

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Vücuttaki en büyük ve en görünür organ olan deri kişinin dış görünüşünü belirlemede çok önemli bir rol oynar. Fiziksel görünüm, kişilerin başkaları tarafından nasıl algılandığını belirlemesi yönünden önemli olup, sağlıklı ve normal bir deri kişinin ruhsal ve iyilik halinin sürdürülmesinde büyük bir role sahiptir. Bu nedenle deri hastalıkları, özellikle görünür bölgelerde lezyonlarla seyrettiğinde, kişilerin fiziksel ve ruhsal iyilik halinin bozulmasına, benlik algılarının olumsuz etkilenmesine, özgüven kaybına, sosyal etkileşimlerde zorluklar yaşamasına, sosyal kaygı düzeylerinde artışa ve günlük yaşamlarının aksamasına neden olabilmektedir (1-4). Dermatolojik hastalıkların yaklaşık %30'una psikiyatrik veya psikolojik morbiditenin eşlik ettiği bildirilmiştir (5).

Daha önce sosyal fobi olarak da bilinen sosyal kaygı bozukluğu, en sık görülen anksiyete bozukluklarından biridir. Sosyal kaygı bozukluğu, kişinin sosyal ya da performans gerektiren durumlarla ilgili, orantısız, aşırı, ısrarlı bir korku ya da kaygı duymasıdır. Bu kaygı, başkalarının gözünde olumsuz değerlendirilebilecek bir davranışta bulunma ve küçük düşme korkuları şeklinde kendini gösterir. Sosyal kaygı bozukluğu, kişinin fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek, günlük yaşamının aksamasına neden olabilir (6). Bu da, etkilenmiş bireylerde iş, okul, aile yaşamında ve karşı cinsle olan duygusal ilişkilerde başarısızlık, alkol, madde bağımlılığı ve intihar riskinde artış gibi sonuçlar doğurabilir (7).

Yüzde görünür lezyonlarla seyreden, sık görülen, kronik deri hastalıklarından başlıcaları akne vulgaris ve vitiligodur. Bu hastalıklar, kişinin psikolojik durumuna ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri iyi bilinen deri hastalıklarıdır (8, 9).

Vitiligolu hastalarda sosyal kaygı düzeylerinin belirlenmesiyle ilgili literatürde tek bir çalışma olup, akne ile ilgili ise 3 adet çalışma yapılmıştır (10-13). Bu çalışmalarda hastaların başka bir dermatolojik hastalık grubuyla karşılaştırılmamış olması, subjektif hastalık şiddetinin dikkate alınmamış olması, hastalıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmemiş olması gibi kısıtlılıklar mevcuttur.

Kesitsel ve kontrollü olan araştırmamızda, yüz tutulumu bulunan akne vulgaris ve vitiligo hastalarında sosyal kaygı düzeylerini belirlemek, kontrol gruplarıyla karşılaştırmak ve sosyal kaygı düzeyleriyle ilgili değişkenleri saptamak amaçlanmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Vitiligo

Vitiligo, fonksiyonel melanositlerin ilerleyici kaybı sonucunda oluşan, deri ve muköz membranları tutan, edinsel bir pigmentasyon hastalığıdır (14-16). Sıklığı cinsiyet ve ırka göre değişmekle birlikte, genel dünya nüfusunun yaklaşık olarak %0,5-2'sini etkilemektedir (16). Doğumdan geç erişkinlik dönemine kadar her yaşta görülebilmekte olup, ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 20'dir (14). Başlangıcında çeşitli duygusal ve fiziksel faktörler suçlanmakla birlikte herhangi bir tetikleyici faktörün varlığı henüz kanıtlanamamıştır (14). Etiyolojisinde birden çok patofizyolojik sürecin rol aldığı düşünülmektedir. Çalışmalardan elde edilen bulgular daha çok otoimmün bir patogenezi destekler nitelikte olsa da, nörohümorale, sitotoksik veya oksidatif stres gibi mekanizmaların da patogeneizde rol aldığına dair bulgular mevcuttur (16).

Klinik olarak en sık, keskin sınırlı, genellikle simetrik, depigmente makül veya yamalar şeklinde görülür. Lezyon boyutları değişken olup, zaman içinde çevreye doğru yayılım gösterebilir. Bütün vücut alanlarını tutabilir, ancak yüz, el sırtı, aksilla ve inguinal bölge tutulumu daha sık görülür (14-17). Klinik olarak segmental, non-segmental (akrofasyal, generalize, üniversal), karışık ve sınıflandırılmayan olmak üzere dört alt tipte sınıflandırılabilir (15). Hastalık genellikle sinsi başlangıçlı olup, lezyonlar sıklıkla yaz aylarında bronzlaşma sonrasında fark edilir. Hastalığın doğal seyri ise genellikle tahmin edilemez, yeni lezyon çıkışı, eski lezyonların genişlemesi ya da hastalığın stabil hale geçişi görülebilir (14). Çoğu hastada fiziksel bir semptomu neden olmaz, ancak yaratmış olduğu ruhsal etkiler sebebiyle hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (16).

Tedavi yaygınlık, tutulum bölgesi, hastalık aktivitesi, hasta yaşı, deri tipi gibi değişkenlere göre değişmekle beraber, seçenekler arasında topikal veya sistemik kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, fototerapi, lazer tedavileri, mini greftleme ve otolog kültüre melanosit transferi gibi cerrahi tedaviler ile

depigmentasyon tedavisi yer almaktadır (14, 15). Hastalığın yaratmış olduğu ruhsal yük nedeniyle hastalara psikolojik destek tedavisi verilmesi de önerilmektedir (15).

## **2.2. Akne Vulgaris**

Akne vulgaris pilosebace ünitenin polimorfik, inflamatuvar bir hastalığıdır (18, 19). Tüm yaş gruplarını etkileyebilmekle beraber, asıl olarak ergenlik döneminde görülmektedir. 12-24 yaş arasındaki genç nüfusun yaklaşık %85'ini etkilemektedir. Sıklıkla erişkin dönemde de devam ederek hastalar için sorun olmaya devam eder (18).

Patogenezinde genetik faktörler, sebum üretiminde artış, foliküler hiperkeratoz, inflamatuvar yanıtlar, hormonlar, diyetel faktörler ve mikroorganizmalar suçlanmaktadır (18).

Klinik bulgular hafif komedonal aknedden, sistemik semptomların eşlik ettiği fulminan hastalığa kadar değişkenlik gösterebilir (19). Klinik olarak komedonal, papülopüstüler, nodülokistik akne, akne fulminans gibi alt tiplere sınıflandırılabilir (18). Hastalarda yarattığı ruhsal etki nedeniyle, özgüven eksikliği, sosyal izolasyon, depresyon ve hatta intihar düşünceleri gibi psikiyatrik morbidite sıklığında artışa sebep olur (18).

Tedavi seçenekleri arasında lokal olarak uygulanan retinoik asitler ve antibiyotikler ile sistemik yolla kullanılan çeşitli antibiyotikler ve izotretinoin yer almaktadır (19).

## **2.3. Sosyal Kaygı**

Daha önce sosyal fobi olarak da bilinen sosyal kaygı bozukluğu, en sık görülen anksiyete bozukluklarından biridir (6). Yaşam boyu prevalansı, bazı çalışmalarda erişkinlerde %12,1 olarak bildirilmiştir (20). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik faktörlerin yanı sıra ebeveyn davranışları, aile çevresi, ebeveynlerde

görülen psikopatolojiler, yaşanmış olumsuz yaşam olayları ve travmalar, sosyokültürel faktörler suçlanmaktadır (7). Sosyal kaygı bozukluğu için risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, ailede sosyal kaygı bozukluğu öyküsü, erken çocukluk döneminde çekingenlik ve davranışsal olarak inhibe karakter yapısı yer almaktadır (6, 7).

Sosyal kaygı bozukluğu, kişinin sosyal ya da performans gerektiren durumlarla ilgili olarak, orantısız, ısrarlı bir korku ya da kaygı duymasidir. Kaygı uyandıran tipik durumlar arasında, yabancılarla tanışmak, toplantıda ya da bir grup içinde konuşma yapmak, kendisinden yetkili insanlarla konuşmak, okula gitmek, alışverişe gitmek, halka açık alanlarda yemek yemek, başka insanlar tarafından incelenmek sayılabilir (6). Kişiler, bu durumlarda kaldıklarında küçük düşürücü veya utanç verici bir şey söyleyecekleri ya da yapacakları korkusunu yaşar (6). Bu durumların bazılarıyla ilgili endişeler genel popülasyonda da sık olmakla beraber, sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler endişe kaynağı durumdan önce, sonra ve durum sırasında da abartılı bir kaygı yaşarlar. Bu kaygı bazen o kadar şiddetli olur ki, kişiler insanlarla karşılaşmaktan kaçınır ya da buna yoğun bir rahatsızlık duyarak katlanabilirler (6). Sosyal kaygı bozukluğuna sahip kişilerin genellikle kendilerini eleştirme gücü yüksek, kendine güveni düşüktür (6). Sosyal kaygı bozukluğu kişinin fonksiyonlarına olumsuz etkide bulunarak, günlük yaşamının aksamasına neden olur (21).

Etkilenen kişilerde gelişen kaçınma davranışları ve sosyal izolasyon sonucunda iş, okul ve aile hayatları etkilenmekte, bunun sonucunda da iş ve okul hayatında başarısızlık, evlenme ve iş sahibi olma oranlarında düşüklük, yaşam kalitesinde azalma, alkol, madde bağımlılığı ve intihar riskinde artış görülmektedir (7). Tedavisinde selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve bilişsel davranışçı psikoterapi yöntemleri kullanılabilir (6).

#### **2.4. Dermatoloji ve Psikiyatrik Morbidite**

Dermatolojik hastalıkların kişiler üzerinde kaşıntı, yanma gibi fiziksel semptomlarının yanı sıra, günlük aktiviteleri yerine getirememeye, sosyal

aktivitelerden kaçınma, mesleki açıdan kısıtlılık, tedaviye bağlı zaman kaybı ve yan etkiler, ekonomik yük ve utanç, kendine güven kaybı gibi nedenler sonucunda oluşan çok sayıda ruhsal etkileri de bulunmaktadır (22, 23).

