

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVÎ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Selma KORKMAZ

AKNE VULGARİSTE HASTALIK ALGISI
VE HASTALIK ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Mehmet Suphi ÇİNPOLAT

EDİRNE-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve becerilerimin gelişmesinde büyük katkıları bulunan, tez çalışmamda her türlü yardım ve desteği sağlayan kıymetli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma KORKMAZ'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Bu süre içerisinde tecrübe ve bilgileri ile yetişmemde emeği geçen hocalarım Sayın Prof. Dr. Süleyman PIŐKIN'e ve Sayın Öğr. Gör. Dr. Sezin FIŐICIOĐLU'na ve Anabilim Dalımızın emekli öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Adnan GÖRGÜLÜ ile Sayın Prof. Dr. Özer ARICAN'a, tezimin istatistiksel analizlerini yapan Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma Nesrin TURAN'a ve sevgili asistan arkadaşlarıma desteklerinden dolayı teşekkürü borç bilirim.

Manevî destekleriyle yanımda olan sevgili ailem ve eşim Emel ÇINPOLAT'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
AKNE VULGARİS	3
HASTALIK ALGISI	13
AKNE VE RUHSAL DURUM	13
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
BULGULAR	19
TARTIŞMA.....	32
SONUÇLAR.....	36
ÖZET	38
SUMMARY	40
KAYNAKLAR	42
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- CRH** : Kortikotropin salgılatıcı hormon
- DHT** : Dihidrotestosteron
- GADS** : Global Akne Derecelendirme Sistemi
- HADS** : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
- HADS-A** : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Anksiyete Alt Ölçeği
- HADS-D** : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Depresyon Alt Ölçeği
- HAÖ** : Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu
- IL** : İnterlökin
- P. acnes*** : *Propionibacterium acnes*
- PUVA** : Psoralen ve Ultraviyole A
- TNF alfa** : Tümör Nekroz Faktör Alfa
- UV** : Ultraviyole

GİRİŞ VE AMAÇ

Akne vulgaris, özellikle adolesan dönemde görülen kronik bir pilosebase birim dermatozudur. Sıklıkla yüz, göğüs ve sırtı etkilemekte, inflamatuvar ve non-inflamatuvar lezyonlarla seyretmektedir (1). Hastalıkta komedon, papül, püstül, nodül ve nadiren skar gibi lezyonlar görülmektedir (2).

Akne vulgarisin etyopatogenezi multifaktöriyeldir. Anormal folliküler farklılaşma ve artmış duktal kornifikasyon, anormal sebase bez aktivitesi, pilosebase ünitenin *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) gibi mikroorganizmalarla kolonizasyonu ve inflamasyon akne vulgarisin patogenezinde suçlanan başlıca faktörlerdir (2).

Deri hastalıklarının insanlarda hayat kalitesi ve benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olabileceği bilinmektedir (3). Akne vulgaris, adolesan dönemdeki kişilerin çoğunu değişen şiddetlerde etkilemektedir (4). Bu dönem; sosyal beceri ve özgüven gelişiminde oldukça önemlidir. Bu dönemde dış görünüşün önemi artmaktadır. Akne vulgaris sıklıkla yüzü etkilemekte ve skar oluşumuna neden olabilmektedir. Yüz bölgesi, insanın vücut algısı açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle, klinik şiddeti düşük olsa bile akne vulgaris; sosyal, duygusal ve psikolojik işlevleri etkileyebilmektedir. Duygusal stres akne vulgarisin şiddetini artırabileceği gibi, hastalığın kendisi de psikiyatrik sorunlara yol açar. Akne vulgarisin psoriasis ve ekzemadan daha fazla psikososyal etkilere yol açtığı bildirilmiştir. Ayrıca akne vulgaris hastalarında düşük benlik saygısı, özgüvende azalma, sosyal fobi, sosyal ilişkilerde zorluklar, keyifsizlik ve ağrı gibi psikosomatik bulgular da izlenebilmektedir (3). Kellett ve Gawkrödger'in (5) yaptıkları bir çalışmada akneli hastaların %18'inde klinik olarak önemli ölçüde depresyon, %44'ünde klinik olarak önemli ölçüde anksiyete gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalarda akneli hastalarda intihar riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akne vulgarisin tedavi edilmesiyle psikiyatrik bulgularda düzelme izlenmesi de akne vulgaris ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (3).

Hastalar kendilerine herhangi bir hastalık tanısı konulduğu zaman, sıklıkla kendi durumlarıyla ilgili çeşitli inanışlar oluştururlar. Bu inanışlar, hastalığın yönetiminde izlenecek davranış biçiminin en önemli unsurlarını meydana getirirler. Hastaların, hastalıklarına dair algı ve düşünceleri, tedaviye cevapta da rol oynayabilecek önemli faktörlerdir. Kişinin hastalığına verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu, bu algı veya bilişsel süreçlerden direkt olarak etkilenir. Kronik hastalıklar, özellikle son yıllarda, ölüm oranını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastaların hastalıklarına yönelik algılarının olumlu yönde değiştirilmesi; kendilerini yönetebilmelerini, hastalığın sebep olduğu olumsuz duygudurumlarla başa çıkabilmelerini ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmelerini sağlar (6).

Bu çalışmanın amacı; akne vulgaris hastalarında hastalık algısı bileşenlerini, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek ve bunların hastalık şiddetiyle ilişkisini incelemektir.

GENEL BİLGİLER

AKNE VULGARİS

Akne vulgaris, özellikle adolesan dönemde görülen kronik bir pilosebase birim dermatozudur. Sıklıkla yüz, göğüs ve sırtı etkilemekte, inflamatuvar ve non-inflamatuvar lezyonlarla seyretmektedir (1). Hastalıkta komedon, papül, püstül, nodül ve nadiren skar gibi lezyonlar görülmektedir (2). Hastalık genellikle kendini sınırlar, fakat şiddetli seyrettiği durumlarda kalıcı skar ve belirgin kozmetik problemlere yol açabilir. Sıklıkla adolesanlarda görülmekte olup, psikolojik ve sosyal problemlere sebep olabilmektedir (1). Hastalık çeşitli klinik şiddette ortaya çıkmakta ve tedavi seçenekleri de bu klinik bulgulara göre düzenlenmektedir (4).

Epidemiyoloji

Akne vulgaris, adolesan dönemdeki kişilerin çoğunu değişen şiddetlerde etkilemektedir. Puberte kadınlarda erkeklere göre daha erken yaşta başladığından, hastalık kadınlarda daha erken ortaya çıkmaktadır (4).

Rademaker ve ark.'nın (7) yapmış olduğu bir çalışmada akne insidansı 17 yaşındaki erkeklerde %93, aynı yaştaki kadınlarda ise %85 olarak belirtilmiştir. Aktan ve ark.'nın (8) 2657 lise öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada ise akne prevalansı %23,1 olarak saptanmıştır. Hastalığın insidansı 20'li yaşlarda giderek azalmaktadır (4). Goulden ve ark.'nın (9) yaptıkları bir başka çalışmada yetişkinlerde fasiyal akne prevalansının erkeklerde %3, kadınlarda %12 olduğu gösterilmiştir. Hastalık adolesan ve erişkin dönemin yanı sıra, bebeklerde, çocuklarda ve daha ileri yaşlarda da izlenebilmektedir (4).

Etyoloji ve Patogenez

Akne vulgarisin etyopatogenezi multifaktöriyeldir. Başlıca dört faktör üzerinde durulmaktadır. Bunlar; anormal folliküler farklılaşma ve artmış duktal kornifikasyon, anormal sebese bez aktivitesi, pilosebese ünitenin *P. acnes* gibi mikroorganizmalarla kolonizasyonu ve inflamasyondur (2).

Anormal folliküler farklılaşma ve artmış duktal kornifikasyon: Anormal folliküler farklılaşma ve artmış duktal kornifikasyon sonucunda ortaya çıkan mikrokomedonlar akne vulgaris patogenezinde ilk basamağı oluştururlar. Mikrokomedonlar, infundibulumun altındaki bölgede yer alan korneositlerin hücreler arası adezyon ve üretimlerindeki artış sonucunda oluşmaktadır (2).

Anormal sebese bez aktivitesi: Sebum üretimindeki artış ve sebumun lipid içeriğindeki değişiklikler, akne vulgaris patogenezinin ikinci basamağını oluştururlar. Sebum, komedojenik ve proinflamatuvar olup, üretiminin miktarı ile akne şiddeti arasında ilişki vardır. Bunun dışında, sebum artışı, bakteriyel çoğalma için de uygun bir ortam hazırlayarak inflamasyon oluşumuna katkıda bulunur. Sebese bezler androjenlerin denetimi altındadır. Sebum üretimindeki artıştan, serum androjen seviyelerinden ziyade, androjenlerin sebese bezler üzerindeki yerel etkileri suçlanmaktadır. Sebese bezin bazal tabaka hücrelerinde yer alan androjen reseptörleri, testosteron ve dihidrotestosteron (DHT) gibi güçlü etkili androjenlere yanıt vermektedirler. 5 alfa redüktaz enzimi hedef dokularda testosteronun DHT'ye dönüşümünü sağlar. DHT, androjen reseptörünü testosterona göre 5-10 kat daha fazla uyarabilmektedir (2).

