinde ilk 3 sırada diyabet (%19,4), solunum yolu hastalıkları (%16,4) ve hipertansiyon-koroner arter hastalıkları (%14,4) yer almaktadır. Primer tanının yanısıra olguların %85'inde ek hastalık/sağlık sorunu bulunmaktadır. Ek hastalık/sağlık sorunları içinde hipertansiyon (%80), kardiyovasküler hastalıklar (%72,9), dislipidemi ve diyabet (%41,8) en fazla görülmektedir.

Olguların yarıdan fazlası (%64,7) sağlığını orta olarak değerlendirmiştir.

Kullanılan ilaçlar içinde antitrombosit ilaçlar %76,6 oranı ile birinci sırada iken, bunu %66,7 ile antihipertansif ilaçlar, %52,2 ile antibiyotikler, %47,8 ile diüretikler ve %39,3 ile antidiyabetikler izlemiştir. Olguların %68,7'i çoklu ilaç kullanmaktadır.

Olguların hemoglobin ve albümin ortalama değerleri sırasıyla 9,94 ve 3,22 g/dl, hematokrit değeri (%29,39); sodyum ve potasyum ortalama değerleri sırasıyla 136,94 ve 4.30 mmol/L, kalsiyum ortalama değeri 8,55 mg/dl, üre, kreatinin ve total bilirubin ortalama değerleri sırası ile 49,31, 1,37 ve 0,64 mg/dl, T3 ve T4 değeri ortalama 2,13 ve 1.52 ng/dl, son olarak TSH ortalama değeri 2,38 mlU/L'dir.

Tablo 4.2: Olguların Sağlık Durumu

	Ort±ss	Min-Max
Yatış Süresi (Ort±ss gün, min-max)	14.78±8.78	
	n	**Yüzde (%)**
Sağlığın Değerlendirmesi		
İyi	49	24.4
Orta	130	64.7
Kötü	21	10.4
Yattığı Servis		
Geriatri Servisi	88	43.8
Diyabet ve Endokrin Servisi	20	10.0
Genel Dahiliye Servisi	17	8.5
Nefroloji Servisi	14	7.0
Göğüs Hastalıkları Servisi	19	9.5
Romatoloji Servisi	17	8.5
Hematoloji Servisi	15	7.5
Gastroenteroloji Servisi	10	5.0
Yatış Tanısı		
Nörolojik Hastalıklar	15	7.5
Hipertansiyon-Koroner Arter Hastalığı	29	14.4
Diyabet	39	19.4
Kronik Böbrek Yetmezliği	19	9.5
Solunum Yolu Hastalıkları	33	16.4
Gastroentrolojik Hastalıklar	16	8.0
Hematolojik Hastalıklar	23	11.4
Endokrin Hastalıklar	9	4.5
Diğer	17	8.5
Primer Tanıya Eşlik Eden Ek Hastalık		
Var	170	85.0
Yok	30	15.0
Ek Hastalıklar (n: 170)		
Diyabet	71	41.8
Hipertansiyon	136	80.0
Kardiyovasküler	124	72.9
Dislipidemi	71	41.8
Astım	6	3.5
Kronik böbrek yetmezliği	22	12.9
Hipertroidi	5	2.9
Hipotroidi	8.0	4.7
KOAH	14	8.7
Parkinson	10	5.9

Tablo 4.2: Olguların Sağlık Durumu (Devamı)

	n	Yüzde (%)
Kullanılan İlaçlar		
Çoklu İlaç	138	68.7
Antibiyotik	105	52.2
Antidiyabetik	79	39.3
Diüretik	96	47.8
Sedatif	48	23.9
Antilipidemik	50	24.9
Antitrombosit	154	76.6
Antihipertansif	134	66.7
	Ort±ss	**Min-max**
Laboratuvar Değerleri		
Hemoglobin (ort±ss g/dl, min-max)	9.94±1.54	6.90-14.00
Albümin (ort±ss g/dl, min-max)	3.22±0.52	2.10-4.80
Hematokrit (ort±ss %, min-max)	29.39±4.92	19.70-45.00
Sodyum (ort±ss mmol/L, min-max)	136.94±4.39	126.00-153
Potasyum (ort±ss mmol/L, min-max)	4.30±2.85	0.82-43.40
Kalsiyum (ort±ss mg/dl, min-max)	8.55±0.77	6.60-13.80
Üre (ort±ss mg/dl, min-max)	49.31±32.69	11.00-194
Kreatinin (ort±ss mg/dl, min-max)	1.37±1.77	0.28-13.84
Total bilurubin (ort±ss mg/dl, min-max)	0.64±0.97	0.08-9.82
T3 (ort±ss ng/dl, min-max)	2.13±0.85	0.68-9.34
T4 (ort±ss ng/dl, min-max)	1.52±0.63	0.38-6.14
TSH (ort±ss, mIU/L, min-max)	2.38±3.07	0.14-35.12

4.3. Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları

Tablo 4.3'te olguların banyo ve cilt bakım alışkanlığıyla ilgili bulgular verilmiştir. Olguların yarıdan fazlası (%63,5) 2-3 günde bir, çoğunluğu (%85,1) ılık su ile yıkanmakta; %63,2'si saçlarını, %57,7'si vücudunu şampuan ile yıkamakta ve %53,2'si banyoda lif kese kullanmaktadır. Kese kullananların %60,7'si her banyoda lif kese kullandığını ifade etmiştir. Olguların çoğunluğu (%83,1) banyo sonrasında nemlendirici kullanmamaktadır.

Tablo 4.3: Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları

Özellikler	n	Yüzde (%
Banyo Sıklığı		
İki-üç günde bir	123	63.5
Haftada bir	73	36.5
Banyo Suyunun Isısı		
Sıcak	29	14.4
Ilık	171	85.1
Saç Yıkama Ürünü		
Sabun	73	36.3
Şampuan	127	63.2
Vücut Yıkama Ürünü		
Sabun	84	41.8
Şampuan	116	57.7
Nemlendirici Kullanımı		
Kullanıyor	33	16.4
Kullanmıyor	167	83.1
Lif Kese Kullanımı		
Kullanıyor	107	53.2
Kullanmıyor	93	46.3
Lif Kese Kullanım Sıklığı (n=107)		
Her banyoda	65	60.7
Ara sıra	42	39.3

4.4. Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri

Tablo 4.4'te olguların cilt kuruluğu ve ilişkili faktörlere ilişkin özdeğerlendirmeleri sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, olguların %63,2'si cildini kuru olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı (%94) cilt kuruluğunu gidermeye yönelik herhangi bir bitkisel tedavi kullanmadığını, %84,6'sı kronik kaşıntı sorunu yaşamadığını, %11,9'u terlediğinde kaşıntı olduğunu ifade etmiştir. Klima ve aşırı güneş maruziyeti olan olguların oranı sırası ile %93 ve %95'tir. Kıyafet seçiminde giysilerinin pamuklu olmasına dikkat edenlerin oranı %92'dir.

Tablo 4.4: Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri

Sorular	n	Yüzde (%)
Cildin Değerlendirmesi		
Normal	58	28.9
Kuru	127	63.2
Pullanma ve döküntü var	15	7.5
Cilt Kuruluğuna yönelik Bitkisel Tedavi Kullanımı		
Kullanıyor	11	5.5
Kullanmıyor	189	94.0
Kronik Kaşıntı		
Evet	30	14.9
Hayır	170	84.6
Terlediğinde Kaşıntı		
Var	24	11.9
Yok	176	87.6
Klima Maruziyeti		
Var	13	6.5
Yok	187	93.0
Aşırı Güneş Maruziyeti		
Var	9	4.5
Yok	191	95.0
Kıyafet Seçimi (Pamuklu kıyafet giymeye dikkat etme)		
Dikkat ediyor	185	92.0
Dikkat etmiyor	15	7.5

4.5. Olguların Cilt Nem Oranları

Tablo 4.5'te olguların cilt nem oranları verilmiştir. ODS ortalaması 1,66'dır. Sağ kol, sol kol, sağ ayak ve sol ayak DDM ortalama skorları sırası ile 23,82, 22,02, 19,37 ve 18,29'dur. DDM-total ortalama puanı 20,88'dir.

Yüzde olarak değerlendirdiğimizde sağ kol, sol kol, sağ ayak ve sol ayak kuruluk oranları %78,6, %84,1, %87,6 ve %92'dir. Total olarak olguların %91,5'inde kuru cilt vardır.

Tablo 4.5: Olguların Cilt Nem Oranları

	Ort ±ss	**Min-max**
ODS (Ort±ss, min-max)	1.66 ± 0.91	0-4
DDM (Ort±ss, min-max)		
Sağ kol	23.82 ± 6.36	10.3-38.8
Sol kol	22.02 ± 6.60	10.1-41.5
Sağ ayak	19.37 ± 6.78	10.1-40.0
Sol ayak	18.29 ± 6.55	10.1-36.2
DDM -total (Ort±ss, min-max)	20.88 ± 5.39	10.1-34.0
DDM ölçümü kuruluk durumu	**n**	**%**
Sağ kol		
Kuru cilt	158	78.6
Normal cilt	42	20.9
Sol kol		
Kuru cilt	169	84.1
Normal cilt	31	15.4
Sağ ayak		
Kuru cilt	176	87.6
Normal cilt	24	11.9
Sol ayak		
Kuru cilt	185	92.0
Normal cilt	15	7.5
Kuru Cilt- Total		
Kuru cilt	183	91.5
Normal cilt	17	8.5

4.6. Olguların Dermatolojik Yaşam Kalitesi

Tablo 4.6'da olguların Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi ortalama puanı ve etkilenme dereceleri verilmiştir. DYK total ortalama puanı 1,34'tür. Olguların %56'sı cilt sorunlarının dermatolojik yaşam kalitesini etkilemediğini, %8,5'i biraz etkilediğini, %17'si çok etkilediğini ve %18,5'i çok fazla etkilediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.6: Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi Ortalama Puanları ve Etkilenme Durumu

	n	Yüzde (%)
Cilt Sorunlarının DYK Etkileme Durumu		
Hiç etkilemiyor	112	56.0
Biraz etkiliyor	17	8.5
Çok etkiliyor	34	17.0
Çok fazla etkiliyor	37	18.5
DYK-Total (Ort±ss, min-max)	1.34 ±2.0 (Min-max:0-9)	

4.7. Olguların Cilt Kuruluğunu Etkileyen Faktörler

Olguların cilt kuruluğunu etkileyen faktörler *"Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Sosyo-demografik Özellikler ve Alışkanlıklar ile Karşılaştırılması"*, *"Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması", "Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması"* ve *"Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri ile Karşılaştırılması"* olmak üzere dört alt başlıkta sunulmuştur.

4.7.1. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Sosyo-demografik Özellikler ve Alışkanlıklar ile Karşılaştırılması

Tablo 4.7'de kuru cilt ve DDM ortalama puanlarının olguların sosyodemografik özellikler ve alışkanlıkları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, cilt kuruluğu ortalama puanları cinsiyet, öğrenim durumu ve gelir durumuna göre farklılık göstermezken, yaş arttıkça kuru cilt ortalama skorunun arttığı ($P<0.05$) saptanmıştır.

Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre, istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde, kuru cilt skoru daha yüksek ($P<0.01$), DDM skoru ($P<0.001$) daha düşük bulunmuştur. Tüketilen su miktarı arttıkça kuru cilt skoru azalmış ($P<0.05$) ve DDM skoru artmıştır ($P<0.05$). Tüketilen sigara, çay, kahve ve alkol miktarı ile kuru cilt ve DDM skorları arasında ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Sosyo-demografik Özellikler ve Alışkanlıklar ile Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Kuru Cilt Skoru (Ort±ss)			DDM Skoru (Ort±ss)		
	Ort±ss	İstatistik test	P	Ort ±ss	İstatistik test	P
Cinsiyet Kadın Erkek	 1.59±0.88 1.71±0.94	 t= 0.873	 0.384	 21.55±5.45 20.31±5.28	 t= 1.626	 0.106
Eğitim Düzeyi Okuryazar değil Ortaokul Lise Üniversite	 1.66±0.75 1.61±0.91 1.71±1.05 2.00±.93	 F= 0.513	 0.674	 21.22±5.13 21.09±5.58 20.63±5.21 17.43±4.10	 F= 1.238	 0.297
Kiminle Yaşıdığı Yalnız Ailesiyle	 2.00±0.97 1.63±0.90	 t= 1.585	 0.115	 19.26±5.45 21.02±5.37	 t= 1.252	 0.212
Gelir Durumu İyi Orta Kötü	 1.76±1.15 1.67±0.94 1.61±0.82	 F= 0.249	 0.780	 20.63±6.64 20.59±5.33 21.31±5.20	 F= 0.418	 0.659
Sigara Kullanımı Kullanıyor Kullanmıyor	 1.88±0.92 1.46±0.86	 t= 3.309	 **0.001****	 19.37±4.86 22.15±5.50	 t= 3.757	 **0.000*****
Yaş		r= 0.157	**0.026***		r= -0.123	0.082
Tüketilen Su Miktarı		r=-0.168	**0.017***		r= 0.143	**0.043***
Tüketilen Sigara Sayısı (n: 92)		r=0.016	0.882		r= -0.133	0.208
Tüketilen Çay Miktarı (n: 160)		r=0.024	0.768		r= -0.104	0.189
Tüketilen Kahve Miktarı (n:19)		r= 0.115	0.640		r= -0.167	0.494
Tüketilen Alkol Miktarı (n: 13)		r=-0.159	0.604		r= -0.205	0.502

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

4.7.2. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması

Tablo 4.8'de kuru cilt ve DDM ortalama puanlarının olguların sağlık durumu değişkenleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, kuru cilt ve DDM ortalama puanları olguların sağlık durumunu değerlendirmeleri ve yattığı servise göre değişmemiştir.

