



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN AKNE
VULGARİS TANILI BİREYLERİN AİLE HEKİMLİĞİ
BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MELTEM DÜZAYAK

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ FERİT KAYA

DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA İNAN DOĞAN

ADYAMAN-2022



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN AKNE
VULGARİS TANILI BİREYLERİN AİLE HEKİMLİĞİ
BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MELTEM DÜZAYAK

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ FERİT KAYA

DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA İNAN DOĞAN

ADYAMAN-2022

ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Ferit KAYA danışmanlığında Dr. Meltem DÜZAYAK tarafından yapılan “*Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akne Vulgaris Tanılı Bireylerin Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi*” başlıklı tez çalışması/...../2022 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından **Aile Hekimliği** Anabilim Dalında **TIPTA UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN.....: Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
(İmza)

ÜYE.....: Doç. Dr. Burkay YAKAR
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
(İmza)

ÜYE.....: Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
(İmza)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../2022

Prof. Dr. Mehmet TURGUT
Adıyaman Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekan V.

TEŞEKKÜR

Bilgi, tecrübe ve değerli görüşlerini benimle paylaşan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ferit KAYA'ya,

Tez sürecinde bana yol gösteren ve desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Muhammed Kürşad Uçar ve Kübra Uçar'a,

Çıktığım bu yolda beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, hayallerimi devam ettirmem için her zaman yanımda olan annem, babam ve eşime sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. AKNE.....	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Tarihçe ve Epidemiyoloji.....	2
2.1.3. EtyopatogeneZ	2
2.1.4. Klinik Özellikler.....	3
2.1.5. Akne Hastalık Şiddet Skorlaması.....	4
2.1.6. Ayırıcı Tanı	4
2.1.7. Tedavi.....	5
2.1.8. Akne Vulgaris ile Psikiyatrik Belirtiler/Bozukluklar İlişkisi.....	9
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ.....	12
2.2.1. Aile Hekimliği Tanımı	12
2.2.2. Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	13
2.2.3. Aile Hekimliğinin İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikler	13

2.2.4. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	15
2.2.6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları	16
2.2.7. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamaları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. HASTALARIN TOPLANMASI VE VERİ KAYITLARI.....	18
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	19
3.3. VERİLERİN ANALİZİ	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇLAR	38
7. KAYNAKLAR	40
8. EKLER.....	49
EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	49
EK 2: AİLE HEKİMLİĞİ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	50
EK 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	52
EK 4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	53
EK 5: ETİK KURUL ONAYI.....	54

KISALTMALAR

AAD	: Amerikan Dermatoloji Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHUY	: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AV	: Akne vulgaris
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
FDA	: Food and Drug Administration
GADS	: Global Akne Derecelendirme Sistemi
HDÖ	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HSA-2	: Hasta Sağlık Anketi-2
KOK	: Kombine oral kontraseptifler
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
P. acnes	: Propionibacterium acnes
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TUT	: Tıpta Uzmanlık Tüzüğü
VKI	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Örgütü-World Organization of Family Doctors

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: WONCA ağacı (71)	14
Şekil 2: AV nedeniyle ilk başvurulmuş sağlık kuruluşlarının dağılımı	22
Şekil 3: Aile hekimine en sık başvuru nedenlerinin dağılımı	24



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri.....	20
Tablo 2: Katılımcıların AV için önceden aldıkları tedavi türleri	20
Tablo 3: Bireylerin AV için aile hikayesi durumu.....	21
Tablo 4: Bireylerin GADS skoru (akne şiddeti) durumları.....	21
Tablo 5: Bireylerin akne vulgaris şikayetinden müzdarip oldukları süre	21
Tablo 6: Bireylerin akne vulgaris nedeniyle ASM başvurularının değerlendirilmesi	22
Tablo 7: “Aile Hekimliği Uzmanı” tanımının bilinirliğinin değerlendirilmesi	23
Tablo 8: Bireylerin ASM’ye gitme sıklıklarının değerlendirilmesi	23
Tablo 9: ASM’lerdeki eksikliklerin ve aile hekiminin verdiği hizmetin katılımcılar tarafından değerlendirilmesi.....	25
Tablo 10: Bireylerin depresyon, anksiyete puan ve düzeylerinin değerlendirilmesi .	25
Tablo 11: Bireylerin demografik özelliklerine göre aile hekimine başvuru durumunun değerlendirilmesi.....	26
Tablo 12: Bireylerin akne vulgaris için daha önce akne tedavisi alma ve tedavi türlerine göre aile hekimine başvuru durumları	27
Tablo 13: Bireylerin aile öyküsüne aile hekimine başvuru durumlarının dağılımı ...	27
Tablo 14: Bireylerin hastalık süresine göre aile hekimine başvuru durumları	28
Tablo 15: Bireylerin akne şiddetine göre aile hekimine başvuru durumları	28
Tablo 16: Bireylerin eğitim durumlarına göre aile hekimine başvuru durumları	28
Tablo 17: Bireylerin depresyon ve anksiyete durumlarının cinsiyete göre değerlendirilmesi.....	29
Tablo 18: Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin akne şiddetine göre değerlendirilmesi.....	30
Tablo 19: Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin aile hekimine başvuru durumuna göre dağılımı	30
Tablo 20: Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk başvurdıkları sağlık kuruluşuna göre dağılımı.....	31

ÖZET

Dermatoloji polikliniğine başvuran akne vulgaris tanılı bireylerin aile hekimliği başvurularının değerlendirilmesi

Dr. Meltem DÜZAYAK. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Genç nüfusun yaklaşık %85'ini etkileyen Akne Vulgaris (AV), sıklıkla yüz, göğüs, üst sırt, omuz bölgelerinde görülebilen, multifaktöryel bir hastalıktır. Stres ile akne daha şiddetli hale gelebildiği gibi, akne bazı psikiyatrik sorunlara zemin hazırlayabilmektedir. Bu çalışma, Adıyaman ilinde bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniklerine başvuran AV'li bireylerde AV ile depresyon ve anksiyete durumları arasındaki ilişkileri incelemek, bireylerin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamız prospektif ve kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. 01.08.2021-01.01.2022 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üstü AV tanılı 205 hasta çalışmaya dahil edildi. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket program kullanıldı.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $21,5 \pm 3,5$ (18-36) yıldır. Katılımcıların %76,1'i kadın, %96,1'i lise ve üstü eğitim seviyesindeydi. Bireylerin %52,2'sinde orta şiddette AV tespit edildi ve katılımcıların %74,1'inin daha önce akne tedavisi aldığı, %61,5'inde ise soygeçmişlerinde akne hikayesinin olduğu tespit edildi. AV için aile hekimine başvurma durumu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, vücut kitle indeksi (VKİ), akne süresi ve akne şiddeti arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). AV için ilk başvurulmuş sağlık kuruluşunun türüne göre depresyon, anksiyete durumları arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Akne Vulgaris, Anksiyete, Depresyon

SUMMARY

Evaluation of family medicine applications of individuals with acne vulgaris who applied to the dermatology outpatient clinic

Dr. Meltem DÜZAYAK. Department of Family Medicine, Medical Speciality Thesis

Acne Vulgaris (AV), which affects approximately 85% of the young population, is a multifactorial disease that can often be seen on the face, chest, upper back, and shoulder regions. As acne can become more severe with stress, acne can pave the way for some psychiatric problems. This study was carried out to examine the relationship between AV and depression and anxiety in individuals with AV who applied to the dermatology outpatient clinics of a tertiary health institution in Adıyaman and to determine the knowledge level of individuals about the family medicine system.

Our study is a prospective and cross-sectional survey study. Between 01.08.2021 and 01.01.2022, 205 patients over the age of 18 with a diagnosis of AV who applied to the Adıyaman Training and Research Hospital Dermatology outpatient clinic were included in the study. SPSS 21.0 package program was used in the analysis of the data.

The mean age of the participants in the study was 21.5 ± 3.5 (18-36) years. 76.1% of the participants were women, 96.1% were at high school or higher education level. It was detected moderate AV in 52.2% of the individuals, 74.1% had previous acne treatment, and 61.5% had a family history of acne. There was no significant difference between applying to the family physician for AV and age, gender, educational status, BMI variables, acne duration and acne severity ($p > 0.05$). There was no significant difference between depression and anxiety states according to the type of health institution first applied for AV ($p > 0.05$).

Keywords: Family Medicine, Acne Vulgaris, Anxiety, Depression

1. GİRİŞ

Akne vulgaris (AV), pilosebase ünitenin multifaktöryel bir hastalığı olup genç nüfusun yaklaşık %85'ini etkilemektedir. En çok adölesan dönemde görülmekle beraber her yaşta karşımıza çıkmaktadır. AV; papül, püstül, nodül, komedon, kist gibi çeşitli lezyonlarla karakterize olup sıklıkla yüz, göğüs, üst sırt, omuz bölgelerinde görülür (1,2).

AV oluşumu birçok durumdan etkilenmektedir. Bunlardan biri emosyonel stres olup psikojenik faktörlerin akne patogenezindeki yeri ile ilgili teoriler ve aknenin hastanın duygusal durumunu ne kadar etkileyeceği hâlâ araştırma konusudur. Stres akneyi alevlendirebildiği gibi, aknenin sonucu olarak psikiyatrik sorunlar da yaşanabilmektedir (3). Akneyle ilişkili olarak bildirilen psikiyatrik sorunlar; kişinin genel iyilik halinde ve benlik saygısında azalma, beden algısında bozulma, utanma, reddedilme korkusu, sosyal içe kapanma, öfke, aile ilişkilerinde problemler, anksiyete bozuklukları ve depresyondur. Ancak akneli hastalarda psikolojik belirtilerin gözlenebilir klinik düzeyin altında olduğunu bildiren çalışmalar vardır (4,5).

Deri patolojileri toplumun yaklaşık üçte birini etkileyebilmektedir. Bu hastaların da %10-73'ü birinci basamak sağlık kuruluşlarına (aile hekimliği) başvurmaktadır. Bu oran bölgelere, ülkelere, başvuran hastanın yaş grubuna bağlı olarak değişmektedir. Deri hastalıkları, mortalitesi düşük ancak toplumda sık görülen, morbiditesi yüksek olan hastalıklardır. Deri hastalıklarının uzun sürmesi hastalık yükünü daha da artırmaktadır. Çevresel faktörlere maruziyet ile artan risk faktörleri nedeniyle deri hastalıkları görülme sıklıklarının artması birinci basamak aile hekimliğinin önemini artırmaktadır (6,7). AV, egzamadan sonra en uzun süre devam eden deri hastalığı olarak kabul edilmektedir (8).

Bu araştırma Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniklerine başvuran AV'li 205 bireyin; AV ile depresyon, anksiyete durumları arasındaki ilişkileri incelemek, AV nedeniyle sağlık hizmeti alma durumlarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AKNE

2.1.1. Tanım

AV, yağ bezlerinin inflamasyonu ve folikül keratinizasyon değişiklikleri ile karakterize oldukça yaygın görülen bir cilt hastalığıdır. Genellikle yüz, göğüs ve sırt gibi seboreik alanlarda görülür ve komedon, püstül, papül ve nodüller bu hastalığa eşlik edebilir (1).

2.1.2. Tarihçe ve Epidemiyoloji

Altıncı yüzyılda Aetius Amidenus “akne” terimini ilk kez kullanmıştır. Yunanca’dan Latince’ye yapılan çeviri sonrasında, bu kavramın anlamı hususunda tartışmalar olmuştur. Kelimenin orijinali Yunanca zirve demek olup, tepe anlamında kullanılan “acme” kelimesinden köken aldığı düşünülmektedir. Tarih boyunca değişerek “akne” şeklinde günümüze geldiği tahmin edilmektedir (9). Akne ergenlerin yaklaşık %85’ini etkiler, ancak yetişkinliğe kadar devam edebilir ve klinik özellikler hastaların %10-20’sinde orta düzeyden şiddetli düzeye kadar seyredebilir (2). AV, dünya nüfusunun %9,4’ünü etkileyen en yaygın sekizinci hastalıktır (10). Yenidoğan, çocukluk çağı, prepubertal dönem ve yetişkinlerde görülebilmekle beraber en yaygın olarak adolesan (ergenlik) dönemde görülmektedir (11). Her iki cinsten eşit sıklıkta görülür ve ortalama görülme yaşı erkeklerde 17-18, kadınlarda 16-17’dir. Bu yaşlardan sonra AV sıklığında azalma görülür (12).

2.1.3. Etyopatogenezi

En sık görülen deri hastalığı olan akne, pilosebace ünitenin bir bozukluğu olup patogenezi multifaktöriyeldir. Genetik yatkınlığın yanı sıra, diğer majör faktörler arasında stres, androjenlerin etkisi, sebositlerdeki peroksizom proliferatörü ile aktive olan reseptörlerin ligandları olarak hareket eden proinflamatuvar lipidler, keratinositler üzerinde etkili olan toll-like reseptör-2, sitokinler, kemokinler, diğer pro-inflamatuvar moleküller, nöroendokrin düzenleyici mekanizmalar ve diyet bulunmaktadır (13). AV klinik bulgularının oluşumunda rol oynadığı düşünülen olaylar dört grupta toplanmaktadır. Bunlar; foliküler hiperkeratinizasyon, sebum salgısının artması, inflamasyon ve P. acnes kolonizasyonudur (14).

2.1.4. Klinik Özellikler

Akne olgularının %99'unu oluşturan AV; en çok yüz, üst sırt, göğüs ve boyun gibi seboreik bölgelerde görülen inflamatuvar seyirli kronik bir hastalıktır (15). AV'nin klinik belirtileri primer ve sekonder akne lezyonları olmak üzere polimorfiktir. Primer akne lezyonları komedonlar (kapalı,açık), püstül, papül ve nodüllerden; sekonder akne lezyonları ise kist, apse, ekskoriyasyon izleri, post-inflamatuvar hiperpigmentasyon ve skarlardan oluşur (16). Primer akne lezyonları da inflamatuvar ve non-inflamatuvar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İnflamatuvar lezyonlar; papül, püstül ve nodüllerden oluşur. Non-inflamatuvar lezyonlar ise açık ve kapalı komedonlardan oluşur. Kapalı komedonlar kıl folikül açıklığının keratinositler ve sebumla tıkanması sonucu oluşur. Genellikle küçük kubbe şeklinde, deri renginde, bir mm çaplı, kolay fark edilmeyen lezyonlardır. Açık komedonlar folikül açıklıkları (siyah nokta) bulunan papüllerdir. Açık komedonun koyu rengine katkıda bulunan faktörler; sıkışmış keratinositler, oksitlenmiş lipitler ve melanindir (17).