Pilosebese ünitenin *P. acnes* ve diğer mikroorganizmalarla kolonizasyonu: *P. acnes* deride yaşayan anaerop gram pozitif bir basil olup akne vulgaris patogenezinde önemli bir role sahiptir (10). *P. acnes* tarafından üretilen lipaz, proteaz, hiyalüronidaz ve kemotaktik faktörler serbest yağ asitlerinin oluşumunu artırmaktadır. Bu durum komedon ve inflamatuvar yanıt oluşumuna katkı sağlamaktadır. Bu hastalıkta rol oynayan diğer mikroorganizmalar ise *Propionibacterium granulosum*, *Staphylococcus epidermidis* ve *Malassezia furfur*'dur. Bunlara karşın akne vulgaris infeksiyöz bir hastalık değildir (11). *P. acnes*'in hastalığı başlatmada ve inflamasyonu tetiklemede diğer mikroorganizmalara göre daha belirgin rolü vardır. Son yıllarda yapılan çalışmalar *P. acnes*'e karşı gelişen doğal immün yanıtın daha iyi

anlaşılmasını sağlamıştır. Bu çalışmalar insanda *P. acnes*'e karşı hem humoral hem de hücrel bağışıklığın bulunduğunu göstermiştir. Toll benzeri reseptörler, bakteri, mantar ve parazitlere karşı oluşan immün yanıtta rol alan bir grup tanıma reseptörüdür. Keratinositlerde, Langerhans hücrelerinde, monositlerde ve pilosebase birim çevresindeki makrofajlarda bulunurlar. Akneli hastalarda bu reseptörler *P. acnes* tarafından aktive edilirler ve bu aktivasyon sonucunda interlökin (IL)-8, IL-12 gibi sitokinlerde artış meydana gelir. Bu aktivasyon ayrıca inflamasyona ve doğal immüniteye katkıda bulunur. Böylece bu bakteriyel etkiyle, akne vulgarisin patogenezindeki inflamatuvar sürecin oluşumu ve devamı gerçekleşir (10).

İnflamasyon

İnflamasyonun başlangıç ve devamında rolü olan mekanizmalar oldukça karmaşıktır ve tam olarak aydınlatılamamıştır. T helper 1 ve T helper 2 hücrelerinin, *P. acnes* ile oluşan inflamasyonda görev aldığı bilinmektedir. Bunun dışında inflamatuvar mediatörler olan sitokinler, peptidazlar, defensinler, serum lipidleri ve nöropeptidler gibi hedef reseptörler de inflamasyonda görev alırlar (2).

Akne Vulgariste Rol Oynayan Diğer Faktörler

Genetik: Akne vulgarisin kalıtsal bir hastalık olduğu düşünülmele beraber bu durumu destekleyen veriler sınırlıdır. Hastalıkta genetik faktörlerin rolü olduğu yıllardır iddia edilmesine rağmen bu kapsamdaki çalışmalar son 20 yılda yapılmıştır. Birinci derece yakınlarında akne öyküsü olan kişilerde orta ve ileri şiddetli akne gelişimine yatkınlık olduğu bildirilmiştir. Fakat günümüzde hastalığın erişkinlerde de sıklığının artması, genetik çeşitliliğin varlığına veya genetik faktörlere bazı çevresel faktörlerin de katkıda bulunabileceğine işaret etmektedir (12,13).

Proinflamatuvar sitokinlerin hastalık patogenezindeki önemi bilinmekte olup, tümör nekroz faktör alfa (TNF alfa) da bu sitokinlerden biridir. TNF alfa gen promotörü içinde birçok tek nükleotidli polimorfizmler (SNPs) mevcut olup, bu durumun hastalığa yatkınlığa sebep olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, insan lökosit antijenleri fenotipleri sitokrom p-450 1A1 ve MUC1 genleri de hastalığın patogenezinde suçlanmakta ve hastalığa genetik zemin oluşturduğu düşünülmektedir (12).

Diyet: Akne vulgarisli bazı hastaların öykülerinde ısrarla lezyonlarını artırıcı gıdalara vurgu yapmaları, araştırmacıları gıdaların hastalıktaki rolünü araştırmaya yönlendirmiştir. Günümüze kadar gıdaların akne etyopatogenezindeki rolünü araştıran birçok çalışma yapılmıştır, fakat bu çalışmalarda kesin sonuçlara ulaşılamamıştır. Araştırmaya katılan kişilerin diğer faktörler yönünden stabil hale getirilmemesi; genetik ve stres, hava kirliliği, beslenme alışkanlıkları, güneş gibi çevresel faktörler bu durumun sebebi olabilir. Hastalar, hastalıklarını artırdıklarını ifade ettikleri gıdaları süt, yer fıstığı, çikolata, et, cips, dondurma gibi tek tek ifade etmektedirler. Çalışmaların çoğunda da gıdalar hastaların ifade ettiği gibi tek tek irdelenmiştir. Bu durum aknenin gıdalarla ilişkisini inceleyen çalışmalarda kesin sonuçların alınamamasına, ortaya çelişkili sonuçların çıkmasına sebep olmuştur (14). Cordain ve ark.'nın (15) yaptıkları bir çalışmada Papua Yeni Gine'de Kitawa adasında yaşayan adolesan dönemdeki halkta hiç akne görölmediği belirtilmiş ve hastalığın Batı toplumunun hastalığı olduğu bildirilmiştir. Günümüzde yüksek glisemik indeksli gıdalar ve fazla süt ile beslenmenin akneyi artırıcı etkisi olduğu da ifade edilmektedir (14).

Ultraviyole (UV): Ultraviyole (UV) radyasyon sebumun komedojenitesini artırabilmektedir. Yapay UV'nin doğal UV veya PUVA (psoralen ve ultraviyole A)'ya göre akne lezyonlarını şiddetlendirme etkisinin daha fazla olduğu düşünölmektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada UV radyasyon uygulanan klinik olarak stabil olan akne vulgarisli hastaların sitokin seviyelerinin arttığı bildirilmiştir (16).

Hiperhidroz: Terleme akne hastalarının bir kısmında lezyonları şiddetlendirebilmektedir. Bu durumun nem ve sıcak havanın folliköler oklüzyonu artırmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir (4).

Stres: Akne vulgarisin stresle ilişkili olduğu saptanmış ve bu durumdan stres etkisiyle salgılanan bazı hormon ve kimyasal mediatörler sorumlu tutulmuştur. Stresin sebep olduğu adrenal steroid salınımı, akne lezyonlarını alevlendirebilmektedir. Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) strese yanıtı koordine etmekte olup insan sebositlerinde de CRH reseptör sistemi saptanmıştır. Aknenin stresle artmasından bu hormonal yolak sorumlu tutulmaktadır (12).

İlaçlar: Birçok ilaç, akneiform lezyonlara veya mevcut lezyonların alevlenmesine sebep olabilmektedir. İlaçların sebep olduğu folliküler epitel hasarı, sebore ve folliküler hiperkeratoz olmadan inflamasyonu başlatabilmekte ve monomorfik eritemli papüler lezyonların oluşumuna neden olmaktadır. Bu tetikleyici ilaçlar arasında; PUVA, aktinomisin D, anabolik steroidler, androjenler, progestinler, disülfiram, halojenli bileşikler, glukokortikoidler, adrenokortikotropik hormon, izoniazid, fenitoin, kloralhidrat, lityum, tetrasiklinler, siklosporin, pridoksin ve siyanokobalamin yer almaktadır. Son zamanlarda solid tümörlerde kullanılan kemoterapi ajanları olan erlotinib, gefitinib ve setüksimab gibi epidermal büyüme faktörü reseptör antagonistlerinin de akne oluşumunu tetiklediği bildirilmiştir (11,16,17).

Premenstrüel alevlenme: Akneli kadınların %70'inde menstruasyondan iki-yedi gün önce akne lezyonlarında şiddetlenme olduğu bildirilmiştir (18). Menstrual dönemdeki bu artışın nedeni tam olarak bilinmemekle beraber sebum üretiminin bu dönemde azaldığı izlenmiştir. Pilosebace epitelin östrojenle indüklenen ödemi sonucunda follikülün tıkanması ve sebum sekresyonunun engellenmesi etyolojide suçlanmıştır. Bunun yanı sıra keratinin hidrasyonu ve moleküler yapısındaki değişimin de önemli olduğu düşünülmektedir (16).

Travma: Sürtünme, basınç, aşırı ovalama veya yıkama, mikrokomedonların rüptürü ve inflamatuvar reaksiyonun başlatılması yoluyla mevcut aknelerin alevlenmesine yol açabilmektedir. İrritasyonun IL-1 α aracılığıyla mikrokomedon ve dolayısıyla akne oluşumunu stimüle ettiği düşünülmektedir (16).

Kozmetikler: Kozmetik ürünlerin bilinçli kullanılmadığı durumlarda kozmetik aknesi denen bir tablo oluşabilmektedir. Bu tablodan derinin aşırı ovulması, sürtme, özellikle yağ oranı yüksek ve tıkayıcı yapıdaki kozmetik ürünlerin kullanılması sorumlu tutulmaktadır. Kadın hastalarda aknenin sıklıkla güzellik amaçlı yapılan bakımlardan sonra ortaya çıktığı bilinmektedir (12). Khanna ve Gupta'nın (19) yaptıkları bir çalışmada yüzlerine buhar, krem ve maske uygulaması yapan hastalarda artmış sıklıkla nodül ve kapalı komedonlardan oluşan akneiform erüpsiyon izlenmiştir. Yapılarında özellikle vazelin, lanolin ve meyve yağları içeren kozmetik ürünlerin kullanımının folliküler oklüzyon yoluyla mikroorganizmaların artışına sebep olarak akne alevlenmesine sebep olduğu bildirilmiştir. Akne şiddetiyle kozmetik ürünlerin kullanım süreleri arasında bir ilişki bulunmamaktadır (12).

Günümüzde kozmetik firmaları non-komedojenik ürünler üretme çabasındadırlar. Kozmetik ürünler, akneye sebep olmaktan çok hastalığın alevlenmesinde rol oynamaktadırlar (12).

Sigara: Aknenin sıklık ve şiddetindeki artış, sigara ile ilişkili bulunmuştur. Bunun aksine sigara içmenin, nikotinin akne patogenezinde antiinflamatuvar rol oynaması yoluyla akne şiddeti üzerinde olumlu etkide bulunduğu dair görüşler de vardır (12). Schafer ve ark.'nın (20) yaptıkları bir çalışmada, sigara akne gelişimi açısından bir risk faktörü olarak saptanmış fakat bunun hangi mekanizma üzerinden gerçekleştiğine herhangi bir açıklık getirilememiştir.