Deri hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Bu ilişkinin bir tarafında, delüzyonel parazitoz, trikotilomani, artefakt dermatiti gibi primer psikiyatrik hastalıklar ile atopik dermatit, herpes simpleks virüs enfeksiyonu gibi seyri hastaların psikolojik durumundan etkilenen dermatolojik hastalıklar yer almaktadır. Diğer tarafta ise, şekil bozukluğu yaratan, kronik seyir gösteren akne vulgaris, psoriasis, vitiligo gibi deri hastalıklarının hastalarda yarattığı ruhsal etkiler sonucunda oluşan sekonder psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır (24, 25).

Normal sosyalleşme sürecinin önemli bir bileşeni olan fiziksel görünüm, toplumlarda kişilerin başkaları tarafından nasıl algılandığını belirlemesi yönünden önemli olup, sağlıklı ve normal bir deri kişinin ruhsal ve iyilik halinin sürdürülmesinde büyük bir role sahiptir. Deri hastalıkları ise, özellikle yüz ve el gibi görünür bölgelerde lezyonlarla seyrettiğinde, bozulmuş bir dış görünüme sebep olarak etkilenmiş kişilerin fiziksel ve ruhsal iyilik halinin bozulmasına, benlik algılarının olumsuz etkilenmesine, özgüven kaybına, sosyal açıdan kabul görmemesine, sosyal etkileşimlerde zorluklar yaşamasına ve kaçınmasına, sosyal kaygı düzeylerinde ve damgalanmada artışa ve günlük yaşamlarının aksamasına neden olabilmektedir (1-4, 26, 27). Ayrıca çocukluk, ergenlik ve genç erişkinlik döneminde dermatolojik hastalığa sahip kişilerde, çevresi tarafından alay edilme, fiziksel ve sözlü şiddete maruz kalma sıklığında artış olduğu bildirilmiştir (28). Deri hastalıkları nedeniyle kişilerde utanma, çekinme gibi duygular oluşmakta, bunun sonucunda da güven eksikliği, sosyal izolasyonun yanında sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, intihara eğilim, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (1, 3, 27, 29-31). Dermatolojik hastaların yaklaşık %30'unda psikiyatrik veya psikolojik morbidite bulunmaktadır (5). Psikiyatrik morbiditeler hastalık şiddetinden bağımsız olarak ortaya çıkar ve yaşam kalitesindeki bozulmanın en önemli bileşenlerinden biridir (5, 32). Bu nedenle deri hastalıkları genellikle yaşamı tehdit edici olmamakla birlikte, ruhsal etkileri bakımından birçok hastada yaşamı derinden etkileyici olabilmektedir (33). Dermatolojik hastalıklara eşlik eden

psikiyatrik hastalıkların erken tanınması ve tedavi edilmesi hastaların tedaviye uyumu, yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır (34).

## **2.5. Vitiligo ve Psikiyatrik Hastalıklar**

Vitiligo kişinin dış görünüşünü etkileyen başlıca deri hastalıklarından biri olup, hastaların psikolojik durumları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (35). Fiziksel bir semptomaya neden olmaması nedeniyle, genellikle sadece kozmetik bir sorun olarak algılanmaktadır. Ancak, dış görünüşte yarattığı değişikliklerin kişinin psikolojik durumu üzerine olumsuz etkileri olabileceği göz ardı edilmemelidir (1). Ayrıca vitiligonun ortalama başlangıç yaşının, kişilerin ruhsal gelişiminin sürdüğü ve duygusal olarak daha hassas oldukları ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine rastladığı düşünüldüğünde, vitiligonun psikolojik durum üzerine olumsuz etkileri daha kolay anlaşılabilir (36). Hastalıkla ilgili etkin bir tedavinin olmaması, seyrinin belirsiz ve kronik olması, sıklıkla yüz, el gibi görünür alanları tutması, uzun tedavi süreleri de vitiligonun kişi üzerindeki olumsuz etkilerine katkıda bulunmaktadır (15, 37-39).

Hastalarda, sıklıkla stigmatize olmaları nedeniyle, lezyonlu vücut bölgelerinin görülebileceği aktivitelerden kaçınma, diğer insanların olumsuz tepkilerinden çekinme, öfke, endişe, utanma, kendilerini diğer insanlardan farklı hissetme, kıyafet değişikliği ve kozmetik kullanımıyla lezyonları gizleme, ayrıma uğradığı hissi gibi duygu ve davranışlar gözlenmektedir (8, 38, 40-42).

Vitiligo hastalarında psikiyatrik morbidite sıklığına ilişkin çalışmalar genellikle Hindistan'da yapılmış olmakla beraber, morbidite sıklığı %25-47 arasında değişmektedir (1, 31, 43). Çalışmalardaki oranların değişkenliği, hastaların farklı ırksal, sosyokültürel ve dinsel özelliklerinden kaynaklanmaktadır (1, 4). Yapılan çalışmalarda vitiligonun hayatını olumsuz etkilediğini düşünen hastaların oranı %48 ile %59 arasında değişmektedir (40, 44).

Vitiligo hastalarında uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi sık görülen psikiyatrik morbiditelerin yanı sıra distimi, uyku bozuklukları, intihar

düşüncesi de bildirilmiştir (1, 43). Psikiyatrik morbidite görülme sıklığı hastalık şiddetinden bağımsız olup, özellikle yüz ve boyun gibi, hastaların beden algısında önemli bölgelerin hafif şiddette tutulumu bile, hastaları ruhsal yönden ciddi şekilde etkilemektedir (1, 5, 43).

Görünür alanlarda lezyon varlığının yanı sıra, kadın cinsiyeti de psikiyatrik morbidite gelişimi açısından bir risk faktörüdür (3, 36, 45-47).

Psikolojik yardımın hastalıkla başa çıkmada, tedavi uyumunun ve tedavi yanıtlarının artmasında etkili olduğu bildirilmiştir (48).

## **2.6. Akne ve Psikiyatrik Hastalıklar**

Akne vulgarisin genellikle ciddi fiziksel semptoma yol açmayan bir hastalık olması ve toplumun bazı kesimleri tarafından ergenlik-gençlik döneminde yaşanan doğal bir süreç olarak değerlendirilmesi sebebiyle, hastalar üzerinde yarattığı ruhsal etkiler sıklıkla göz ardı edilmektedir (49, 50). Ancak yapılan bir çalışmada, akne hastaları kendilerini hasta olarak görmemelerine rağmen, yaşam kalitesi ve ruhsal durumlarının astım, epilepsi, diyabet, bel ağrısı, artrit gibi ciddi sağlık sorunlarına sahip hastalardan daha kötü olduğu saptanmıştır (9).

Akne vulgaris genellikle psikolojik açıdan gelişim içinde olan, vücut görüntüsündeki değişikliklere karşı daha hassas olan ergen ve gençleri etkilemektedir (51, 52). Aknenin sıklıkla yüzü etkilediği ve yüz görünümünün de insanın beden imajı algısında ve sosyalleşmede önemli bir yere sahip olduğu düşünüldüğünde, aknenin kişiler üzerinde yarattığı ruhsal stres daha kolay anlaşılabilir (51, 53). Yüzünde akne bulunan kişilerin, diğer insanlar tarafından yüzünde akne olmayanlara göre daha az çekici, güvenilir ve dost canlısı bulunduğu bildirilmiştir (54). İnsanların karşılarındaki kişi hakkında ilk izlenimlerini fiziksel görünüşü değerlendirerek oluşturduğu bilinmekte, bu nedenle de akne sosyal ilişkilerde hasta açısından bir dezavantaj yaratmaktadır (54). Ayrıca günümüzde medya aracılığıyla yaratılan ideal, mükemmel cilt algısı kişilerde gerçekçi olmayan beklentilere yol açmakta, bu nedenle akne gelişimi kişileri derinden etkileyebilmektedir (51, 55).



Akne hastalarında erken dönemde utanma, çekinme, öfke, reddedilme beklentisi, kendine az değer verme gibi duygular nedeniyle özgüvende azalma, içine kapanma, sosyal ilişkilerden kaçınma, sosyal kaygı ve beden imajı algısında bozulma meydana gelmektedir (51, 55-57). Bu durum hastaların yaşam kalitesinde bozulma, sosyal ilişkilerde, iş ve okul hayatında zorluklar ve fonksiyon kaybı yaratmakta, bu da hastalarda depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi ve girişimi gibi psikiyatrik morbiditelerin gelişimine neden olmaktadır (49, 58). Yapılan çalışmalarda aknenin sosyalleşme, sportif aktivitelere katılım, iş bulma, akademik performans, romantik ve cinsel ilişkide bulunma gibi alanlarda hastaların sorun yaşamasına neden olduğu belirlenmiştir (12, 58).

Hastaların psikolojik yönden etkilenme düzeylerini belirleyen faktörler arasında lezyonların yerleşim yeri, görünürlüğü, hastalık süresi, yaş, cinsiyet, kişinin görünümüne verdiği değer, sosyal çevre desteği ve çocukluk çağı tecrübeleri yer almaktadır (49, 56, 58). Hastalığın yarattığı ruhsal etki hastalık şiddetiyle her zaman orantılı değildir, özellikle yüz gibi bölgelerde hafif-orta şiddette hastalık varlığı bile kişiler için ciddi ruhsal stres yaratabilmektedir (5, 29, 59). Akne hastalarında tedaviyle sosyal kaçınma davranışlarında ve ruhsal streste azalma olduğu bildirilmiştir (60). Aknenin tedavi edilmediğinde hastalarda yaşam boyunca sürebilecek duygusal ve psikolojik izler de bırakabileceği dikkate alındığında, hastaların ruhsal stres yönünden değerlendirilmesi ve erken dönemde etkin bir şekilde tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır (58).

## **2.7. Vitiligo ve Akne Hastalarında Sosyal Kaygı ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

Literatürde vitiligoya eşlik eden psikiyatrik morbiditelere ilişkin birçok çalışma bulunmasına rağmen, özel olarak vitiligo hastalarında sosyal kaygı düzeylerini değerlendiren tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada vitiligo hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha sık psikiyatrik bozukluk saptanmış olmasına rağmen, sosyal kaygı düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmada, hastalık süresinin, objektif ve subjektif hastalık şiddetinin, lezyon

yerleşim bölgelerinin ve hastalıkla ilişkili yaşam kalitesinin dikkate alınmamış olması gibi kısıtlılıklar mevcuttur (13).