Primer ve sekonder akne lezyonlarının dışında daha nadir görülen klinik varyantlar da bulunmaktadır. Bunlar;

Gram-negatif folikülit: Genellikle tetrasiklinler gibi sistemik antibiyotiklerle uzun süreli tedavi edilen AV'li hastalarda görülen tedaviye oldukça dirençli bir çeşittir (15).

Akne konglobata: Erişkin erkeklerde görülen sistemik semptomların olmadığı şiddetli bir akne formudur. En fazla gövde ve üst ekstremitelerde görülür ve yüz tutulumu daha nadirdir. Multiple ağrılı nodüller, inflamatuvar papüller ve sinüsleri oluşturmak üzere gruplaşmış komedonlar, birleşen apseler ve yaygın skarlar ile karakterizedir (15).

Akne fulminans: Tüm akne hastalarının %1'ini oluşturan, hızlı başlangıçlı şiddetli bir akne türü olup ciddi skarlarla sonlanır. Lezyonlar ağrılı papül, plak, nekrotik zeminli ülserasyonlar ile karakterizedir. Genellikle adolesan erkeklerde sıklıkla yüz, gövde ve sırtta nadiren de uyluklarda görülebilir. Sistemik semptomlar (ateş, artralji vs.) çoğu hastada görülür. Ayrıca miyozit, anoreksi, kilo kaybı, hepatosplenomegali görülebilir (18).

Akne mekanika: Bası alanlarında mekanik travmaya bağı olarak görülen bir akne çeşididir. Şoförlerin sırt ve kalçalarında, kemer gibi giysilerin temas alanlarında, kask, dizlik gibi koruyucu kullanan sporcuların bası alanlarında görülebilir (19).

İlaça bağı akne: Akneye neden olabilen başlıca ilaçlar; tetrasiklin, kortikosteroidler, vitamin B12, fenobarbital, fenitoin, etambutol, lityum, anabolik steroidler, kontrast maddeler, izoniyazid ve azatiyopürindir. Bu tip akne lezyonları genellikle aniden başlar ve komedonlar izlenmez (20).

Kozmetik akne: Uniform görünümde genellikle kapalı komedon nadiren de açık komedon ve püstüllerle karakterize lezyonlardır. Kozmetik ürünlerin kronik teması sonucu gelişir. Kozmetik ürünün kesilmesi ile klinik iyileşme görülmektedir (21).

Pomad aknesi: İnflamatuvar özellikte olmayan pomadların uygulandığı alanlarda görülen lezyonlardır (20).

2.1.5. Akne Hastalık Şiddet Skorlaması

AV'nin klinik şiddetinin belirlenmesi için birçok skorlama sistemi kullanılmaktadır. 1950'li yıllarda ilk olarak kullanılan skorlama sisteminde akne, evre 1 (non-inflamatuvar akne), evre 2 (komedon, papül), evre 3 (inflamatuvar papül ve nodül, püstül ve minimal kist) ve evre 4 (çok şiddetli kistik akne) olacak şekilde sınıflandırılmıştır (22).

Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS): 1997 yılında Doshi ve ark. tarafından "Global Acne Grading System" (Global Akne Derecelendirme Sistemi) adındaki yöntemdir. Bu yöntemde 6 alanın değerlendirilmesi (yüz, gövde ve sırtın üst kısmı) AV klinik şiddetini belirlemek için kullanılır. Pilosebace ünitenin dağılımı ve yoğunluğu dikkate alınarak, her bölgeye yönelik bir katsayı verilmiştir. Toplam puan 0-44 arasında değişmektedir (akne yok=0 puan, hafif şiddette akne=1-18 puan, orta şiddette akne=19-30 puan, şiddetli akne=31-38 puan, çok şiddetli akne 39=44 puan) (23).

2.1.6. Ayırıcı Tanı

AV'nin ayırıcı tanısında ile milyum, siringom, folikülit, psödofolikülit, rozasea, ve perioral dermatit yer alır. Bu hastalıklar komedonların olmaması ile akneden ayrılmaktadırlar (24).

2.1.7. Tedavi

AV tedavisinde azaleik asit, salisilik asit, topikal retinoidler, benzoil peroksit, hormonal tedaviler, oral antibiyotikler ve sistemik isotretinoin kullanılmaktadır. Tamamlayıcı tedaviler olarak da yüz yıkama jelleri (deri temizliği), nemlendirici ve güneşten koruyucu ajanlar kullanılmaktadır (25).

AV ile mücadelede birçok faktör nedeniyle tedaviye uyum zayıf olmaktadır. Hastalar kısmen erken iyileşme ve özellikle topikal tedavilerdeki yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakmaktadır. Oral isotretinoin tedavisindeki memnuniyet, hastalarda akne tedavisine uyumu artırmaktadır (26).

2.1.7.1. Topikal Tedavi

Benzoil peroksit

Propionibacterium acnes'e (P. acnes) karşı komedolitik, antiinflamatuvar ve bakterisittir. Benzoil peroksit kullanımı bakteri direncini indüklemeyiz. Diğer akne tedavileriyle birlikte kullanılabilir. Hamilelik sırasında kullanımı güvenlidir. Yan etkileri arasında yanma, eritem (kızarıklık), deskuamasyon (soyulma), kserozis, aşırı hassasiyet, kıyafetleri ve saçları ağartma yer alır (27).

Topikal antibiyotikler

Yüzde 1 klindamisin ve yüzde 2 eritromisin dahil olmak üzere topikal antibiyotikler, benzoil peroksit ile kombine edilerek hafif ile orta şiddette akne tedavisinde yaygın olarak kullanılırlar. Topikal antibiyotikler anti-inflamatuvar ve formülasyona bağlı olarak bakteriyostatik veya bakterisidal özelliklere sahiptir. Eritromisinin azalan etkinliği nedeniyle klindamisin eritromisine tercih edilir, bu da muhtemelen P. acnes'in ortaya çıkan direnci ile ilişkilidir. Direnç riskini azaltmak için monoterapi şeklinde veya idame tedavi olarak topikal antibiyotikler kullanılmamalıdır ve tedavi 12 haftayı geçmemelidir (28). Eritromisin ve klindamisinin, benzoil peroksit veya retinoidler ile kombinasyon halinde preparatları mevcuttur. Direnç riskini azaltmak (benzoil peroksit) ve etkinliği artırmak için (retinoidler, benzoil peroksit) kombinasyon ajanlarının kullanılması önerilir. Topikal antibiyotikler, esas olarak benzoil peroksit ve retinoidlerle birlikte kullanıldığında yan etki olarak yanma,

kızarıklık, hassasiyet ve kaşıntı görülebilir. Klindamisin ve eritromisin kaynaklı pseudomembranöz kolit yaygın olmayan ciddi bir yan etkidir (29).

Retinoidler

Non-inflamatuvar ve inflamatuvar aknenin birincil tedavisinde akne şiddetine bakılmaksızın önerilen A vitamini türevleridir. Retinoidler, mikrokomedon ve komedon oluşumuna karşı etkilidir ve anti-inflamatuvar etkilere sahiptir. Hafif komedonal akne monoterapi şeklinde, orta ile şiddetli akne tedavisinde diğer topikal veya oral ajanlarla kombinasyon halinde kullanılır ve tedavi hedeflerine ulaşıldığında ve oral ajanlar kesildiğinde idame olarak endikedir. Adapalen, tazaroten ve tretinoin topikal retinoidler arasında yer almaktadır. Adapalen tazarotenden daha az tahriş edici olmasına rağmen, tazaroten tretinoin veya adapalene göre daha etkilidir. Tretinoinin birden fazla formülasyonu bulunmaktadır (30). Retinoidlerin yan etkileri arasında eritem, kuruluk, kaşıntı, batma ve ışığa duyarlılık bulunur. Tretinoin ve tazaroten hamilelik sırasında kullanımı kontrendikedir (30).

Azelaik asit

Yüzde 20 azelaik asit, tek başına veya diğer ajanlarla kombinasyon halinde akne için alternatif bir tedavi olarak U.S. Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmıştır. Hafif komedolitik, antibakteriyel ve anti-inflamatuvar özelliklere sahiptir. Avantajları, gebelikte güvenli kullanım potansiyeli ve postinflamatuvar dispigmentasyonun tedavisinde endike olmasıdır. Genellikle iyi tolere edilmesine rağmen koyu tenli kişilerde yanma, batma ve hipopigmentasyona neden olabilir (31).

2.1.7.2. Sistemik Tedavi

Sistemik antibiyotikler

İnflamatuvar akne tedavisinde tetrasiklinler, makrolidler, trimetoprim/sülfametoksazol ve trimetoprim etkin bir şekilde kullanılan antibiyotiklerdir. Sistemik antibiyotikler orta ile şiddetli inflamatuvar aknenin tedavisinde endikedir. Antibiyotik direncini engellemek ve tedavi etkinliğini artırmak için diğer topikal ilaçlarla birlikte kullanılmalıdır (29,32,33). Yakın zamanda yayınlanan bir sistematik derlemede, herhangi bir antibiyotik sınıfının, diğer sınıflara üstün olmadığı bulunmuştur (32). Bununla birlikte Amerikan Dermatoloji Akademisi

(AAD), tetrasiklin ve azitromisine üstün olduğunu gösteren çalışmalara dayanarak, doksisisiklin ve minosiklini birinci basamak tedaviler olarak önermektedir (29,33). Bakteriyel direncin ortaya çıkma riski nedeniyle, kılavuzlar makrolid kullanımının tetrasiklinlerin kontrendike olduğu durumlarla (hamileler ve sekiz yaşından küçük çocuklar) sınırlandırılmasını önermektedir. Trimetoprim/sülfametoksazol ve trimetoprim, tetrasiklinlere veya makrolidlere yanıt vermeyen veya bunlara tolerans göstermeyen hastalarda kullanılmalıdır (27,34). Yakın zamanda yapılan çalışmalar, sistematik derlemeler, seçilmiş inatçı vakalar dışında, oral antibiyotik kullanımının 12 hafta veya daha az süreli kullanımını önermektedir. Sistemik antibiyotik tedavisi tamamlandıktan sonra topikal retinoidler ile remisyon süresi uzatılabilir (29,30,32).

İsotretinoin

Akne gelişiminin önerilen tüm mekanizmaları üzerinde etkili olduğuna inanılan bir A vitamini türevidir. Yağ bezlerinin işlevini doğrudan engelleyerek, sebum üretiminin azalmasına ve komedolize neden olur. Sebum üretiminin azalması, P. acnes sayısının da azalmasına neden olur. İsotretinoinin şiddetli ve inatçı nodüler akne tedavisi için FDA tarafından onaylı etkili bir ajandır. AAD, tedaviye dirençli veya nüksetmeye meyilli akne veya belirgin psikososyal sıkıntıya veya skarlaşmaya neden olan aknede isotretinoinin kullanımını desteklemektedir. Bir ay sonra tolere edildiği takdirde günde 1 mg/kg'a titre edilmelidir. Nüks riskini azaltmak için 120-150 mg/kg kümülatif doz hedefine ulaşılmalıdır (29,35,36). İsotretinoinin yaygın doz bağımlı yan etkileri arasında kserozis, keilitis, akne alevlenmesi, kuru gözler, baş ağrısı ve yüksek lipid ve hepatik enzim seviyeleri bulunur. İsotretinoin ile inflamatuvar barsak hastalığı, duygudurum bozuklukları veya intihar düşüncesi arasındaki ilişki son yapılan çalışmalarda doğrulanmamıştır ve aksine bazı çalışmalar isotretinoin alan hastalarda depresif semptomlarda iyileşme olduğunu göstermiştir (37,38).

Hormonal tedaviler

Kombine oral kontraseptifler (KOK) antiandrojeniktir, menarştaki kadınlarda inflamatuvar ve komedonal akne tedavisinde etkilidir ve ayrıca kontrasepsiyon isteyen 16 yaş ve üstü kadınlarda da akne tedavisi için FDA onaylıdır. AV tedavisi için onaylanmış dört tane KOK bulunmaktadır (etinil estradiol/drospirenon/levomefolat, etinil estradiol/drospirenon, etinil

estradiol/norgestimat, etinil estradiol/noretindron asetat/demirli fumarat). Önceki tedavilere yanıt vermeyen veya tolerans göstermeyen menarştaki kadınlarda, akne alevlenmelerinin âdet kanamalarıyla geçici ilişkisi varlığında veya hiperandrojenizm (akne, hirsutizm, oligomenore) belirti ve semptomları varsa kullanımı düşünülmelidir. Her ne kadar birkaç KOK kullanımı onaylanmış olsa da akne tedavisinde hiçbir diğetine üstünlük göstermemiştir. KOK'lar diğerk akne tedavileriyle kombine şekilde kullanılabilir (39).

Akne tedavisinde spironolakton (aldosteron reseptör antagonisti) ve flutamidin (androjen reseptör blokeri) etkinliğini gösteren az sayıda klinik araştırma bulunmaktadır. Uzman görüşüne ve mevcut kanıtlara dayanarak, AAD uzlaş paneli, dirençli ve hormonal aracılı aknesi olan kadınlarda antiandrojenik özellikleri nedeniyle spironolakton kullanımını önermektedir. Fetal antiandrojenik risk nedeniyle spironolakton, KOK ile kombine edilmelidir. AAD, ciddi yan etki potansiyeli nedeniyle flutamid kullanımını önermemektedir. Spironolakton ile tedavi edilen hastalarda meme hassasiyeti, adet düzensizlikleri ve hiperkalemi gibi yan etkiler oluşabilir (40).

Prednizon (5-15 mg/gün) akne tedavisinde etkinlik göstermiştir ve seçilmiş hastalarda yardımcı olarak kullanılabilir; ancak potansiyel yan etkiler kullanımını sınırlar. Prednizon, akne fulminanların tedavisinde, isotretinoin başlanan hastalarda görülen akne fulminan benzeri döküntülerin önlenmesi, gebelikte (ilk trimesterden sonra) şiddetli nodülokistik akne tedavisinde ve adrenal hiperandrojenizmi olan hastalarda endikedir. İntralezyonel triamsinolon enjeksiyonları ise nodüler akne inflamasyon ve ağrıyı azaltır (34).