Oksidatif stres: Oksidatif stres, hücre düzeyindeki bir kısım reaksiyonlar sonucu oluşan serbest oksijen radikallerinin hücreye zarar vermesi durumudur. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda aknesi olan kişilerde kutanöz ve oksidatif stresin arttığı gösterilmiştir. Oksidatif stresin artmasıyla ortaya çıkan lipid peroksidasyonunun, akne gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (12).

Klinik Özellikler

Akne vulgarisin özellikle etkilediği bölge yüzdür. Hastalık daha az sıklıkla sırt, göğüs ve omuzları etkilemektedir. Hastaların muayenesinde sebore belirgin olup bu durum sık rastlanan bir bulgudur (17). Klinik olarak lezyonlar, inflamatuvar ve non-inflamatuvar olarak ele alınabilir. Hastalığın non-inflamatuvar lezyonları komedonlardır (11). Komedonlar, hastalığa özgü lezyonlar olup, açık veya kapalı olarak sınıflandırılırlar. Açık komedonlar deri ile aynı seviyede veya deriden hafif kabarık olup, melanin nedeniyle siyah renkli izlenen bakteri ve keratin tıkaçlardır. Kapalı komedonlar ise deri renginde küçük papüller şeklindedirler (17). Hastalığın inflamatuvar lezyonlarını ise papüller, püstüller, nodüller ve kistler oluşturmaktadır. İnflamatuvar lezyonların bu şekilde sıralanması, inflamasyonun giderek artan şiddetini de yansıtmaktadır (11). İnflamatuvar lezyonlar, açık komedonlara kıyasla kapalı komedon olan bölgelerde daha sık gelişirler. Hastalıkta, inflamatuvar ve non-inflamatuvar lezyonların yanı sıra geçmiş lezyonlara ait skarlar, pigmentasyon değişiklikleri de izlenebilmektedir (17).

Derecelendirme

Doshi ve ark. (21) akne vulgariste hastalık şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla 1997 yılında Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS) adında bir yöntem önermişlerdir (Şekil 1). Değerlendirmede yüz, gövde ve sırtın üst kısmını içine alan 6 alanın değerlendirilmesi önerilmektedir.

Şekil 1. Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS)

Lokalizasyon	Katsayı		Derece		Lokal skor
1- Alın	2	x	0-4	=	
2- Sağ yanak	2	x	0-4	=	
3- Sol yanak	2	x	0-4	=	
4- Burun	1	x	0-4	=	
5- Çene	1	x	0-4	=	
6- Göğüs ve sırt üst kısmı	3	x	0-4	=	

Lokal skorların toplamı global skoru verir. Derece hesaplanırken 0-4 skalası kullanılır. Derece için aşağıdaki ölçüm değerleri baz alınır;

- 0: lezyon yok
- 1: komedon (bir veya daha fazla)
- 2: papül (bir veya daha fazla)
- 3: püstül (bir veya daha fazla)
- 4: nodül (bir veya daha fazla).

Bir lokalizasyonun derecesi belirlenirken o lokalizasyondaki en yüksek puanlı lezyon değeri esas alınır.

Global skora göre akne şiddeti;

- 0 : lezyon yok
- 1-18 : hafif
- 19-30: orta
- 31-38: şiddetli
- >39 : çok şiddetli olarak değerlendirilir (A23).

Komplikasyonlar

Akne vulgariste geçmiş lezyonlara ait skarlar, hiperpigmentasyon ve hipopigmentasyon izlenebilmektedir (17). Hastalığı takiben distrofik kalsifikasyon veya osteoma kutis oluşabilir. Hastalığın seyri sırasında akne fulminans gelişebilir (11). Bunların yanı sıra hastalık anksiyete, depresyon, intihara eğilim gibi psikososyal etkilere de yol açabilmektedir (3).

Laboratuvar Bulguları

Akne vulgarisin rutin laboratuvar incelemelerinde özel bir bulgusu bulunmadığından tanısı için rutin kullanılan laboratuvar testleri yoktur. Ancak eşlik edebilecek hastalıklar açısından anamnez ve fizik muayenede hiperandrojenizme veya romatolojik bir hastalığa yönelik bulgulara rastlanıldığı durumlarda ileri laboratuvar incelemeler gerekmektedir (11,22).

Ayırıcı Tanı

Akne vulgarisin ayırıcı tanısına giren hastalıklar, mikrobiyal folikülitler, şiddetli akne formları ve dış etkenlere bağlı olarak gelişen diğer akneler olarak üç başlık altında ele alınabilir. Hastalığın ayırıcı tanısına giren mikrobiyal folikülitler arasında stafilokoksik folikülit, tinea barba, gram negatif folikülit ve Malassezia foliküliti sayılabilir. Ayırıcı tanıda yer alan şiddetli akne formları akne fulminans ve akne konglobatadır. Dış etkenlere bağlı olarak gelişen diğer akneler arasında ise akne mekanika, akne venenata ve akne medikamentoza yer almaktadır. Bunların dışında hastalığın ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken en önemli hastalıklardan biri de, günümüzde çok sık rastlanılmamasına rağmen, sekonder sifilizdir. Sekonder sifilizde papüler döküntülerin dışında, püstüler döküntüler de görülebilmekte ve bunlar akneyle karışabilmektedir (11).

Histopatoloji

Akne vulgariste klinikte komedonlar görülmeden önce, histopatolojik düzeyde izlenebilen mikrokomedonlar oluşur. Bu durum, sebace follikülün infrainfundibular kanalının hafifçe genişlemesiyle bu bölgede spinöz hücrelerdeki retansiyonun artması ve altındaki granüler katmanın belirginleşmesiyle izlenir. Zamanla kanal içinde çok sayıda bakteri ve keratinden oluşan, yoğun bir kitle oluşur. Bu esnada folliküler epitelde incelme meydana gelir ve sebace bezler küçülür veya yok olur. Sonuçta klinik olarak izlenebilen komedonlar oluşur.

Kapalı komedonlar yalnız küçük bir kanalla, açık komedonlar çok geniş bir kanalla deri yüzeyine açılırlar. Kapalı komedonlar içinde birkaç, açık komedonlar içindeyse çok sayıda kıl kesiti izlenebilir (11).

Dermisten komedona doğru lenfosit göçü ve folliküler epitelde sponjiyoz gelişir. Bunu takiben birkaç gün içinde follikül içinde nötrofil infiltrasyonu başlar. Bu infiltrasyon, genişlemeye ve sonuçta epitel rüptürüne sebep olur. Böylece lenfositler, plazmositler ve yabancı cisim dev hücrelerinden oluşan perifolliküler püstül meydana gelir. Epitel rüptürü sonucunda oluşan tekrar epitelizasyonla inflamasyon tekrar sınırlandırılmaya çalışılmakta, böylece klinikte gözlenebilen sekonder komedonlar, kistler ve sinüsler oluşmaktadır (11).

Prognoz

Akne vulgaris, adolesan dönemde başlamakta ve çoğunlukla 20'li yaşlarda kaybolmaktadır. Ancak nadiren hastalık daha ileri yaştaki erkek ve kadınların bir kısmını daha etkilemeye devam edebilmektedir (11).

Tedavi

Akne vulgarisin tedavisinde topikal ve sistemik ajanların kullanımı, bunların kombinasyonu, fiziksel ve cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Komedonal akne, tipik olarak folliküler hücre adezyonunu azaltan topikal keratolitik ajanlara yanıt verir. İnflamatuvar akne de topikal ajanlar denenebilir. Bu ajanlara yanıt alınamayan durumlarda sistemik antibiyotikler kullanılabilir. Üç-altı aylık sistemik antibiyotik kullanımına yanıt alınmadığı durumlarda ise isotretinoin tedavisine geçilebilir. Nodülökistik akne de genellikle isotretinoin tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle erişkin kadın hastalarda hirsutizm, menstrual düzensizlik gibi hiperandrojenizmin diğer bulguları, akne tedavisine başlanmadan önce mutlaka irdelenmelidir. Altta bir endokrinolojik patolojinin yattığı durumlarda, söz konusu patoloji düzeltilmeden tedaviye optimal yanıt alınması mümkün olmayacaktır (23).

Topikal tedavi: Topikal ajanların, özellikle komedonal ve düşük şiddetli inflamatuvar akne tedavisinde yeri bulunmaktadır. Bu ajanların keratinizasyonu azaltıcı, keratolitik, *P. acnes*'in üremesini engelleyici ve antiinflamatuvar etkilerinden faydalanılmaktadır (4).

Salisilik asit; antiinflamatuvar ve keratolitik etkileri nedeniyle tercih edilmektedir. Retinoidlerin ise keratolitik, keratinizasyonu azaltıcı ve antiinflamatuvar etkileri vardır. Antibiyotikler grubunda yer alan klindamisin, tetrasiklin ve eritromisinin özellikle *P. acnes*'e

inhibitör etkileri vardır ve bu sayede serbest yağ asitlerinin oluşumunu önlerler. Azelaik asit, *P. acnes*'in üremesini engeller, keratin üretimini azaltır. Bu ajanın ayrıca antiinflamatuvar etkisi mevcut olup, inflamatuvar akne ve daha çok kombine tedavilerde tercih edilmektedir. Benzoil peroksit ise güçlü bir antibakteriyel ajan olup, *P. acnes* sayısını azaltıcı, antiseboreik ve keratolitik etkileri bulunmaktadır. Ayrıca bütün topikal tedavilere ek olarak temizleyici ajanlar da follikül içindeki bakteri ve lipidleri uzaklaştırarak tedaviye yardımcı olurlar (4).

Sistemik tedavi: Orta şiddetli ve şiddetli akne, topikal tedavinin yetersiz kaldığı veya irritasyona neden olduğu durumlarda sistemik tedavi tercih edilmektedir (4).