Yatış tanısı açısından DDM ortalama skoru kronik böbrek yetmezliği olanlarda en düşük, diğer hastalıkları olanlarda en yüksektir (P<0.01). Yatış süresi arttıkça kuru cilt skoru artmış (r=0.178), DDM skoru düşmüştür (r= -0.192).

Primer tanıya eşlik eden ek hastalığı olanlarda kuru cilt skoru daha yüksektir (P<0.05). Kuru cilt ve DDM skoru mevcut ek hastalıklardan diyabet, hipertansiyon, astım, hipertiroidi, hipotiroidi ve parkinson'a göre farklılık göstermemiştir; bununla birlikte kardiyovasküler hastalığı (P<0.05), dislipidemisi (P<0.05) ve KOAH'ı (P<0.05) olanlarda olmayanlara göre DDM ortalama skoru daha düşüktür. Kronik böbrek yetmezliği olanlarda kuru cilt ortalama skoru daha yüksek (P<0.01), DDM ortalama skoru daha düşüktür (P<0.01).

Çoklu ilaç kullananlarda, kullanmayan kıyasla kuru cilt skoru daha yüksek (P<0.001), DDM skoru daha düşüktür (P<0.001). Antidiyabetik, antilipidemik ve antitrombosit kullanan ve kullanmayan yaşlılarda kuru cilt ve DDM skorları farklılık göstermemiştir. Antibiyotik ve diüretik kullanımı hem kuru cilt ve hem de DDM skorlarını etkilemiştir. Antibiyotik kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksek (P<0.05) ve DDM skoru daha düşüktür (P<0.001); diüretik kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksek (P<0.001) ve DDM skoru daha düşüktür (P<0.001). Sedatif kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksek (P<0.01) ve DDM skoru istatistiksel anlamlılık sınırına yakın şekilde daha düşüktür (P=0.052). Antihipertansif kullanımı DDM skorunu etkilememiştir, buna karşın kuru cilt skoru antihipertansif kullananlarda kullanmayanlara göre daha yüksektir (P<0.05).

Laboratuvar değerlerinden albümin, sodyum, potasyum, kalsiyum, kreatinin, total biluribin, T3, T4 ve TSH düzeyleri ile kuru cilt ve DDM skorları arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Hemoglobin düzeyi arttıkça DDM skoru artmaktadır (r= 0.215); hematokrit düzeyi arttıkça kuru cilt skoru düşmekte (r=-0.172) ve DDM skoru artmaktadır (r= 0.254); üre düzeyi artmasına paralel olarak kuru cilt skoru artmış (r=0.141), DDM skoru düşmüştür (r=-0.206).

Tablo 4.8: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması

Sağlık Durumu Değişkenleri	Kuru Cilt Skoru (Ort±ss)			DDM Skoru (Ort±ss)		
	Ort±ss	**İstatistik test**	**P**	**Ort ±ss**	**İstatistik test**	**P**
Sağlığın değerlendirilmesi						
İyi	1.78±0.77	F= 1.084	0.340	20.35±4.60	F= 0.406	0.667
Orta	1.65±0.93			21.55±7.12		
Kötü	1.43±1.02			20.87±5.38		
Yattığı servis						
Geriatri	1.63±0.85			21.28±5.27		
Diyabet /endokrin	1.30± 0.80			23.14±5.78		
Genel dahiliye	1.35±1.00			22.27±5.84		
Nefroloji	1.93±0.83	F= 1.527	0.150	19.17±3.81	F= 1.347	0.223
Göğüs hastalıkları	1.89±1.15			19.85±6.89		
Romatoloji	2.06±0.97			19.48±4.53		
Hematoloji	1.53±0.52			19.36±2.82		
Gastroenteroloji	1.80±1.23			19.42±6.54		
Yatış tanısı						
Nörolojik hastalıklar	1.93±0.70			20.16±4.26		
Hipertansiyon /KAH	1.66±0.81			21.49±5.32		
Diyabet	1.49±0.85			20.40±4.79		
KBY	2.05±0.71			18.54 ±3.57		
SYH	1.73±1.07			20.95±6.62		
GİS	1.62±1.09	F= 1.674	0.107	19.48±6.21	F= 3.355	**0.001****#
Hematolojik hastalıklar	1.78±0.90			19.89±4.16		
Endokrin hastalıklar	1.56±0.73			21.33±4.85		
Diğer	1.12±0.99			26.43±4.72		
Primer tanıya eşlik eden ek hastalık						
Var	1.71±0.89	t= 2.116	**0.036***	20.58±5.29	t= 1.833	0.068
Yok	1.33±0.96			22.53±5.65		
Ek hastalıklar						
Diyabet						
Evet	1.73±0.87	t= 0.891	0.374	19.92±5.25	t= -1.860	0.064
Hayır	1.61±0.93			21.39±5.40		

KAH: Koroner arter hastalığı, *KBY:* Kronik böbrek yetmezliği, *SYH:* Solunum yolu hastalıkları, *GİS:* Gastrointestinal sistem hastalıkları. **#** Anlamlı farklılık diğer hastalık grubu ile nörolojik hastalıklar (P<0.05), diyabet (P<0.01), KBY (P<0.001), SYH (P<0.05), GİS (P<0.01) ve hematolojik hastalıklar (P<0.001) arasındadır.

*P<0.05; **P<0.01

Tablo 4.8: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması (Devamı)

Sağlık Durumu Değişkenleri	Kuru Cilt Skoru (Ort±ss)			DDM Skoru (Ort±ss)		
	Ort ±ss	İstatistik test	P	Ort ±ss	İstatistik test	P
Hipertansiyon						
Evet	1.71±0.86	t= 1.152	0.251	20.73±5.15	t= -0.519	0.605
Hayır	1.55±1.00			21.16±5.86		
Kardiyovasküler Hastalık						
Evet	1.75±0.88	t= 1.896	0.059	20.25±5.02	t= -2.104	**0.037***
Hayır	1.50±0.94			21.88±5.81		
Dislipidemi						
Evet	1.78±0.88	t= 1.537	0.126	19.78±5.20	t= -2.216	**0.028***
Hayır	1.58±0.92			21.51±5.40		
Astım						
Evet	1.83±0.98	t= -0.391	0.696	20.02±2.58	t= -0.776	0.465
Hayır	1.65±0.91			20.90±5.44		
Kronik Böbrek Yetmezliği						
Evet	2.26±0.86	t= 3.484	**0.001****	17.44±3.69	t= -3.327	**0.001****
Hayır	1.58±0.88			21.32±5.41		
Hipertiroidi						
Evet	1.50±0.83	t= -0.422	0.673	21.40±5.71	t= 0.244	0.808
Hayır	1.66±0.91			20.85±5.38		
Hipotiroidi						
Evet	1.88±0.64	t= 0.696	0.487	19.76±4.25	t= -0.596	0.552
Hayır	1.65±1.65			20.92±5.42		
KOAH						
Evet	2.07±1.03	t= 1.830	0.069	17.83±5.03	t= -2.421	**0.027***
Hayır	1.62±0.89			21.12±5.34		
Parkinson						
Evet	1.67±0.65	t= 0.046	0.964	20.66±4.19	t= -0.141	0.888
Hayır	1.65±0.92			20.88±5.45		

*P<0.05; **P<0.01

Tablo 4.8: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması (Devamı)

Sağlık Durumu Değişkenleri	Kuru Cilt Skoru (Ort±ss)			DDM Skoru (Ort±ss)		
	Ort±ss	İstatistik test	P	Ort ±ss	İstatistik test	P
Kullanılan ilaçlar						
Çoklu İlaç Evet Hayır	1.82±0.81 1.29±1.01	t= 3.929	**0.000*****	19.70±4.54 23.48±6.17	t= 4.328	**0.000*****
Antibiyotik Evet Hayır	1.80±0.87 1.49±0.93	t= 2.394	**0.018***	19.60±4.83 22.28±5.62	t= 3.589	**0.000*****
Antidiyabetik Evet Hayır	1.76±0.89 1.59±0.91	t= 1.313	0.191	20.01±5.25 21.43±5.41	t= 1.841	0.067
Diüretik Evet Hayır	1.93±0.83 1.40±0.90	t= 4.226	**0.000*****	18.74±4.11 22.84±5.67	t= 5.810	**0.000*****
Sedatif Evet Hayır	2.00±1.01 1.55±0.85	t= 3.072	**0.002****	19.56±5.41 21.29±5.32	t= 1.953	0.052
Antilipidemik Evet Hayır	1.76±0.91 1.62±0.91	t= 0.941	0.348	20.05±5.13 21.14±5.45	t= 1.243	0.215
Antitrombosit Evet Hayır	1.71±0.87 1.48±1.02	t= 1.504	0.134	20.53±5.07 22.00±6.23	t= 1.626	0.106
Antihipertansif Evet Hayır	1.75±0.86 1.47±0.98	t= 2.034	**0.043***	20.55±5.02 21.52±6.02	t= 1.136	0.259

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

Tablo 4.8: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Sağlık Durumu Değişkenleri ile Karşılaştırılması (Devamı)

Sağlık Durumu Değişkenleri	Kuru Cilt Skoru (Ort±ss)		DDM Skoru (Ort±ss)	
	r	**P**	**r**	**P**
Yatış süresi	0.178	**0.012***	-0.192	**0.006****
Hemoglobin	-0.091	0.201	0.215	**0.002****
Albumin	-0.109	0.123	0.079	0.264
Hematokrit	-0.172	**0.015***	0.254	**0.001****
Sodyum	-0.047	0.512	0.021	0.763
Potasyum	-0.047	0.506	-0.055	0.441
Kalsiyum	-0.054	0.447	0.057	0.426
Üre	0.141	**0.046***	-0.206	**0.003****
Kreatinin	0.053	0.453	-0.109	0.125
Total biluribin	0.028	0.693	-0.009	0.904
T3	-0.103	0.148	0.081	0.254
T4	-0.068	0.340	0.062	0.380
TSH	-0.007	0.916	0.043	0.544

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

4.7.3. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi, kuru cilt skoru banyo sıklığına göre farklılık göstermekte olup, en düşük kuru cilt skoru 2-3 günde bir banyo yapanlardan, en yüksek kuru cilt skoru ise haftada bir banyo yapanlardan elde edilmiştir (P<0.05). Banyo suyunun sıcaklığı, saç ve vücut yıkama ürünü ve banyoda lif kese kullanımı kuru cilt skoru ve DDM skorunu etkilememiştir. Banyo sonrasında nemlendirici kullananlarda kullanmayanlara göre DDM skoru daha düşüktür (P<0.05).

Tablo 4.9: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları ile Karşılaştırılması

Banyo ve Cilt Bakımı Alışkanlıkları	**Kuru Cilt Skoru (Ort±ss)**			**DDM Skoru (Ort±ss)**		
	Ort±ss	**İstatistik test**	**P**	**Ort±ss**	**İstatistik test**	**P**
Banyo Sıklığı						
İki-üç günde bir	1.55±0.86	t= 2.145	**0.033***	21.29±5.29	t= 1.422	0.157
Haftada bir	1.84±0.97			20.16±5.48		
Banyo Suyunun Isısı						
Ilık	1.72±0.84	t= 0.441	0.660	20.42±4.71	t= -0.487	0.627
Sıcak	1.64±0.92			20.95±5.50		
Saç yıkama ürünü						
Sabun	1.64±0.86	t= 0.131	0.896	20.53±4.79	t= 0.688	0.492
Şampuan	1.66±0.94			21.07±5.70		
Vücut yıkama ürünü						
Sabun	1.56±0.91	t= -1.263	0.208	21.01±5.65	t= 0.308	0.758
Şampuan	1.72±0.91			20.78±5.20		
Nemlendirici kullanımı						
Kullanıyor	1.88±0.96	t= 1.550	0.123	18.89±4.79	t= -2.341	**0.020***
Kullanmıyor	1.61±0.90			21.27±5.42		
Lif kese kullanımı						
Kullanıyor	1.59±0.90	t= 1.103	0.271	21.08±5.46	t= 0.595	0.554
Kullanmıyor	1.73±0.91			20.63±5.30		

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.01

4.7.4. Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri ile Karşılaştırılması

Cilt kuruluğu ortalama puanlarının olguların cilt kuruluğu ve ilişkili faktörlere ilişkin özdeğerlendirmeleri ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir. Kuru cilt ve DDM ortalama puanları bireylerin ciltlerini değerlendirmelerine göre farklılık göstermiştir; buna göre cildini normal olarak değerlendiren yaşlıların kuru cilt skoru en düşük iken, bunu kuru olarak değerlendirenler ve en yüksek puan ile pullanma ve döküntü var diyenler izlemiştir (P<0.001). Yine cildini normal olarak değerlendiren yaşlıların DDM skoru en yüksek iken, bunu kuru olarak değerlendirenler ve en düşük puan ile pullanma ve döküntü var diyenler izlemiştir (P<0.001).

Cilt kuruluğuna yönelik bitkisel tedavi kullanımı, klima ve aşırı güneş maruziyeti kuru cilt ortalama puanlarını etkilememiştir.

Kronik kaşıntı sorunu olanlarda olmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksek (P<0.01) ve DDM skoru daha düşüktür (P<0.01); benzer şekilde terlediğinde kaşıntı yaşayanlarda kuru cilt skoru daha yüksek (P<0.01) ve DDM skoru daha düşüktür (P<0.01). Kıyafet seçimi kuru cilt skorunu etkilemiştir; kıyafet seçiminde pamuklu kıyafetleri giymeye dikkat edenlerin kuru cilt skoru etmeyenlere göre daha düşüktür (P<0.05).