2.1.7.3. Fiziksel Modaliteler

İnflamatuvar olmayan ve orta ile şiddetli inflamatuvar akne tedavisinde lazer ve ışık temelli modaliteler üzerinde çalışılmıştır; ancak kanıt düzeyleri düşüktür (41). Komedonal akne tedavisi için kimyasal peeling ve komedo ekstraksiyonunu destekleyen sınırlı sayıda kanıt vardır (29).

2.1.7.4. Tamamlayıcı Tedaviler

Akne tedavisi için diyet müdahaleleri (düşük glisemik yüklü diyetler ve yağsız sütten kaçınma), akupunktur, hacamat, bitkisel ilaçlar, çay ağacı yağı, arı zehiri yakın

zamanda incelenmiştir. Düşük kaliteli olmasına rağmen, saflaştırılmış arı zehiri, çay ağacı yağı, düşük glisemik yüklü bir diyet veya yağsız süttten kaçınmanın akne lezyonlarında iyileşmeyi sağladığına dair yayınlar vardır ancak kanıt düzeyleri düşüktür (42–44).

2.1.8. Akne Vulgaris ile Psikiyatrik Belirtiler/Bozukluklar İlişkisi

AV hastaları anksiyete (kaygı bozuklukları), depresyon, öfke, beden algısı bozukluğu, özgüven kaybı, sosyal izolasyon gibi birçok durumla karşı karşıya kalabilmektedir Akne tek başına gençlerin kişiliği ve özgüveni üzerinde ciddi bir etkiye neden olabilir. Bu durumun sebepleri arasında; ergenlerin ve genç yetişkinlerin kozmetik sorunlara uyum sağlamakta daha fazla zorluk çekebildikleri, cinsel açıdan kritik bir dönemde olmaları ve ayrıca akne yüz, boyun gibi kolayca kapatılamayan bölgelerde görülmesi sayılabilir.(8,45).

2.1.8.1. Akne ve Stres

Stres, kişinin sosyal, fiziksel, zihinsel dengesini tehdit eden bir faktördür. Strese maruz kalma ile merkezi sinir sistemi uyarılır ve hipotalamus-hipofiz-adrenal sistem aktive olur. Bazı nörotransmitterler salınır, otonom sinir sistemi aktive olur ve derideki bazı bağışıklık hücreleri, hormonlar ve nörotransmitterler aktive olur. Ayrıca bağışıklık hücreleri, ciltte bir dizi pro-inflamatuvar veya anti-inflamatuvar yanıtı da neden olur. Kortikotropin salgılatıcı hormon, glukokortikoidler ve adrenal androjenlerin salınımı artar. Bu durum androjen öncüllerinin testosterona dönüşümünü artırır ve sebace hiperplaziyi artırırken cildin geçirgenliğini azaltır. Ayrıca vücudun antimikrobiyal direncini azaltır. Bu yolla AV oluşumu hızlanır (46,47).

2.1.8.2. Akne ve Depresyon

Duygudurum bozuklukları; ergenlerin nasıl hissettiklerini ifade edememeleri, klinik semptomların değişken şekilde ortaya çıkması ve hekimlerin durumu fark edememeleri nedeniyle en az tanı konulan psikiyatrik hastalık grubudur. Yapılan bir çalışmada, ergenlikte başlayan depresyonun rekürrens ve relapslarla seyrederek sıklıkla süreklilik gösterdiği ve bu durumun intihara kadar gidebileceği gösterilmiştir (48).

Akne ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Bunların büyük çoğunluğu akne hastalarında depresyon prevalansının arttığını, ancak

birkaç çalışmada ise ilişki olmadığı bildirilmiştir (49,50). AV'li hastaların %5,6-%8,8'inde depresyon rapor edilmiştir (50). Genel nüfusla karşılaştırıldığında, AV hastalarında depresyon 2-3 kat daha yüksek bulunmuştur (51). İnsanlarda depresyon olup olmadığı veya depresyonun şiddetini ölçmek için Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ), Hasta Sağlık Anketi depresyon modülü gibi çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (52).

2.1.8.3. Akne ve Anksiyete

Akne ergenlik ve genç yetişkinlik gibi dinamik yaşlarda insanları etkiler ve düzeltilmemiş psikiyatrik komorbiditelerin yaşamları üzerinde önemli etkileri olabilir (53). AV'nin anksiyete ile ilişkisi de dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda AV hastalarında anksiyete %4,35 ile %68,3 gibi oldukça değişken oranlarda rapor edilmiş, ancak kontrol gruplarından daha yüksek bulunmuştur (49). Bir araştırma, aynı gruptaki kızların erkeklerden daha yüksek kaygı düzeylerine sahip olduğunu göstermiş ve bu da akne ve kaygı arasındaki ilişkinin cinsiyetten etkilenebileceğini düşündürmüştür (5).

2.1.8.4. Akne ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendine verdiği değer ve kendine nasıl davrandığı ile açıklanabilir. Sosyal medyanın hayatımıza daha çok girmesiyle insanlar dış görünüşlerine daha fazla dikkat etmeye başladılar. Bu durum özellikle hem akne lezyonları bulunan ve hem de sıklıkla sosyal medyayı kullanan bu ergenlerde daha ciddi bir sorun teşkil edebilir. Düşük benlik saygısı, depresyon ve anksiyete gibi durumlarla bir arada bulunabilir. Benlik saygısı düşük olan insanlar, kendilerine karşı negatif duygular besler, kendileriyle gurur duymaz, kendini işe yaramaz ve değersiz hissederler (54). AV lezyonlarına bağlı bireyin görünümündeki değişiklikler AV ilişkili benlik saygısında önemli bir rol oynar. Ergenler ve genç yetişkinler (18-25 yaş), kendi kimliğini ve yaşam tarzlarını keşfetmeleri, eğitim uğraşları, demografik değişiklikler gibi hayatın birçok farklı alanında kendilerini kanıtlamak isterler. Bu dönemde yüz bölgesinde meydana gelebilecek bazı değişiklikler kişiyi sosyal izolasyona itebilir ve benlik saygısını azaltabilir (8).

2.1.8.5. Akne ve Kendine Zarar Verme/İntihar Düşünceleri

AV, bireylerde kendine zarar verme eğilimine neden olabilir. AV, nadir de olsa intihar eğilimi oluşturacak psikoz gibi ruhsal hastalıklarla birlikte görülebilir. Ayrıca akne sonrası görülen skar (yara izi) varlığı ve aknenin şiddeti intihar düşüncelerine katkıda bulunabilir. Yüksek anksiyete ve depresyon ile ilerleyebilen AV, sedef hastalığı, atopik dermatit, malign melanom gibi hastalıklarda muayenede ekstra dikkatli olmak gerekir. Bu hastaların rutin muayenelerinde depresyon veya intihar eğiliminden şüphelenildiğinde Hasta Sağlık Anketi-2 (HSA-2) uygulanarak kişinin intihar düşüncesinin olup olmadığı hakkında fikir oluşturulabilir (8,55).

İsotretinoin tedavisi akne hastalarında sıklıkla kullanılan en başarılı tedavilerden biridir. İsotretinoinin bireylerin intihar eğilimleri üzerindeki etkisi olup tartışmalıdır. İsotretinoinin suçlandığı ilk intihar vakası Mayıs 2000'de 17 yaşında bir erkek çocukta rapor edilmiş ve ardından onlarca vaka raporu yayınlanmıştır (56). İngiltere'de 2019 yılında isotretinoin kullanırken ölen 12 olgunun 10'unda ölüm nedeninin intihar olduğu bildirildi. Antibiyotik kullananlar ile isotretinoin kullananları karşılaştıran sistematik bir derlemede iki grup arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır (57).

2.1.8.6. Akne ve Diğer Psikiyatrik Hastalıklar

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Psikoz gibi psikiyatrik hastalıklar da akne ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. İsotretinoin kullanan ve psikotik atak geçiren 17 yaşındaki bir hasta, isotretinoin ve antipsikotik tedavinin kesilmesinden 2 hafta sonra düzelmiştir (58). Literatürde isotretinoin kullanımıyla ilişkili birkaç psikoz raporu vardır, ancak bu kanıt geniş serilerde bildirilmemiştir. AV ile alkol ve madde bağımlılığı arasında da herhangi bir ilişki bulunmamıştır (58). İspanya'da yapılan bir çalışmada vücut dismorfik sendromunun AV hastalarında daha sık olduğu ayrıca kadınlarda ve inflamatuvar lezyonu olan hastalarda daha yaygın saptanmıştır (59). Şiddetli aknesi olan hastalarla yapılan bir çalışmada, vakaların %13'ünde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu görülmüştür (60). Psikojenik ekskoriasyonlar dermatoloji hastalarının %2'sinde görülebilir ve bunun bir örneği akne hastalarında görülebilen Akne Ekskoriye'dir. Bu hastalarda OKB gibi komorbiditeler de olabilir (61). AV, vücut imajı ile ilgili ciddi bir sorun olan anoreksiya nervoza ve bulimia gibi yeme bozuklukları ile de ilişkili olabilir (62). Retrospektif bir çalışmada, dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu AV hastalarında diğer dermatolojik hastalıklara kıyasla daha yaygın görülmüştür (63).

2.2. AİLE HEKİMLİĞİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve toplumsal yönden de tam bir iyilik durumu olarak tanımlanır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli olabilmesi için dünyada genel kabul gören uygulama, sağlık hizmetinin en uygun basamakta verilmesidir. Çağdaş sağlık hizmetleri uygulamalarında hizmet sunumunun basamaklandırılarak örgütlenmesi birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde merkezi konumda yer alan birinci basamak sağlık hizmetleridir. 1978 Alma Ata Deklarasyonu ile küresel düzeyde bu yaklaşım ortaya konulmuş ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesinde, genelde temel sağlık hizmetlerinin özelde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi rolü vurgulanmaktadır. Bu rol birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği / genel pratisyenlik tarafından uygulanmaktadır (64). Çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından biri, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vermektir. Bu sayede sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşacak ve sağlık hizmetlerini bireylerin ihtiyacı oranında ve herkese, coğrafi açıdan dengeli dağılmış ve eğitilmiş sağlık ekipleri tarafından sunulacaktır. İkinci ve üçüncü basamaktaki yoğunluğun engellenmesi ve bu basamaklarda tedavi edilmesi gereken hastalara yeterli vakit ayrılması için bu ilkelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir (65).

2.2.1. Aile Hekimliği Tanımı

Aile hekimi ya da genel pratisyen, tıbbi bakım ihtiyacı olan bireylere kapsamlı bakım sağlayan ve ihtiyaç halinde diğer sağlık personeli harekete geçiren hekimdir. Tüm tıp uzmanlıkları için asistanlık eğitiminin genel yapısını, standartlarını ve uygulamasını tanımlayan Sağlık Bakanlığının Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (TUT) içinde Aile Hekimliği 1983 yılı itibarıyla uzmanlık alanı olarak yer almaktadır (66). Dünya Aile Hekimleri Örgütü'ne (World Organization of Family Doctors, WONCA) göre aile hekimliği “eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması kendine özgü olan bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık” olarak tanımlanmıştır (67). T.C. Sağlık Bakanlığı'na göre aile hekimleri; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireye özgü koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci

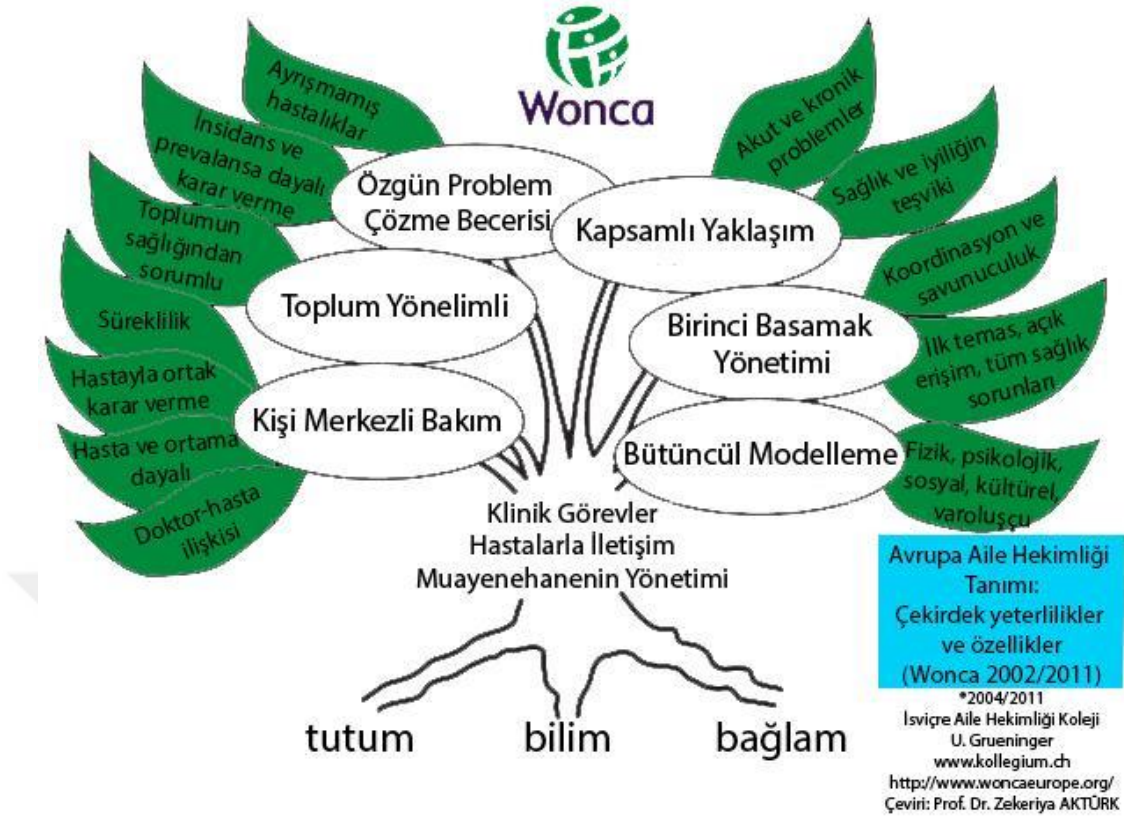
basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir (68).

2.2.2. Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Francis Peabody, tıpta artan uzmanlaşmanın bir dezavantajı olarak bazı hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve aynı zamanda kişisel sağlık hizmeti de veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. İngiltere’de Royal College of General Practitioners 1952 yılında kurulmuş, 1969’da Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) temel bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmıştır. 1974’te Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmıştır. 1972 yılında Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu WONCA kurulmuştur (69).