Sistemik tedavinin ilk basamağını genellikle antibiyotikler oluştururlar (4). Akne en sık kullanılan antibiyotikler tetrasiklin, doksisiklin, minosiklin, eritromisin, azitromisin, roksitromisin ve trimetoprim-sülfametoksazoldur (4,23). Sistemik antibiyotiklerin antiinflamatuvar özelliklerinin yanı sıra *P. acnes*'in hem sayısını hem de lipaz üretimini azaltıcı etkileri vardır. Kadın hastalarda akneye özellikle hirsutizm, sebore, androjenik alopesi gibi bulgular da eşlik ediyorsa, antiandrojen etkili oral kontraseptifler, siproteron asetat, spironolakton kullanılabilir. Bunlar antiandrojenik özellikleriyle sebese aktiviteyi azaltarak etki ederler. Sistemik bir retinoid olan isotretinoin, şiddetli ve tedaviye dirençli aknelerde tercih edilebilir. Bu ilaç akne vulgaris etyopatogenezinde rol oynayan tüm basamaklara etkilidir. *P. acnes*'i ve sebum üretimini azaltır, keratinizasyonu düzeltir ve antiinflamatuvar etkisi de vardır (4).

Fiziksel ve cerrahi tedavi:Bu tedaviler medikal tedaviye yardımcı olarak kullanılabilirler. Komedon ekstraksiyonu yöntemiyle komedon mekanik olarak deriden uzaklaştırılabilmektedir. Hassas nodül ve kistlerde lezyon içerisine intralezyonel kortikosteroid uygulaması yapılarak inflamasyon ve lezyon büyüklüğü hızla azaltılabilmektedir. Pürülan kist ve nodüllere drenaj uygulanabilmektedir. Fotodinamik tedavinin akne vulgaris tedavisinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Fraksiyonel 1320 nm neodymium-doped yttrium aluminium garnet (Nd: YAG) lazer ile sebum düzeylerinde, non-inflamatuvar ve inflamatuvar akne lezyonlarında azalma sağlanabilmektedir (4,23). Akne skarlarının tedavisinde variable square pulse (VSP) erbium yttrium aluminium garnet (Er: YAG) lazerin minimal risk ve yan etkiyle kullanıldığı bildirilmiştir (24). Ayrıca akne skarlarının ve akneye bağlı postinflamatuvar hiperpigmentasyonun tedavisinde hidroksi asitler de kullanılabilir (4).

HASTALIK ALGISI

İnsanlar geçirdikleri hastalıklar sonucunda o hastalıklara ait farklı deneyim ve tepkiler oluştururlar. Bunun neticesinde insanlar, hastalıklarını kişisel değerleri, inançları, bilgileri ve ihtiyaçları doğrultusunda anlamaya çalışırlar. İnsanlar, dış dünyada olup biten şeyleri öngörmek ve açıklamak için çeşitli bilişsel modeller meydana getirirler. Aynı şekilde hastalar da, akut veya kronik hastalıklarının semptomlarıyla ilişkili olarak benzer modeller oluştururlar. Bunun sonucunda kişilerin hastalıklarıyla ilgili algıları meydana gelmektedir. Bu konuda geliştirilen özdenetim teorisi, hastaların bu bilişsel modelleri kullanarak kendilerine özgü hastalıkla mücadele etme sistemlerini oluşturduklarını öne sürmektedir. Bu teoriye göre insanlar somut ve soyut kaynaklardan elde ettikleri bilgileri kullanarak hastalıklara dair çeşitli şemalar meydana getirirler. Bunun sonucunda, her hasta hastalığının semptomlarına, süresine, sonuçlarına, hastalık durumuna ve tedavinin kontrolüne dair inançlarını oluşturur. Bu inançlar doğrultusunda kişinin hastalığına dair algısı, yorumu ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu davranışsal ve duygusal tepkileri meydana gelir. Bu durum hastalıkla mücadele biçimini, psikososyal açıdan etkilenmeyi ve psikiyatrik bozukluk gelişimini belirler (25).

Hastalık, özdenetim algısı yüksek olan kişilerde daha iyi seyretmektedir. Hastalık algısının; hastalıkla mücadele, medikal tedavi kullanımı ve bu tedavilerin etkilerini değerlendirmekle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu durum, fiziksel hastalığı bulunanlarda bu hastalıkların etkin tedavisi için hastalığı nasıl algıladıklarını öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır (25).

AKNE VE RUHSAL DURUM

Deri hastalıkları, insanlarda hayat kalitesini ve benlik saygısını olumsuz etkileyebilmektedir (3). Adolesan dönemdeki kişilerin çoğu, değişen şiddetlerde akne vulgaristen etkilenmektedir (4). Bu dönemin, sosyal beceri ve özgüven gelişiminde önemli yeri vardır. Bu dönemde dış görünüş büyük önem kazanmaktadır. Yüz bölgesi akne vulgaristen sıklıkla etkilenmekte ve hastalık skar oluşturabilmektedir. Bu bölgenin, insanın vücut algısı bakımından önemi büyüktür. Bu nedenle, sosyal, duygusal ve psikolojik işlevler; düşük klinik şiddetteki hastalıktan dahi etkilenebilmektedir. Duygusal stres akne vulgarisi şiddetlendirebileceği gibi, hastalığın kendisi de psikiyatrik sorunlara sebep olmaktadır. Akne vulgaris, psoriasis ve ekzemadan daha fazla psikososyal etkilere neden olabilmektedir. Ayrıca akne vulgaris hastalarında sosyal fobi, düşük benlik saygısı, özgüvende azalma, sosyal ilişkilerde zorluklar, keyifsizlik ve ağrı gibi psikosomatik bulgular da gözlenebilmektedir.

Akne vulgarisin tedavi edilmesiyle psikiyatrik bulgularda düzelme izlenmesi de akne ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (3).

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, akne vulgaris hastalarında anksiyete ve depresyon daha sık izlenmektedir (26,27). Kellett ve Gawkrödger'in (5) yaptıkları bir çalışmada akneli hastaların %44'ünde klinik olarak önemli ölçüde anksiyete, %18'inde klinik olarak önemli ölçüde depresyon bildirilmiştir. Akne ile obsesyon ve kompulsiyonlar arasında ilişki mevcuttur. Akne ekskoriye hastalarının kompulsif etkiyle derilerini travmatize ettikleri bilinmektedir. Ayrıca akne patofizyolojisinde rol oynayan CRH ve sitokinlerin de anksiyetede rol oynadığı gösterilmiştir (27). Yapılan çalışmalarda akneli hastalarda intihar riskinin de yüksek olduğu bildirilmiştir (3). Ayrıca özellikle şiddetli aknesi ve akne skarları olan erkeklerin intihar eğilimi açısından daha yüksek risk altında olduğu da bildirilmiştir (27).

GEREÇ VE YÖNTEM

ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ

Bu çalışmanın örneklemini, Mayıs 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran akne vulgarisli 123 hasta oluşturmaktadır. Çalışma, akne vulgaris hastalarında hastalık şiddetiyle hastalık algısı bileşenleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı şekilde tasarlandı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onaylar alındı (Karar No: 05/14, Tarih: 18.03.2015, Ek-I), (Karar No: 08/11, Tarih: 29.04.2015, Ek-II). Katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onamı alındı (Ek-III).

Çalışmaya, 18-24 yaş arası, okur-yazar ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan hastalar alınmıştır. Dışlama kriterleri, akneye sebep olabilecek ilaç kullanım öyküsüne sahip olmak, akneye yol açabilecek bilinen endokrinolojik patoloji öyküsünün var olması, bilinen maligniteye sahip olmak, ek sistemik hastalık öyküsünün var olmasıdır.

DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

Tüm hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu (Ek-IV), Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu (HAÖ) (Ek-V), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) (Ek-VI) uygulandı. Hastalık şiddeti, GADS (Ek-VII) ile değerlendirildi.

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmanın amacına uygun olarak, hastanın yaşı, cinsiyeti gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra; hastalığının süresi, akne vulgarise yönelik kullandığı tedaviler, o güne kadar hiç psikiyatrik tedavi alıp almadığı sorgulandı.

Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık Algısı Ölçeği; 1996 yılında Weinmann ve ark. (28) tarafından geliştirilmiş olup 2002 yılında Moss-Morris ile ark. (29) tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması, 2007 yılında Kocaman ve ark. (25) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu (HAÖ) kullanılmıştır.

HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır:

- Hastalık tipi,
- Hastalık hakkındaki görüşler,
- Hastalık nedenleri boyutları.

Hastalık tipi boyutu: Sık rastlanan ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı gibi 14 hastalık belirtisini içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, “hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı”, daha sonra “bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği” sorulur. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek şekilde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşler boyutu: 38 maddeden oluşmuş ve kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum şeklinde beşli Likert tipi bir ölçektir. Bu boyut, yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine

olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını inceler. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını irdeler. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini inceler.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör., mikrop ya da virüs, vücut direncimin azalması), kaza veya şansır (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Zigmond ve Snaith (30) tarafından bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon yönünden risklerini belirlemek, düzeylerini ve şiddet değişimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte olup yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışması, 1997 yılında Aydemir ve ark. (31) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma sonucunda kesme puanlarını anksiyete alt ölçeği (HADS-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HADS-D) için ise 7 olarak saptamışlardır. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'nda 10240642 seri numaralı SPSS 21 istatistik programı kullanılarak yapıldı.

Örneklem sayısı, yapılan güç analizi sonucunda kabul edilebilir hata payı %5, güç aralığı %80 olarak alındığında 123 kişi olarak tespit edildi.

Ölçülebilir verilerin normal dağılıma uygunlukları tek örnek Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. Normal dağılım göstermediği için Kruskal-Wallis varyans analizi ve sonrasında ikili kıyaslamalar için Bonferroni düzeltilmiş Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Niteliksel verilerde Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler olarak median, minimum, maksimum değerleri ve aritmetik ortalama±standart sapma verildi. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı $p \leq 0,05$ olarak seçildi. Kruskal-Wallis varyans analizi sonrasında Bonferroni düzeltmesi yapılarak anlamlılık sınırı $p \leq 0,017$ olarak alındı.