Tablo 4.10: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri ile Karşılaştırılması

	Kuru Cilt Skoru		**DDM Skoru**	
	Ort±ss	**İstatistik test ve P**	**Ort±ss**	**İstatistik test ve P**
Cildin Değerlendirmesi				
Normal	1.14±0.85	F= 35.10	23.65±5.82	F= 23.46
Kuru	1.73±0.78	**P= 0.000*****#**	20.37±4.63	**P= 0.000*****#**
Pullanma ve döküntü var	3.00±0.35		14.39±1.06	

Anlamlı fark grup 1-2 (P<0.001), grup 1-3 (P<0.001) ve grup 2-3 arasındadır (P<0.001).

***P<0.001

Tablo 4.10: Cilt Kuruluğu Ortalama Puanlarının Olguların Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri ile Karşılaştırılması (Devamı)

	Kuru Cilt Skoru		DDM Skoru	
	Ort±ss	**İstatistik test ve P**	**Ort±ss**	**İstatistik test ve P**
Cilt Kuruluğuna Yönelik Bitkisel Tedavi Kullanımı				
Kullanıyor	2.09±1.63	t= 1.639	19.01±5.87	t= 1.180
Kullanmıyor	1.63±0.91	P= 0.103	20.98±5.34	P= 0.239
Kronik Kaşıntı		t= 3.190		
Var	2.13±0.78	**P= 0.002****	17.97±4.30	t= 3.290
Yok	1.57±0.91		21.39±5.40	**P= 0.001****
Terlediğinde Kaşıntı				
Var	2.17±0.82	t= 2.991	17.66±4.13	t= 3.193
Yok	1.59±0.90	**P= 0.003****	21.32±5.39	**P= 0.002****
Klima Maruziyeti				
Var	1.85±0.69	t= 0.782	18.96±3.87	t= 1.330
Yok	1.64±0.92	P= 0.435	21.01±5.45	P= 0.184
Aşırı Güneş Maruziyeti				
Var	1.78±0.97	t= 0.413	20.52±5.83	t=0.201
Yok	1.65±0.91	P= 0.680	20.89±5.38	P= 0.129
Kıyafet Seçimi (Pamuklu kıyafet giymeye dikkat etme)				
Dikkat ediyor	1.62±0.91	t= 2.133	20.95±5.43	t=0.690
Dikkat etmiyor	2.13±0.74	**P= 0.034***	19.95±4.81	P= 0.491

*P<0.05; **P<0.01

4.8. Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 4.11'de ODS, DDM ve DYK arasındaki korelasyon katsayıları verilmiştir. ODS skoru ve DDM skoru arasında negatif anlamlı ilişki mevcuttur (r=-0.720). Olguların ODS skoru arttıkça DYK skoru artmaktadır (r= 0.640). DDM skoru ve DYK skoru arasında negatif anlamlı ilişki mevcuttur (r=-0.487)

Tablo 4.11: Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	ODS	DDM	DYK
ODS		r= -0.720 P=0.001*	r= 0.640 P=0.001*
DDM			r= -0.487 P=0.001*

*P<0.001

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tezde elde edilen bulgular *"Olguların Kuru Cilt Prevalansı"*, *"Olguların Cilt Kuruluğunu Etkileyen Faktörler"* ve *"Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*" üç ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Olguların Kuru Cilt Prevalansı

Çalışmamızda olguların ODS ortalama skoru 1,66 bulunmuştur, ODS değerlendirmesinde bir puan, hafif pullanma, hafif pürüzlülük, donuk görünüm, iki puan birkaç büyük pullanma ile birlikte küçük pullanmalar, hafif pürüzlülük, beyazımsı görünüm, üç puan eşit dağılmış küçük ve büyük pullanma, belirgin pürüzlülük, muhtemelen hafif kızarıklık ve muhtemelen birkaç yüzeysel çatlak ve dört puan eşit dağılmış küçük ve büyük pullanma, belirgin pürüzlülük, muhtemelen hafif kızarıklık ve muhtemelen birkaç yüzeysel çatlak anlamına gelmekte ve puan arttıkça cilt kuruluğu artar şeklinde değerlendirme yapılmaktadır (Serup vd., 1995). Buna göre mevcut çalışmada hastaların kuru cilt skorunun orta derecede olduğunu söylemek mümkündür; bununla birlikte daha objektif bir ölçüm olan DDM skoru ise doğrudan cilt nem ölçme cihazı ile elde edilmekte ve 0-30 arası kuru cilt olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda DDM skoruna göre olguların kuru cilt prevalansı %91,5'tir (Tablo 4.5).

Prevalans ve ilişkili faktörler yapılan çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, cilt kuruluğu yaşlılarda oldukça yaygın bir sorundur. Örneğin Almanya'da ulusal düzeyde genel popülasyonda yapılan bir çalışmada 48 630 yaşlı taranmış ve kuru cilt prevalansı %29,4 olarak bulunmuştur (Augustin vd., 2019a). Yine Almanya'da 6 hastane ve 14 bakım evinde 1710 kişide yapılan çalışmada (Lichterfeld vd., 2016) cilt kuruluğu, bizim çalışmamızda olduğu gibi, ODS ile değerlendirilmiş ve cilt kuruluğu prevalansı hastalarda %48,8, bakım evinde kalanlarda %52,6; Almanya'da bir başka çalışmada Lechner vd. (2018) kuru cilt prevalansı huzurevlerinde %41,2, hastanelerde %55,2; Bosna Hersek'te yapılan cohort çalışmasında (Mekić vd., 2019) 60 yaş üzerindeki bireylerde %60 olarak bulmuştur. Çin'de yaş ortalaması 73,2 olan toplam 33769 yaşlının dahil edildiği çok merkezli çalışmada (50 hastane ve 2 huzurevi) kuru cilt prevalansı ortalama %34,4 olarak bulunmuştur (Jiang vd. 2022). Hahnel vd (2017a) 10 bakımevinde yaş ortalaması 83,6 olan 223 yaşlıda ODS kullanarak yaptığı değerlendirmede kuruluk oranını %99,1 bulmuştur. Yine Hahnel vd tarafından farklı

ülkelerde yapılan 74 çalışmanın incelendiği sistematik gözden geçirmede (2017c) kuru cilt prevalansının %5.4-%85,5 arasında değiştiği gösterilmiştir. Türkiye'de konu ile ilgili yapılmış tek bir çalışmaya rastlanmış; 2008 yılında Ankara'da 3 huzurevinde kalan 300 yaşlıda yapılan bu çalışmada kuru cilt prevalansı %45,3 bulunmuştur (Kılıç vd, 2008).

Çalışmamızda bulunan kuru cilt prevalansı hem yurtdışı hem de yurtiçi çalışma sonuçları ile kıyaslandığında daha yüksek, Hahnel vd. (2017a) çalışma sonuçlarına ise benzerlik göstermektedir. Bu sonucu özellikle örneklem grubumuzun hastanede yatan yaşlılardan oluşması etkilemiş olabilir. Jiang vd (2022) çalışmasında kuru cilt prevalansı ortalama %34,4 bulunmasına karşın, alt grup incelemelerinde kuruluk yaygınlığının akut bakım hastanelerinde %33.2, rehabilitasyon hastanelerinde %41,8 ve bakım evlerinde %78 olduğu bildirilmiş, bu sonuç bakım evlerinde kalanların yaş ortalamalarının daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Lichterfeld vd. çalışmasında (2016), bakım evinde kalan yaşlılarda kuruluk oranı daha fazla bulunmakla birlikte, hastanede yatan yaşlılarda kuruluğun şiddetinin daha fazla olduğu rapor edilmiştir.

Mevcut çalışmada sağ kol ve sol kol kuruluğu azımsanmayacak oranda olsa da sağ ayak (%87,6) ve sol ayakta (%91,5) kuruluk oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Çalışma sonucumuz daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur.

Lichterfeld vd. (2016) ve Lichterfeld-Kottner vd. (2018) vücudun diğer bölgelerine kıyasla en fazla ayak ve bacaklarda kuruluk olduğunu rapor etmişler; Lechner vd. (2018) deri kuruluğunun en fazla görüldüğü bölgenin bacaklar ve ayaklar olduğunu, bunu daha az oranlarda kollar ve ellerin izlediğini bildirmiş; Jiang vd. çalışmasında da (2023) kuru cilt sorununun alt ekstremitelerde yaygın olduğu saptanmıştır. Yaşlılarda en fazla kuruluğun ayak ve bacaklarda olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Völzer vd., 2024).

5.2. Olguların Cilt Kuruluğunu Etkileyen Faktörler

Olguların cilt kuruluğunu etkileyen faktörlere ilişkin elde edilen bulgular *"Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları"*, *"Olguların Sağlık Durumu"*, *"Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri*" olmak üzere 3 alt başlıkta tartışılmıştır

5.2.1. Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Alışkanlıkları

Çalışmamızda cilt kuruluğunun cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.7). Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda cilt kuruluğunun erkeklerde (Lichterfeld-Kottner vd., 2018; Jiang vd., 2022), bazı çalışmalarda kadınlarda (Hahnel vd., 2017b, Lechner vd., 2018; Mekić vd., 2019) daha yaygın olduğu, bir çalışmada ise (Hahnel vd., 2017a) cinsiyet ve cilt kuruluğu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

Bu farklılıklar muhtemelen farklı yaşam ortamlarından, sağlık koşullarından ve farklı cilt pigmentasyonlarından kaynaklanıyor olabilir (Hahnel vd., 2017a, 2017b; Lechner vd., 2018; Lichterfeld-Kottner vd., 2018; Jiang vd., 2022); ayrıca farklı diyetlerin cilt bariyeri üzerindeki potansiyel etkisiyle de (Parke vd., 2021) ilişkili olabilir.

Çalışmamızda yaş ile DDM skoru arasında ilişki bulunmazken, ODS skoru ve yaş arasında pozitif anlamlı zayıf ilişki bulunmuştur ($r= 0.157$, $P<0.05$) (Tablo 4.7).

Yaşlanmaya bağlı olarak cilt kuruluğunun görülmesi beklenen bir bulgudur. Özellikle yaşlı kişilerde sebum ve ter üretiminin azalması, cilt yüzeyindeki pH seviyesinin yükselmesi veya hücre yenilenmesinin azalması gibi yapısal ve fonksiyonel değişiklikler nedeniyle cilt kuruluğuna hassasiyet oluşmaktadır (Hodgkinson, Rhonda ve Wilson, 2006; Kottner, Lichterfeld ve Blume-Peytavi, 2013).

Yaşlanmaya paralel olarak ile yağ ve ter bezlerinin fonksiyonlarının azalması derinin nemlenmesini azaltır, dolayısıyla kuruluğa neden olur. Yaşlılıkta kolajen doku azalmasına bağlı olarak ta derinin doğal nem tutma kapasitesi azalır; stratum corneum'daki lipid miktarının azalması, cilt neminin korunmasını zorlaştırarak kuruluğu artırabilir. Yıllar boyunca güneş ışınlarına bağlı hasar derinin bütünlüğünün bozulmasına ve su içeriğinin azalmasına neden olarak kuruluğa yol açar. Yine yaşlılarda fizyolojik olarak susama hissinin azalması, su alımını azaltarak deri kuruluğuna katkı verir (Pınar Bölüktaş, 2025). Bu nedenle çalışmamızda gösterildiği gibi, yaşlanma ile cilt kuruluğunun artması beklenen bir bulgudur, bununla birlikte yaş ve cilt kuruluğu arasındaki ilişkinin zayıf olması örneklem grubunun yaş ortalamasının diğer çalışmalara kıyasla nispeten daha küçük olması ile ilişkili olabilir. Çalışma sonucumuz yaş ve cilt kuruluğu arasında ilişki olduğunu gösteren çalışma sonuçları ile uyumludur (Lichterfeld vd., 2016; Hahnel vd., 2017b, Mekić vd., 2019; Jiang vd., 2022).

Çalışmamızda daha önce yapılan çalışma verilerini dikkate alarak **(**Sørensen vd., 2015; Kim vd., 2023) eğitim durumu düşüklüğünün bireylerin banyo ve cilt bakım rutinlerini

etkileyerek, yine ekonomik durumun düzenli olarak nemlendirici kullanma, nemlendiriciye ulaşma ya da cildi kurutmayan temizlik ürünlerine ulaşma durumunu etkileyerek cilt kuruluğunu etkileyebileceğini düşünmüş idik, ancak bu öngörümüzü destekleyecek istatistiksel anlamlı veriye ulaşılamamıştır (Tablo 4.7).

Eğitim durumu ve ekonomik durumun sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla ilişkili yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu bilinmekte, eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık okuryazarlığının daha iyi olduğu ve sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin beslenme, hareket, stres yönetimi gibi sağlıkla ilişkili yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (Sorenson vd., 2015; Kim vd., 2023). Örneğin 1922 çalışmadan kalite kriterlerine uyan 29 araştırmanın incelediği meta analizde e-sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla ilgili davranışlar arasındaki ilişki incelenmiş ve 29 çalışmanın 22'sinde bu ilişkinin saptandığı bildirilmiş; yaş, morbidite durumu ve sağlıkla ilgili davranış tipine göre inceleme yapıldığında sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili davranışları orta düzeyde etkilediği görülmüştür. Meta-analiz yaş, morbidite durumu ve sağlık ile ilgili davranış türüne göre gerçekleştirildiğinde, birleştirilmiş korelasyon katsayıları yaşlı yetişkinler (≥65 yaş) için 0,37, hastalığı olan bireyler için 0,28 ve sağlıklı davranışları destekleyen bireyler için 0,36 olarak bulunmuştur. eSağlık okuryazarlığı ile sağlık ile ilgili davranışlar arasındaki korelasyon totalde 0,31 olarak bulunmuştur; bu da eSağlık okuryazarlığı ile sağlık ile ilgili davranışları arasında orta düzeyde bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar eSağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili bilgilerin sağlıkla ilgili davranışlarda değişikliklere yol açma sürecinde bir aracı olabileceğini göstermektedir.

Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dan toplam 8000 bireyin dahil edildiği Avrupa sağlık okuryazarlığı çalışmasında maddi yoksunluk, düşük sosyal statü, düşük eğitim düzeyi veya yaşlılık gibi alt gruplarda sınırlı sağlık okuryazarlığının oranının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Sørensen vd., 2015).

Hahnel vd. (2017a) üniversite mezunlarında cilt kuruluk oranının daha düşük olduğunu bulmuş, nedensel ilişkiyi açıklayamamakla birlikte, üniversite mezunlarının cilt bakım rutinlerini daha iyi yapıyor olabileceğini belirtmiştir.

Mevcut çalışmada, Tablo 4.1'de görüldüğü gibi, eğitim durumu açısından yığılma ortaokul mezunlarında (%56,2), gelir durumu açısından ise orta düzeyde eğitim durumuna sahip olanlardadır (%51,7). Eğitim ve gelir durumu açısından daha homojen

olan, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak yapılacak çalışmalar eğitim durumu, gelir durumu ve kuru cilt arasındaki ilişkiyi göstermede yararlı olabilir.

Literatürde cilt bakımında başkalarına bağımlı olmanın cilt kuruluğu için risk oluşturduğu bildirilmektedir (Lichterfeld vd., 2016; Lichterfeld-Kottner vd., 2018; Jiang vd., 2022). Bu bilgilere dayanarak çalışmamızda yalnız yaşamanın aile ile yaşamaya göre kuru cilt açısından risk oluşturacağı, yine yalnız yaşamanın cildi nemlendirme gibi kişisel bakım rutinlerini yapma motivasyonunu olumsuz etkileyebileceği düşünülmüş idi. Ancak yalnız yaşayan ve ailesi ile yaşayan bireylerin kuru cilt bakımından farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu sonucun hastalarımızın kendi bakımlarını yürütebilecek kadar bağımsız olmasından kaynaklanmış olabileceği düşüncesindeyiz. Barthel index vb ölçüm araçları kullanarak yaşlıların bağımlılık durumları ve kuru cilt ilişkisinin inceleneceği çalışmaların, yine yalnız ve ailesi ile yaşayanların cilt bakım rutinlerinin karşılaştırılacağı çalışmaların yapılması sorunun yanıtının bulunmasında yarar sağlayabilir. Bununla birlikte Hahnel vd. (2017a) cilt kuruluğu ve Barthel indeks puanı arasında ilişki bulamamıştır.

Çalışmamızda sigara kullananlarda kullanmayanlara göre, istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde, kuru cilt skoru daha yüksek ($P<0.01$), DDM skoru ($P<0.01$) daha düşüktür (Tablo 4.7).

Tütün kullanımının tüm vücuda olduğu gibi, deri üzerinde de belirgin olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Tütün içeriğindeki nikotin deri mikro sirkülasyonunu ve anjiogenezisi etkiler ve epidermis hücrelerini üreten keratinositlerin farklılaşmasını bozar. Buna paralel olarak, sigara dumanı basit deri yapısını oluşturan kolajen ve elastin liflerinin bozulmasını artırır, bu şekilde yaşlanma sürecini hızlandırır, yine cildin nem tutma kapasitesini azaltarak bireyleri cilt kuruluğuna yatkın hale getirir. Ek olarak nikotin ve sigara dumanındaki diğer bileşikler dermatoz görünümü ve seyri üzerinde etkilidir. Tütün dumanında bulunan reaktif oksijen türleri kanserogenezi başlatabilir ve hızlandırabilir. Sigara içenlerin yüzleri ağız çevresinde tipik kırışıklıklar olan kuru, gri ve yorgun görünümlüdür (Urbańska, Nowak, ve Florek, 2012). Sigaranın cilt sağlığı üzerine olumsuz etkileri bilinmesine karşın yaşlılarda tütün kullanımı ve kuru cilt ilişkisinin incelendiği tek bir çalışmaya rastlanmış ve bu çalışmada sigara kullanımının cilt kuruluğuna yatkınlığı artırdığı belirlenmiştir (Mekić vd., 2019).

Mevcut çalışmada su tüketimi ile cilt kuruluğu ve DDM skorları arasında istatistiksel anlamlılık gösterecek derecede korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.7); bir başka ifade ile su tüketimi arttıkça cilt nemi artmakta ve cilt kuruluğu azalmaktadır. Tüketilen sıvı

miktarı ile cilt kuruluğu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte yeterli sıvı alımının derinin hidrasyon durumunu olumlu yönde etkilediği, bununla birlikte bu görüşü destekleyen deneysel kanıtların (Akdeniz vd., 2018b), özellikle bakım açısından başkalarına bağımlı yaşlılarda (Akdeniz vd., 2018a) yeterli olmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda günlük çay, alkol ve kahve tüketim miktarı cilt kuruluğunu etkilememiştir (Tablo 4.7). Çay, kahve, alkol tüketimi ve kuru cilt ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmadığı için sonuçlarımızı karşılaştırma imkânı bulunamamıştır. Bununla birlikte yapılan bir çalışmada (Feng vd., 2021) çayın ve aktif bileşenlerinin oral ve harici kullanımının cilt yaşlanması üzerindeki potansiyel geciktirici etkisi incelenmiştir. Çalışmada incelenen 20 makale bulgusuna dayanarak sudan sonra ikinci en büyük sağlık içeceği olan çayın polifenoller, l-theanine, çay pigmentleri, kafein, çay saponinleri, çay polisakkaritleri ve diğer ikincil metabolitler açısından zengin olduğu; çayda bulunan aktif maddelerin besleyici, kırışıklık karşıtı, lekeleri giderici ve diğer cilt bakımı etkilerine sahip olduğu belirtilmiştir. Çayın ultraviyole ışınlarının absorbe edilmesi, antioksidan, anti-inflamatuar, hücre dışı matris yaşlanmasının inhibisyonu, melanin ve toksik oksidasyon ürünlerinin birikimini inhibe etme, bağırsak ve cilt mikroorganizmalarını dengeleme ve ruh halini ve uykuyu iyileştirme gibi diğer olumlu etkilerinin de olduğu, tüm bu nedenlerle çay elementli cilt bakım ürünleri tüketiciler tarafından tercih edildiği rapor edilmiştir.

Kahvede esansiyel yağ asitlerinin olduğu ve kahve yağının topikal kullanımının yara iyileşmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin ratlarda insizyonla oluşturulan yara üzerine salin solüsyonu, mineral yağ, yeşil kahve yağı ve kavrulmuş kahve yağı ile pansuman yapılarak uygulamalar karşılaştırılmış ve kavrulmuş kahve yağının diğer yöntemlere göre yara iyileşmesini hızlandırdığı ve kolajen yoğunluğunu artırdığı, bu nedenle yara iyileşmesinde güvenli bir ürün olarak kullanılabileceği bildirilmiştir (Lania vd., 2017).

Bu bilgilere dayanarak çalışmamızda çay ve kahve tüketiminin deri kuruluğu açısından koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmüştür, ancak bu konuda randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu da aşikardır.

5.2.2. Olguların Sağlık Durumu

Olguların yarıdan fazlasının (%64,7) sağlığını orta olarak değerlendirdiği mevcut çalışmada algılanan sağlık durumunun kuru cilt skorlarında fark yaratmadığı görülmüştür. Çalışmamızın tersine Mekić vd. (2019) kötü sağlık algısının kuru cilt riskini artırdığını bulmuşlardır.

Mevcut çalışmada kuru cilt ve DDM skorunun yatış tanısına göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde DDM ortalama skorunun kronik böbrek yetmezliği olanlarda en düşük, diğer hastalıkları olanlarda en yüksek olduğu saptanmış ($P<0.01$); primer tanıya eşlik eden ek hastalığı olanlarda kuru cilt skoru daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$). Mevcut ek hastalıklardan kardiyovasküler hastalığı ($P<0.05$), dislipidemisi ($P<0.05$) ve KOAH'ı ($P<0.05$) olanlarda olmayanlara göre DDM ortalama skoru daha düşüktür. Kronik böbrek yetmezliği olanlarda kuru cilt ortalama skoru daha yüksek ($P<0.01$), DDM ortalama skoru daha düşüktür ($P<0.01$) (Tablo 4.8).

Kronik böbrek hastalarında cilt kuruluğu yaygındır, bu durum ter ve yağ bezlerinin küçülmesi nedeni ile yetersiz ter ve sebum üretimi, diyalize bağlı olarak stratum corneum tabakasının su tutma kapasitesinin azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yine kronik böbrek hastalarındaki üre yüksekliği kaşıntıya yol açmakta, kronik kaşıntı sorunu ise cilt tahrişi ile kuruluğu daha da artırmaktadır (Köksal Cevher vd., 2018). Köksal Cevher vd. çalışmasında (2018) prediyaliz hastalarının %63,9'unda, Dwiyana vd. çalışmasında (2023) diyaliz hastalarının %84'ünde cilt kuruluğu, %56'sında kaşıntı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda kronik böbrek yetmezliği hastalarında cilt kuruluğunun fazla olması beklenen bir bulgu olup, literatürle uyumludur.

Çalışma sonucumuza göre hem dünyada hem de ülkemizde ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer alan kardiyovasküler hastalıklar cilt kuruluğu için risk oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda yüksek düzeydeki kolesterol ve trigliseritlerin, aterosklerozun, hipertansiyonun üç temel cilt belirtisi ciltte kızarıklık, mor lekeler ve beneklerdir. Kardiyovasküler hastalıkların bu klinik etkilerinin cilt yaşlanmasını ve cilt kuruluğu gelişmesini hızlandırdığı düşünülmektedir.

Cilt kuruluğu ve KOAH arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Jiang vd. (2022) düşük aktivite düzeyinin cilt kuruluğu ile ilişkili olduğunu saptamıştır. İnhale kortikosteroidlerin uzun süre kullanımının, özellikle yaşlı bireylerde deride incelmeye neden olduğu ve deride kolayca morarmalara neden olduğu bildirilmiştir

(Tashkin vd., 2004) KOAH'ın etyolojisinde rol oynayan tütün kullanımı, KOAH'lı hastalarda dispneye bağlı azalmış aktivite düzeyi, inhale kortikosteroidlerin kullanımı cilt kuruluğu ile ilişkili olabilir düşüncesindeyiz.

Kronik hastalık varlığı ve kuru cilt arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin Jiang vd.nin 50 hastane ve 2 bakımevinde yaşlılarda yaptığı çalışmada (2022), olguların %49,5'inde kardiyovasküler hastalık, %31,1'inde serebrovasküler hastalık, %22'inde diyabet, %17,5'inde solunum sorunları, %15,5'inde onkolojik sağlık sorunu, %7,3'ünde böbrek hastalığı, %2,9'unda varikoz ven ve %1,5'inde Parkinson olduğu bildirilmiş; anılan sağlık sorunları olmayanlar ile kıyaslandığında bu sekiz sağlık sorununun hepsinde cilt kuruluğunun istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde daha yüksek olduğu görülmüş; hem renal hastalık hem de diyabeti olan bazı yaşlılarda kuru cilt skoru maksimum puan olan 4 bulunmuştur. Aynı çalışmada huzurevinde kalmak, banyo/yıkanma/hijyen işlerinde cilt bakımında başkalarına bağımlı olmak, beslenme sorunları, aktivite azlığı da kuru cilt sorunu ile ilişkili bulunmuştur.

Lichterfeld vd. çalışmasında (2016) onkoloji hastalarında, kas-iskelet sistemi hastalığı olanlarda olmayanlara göre cilt kuruluğu daha yaygın bulunmuş; yine banyo/yıkanma işlerinde başkalarına bağlı olanlarda kuruluk sorununun daha yaygın olduğu görülmüştür. Mekić vd. çalışmasında (2019) renal bozulma ve varikoz venlerin varlığı kuru cilt ile ilişkili bulunmazken, diyabet ve kuru cilt arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Birçok ilaç cilt kuruluğuna yol açabilir. Bunlar arasında retinoidler, topikal kortikosteroidler (uzun süreli kullanım durumunda), diüretikler, lipid düşürücü ajanlar, kalsiyum antagonistleri, beta blokerler, antiromatizmal ilaçlar, kontraseptifler/antiandrojenler, sitostatik ajanlar, immün sistemi düzenleyici (immunomodülatörler) ilaçlar sayılabilir (Augustin vd., 2019b).