2.2.3. Aile Hekimliğinin İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikler

Sağlık hizmetlerine sürekli erişim, hastalıkların erken evrelerde teşhis edilmesi, kronik hastalıkların takibi, sağlık bakımında süreklilik, aile ve toplum temelli yönelim, hasta merkezli yaklaşım, hasta bakımının koordinasyonunu sağlama, verimlilik ve kanıta dayalı uygulamalar aile hekimliğinin ilkelerindendir (70). Aile hekimi uzmanında altı çekirdek yeterlilik (disiplin için zorunlu) (71) bulunması gerekmektedir. Bu çekirdek yeterlilikler WONCA ağacı ile gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: WONCA ağacı (71)

2.2.3.1. Bütüncül yaklaşım:

Aile hekimi; kültürel, toplumsal, ruhsal, bedensel olmak üzere sağlık sorunlarını tüm boyutlarıyla ele alır.

2.2.3.2. Kapsamlı yaklaşım:

Aile hekimi; koruma, tedavi, bakım ile sağlık durumunu geliştirme ile ilgilenir. Hastadaki akut ve kronik sağlık sorunlarını, ayrımlaşmamış yakınma ve patolojileri aynı anda yönetir.

2.2.3.3. Toplum yönelimli olma:

Aile hekimi hem hastaların hem de toplumun sağlık gereksinimlerini karşılar.

2.2.3.4. Kişi merkezli bakım:

Aile hekimi; hastanın özerkliğine saygı gösterir, etkili bir hekim hasta ilişkisini oluşturur, öncelikleri belirler, iyi iletişim kurar.

2.2.3.5. Birinci basamak yönetimi:

Aile hekimi, bireylerin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenererek sağlık sisteminin tıbbi açıdan ilk temas yerinde görev alır. Sağlık kaynaklarının etkin ve verimli kullanımını sağlar. Bunları; bireylere sunulan bakımı organize ederek, birinci basamak diğer sağlık çalışanlarıyla, gerektiğinde hasta adına diğer uzman tabiplerin sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlar.

2.2.3.6. Özgün problem çözme becerileri:

Aile hekimi, hastalıkları toplumdaki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirir. Hasta ile iş birliği kurarak anamnez, muayene ve laboratuvar incelemelerinden elde ettiği bilgileri yönetim planı çerçevesinde kullanır. Laboratuvar incelemelerini algoritmik olarak uygun zamanda ister. Hastalıkların erken döneminde ve ayrışmamış durumlarını yönetir, tanı ve tedavi uygulamalarını verimli ve etkin bir şekilde kullanır ve gerektiğinde acil girişimde bulunur (71).

2.2.4. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

25.01.2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY) İkinci Bölüm Madde 4'te aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir (son değişiklik: 16.05.2017):

- 1) Çalıştığı bölgedeki toplum sağlığı merkezi (TSM) ile iş birliği yaparak sağlık hizmetinin planlanmasını sağlamak.
- 2) Çevre ve toplum sağlığını ilgilendiren sorunları TSM'ye bildirmek.
- 3) Koruyucu hizmetler kapsamında ana-çocuk sağlığı, üreme sağlığı hizmetlerini vermek ve rehberlik yapmak.
- 4) Kendisine kayıtlı ve özellikli hasta gruplarını (gebe, lohusa, yenidoğan, yaşlılar, kanser hastaları vb.) izlemek ve taramalarını yapmak.
- 5) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk muayenesini kişiler ile iletişime geçerek veya altı ay içinde ev ziyaretinde bulunarak yapmak.
- 6) Kendisine kayıtlı bireyleri muayene ettikten sonra sağlık verilerini yılda bir kez güncellemek.
- 7) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

- 8) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak.
- 10) Sağlık kayıtlarını tutmak ve gerektiğinde ilgili kurumlara bildirimleri yapmak.
- 11) ASM şartlarında teşhis edilemeyen veya tedavisi mümkün olmayan hastaları sevk etmek, geri bildirimi yapılan bu hastaların laboratuvar, tanı ve tedavi bilgilerini değerlendirmek.
- 12) Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki çalışan tabiplerce hastaların sağlık raporu, reçete, sevk evraklarını düzenlemek.
- 13) Hizmet içi eğitimlere katılmak.
- 14) Bakanlığın ilgili mevzuat ile belirlenen diğer görevleri yapmak (72).

2.2.6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

2.2.6.1. Almanya’da aile hekimliği

Almanya’da herkesin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun sağlık sigortasının olması bir zorunluluktur. Bu sistemde zorunlu veya özel sağlık sigortası olmak üzere iki çeşit sağlık sigortası bulunmaktadır. Doktor sağlık sigortalarının imkân sağladığı şartları dikkate alarak görevini icra etmek zorundadır. Her doktorun laboratuvar ve medikal tedavi için ayrılmış bir bütçesi bulunmaktadır. Aile hekimi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti vermektedir. Her hastanın doktor tercihinde bulunabileceği gibi acil durumlar dışında doktorlar da hasta tercihinde bulunabilir. Acil durumlar haricinde hasta, aile hekimliği sağlık hizmetinden faydalanır ve lüzum halinde hastalığı hakkında uzman doktora yönlendirilir. Haftada 33-35 saat çalışıp ayrıca gerektiğinde ev ziyaretleri de oldukça önemsenmektedir (73).

2.2.6.2. İngiltere’de aile hekimliği

İngiltere, Ulusal Sağlık Sistemi adıyla ülkeye özgü bir sağlık sistemine 1948 yılında geçmiştir. Genel vergilerden finanse edilerek sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Her bir aile hekimine yaklaşık 3000 kişi kayıtlıdır. Birinci basamak dışındaki hastanelere direkt başvuru olmadığı için acil durumlar haricinde aile hekiminden sevk alınarak bu hastanelere gidilebilmektedir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk oranı yaklaşık %10’dur (65).

2.2.6.3. ABD’de aile hekimliği

ABD’de basamaklandırılmış sağlık sistemi, sevk zinciri bulunmamaktadır. Bu sistem her ne kadar hastalara istedikleri sağlık kuruluşuna başvuru özgürlüğü tanısa da karmaşık bir yapısı vardır. Sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün himayesinde olup toplumun %14’ünün sağlık güvencesi yoktur. Kişi ve hizmet bedeli ödeme yapılır. Hasta veya sigorta tarafından doğrudan hekime ödeme yapılmaktadır. ABD’de tüm hekimlerin yaklaşık %40’ı birinci basamakta görev yapmaktadır. Aile hekimleri dışında Dahiliye ve Pediatri uzmanları da birinci basamakta görev alabilmektedir (74).

2.2.7. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamaları

Ülkemizdeki aile hekimliği sisteminin temel özellikleri; genel pratisyen hekimlerin de aile hekimi olarak çalışabilmesi, ücretsiz tüm bireylere sağlık hizmetinin sunulması, kişilerin dilediği aile hekimini seçme özgürlüğü, zorunlu sevk sisteminin olmayışı, çalışma koşullarına ait tüm giderlerin aile hekimlerince üstlenilmesi ve bunların belirli standartlara göre Sağlık Bakanlığı tarafından aylık performansa yansıtılması, kırsal bölgelere haftanın bazı günleri gezici sağlık hizmeti uygulaması ile tıbbi bakım sağlanması, aile hekimlerinin tam gün yasasına göre çalışması olarak sayılabilir (75).

Ülkemizde sevk zinciri uygulanmadığından, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmadan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gitmelerinde bir engel bulunmamaktadır. En hafif düzeydeki rahatsızlıklar nedeniyle daha üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunulması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından ciddi sıkıntılara yol açabilecektir. Zorunlu sevk zincirine gerekli alt yapılar sağlandıktan sonra geçilmesi durumunda, teşhis ve tedavi hizmetlerinin maliyeti yüksek olan üst basamaklardan birinci basamağa yönlendirilmesiyle kamu bütçesinin yükü de hafifleyecektir (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. HASTALARIN TOPLANMASI VE VERİ KAYITLARI

Çalışmamız 01.08.2021-01.01.2022 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuru yapan 18-45 yaş arasındaki AV tanılı gönüllü 205 hasta arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenine Adıyaman iline ait 18 yaş üstü 397456 birey oluşturmaktadır. Örneklem grubunun belirlenmesinde $n = Nt2pq / d^2 (N-1) + t2pq$ formülü kullanılmıştır ve %95 güven aralığı, %5 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı 205 kişi olarak hesaplanmıştır. Anketler yüz yüze anket uygulama yöntemi ile uygulanmıştır. Çalışma için Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 15.06.2021 tarih ve 2021/06-06 sayılı etik kurul onayı alındı (EK 5). Çalışmamız Helsinki bildirisine uyumlu bir şekilde gerçekleştirildi.

Hastaların sosyodemografik verileri (EK 1) (yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi), alışkanlıkları (sigara), akne hastalık öyküleri, ailede akne hikayesi, Vücut Kitle İndeksleri (VKİ) ve hastaların akne vulgaris şiddeti Global Akne Derecelendirme sistemi (GADS) skoru veri kayıt formuna kaydedildi. WHO tarafından belirlenmiş sınıflamaya göre; VKİ; (<18,5 zayıf, 18,5-24,9 normal, 25-29,9 fazla kilolu, 30-39,9 obez ve >40 morbid obez) şeklinde sınıflandırıldı (76). GADS skoru; (0=yok, 1-18 hafif, 19-30 orta, 31-38 şiddetli, >38 çok şiddetli akne) olarak sınıflandırıldı (23).

Öncesinde aile hekimliği başvurularını değerlendiren anket (EK 2), Depresyon için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (77) (0-9 puan minimal depresif belirtiler, 10-16 puan hafif depresif belirtiler, 17-29 puan orta depresif belirtiler, 30-63 puan şiddetli depresif belirtiler) (EK 3), Anksiyete için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (78) (0-7 puan çok hafif kaygı belirtileri, 8-15 puan hafif kaygı belirtileri, 16-25 puan orta kaygı belirtileri ve 26-63 puan şiddetli kaygı belirtileri) (EK 4) dolduruldu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvurup Akne Vulgaris tanılı veya tanısı konulan 18-45 yaş aralığındaki bireyler

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

1. Akne vulgaris dışında sistemik dermatolojik hastalığı olmak (psoriasis, ürtiker vb.)

2. Özgeçmişinde bilinen psikiyatrik hastalık olması

3. Mental retarde kişiler

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma prospektif ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.3. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket program kullanılmıştır. İstatiksel hesaplamalarda parametrik ve non-parametrik testler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Kategorik yapıdaki değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare ve Fischer' kesin Ki-Kare testiyle incelenmiştir. Ortalamaların karşılaştırılmasında One Way Anova ve t test kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile verilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilecek ve $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 205 kişinin; %23,9'u (49 kişi) erkek, %76,1'i (156 kişi) kadındı. Bireylerin yaş ortalaması $21,5 \pm 3,5$ (18-36 yaş) yıldır. Bireylerin %97,1'i (199 kişi) lise ve üniversite mezunuydu. Sigara kullanan bireylerin sıklığı %80,5 idi. Ayrıca bireylerin %67,8'i (139 kişi) normal kiloda olup ve morbid obez olan birey saptanmadı (Tablo 1).

Tablo 1: Bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	49	23,9
Kadın	156	76,1
Toplam	205	100
Eğitim Durumu		
Ortaokul	6	2,9
Lise	135	65,9
Lisans	64	31,2
Toplam	205	100
Sigara Kullanımı		
Var	40	19,5
Yok	165	80,5
Toplam	205	100
VKİ Sınıflama		
Zayıf	24	11,7
Normal	139	67,8
Fazla Kilolu	42	20,5
Toplam	205	100

Bireyler arasında daha önce akne tedavisi alanların sıklığı %74,1'di (152 kişi). Akne tedavisi alan bu bireyler arasında oral tedavi, topikal tedavi ve tüm tedavileri alanların sıklığı sırası ile %41,4, %53,3 ve %5,3'tü (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların AV için önceden aldıkları tedavi türleri

Katılımcıların önceki aldıkları akne tedavileri	n	%
Topikal Tedavi	81	39,5
Oral Tedavi	116	56,6
Hepsi	8	3,9
Toplam	205	100

Bireylerin; anne, baba ve kardeşlerinde daha önce akne vulgaris hikayeleri olduğunu belirtenlerin sıklığı %61,5'ti (Tablo 3).

Tablo 3: Bireylerin AV için aile hikayesi durumu

Ailede akne hikayesi	n	%
Var	126	61,5
Yok	79	38,5
Toplam	205	100

Bireylerin akne şiddeti hesaplandığında %26,3'ü (54 kişi) hafif şiddette, %52,2'si (107 kişi) orta şiddette, %21,5'i (44 kişi) ise şiddetli düzeyde AV hastalığına sahipti (Tablo 4).

Tablo 4: Bireylerin GADS skoru (akne şiddeti) durumları

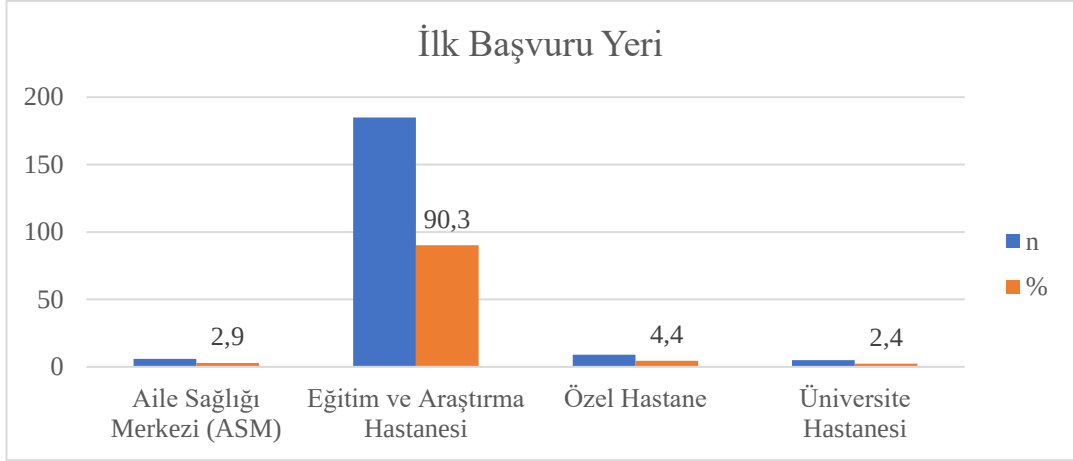
GADS Skoru (Akne Şiddeti)	n	%
Hafif	54	26,3
Orta	107	52,2
Şiddetli	44	21,5
Toplam	205	100

Bireylerin akne süreleri sorulduğunda %81'i (166 kişi) 12 aydan uzun süredir akne problemi yaşamaktaydı (Tablo 5).