BULGULAR

Çalışmaya 18-24 yaş arasında 123 gönüllü katıldı. Çalışmaya katılan 123 kişinin 94 (%76,4)'ü kadın, 29 (%23,6)'u erkekti. Çalışmaya katılan gönüllüler hastalık şiddetine göre; hafif şiddetli (n=38), orta şiddetli (n=82), şiddetli (n=3) olmak üzere üç gruba ayrıldı.

Cinsiyet bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı (p=1,000) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalık şiddetinin cinsiyete göre dağılımı

		Hastalık şiddeti			p*
		Hafif şiddetli n (%)	Orta şiddetli n (%)	Şiddetli n (%)	
Cinsiyet	Kadın	30 (%31,9)	62 (%66,0)	2 (%2,1)	1,000
	Erkek	8 (%27,6)	20 (%69,0)	1 (%3,4)	
Toplam		38 (%30,9)	82 (%66,7)	3 (%2,4)	123 (%100)

Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi, *p>0,05

Hastalık gruplarının yaş ortalamaları hafif şiddetli grup için 20,32±1,629, orta şiddetli grup için 20,09±1,672, şiddetli grup için 18,67±0,577 şeklindeydi. Yaş bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,190) (Tablo 2). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da yaş bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için p=0,424, hafif şiddetli-şiddetli için p=0,069, orta şiddetli-şiddetli için p=0,130).

Tablo 2. Hastalık şiddetinin yaşa göre dağılımı

	Yaş			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	20,32	20,09	18,67	0,190
Standart sapma	1,629	1,672	0,577	
Median	20,00	20,00	19,00	
Minimum	18	18	18	
Maksimum	24	24	19	

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p>0,05

Hastalık gruplarının hastalık süreleri ortalamaları ay olarak hafif şiddetli grup için 57,32±26,420, orta şiddetli grup için 61,54±32,576, şiddetli grup için 64,00±27,713 şeklindeydi. Hastalık süreleri bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark izlenmedi (p=0,935) (Tablo3). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da hastalık süreleri bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark belirlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için p=0,827, hafif şiddetli-şiddetli için p=0,781, orta şiddetli-şiddetli için p=0,764).

Tablo 3. Hastalık şiddetinin hastalık süresine göre dağılımı

	Hastalık süresi (ay)			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	57,32	61,54	64	0,935
Standart sapma	26,420	32,576	27,713	
Median	60,00	60,00	48,00	
Minimum	12	12	48	
Maksimum	96	144	96	

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p>0,05.

Topikal tedavi kullanma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark tespit edilmedi (p=0,693) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastalık şiddetinin topikal tedavi kullanma öyküsüne göre dağılımı

		Hastalık şiddeti			p*
		Hafif şiddetli n (%)	Orta şiddetli n (%)	Şiddetli n (%)	
Topikal tedavi kullanma öyküsü	Yok	13 (%41,9)	18 (%58,1)	0 (%0)	0,693
	Var	25 (%27,2)	64 (%69,9)	3 (%3,3)	
Toplam		38 (%30,9)	82 (%66,7)	3 (%2,4)	123 (%100)

Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi, *p>0,05

Sistemik tedavi kullanma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktu (p=0,998) (Tablo5).

Tablo 5. Hastalık şiddetinin sistemik tedavi kullanma öyküsüne göre dağılımı

		Hastalık şiddeti			p*
		Hafif şiddetli n (%)	Orta şiddetli n (%)	Şiddetli n (%)	
Sistemik tedavi kullanma öyküsü	Yok	25 (%33,8)	47 (%63,5)	2 (%2,7)	0,998
	Var	13 (%26,5)	35 (%71,4)	1 (%2,0)	
Toplam		38 (%30,9)	82 (%66,7)	3 (%2,4)	123 (%100)

Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi, *p>0,05

Psikiyatrik tedavi alma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,951) (Tablo 6).

Tablo 6. Hastalık şiddetinin psikiyatrik tedavi alma öyküsüne göre dağılımı

		Hastalık şiddeti			p*
		Hafif şiddetli n (%)	Orta şiddetli n (%)	Şiddetli n (%)	
Psikiyatrik tedavi alma öyküsü	Yok	36 (%32,4)	73 (%65,8)	2 (%1,8)	0,951
	Var	2 (%16,7)	9 (%75,0)	1 (%8,3)	
Toplam		38 (%30,9)	82 (%66,7)	3 (%2,4)	123 (%100)

Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi, *p>0,05

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık tipi boyutunun tek alt ölçeği olan hastalık tipi-kimlik alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,577) (Tablo7). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmedi

(hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,315$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,541$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,864$).

Tablo 7. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık tipi boyutunun hastalık tipi-kimlik alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık tipi boyutu, hastalık tipi-kimlik alt ölçeği			P*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	0,47	0,43	0,33	0,577
Standart sapma	1,428	0,956	0,577	
Median	0,00	0,00	0,00	
Minimum	0	0	0	
Maksimum	7	6	1	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan süre (akut/kronik) alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0,431$) (Tablo 8). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark belirlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,320$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,353$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,431$).

Tablo 8. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun süre (akut/kronik) alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, süre (akut/kronik) alt ölçeği			P*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	14,61	15,61	17,33	0,431
Standart sapma	5,390	5,074	5,686	
Median	14,50	15,50	19,00	
Minimum	6	6	11	
Maksimum	30	30	22	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan sonuçlar alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark vardı (**p=0,048**) (Tablo 9). Yapılan ikili kıyaslamalarda orta şiddetli grubun sonuçlar alt ölçek puanlarının hafif şiddetli gruba göre daha yüksek olduğu tespit edildi (**p=0,015**). Fakat diğer şiddet grupları arasında ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark yoktu (hafif şiddetli-şiddetli için p=0,800, orta şiddetli-şiddetli için p=0,566).

Tablo 9. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun sonuçlar alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, sonuçlar alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	11,71	13,72	12,33	0,048
Standart sapma	4,126	4,495	3,215	
Median	12,00	14,00	11,00	
Minimum	6	6	10	
Maksimum	25	25	16	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p≤0,05

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan kişisel kontrol alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,194) (Tablo 10). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı (hafif şiddetli-orta şiddetli için p=0,074, hafif şiddetli-şiddetli için p=0,580, orta şiddetli-şiddetli için p=0,711).

Tablo 10. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun kişisel kontrol alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, kişisel kontrol alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	22,34	21,02	20,33	0,194
Standart sapma	3,649	4,289	9,074	
Median	23,50	22,00	19,00	
Minimum	14	10	12	
Maksimum	30	32	30	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p>0,05

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan tedavi kontrolü alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,764$) (Tablo 11). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark izlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,508$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,613$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,848$).

Tablo 11. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun tedavi kontrolü alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, tedavi kontrolü alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	20,74	20,13	20,33	0,764
Standart sapma	3,011	3,406	4,163	
Median	21,00	21,00	19,00	
Minimum	12	9	17	
Maksimum	15	25	25	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p>0,05.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan hastalığı anlayabilme alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0,262$) (Tablo

12). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark tespit edilmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,100$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,801$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,867$).

Tablo 12. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun hastalığı anlayabilme alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, hastalığı anlayabilme alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	19,39	18,10	17,67	0,262
Standart sapma	3,901	4,415	5,774	
Median	20,00	19,00	21,00	
Minimum	9	6	11	
Maksimum	25	25	21	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan süre (döngüsel) alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktu ($p=0,082$) (Tablo13). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,079$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,096$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,217$).

Tablo 13. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun süre (döngüsel) alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, süre (döngüsel) alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	10,95	12,00	13,67	0,082
Standart sapma	3,084	2,776	0,577	
Median	11,00	12,00	14,00	
Minimum	4	6	13	
Maksimum	18	18	14	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan duygusal temsiller alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,375$) (Tablo 14). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,191$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,497$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,641$).

Tablo 14. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık hakkındaki görüşler boyutunun duygusal temsiller alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık hakkındaki görüşler boyutu, duygusal temsiller alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	15,61	17,00	17,67	0,375
Standart sapma	5,054	5,356	9,292	
Median	14,50	17,00	22,00	
Minimum	6	7	7	
Maksimum	26	30	24	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun alt ölçeklerinden biri olan psikolojik atflar alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0,760$) (Tablo 15). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark belirlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,523$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,651$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,729$).

Tablo 15. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun psikolojik atflar alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık nedenleri boyutu, psikolojik atflar alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	16,47	15,71	14,67	0,760
Standart sapma	4,637	4,705	6,506	
Median	17,00	15,50	15,00	
Minimum	9	9	8	
Maksimum	26	26	21	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun alt ölçeklerinden biri olan risk etkenleri alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,934$) (Tablo 16). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktu (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,740$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,801$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,914$).

Tablo 16. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun risk etkenleri alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık nedenleri boyutu, risk etkenleri alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	15,00	14,83	14,33	0,934
Standart sapma	3,549	3,890	2,082	
Median	15,00	14,00	15,00	
Minimum	7	7	12	
Maksimum	24	24	16	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun alt ölçeklerinden biri olan bağışıklık alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,992$) (Tablo 17). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadı (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,934$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,940$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,914$).

Tablo 17. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun bağışıklık alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık nedenleri boyutu, bağışıklık alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	8,11	8,18	8,33	0,992
Standart sapma	2,414	2,789	1,155	
Median	8,00	8,00	9,00	
Minimum	3	3	7	
Maksimum	13	14	9	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun alt ölçeklerinden biri olan kaza veya şans alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,587$) (Tablo 18). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark izlenmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,841$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=0,264$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,348$).

Tablo 18. Hastalık şiddetinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun hastalık nedenleri boyutunun kaza veya şans alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HAÖ, hastalık nedenleri boyutu, kaza veya şans alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	3,03	3,04	2,33	0,587
Standart sapma	1,026	1,181	0,577	
Median	3,00	2,00	2,00	
Minimum	2	2	2	
Maksimum	5	6	3	

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu.