Akne hastalarında eşlik eden sosyal kaygıyı değerlendiren üç çalışma saptanmıştır (10-12). Bu çalışmaların ilkinde akne hastalarının sosyal kaygı düzeyleri, kaygı ve kaçınma düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Ancak çalışmanın şiddetli akne hastalarının yeterince temsil edilmemiş olması, akne hastalarının başka bir dermatolojik hasta grubuyla karşılaştırılmamış olması ve hastalıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmemiş olması gibi kısıtlılıkları mevcuttur (10). İkinci çalışmada ise Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) ile değerlendirilen akne hastalarının performans ve toplam kaçınma puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmasına rağmen, sosyal ve performans kaygı puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Akne grubundaki sosyal fobi sıklığı ise sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmada da kontrol grubunun hasta grubunun akrabaları içinden seçilmesi, subjektif hastalık şiddet skoru ve hastalıkla ilgili yaşam kalitesinin dikkate alınmamış olması gibi kısıtlılıklar mevcuttur (11). Son çalışmada ise 50 akne hastası değerlendirilmiş, hastalıkla ilişkili sosyal kaygı düzeyleri, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca sosyal kaygı düzeyleri ile sportif faaliyetlere katılma isteği ve kendine güven düzeyi arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Bu çalışmada sağlıklı kontrollerle karşılaştırma yapılmamış olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir (12).

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

Yüz bölgesinde lezyonu bulunan vitiligo ve akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve bunlarla ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel, kontrollü bir çalışma planlandı. Çalışma planı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalının katılımı ile oluşturuldu. Çalışma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylandı (Ek 1) (onay tarihi 20.09.2012, sayı B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/120187486, protokol: 09.2012.0143). Tüm hastalar ve kontrol grubundaki kişiler çalışma konusunda bilgilendirildi, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu gönüllüler ve araştırmacı tarafından imzalandı.

Çalışmanın birincil amacı, yüz bölgesinde lezyonu bulunan vitiligo ve akne vulgaris hastalarının sosyal kaygı düzeylerini belirlemek, birbirlerine göre ve sağlıklı kontrollere göre farklı olup olmadığını ve bununla ilişkili olabilecek sosyodemografik ve hastalıkla ilgili faktörleri saptamaktır. İkincil amaç, hasta grubu ve sağlıklı kontrollerin anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek ve karşılaştırmaktır. Ayrıca hasta gruplarında hastalıkla ilişkili yaşam kalitesi ile hastalıkla ilişkili özellikler ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye ait veriler elde edilmesi de amaçlanmıştır.

#### **3.1. Hasta Seçimi**

Ekim 2012-Kasım 2013 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük, yüzünde aktif, görünür lezyonu olan vitiligo ve akne hastaları ile 18 yaşından büyük, yüzde görünür lezyonlarla seyreden kronik, dermatolojik hastalığı ve yüzde dismorfik özelliği bulunmayan sağlıklı kontroller çalışmaya alındı.

Aşağıda belirtilen özelliklere sahip hasta ve kontroller çalışma dışı bırakıldı:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen veya bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu

imzalamayan

2. Tanı konmuş psikotik bozukluğa sahip olan hastalar.

### **3.2. Onam Formları ve Veri Formları**

Çalışmaya katılan akne, vitiligo hastaları ve sağlıklı kontrol grubundaki tüm kişilerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı (Ek 2). Vitiligo, akne hastaları ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özellikleri, varsa hastalıkla ilişkili özellikleri gönüllü bilgi formu (Ek 3) ile toplandı.

### **3.3. Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi**

#### **3.3.1. Vitiligo şiddetinin objektif değerlendirmesi**

Vitiligo şiddeti, yüzdeki depigmente alan yüzdesi yaklaşık olarak hesaplanarak aşağıdaki gibi değerlendirildi:

1. Hafif (Yüzdeki depigmente alan yüzdesi %25'in altında)
2. Orta (Yüzdeki depigmente alan yüzdesi %25-50 arasında)
3. Şiddetli (Yüzdeki depigmente alan yüzdesi %50-75 arasında)
4. Çok şiddetli (Yüzdeki depigmente alan yüzdesi %75'in üzerinde)

#### **3.3.2. Akne şiddeti ve akne skarı objektif değerlendirmesi**

Akne şiddeti, Akne Tedavisi Avrupa Kılavuzunda kullanılan klinik sınıflamaya göre aşağıdaki gibi değerlendirildi (19):

1. Komedonal akne

- 2.Hafif-orta şiddette papülopüstüler akne
- 3.Şiddetli papülopüstüler akne, orta şiddette nodüler akne
- 4.Şiddetli nodüler akne, akne konglobata

Akne hastalarında ayrıca skar durumu da gönüllü bilgi formuna “var” ya da “yok” şeklinde kaydedildi.

### **3.3.3. Hastalık şiddetinin subjektif değerlendirilmesi**

Akne ve vitiligo hasta grubundaki hastalardan, hastalık şiddetlerini 0 ile 10 arası derecelendirilmiş bir görsel analog skala kullanarak, yüksek skor daha şiddetli hastalık anlamına gelecek şekilde, subjektif olarak değerlendirmeleri istendi.

## **3.4. Uygulanan Ölçekler**

Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubundaki gönüllülere Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) (Ek 4) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (Ek 5) uygulandı. Hasta grubundaki gönüllülere ayrıca Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ) (Ek 6) de uygulandı.

### **3.4.1. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ)**

Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, çeşitli sosyal durumlarla ilgili kaygı ve kaçınma varlığını ve şiddetini sorgulayan, 24 maddeden oluşan, klinisyen tarafından uygulanan bir değerlendirme ölçeğidir. Liebowitz ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soykan ve arkadaşları tarafından 2003’de yapılmıştır (61, 62). Ölçekte yer alan 24 maddeden 11’i sosyal etkileşimlerle ilgili, 13’ü ise performansla ilgili durumların yarattığı kaygı düzeyini ve kaçınma davranışının şiddetini sorgulamaktadır. Ölçeğin

değerlendirilmesinde, sorgulanan her durum için kaygı düzeyi ve kaçınma davranışının şiddeti ayrı, ayrı değerlendirilerek, 1-4 arası puan verilmekte ve kaygı düzeyi ve kaçınma davranışı alt ölçeklerinin her biri için 24-96 arasında değişen bir toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam ölçek puanı ise 48-192 arasında değişmektedir. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygı düzeyinin ve kaçınma davranışının şiddetlendiğini göstermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen alt ölçekler şu şekildedir;

1.Sosyal Kaygı: Ölçekte yer alan sosyal etkileşimlerle ilgili durumlarda kalmaktan kişilerin duyduğu korku ya da kaygının şiddeti.

2.Sosyal Kaçınma: Ölçekte yer alan sosyal etkileşimlerle ilgili durumlarda kalmaktan duyulan korku ya da kaygı sonucunda bu durumlardan kaçınma sıklığı.

3.Performans Kaygı: Ölçekte yer alan performans gerektiren durumlarda kalmaktan kişilerin duyduğu korku ya da kaygının şiddeti.

4.Performans Kaçınma: Ölçekte yer alan performans gerektiren durumlarda kalmaktan duyulan korku ya da kaygı sonucunda bu durumlardan kaçınma sıklığı.

5.Toplam Kaygı: Sosyal etkileşim içeren ya da performans gerektiren durumlarda kalmaktan duyulan korku ya da kaygının şiddeti.

6.Toplam Kaçınma: Sosyal etkileşim içeren ya da performans gerektiren durumlarda kalmaktan duyulan korku ya da kaygı sonucunda bu durumlardan kaçınma sıklığı.

### **3.4.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)**

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için uygulanan, dörtlü *likert* tipinde bir ölçektir. Ölçekte yer alan 14 sorudan yedisi anksiyete, yedisi depresyon belirtilerini sorgulamaya yöneliktir. Bu ölçek 1983'te Zigmund ve Snaith tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997'de yapılmıştır (63, 64). Hastanın kendisi tarafından doldurulan ölçeğin değerlendirilmesinde her soruya 0-3 arası bir puan verilerek, anksiyete ve depresyon

alt ölçeklerinin her biri için 0-21 arasında değişen bir toplam puan hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına göre anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinin sınır değerleri, sırasıyla 10 ve 7 olarak saptanmıştır. Bu sınır değerlerin üzerinde puan alan kişiler duygudurum bozukluğu açısından riskli grupta yer almaktadır.

### **3.4.3. Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ)**

Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ) dermatolojik hastalıklara özgü, 10 maddeden oluşan bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Finlay ve Khan tarafından 1994'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006'da Öztürkcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (65, 66). Ölçekte yer alan 10 madde, belirtiler ve duygular, günlük aktiviteler, boş zaman faaliyetleri, iş ve okul hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi gibi alt ölçeklere göre sınıflandırılabilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde her soruya 0-3 arasında bir puan verilerek, 0-30 arasında değişen bir toplam puan hesaplanmaktadır. Yüksek puan hastanın yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

### **3.5. İstatistiksel Analiz**

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizi için *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v17.0* paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı veriler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ile analiz edildi. İki bağımsız grup arasındaki özellikleri karşılaştırmak amacıyla, nitel veriler için ki kare testi, nicel veriler için t-testi kullanıldı. Grup içinde farklı değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve şiddetinin analizi Pearson korelasyon analizi ile gerçekleştirildi. İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Hasta Özellikleri

Ekim 2012-Kasım 2013 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, 18-28 yaş arası 20'si kadın, 17'si erkek olmak üzere 37 akne hastası, 19-60 yaş arası 20'si kadın 17'si erkek olmak üzere 37 vitiligo hastası ve bu gruplarla yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş 37 vitiligo-kontrol, 37 de akne-kontrol olmak üzere toplam 74 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı.

Çalışmaya alınan hasta ve sağlıklı kontroller öncelikle aşağıdaki gibi gruplandırılarak değerlendirildi:

1. Akne hastalarından oluşan "akne" grubu,
2. Akne hastalarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş "akne kontrol" grubu,
3. Vitiligo hastalarından oluşan "vitiligo" grubu,
4. Vitiligo hastalarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş "vitiligo kontrol" grubu.

Ayrıca çalışmaya katılan tüm hastalardan oluşan "dermatolojik hasta" grubu ile bunların kontrollerinden oluşan "kontrol" grubu oluşturularak da değerlendirmeler yapıldı.