Tablo 5: Bireylerin akne vulgaris şikayetinden müzdarip oldukları süre

Akne süresi	n	%
0-12 ay	39	19
12 ve üstü ay	166	81
Toplam	205	100

Bireylerin mevcut akne vulgaris hastalığı nedeniyle ilk başvurdıkları sağlık kuruluşları sorgulandığında bireylerin çoğu %90,3 (185 kişi) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurduğunu, bireylerin %2,9'u (6 kişi) ise ASM'ye başvurduğunu belirtti (Şekil 2).



Şekil 2: AV nedeniyle ilk başvurulacak sağlık kuruluşlarının dağılımı

Akne şikâyeti ile herhangi bir zamanda ASM'yi tercih edenlerin sıklığı %10,7 (22 kişi) idi. Başvuran bireylere aile hekiminin nasıl bir yol izlediği sorulduğunda %50'si (11 kişi) tedavi düzenlediğini, %50'si (11 kişi) hastaneye yönlendirdiğini belirtti (Tablo 6).

Tablo 6: Bireylerin akne vulgaris nedeniyle ASM başvurularının değerlendirilmesi

Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?	n	%
Evet	22	10,7
Hayır	183	89,3
Toplam	205	100

Aile hekiminizin kararı ne oldu?	n	%
Tedavi düzenledi	11	50
Hastaneye yönlendirdi	11	50
Toplam	22	100

Katılımcıların aile hekimliğine başvurmama nedenleri	n	%
Aile hekimliği hakkında bilgim yok.	0	0
Aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmüyorum.	4	2,1
Aile sağlığı merkezinde teknik donanımın yeterli olduğunu düşünmüyorum.	20	10,5
Uzman hekim tarafından muayene olmak istiyorum.	108	59,7
Hastane şartlarında muayene olmak istiyorum.	51	27,7
Toplam	183	100

Bireylere “Aile Hekimliği Uzmanı” tanımının bilinirliği sorulduğunda katılımcılar arasında hiç duymayanların sıklığı %55,6 (114 kişi) idi. Bireylere mevcut akne vulgaris nedeniyle aile hekimine başvurur musunuz sorusuna hayır diyenlerin sıklığı %59,6 (68 kişi) idi (Tablo 7).

Tablo 7: “Aile Hekimliği Uzmanı” tanımının bilinirliğinin değerlendirilmesi

Aile hekimliği uzmanı tanımını hiç duydunuz mu?	n	%
Evet	91	44,4
Hayır	114	55,6
Toplam	205	100

Cevabınız hayır ise;

Mevcut hastalığınız için aile hekimliği uzmanına başvurmayı düşünür müsünüz?	n	%
Evet	46	40,4
Hayır	68	59,6
Toplam	114	100

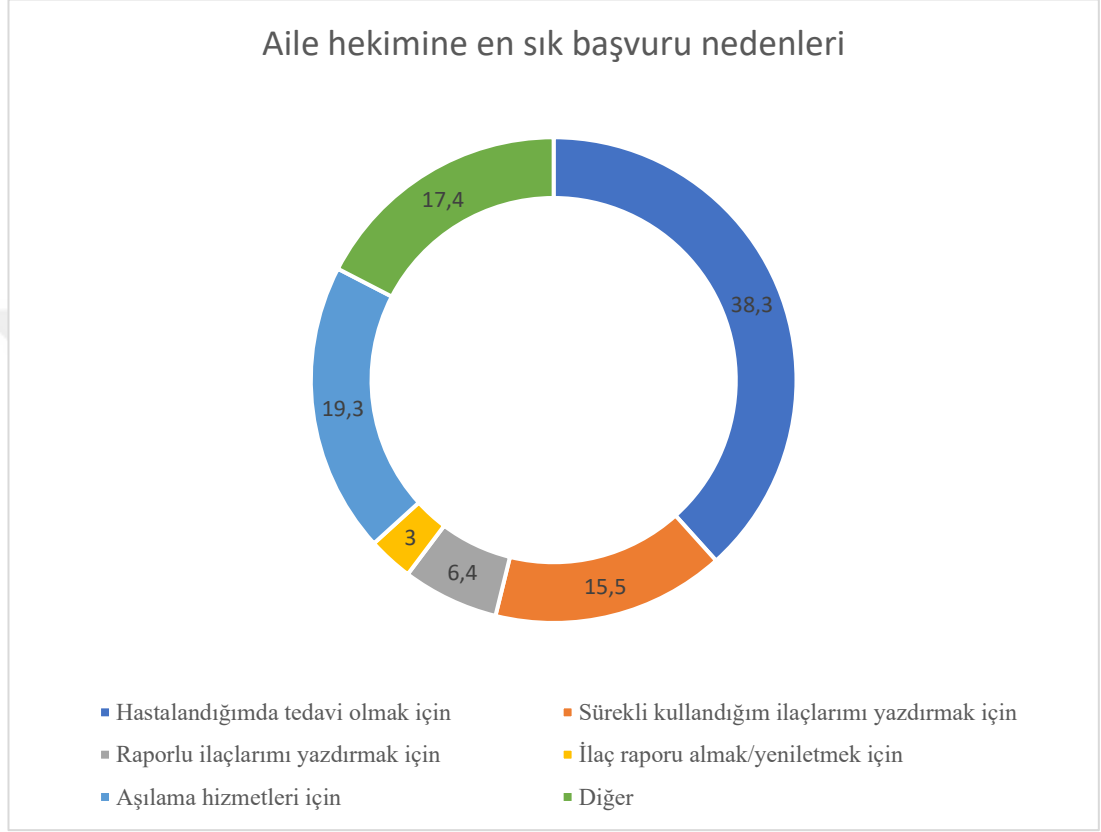
Bireylere akne vulgaris nedeniyle ASM’ye başvuru sayısı sorulduğunda hiç başvurmadığını bildirenlerin sıklığı %89,3 (183 kişi) iken, en az bir kez başvurduğunu bildirenlerin sıklığı %2,4’tür (5 kişi) (Tablo 8). AV dışında herhangi bir nedenle ASM’ye hangi sıklıkla başvurulduğu sorulduğunda %17,6’nın (36 kişi) ayda en az bir kez başvurduğu öğrenildi (Tablo 8).

Tablo 8: Bireylerin ASM’ye gitme sıklıklarının değerlendirilmesi

Daha önce aynı şikâyet ile aile hekimine kaç kez başvurduunuz?	n	%
Hiç Başvurmadım	183	89,3
Bir kez	17	8,3
Birden fazla	5	2,4
Toplam	205	100

Aile sağlığı merkezine hangi sıklıkla gidersiniz? (kez/ayda)	n	%
Ayda birden az	83	40,3
Bir kez	86	42,1
Birden fazla	36	17,6
Toplam	205	100

Bireylere aile hekimine sıklıkla hangi sebeplerle başvurdukları sorulduğunda %38,3'ünün (101 kişi) tedavi olmak için, %19,3'ünün (51 kişi) aşılama hizmetleri için, %3'ünün (8 kişi) ise ilaç raporu almak/yeniletmek için başvurduğu öğrenildi (Şekil 3).



Şekil 3: Aile hekimine en sık başvuru nedenlerinin dağılımı

Bireylere ASM'lerdeki en büyük eksiklikler/problemler sorulduğunda, %30,7'si (63 kişi) yeterli tahlil yapılmadığını ve %22,4'ü (46 kişi) aile hekimlerinin yeterli olmadığı düşüncesine sahip olduklarını bildirdi. Ayrıca aile hekimlerinin verdiği hizmetleri değerlendirmeleri istenildiğinde, katılımcıların %55,6'sı (114 kişi) iyi, %6,8'i (14 kişi) kötü olarak değerlendirdi (Tablo 9).

Tablo 9: ASM’lerdeki eksikliklerin ve aile hekiminin verdiği hizmetin katılımcılar tarafından değerlendirilmesi

Sizce aile sağlığı merkezlerindeki en büyük eksiklik/sorun nedir?	n	%
Yeterli tahlil yapılmıyor.	63	30,7
Aile hekimleri yeterli değil.	46	22,4
Aile hekimliği merkezleri çok kalabalık	12	5,9
Ulaşım zor	1	0,5
Hastaya ilgi yetersiz	38	18,5
Diğer	45	22,0
Toplam	205	100
Aile hekiminizin verdiği tüm hizmetleri nasıl değerlendirirsiniz?	n	%
İyi	114	55,6
Orta	77	37,6
Kötü	14	6,8
Toplam	205	100

Bireylerin toplam BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları sırasıyla $14,59 \pm 9,11$ ve $12,83 \pm 10,06$ idi. Depresyon düzeyleri bireylerin %37,6’sında (77 kişi) hafif, %7,8’inde (16 kişi) şiddetli iken anksiyete düzeyleri %36,6’sında (75 kişi) çok hafif, %11,2’sinde (23 kişi) şiddetli olarak tespit edildi (Tablo 10).

Tablo 10: Bireylerin depresyon, anksiyete puan ve düzeylerinin değerlendirilmesi

Hastaların beck depresyon ve beck anksiyete skorlarının değerlendirilmesi

Beck Depresyon Skoru	n	%
Minimal 0-9 puan	59	28,8
Hafif 10-16 puan	77	37,6
Orta 17-29 puan	53	25,9
Şiddetli 30-63 puan	16	7,8
Toplam	205	100
Beck Anksiyete Skoru	n	%
Çok hafif 0-7 puan	75	36,6
Hafif 8-15 puan	58	28,3
Orta 16-25 puan	49	23,9
Şiddetli 26-63 puan	23	11,2
Toplam	205	100

Bireylerin yaş grupları ile aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 11’de cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı ve VKİ değişkenleri ile mevcut akne vulgaris için aile hekimi başvurusu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 11: Bireylerin demografik özelliklerine göre aile hekimine başvuru durumunun değerlendirilmesi

Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
	Evet (n=22)		Hayır (n=183)		İstatistiksel analiz
Cinsiyet	n	%	n	%	
Erkek	3	13,6	46	25,1	$\chi^2=1,428$ $p=0,232$
Kadın	19	86,4	137	74,9	
Eğitim Durumu	n	%	n	%	
Ortaokul	0	0	6	3,3	$\chi^2=1,021$ $p=0,600$
Lise	16	72,7	119	65,0	
Lisans	6	27,3	58	31,7	
Sigara Kullanımı	n	%	n	%	
Var	5	22,7	35	19,1	$\chi^2=0,162$ $p=0,776^*$
Yok	17	77,3	148	80,9	
VKİ Sınıflama	n	%	n	%	
Zayıf	4	18,2	20	10,9	$\chi^2=1,448$ $p=0,485$
Normal	15	68,2	124	67,8	
Fazla Kilolu	3	13,6	35	19,1	

*Fisher exact test uygulanmıştır.

Tablo 12’de daha önce akne tedavisi alma durumu ile aile hekimi başvurusu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Geçmiş akne tedavi türü ile aile hekimi başvurma durumu arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak için çoklu karşılaştırmalar yapıldı. Buna göre aile hekimine başvuranlar arasında sırasıyla topikal tedavi alanların oral tedavi alanlara göre ve tüm tedavileri almış olanların oral tedavi alanlara göre daha yüksek oranda olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$), **($p<0,05$).

Tablo 12: Bireylerin akne vulgaris için daha önce akne tedavisi alma ve tedavi türlerine göre aile hekimine başvuru durumları

Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
Daha önce akne tedavisi	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	
Var	22	100	130	71	$\chi^2=8,593$ p=0,003
Yok	0	0	53	29	
Toplam	22	100	183	100	
Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
Daha önce akne tedavisi alanlar için geçmiş tedavi türü	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	
Topikal Tedavi	12	14,8*	69	85,2	$\chi^2=9,437$ p=0,009
Oral Tedavi	1	1,4*,**	68	98,6	
Hepsi	9	16,4**	46	83,6	
*p=0,004 **p=0,003					

*p=0,004 **p=0,003

Tablo 13'te ailede akne hikayesi varlığına göre aile hekimine başvurma durumları incelendiğinde; ailesinde akne hikayesi olanlarda aile hekimliğine başvurma oranı %63,6 iken aile hikayesi olmayanlarda bu oran %36,4'tü. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 13: Bireylerin aile öyküsüne aile hekimine başvuru durumlarının dağılımı

Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
Ailede akne hikayesi	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	
Var	14	63,6	112	62,2	$\chi^2=0,049$ p=0,825
Yok	8	36,4	71	38,8	
Toplam	22	100	183	100	

Tablo 14'te AV süresi ile akne vulgaris için aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 14: Bireylerin hastalık süresine göre aile hekimine başvuru durumları

Akne ne zamandır var?	Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?				İstatistiksel analiz
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
0-12 ay	3	13,6	36	20,8	x²=0,464 p=0,496
12 ay ve üstü	19	86,4	147	79,2	
Toplam	22	100	173	100	

Tablo 15’te akne şiddeti ile akne vulgaris için aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 15: Bireylerin akne şiddetine göre aile hekimine başvuru durumları

GADS Skoru (Akne Şiddeti)	Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurdunuz mu?				İstatistiksel analiz
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Hafif	6	11,1	48	88,9	x²=9,36 p=0,626
Orta	13	12,1	94	87,9	
Şiddetli	3	6,8	41	93,2	
Toplam	22	100	183	100	

Tablo 16’da eğitim durumu ile akne vulgaris için aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 16: Bireylerin eğitim durumlarına göre aile hekimine başvuru durumları

Mevcut akne vulgaris hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?					İstatistiksel analiz
Eğitim Durumu	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Ortaokul	0	0	6	3,3	x²=1,021 p=0,600
Lise	16	72,7	119	65,0	
Lisans	6	27,3	58	31,7	
Toplam	22	100	183	100	