Kruskal-Wallis varyans analizi, * $p>0,05$.

Çalışmaya katılan hastalardan HAÖ'nün sonunda, akne vulgarise neden olduğunu düşündükleri üç faktörü önem sırasına göre yazmaları istendi (Tablo 19). Birinci neden olarak; hastalar en sık (%53,6) stres ya da endişeyi, ikinci sıklıkta (%10,5) ise diyet-yemek alışkanlıklarını belirttiler. İkinci neden olarak; hastalar en sık (%20,3) diyet-yemek alışkanlıklarını, ikinci sıklıkta (%17,8) ise stres ya da endişeyi ifade ettiler. Üçüncü neden olarak; hastalar en sık (%24,3) diyet-yemek alışkanlıklarını, ikinci sıklıkta ise eşit oranda (%9,7) stres ya da endişe ile kalıtsal (ırsiyi) beyan ettiler.

Tablo 19. Hastalara göre akne vulgarise neden olan 3 faktör (önem sırasıyla)

Olası Nedenler	1.Önemli Neden		2.Önemli Neden		3.Önemli Neden	
	n	%	n	%	n	%
Stres ya da endişe	66	53,6	22	17,8	12	9,7
Kalıtısal (irisi)	9	7,3	11	8,9	12	9,7
Bir mikrop ya da virüs	7	5,6	8	6,5	7	5,6
Diyet-yemek alışkanlıkları	13	10,5	25	20,3	30	24,3
Şans ya da kötü talih	0	0	1	0,8	3	2,4
Geçmişteki kötü tıbbi bakım	2	1,6	0	0	1	0,8
Çevre kirliliği	1	0,8	10	8,1	6	4,8
Kendi davranışım	4	3,2	4	3,2	11	8,9
Benim tutumum	0	0	1	0,8	0	0
Aile problemleri	0	0	1	0,8	0	0
Aşırı çalışma	1	0,8	6	4,8	7	5,6
Duygusal durumum	2	1,6	7	5,6	7	5,6
Yaşlanma	0	0	0	0	0	0
Alkol	1	0,8	0	0	1	0,8
Sigara	1	0,8	0	0	2	1,6
Kaza ya da yaralanma	0	0	0	0	0	0
Kişilik özelliklerim	1	0,8	5	4	3	2,4
Vücut direncimin azalması	1	0,8	2	1,6	4	3,2
Cildin yağlı olması	3	2,4	5	4	0	0
Ergenlik	3	2,4	2	1,6	0	0
Olan her şeye fazla üzülmem	0	0	1	0,8	0	0
Yaşam şartları	0	0	1	0,8	1	0,8
Hormonal değişiklikler	0	0	2	1,6	1	0,8
Cilt yapısı	1	0,8	0	0	3	2,4
Uyku düzeni	0	0	1	0,8	1	0,8
Yaş	0	0	1	0,8	0	0
Sınavlar	0	0	0	0	1	0,8
Toz	1	0,8	0	0	0	0
Yüz bakımına fazla önem vermemek	1	0,8	1	0,8	1	0,8
Menstruasyon	0	0	1	0,8	0	0
Geçmişteki hastalıklar	0	0	0	0	1	0,8
Karaciğerin bir hatası	1	0,8	0	0	0	0
Ciddi bir iç hastalıktan	1	0,8	0	0	0	0
Yağ bezlerinin fazla çalışması	1	0,8	0	0	0	0
Belirtmeyen	2	1,6	5	4	8	6,5
Toplam	123	100,0	123	100,0	123	100,0

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin anksiyete (HADS-A) alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0,991$) (Tablo 20). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark tespit edilmedi (hafif şiddetli-orta şiddetli için $p=0,984$, hafif şiddetli-şiddetli için $p=1,000$, orta şiddetli-şiddetli için $p=0,848$).

Tablo 20. Hastalık şiddetinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin anksiyete alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HADS'ın anksiyete (HADS-A) alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	6,68	6,68	6,00	0,991
Standart sapma	4,250	3,576	5,292	
Median	7,00	6,50	8,00	
Minimum	0	0	0	
Maksimum	20	19	10	

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, **HADS-A:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin anksiyete alt ölçeği.

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p>0,05.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon (HADS-D) alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktu (p=0,889) (Tablo 21). Ayrıca yapılan ikili kıyaslamalarda da akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı (hafif şiddetli-orta şiddetli için p=0,618, hafif şiddetli-şiddetli için p=1,000, orta şiddetli-şiddetli için p=0,933).

Tablo 21. Hastalık şiddetinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt ölçeği puanına göre dağılımı

	HADS'ın depresyon (HADS-D) alt ölçeği			p*
	Hafif şiddetli (n=38)	Orta şiddetli (n=82)	Şiddetli (n=3)	
Ortalama	4,11	4,61	4,00	0,889
Standart sapma	3,203	3,728	1,000	
Median	4,00	4,00	4,00	
Minimum	0	0	3	
Maksimum	14	17	5	

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, **HADS-D:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt ölçeği.

Kruskal-Wallis varyans analizi, *p>0,05

Hastaların, HADS'ın anksiyete (HADS-A) alt ölçeğinden aldıkları puanların kesim noktasına göre değerlendirilmesi bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark gözlenmedi (p=1,000) (Tablo 22).

Tablo 22. Hastalık şiddetinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin anksiyete alt ölçeğinden alınan puanların kesim noktası açısından değerlendirilmesine göre dağılımı

	Hastalık şiddeti			p*
	Hafif şiddetli n (%)	Orta şiddetli n (%)	Şiddetli n (%)	
HADS-A ≤ 10	33 (%30,3)	73 (%67,0)	3 (%2,8)	1,000
HADS-A ≥ 11	5 (%35,7)	9 (%64,3)	0 (%0,0)	
Toplam	38 (%30,9)	82 (%66,7)	3 (%2,4)	123 (%100)

HADS-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin anksiyete alt ölçeği.
Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi, *p>0,05.

Hastaların, HADS'ın depresyon (HADS-D) alt ölçeğinden aldıkları puanların kesim noktasına göre değerlendirilmesi bakımından akne şiddetleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark izlenmedi (p=0,939) (Tablo 23).

Tablo 23. Hastalık şiddetinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt ölçeğinden alınan puanların kesim noktası açısından değerlendirilmesine göre dağılımı

	Hastalık şiddeti			p*
	Hafif şiddetli n (%)	Orta şiddetli n (%)	Şiddetli n (%)	
HADS-D ≤ 7	34 (%33,0)	66 (%64,1)	3 (%2,9)	0,939
HADS-D ≥ 8	4 (%20,0)	16 (%80,0)	0 (%0,0)	
Toplam	38 (%30,9)	82 (%66,7)	3 (%2,4)	123 (%100)

HADS-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt ölçeği.
Kolmogorov-Smirnov iki örnek testi, *p>0,05

Çalışmaya katılan gönüllülere ait sosyodemografik özellikler, klinik veriler ve ölçek sonuçları CD'de sunulmuştur (Ek-VIII).

TARTIŞMA

Akne vulgaris, özellikle adolesan dönemde görülen kronik bir pilosebase birim dermatozudur. Sıklıkla yüz, göğüs ve sırtı etkilemekte, inflamatuvar ve non-inflamatuvar lezyonlarla seyretmektedir (1). Hastalıkta komedon, papül, püstül, nodül ve nadiren skar gibi lezyonlar görülmektedir (2).

Akne vulgarisin etyopatogenezi multifaktöryeldir. Anormal folliküler farklılaşma ve artmış duktal kornifikasyon, anormal sebase bez aktivitesi, pilosebase ünitenin *P. acnes* gibi mikroorganizmalarla kolonizasyonu ve inflamasyon akne vulgarisin patogenezinde suçlanan başlıca faktörlerdir (2).

Puberte kadınlarda erkeklere göre daha erken başladığından, hastalık kadınlarda daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (4). Erdemir ve ark. (32), 150 akne vulgarisli hasta ile yaptıkları bir çalışmada cinsiyet bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık belirlemedişlerdir. Yarpuz ve ark. (33), 83 akne vulgarisli hasta ile gerçekleştirdikleri diğer bir çalışmada cinsiyet bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık yine tespit etmemişlerdir. Aktan ve ark. (8), 2657 lise öğrencisini kapsayan bir çalışmalarında orta şiddetli, şiddetli ve çok şiddetli aknenin erkeklerde kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Hayta ve ark. (34) ise 171 akne vulgarisli hasta ile yaptıkları bir çalışmada erkeklerde şiddetli aknenin, kadınlarda ise hafif aknenin daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Bizim çalışmamızda cinsiyet bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark yoktu.

Akne vulgaris, adolesan dönemdeki kişilerin çoğunu değişen şiddetlerde etkilemektedir. Hastalığın insidansı 20'li yaşlarda giderek azalmaktadır (4). Yarpuz ve ark.

(33), 83 akne vulgarisli hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada akne şiddetinin yaşla birlikte azaldığını gözlemlemişlerdir. Hayta ve ark. (34), 171 akne vulgarisli hastayı kapsayan bir çalışmalarında yaş bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık izlememişlerdir. Bizim çalışmamızda da yaş bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark belirlenmedi.

Akne vulgaris adolesan ve erişkin dönemin yanı sıra, bebeklerde, çocuklarda ve daha ileri yaşlarda da izlenebilmektedir (4). Yarpuz ve ark. (33), 83 akne vulgarisli hasta ile yaptıkları bir çalışmada akne şiddeti ve hastalık süresi arasındaki korelasyonu değerlendirmiş ve herhangi bir ilişki tespit etmemişlerdir. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde hastalık süreleri bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark yoktu.