Dermatolojik hasta ve kontrol grubundaki hastaların ortalama yaşları  $26,92 \pm 8,60$  olarak saptandı. Her iki grubun da %54,1'i kadın, %45,9'u erkeklerden oluşmaktaydı. Bu iki grup sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve ebeveynlerin hayatta ya da birlikte olmaları yönünden herhangi bir anlamlı fark saptanmadı. Ancak, hastaların eğitim düzeyi, anne ve babanın eğitim düzeyi kontrol grubunda, dermatolojik hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ). Dermatolojik hasta grubunda çalışmayanların oranı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p < 0,01$ ) (Tablo 1).



Vitiligo ve vitiligo-kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 31,89±9,73 olarak saptandı. Her iki grupta da kadınların oranı %54,1, erkeklerin oranı ise %45,9 olarak saptandı. Bu iki grup sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırıldığında, iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ebeveynlerin hayatta ya da birlikte olmaları, anne ve baba eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmazken, çalışmayan kişi oranı vitiligo grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,03) (Tablo 2).

**Tablo 1.** Dermatolojik hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri.

		Dermatolojik Hasta (n=74)	Kontrol (n=74)	p
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yaş		26,92±8,60	26,92±8,60	1,00
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	40 (%54,1)	40 (%54,1)	1,00
	Erkek	34 (%45,9)	34 (%45,9)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	17 (%22)	9 (%12,2)	0,003*
	Lise	22 (%29,7)	10 (%13,5)	
	Üniversite	35 (%47,3)	55 (%74,3)	
Medeni Durum	Evli	24 (%32,4)	21 (%28,4)	0,721
	Bekar	50 (%67,6)	53 (%71,6)	
Meslek	Çalışıyor	36 (%48,6)	38 (%51,4)	0,009*
	Çalışmıyor	11 (%14,9)	1 (%1,4)	
	Öğrenci	27 (%36,5)	35 (%47,3)	
Anne Eğitim Durumu	Eğitimsiz	11 (%14,9)	11 (%14,9)	0,019*
	İlköğretim	52 (%70,3)	37 (%50)	
	Lise	8 (%10,8)	13 (%17,6)	
	Üniversite	3 (%4,1)	13 (%17,6)	
Baba Eğitim Durumu	Eğitimsiz	3 (%4,1)	2 (%2,7)	0,023*
	İlköğretim	50 (%67,6)	35 (%47,3)	
	Lise	13 (%17,6)	15 (%20,3)	
	Üniversite	8 (%10,8)	22 (%29,7)	
Ebeveyn Birliktelik Durumu	Evli	60 (%81,1)	62 (%83,8)	0,127
	Boşanmış	0 (%0)	3 (%4,1)	
	Vefat	14 (%18,9)	9 (%12,2)	
SS:Standart sapma, *p<0,05				

Akne ve akne-kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması  $21,95 \pm 2,13$  olarak saptandı. Her iki grupta da kadınların oranı %54,1, erkeklerin oranı ise %45,9 idi. Bu iki grubun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması sonucunda, iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve iş durumu açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak akne grubunda, eğitim düzeyinin ve anne-baba eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). Anne veya babası vefat eden hastaların oranı ise akne grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2).

Akne ve vitiligo grupları sosyodemografik özellikler yönünden kıyaslandığında, akne grubunun yaş ortalaması vitiligo grubuna göre anlamlı derecede düşük olarak saptandı ( $p = 0,0001$ ). İki grup arasında cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, ebeveynlerin hayatta ya da birlikte olmaları yönünden anlamlı bir fark saptanmadı. Akne grubunda eğitim düzeyi daha yüksekken, vitiligo grubunda evlilerin ve çalışmayanların oranı akne grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı ( $p < 0,02$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Akne, vitiligo ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri.

		Akne (n=37)	Akne- Kontrol (n=37)	p	Vitiligo (n=37)	Vitiligo- kontrol (n=37)	p	p (Akne vs Vitiligo)
		Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş		21,95±2,13	21,95±2,13	1,00	31,89±9,73	31,89±9,73	1,00	0,0001*
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	20 (%54,1)	20 (%54,1)	1,00	20 (%54,1)	20 (%54,1)	1,00	1,00
	Erkek	17 (%45,9)	17 (%45,9)		17 (%45,9)	17 (%45,9)		
Eğitim Durumu	İlköğretim	4 (%10,8)	0 (%0)	0,015 *	13 (%35,1)	9 (%24,3)	0,059	0,015*
	Lise	10 (%27)	4 (%10,8)		12 (%32,4)	6 (%16,2)		
	Üniversite	23 (%62,2)	33 (%89,2)		12 (%32,4)	22 (%59,3)		
Medeni Durum	Evli	5 (%13,5)	2 (%5,4)	0,430	19 (%51,4)	19 (%51,4)	1,00	0,001*
	Bekar	32 (%86,5)	35 (%94,6)		18 (%48,6)	18 (%48,6)		
Meslek	Çalışıyor	14 (%37,8)	8 (%21,6)	0,086	22 (%59,5)	30 (%81,1)	0,022 *	0,001*
	Çalışmıyor	2 (%5,4)	0 (%0)		9 (%24,3)	1 (%2,7)		
	Öğrenci	21 (%56,8)	29 (%78,4)		6 (%16,2)	6 (%16,2)		
Anne Eğitim Durumu	Eğitimsiz	4 (%10,8)	4 (%10,8)	0,036 *	7 (%18,9)	7 (%18,9)	0,509	0,358
	İlköğretim	25 (%67,6)	14 (%37,8)		27 (%73)	23 (%62,2)		
	Lise	6 (%16,2)	10 (%27)		2 (%5,4)	3 (%8,1)		
	Üniversite	2 (%5,4)	9 (%24,3)		1 (%2,7)	4 (%10,8)		
Baba Eğitim Durumu	Eğitimsiz	1 (%2,7)	0 (%0)	0,011 *	2 (%5,4)	2 (%5,4)	0,648	0,462
	İlköğretim	23 (%62,2)	11 (%29,7)		27 (%73)	24 (%64,9)		
	Lise	9 (%24,3)	12 (%32,4)		4 (%10,8)	3 (%8,1)		
	Üniversite	4 (%10,8)	14 (%37,8)		4 (%10,8)	8 (%21,6)		
Ebeveyn Birliktelik Durumu	Evli	30 (%81,1)	34 (%91,9)	0,034 *	30 (%81,1)	28 (%75,7)	0,567	1,00
	Boşanmış	0 (%0)	2 (%5,4)		0 (%0)	1 (%2,7)		
	Vefat	7 (%18,9)	1 (%2,7)		7 (%18,9)	8 (%21,6)		

SS:Standart sapma, Ort:Ortalama, \*p&lt;0,05

## 4.2. Hastalıkla İlgili Özellikler

Ortalama hastalık süresi akne grubunda  $5,14 \pm 2,75$  yıl, vitiligo grubunda ise  $6,28 \pm 6,56$  yıl olarak saptandı. Ortalama subjektif hastalık şiddet skoru akne grubunda  $6,14 \pm 2,16$ , vitiligo grubunda ise  $4,54 \pm 2,10$  idi. Objektif hastalık şiddet skorları incelendiğinde şiddetli ve çok şiddetli hastalığa sahip hasta oranı akne grubunda %59,5, vitiligo grubunda ise %18,9 olarak saptandı. Hastaların daha önce aldığı tedaviler incelendiğinde, akne grubundaki hastaların %62,2'sinin sadece topikal, %37,8'inin ise sistemik ve topikal tedavi aldığı; vitiligo grubundaki hastaların %56,8'inin sadece topikal tedavi, %43,2'sinin ise topikal tedaviye ek olarak fototerapi tedavisi aldığı saptandı. Akne grubunda akne skarı bulunan hastaların oranı %59,5 idi. Akne grubunda yüz dışı bölgelerde hastalık tutulumu olan hastaların oranı %13,5 iken, vitiligo grubunda bu oran %75,7 idi (Tablo 3).

**Tablo 3.** Vitiligo ve akne hastalarının hastalıkla ilgili özellikleri.

		Akne (n=37)	Vitiligo (n=37)
		Ortalama±SS	Ortalama±SS
Hastalık Süresi (yıl)		5,14±2,75	6,28±6,56
Subjektif Şiddet Skoru		6,14±2,16	4,54±2,10
		n (%)	n (%)
Objektif Şiddet Skoru	Hafif	5 (%13,5)	24 (%64,9)
	Orta	10 (%27)	6 (%16,2)
	Şiddetli	17 (%46)	7 (%18,9)
	Çok Şiddetli	5 (%13,5)	0 (%0)
Aile Öyküsü	Var	11 (%29,7)	12 (%32,4)
	Yok	26 (%70,3)	25 (%67,6)
Önceki Tedaviler	Sistemik	14 (%37,8)	0 (%0)
	Fototerapi	0 (%0)	16 (%43,2)
	Topikal	23 (%62,2)	21 (%56,8)
Yüz dışı tutulum	Var	5 (%13,5)	28 (%75,7)
	Yok	32 (%86,5)	9 (%24,3)
Skar	Var	22 (%59,5)	
	Yok	15 (%40,5)	