Tablo 17’de bireylerin depresyon ve anksiyete durumları cinsiyete göre değerlendirilmektedir. Kadınların toplam BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları sırasıyla $15,49 \pm 8,70$ ve $13,67 \pm 10,06$ iken erkeklerin toplam BDÖ ve BAÖ puan ortalamaları sırasıyla $11,73 \pm 9,85$ ve $10,18 \pm 9,71$ idi. Kadınlarda depresyon ve anksiyete ortalama

skorları erkeklere göre daha yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Ancak anksiyete düzeyleri açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Bireylerin depresyon ve anksiyete durumlarının cinsiyete göre değerlendirilmesi

Hastaların beck depresyon ve beck anksiyete skorlarının değerlendirilmesi	Cinsiyet				İstatistiksel analiz
	Erkek		Kadın		
	n	%	n	%	
Beck Depresyon Skoru					$\chi^2=10,670$ p=0,014
Minimal 0-9 puan	22	44,9	37	23,7	
Hafif 10-16 puan	18	36,7	59	37,8	
Orta 17-29 puan	6	12,2	47	30,11	
Şiddetli 30-63 puan	3	6,1	13	8,3	
Toplam	49	100	156	100	
Beck Anksiyete Skoru					$\chi^2=4,205$ p=0,240
Çok hafif 0-7 puan	23	46,9	52	33,3	
Hafif 8-15 puan	14	28,6	44	28,2	
Orta 16-25 puan	9	18,4	40	25,6	
Şiddetli 26-63 puan	3	6,1	20	12,8	
Toplam	49	100	156	100	

Tablo 18’de bireylerin depresyon ve anksiyete durumları akne şiddetine göre değerlendirilmektedir. Akne şiddetine göre anksiyete ve depresyon ortalama skor ve düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 19’da bireylerin depresyon ve anksiyete durumlarına göre aile hekimine başvurma durumları değerlendirilmektedir. Aile hekimine başvurmayanların depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 18: Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin akne şiddetine göre değerlendirilmesi

GADS Skoru (Akne Şiddeti)							
Hastaların beck depresyon ve beck anksiyete skorlarının değerlendirilmesi	Hafif		Orta		Şiddetli		İstatistiksel analiz
	n	%	n	%	n	%	
Beck Depresyon Skoru							
Minimal 0-9 puan	14	25,9	32	29,9	13	29,5	x²=1,686 p=0,946
Hafif 10-16 puan	19	35,2	42	39,3	16	36,4	
Orta 17-29 puan	17	31,5	24	22,4	12	27,3	
Şiddetli 30-63 puan	4	7,4	9	8,4	3	6,8	
Toplam	54	100	107	100	44	100	
Beck Anksiyete Skoru							
Çok hafif 0-7 puan	22	40,7	41	54,7	12	27,3	x²=11,404 p=0,077
Hafif 8-15 puan	9	16,7	31	29,0	18	40,9	
Orta 16-25 puan	19	35,2	21	19,6	9	20,5	
Şiddetli 26-63 puan	4	7,4	14	13,1	5	11,4	
Toplam	54	100	107	100	44	100	

Tablo 19: Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin aile hekimine başvuru durumuna göre dağılımı

	Mevcut akne vulgaris (sivilce) hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?					
Hastaların beck depresyon ve beck anksiyete skorlarının değerlendirilmesi	Evet		Hayır		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%		
Beck Depresyon Skoru						
Minimal 0-9 puan	7	31,8	52	28,4	p=0,580	x²=1,963
Hafif 10-16 puan	10	45,5	67	36,6		
Orta 17-29 puan	3	13,6	50	27,3		
Şiddetli 30-63 puan	2	9,1	14	7,7		
Toplam	22	100	183	100		
Beck Anksiyete Skoru						
Çok hafif 0-7 puan	8	36,4	67	36,6	p=0,974	x²=0,222
Hafif 8-15 puan	7	31,8	51	27,9		
Orta 16-25 puan	5	22,7	44	24,0		
Şiddetli 26-63 puan	2	9,1	21	11,5		
Toplam	22	100	183	100		

Tablo 20’de bireylerin depresyon ve anksiyete durumlarına göre ilk başvurdıkları sağlık kuruluşlarının dağılımı değerlendirilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin depresyon ve anksiyete skor ortalamalarının ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin skor ortalamalarından daha düşük olduğu tespit edildi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 20: Bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilk başvurdıkları sağlık kuruluşuna göre dağılımı

	Birinci basamak sağlık kuruluşu	İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu	Tüm sağlık kuruluşları	İstatistiksel analiz
Beck Depresyon Skor Ortalaması (Puan)	12,81±9,81	14.80±9,02	14,59±9,10	p=0,335 t=0,933
Beck Anksiyete Skor Ortalaması (Puan)	11,77±9,13	12,96±10,18	12,83±10,06	p=0,602 t=0,273

5. TARTIŞMA

Sağlık politikalarının oluşturulması ve değerlendirilmesi aşamalarında toplumun sağlık hizmeti kullanım özelliklerini bilmek, sağlıkla ilgili politika değişikliklerinin toplumun sağlık hizmetini nasıl etkilediğini belirlemek açısından önemlidir. Birinci basamak sağlık sisteminin güçlü olması toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir (79).

AV, egzemadan sonra en uzun süren bir cilt hastalığı olup hemen her yaşta görülse de 12-24 yaş aralığında daha sıktır. Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması $21,5 \pm 3,5$ (18-36 yaş) yıl olup literatür ile uyumludur (8). ASM ve sağlık ocaklarına başvuranlar üzerinde yapılan birçok çalışmada tüm sağlık problemleri dikkate alındığında kadınların daha sık başvurduğu ortaya konulmuştur (80–82). Yapılan çalışmalarda kadınların akne şikayeti ile hastaneye daha sık başvurdukları görülmüştür (8,83–85).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Aktan ve ark. (5) Denizli’de AV’li lise öğrencilerinin %90’ında hafif düzeyde akne tespit etmişlerdir. Güldü ve ark.’nın (86) Sivas’ta ilköğretim düzeyindeki 1892 öğrencide yaptıkları bir çalışmada %85 hafif şiddette, %15 orta ve şiddetli düzeyde akne saptamışlardır. Diyarbakır’da Çelikten ve ark. (87) akneli bireylerin %68,9’unda hafif, %17,6’sında orta, %13,5’inde şiddetli düzeyde akne tespit etmişlerdir. Çalışmamız da literatür ile uyumlu olup akneli bireylerin %78,5’inde hafif ve orta şiddette, %21,5’inde şiddetli düzeyde AV olduğu görülmüştür.

Son 15 yılda ülkemizde kişi başına yıllık hekim başvurusu yaklaşık 3 kat artmasına rağmen bu başvurular içerisinde birinci basamak sağlık tesislerinin payının değişmediği görülmüştür. Sağlık Bakanlığı’nın istatistiklerine göre 2002’de başvuru oranı %36, 2011’de %40, 2015’te %33 olarak gerçekleşmiştir (88). Benzer bir içimde Kuzeydoğu Anadolu illerinde yapılan bir çalışmada tüm sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı yaklaşık 3 katına çıkmasına rağmen bu başvurular içerisinde birinci basamağın payı %33 olarak belirtilmiştir (89). Kırsal nüfusun daha çok olduğu Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde ise bu oran %30’un altındadır. Literatürde bu konuda farklı sonuçlar dikkati çekmektedir. ASM/sağlık ocağına başvuranlarda yapılan çalışmalarda bireylerin ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşları genellikle ASM/sağlık

ocakları olmuştur. Ülkemizin farklı şehirlerinde 2003-2014 yılları arasındaki çalışmalarda ilk tercih olarak ASM'leri belirtenlerin sıklığı %50-76 arasında olup en çok tercih nedenleri olarak hizmete kolay ulaşım, ekonomik seviyenin düşük olması, ve sağlık probleminin hafif olarak düşünülmesi bulunmuştur (82,90,91). Şanlıurfa'nın bir ilçesinde 2005 yılında yapılan araştırmada ilk tercih edilen sağlık kuruluşu olarak %90 ile sağlık ocağı bulunmuştur (92). Malatya'da 1998 yılında yapılan bir çalışmada ilk başvuru yerini sağlık ocağı olarak belirtenler %10, Edirne'de 1999 yılında yapılan çalışmada ilk başvuru yerini bireylerin sadece %3'ü sağlık ocağı olarak belirtmişlerdir (80,93). Psikiyatri alanında yapılan bazı çalışmalarda ise ilk tercih olarak ASM'leri belirtenlerin sıklığı %3-17 arasında bulunmuştur (94,95). Bizim araştırmamızda katılımcılara AV nedeniyle ilk tercih edecekleri sağlık kuruluşu sorulmuştur. En çok başvuru %90,3'ü Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne iken %2,9'u ASM'ye başvurulduğu görülmüştür. Hasta bakımı haricinde bireylerin sağlığını takip etme, sağlık kayıtlarının doğru tutulması, sağlık eğitimi verme gibi halk sağlığı ile ilgili konular birinci basamak sağlık sisteminin başlıca görevlerindedir. Kişilerin sağlık problemleri olduğunda hiç aile hekimine gitmeden doğrudan ikinci ve üçüncü basamak hastanelere başvurması birinci basamak sağlık sisteminin etkililiğini düşürmekte ve polikliniklerde, acil servislerde yoğunluğa yol açarak buralardaki sağlık hizmeti kalitesini bozmaktadır (79,96,97). Katılımcıların ilk başvuru yeri konusunda tutum ve davranışlarının oldukça farklı olduğu dikkati çekmektedir. ASM başvuru oranlarının düşük olmasına neden olan başlıca sebepler AV tedavisi için kullanılan çoğu ilacın sadece dermatoloji uzmanı tarafından reçete edildiğinde SGK tarafından karşılanabilir olması ve Adıyaman ilinde ikinci basamak sağlık kuruluşunun olmamasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Aile Hekimliği Uzmanlığı tanımının bilinirliğini sorgulayan İstanbul'da acil servis ve psikiyatri polikliniğinde yapılan iki ayrı çalışmada sırasıyla katılımcıların %60,9'u ve %47,4'ü bu kavramı bilmediğini/duymadığını ifade etmişlerdir (98,99). Anketimize katılan bireylere bu soru yönlendirildiğinde çoğunun yeteri kadar bilgi sahibi olmadığını gördük. Bilgi sahibi olmayan bireylere mevcut AV hastalığınız nedeniyle aile hekimi uzmanına başvurur musunuz sorusu yönlendirildiğinde yine çoğunun hayır yanıtı verdiği öğrenilmiştir. Ülkemizde ve birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyen ve aile hekimliği uzmanı tarafından

yürütülmektedir (100). Ülkemizde aile hekimliği sistemine ilk olarak 17 yıl önce, tüm şehirlerde 11 yıl önce geçildiği ve ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında kurulmasına rağmen, 38 yıllık süreçte ‘Aile Hekimliği Uzmanı’ tanımının bilinirliğinin düşük olması üzücüdür. Diğer tıpta uzmanlık dalları gibi Aile Hekimliğinin de bir ihtisas alanı olduğunun topluma anlatılması için daha fazla tanıtım ve bilgilendirme yapılmalıdır.

Acil servise başvuran hastalarda yapılan çalışmalarda Weisz ve ark. (101) hastaların %47’si 1 ay içinde, %35’i 1-6 ay arasında birinci basamağa başvurduğunu, Philips ve ark. (102) ise hastaların bir yılda %29 oranında birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalandığını ifade etmişlerdir. 2005 yılında İlhan ve ark. (103) yaptıkları çalışmada en çok birinci basamak sağlık tesislerine (%71,2) ortalama 4,02 kez, en az da özel hastanelere (%3,0) ortalama 2,39 kez başvurulduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise katılımcılara herhangi bir sebeple ASM’ye hangi sıklıkla gidildiği sorulduğunda %17,6’sının ayda birden fazla kez başvurduğu öğrenilmiştir.

Literatürde, ASM’lerdeki sorunların ve aile hekiminden memnuniyet düzeylerinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmüştür. 2017’de Ankara’da üçüncü basamak bir hastanede yapılan bir araştırmada bireylerin %54’ü aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu, en fazla memnuniyet sebebinin de muayene olmak için sıra beklememek olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların memnun olmama sebepleri arasında en çok ASM’lerin teknik koşullarının yetersiz olması (%78) ve aile hekimlerinin bilgilerinin az olduğu düşüncesine sahip olma (%47) gösterilmiştir (104). 2005’te Ankara’da farklı bir üçüncü basamak hastanede yapılan bir çalışmada ise bireylerin %73’ü sağlık ocağı sisteminden memnun olduğunu belirtmişlerdir (105). Şartların benzer olduğu aynı ildeki 10 yıl arayla yapılmış iki çalışmada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların birinci basamak sağlık sistemiyle ilgili düşüncelerinin daha olumsuz olduğu görülmektedir. Ülkemizde birçok ilde ASM’lere başvuran bireylerde yapılan çalışmalarda aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyi yaklaşık %80 bulunmuştur (82,106–109). Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003’te %40 iken, 2015’te %72 düzeyindedir (88). Çalışmamızda ise ASM’lerdeki en büyük eksiklik sorulduğunda katılımcıların çoğu “yeterli tahlil yapılmadığını” ve “aile hekimlerinin

yeterli olmadığı” cevabını vermiştir. Ayrıca katılımcılar aile hekimlerinin verdiği hizmetleri %55,6 (114 kişi) iyi, %37,6 (77 kişi) orta, %6,8 (14 kişi) kötü olarak değerlendirmiş ve sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Dalgard ve ark. (110) yaygın cilt hastalıkları olan hastalarda, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yüksek oranda anksiyete bozuklukları, depresyon ve intihar düşünceleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Genel popülasyonda görülen depresyon sıklığı %6-8 olup dermatolojik hastalarda ise %25-40’a kadar yüksek görülebilmektedir (111). Bu hastalıklardan biri olan AV’nin yüksek psikolojik yük ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (112). Yüz veya vücudun diğer kısımları gibi görünür alanlarda akne lezyonlarının varlığı bu hastalarda ruhsal rahatsızlıklara neden olabilir. Bu nedenle, akne ve ruhsal bozukluklar arasında sıklıkla komorbiditelerden bahsedilir (1). AV’li bireylerin %50’ye kadarının stresten etkilendiği bildirilmiş ve akne şiddeti ve post-akne skarları depresif bozuklukların, anksiyete bozukluklarının ve sosyal fobinin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir (2,113). Litvanya’da yapılan bir çalışmada AV’li bireylerin %38.4’ünde anksiyete belirtileri, %23.1’inde depresyon belirtileri, %12,9’unda akne nedeniyle intihar düşüncesine sahip olduğu ve %96,5’inde akne nedeniyle düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür (114). Yeni Zelanda’da ortaokul öğrencilerini kapsayan kesitsel bir araştırmada, akne problemi olan öğrencilerde yüksek oranda depresif belirtiler (%24), anksiyete (%9), intihar düşünceleri (%34) ve intihar girişimleri (%13) bildirilmiştir (115). Ergen akneli bireylerdeki depresyon, beden imajı ve benlik değeri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada akneli bireylerin depresyonla ilişkili özelliklerin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu, daha düşük benlik saygısı, daha az vücut tatmini ve daha fazla yararsızlık duygusu sergiledikleri görülmüştür (54). Benzer şekilde kesitsel bir çalışmada, 18-19 yaş arası 3.775 ergende şiddetli akne ile ruh sağlığı değişiklikleri ve intihar eğilimleri arasındaki ilişki araştırılmış şiddetli aknesi olan bireylerde, aknesi olmayan/az aknesi olan bireylere göre daha sık intihar düşüncesi olduğu gösterilmiştir (116). Tasoula ve ark. (117) 1.531 Yunan ergende akne şiddetinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Yazarlar, akne şiddetinin yaşam kalitesi ve ruh sağlığındaki bozulma ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve şiddetli aknesi olan bireylerin daha fazla duygusal ve psikososyal değişiklikler yaşadığını tespit etmişlerdir. Benzer bulgular Öztürk ve ark. (118) Türk popülasyonunda yaptıkları bir vaka kontrol çalışmasında