Akne vulgarisin tedavisinde topikal ve sistemik ajanların kullanımı, bunların kombinasyonu, fiziksel ve cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır (23). Çalışmamızda topikal tedavi kullanma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Aynı şekilde çalışmamızda sistemik tedavi kullanma öyküsü bakımından da akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Deri hastalıklarının, insanlarda hayat kalitesi ve benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olabilmektedir (3). Adolesan dönemdeki kişilerin çoğu, akne vulgaristen çeşitli şiddetlerde etkilenmektedir (4). Bu dönem, sosyal beceri ve özgüven gelişiminde oldukça önemli bir yer tutar. Dış görünüşün önemi bu dönemde artmaktadır. Yüz bölgesi akne vulgaristen sıklıkla etkilenmekte ve hastalık skara yol açabilmektedir. Bu bölgenin, insanın vücut algısındaki önemi büyüktür. Bu nedenle, düşük klinik şiddette dahi hastalık; sosyal, duygusal ve psikolojik işlevleri etkileyebilmektedir. Duygusal stres akne vulgariste şiddetlenmeye sebep olabileceği gibi, hastalığın kendisi de psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır. Akne vulgaris, psoriasis ve ekzemadan daha fazla psikososyal etkilere yol açabilmektedir. Ayrıca akne vulgaris hastalarında sosyal fobi, düşük benlik saygısı, sosyal ilişkilerde zorluklar, özgüvende azalma, keyifsizlik ve ağrı gibi psikosomatik bulgular da gözlenebilmektedir (3). Kellett ve Gawkrödger (5), 34 akneli hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada hastaların %18'inde klinik olarak önemli ölçüde depresyon, %44'ünde klinik olarak önemli ölçüde anksiyete izlemişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların %11'i anksiyete açısından, %16'sı depresyon açısından risk altında olarak belirlendi.

Yapılan çalışmalarda akneli hastalarda intihar riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akne vulgarisin tedavi edilmesiyle psikiyatrik bulgularda düzelme izlenmesi de akne ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (3). Çalışmamızda

psikiyatrik tedavi alma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Literatürde akne şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, akne şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptanamayan çalışmalar da bulunmaktadır (26). Yarpuz ve ark. (33), 83 akne vulgarisli hastayı kapsayan bir çalışmalarında akne şiddeti ile psikolojik semptomlar arasında ilişki bildirmemişlerdir. Golchai ve ark. (26), 82 akne vulgarisli hasta ile yaptıkları bir çalışmada anksiyete ve depresyon şiddeti ile akne şiddeti arasında ilişki saptamamışlardır. Yazıcı ve ark. (35), 61 akne vulgarisli hasta ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada akne şiddeti ile HADS-A ve HADS-D skorları arasında ilişki bulamamışlardır. Rehn ve ark. (36), 165 akneli hastayı kapsayan bir çalışmalarında fasiyal akne şiddeti ile depresif semptomlar arasında ilişki gözlemlememişlerdir. Aktan ve ark. (A8), 2657 lise öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada akne şiddeti ile HADS-A ve HADS-D skorları arasında ilişki belirlememişlerdir. Kilkenny ve ark. (37), 2491 öğrenci ile gerçekleştirdikleri ve akne şiddetini hasta anamnezlerine dayanarak belirledikleri bir çalışmada hastalık şiddeti ile psikiyatrik semptomlar arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Erdemir ve ark. (32), 150 akne vulgarisli hastayı kapsayan bir çalışmalarında hastaların belirttiği subjektif akne şiddetiyle HADS-A ve HADS-D skorları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon düzeyleri bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ayrıca anksiyete ve depresyon için risk altında olan ve olmayan hastaların akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark yoktu.

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıkları zaman, sıklıkla kendi durumlarıyla ilgili çeşitli inanışlar oluştururlar. Bu inanışlar, hastalığın yönetiminde takip edilecek davranış biçiminin en önemli unsurlarını meydana getirirler. Hastaların, hastalıklarıyla ilgili algı ve düşünceleri, tedaviye yanıtta da rolü olabilecek önemli faktörlerdir. Bu algı veya bilişsel süreçler, kişinin hastalığına verdiği duygusal cevap ve tedaviye uyumu direkt olarak etkiler. Kronik hastalıklar, özellikle son yıllarda, ölüm oranını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hastaların hastalıklarına yönelik algılarının olumlu yönde değiştirilmesi; hastalığın sebep olduğu olumsuz duygudurumlarla başa çıkabilmelerini, kendilerini yönetebilmelerini ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmelerini sağlar (6).

Çalışmamızda HAÖ'nün hastalık tipi boyutunun tek alt ölçeği olan hastalık tipi-kimlik alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ayrıca

çalışmamızda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden olan süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt ölçekleri puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark gözlenmedi. Yine çalışmamızda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan sonuçlar alt ölçeği puanları; orta şiddetli grupta hafif şiddetli gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. Diğer akne şiddet grupları arasında (hafif şiddetli-şiddetli, orta şiddetli-şiddetli) sonuçlar alt ölçeği puanları bakımından anlamlı bir fark izlenmedi. Bu durum bize akne şiddetinin artmasıyla, hastada fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğin olumsuz etkilenebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun alt ölçekleri olan kaza veya şans, psikolojik atıflar, risk etkenleri ve bağışıklık alt ölçekleri puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark belirlenmedi.

Duygusal stres akne vulgarisin klinik şiddetini artırabilmektedir (3). Bizim çalışmamızda da hastaların çoğu hastalıklarına sebep olabilecek en önemli faktör olarak stres ya da endişeyi belirttiler.

Sonuç olarak; akne vulgaris, sadece bir deri hastalığı olarak düşünülmemeli; hastalık algısı, anksiyete bozukluğu, depresyon ve eşlik edebilecek diğer psikiyatrik durumlar da incelenmelidir. Hastalar; hastalığın sebep olabileceği duygudurum bozukluğu, endişe ve stres ile başa çıkabilmeleri için, psikiyatrik destek gerekliliği açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

SONUÇLAR

Çalışmamızda akne vulgaris hastalarında hastalık şiddetiyle hastalık algısı bileşenleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

1. Cinsiyet bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.
2. Yaş bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark yoktu.
3. Hastalık süreleri bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı.
4. Topikal tedavi kullanma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.
5. Sistemik tedavi kullanma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.
6. Psikiyatrik tedavi alma öyküsü bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark izlenmedi.
7. Anksiyete ve depresyon düzeyleri bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark belirlenmedi.
8. Anksiyete ve depresyon için risk altında olan ve olmayan hastaların akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.
9. HAÖ'nün hastalık tipi boyutunun tek alt ölçeği olan hastalık tipi-kimlik alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark yoktu.
10. HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden olan süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt ölçekleri puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

11. HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan sonuçlar alt ölçeği puanları orta şiddetli grupta hafif şiddetli gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti, diğer şiddet grupları arasında (hafif şiddetli-şiddetli, orta şiddetli-şiddetli) sonuçlar alt ölçeği puanları bakımından anlamlı bir fark bulunmadı.
12. HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun alt ölçekleri olan kaza veya şans, psikolojik atıflar, risk etkenleri ve bağışıklık alt ölçekleri puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.



ÖZET

Akneli hastalarda düşük benlik saygısı, özgüvende azalma, sosyal fobi, sosyal ilişkilerde zorluklar, keyifsizlik ve ağrı gibi psikosomatik bulgular, anksiyete ve depresyon prevalansında artma meydana gelmektedir.

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran akne vulgarisli hastaların, hastalık şiddetiyle hastalık algısı bileşenleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı. Çalışmaya, yaşları 18-24 arasında değişen 94'ü kadın, 29'u erkek 123 akne vulgarisli hasta dahil edildi. Tüm hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu, Hastalık Algısı Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formu (HAÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) uygulandı. Hastalık şiddeti, Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS) ile değerlendirildi.

Ölçek sonuçlarına göre; HAÖ'nün hastalık tipi boyutunun tek alt ölçeği olan hastalık tipi-kimlik alt ölçeği puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark izlenmedi. HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden olan süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt ölçekleri puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark belirlenmedi. HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinden biri olan sonuçlar alt ölçeği puanları orta şiddetli grupta hafif şiddetli gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti, diğer şiddet grupları arasında (hafif şiddetli-şiddetli, orta şiddetli-şiddetli) sonuçlar alt ölçeği puanları bakımından anlamlı bir fark tespit edilmedi. HAÖ'nün hastalık nedenleri boyutunun alt ölçekleri olan kaza veya şans, psikolojik atıflar, risk etkenleri ve bağışıklık alt ölçekleri puanları bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Anksiyete ve depresyon

düzeyleri bakımından akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ayrıca anksiyete ve depresyon için risk altında olan ve olmayan hastaların akne şiddetleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuç olarak; akne vulgaris, sadece bir deri hastalığı olarak düşünülmemeli; hastalık algısı, anksiyete bozukluğu, depresyon ve eşlik edebilecek diğer psikiyatrik durumlar da incelenmelidir. Hastalar; hastalığın sebep olabileceği duygudurum bozukluğu, endişe ve stres ile başa çıkabilmeleri için, psikiyatrik destek gerekliliği açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Akne vulgaris; algı; anksiyete; depresyon.



RELATIONSHIP BETWEEN ILLNESS PERCEPTION AND DISEASE SEVERITY IN ACNE VULGARIS

SUMMARY

Patients with acne experience low self-esteem, social phobia, difficulties in social relationships, psychosomatic symptoms such as malaise and pain, anxiety and depression.

In our study, we aimed to examine the relationship between disease severity and illness perception components, depression and anxiety levels of the patients with acne vulgaris who applied to Trakya University Medical School Skin and Venereal Diseases Clinic. 123 patients with acne vulgaris, 94 of which are female and 29 are male, their age varying between 18-24, were included in the study. Sociodemographic and clinical data form, The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were applied to all patients. Disease severity was evaluated by using Global Acne Grading System (GAGS).