Mevcut çalışmada çoklu ilaç kullananlarda, kullanmayanlara kıyasla kuru cilt skoru daha yüksek ($P<0.001$), DDM skoru daha düşük ($P<0.001$) bulunmuş; antibiyotik ve diüretik kullanımı hem kuru cilt ve hem de DDM skorlarını etkilemiş; antibiyotik ve diüretik kullananlarda kullanmayanlara göre istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde kuru cilt skorunun daha yüksek ve DDM skorunun daha düşük olduğu görülmüştür. Yine kullanmayanlara kıyasla istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde, sedatif ve antihipertansif ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

Jiang vd. (2022) kalsiyum antagonistleri, antibiyotik, antitrombolik, hipoglisemik, diüretik, sedatif, kemoterapötik ilaçlar ve statin grubu ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre cilt kuruluğu sorununun daha yaygın olduğunu bulmuş; bu ilaç grupları içinde diüretik, statin ve antibiyotiklerin kullanımının cilt kuruluğu için en güçlü prediktörler olduğunu rapor etmişlerdir. Mekić vd. çalışmasında (2019) kemoterapötik ilaç kullanımı ve kuru cilt skoru ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda hemoglobin düzeyi arttıkça DDM skoru artmış (r= 0.215); hematokrit düzeyi arttıkça kuru cilt skoru düşmüş (r=-0.172) ve DDM skoru artmıştır (r= 0.254). Üre düzeyi ile kuru cilt skoru arasında pozitif (r=0.141), DDM skoru arasında negatif (r=-0.206) ilişki bulunmuştur (Tablo 4.8).

Laboratuvar değerleri ile cilt kuruluğunun karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Hemoglobin ve hematokrit artışı vücutta su düzeyinin azaldığını gösterir; üre düzeyinin yüksekliği ise böbrek hastalıkları ile ilişkilidir. Dehidratasyon ise üre miktarının artmasına neden olur. Bu nedenlerle çalışmamızda saptanan hemoglobin, hematokrit ve üre ile cilt kuruluğu arasındaki ilişki beklenti dahilindedir.

Çalışmamızda yatış süresi arttıkça kuru cilt skoru artmış, DDM skoru azalmıştır (Tablo 4.8). Bu sonuç hastanede daha uzun süre yatan hastaların sağlık durumlarının daha kötü olması ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda yatış süresinin uzaması hareketsizlik, hastanın günlük cilt bakım rutinlerini gerçekleştirememesi, bakımda aile üyelerine ya da sağlık çalışanlarına bağlı olma gibi nedenler de cilt kuruduğuna katkı verebilir. Bu bulgular doğrultusunda, uzun süre hastanede yatan bireylerde düzenli cilt bakımı sağlanması, cilt nemlendirme uygulamalarının teşvik edilmesi ve yatış süresinin mümkün olduğunca optimize edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, bakım personelinin ve sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerde cilt sağlığının korunmasına yönelik farkındalıklarının artırılması önemlidir. Bu tür yaklaşımlar, yaşlı hastaların cilt sağlığını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için etkili bir strateji sunabilir.

Hem bizim hem de yukarıda anılan çalışmaların sonuçları fiziksel olarak düşkün, bağımlı, sağlık sorunu olanların ve sağlık sorunlarına bağlı ilaç kullananlarının cilt kuruluğu açısından daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Yine de araştırmaların daha çok kesitsel yapılmış olması, örneklem büyüklüklerinin farklılıkları, çalışılan örneklem grubunun farklı özellikleri vb nedenler ile hastalıklar, kullanılan ilaçlar, laboratuvar değerleri vb sağlık değişkenleri ile cilt kuruluğu arasındaki nedensel ilişkiyi analiz etmek imkânsız olsa da yaşlılarda cilt kuruluğu daha fazla araştırmaya değer bir sorun olarak önemini korumaktadır.

5.2.3 Olguların Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları, Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirmeleri

Kuru cilt ve DDM ortalama puanları yaşlıların ciltlerini değerlendirmelerine göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermiştir (P<0.001), (Tablo 4.10). Bu sonuç yaşlıların öz değerlendirmelerinin ölçek ve nem ölçer cihazı ile yapılan değerlendirmeler ile uyumlu olduğunu göstermesi bakımından önemlidir, özellikle bu bulgu büyük gruplara yönelik eğitim programlarının planlanmasında yaşlıların özdeğerlendirme yolu ile kendilerini değerlendirerek uygun girişimleri başlatması açısından yararlı olabilir.

Çalışmamızda kuru cilt skoru banyo sıklığına göre farklılaşmış olup, kuru cilt skoru haftada bir banyo yapanlarda, 2-3 günde banyo yapanlardan daha yüksek bulunmuştur (P<0.05). Banyo suyunun sıcaklığı, saç ve vücut yıkama ürünü ve banyoda lif kese kullanımı kuru cilt skoru ve DDM skorunu etkilememiş; cildine nemlendirici uygulayanlarda cilt DDM skoru daha düşük bulunmuştur (P<0.05), (Tablo 4.9). Cilt kuruluğuna yönelik bitkisel tedavi kullanımı, klima ve aşırı güneş maruziyeti kuru cilt ortalama puanlarını etkilememiştir (Tablo 4.10).

Epidermal bariyerin zarar görmesi ve transepidermal su kaybının artması sonucunda cildin doğal nem dengesinin bozulmasına ve kuruluğun şiddetinin artmasına yol açacağından yaşlılarda sık banyo yapmaktan kaçınılması, banyoda sıcak su yerine ılık su kullanılması, su ve durulama gerektirmeyen kuru şampuan gibi ürünlerin tercih edilmesi, banyo süresinin 5 dk ile sınırlı tutulması, cilt bakımının günlük olarak yapılması, saç, vücut ve genel olarak cilt temizliğinde pH'ı uygun doğal ürünlerin kullanılması ve temizlenmiş cildin uygun ürünlerle nemlendirilmesi önerilmektedir (Lichterfeld vd., 2015; Völzer vd., 2024). Yine cildin ekstremiteler dahil nemlendirilmesinde üre, dekspantenol veya gliserin gibi nemlendiriciler içeren lipofilik, durulanmayan ürünlerin kullanılması ve uygulamanın cilt kuruluğunun şiddetine bağlı olarak günde en az iki kez veya daha sık yapılması önerilmektedir (Lichterfeld vd., 2015; Kottner ve Surber, 2016; Chang vd., 2017; Völzer, vd., 2024).

Mevcut çalışmada daha sık aralarla banyo yapanlarda cilt kuruluğunun daha az olması sürpriz bir bulgu olmuştur. Cilt kuruluğunda belki de banyo sıklığından ziyade banyo sırasında kullanılan ürünlerin ve banyo süresinin etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Vücut ve saç temizliğinde ne kullanıyorsunuz sorusuna yaşlılar cevap olarak sabun ve şampuan seçeneklerini işaretlenmişlerdir. Diğer taraftan, daha uzun aralıklarla banyo yapanların banyoda daha uzun zaman geçirmeleri söz konusu olabilir, bu da cilt kuruluğuna katkı vermiş olabilir. Çalışmamızdan farklı olarak Hahnel, Blume-Peytavi

ve Kottner çalışmasında (2019) yaşlıların %64,7'sinin her gün tüm vücudunu yıkadığı, %29,4'ünün haftada bir ya da daha seyrek olarak duş aldığı ve %45,1'inin haftada bir ya da daha seyrek olarak saçlarını yıkadığı saptanmış, kuru cilt prevalansının banyo sıklığına göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda bir diğer sürpriz sonuç, nemlendirici kullananlarda cilt neminin daha düşük bulunmasıdır ($P<0.05$), (Tablo 4.9). Bu sonuç birkaç neden ile ilişkili olabilir. Öncelikle çalışmamızda nemlendirici kullananların oranı oldukça düşük idi (%16.4) (Tablo 4.3). Çalışmamızda kullanılan nemlendirici türü ve kullanım sıklığı sorulmadığından sonucumuzu bazı karıştırıcı değişkenler de etkilemiş olabilir; yine yaşlılar uygun olmayan nemlendirici kullanılıyor veya uygun nemlendiriciyi çok seyrek aralarla uygulanıyor olabilirler. Son olarak en yakın olasılık cilt kuruluğu olanların, kuruluğu gidermek amacıyla nemlendirici kullanıyor olabileceğidir. Kullanılan nemlendirici türü, kullanım sıklığı ve bunların kuru cilt ile ilişkisinin aranacağı çalışmalar durumu aydınlatmada yararlı olabilir.

Çalışmamızdan farklı olarak Hahnel vd. çalışmasında (2019) yaşlıların %37,3'ünün vücuduna, %27,3'ünün yüz ve boynuna her gün ve %27,5'inin haftada 2-3 kez vücudunun çeşitli bölgelerine nemlendirici uyguladığı saptanmış, nemlendirici kullanımı ve cilt kuruluğu arasında ilişki bulunmamıştır. Mekiç vd. ise (2019) günlük olarak nemlendirici krem kullananlarda kuru cilt oranlarının daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda hem kronik kaşıntı sorunu olanlarda hem de terlediğinde kaşıntı yaşayanlarda kuru cilt skoru daha yüksek, cilt nemi skoru daha düşük bulunmuştur ($P<0.01$). Yaşlılarda kronik kaşıntı ve cilt kuruluğu arasındaki ilişki bilinmektedir (Valdes-Rodriguez, Stull, ve Yosipovitch, 2015; Lichterfeld vd., 2016; Lichterfeld-Kottner vd., 2018; Jiang vd., 2022). Aynı zamanda yaşlılarda sistemik hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak da kaşıntı görülebilmektedir (Weisshaar and Mettang, 2018), ancak mevcut çalışmada sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve kaşıntı varlığı arasındaki ilişki incelenmemiştir.

Çalışmamızda kıyafetlerinde pamuklu tercih edenlerin kuru cilt skoru, tercih etmeyenlere göre daha düşüktür ($P<0.05$) (Tablo 4.10). Deri sağlığının sürdürülmesinde cilt havalanmasını sağlayan ve teri emen pamuk içerikli doğal giysiler önerilmekle birlikte, bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır; bununla birlikte pamuklu giysileri tercih edenlerde kuru cilt skorunun daha düşük olması beklenen bir bulgudur.

5.3. Cilt Kuruluğu ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Cilt kuruluğu kaşıntı, yanma veya batma ve ciltte rahatsız edici gerginlik hissi yaratarak yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler (Filippi vd., 2023).

Çalışmamızda hem kuru cilt skoru hem de DDM skoru Dermatolojik Yaşam Kalitesi skoru ile ilişkili bulunmuştur; bulgularımıza göre kuru cilt skoru arttıkça ve cilt nemi düştükçe yaşam kalitesi azalmaktadır (Tablo 4.11). Bu sonuçlara göre yaşlılarda cilt kuruluğunun yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir.

Cilt kuruluğu ve cilt kuruluğu ile ilişkili kaşıntının yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmış; bu çalışmaların çoğunluğunda cilt kuruluğunun yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Örneğin Kini vd. (2011) kronik kaşıntı ve ağrılı iki grup hastayı karşılaştırdığı çalışmasında kaşıntının ve ağrının benzer şekilde yaşam kalitesini etkilediğini ve her iki yakınmanın şiddetinin artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin kötüleştiğini saptamıştır. Lichterfeld-Kottner vd. (2018) cilt kuruluğunun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. von Stülpnagel vd. tarafından (2022) 127 kişide yapılan çalışmada cilt kuruluğu olan hastaların, olmayanlara göre psikososyal yükünün daha fazla olduğu, bu grupta dismorfik endişe, genel kaygı, depresyon prevalansının yaygın ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmaların tersine Hahnel vd. (2019) bakım evinde kalan 65 yaş üzerinde 55 birey ile yaptığı çalışmada yaşam kalitesi WHO İyilik Durumu İndeksi ile değerlendirilmiş ve cilt kuruluğu ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır.

Global olarak değerlendirildiğinde cilt kuruluğunun ve kuruluk ile ilişkili kaşıntı, ciltte pullanma, çatlama, enfeksiyon gibi sorunların yaşam kalitesini etkileyeceği açıktır. Bu nedenle cilt kuruluğu sorunu olan hastalarda cildin temizlenmesi ve nemlendirilmesini içeren deri bakım protokollerinin uygulanması yerinde olacaktır. Bu görüşümüzü destekler şekilde yapılan çalışmalarda, deri hijyeni ve nemlendirmenin kuruluk ile ilişkili sorunları azalttığı, yanısıra hastaların psikososyal durumunu ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (Filippi vd., 2023; Patsatsi vd., 2023). Filippi vd. çalışmasında (2023) yaşlılarda cilt kuruluğu dahil dermatolojik sorunların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, seramid bazlı nemlendirici krem ve günlük cilt bakımının dört hafta içinde cilt kuruluğu dahil dermatolojik sorunların azaltılmasında ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Patsatsi vd. çalışmasında (2023) 1399 hasta iki ay süre ile emülsiyon solüsyon ile cilt bakımı yapmış, hastaların yaşam kalitesi Dermatolojik yaşam kalitesi indeksi ile değerlendirilmiş, çalışma

başlangıcından iki ay sonra değerlendirilen kuruluk, kaşıntı, uyku kalitesi, rahatsızlık ve pullanmada iyileşme, yine yaşam kalitesinde %82,6 oranında iyileşme olmuştur.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

65 yaş üzeri hastalarda cilt kuruluğu ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

- Kuru cilt prevalansı %91,5'dir; kollara kıyasla sağ ayak ve sol ayakta kuruluk oranları daha fazladır.
- Cilt kuruluğu cinsiyet, öğrenim durumu ve gelir durumuna göre farklılık göstermezken, yaş arttıkça kuru cilt artmaktadır.
- Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksek, DDM skoru daha düşüktür
- Tüketilen su miktarı arttıkça kuru cilt skoru azalmakta, cilt nemi artmaktadır, ancak tüketilen sigara, çay, kahve ve alkol miktarı cilt kuruluğunu etkilememektedir.
- Kuru cilt prevalansı yatış tanısına göre farklılık göstermektedir; DDM ortalama skoru kronik böbrek yetmezliği olanlarda en düşüktür.
- Primer tanıya eşlik eden ek hastalığı olanlarda kuru cilt skoru daha yüksektir. Mevcut ek hastalıklardan kardiyovasküler hastalığı, dislipidemisi ve KOAH'ı olanlarda olmayanlara göre DDM ortalama skoru daha düşüktür; kronik böbrek yetmezliği olanlarda kuru cilt ortalama skoru daha yüksek, DDM ortalama skoru daha düşüktür
- Çoklu ilaç kullananlarda, kullanmayanlara kıyasla kuru cilt skoru daha yüksektir.
- Antibiyotik ve diüretik kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru yüksek ve DDM skoru düşüktür. Sedatif ve antihipertansif ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre kuru cilt skoru daha yüksektir.
- Hemoglobin düzeyi arttıkça DDM skoru artmış, hematokrit düzeyi arttıkça kuru cilt skoru düşmüş ve DDM skoru artmıştır. Üre düzeyi ile kuru cilt skoru arasında pozitif, DDM skoru arasında negatif ilişki mevcuttur.
- Hastanede yatış süresi arttıkça kuru cilt skoru artmış, DDM skoru azalmıştır.
- Kuru cilt skoru haftada bir banyo yapanlarda, 2-3 günde bir banyo yapanlardan daha yüksektir. Banyo suyunun sıcaklığı, saç ve vücut yıkama ürünü ve banyoda lif kese kullanımı kuru cilt skoru ve DDM skorunu etkilememektedir.
- Cildi için nemlendirici kullananlarda cilt DDM skoru daha düşüktür

- Hem kronik kaşıntı sorunu olanlarda hem de terlediğinde kaşıntı yaşayanlarda kuru cilt skoru daha yüksek, cilt nem skoru daha düşüktür.
- Kıyafetlerinde pamuklu tercih edenlerin kuru cilt skoru, tercih etmeyenlere göre daha düşüktür.
- Hem kuru cilt skoru hem de DDM skoru Dermatolojik Yaşam Kalitesi skoru ile ilişkilidir.