AV'li bireylerin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek anksiyete ve depresyon puanlarına sahip olduklarını ve akne şiddeti arttıkça sosyal anksiyete düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Depresyon için 35 makale 1.029.299 katılımcı, anksiyete için 24 makale 21.634 katılımcının dahil edildiği bir metaanalizde akne, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki değerlendirilmiş, depresyon ve anksiyete görülme sıklığının AV'li yetişkinlerde ergenlere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bununla birlikte çalışmanın kısıtlılığı olarak yetişkin bireylerdeki heterojenlik, yetişkin AV'li bireylerin aşırı temsili ve çalışılan coğrafi bölgelerdeki farklılıklar olduğu belirtilmiştir (52). Mishra ve ark. (119) depresyon puanı ile akne şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bu nedenle hastaların daha fazla dış görünüşten ve lezyon şiddetinden etkilendiğini düşünmüşlerdir. Objektif ve subjektif olarak değerlendirilen akne şiddeti ile ruhsal bozuklukların şiddeti arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyi ile akne şiddeti arasında orta düzeyde fakat anlamlı bir pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (114). Benzer şekilde Saker ve ark. (120) Mısır'da 140 AV'li bireyde yaptıkları bir çalışmada akne şiddeti ile hem anksiyete hem de depresyon şiddeti arasında pozitif bir ilişki saptamıştır.

Akne, anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmayan çalışmalar da mevcuttur. Suudi Arabistan Medine bölgesinde 12-60 yaş aralığındaki 296 AV tanılı bireyler ile kontrol grubunda anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelenmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmış, akne grubundaki genel anksiyete puanı kontrol grubu ile anlamlı bir farklılık olduğu gösterilmiştir. Ayrıca akne grubunda anksiyete ve depresyon arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (84). Golchai ve ark. (49) yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bulmuş ve AV'li bireylerin kontrol grubuna göre anksiyete skorlarının belirgin yüksek iken depresyon skorlarında bir farklılık saptanmamıştır. Kurtalić ve ark. (121) akne şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını, bu nedenle bu hastaların psikolojik durumlarının bir göstergesi olarak akne klinik şiddetinin değerlendirilemeyeceğini tespit etmişlerdir. Aktan ve ark. (5) Türkiye'de akneli 615 ergenle, Srivastava ve ark. (122) Pakistan'da 46 hasta ile yaptıkları çalışmada akne şiddeti, anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Akne şiddetinin artması özellikle depresyonu olan hastalarda psikolojik durumu daha da kötüleştirdiğini ileri süren çalışmalar da mevcuttur (123). Jena ve Sahoo (124)

yaptıkları bir çalışmada depresyon, anksiyete puanlarının AV ile ilişkili olduğunu ancak akne şiddeti ile bir ilişkisi olmadığını saptamışlardır. Gupta ve Gupta (125) yaptıkları çalışmada ise akne şiddetinden bağımsız bir şekilde anksiyete ve depresyon bulgularının olduğunu saptamışlardır. Ayrıca akne kaynaklı depresif belirtilerinin, beden imajı kaygılarına karşı oluşan belirtiler olabileceği, depresyon ve akne arasındaki ilişkinin multifaktöriyel olduğu, akne nedenli estetik kaygılar ile depresif belirtilerin orantısız olduğu çıkarımında bulunulmuştur. Şiddetli AV'li hastalarda bilişsel fonksiyonların depresyon ve anksiyeteden etkilenme durumunun araştırıldığı bir çalışmada AV'li hastalarda depresyon ve anksiyetenin farklı düzeylerde arttığı ve AV'de depresyon ve anksiyete ile ters orantılı olarak bilişsel fonksiyon skorlarının düştüğü görülmüştür (83). Bizim çalışmamızda ise akne şiddeti ile anksiyete ve depresyon puan ve düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Akne şiddeti ile depresyon ve anksiyete ilişkisini saptamak için farklı popülasyonlarda ve daha büyük örneklem gruplarında çalışmalar yapılması faydalı olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; adolesan dönemdeki bireyleri kapsamaması, kontrol grubunun olmaması, çalışmanın tek merkezli ve sadece üçüncü basamak sağlık tesisinde yürütülmüş olması gösterilebilir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada, 18 yaş üstü AV tanılı 205 bireyin genel özellikleri, anksiyete ve depresyon durumları ve aile hekimi başvuruları hakkında katılımcıların görüşleri değerlendirilmiştir. Aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1. Çalışmaya katılan 205 kişinin; %23,9'u erkek, %76,1'i kadındır. Bireylerin yaş ortalaması $21,5 \pm 3,5$ (18-36) yıldır.
2. Bireylerin %26,3'ünde (54 kişi) hafif şiddette, %52,2'sinde (107 kişi) orta şiddette, %21,5'inde (44 kişi) ise şiddetli AV tespit edilmiştir.
3. Bireylerin %55,6'sı (68 kişi) "Aile Hekimliği Uzmanı" tanımını hiç duymadığını bildirmiştir. AV nedeniyle bireylerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşu %90,3 (185 kişi) ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne olmuştur. Aile hekimlerinin birinci basamakta bütüncül bir yaklaşım ile pek çok hastalık için olduğu gibi AV gibi sık görülen bir dermatolojik hastalık için de ilk başvuru yeri olduğunun hastalar tarafından yeterince bilinmediği görülmüştür.
4. Bireylerin cinsiyete göre depresyon ve anksiyete ilişkileri değerlendirildiğinde kadınlarda depresyon puan ve düzeylerinin ve anksiyete puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Ancak anksiyete düzeyleri açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).
5. Akne şiddetine göre anksiyete ve depresyon ortalama skor (puan) ve düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).
6. AV için aile hekimi başvurusu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, VKİ değişkenleri, akne süresi ve akne şiddeti arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).
7. AV için aile hekimi başvurusu ile daha önce akne tedavisinin sorgulandığı değişkenleri arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p < 0,05$). Buna göre daha önce akne tedavisi alan bireyler içinde aile hekimine başvuranların (22 kişi) başvurmayanlara göre (130 kişi) daha az oldukları tespit edilmiştir.
8. AV için aile hekimine başvurmayanların depresyon ve anksiyete puanlarının arttığı görülmüş ancak bu durum anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p > 0,05$).

9. AV için ilk başvuru olan sağlık kuruluşunun türüne göre birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının ikinci ve     nc  basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde bu konu ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Ruhsal yönden etkilendiği düşünülen AV hastalarının psikiyatri hekimlerine yönlendirilmesi, bu hastaların daha erken tanınmasını sağlayacaktır. Başta aile hekimleri olmak üzere birinci basamakta çalışan hekimlerin konu ile ilgili farkındalıklarının arttırılması gerektiğini düşünmekteyiz. ASM'lerin ilk başvurulacak sağlık tesisi olarak benimsenmesi için öncelikle bu konuda çalışmalar yapılmalıdır. Bireyleri birinci basamağa başvurmadan doğrudan ikinci ve     nc  basamağa yönlendiren en önemli sebeplerden biri de aile hekimlerine olan güvensizlik ve aile hekimlerinin yetersizlik algısı olup bu konuda geniş çaplı çalışmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Cortés H, Rojas-Márquez M, Del Prado-Audelo ML, Reyes-Hernández OD, González-Del Carmen M, Leyva-Gómez G. Alterations in mental health and quality of life in patients with skin disorders: a narrative review. *Int J Dermatol*. 2021 Aug 17;1–9.
2. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15(6):541–5.
3. Yarpuz AY, Saadet ED, Şanlı HE, Özgüven HD. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Türk Psikiyatr Derg*. 2008;19(1):29–37.
4. Kaymak Y, Kalay M, Ilter N, Taner E. Incidence of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris patients. *Psychol Rep*. 2006 Dec 31;99(3):897–906.
5. Aktan S, Özmen E, Şanlı B. Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol*. 2000;39(5):354–7.
6. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, van de Kerkhof PCM, van Weel C, Duller P, van der Valk PGM, et al. Psychosocial well-being of patients with skin diseases in general practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 May;21(5):662–8.
7. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(2):250–5.
8. Aslan Kayiran M, Karadag AS, Jafferany M. Psychodermatology of acne: Dermatologist's guide to inner side of acne and management approach. *Dermatol Ther*. 2020 Nov 1;33(6).
9. Waisman M. Concepts of acne of the British school of dermatology prior to 1860. *Int J Dermatol*. 1983 Mar;22(2):126–9.
10. Moradi Tuchayi S, Makrantonaki E, Ganceviciene R, Dessinioti C, Feldman SR, Zouboulis CC. Acne vulgaris. *Nat Rev Dis Prim*. 2015 Sep 17;1:15029.
11. Tom WL, Fallon Friedlander S. Acne through the ages: case-based observations through childhood and adolescence. *Clin Pediatr (Phila)*. 2008 Sep;47(7):639–51.
12. Shalita AR. Acne: clinical presentations. *Clin Dermatol*. 2004 Sep;22(5):385–6.
13. Bhat YJ, Latief I, Hassan I. Update on etiopathogenesis and treatment of Acne. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017 May 1;83(3):298–306.
14. Gollnick HPM. From new findings in acne pathogenesis to new approaches in treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Jun 1;29 Suppl 5:1–7.

15. Kesikoğlu AF. Akne Klinik. Turkderm Turkish Arch Dermatology Venereol. 2020;54(1):4–8.
16. Becker M, Wild T, Zouboulis CC. Objective assessment of acne. Clin Dermatol. 2017 Mar 1;35(2):147–55.
17. Saurat JH. Strategic Targets in Acne: The Comedone Switch in Question. Dermatology. 2015 Aug 20;231(2):105–11.
18. Toy GG, Allı N, Güngör E, İkizoğlu G. İzotretinoin Tedavisi Sırasında Akne Fulminans Gelişen Bir Olgu. Türkiye Klin Dermatoloji Derg. 2002;12(3):160–2.
19. Seneschal J, Kubica E, Boursault L, Stokkermans J, Labreze C, Milpied B, et al. Exogenous inflammatory acne due to combined application of cosmetic and facial rubbing. Dermatology. 2012 Jul;224(3):221–3.
20. Kazandjieva J, Tsankov N. Drug-induced acne. Clin Dermatol. 2017 Mar 1;35(2):156–62.
21. Korting HC, Borelli C, Schöllmann C. [Acne vulgaris. Role of cosmetics]. Hautarzt. 2010 Feb;61(2):126–31.
22. Pochi PE, Shalita AR, Strauss JS, Webster SB, Cunliffe WJ, Irving Katz H, et al. Report of the Consensus Conference on Acne Classification. Washington, D.C., March 24 and 25, 1990. J Am Acad Dermatol. 1991 Mar;24(3):495–500.
23. 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.
24. Akay BN SH. Akne vulgariste etyopatogenezi. Türkiye Klin Akne Özel Sayısı. 2009;2(3):11–6.
25. İlter N, Temel B. Aknede Algoritmik Tedavi Yaklaşımları. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol. 2020;54(Suppl 1):75–7.
26. Habeshian KA, Cohen BA. Current Issues in the Treatment of Acne Vulgaris. Pediatrics. 2020 May 1;145(Suppl 2):225–30.
27. Oge’ LK, Broussard A, Marshall MD. Acne Vulgaris: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2019 Oct 15;100(8):475–84.
28. Gamble R, Dunn J, Dawson A, Petersen B, McLaughlin L, Small A, et al. Topical antimicrobial treatment of acne vulgaris: an evidence-based review. Am J Clin Dermatol. 2012 Jun 1;13(3):141–52.
29. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016 May 1;74(5):945-973.e33.
30. Thielitz A, Gollnick H. Topical retinoids in acne vulgaris: update on efficacy and safety. Am J Clin Dermatol. 2008;9(6):369–81.