According to the scaling results; there was no significant difference found between acne severities in terms of identity subscale points, being the only subscale of the illness identity section of IPQ-R. According to the timeline (acute/chronic), personal control, treatment control, illness coherence, timeline (cyclical) and emotional representation subscale scores, which are subscales of the illness perception section of IPQ-R, no significant difference was found between acne severities. Consequences subscale scores, one of the subscales of illness perception section of IPQ-R, were found significantly higher in moderate severity group than mild severity group. Consequences subscale scores did not show any significant difference between the other severity groups (mild severity group-severe group, moderate

severity group-severe group). According to accident or chance, psychological attributions, risk factors and immunity subscale scores, which are the subscales of the causes section of IPQ-R, there was no significant difference between acne severities. We did not find any significant difference between acne severities in terms of anxiety and depression levels. Moreover, no significant difference was found between acne severities in patients with and without the risk of developing anxiety or depression.

In conclusion, acne vulgaris, should not be considered only as a skin disease; also illness perception, anxiety disorder, depression and potential accompanying psychiatric conditions should be questioned as well. Patients should be evaluated carefully in terms of need for psychiatric support to help them cope with mood disorders, anxiety and stress caused by the disease.

Key word: Acne vulgaris; perception; anxiety; depression.

KAYNAKLAR

1. Koçak M. Akne skarlarında girişimsel tedavi seçenekleri. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics 2015;8(3):52-64.
2. Ekiz Ö, Balta İ. Akne vulgaris ve akne rozase: Etyopatogeneizde güncel bilgiler. J Clin Anal Med 2014:226-30.
3. Ermertcan AT. Akne ve yaşam kalitesi. Dermatose 2007(2):91-7.
4. Saçar T, Saçar H. Akne vulgaris. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010;8(2)126-30.
5. Kellett SC, Gawkrödker DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. Br J Dermatol 1999;140:273-82.
6. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısı etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlimi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 2013;(2):367-87.
7. Rademaker M, Garioch JJ, Simpson NB. Acne in schoolchildren: no longer a concern for dermatologists. Br Med J 1989;298:1217-9.
8. Aktan S, Özmen E, Şanlı B. Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. Int J Dermatol 2000;39(5):354-7.
9. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. J Am Acad Dermatol 1999;41(4):577-80.
10. Ertaş R, Ferahbaş A. Akne etiyopatogenezine güncel yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2011;21(3):152-8.
11. Acar MA, Günaştı S, Aksungur VL. Akne vulgaris ve kadınlarda postadolesan akne. Acar MA, Aksungur VL (Editörler). Dermatoloji'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008:1189-205.

12. Altunay İK, Küçükünal NA. Akne predispozan faktörler. *Turkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics* 2015;8(3):24-7.
13. Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol* 2015;172(S1):3-12.
14. Öğretmen Z. Beslenme ve akne. *Turkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics* 2015;8(3):18-23.
15. Cordain L, Lindeberg S, Hurtado M, Hill K, Eaton SB, Brand-Miller J. Acne vulgaris: a disease of Western civilization. *Arch Dermatol* 2002;138(12):1584-90.
16. Soyuduru G. Akne vulgariste isotretinoin tedavisinin insülin direnci ve adipositokin düzeyi üzerine olan etkisi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
17. Erkin G, Boztepe G. Akne vulgaris. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35(4):207-11.
18. Kaminer MS, Gilchrist BA. The many faces of acne. *J Am Acad Dermatol* 1995;32(5):6-14.
19. Khanna N, Gupta SD. Acneiform eruptions after facial beauty treatment. *Int J Dermatol* 1999;38(3):196-9.
20. Schäfer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol* 2001;145(1):100-4.
21. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol* 1997;36(6):416-8.
22. Korkmaz S, Fıçıcıoğlu S, Pişkin S. Akne laboratuvar bulguları. *Turkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics* 2015;8(3):65-9.
23. Mıstık S, Ferahbaş A. Aile hekimliğinde akne vulgaris tedavisine yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg* 2005;9(2):71-8.
24. Wanitphakdeedecha R, Manuskiatti W, Siriphukpong S, Chen TM. Treatment of punched-out atrophic and rolling acne scars in skin phototypes III, IV, and V with variable square pulse erbium: yttrium-aluminum-garnet laser resurfacing. *Dermatol Surg* 2009;35(9):1376-83.
25. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:271-80.
26. Golchai J, khani SH, Heidarzadeh A, Eshkevari SS, Alizade N, Eftekhari H. Comparison of anxiety and depression in patients with acne vulgaris and healthy individuals. *Indian J Dermatol* 2010;55(4):352-4.
27. Bakım B. Aknenin psikososyal etkileri ve psikolojik destek tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics* 2015;8(3):70-4.

28. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11(3):431-45.
29. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002;17(1):1-16.
30. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
31. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 1997;8:280-7.
32. Erdemir AV, Bağcı SI, İnan EY, Turan E. Akne vulgarisli hastalarda sosyal görünüş kaygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2013;14(1):35-9.
33. Yarpuz AY, Saadet ED, Şanlı HE, Özgüven HD. Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Turk Psikiyatri Derg* 2008;19:29-37.
34. Hayta SB, Yavuz GÖ, Kıncır MF. Akneli hastalarda akne şiddeti ve depresyon ilişkisi. *Cumhuriyet Med J* 2011;33(4):430-4.
35. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 8(4):435-9.
36. Rehn LMH, Meririnne E, Höök-Nikanne J, Isometsä E, Henriksson M. Depressive symptoms, suicidal ideation and acne: a study of male Finnish conscripts. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22(5):561-7.
37. Kilkenny M, Stathakis V, Hibbert ME, Patton G, Caust J, Bowes G. Acne in Victorian adolescents: associations with age, gender, puberty and psychiatric symptoms. *J Paediatr Child Health* 1997;33(5):430-3.

EKLER



Ek I

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/45	
	PROTOKOL ADI	Akne Vulgarisde Hastalık Algısı ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNİVANI / ADI	Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/14	Tarih: 18.03.2015	
	Fakültemiz Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mehmet Suphi ÇİNPOLAT'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVİER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rügül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Bakı KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan

Ek II

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/45	
	PROTOKOL ADI	Akne Vulgarisde Hastalık Algısı ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişki	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Süleyman PIŞKİN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 08/11		
	Tarih: 29.04.2015		
Fakültemiz Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Süleyman PIŞKİN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mehmet Suphi ÇINPOLAT'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın sorumlusunun Yrd. Doç. Dr. Selma KORKMAZ olarak değiştirilmesinin uygun bulunduğuna mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli!
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli!
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli!
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli!
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli!
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli!
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Bakı KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan

Ek III

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.03.2015 tarih ve 05/14 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Akne vulgarisinde hastalık algısı ve hastalık şiddeti arasındaki ilişki.
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Sivilce hastalarında hastalıklarının şiddeti ile hastalık algıları arasındaki ilişki.
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Yrd. Doç. Dr. Selma Korkmaz, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.
- **Araştırmanın amacı:** Araştırmamızda akne vulgarisinde hastalık algısı ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmaktadır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Tez çalışması.
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** 23 Mart 2015-9 ay 1 hafta.
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**123.
- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:** Herhangi bir müdahale yoktur. Gönüllüler Hastalık Algısı Ölçeği'nin yenilenmiş formunu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni dolduracaktır.
- **Araştırmanın deneysel kısımları:** Yoktur.
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:**Yoktur.
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:** 15-24 yaş arası akne vulgaris tanısı almış hastalar.
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:**Yoktur.

- **Gönüllünün sorumlulukları:** Çalışma için gerekli bilgilerin doğru aktarılması ve çalışma protokolüne uygun hareket edilmesi.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Herhangi bir risk yoktur.
- **Risklere karşı alınan önlemler:**Risk yoktur.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:**Alternatif bir yöntem uygulanmayacaktır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Hayır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Hayır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:**Gönüllünün vazgeçmesi.
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?**Hayır.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:** Araş. Gör. Dr. Mehmet Suphi Çinpolat, 0555 533 83 48.
- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal elde edilmeyecektir.
- **Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:**

“.....(Araştırmanın açık adı)” araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar, vb...);

Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.

İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.

Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediyimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- **Gönüllünün; (El yazısı ile)**

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- **Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)**

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- **Açıklamaları yapan araştırmacının**

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

1-AD:

2-SOYAD:

3-YAŞ:

4-CİNSİYET:

K () E ()

5-BUGÜNE KADAR HİÇ PSİKİYATRİK TEDAVİ ALDINIZ MI?

EVET () HAYIR ()

6-HASTALIK SÜRESİ:

7-SİVİLCE HASTALIĞI İÇİN HANGİ TEDAVİLERİ ALDINIZ?

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım

Bu belirti hastalığımla ilgili

Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımın etkileyemez					
16. Hastalığımın etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur.

Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Armay, Z.. (2006). Reliability and Validity Study of the Turkish version of Illness Perception Questionnaire-R. Istanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Unpublished Masters Thesis. Istanbul.

Contact: zeyneparmay@psikiyatriktip.com

Tel: +902122740444

Fax: +902122740444

Ek VI

HADS

Hasta Adı, Soyadı:

Protokol no:

Tarih:

Bu anket sizl daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddede okuyun ve son birkaç gününüzü gözönünde 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 hala 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) Gülebilirim ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

5) Akıldan 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

Ek VII

İsim:

Tarih:

Global Akne Derecelendirme Sistemi

Lokalizasyon	Katsayı		Derece		Lokal skor
1- Aln	2	X		=	
2- Sağ yanak	2	X		=	
3- Sol yanak	2	X		=	
4- Burun	1	X		=	
5- Çene	1	X		=	
6- Göğüs ve sırt üst kısmı	3	X		=	

Global skor :

Akne şiddeti:

Lezyon	Derece
Yok	0
Komedon (bir veya daha fazla)	1
Papül (bir veya daha fazla)	2
Püstül (bir veya daha fazla)	3
Nodül (bir veya daha fazla)	4

Global skor	Akne şiddeti
1-18	Hafif
19-30	Orta
31-38	Şiddetli
>39	Çok şiddetli

EK VIII