SS:Standart sapma

### 4.3. Uygulanan Ölçeklere Ait Ortalama Puanlar ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Dermatolojik hasta grubunda ortalama LSFÖ-Toplam puanı  $66,54 \pm 17,42$ , kontrol grubunda ise  $55,66 \pm 7,32$  idi. Hastane anksiyete depresyon ölçeğinden alınan ortalama puan dermatolojik hasta grubunda  $13 \pm 6,43$ , kontrol grubunda ise  $6,82 \pm 4,20$  olarak saptandı. Uygulanan psikiyatrik ölçeklerden (Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) ve bu ölçeklerin alt ölçeklerinden alınan puanların ortalamaları açısından iki grup karşılaştırıldığında, puan ortalamalarının dermatolojik hasta grubunda kontrollere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ( $p=0,0001$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Dermatolojik hasta ve kontrol grubunun ortalama ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	<b>Dermatolojik Hasta (n=74)</b>	<b>Kontrol (n=74)</b>	<b>p</b>
	<b>Ortalama<math>\pm</math>SS</b>	<b>Ortalama<math>\pm</math>SS</b>	
<b>LSFÖ-Sosyal Kaygı</b>	16,62 $\pm$ 5,19	12,85 $\pm$ 2,11	0,0001*
<b>LSFÖ-Performans Kaygı</b>	20,35 $\pm$ 6,28	17,28 $\pm$ 3,79	0,0001*
<b>LSFÖ-Sosyal Kaçınma</b>	13,57 $\pm$ 3,33	11,58 $\pm$ 1	0,0001*
<b>LSFÖ-Performans Kaçınma</b>	16 $\pm$ 3,91	13,97 $\pm$ 2,02	0,0001*
<b>LSFÖ-Toplam Kaygı</b>	36,97 $\pm$ 11	30,14 $\pm$ 5,32	0,0001*
<b>LSFÖ-Toplam Kaçınma</b>	29,57 $\pm$ 6,88	25,55 $\pm$ 2,58	0,0001*
<b>LSFÖ-Toplam</b>	66,54 $\pm$ 17,42	55,66 $\pm$ 7,32	0,0001*
<b>HADÖ-Anksiyete</b>	7,50 $\pm$ 3,43	4,36 $\pm$ 2,77	0,0001*
<b>HADÖ-Depresyon</b>	5,50 $\pm$ 3,76	2,50 $\pm$ 1,98	0,0001*
<b>HADÖ-Toplam</b>	13 $\pm$ 6,43	6,82 $\pm$ 4,20	0,0001*
SS:Standart sapma, * $p<0,05$			

Ortalama LSFÖ-Toplam puanı vitiligo grubunda  $67,16 \pm 19,80$ , vitiligo-kontrol grubunda ise  $54,24 \pm 6,70$  idi. Vitiligo ve vitiligo-kontrol grubu uygulanan psikiyatrik ölçekler ve alt ölçeklere ait ortalama puanlar açısından karşılaştırıldığında, tüm ortalama puanlar vitiligo grubunda kontrollere göre anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p \leq 0,005$ ) (Tablo 5).

Ortalama LSFÖ-Toplam puanı akne grubunda 65,92±14,91, akne kontrol grubunda ise 57,08±7,72 idi. Akne ve akne-kontrol grubu uygulanan psikiyatrik ölçekler ve alt ölçeklere ait ortalama puanlar açısından karşılaştırıldığında, tüm ortalama puanlar akne grubunda kontrollere göre anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 5.** Vitiligo ve kontrol grubunun ortalama ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Vitiligo (n=37)	Vitiligo-Kontrol (n=37)	P
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
LSFBÖ-Sosyal Kaygı	16,65±5,64	12,43±1,84	0,0001*
LSFBÖ-Performans Kaygı	20,03±6,78	16,32±3,17	0,004*
LSFBÖ-Sosyal Kaçınma	14,05±3,85	11,49±1,04	0,0001*
LSFBÖ-Performans Kaçınma	16,43±4,46	14±2,30	0,005*
LSFBÖ-Toplam Kaygı	36,68±12,03	28,76±4,35	0,0001*
LSFBÖ-Toplam Kaçınma	30,49±7,98	25,49±2,81	0,0001*
LSFBÖ-Toplam	67,16±19,80	54,24±6,70	0,0001*
HADÖ-Anksiyete	7,51±3,84	4,08±3,30	0,0001*
HADÖ-Depresyon	5,65±4,34	2,30±2,05	0,0001*
HADÖ-Toplam	13,16±7,53	6,30±5	0,0001*
SS:Standart sapma, * $p<0,05$			

**Tablo 6.** Akne ve kontrol grubunun ortalama ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Akne (n=37)	Akne-Kontrol (n=37)	P
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
LSFBÖ-Sosyal Kaygı	16,59±4,77	13,27±2,29	0,0001*
LSFBÖ-Performans Kaygı	20,68±5,82	18,24±4,15	0,043*
LSFBÖ-Sosyal Kaçınma	13,08±2,68	11,68±0,97	0,004*
LSFBÖ-Performans Kaçınma	15,57±3,27	13,95±1,73	0,010*
LSFBÖ-Toplam Kaygı	37,27±10,01	31,51±5,88	0,004*
LSFBÖ-Toplam Kaçınma	28,65±5,51	25,62±2,37	0,004*
LSFBÖ-Toplam	65,92±14,91	57,08±7,72	0,002*
HADÖ-Anksiyete	7,49±3,02	4,65±2,12	0,0001*
HADÖ-Depresyon	5,35±3,14	2,70±1,92	0,0001*
HADÖ-Toplam	12,84±5,21	7,35±3,19	0,0001*
SS:Standart sapma, * $p<0,05$			

HADÖ anksiyete alt ölçeğinden, eşik değeri olan 10'un üzerinde puana sahip hastalar incelendiğinde, bu hastaların oranı akne grubunda %24,3 (n=9), akne-kontrol grubunda %0 (n=0), vitiligo grubunda %32,4 (n=12), vitiligo-kontrol grubunda ise %8,1 (n=3) olarak saptandı.

HADÖ depresyon alt ölçeğinden, eşik değeri olan 7'nin üzerinde puana sahip hastalar incelendiğinde, bu hastaların oranı akne grubunda %21,6 (n=8), akne-kontrol grubunda %0 (n=0), vitiligo grubunda %29,7 (n=11), vitiligo-kontrol grubunda ise %0 (n=0) olarak saptandı.

Akne ve vitiligo gruplarındaki hastaların uygulanan psikiyatrik ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. DYKÖ'den alınan ortalama puan akne grubunda  $6,38 \pm 6,16$ , vitiligo grubunda ise  $5,62 \pm 5,12$  olarak saptandı. İki grup DYKÖ puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı.

Akne ve vitiligo grubundaki hastalar cinsiyetlerine göre iki gruba ayrılarak incelendiğinde, kadın ve erkekler arasında uygulanan psikiyatrik ölçeklerden alınan ortalama puanlar açısından anlamlı bir fark saptanmadı. DYKÖ puanı açısından ise vitiligo grubundaki kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark saptanmazken, akne grubundaki kadınların DYKÖ puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p=0,012$ ).

Akne ve vitiligo gruplarındaki hastalar yüz dışında tutulum ve aile öyküsü varlığına göre de kendi içlerinde gruplandırılarak karşılaştırıldı. Akne ve vitiligo gruplarında, yüz dışı tutulumu olan ve olmayan hastalar arasında uygulanan ölçeklerden alınan ortalama puanlar açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Aile öyküsü pozitif olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında vitiligo hastalarında ölçek puanları ve subjektif skor yönünden anlamlı bir fark saptanmamasına rağmen, akne grubunda aile öyküsü olanlarda LSFÖ-PKAÇ puanları aile öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p=0,045$ ).

Akne ve vitiligo grubundaki hastalar eğitim düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi ve objektif şiddet skoru açısından kendi içinde tabakalandırılarak

değerlendirildiğinde sosyal kaygı, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesiyle ilgili ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Akne grubundaki hastalar skarlı olan ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, iki grup arasında uygulanan psikiyatrik ölçeklerden alınan ortalama puanlar ve DYKÖ puanı açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

#### **4.4. Ortalama Ölçek Puanlarının Birbirleriyle ve Hastalık Özellikleriyle Korelasyonu**

Vitiligo grubundaki hastalarda uygulanan psikiyatrik ölçek puanları, yaşam kalite puanı ve hastalıkla ilişkili özellikler arasındaki ilişki incelendi. Yaş ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ( $p \leq 0,05$ ). Hastalık süresi ile psikiyatrik ölçek puanları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Subjektif skor ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ( $p \leq 0,05$ ). Objektif skor ile yaşam kalitesi ve psikiyatrik ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. HAD ölçeğinden alınan toplam puan, anksiyete ve depresyon puanı ile LSAS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptandı ( $p \leq 0,01$ ). Psikiyatrik ölçeklerden alınan tüm puanlar ve yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında da pozitif yönde bir korelasyon saptandı ( $p \leq 0,01$ ) (Tablo 7).

Akne grubundaki hastalarda da uygulanan psikiyatrik ölçek puanları, hastalıkla ilişkili özellikler ve yaşam kalite puanı arasındaki ilişki incelendi. Hastalık süresi ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde bir korelasyon saptandı ( $p \leq 0,05$ ). Objektif skor ile yaşam kalitesi ve psikiyatrik ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon bulunmazken, subjektif skor ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde bir korelasyon saptandı ( $p \leq 0,01$ ). Subjektif skor ile psikiyatrik ölçek puanları arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmadı. HAD ölçeğindeki ortalama anksiyete puanları ile sosyal kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken,



depresyon puanları ile sosyal kaygı düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon saptandı ( $p \leq 0.01$ ). HAD ölçeğinden alınan toplam puan ve depresyon puanı ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon saptandı ( $p \leq 0.05$ ). Sosyal kaygı düzeyi ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ( $p \leq 0.01$ ). LSAS-Kaygı puanları ve kaçınma puanları ile yaşam kalitesinin etkilenme düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ( $p \leq 0.01$ ) (Tablo 8).