Bu sonuçlar doğrultusunda

65 yaş üzeri hastalarda cilt kuruluğunun rutin olarak incelenmesi, özellikle kuruluk açısından riskli olan alt ekstremite kuruluğunun incelenmesi

İleri yaşlı hastaların cilt kuruluğu açısından daha yakından izlenmesi

Kronik böbrek yetmezliği, kardiyovasküler hastalığı, dislipidemisi ve KOAH'ı olan, yanısıra çoklu hastalığı olan; antibiyotik, sedatif, antihipertansif ve çoklu ilaç kullanan, hemoglobin, hematokrit ve üre düzeyleri normal sınırların dışında olan, cilt kuruluğuna kaşıntının eşlik ettiği ve yatış süreleri uzun olan yaşlı hastaların cilt kuruluğu açısından yakından takip edilmesi, cilt kuruluğunun önlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması

Sigara içen yaşlılara yönelik olarak sigara bırakma programlarının uygulanması

Yeterli su alımının sağlanması

Pamuklu giysilerin tercih edilmesi

Uzun süre hastanede yatan bireylerde düzenli cilt bakımı sağlanması, cilt nemlendirme uygulamalarının teşvik edilmesi ve yatış süresinin mümkün olduğunca optimize edilmesi, ayrıca, bakım personelinin ve sağlık çalışanlarının yaşlı bireylerde cilt sağlığının korunmasına yönelik farkındalıklarının artırılması

Cilt kuruluğunun önlenmesi ve hafifletilmesi açısından sık banyo yapmaktan kaçınılması, banyoda sıcak su yerine ılık su kullanılması, su ve durulama gerektirmeyen kuru şampuan gibi ürünlerin tercih edilmesi, banyo süresinin 5 dk ile sınırlı tutulması, cilt bakımının günlük olarak yapılması, saç, vücut ve genel olarak cilt temizliğinde pH'ı uygun doğal ürünlerin kullanılması ve temizlenmiş cildin uygun ürünlerle nemlendirilmesi; cilt bakım ürünü olarak üre, dekspantenol veya gliserin gibi nemlendiriciler içeren lipofilik, durulanmayan ürünlerin kullanılması ve uygulamanın cilt kuruluğunun şiddetine bağlı olarak günde en az iki kez veya daha sık yapılması

Hastaların ve yaşlıların özdeğerlendirme ölçekleri ile kendi cilt kuruluklarını ölçmelerinin sağlanması; büyük oranda yaşlılara ulaşabilmek için sosyal platformların kullanılması ve cilt kuruluğunun değerlendirilmesi ve önlenmesi konusunda eğitimler yapılarak farkındalık oluşturulması

Cilt kuruluğu ve ilişkili faktörler ve cilt kuruluğunun yaşam kalitesine etkisinin incelendiği araştırmalar yapılması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

Akdeniz, M., Boeing, H., Müller-Werdan, U., Aykac, V., Steffen, A., Schell, M., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2018a). Effect of fluid intake on hydration status and skin barrier characteristics in geriatric patients: An explorative study. *Skin Pharmacology and Physiology, 31*(3), 155–162. https://doi.org/10.1159/000487403

Akdeniz, M., Gabriel, S., Lichterfeld-Kottner, A., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2018b). Transepidermal water loss in healthy adults: A systematic review and meta-analysis update. *The British Journal of Dermatology, 179*(5), 1049–1055. https://doi.org/10.1111/bjd.17025

Amin, R., Lechner, A., Vogt, A., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2021). Molecular characterization of xerosis cutis: A systematic review. *PloS one, 16*(12), e0261253. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261253

Augustin, M., Kirsten, N., Körber, A., Wilsmann-Theis, D., Itschert, G., Staubach-Renz, P., Maul, J. T., & Zander, N. (2019a). Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, 33*(1), 147–150. https://doi.org/10.1111/jdv.15157

Augustin, M., Wilsmann-Theis, D., Körber, A., Kerscher, M., Itschert, G., Dippel, M., & Staubach, P. (2019b). Diagnosis and treatment of xerosis cutis- A position paper. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology,* JDDG, 17 Suppl 7, 3–33. https://doi.org/10.1111/ddg.13906

Bataille, A., Le Gall, C., Misery, L., & Talagas, M. (2022). Merkel cells are multimodal sensory cells: A review of study Methods. *Cells, 11*(23), 3827. https://doi.org/10.3390/cells11233827

Bayrak, S., & Akın, S. (2019). Yaşlılarda cilt sorunları ve bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1*(3), 215-220.

Biniek, K., Kaczvinsky, J., Matts, P., & Dauskardt, R. H. (2015). Understanding age-induced alterations to the biomechanical barrier function of human stratum corneum. *Journal of Dermatological Science, 80*(2), 94–101. https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2015.07.016

Bonham, C. A., Kuehlmann, B., & Gurtner, G. C. (2020). Impaired neovascularization in aging. *Advances in Wound Care, 9*(3), 111–126. https://doi.org/10.1089/wound.2018.0912

Carville, K. (2024). Changes in the integument across the lifespan. *Wound Practice and Research, 32*(1), 11-16. https://doi.org/10.33235/wpr.32.1.11-16

Chang, A. L. S., Chen, S. C., Osterberg, L., Brandt, S., Grote, E. C., & Meckfessel, A. H. (2017). A daily skincare regimen with a unique ceramide and filaggrin formulation rapidly improves chronic xerosis, pruritus and quality of life in older adults. *Geriatric Nursing, 36*(1), 24–28. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.05.002

Choi, E. H. (2019). Aging of the skin barrier. *Clinics in Dermatology, 37*(4), 336–345. https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.04.009

Dalgleish, L., & Campbell, J. (2022). Xerosis in older adults. *Advances in Skin & Wound Care, 35*(1), 62-63, https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000803780.72502.f4

DMM Cilt Nem Ölçme Cihazı Kullanım Kitapçığı. (2016).

Dwiyana, R. F., Tsaqilah, L., Sukesi, L., Setiawan, Avriyanti, E., Suhada, K. U., & Zahira, N. I. (2023). Characteristics of xerosis, pruritus, and pallor in stage 5 chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis at Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *16*, 2613–2621. https://doi.org/10.2147/CCID.S418776

Ergün, Y. (2011). 1453'den Günümüze İstanbul Üniversitesi. İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Farage M. A., Miller K. W., & Maibach, H. I. (2017) Degenerative changes in aging skin. In: M. A., Farage., K. W., Miller, & H. I., Maibach. (Eds). Textbook of Aging Skin. 2nd edn. Berlin/Heidelberg: Spinger Verlag. p.15-30.

Feng, M., Zheng, X., Wan, J., Pan, W., Xie, X., Hu, B., Wang, Y., Wen, H., & Cai, S., (2021). Research progress on the potential delaying skin aging effect and mechanism of tea for oral and external use. *Food & Function*, *12*(7), 2814–2828. https://doi.org/10.1039/d0fo02921a

Finlay, A. Y., & Khan, G. K. (1994). Dermatology life Quality Index (DLQI)-A simple pratical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental*

Dermatology, 19(3), 210-216. https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x

Filippi, F, Chessa, M. A., F., Pileri, A., & Patrizi, A. (2023). An easy to use, ceramide-containing skincare routine: Effectiveness and improvement of quality of life in elderly patients with xerosis. *Italian Journal of Dermatology & Venereology, 158*(2), 429-436. DOI: 10.23736/S2784-8671.23.07533-3

Friedman, A. J., von Grote, E. C., & Meckfessel, M. H. (2016). Urea: A clinically oriented overview from bench to bedside. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD, 15*(5), 633–639.

Gilaberte, Y., Prieto-Torres, L., Pastushenko, I., & Juarranz, A. (2016). Chapter 1: Anatomy and function of the skin. In: Hamblin MR, Avci P, Prow TW, editors. Nanoscience in Dermatology. Boston: Academic Press; pp. 1−14. https://2024.sci-hub.se/7028/7f947ee46edeb61c4563b5413cd02319/gilaberte2016.pdf

Görög, A., Bánvölgyı, A., & Holló, P. (2022). Characteristics of the ageing skin, xerosis cutis and its complications. *Developments in Health Sciences, 4*(4), 77-80. https://doi.org/10.1556/2066.2021.00051

Hahnel, E., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2019). Associations of dry skin, skin care habits, well-being, sleep quality and itch in nursing home residents: Results of a multicentre, observational, cross-sectional study. *Nursing Open, 6*(4), 1501–1509. https://doi.org/10.1002/nop2.351

Hahnel, E., Blume-Peytavi, U., Trojahn, C., Dobos, G., Jahnke, I., Kanti, V., Richter, C., Lichterfeld-Kottner, A., Garcia Bartels, N., & Kottner, J. (2017a). Prevalence and associated factors of skin diseases in aged nursing home residents: A multicentre prevalence study. *BMJ Open*, *7*(9), e018283. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018283

Hahnel, E., Blume-Peytavi, U., Trojahn, C., & Kottner, J. (2017b). Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: A multi-center prevalence and correlational study. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 263. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0655-5

Hahnel, E., Lichterfeld, A., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2017c). The epidemiology of skin conditions in the aged: A systematic review. *Journal* of *Tissue Viability*, *26*(1), 20–28. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.04.001

Hodgkinson, B., Rhonda, N., & Wilson, J. (2006). A systematic review of topical skincare in aged care facilities. *Journal of Clinical Nursing, 16,* 129–136. https://doi.org/10.1111/j.13652702.2006.01723.x

Iheanacho, F., & Vellipuram, A. R. (2023). Physiology, Mechanoreceptors. [Updated 2023 Sep 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541068/. Erişim tarihi: 09/02/2025.

International Classification of Diseases, ICD, 11th Revision. V2024-01. ED54 Xerosis cutis or asteatosis. https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release. Erişim Tarihi:21/02/2025.

Jiang, Q., Wang, Y., Liu, Y., Zhu, D., Xie, Y., Zhao, J., Weng, Y., Tang, Y., Feng, H., Li, Y., Wang, J., Cai, Y., Kang, Z., Ou, Y., & Chen, D. (2022). Prevalence and associated factors of dry skin among older inpatients in hospitals and nursing homes: A multicenter cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 135,* 104358. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104358

Jiang, Q., Chen, K., Liu, Y., Zhou, J., Bai, Y., Zhao, J., Weng, Y., Zhu, Y., Feng, H., Wang, J., Cai, Y., & Ou, Y. (2023). Relationship between dry skin and pressure injury in older patients: A multicentre cross-sectional survey in China. *International Wound Journal*, *20*(5), 1402–1417. https://doi.org/10.1111/iwj.13993

Kabashima, K., Honda, T., Ginhoux, F., & Egawa, G. (2019). The immunological anatomy of the skin. *Nature Reviews. Immunology, 19*(1), 19–30. https://doi.org/10.1038/s41577-018-0084-5

Kiliç, A., Gül, U., Aslan, E., & Soylu, S. (2008). Dermatological findings in the senior population of nursing homes in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 47*(1), 93–98. https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.07.007

Kim, J. Y., & Dao, H. Physiology, (Integument) [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554386/. Erişim Tarihi:07/02/2025.