**Tablo 7.** Vitiligo grubundaki hastaların hastalık özellikleri ve ortalama ölçek puanları arasındaki korelasyon.

	Süre	SubjSk	ObjSk	HADÖ	HADÖ-A	HADÖ-D	LSFBÖ TKAC	LSFBÖ SKAC	LSFBÖ PKAC	LSFBÖ TKAY	LSFBÖ SKAY	LSFBÖ PKAY	LSFBÖ TOP	DYKÖ
Yaş	,129	,177	,011	,270	,263	,236	,265	,245	,262	,160	,148	,161	,204	,341*
Süre		,168	,431**	-,008	,016	-,028	,163	,104	,201	,088	,100	,074	,119	,052
SubjSk			,398*	,189	,239	,116	,184	,123	,223	,217	,187	,229	,206	,401*
ObjSk				,242	,123	,311	,309	,268	,321	,243	,251	,222	,272	,038
HADÖ					,909**	,929**	,671**	,746**	,556**	,708**	,704**	,670**	,701**	,574**
HADÖ-A						,691**	,463**	,563**	,342**	,516**	,538**	,467**	,500**	,609**
HADÖ-D							,754**	,796**	,662**	,771**	,745**	,748**	,773**	,456**
LSFBÖ TKAC								,954**	,966**	,955**	,902**	,943**	,984**	,487**
LSFBÖ SKAC									,842**	,941**	,957**	,873**	,957**	,500**
LSFBÖ PKAC										,896**	,787**	,933**	,934**	,440**
LSFBÖ TKAY											,961**	,973**	,993**	,517**
LSFBÖ SKAY												,873**	,948**	,488**
LSFBÖ PKAY													,972**	,511**
LSFBÖ TOP														,511**
*p<0.05, **p<0.01														

**Tablo 8.** Akne grubundaki hastaların hastalık özellikleri ve ortalama ölçek puanları arasındaki korelasyon.

	Süre	SubjSk	ObjSk	HADÖ	HADÖ-A	HADÖ-D	LSFBÖ TKAÇ	LSFBÖ SKAÇ	LSFBÖ PKAÇ	LSFBÖ TKAY	LSFBÖ SKAY	LSFBÖ PKAY	LSFBÖ TOP	DYKÖ
Yaş	,425**	-,107	-,157	,097	,125	,040	-,122	-,130	-,099	-,138	-,141	-,122	-,138	-,138
Süre		-,446**	,039	,036	,081	-,019	-,159	-,177	-,122	-,208	-,202	-,192	-,199	-,383*
SubjSk			,330*	,236	,138	,258	-,003	-,031	,020	-,075	,003	-,131	-,051	,517**
ObjSk				-,217	-,233	-,135	,184	,234	,119	,112	,220	,011	,143	,184
HADÖ					,837**	,851**	,316	,409*	,198	,323	,381*	,244	,334*	,410*
HADÖ-A						,425**	,107	,273	-,043	,149	,220	,075	,140	,309
HADÖ-D							,420**	,415*	,369*	,393*	,420**	,331*	,419**	,382*
LSFBÖ TKAÇ								,911**	,941**	,828**	,743**	,815**	,926**	,592**
LSFBÖ SKAÇ									,717**	,815**	,840**	,714**	,885**	,568**
LSFBÖ PKAÇ										,729**	,565**	,790**	,838**	,533**
LSFBÖ TKAY											,933**	,955**	,978**	,386*
LSFBÖ SKAY												,785**	,902**	,376*
LSFBÖ PKAY													,943**	,356*
LSFBÖ TOP														,478**
*p≤0.05, **p≤0.01														

## 5.TARTIŞMA

Dermatolojik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik morbiditelere ilişkin çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, vitiligo ve akne vulgaris hastalarındaki sosyal kaygı düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar kısıtlıdır (10-13). Sosyal kaygının uzun dönemde kişilerin iş, okul ve sosyal hayatlarını etkilediği gerçeğinden yola çıkarak, bu hasta grupları içerisinde sosyal kaygı düzeylerinde artış olan hastaların belirlenmesi ve erken dönemde önlem alınmasıyla hastaların yaşaması olası ruhsal sıkıntılardan korunması sağlanabilir (7, 58). Vitiligo ve aknenin genellikle kişinin ruhsal gelişiminin devam ettiği ve bu yönden kırılğan olduğu ergenlik, genç erişkinlik döneminde başladığı ve sıklıkla yüz gibi sosyal hayatta önemli yere sahip bir bölgeyi etkilediği göz önüne alınırsa, bu hasta gruplarında sosyal kaygı düzeyleri ve bununla ilişkili değişkenlerin belirlenmesi önemlidir.

Bu amaçla yapılan çalışmamıza, yüz tutulumu olan 37 vitiligo, 37 akne vulgaris hastası ve bu hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 74 adet sağlıklı kontrol alındı.

Çalışmamızda vitiligo ve akne gruplarının ve bu hastaların tamamını kapsayan dermatolojik hasta grubunun sosyal ve performans durumlarındaki kaygı düzeyleri ve kaçınma davranışlarının şiddeti sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu anlamlı farklılıklar vitiligo ve akne hastalarının ve genel olarak dermatolojik hasta grubunun eleştirilme, kınanma, izlenme, küçümsenme ve olumsuz değerlendirilme gibi korkularının dermatolojik sorunu olmayan bireylerden daha yüksek olduğunu ve bu korkular sonucunda, bir başa çıkma stratejisi olarak kaçınma davranışına daha sık başvurduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, dermatolojik hastalığı olan bireylerin daha fazla endişeli, huzursuz, gergin oldukları söylenebilir. Benzer şekilde yaşamlarının daha fazla kısıtlanmış olduğu sonucuna varılabilir. Literatürdeki konuyla ilgili çalışmalara bakıldığında, akne ve vitiligo hastalarında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yarpuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada akne hastalarının sosyal durumlarla ilgili kaygı ve kaçınma düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmada performansla ilgili alt ölçek puanlarıyla ilgili bilgi

verilmemiştir (10). Bez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise akne hastalarıyla kontrol grubu arasında sadece performansla ilgili durumlardan kaçınma düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu çalışmada, bizim çalışmamızın aksine akne hastaları ve kontrol grubu arasında sosyal durumlarla ilgili kaygı ve kaçınma düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (11). Yine akne hastalarında Loney ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, hastalık şiddetiyle bağlantılı sosyal kaygı düzeylerindeki yükselmenin kişilerin sportif aktivitelere katılma isteği, özgüven ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (12). Vitiligo hastalarında Balaban ve arkadaşları tarafından yapılan tek çalışmada ise, bulgularımızdan farklı olarak vitiligo hastalarının sosyal durumlarla ilgili kaygı ve kaçınma düzeylerinde kontrollere göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırmacılar bu durumu olgu sayılarının azlığına ve örneklemelerindeki yaygın hastalık tutulumu olan hasta sayısının azlığıyla açıklamışlardır (13). Çalışmamızda yer alan her iki hasta grubunda da sosyal kaygı düzeyleri ile cinsiyet, hasta yaşı, hastalık süresi, eğitim düzeyi, yüz dışı tutulum varlığı, anne ve baba eğitim düzeyi, objektif ve subjektif hastalık şiddet skoru arasında bir ilişki görülmemiştir. Akne hastalarında daha önce yapılan iki çalışmada da, bizim çalışmamıza benzer şekilde sosyal kaygı düzeyleri ile yaş, cinsiyet, lezyonların yerleşim yeri, hastalık süresi, objektif ve subjektif hastalık şiddet skoru arasında bir ilişki saptanmamıştır (10, 11). Yarpuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim bulgularımızın aksine, yüksek eğitim düzeyinin daha düşük sosyal kaygı düzeyleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (10). Vitiligo hastalarında daha önce yapılmış olan çalışmada ise, bizim çalışmamızdan farklı olarak, hasta yaşı küçüldükçe sosyal kaygı düzeyinin arttığı bildirilmiştir, ancak hastalıkla ilgili diğer özellikler ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmemiştir (13).

Çalışmamızda hastaların sosyal kaygı düzeylerinin yanı sıra, anksiyete ve depresyon gibi diğer belirtilerin düzeyleri de değerlendirilmiştir. Dermatolojik hasta, vitiligo ve akne gruplarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre arttığı saptanmıştır. HADÖ'ye göre anksiyete ve depresyon açısından risk altında olan kişi oranı da hasta gruplarında kontrollere göre belirgin oranda yüksek bulunmuştur. Ancak bu artışla ilişkili herhangi bir başka risk faktörü saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde vitiligo ve akne hastalarında genel olarak

psikiyatrik morbidite, özellikle de depresyon ve anksiyete sıklığının arttığını bildiren birçok çalışma mevcuttur (1, 5, 26, 29, 30, 40, 49, 50). Akne hastalarında yapılan toplum temelli bir çalışmada ruhsal sağlık sorunları ve intihar düşüncesinin sıklığında kontrollere göre artış olduğu bildirilmiştir (57). Benzer şekilde akne hastalarında yapılan bir çalışmada akne hastalarındaki depresyon ve intihar düşüncesi sıklığı, atopik dermatit ve alopesi areata hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur (29). Çalışmamıza benzer şekilde, Yarpuz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada akne hastalarında kontrollere göre daha yüksek anksiyete ve depresyon puanları elde edilirken, Bez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada akne hastalarının anksiyete ve depresyon puanları kontrollerden farklı bulunmamıştır (10, 11). Psikiyatrik morbiditede artış olduğunu bildiren çalışmaların aksine, okul içinde akne hastalarında yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon sıklığı yönünden bir artış olmadığı bildirilmiş, yazarlar bu durumu hastaneye başvurmeyen hastalarda hastalıktan etkilenme düzeyinin daha az olabileceği ile ilişkilendirmişlerdir (67, 68). Vitiligo hastalarında da psikiyatrik morbidite görülme sıklığı, sosyokültürel özellikler ve deri fototipi gibi faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte, %25-47 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir. Sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında depresyon, anksiyete, distimi ve intihar düşüncesi yer almaktadır (1, 35, 43). Literatürde akne hastalarında yapılan çalışmalarda, subjektif şiddet skoru yüksekliği, yüz yerleşimli lezyon varlığı ve kadın cinsiyet anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik morbiditelerin gelişimi açısından risk faktörü olarak bulunurken, objektif şiddet skoru ile psikiyatrik morbidite arasında ilişki saptanmamıştır (9, 49, 53, 59, 69). Vitiligo hastalarında yapılan çalışmalarda ise depresyon ve anksiyete görülme sıklığını etkileyen faktörler arasında kültürel ve dinsel farklılıklar ile deri fototipinin yanısıra kadın cinsiyet, subjektif şiddet skor yüksekliği ve görünür alanlarda lezyon varlığı risk faktörü olarak saptanmıştır (1, 38, 70).

Vitiligo hastalarında sosyal kaygı düzeyi yüksek hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri de yüksekken, akne hastalarında bu ilişki sadece sosyal kaygı ve depresyon düzeyleri arasında saptanmıştır. Sosyal kaygının kişinin sosyal hayatına yansması ve ruhsal morbiditeye yol açması beklenen bir sonuçtur. Ancak kesitsel çalışmamızda, bu psikiyatrik bozukluklar arasındaki neden-sonuç ilişkisinin yönünü belirlemek çok zordur.

Çalışmamızda, vitiligo ve akne hastalarının yaşam kalitesinin benzer düzeylerde olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Hasta gruplarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde ise, aile öyküsü varlığı, yüz dışı tutulum varlığı ve objektif hastalık şiddet skoru ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak akne hastalarında kadın cinsiyet ve subjektif şiddet skoru yüksekliği; vitiligo hastalarında ise subjektif şiddet skoru yüksekliği yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmeyle ilişkili bulunmuştur. Yaşam kalitesi doktorun objektif olarak değerlendirdiği hastalık şiddetinden çok, hastanın hastalığını nasıl algıladığı ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle hastalar değerlendirilirken ve tedavi kararı verilirken objektif şiddet skorunun yanısıra, hasta görüşünün de dikkate alınmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Bulgularımıza benzer şekilde akne ve vitiligonun yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin bildirildiği birçok çalışma mevcuttur (1, 2, 9, 48, 53, 70, 71). Bu çalışmalarda düşük yaşam kalitesi ile ilişkili risk faktörleri arasında akne hastalarında yüksek subjektif şiddet skoru bildirilmiş olup, objektif hastalık şiddet skoru ile ilişki saptanmamıştır (9, 53, 71, 72). Vitiligo hastalarında ise daha yaygın hastalık, yüksek subjektif şiddet skoru daha kötü yaşam kalitesiyle ilişkili olarak bulunmuş ancak cinsiyet, yaş, hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır (1, 2, 48, 70).

Ruhsal morbidite yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olup, aralarındaki bu güçlü ilişki nedeniyle hastalara yaklaşımda bir bütün olarak değerlendirilmeleri gerekir. Bu nedenle çalışmamızda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Akne hastalarında sosyal kaygı ve depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düşerken, vitiligo hastalarında ise sosyal kaygı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Yaşam kalitesindeki bozulmanın yanısıra, hasta gruplarının kontrollere göre yüksek sosyal kaygı, depresyon ve anksiyete düzeyleri göstermelerinden yola çıkılarak, hastaların deriye yönelik tedavilere ek olarak psikolojik yönden de destek almalarının önemi açığa çıkmaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda vitiligo ve akne hastalarında kontrollere göre sosyal kaygı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde bir artış olduğu ve bu artışa paralel olarak yaşam kalitelerinde olumsuz etkilenme meydana geldiği saptanmıştır.

Ruhsal morbiditedeki artış ve yaşam kalitesindeki azalmanın yaş, cinsiyet ve hastalık şiddetinden bağımsız oluşu, akne ve vitiligo söz konusu olduğunda tüm hastaların ruhsal morbidite ve özellikle de sosyal kaygı yönünden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Sosyal kaygının bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan bir durum olduğu ve önlem alınmadığı zaman kendiliğinden ortadan kalkmadan yaşam boyu devam edebileceği bilinmektedir (21). Vitiligo ve aknenin özellikle ergenlik, genç erişkinlik dönemindeki kişileri etkilediği düşünülürse, bu hasta grubunda oluşması olası sosyal kaygı, depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların hastaların yaşamında oluşturabileceği işlev kaybının önlenmesi için ilk başvuru sırasında dermatolojik muayene yanında ruhsal durumun da değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavi olanağının sunulması kronikleşme, morbidite ve hatta mortalitenin önüne geçecektir.



## 6.SONUÇLAR

1. Vitiligo ve akne hastalarının sosyal kaygı, anksiyete ve depresyon düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
2. HADÖ eşik değerlerine göre anksiyete ve depresyon açısından risk altında olan kişi oranı, vitiligo ve akne hastalarında kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
3. Ruhsal morbiditedeki bu artışa paralel olarak hastaların yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir.
4. Yaşam kalitesinde bozulmanın objektif şiddet skoruyla ilişkisiz ancak subjektif şiddet skoruyla ilişkili olması nedeniyle, hastalar değerlendirilirken hastaların kendi hastalık algıları da sorgulanmalı ve tedavi kararı verilirken dikkate alınmalıdır.
5. Ruhsal morbiditedeki artışın hastalık şiddetinden bağımsız olması nedeniyle, özellikle yüz tutulumu olan vitiligo ve akne hastaları ilk muayenede, başta sosyal kaygı olmak üzere, ruhsal morbidite yönünden sorgulanmalı ve gerekirse kalıcı etkileri engellemek amacıyla çözüm önerileri ve tedavi yönünden bilgilendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Ongenae K, Beelaert L, Van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:1-8.
2. Kent G, Al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol.* 1996;21:330-333.
3. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:58-60.
4. Homan MWL, Spuls PI, Korte JD, Bos JD, Sprangers MA, van der Veen JPW. The burden of vitiligo: Patient characteristics associated with quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:411-20.
5. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:833-842.
6. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *The Lancet.* 2008;371:1115-1125.
7. Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2008;4:123-143.
8. Ongenae K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br J Dermatol.* 2005;152:1165-1172.
9. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol.* 1999;140:672-676.
10. Yarpuz AY, Demirci Saadet E, Erdi Şanlı H, Devrimci Özgüven H. Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2008;19:29-37.
11. Bez Y, Yesilova Y, Kaya MC, Sır A. High social phobia frequency and related disability in patients with acne vulgaris. *Eur J Dermatol.* 2011;21:756-60.

12. Loney T, Standage M, Lewis S. Not just “skin deep”: psychosocial effects of dermatological-related social anxiety in a sample of acne patients. *J Health Psychol.* 2008;13:47-54.
13. Balaban ÖD, Atagün Mİ, Devrimci Özgüven H, Özsan HH. Vitiligolu hastalarda psikiyatrik morbidite. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2011;24:306-313.
14. Ortonne JP, Passeron T. Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. Ed: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, *Dermatology.* 3rd Edition, pp.1023-1049, Elsevier Saunders, New York, USA, 2012.
15. Taieb A, Alomar A, Böhm M, Dell’Anna ML, De Pase A et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol.* 2013;168:5-19.
16. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Bosic V. Vitiligo: A comprehensive overview. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:473-91.
17. Gawkrödger DJ, Ormerod AD, Shaw L, Mauri-Sole I, Whitton ME et al. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol.* 2008;159:514-546.
18. Zaenglein AL, Thiboutot DM. Acne vulgaris. Ed: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, *Dermatology.* 3rd Edition, pp.545-561, Elsevier Saunders, New York, USA, 2012.
19. Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(S1):1-29.
20. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 1998;155:613-19.
21. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1606-13.

22. Jayaprakasam A, Darvay A, Osborne G, McGibbon D. Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous disease. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:306-308.
23. Finlay AY, Ryan TJ. Disability and handicap in dermatology. *Int J Dermatol.* 1996;35:305-311
24. Shenefelt PD. Psychodermatological disorders: recognition and treatment. *Int J Dermatol.* 2011;50:1309-1322.
25. Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:176-92.
26. Mercan S. Deri hastalıklarının psikojenik sonuçları ve komorbiditeler. *Türkderm.* 2010;44:25-35.
27. Kent G, Keohane S. Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *Br J Clin Psychol.* 2001;40:23-34.
28. Magin P. Appearance-related bullying and skin disorders. *Clin Dermatol.* 2013;31:66-71.
29. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998;139:846-850.
30. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier AWP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry.* 1997;19:29-35.
31. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol.* 2000;143:983-991.
32. Magin PJ, Pond CD, Smith WT, Watson AB, Goode SM. Correlation and agreement of self-assessed and objective skin disease severity in a cross-sectional

study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Int J Dermatol.* 2011;50:1486-1490.

33. Van de Kerkhof PCM. The impact of a two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate (Daivobet/Dovobet) on the quality of life in patients with psoriasis vulgaris: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2004;151:663-668.

34. Lavda AC, Webb TL, Thompson AR. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *Br J Dermatol.* 2012;167:970-979.

35. Moretti S, Arunachalam M, Colucci R, Pallanti S, Kline JA et al. Autoimmune markers in vitiligo patients appear correlated with obsession and phobia. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26:861-867.

36. Choi S, Kim DY, Whang SH, Lee JH, Hann SK, Shin YJ. Quality of life and psychological adaptation of Korean adolescents with vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:524-529

37. Krüger C, Schallreuter KU. Cumulative life course impairment in vitiligo. *Curr Probl Dermatol.* 2013;44:102-117.

38. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Tabolli S et al. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patient with vitiligo. *Br J Dermatol.* 2008;159:351-359.

39. Njoo MD, Westerhof W. Vitiligo pathogenesis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2001;2:167-181.

40. Kent G, Al-Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:895-898.

41. Thompson AR, Kent G, Smith JA. Living with vitiligo: Dealing with difference. *Br J Health Psychol.* 2002;7:213-225.

42. Porter JR, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Personal responses to vitiligo. *Arch Dermatol.* 1978;114:1348-1385.
43. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16:573-578.
44. Firooz A, Bouzari N, Fallah N, Ghazisaidi B, Firoozabadi MR, Dowlati Y. What patients with vitiligo believe about their condition. *Int J Dermatol.* 2004;43:811-814
45. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol.* 2001;81:410-414.
46. Ongenaes K, Dierckxsens L, Brochez L, van Geel NN, Naeyaert JM. Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology.* 2005;210:279-285.
47. Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jecht E, Shimshoni R, Lazaroff I et al. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:456-461.
48. Parsad D, Pandhi R, Dogra S, Kanwar AJ, Kumar B. Dermatology Life Quality Index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. *Br J Dermatol.* 2003;148:363-384.
49. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Acne vulgaris – Psychosomatic aspects. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006;4:1027-1036.
50. Fried RG, Webster GF, Eichenfield LF, Friedlander SF, Fowler Jr JF, Levy ML. Medical and psychosocial impact of acne. *Semin Cutan Med Surg* 2010;29:9-12
51. Uslu G, Şendur N, Uslu M, Şavk E, Karaman G, Eskin M. Acne: prevalence, perceptions and effects on psychological health among adolescents in Aydin, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:462-469.



52. Misery L. Consequences of psychological distress in adolescents with acne. *J Invest Dermatol.* 2011;131:290-292.
53. Yazıcı K, Baz K, Yazıcı AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, Buturak V. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:435-439.
54. Timms RM. Moderate acne as a potential barrier to social relationships: Myth or reality? *Psychol Health Med.* 2013;18:310-320.
55. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Can Fam Physician.* 2006;52;978-979.
56. Dalgard F, Gieler U, Holm JO, Bjertness E, Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: Results from a population survey. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:746-51.
57. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems and social impairment are increased in adolescents with acne: A population-based study. *J Invest Dermatol.* 2011;131:363-370.
58. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. *Dermatol Ther.* 2006;19:237-240.
59. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol.* 1997;137:246-250.
60. Karadağ AS, Bilgili SG, Selvi Y, Tutuncu R, Aydın A, Calka O, Dalkilic A. Effects of isotretinoin treatment on general psychiatric symptoms, quality of life and social phobia in acne vulgaris patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:258-263.
61. Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry.* 1987;22:141-173.
62. Soykan C, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version. *Psychol Rep.* 2003;93:1059-1069.

63. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
64. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1997;8:280-7.
65. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:210-6.
66. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol.* 2006;11:1300-7.
67. Magin PJ, Pond CD, Smirh WT, Goode SM. Acne's relationship with psychiatric and psychological morbidity: results of a school-based cohort study of adolescents. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:58-64.
68. Aktan Ş, Özmen E, Şanlı B. Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol.* 2000;39:354-357.
69. Saitta P, Keehan P, Yousif J, Way BV, Grekin S, Brancaccio R. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients, part 2: Depression, anxiety and suicide. *Cutis.* 2011;88:92-97.
70. Kostopoulou P, Jouary T, Quintard B, Ezzedine K, Marques S, Boutchnei S, Taieb A. Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *Br J Dermatol.* 2009;161:128-133.
71. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol.* 1998;134:454-458.
72. Demircay Z, Seckin D, Senol A, Demir F. Patient's perspective: an important issue not to be overlooked in assessing acne severity. *Eur J Dermatol.* 2008;18:181-4.



## EKLER

### Ek 1



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA





Sayı :B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/120187486  
Konu :

20.09.2012

Sayın : Prof.Dr. Zeynep DEMİRÇAY

09.2012.0143 protokol nolu “ Dermatolojik hastalıklarda sosyal kaygı düzeyinin belirlenmesi” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hacer DİRESKENELİ  
Girişimsel Olmayan Klinik  
Araştırma Kurul Başkanı



## Ek 2

### BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

#### **Yüz Tutukumu Olan Vitiligo ve Akne Hastalarında Sosyal Kaygı, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi**

**Araştırmanın Konusu:** Yüzde görünür lezyonlarla seyreden akne (sivilce) ve vitiligo (alaca/ala hastalığı) gibi cilt hastalıklarının sosyal kaygı (sosyal ya da performans, topluluk önünde bir iş yapmayı gerektiren durumlarda bulunmaktan korkma ve kaçınma), anksiyete ve depresyon düzeylerinde artışa yol açıp açmadığının belirlenmesi.

**Araştırmanın Amacı:** Kronik (uzun süreli, müzmin) seyirli bazı cilt hastalıklarının, hastalarda yarattıkları işlev kaybı, yaşam kalitesinde düşme gibi çeşitli nedenlerle bazı psikolojik ve psikiyatrik bozukluklara yol açabildiği bilinmektedir. Akne vulgaris (sivilce) ve vitiligo (ala/alaca hastalığı) yüz bölgesinde görülebilen lezyonlarla seyreden, kronik seyirli cilt hastalıklarıdır. Yüzde görünür lezyonlarla giden cilt hastalıkları, yüzde şekil bozukluğuna yol açan diğer bazı hastalıklar kişilerin kendilerine güvenini ve benlik algılarını olumsuz etkileyebilmekte, bunun sonucunda oluşan sosyal kaygı neticesinde de kişilerde sosyal ya da performans gerektiren durumlarda bulunmaktan korkma ve kaçınma gibi davranışlar ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı yüz bölgesinde görünür lezyonlarla seyreden akne ve vitiligo gibi dermatolojik hastalıkların kişilerde sosyal kaygı, anksiyete ve depresyon düzeylerinde bir artışa yol açıp açmadığının, sağlıklı kontrollerle karşılaştırma yapılarak belirlenmesidir.

**Araştırmanın Süresi:** 12 ay sürmesi planlanan çalışmaya, sizin katılacağınız süre ölçek ve formların doldurulmasıyla sınırlı olacaktır.

**Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı:** 140

**Araştırmada İzlenecek Yöntem:** Bu çalışmada yüzde lezyonlarla seyreden çeşitli dermatolojik hastalıkların yarattığı sosyal kaygı düzeyi çeşitli form ve ölçeklerle değerlendirilecek ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılacaktır. Sizden bazı formlar

doldurmanız istenecektir. Size ait kişisel bilgiler gizli tutulacak ve araştırmada kimliğiniz yerine bir protokol numarası kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz bu çalışmaya dayanan bilimsel makalelerin hiçbirinde geçmeyecektir. Bu çalışmaya katılım gönüllülük esası iledir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak istememeniz veya çalışmadan herhangi bir noktada çıkmak istemeniz durumunda size en uygun tedavi hekiminiz tarafından verilecektir.

**Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:**

Araştırma Yürütücüsü: Dr. Zeynep Demiray 0 216 657 06 06 - 3533, 3240

Diğer Araştırıcı: Dr. Andaç Salman: 0505 374 42 26

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

## GÖNÜLLÜ BİLGİ FORMU

Çalışma Grubu: Akne O Vitiligo O Kontrol Grubu: O

Hastanın

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Medeni Durum:

Eğitim Durumu:

Meslek:

Kardeş Sayısı:

Annesinin meslek ve eğitim durumu:

Babasının meslek ve eğitim durumu:

Anne-Baba birliktelik durumu: (evli/boşanmış/vefat)

Telefon:

Adres:

Hastalığı:

Hastalık süresi:

Aile öyküsü:

Psikiyatrik Başvuru Öyküsü:

Daha önceki tedavileri:

Tedavi	Tedavi Süresi	Yanıt

Sistemik Hastalık:

Kullandığı İlaçlar:

Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği

Hastalık Şiddeti

Objektif

Subjektif (VAS)

## LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Herhangi biri geçen hafta içinde gerçekleştirilmediyse, puanlamayı hastanın bu durum karşısında vereceği tepki konusundaki ifadesine göre yapın. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

<p><b>Kaygı</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yok ya da çok hafif</li> <li>2. Hafif</li> <li>3. Orta derecede</li> <li>4. Şiddetli</li> </ol>	<p><b>Kaçınma</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaçınma yok ya da çok ender</li> <li>2. Zaman zaman kaçınırım</li> <li>3. Çoğunlukla kaçınırım</li> <li>4. Her zaman kaçınırım</li> </ol>
<p><b>Kaygı Puanı</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak</li> <li>2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak</li> <li>3. Dikkatleri üzerinde toplamak</li> <li>4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak</li> <li>5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak</li> <li>6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek</li> <li>7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak</li> <li>8. Satın aldığı bir malı ödemediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek</li> <li>9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi</li> <li>10. Gözlendiği sırada çalışmak</li> <li>11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak</li> <li>12. Bir eğlenceye gitmek</li> <li>13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak</li> <li>14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması</li> <li>15. Gözlendiği sırada yazı yazmak</li> <li>16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak</li> <li>17. Umumi yerlerde yemek yemek</li> <li>18. Evde misafir ağırlamak</li> <li>19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak</li> <li>20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek</li> <li>21. Umumi telefonları kullanmak</li> <li>22. Yabancılarla konuşmak</li> <li>23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak</li> <li>24. Umumi tuvalette idrar yapmak</li> </ol>	<p><b>Kaçınma Puanı</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak</li> <li>2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak</li> <li>3. Dikkatleri üzerinde toplamak</li> <li>4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak</li> <li>5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak</li> <li>6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek</li> <li>7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak</li> <li>8. Satın aldığı bir malı ödemediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek</li> <li>9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi</li> <li>10. Gözlendiği sırada çalışmak</li> <li>11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak</li> <li>12. Bir eğlenceye gitmek</li> <li>13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak</li> <li>14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması</li> <li>15. Gözlendiği sırada yazı yazmak</li> <li>16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak</li> <li>17. Umumi yerlerde yemek yemek</li> <li>18. Evde misafir ağırlamak</li> <li>19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak</li> <li>20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek</li> <li>21. Umumi telefonları kullanmak</li> <li>22. Yabancılarla konuşmak</li> <li>23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak</li> <li>24. Umumi tuvalette idrar yapma</li> </ol>

---

---

## HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı soyadı

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.**

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.**

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

**5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- Çoğu zaman
  - Birçok zaman
  - Zaman zaman, ama çok sık değil
  - Yalnızca bazen
- 
-

---

**6) Kendimi neşeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

**7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

**10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

**14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek



## DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ

Hastane No:

Tarih:

Adı:

Adresi:

Tanı:

DLQI

Skor:

Bu soru formunun amacı, GEÇEN HAFTA BOYUNCA deri probleminizin yaşamınızı ne kadar etkilediğini ölçmektir. Lütfen, her soru için bir kutucuğa ✓ işareti koyunuz.

- |     |  |           |                          |                                       |
|-----|--|-----------|--------------------------|---------------------------------------|
| 1.  | Geçen hafta boyunca derinizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu?   | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> |                                       |
| 2.  | Geçen hafta boyunca, deriniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahcup oldunuz?  | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> |                                       |
| 3.  | Geçen hafta boyunca, deriniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu?           | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Geçen hafta boyunca, deriniz elbise giyiminize (seçiminize) ne kadar etkili oldu?  | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Geçen hafta boyunca, deriniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi?                                       | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Geçen hafta boyunca, deriniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu?                                  | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Geçen hafta boyunca, deriniz iş yapmanızı veya ders çalışmanızı engelledi mi?  | Evet      | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hayır     | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
|     | Eğer yanıtınız "Hayır" ise, geçen hafta boyunca deriniz, iş yapmanız ya da ders çalışmanızda ne kadar sorun yarattı?       | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> |                                       |
| 8.  | Geçen hafta boyunca, deriniz eşiniz veya yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı?                | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Geçen hafta boyunca, deriniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu?  | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |
| 10. | Geçen hafta boyunca, derinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu? (Örn. evinizin kirlenmesi veya zaman kaybı gibi) | Çok fazla | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Fazla     | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Az        | <input type="checkbox"/> |                                       |
|     |  | Hiç       | <input type="checkbox"/> | İlgili değil <input type="checkbox"/> |

Lütfen, TÜM soruları cevaplayıp cevaplamadığınızı kontrol ediniz. Teşekkürler.