Kim, K., Shin, S., Kim, S., & Lee, E. (2023). The relation between ehealth literacy and health-related behaviors: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *25*, e40778. https://doi.org/10.2196/40778

Kini, S. P., DeLong, L. K., Veledar, E., McKenzie-Brown, A. M., Schaufele, M., & Chen, S. C. (2011). The impact of pruritus on quality of life: The skin equivalent of pain. *Archives of Dermatology, 147*(10), 1153–1156. https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.178

Klotz, T., Ibrahim, A., Maddern, G., Caplash, Y., & Wagstaff, M. (2022). Devices measuring transepidermal water loss: A systematic review of measurement properties. *Skin research and technology : Official Journal of International Society for Bioengineering and the Skin (ISBS) [and] International Society for Digital Imaging of Skin (ISDIS) [and] International Society for Skin Imaging (ISSI), 28*(4), 497–539. https://doi.org/10.1111/srt.13159

Kottner, J., Lichterfeld, A., & Blume-Peytavi, U. (2013). Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review. *British Journal of Dermatology, 169,* 528–542. https://doi.org/10.1111/bjd.12469

Kottner, J., & Surber, C. (2016). Skincare nursing: A critical discussion of nursing practice and research. International *Journal of Nursing Studies, 61,* 20–28. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.002

Köksal Cevher, Ş., Çoşkun Yenigün, E., Yetkin, H., Aypak, C., & Dede, F. (2018). Prediyaliz kronik böbrek hastalığına eşlik eden cilt lezyonlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 27*(2), 157-161.

Lacy, F., & Ziemer, C. (2020). Xerosis cutis in the aging population: An approach to diagnosis and treatment. *Current Geriatrics Reports, 9,* 206–209.

Lania, B. G., Morari, J., Souza, A. L., Silva, M. N. D., de Almeida, A. R., Veira-Damiani, G., Alegre, S. M., César, C. L., Velloso, L. A., Cintra, M. L., Maia, N. B., & Velho, P. E. N. F. (2017). Topical use and systemic action of green and roasted coffee oils and ground oils in a cutaneous incision model in rats (Rattus norvegicus albinus). *PloS One*, *12*(12), e0188779. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188779

Lechner, A., Lahmann, N., Lichterfeld-Kottner, A., Müller-Werdan, U., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2018). Dry skin and the use of leave-on products in

nursing care: A prevalence study in nursing homes and hospitals. *Nursing Open, 6*(1), 189–196. https://doi.org/10.1002/nop2.204

Lee, W. J., & Shim, W. S. (2021). Cutaneous neuroimmune interactions of TSLP and TRPV4 play pivotal roles in dry skin-induced pruritus. *Frontiers in Immunology, 12,* 772941. https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.772941

Lichterfeld, A., Hauss, A., Surber, C., Peters, T., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2015). Evidence-based skincare. A systematic literature review and the development of a basic skincare algorithm. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 42*(5), 1–24. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000162

Lichterfeld, A., Lahmann, N., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2016). Dry skin in nursing care receivers: A multi-centre cross-sectional prevalence study in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, *56*, 37–44. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.003

Lichterfeld-Kottner, A., Lahmann, N., Blume-Peytavi, U., Mueller-Werdan, U., & Kottner, J. (2018). Dry skin in home care: A representative prevalence study. *Journal of Tissue Viability, 27*(4), 226–231. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2018.07.001

Lopez-Ojeda, W., Pandey, A., Alhajj, M., & Oakley, A. M. (2022). Anatomy, Skin (Integument) [Updated 2022 Oct 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441980/. Erişim Tarihi:07/02/2025.

Lotfollahi, Z. (2024). The anatomy, physiology and function of all skin layers and the impact of ageing on the skin. *Wound Practice and Research, 32*(1), 6-10. DOI https://doi.org/10.33235/wpr.32.1.6-10

Mekić, S., Jacobs, L. C., Gunn, D. A., Mayes, A. E., Ikram, M. A., Pardo, L. M., & Nijsten, T. (2019). Prevalence and determinants for xerosis cutis in the middle-aged and elderly population: A cross-sectional study. *Journal of the American Academy of Dermatology, 81*(4), 963–969.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.038

Mulligan, K. M., O'Connell, K. A., da Silva, A., Szeto, M. D., Sivesind, T. E., Cowdell, F., Dyson, J., & Dellavalle, R. P. (2022). From the Cochrane library: Hygiene

and emollient interventions for maintaining skin integrity in older people in hospital and residential care settings. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *87*(6), 1428–1431. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.08.008

Nigam, Y., & Knight, J. (2017) Anatomy and physiology of ageing 11: The skin. *Nursing Times*, *113*(12), 51-55.

Oztürkcan, S., Ermertcan, A. T., Eser, E., & Sahin, M. T. (2006). Cross validation of the turkish version of dermatology life quality index. *International Journal of Dermatology*, *45*(11), 1300–1307. https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2006.02881.x

Parke, M. A., Perez-Sanchez, A., Zamil, D. H., & Katta, R. (2021). Diet and skin barrier: The role of dietary ınterventions on skin barrier function. *Dermatology Practical & Conceptual, 11*(1), e2021132. https://doi.org/10.5826/dpc.1101a132

Parker, J., Scharfbillig, R., & Jones, S. (2017). Moisturisers for the treatment of foot xerosis: A systematic review. *Journal of Foot and Ankle Research, 10,* 9. https://doi.org/10.1186/s13047-017-0190-9

Patsatsi, A., Vakirlis, E., Kanelleas, A., Stefanaki, I., Kemanetzi, C., Loizidis, C., & Pasmatzi, E. (2023). Effect of a novel "emollient plus" formulation on mild-to-severe atopic dermatitis and other dry skin-related diseases as monotherapy or adjunctive therapy: An observational study on efficacy, tolerance and quality of life in adult patients. *European Journal of Dermatology, EJD, 33*(2), 137–146. https://doi.org/10.1684/ejd.2023.4449

Pınar Bölüktaş R. (2025). *Temel Gerontoloji*. İstanbul Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Piquero-Casals, J., Morgado-Carrasco, D., Granger, C., Trullàs, C., Jesús-Silva, A., & Krutmann, J. (2021). Urea in dermatology: A review of its emollient, moisturizing, keratolytic, skin barrier enhancing and antimicrobial properties. *Dermatology and Therapy, 11*(6), 1905–1915.

Russell-Goldman, E., & Murphy, G. F. (2020). The Pathobiology of skin aging: New insights into an old dilemma. *The American Journal of Pathology*, *190*(7), 1356–1369. https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2020.03.007

Serup, J. (1995). EEMCO guidance for the assessment of dry skin (xerosis) and ichthyosis: Clinical scoring systems. *Skin Research and Technology, 1*(3), 109–114. https://doi.org/10.1111/j.1600-0846.1995.tb00029.x

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Şen Esmer, T. (2021). Derinin yapısı ve anatomisi. Uncu H, editör. Yara. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, p.1-7.

Şengül Ayçicek, G., & Ülger, Z. (2021). Yaşlıda fizyolojik değişiklikler. İçinde. Geriatri, Yaşlı Sağlığı ve Hastalıkları. Ülger Z, Erdinçler ÜD, Karan MA (Eds), Hipokrat Yayınevi, İstanbul. s. 133-42.

Tashkin, D. P., Murray, H. E., Skeans, M., & Murray, R. P. (2004). Skin manifestations of inhaled corticosteroids in COPD patients: Results from Lung Health Study II. *Chest, 126*(4), 1123–1133. https://doi.org/10.1016/S0012-3692(15)31287-3

Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). İstatistiklerle Yaşlılar 2023, Haber Bülteni Sayı: 53710. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710 Erişim Tarihi: 13/01/2025.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2025). World Population Prospects 2024. Summary of Results. https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Summary-of-Results.pdf. Erişim Tarihi: 13/01/2025.

United Nations. (2020). United Nations, World Population Ageing 2020 Highlights. Living arrangements of older persons. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf. Erişim Tarihi: 12/01/2025.

Urbańska, M., Nowak, G., & Florek, E. (2012). Wpływ palenia tytoniu na starzenie sie skóry [Cigarette smokini and its influence on skin aging]. *Przeglad Lekarski*, *69*(10), 1111–1114.

Valdes-Rodriguez, R., Stull, C., & Yosipovitch, G. (2015). Chronic pruritus in the elderly: pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs & Aging, 32*(3), 201–215. https://doi.org/10.1007/s40266-015-0246-0

von Stülpnagel, C. C., Augustin, M., da Silva, N., Schmidt, L., Nippel, G., & Sommer, R. (2022). Exploring the burden of xerosis cutis and the impact of dermatological skin care from patient's perspective. *The Journal of Dermatological Treatment, 33*(5), 2482–2487. https://doi.org/10.1080/09546634.2021.1970704

Völzer, B., El Genedy-Kalyoncu, M., Fastner, A., Tomova-Simitchieva, T., Neumann, K., Hillmann, K., Blume-Peytavi, U., Hahnel, E., Sill, J., Balzer, K., & Kottner, J. (2024). Enhancing skin health and safety in aged care (SKINCARE trial): A cluster-randomised pragmatic trial. *International Journal of Nursing Studies*, *149*, 104627. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104627

Wang, Z., Man, M. Q., Li, T., Elias, P. M., & Mauro, T. M. (2020). Aging-associated alterations in epidermal function and their clinical significance. *Aging*, *12*(6), 5551–5565. https://doi.org/10.18632/aging.102946

Weisshaar, E., & Mettang, T. (2018). Pruritus im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung [Pruritus in elderly people-an interdisciplinary challenge]. *Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und Verwandte Gebiete, 69*(8), 647–652. https://doi.org/10.1007/s00105-018-4223-5

Wong, Q. Y. A., & Chew, F. T. (2021). Defining skin aging and its risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *11*(1), 22075. https://doi.org/10.1038/s41598-021-01573-z

World Health Organisation. Health statistics and information systems. (2018). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/. Erişim Tarihi: 07/01/2025.

World Health Organisation. (1998). World Health Organization, Population Ageing-A Public Health Challenge, Fact Sheet No. 135.

Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2018). T.C. Resmi Gazete (30425, 31

Mayıs 2018). https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180518.pdf. Erişim Tarihi: 20 Ocak 2027.

EKLER

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, 65 yaş ve üzeri hastalarda cilt kuruluğu ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Bu nedenle en doğru yanıtı vermeniz ve/veya size en uygun gelen yanıtı işaretlemeniz araştırma sonuçlarının güvenirliği açısından önemlidir. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Kişisel Özellikler ve Alışkanlıklar

1. Cinsiyetiniz: (…) Kadın (…) Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: (…) Evli (…) Bekar

4. Çocuğunuz var mı? (…) Var (…) Yok

Çocuğunuz varsa; sayısı:

5. Eğitim Durumunuz:

(…) Öğrenim görmemiş (…) İlkokul (…) Ortaokul

(…) Lise (…) Üniversite

6. Mesleğiniz:

7. Çalışma Durumunuz: (…) Çalışıyor (…) Çalışmıyor

8.Gelir durumunuz

(…) Çok iyi (…) İyi (…) Orta (…) Kötü (…) Çok kötü

9. Evde kiminle yaşıyorsunuz?

10. Düzenli olarak sigara kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

11.Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?

Günde bardak/kadeh alkol tüketiyorsunuz?

12. Düzenli olarak çay tüketiyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise günde hangi bardakla ve ne kadar çay tükettiğinizi, parantez içine 1, 3, 5 vb yazarak belirtiniz.

(...) Çay bardağı

( ) Kupa

( ) Karton bardak

13. Düzenli olarak kahve tüketiyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise günde hangi bardakla ve ne kadar kahve tükettiğinizi, parantez içine 1, 3, 5 vb yazarak belirtiniz.

(...) Türk kahvesi fincanı

( ) Kupa

( ) Karton bardak

14. Günde ne kadar su tüketiyorsunuz? (parantez içine tükettiğiniz miktarı yazınız)

(…) su bardağı

(…) Pet şişe (500 ml)

Sağlık Durumu

1. Hastanın yattığı servis:

2. Hastanede yatış süresi (gün):

3. Hastaneye yatış tanısı:

4. Primer tanıya eşlik eden kronik hastalık var mı?

( ) Yok

( ) Var, Varsa hangi hastalık/hastalıkların olduğunu belirtiniz.

5. Kullanılan İlaçlar	*Evet*	*Hayır*
Antibiyotik:	( )	( )
Antidiyabetik:	( )	( )
Diüretikler:	( )	( )
Sedatifler:	( )	( )
Antilipidemikler:	( )	( )
Antitrombosit ilaçlar:	( )	( )
Antihipertansifler:	( )	( )
Diğer (lütfen hangi ilacı kullandığınızı yazınız)	( )	( )
Çoklu ilaç kullanımı	( )	( )

6. Laboratuvar Değerleri
Hemoglobin:
Albümin:
Hematokrit:
Sodyum:
Potasyum:
Kalsiyum:
Üre:
Kreatinin:
Total bilurubin:
T3:
T4:
TSH:

7. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi

Banyo ve Cilt Bakım Alışkanlıkları

1. Genellikle banyo yapma sıklığınız nedir?:

2. Banyo suyunuzun ısısı genellikle nasıldır?

( ) Çok sıcak

(…) Sıcak

( ) Ilık

( ) Soğuk

3. Banyo esnasında saçınızı yıkarken aşağıdaki ürünlerden hangisini kullanıyorsunuz?

( ) Sabun

( ) Şampuan

( ) Duş jeli

4. Banyo sırasında vücudunuza hangi ürün ile yıkıyorsunuz?

( ) Sabun

( ) Şampuan

( ) Duş jeli

5. Banyo sırasında genellikle lif veya kese kullanıyor musunuz?

( ) Hayır

( ) Evet, Cevabınız evet ise ne sıklıkla kullanıyorsunuz?

6. Banyo sonrası nemlendirici kullanıyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlere İlişkin Özdeğerlendirme

1.Cildinizi kuruluk açısından nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Nemli

( ) Normal

( ) Kuru

( ) Pullanma ve döküntü var

2. Cilt kuruluğu yaşadıysanız/yaşıyorsanız geleneksel veya bitkisel tedavi kullandınız mı/ kullanıyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

3. Cildinizde kronik kaşıntı var mı?

( ) Evet

( ) Hayır

4. Terlediğiniz zaman kaşıntı yaşıyormuşsunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

5. Ev veya işyerinde klimaya maruziyetiniz oluyor mu?

( ) Evet

( ) Hayır

6. Gün içinde aşırı güneşe maruz kaldığınız oluyor mu?

( ) Evet

( ) Hayır

7. Kıyafet seçerken pamuk ve hava alan kumaşları tercih ediyor musunuz?

( ) Evet

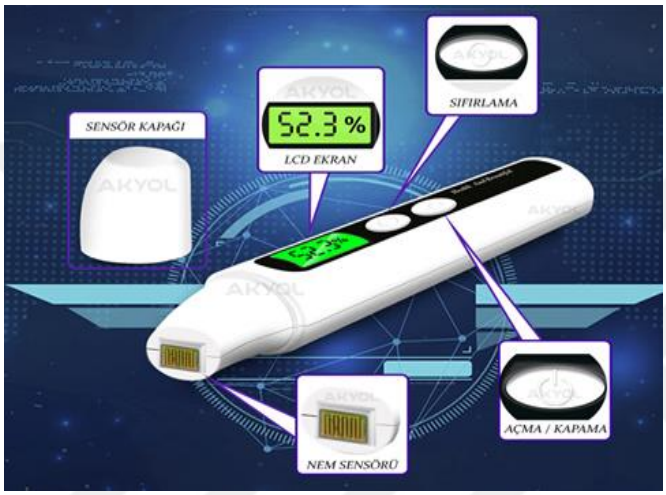
( ) Hayır

Ek 2. Kuru Cilt Skoru (Overall Dry Skin - ODS)

Puan	Cilt kuruluğu belirtileri
0	Cilt kuruluğu yok
1	Hafif pullanma, hafif pürüzlülük ve donuk görünüm
2	Birkaç büyük pullanma ile birlikte küçük pullanmalar, hafif pürüzlülük, beyazımsı görünüm
3	Eşit dağılmış küçük ve büyük pullanma, belirgin pürüzlülük, muhtemelen hafif kızarıklık ve muhtemelen birkaç yüzeysel çatlak
4	Büyük pullanmaların hâkim olduğu, ileri derecede cilt pürüzlülüğü, kızarıklık, egzamatöz değişiklikler ve çatlaklar.

Ek 3. DDM Cilt Nem Ölçme Cihazı





Ek 4. Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ)

Sorular	Çok fazla (3)	Fazla (2)	Biraz (1)	Hiç (0)	İlgili değil (0)
1. Son bir hafta içinde cildinizde kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz mi?	( )	( )	( )	( )	( )
2.Son bir hafta içinde cildiniz yüzünden kendinizi güvensiz hissettiniz mi veya utanç duygusuna kapıldınız mı?	( )	( )	( )	( )	( )
3.Son bir hafta içinde cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleri veya bahçe işleriyle uğraşmanıza engel oldu mu?	( )	( )	( )	( )	( )
4.Son bir hafta içinde cildiniz giydiğiniz kıyafetleri, kıyafet seçiminizi etkiledi mi?	( )	( )	( )	( )	( )
5.Son bir hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktivitelerinizi ya da boş zamanları değerlendirme şeklinizi etkiledi mi?	( )	( )	( )	( )	( )
6.Son bir hafta içinde cilt problemleriniz herhangi bir spor yapmanızı zorlaştırdı mı?	( )	( )	( )	( )	( )
7.Son bir hafta içinde cilt problemleriniz iş hayatınızı ya da çalışmanızı engelledi mi? Evet, 2. Hayır Cevabınız evet ise ne kadar engelle di?	( )	( )	( )	( )	( )
8.Son bir hafta içinde cilt problemleriniz partneriniz, yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınızla ilişkilerinizde probleme yol açtı mı?	( )	( )	( )	( )	( )
9. Son bir hafta içinde cilt problemleriniz cinsel yaşamınızda sıkıntılar yaşamanıza neden oldu mu?	( )	( )	( )	( )	( )
10.Son bir hafta içinde cilt problemlerine yönelik tedavi nedeniyle sıkıntı yaşadınız mı? (Merhem kokusu, giysilerin yapış yapış olması, ortalığın dağılması vb)	( )	( )	( )	( )	( )

Ek 5. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul İzni

BELGE TARİHİ: 18.08.2023 BELGE SAYISI: 2300000845

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	07.07.2023
Sayı	2023/06
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	*Hastanede Yatan Yaşlılarda Cilt Kuruluğunun ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi*
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Mesut AY
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Zeyneb Funda TEZ KURTULUŞ

1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: EEAHFEP Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

Ek 6. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Araştırma İzni

BELGE TARIHI: 5.02.2024 BELGE SAYISI: 2400005703

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : E-97248701-300-905246 02.02.2024
Konu : Kurum İzni-Mesut AY

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 24.01.2024 tarihli ve 897539 sayılı yazınız.

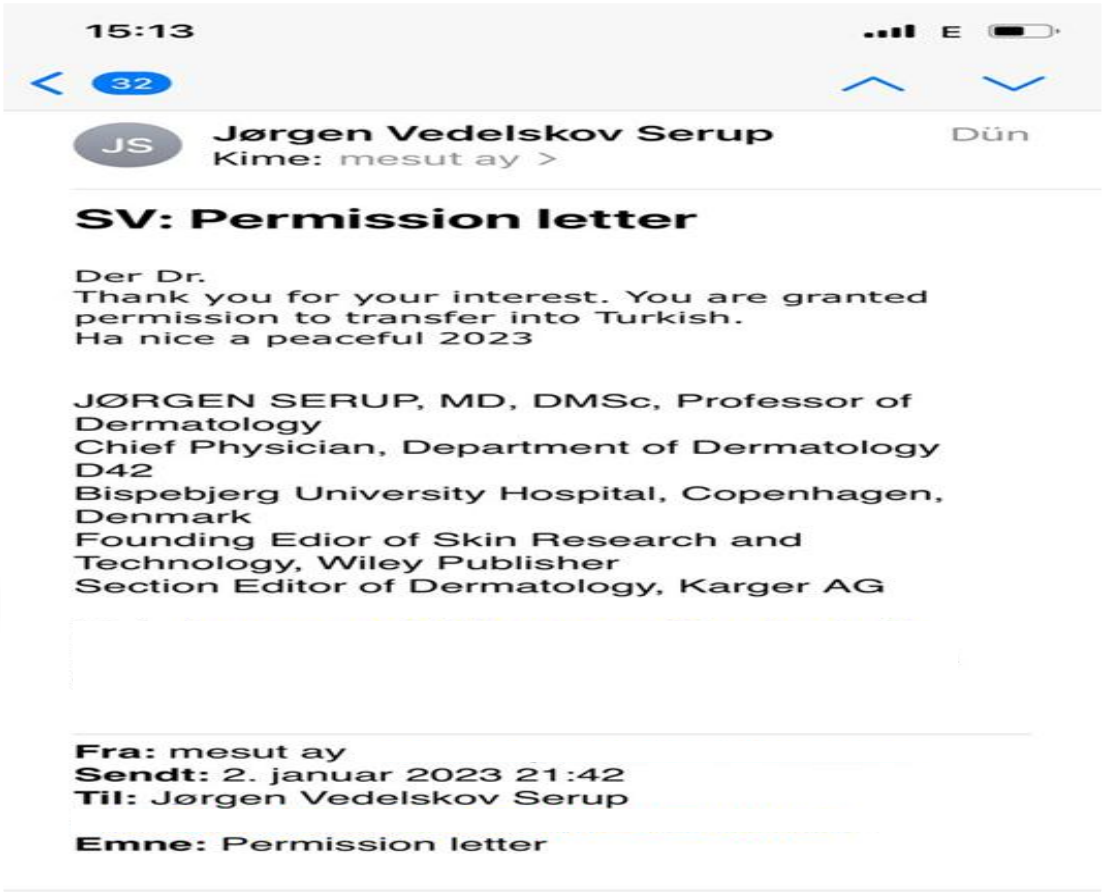
Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı tezli yüksek lisans programı 520921024 numaralı öğrencisi Mesut AY'ın "Hastanede Yatan Yaşlılarda Cilt Kuruluğunun ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalında veri toplamasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen Fakülte Dekanlığından alınan 01.02.2024 tarihli, E-50200903-199-904292 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:Yazı ve ekleri (5 Sayfa)

Ek 7.Genel Kuru Cilt Ölçeği Kullanım İzni



15:13 E

32

JS **Jørgen Vedelskov Serup** Dün
Kime: mesut ay >

SV: Permission letter

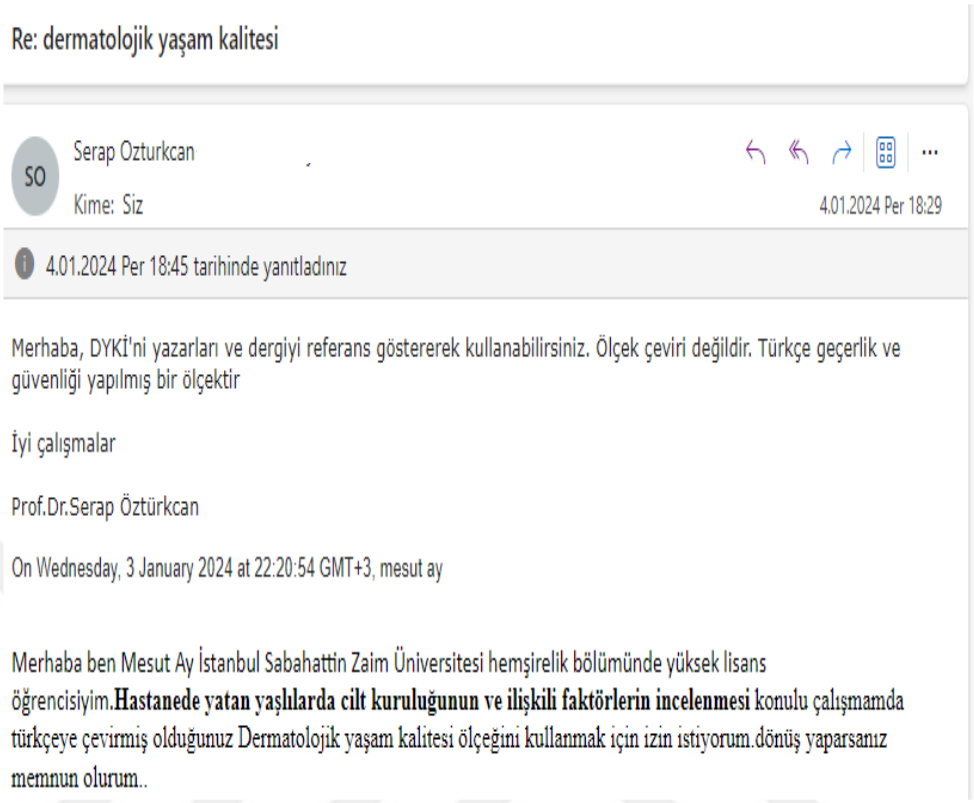
Der Dr.
Thank you for your interest. You are granted permission to transfer into Turkish.
Ha nice a peaceful 2023

JØRGEN SERUP, MD, DMSc, Professor of Dermatology
Chief Physician, Department of Dermatology D42
Bispebjerg University Hospital, Copenhagen, Denmark
Founding Edior of Skin Research and Technology, Wiley Publisher
Section Editor of Dermatology, Karger AG

Fra: mesut ay
Sendt: 2. januar 2023 21:42
Til: Jørgen Vedelskov Serup

Emne: Permission letter

Ek 8. Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni



Re: dermatolojik yaşam kalitesi

SO Serap Ozturkcan

Kime: Siz

4.01.2024 Per 18:29

4.01.2024 Per 18:45 tarihinde yanıtladınız

Merhaba, DYKİ'ni yazarları ve dergiyi referans göstererek kullanabilirsiniz. Ölçek çeviri değildir. Türkçe geçerlik ve güvenliği yapılmış bir ölçektir

İyi çalışmalar

Prof.Dr.Serap Öztürkcan

On Wednesday, 3 January 2024 at 22:20:54 GMT+3, mesut ay

Merhaba ben Mesut Ay İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi hemşirelik bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim.**Hastanede yatan yaşlılarda cilt kuruluğunun ve ilişkili faktörlerin incelenmesi** konulu çalışmamda türkçeye çevirmiş olduğunuz Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeğini kullanmak için izin istiyorum.dönüş yaparsanız memnun olurum..

Ek 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi *Mesut AY* tarafından yürütülen **"Hastanede Yatan Yaşlılarda Cilt Kuruluğu ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 40 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [redacted] e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının**:**
Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:
İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:
Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-
Soyadı:.....
.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı: Mesut AY
İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Mesut AY

Eğitim Bilgileri

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	Diploma Puanı
Lise: Tatvan Atatürk lisesi, Bitlis	2006	3.30/5
Lisans: Doğu Akdeniz Üniversitesi, Kıbrıs	2018	3.10/4
Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul	2025	3.07/4

Mesleki Deneyim

Kurum	Görev	Çalışma Tarihleri
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	Geriatri servisi	Kasım 2018-Eylül 2024
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	Geriatri-Onkoloji servisi	Eylül 2024-Halen

Mezuniyet Sonrası Eğitim

Eğitim Adı	Türü	Eğitim Yılı
İlk Yardım	Sertifika	2004-2018