31. Diane T. Versatility of azelaic acid 15% gel in treatment of inflammatory acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2008;7(1):13–6.
32. Bienenfeld A, Nagler AR, Orlow SJ. Oral Antibacterial Therapy for Acne Vulgaris: An Evidence-Based Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Aug 1;18(4):469–90.
33. Garner SE, Eady A, Bennett C, Newton JN, Thomas K, Popescu CM. Minocycline for acne vulgaris: efficacy and safety. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Aug 15;2012(8).
34. Chien AL, Qi J, Rainer B, Sachs DL, Helfrich YR. Treatment of Acne in Pregnancy. *J Am Board Fam Med*. 2016 Mar 1;29(2):254–62.
35. Vallerand IA, Lewinson RT, Farris MS, Sibley CD, Ramien ML, Bulloch AGM, et al. Efficacy and adverse events of oral isotretinoin for acne: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2018 Jan 1;178(1):76–85.
36. Hitzeman N, Health S. Family Physicians Are Well Suited to Prescribe Isotretinoin. *Am Fam Physician*. 2016 Sep 1;94(5):342–4.
37. Alhusayen RO, Juurlink DN, Mamdani MM, Morrow RL, Shear NH, Dormuth CR. Isotretinoin use and the risk of inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *J Invest Dermatol*. 2013;133(4):907–12.
38. Huang YC, Cheng YC. Isotretinoin treatment for acne and risk of depression: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Jun 1;76(6):1068-1076.e9.
39. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Jul 11;
40. Layton AM, Eady EA, Whitehouse H, Del Rosso JQ, Fedorowicz Z, van Zuuren EJ. Oral Spironolactone for Acne Vulgaris in Adult Females: A Hybrid Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Apr 1;18(2):169–91.
41. Barbaric J, Abbott R, Posadzki P, Car M, Gunn LH, Layton AM, et al. Light therapies for acne. *Cochrane database Syst Rev*. 2016 Sep 27;9(9).
42. Shereen N M, Whitney P B. Diet and acne update: carbohydrates emerge as the main culprit. *J Drugs Dermatol*. 13(4):428-35.
43. Fiedler F, Stangl GI, Fiedler E, Taube KM. Acne and Nutrition: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2017 Jan 1;97(1):7–9.
44. Cao H, Yang G, Wang Y, Liu JP, Smith CA, Luo H, et al. Complementary therapies for acne vulgaris. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Jan 19;1(6).
45. Do JE, Cho SM, In S Il, Lim KY, Lee S, Lee ES. Psychosocial Aspects of Acne Vulgaris: A Community-based Study with Korean Adolescents. *Ann Dermatol*. 2009;21(2):125–9.

46. Pondeljnak N, Lugović-Mihić L. Stress-induced Interaction of Skin Immune Cells, Hormones, and Neurotransmitters. *Clin Ther*. 2020 May 1;42(5):757–70.
47. Zouboulis CC, Böhm M. Neuroendocrine regulation of sebocytes -- a pathogenetic link between stress and acne. *Exp Dermatol*. 2004;13 Suppl 4(4):31–5.
48. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999 May 12;281(18):1707–13.
49. 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 Oct;55(4):352–4.
50. Uhlenhake E, Yentzer BA, Feldman SR. Acne vulgaris and depression: a retrospective examination. *J Cosmet Dermatol*. 2010 Mar;9(1):59–63.
51. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *J Psychiatr Res*. 2007 Apr;41(3–4):207–13.
52. Samuels D V., Rosenthal R, Lin R, Chaudhari S, Natsuaki MN. Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: A meta-analytic review. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Aug 1;83(2):532–41.
53. Sood S, Jafferany M, Vinaya kumar S. Depression, psychiatric comorbidities, and psychosocial implications associated with acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol*. 2020 Dec 1;19(12):3177–82.
54. Dalgard F, Gieler U, Holm JØ, Bjertness E, Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: results from a population survey. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(5):746–51.
55. McDonald K, Shelley A, Jafferany M. The PHQ-2 in Dermatology-Standardized Screening for Depression and Suicidal Ideation. *JAMA dermatology*. 2018 Feb 1;154(2):139–41.
56. Gieler U, Gieler T. Suicidal risk with isotretinoin treatment - a never-ending story. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Jun 1;34(6):1131–3.
57. Marqueling AL, Zane LT. Depression and suicidal behavior in acne patients treated with isotretinoin: a systematic review. *Semin Cutan Med Surg*. 2005 Jun;24(2):92–102.
58. Ramrakha S, Fergusson DM, Horwood LJ, Dalgard F, Ambler A, Kokaua J, et al. Cumulative mental health consequences of acne: 23-year follow-up in a general population birth cohort study. *Br J Dermatol*. 2016;175(5):1079–81.
59. Marron SE, Miranda-Sivelo A, Tomas-Aragones L, Rodriguez-Cerdeira C, Tribo-Boixaro MJ, Garcia-Bustinduy M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne: a multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Feb 1;34(2):370–6.

60. Sarkar S, Patra P, Mridha K, Ghosh S, Mukhopadhyay A, Thakurta R. Personality disorders and its association with anxiety and depression among patients of severe acne: A cross-sectional study from Eastern India. *Indian J Psychiatry*. 2016 Oct 1;58(4):378–82.
61. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*. 2001;15(5):351–9.
62. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(12):833–42.
63. Gupta MA, Gupta AK, Vujcic B. Increased frequency of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in acne versus dermatologic controls: analysis of an epidemiologic database from the US. *J Dermatolog Treat*. 2014 Apr;25(2):115–8.
64. Yıldırım H, Yıldırım T. Avrupa Birliği’ne üyelik sürecinde Türkiye sağlık sektörü. İmaj Yayınevi; 2011.
65. Başol E. Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balk Sos Bilim Derg*. 2015 Jul 1;4(8):128–40.
66. Uzun A, Topsever P, Unluoglu I, Caylan A, Dagdeviren N, Uncu Y, et al. Residents’ views about family medicine specialty education in Turkey. *BMC Med Educ*. 2010 Apr 15;10(29).
67. Mola E, Eriksson T. Commission of the WONCA European Council. In Barcelona; 2011.
68. Aile Hekiminin Tanımı [Internet]. Available from: <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanimi.html>
69. Dünyada Aile Hekimliği [Internet]. Available from: <https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR-34675/dunyada-aile-hekimligi.html>
70. R.McWhinney I, T. F. Textbook of Family Medicine. United Kingdom: Oxford University Press; 2009.
71. R. J, editor. Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford University Press; 2004.
72. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2013 [Internet]. 2013. Available from: www.saglik.gov.tr/TR,10516/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeli.html
73. Kavukçu E, Burgazlı M. Almanya’da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. *J Turkish Fam Physician*. 2011 Jun 18;2(2):1–4.
74. Oral Aİ. ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi E-Arşiv Cilt:02 Sayı:2* (2002).

75. T.C. Sağlık Bakanlığı. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun. Ankara: Resmi Gazete (25665 sayılı) (2004).
76. WHO. Obesity and overweight Fact sheet N°311. 2015.
77. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988 Jan 1;8(1):77–100.
78. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7.
79. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003 Jun;38(3):831–65.
80. Sünter AT, Dabak Ş, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. J Exp Clin Med. 2009 Dec 23;20(3):135–9.
81. Kırılmaz H, Öztürk K. Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. Sağlık Akad Derg. 2018 Mar 31;5(1):60–70.
82. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. TSK Koruyucu Hekim Bülteni. 2013;12(1):49–56.
83. Gürel G, Saçmacı H. Şiddetli Akne Vulgaris Hastalarındaki Anksiyete ve Depresyonun Bilişsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Türk Dermatoloji Derg. 2019 Mar 1;13(1):25–9.
84. Molla A, Alrizqi H, Alharbi E, Alsubhi A, Alrizqi S, Shahada O. Assessment of Anxiety and Depression in Patients with Acne Vulgaris in Medina: A Case-Control Study. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2021;14:999–1007.
85. 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.
86. Güldü A, Akyol M. Sivas il merkezindeki ilköğretim okullarında akne vulgaris prevalansı | TR Dizin. Türkderm-Deri Hast ve Frengi Arşivi. 2002;36(3):202–5.
87. Çelikten M. Akne Vulgarisli Hastalarda Beden Algısı Ve Benlik Saygısı. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2017.
88. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2015.
89. Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Balkan Med J. 2011 Jan 1;2011(1):55–61.

90. Beşparmak A, Seviğ Ü. Kayseri İl Merkezi Argıncık Sağlık Ocağı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilim Derg. 2005;14(1):1–7.
91. Kızıl C, Akmen V, Öztürk S. Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği. Beykent Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2015 Jun 25;8(2):33–47.
92. Akıllı A, Genç M. Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Turgut Özal Tıp Merk Derg. 2007;14(2):95–9.
93. Şahin ÖÖ, Şahin EM. Aile Hekimliğinin Toplumda Tanınma Durumu. Türkiye Aile Hekim Derg. 2003;7(1):28–32.
94. Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: Equal use for equal needs? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008 Oct;43(10):808–15.
95. Özilice Ö, Uçku R. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2017;31(2):63–9.
96. Boerma GW. Profiles of general practice in Europe : an international study of variation in the tasks of general practitioners. 2003.
97. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir. Toplum ve Hekim. 2003;18:251–7.
98. Sayın E. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Yeşil Alan Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği; 2018.
99. Çelik İH. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Psikiyatri Kliniği; 2017.
100. Soysal A, Kırarç R, Ali A. Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2016;6(10):76–89.
101. Weisz D, Gusmano MK, Wong G, Trombley John. Emergency Department Use: A Reflection of Poor Primary Care Access? Am J Manag Care. 2015;21(2):152–60.
102. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. BMC Fam Pract. 2010;11:88.

103. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal NF, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekim Bülteni*. 2006;25(3):33–41.
104. Güven EA. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelen. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2017.
105. Aydoğan Ü. Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi; 2005.
106. Ağdemir H. Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Çag Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2012.
107. Gürfidan C. Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti Ve Memnuniyet Kırklareli İl Merkezi Örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı; 2014.
108. Mete B, Pehlivan E, Tekin C, Nacar E, Ünver E, Baran A, et al. Satisfaction Levels of the Adults who Benefit from the Family Medicine Care in Malatya City Center and the Factors that Affect it [Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler]. *Med Sci*. 2015;4(4):2721–31.
109. Söyleyici T. Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Denizli uygulaması. Pamukkale Üniversitesi; 2010.
110. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015 Apr 20;135(4):984–91.
111. Ahmed S, Ahmed I. Frequency And Magnitude Of Anxiety And Depression Among Acne Patients: A Study Of 100 Cases - BiblioMed.org - Deposit for Medical Articles. *J Liaquat Uni Med Heal Sci*. 2007;6(1):25–9.
112. Kubba R, Bajaj A, Thappa D, Sharma R, Vedamurthy M, Dhar S, et al. Acne in India: Guidelines for management. In: *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 7th ed. 2009. p. 1–2.
113. Villani A, Carmela Annunziata M, Antonietta Luciano M, Fabbrocini G. Skin needling for the treatment of acne scarring: A comprehensive review. *J Cosmet Dermatol*. 2020 Sep 1;19(9):2174–81.
114. Lukaviciute L, Navickas P, Navickas A, Grigaitiene J, Ganceviciene R, Zouboulis CC. Quality of life, anxiety prevalence, depression symptomatology and suicidal ideation among acne patients in Lithuania. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Nov 1;31(11):1900–6.

115. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *J Paediatr Child Health*. 2006 Dec;42(12):793–6.
116. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol*. 2011;131(2):363–70.
117. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, Lazarou D, Danopoulou I, Katsambas A, et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*. 2012 Nov;87(6):862–9.
118. Öztürk A, Deveci E, Bağcıoğlu E, Atalay F, Serdar Z. Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. *Turkish J Med Sci*. 2013;43:660–6.
119. Mishra N, Rastogi MK, Gahalaut P, Srivastava N, Aggarwal A. Assessment of depression in patients of acne vulgaris and its correlation with severity of acne, post acne scarring and gender | *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. *J Pakistan Assoc Dermatologists*. 2017 Oct;27(4):313–9.
120. Saker AA, El-Moez KA, Mohammad RW, Ismail NA. Evaluation of psychiatric morbidity and quality of life in patients with acne vulgaris. *Egypt J Psychiatry*. 2015;36(3):149.
121. Kurtalić N, Kurtalić N, Hadžigrahić N, Tahirović H, Šadić S. Assessment of anxiety and depression in adolescents with acne vulgaris related to the severity of clinical features and gender. *Acta Med Acad*. 2010 Jul 19;39(2):159–64.
122. Srivastava S, Bhatia MS, Das P, Bhattacharya SN. A Cross-sectional study of quality of life and psychiatric morbidity in patients with Acne Vulgaris. *J Pakistan Psych Soc*. 2008;5(2):86–9.
123. Berry S. An Assessment of Acne, Stress, and Psychological Symptoms in College Students: A Daily Diary Study. *Honors Theses*. 2020.
124. Jena AK, Sahoo S. Evaluation Of Associated Anxiety And Depression In Patients With Acne Vulgaris: A Hospital Based Clinico-epidemiological Study., *Paripex - Indian Journal Of Research(PIJR)*, *PIJR | World Wide Journals*. *Paripex Indian J Res*. 2016 Oct;5(10).
125. Gupta MA, Gupta AK. The psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol*. 2001;19(3):360–3.

8. EKLER

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

No Veri Kayıt Formu

1 Hasta No

2 Yaş

3 Öğrenim Düzeyi

İlkokul Ortaokul Lise Lisans Lisansüstü

4 Cinsiyet

Erkek Kadın

5 Sigara Kullanımı

Var Yok

6 VKİ (kg/m²)

Zayıf Normal Fazla Kilolu Obez Morbid Obez
<18.5 18.5-24.9 25-29.9 30-39.9 ≥40

7 Daha önce akne tedavisi:

Var Yok *topikal tedavi* *oral antibiyotik* *oral isotretinoin*

8 Ailede akne hikayesi

Var Yok *Anne* *Baba* *Kardeşler*

9 GADS skoru (akne şiddeti):

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok Şiddetli
0 1-18 19-30 31-38 39-44

10 Akne ne zamandır var?

EK 2: AİLE HEKİMLİĞİ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ek2: AİLE HEKİMLİĞİ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Mevcut akne vulgaris (sivilce) hastalığınız için ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

- A: aile sağlığı merkezi
- B: eğitim ve araştırma hastanesi
- C: özel hastane
- D: üniversite hastanesi

2. Mevcut akne vulgaris (sivilce) hastalığınız için aile hekiminize başvurduğunuz mu?

- A: evet
- A: hayır

(cevabınız evet ise 3. Soru hayır ise 4. Soruyu cevaplayınız)

3. Bu şikayet ile başvurduğunuzda aile hekiminiz sizi nasıl değerlendirdi?

- A: tedavi düzenledi.
- B: tedavi düzenledi ve kontrol için çağırdı.
- C: hastaneye yönlendirdi.
- D: tedavi düzenleyip sonrasında kontrol için hastaneye yönlendirdi.
- E: diğer

4. Neden başvurmadınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- A: aile hekimliği hakkında bilgim yok
- B: aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmüyorum
- C: aile sağlığı merkezinde teknik donanımın yeterli olduğunu düşünmüyorum
- D: uzman hekim tarafından muayene olmak istiyorum
- E: hastane şartlarında muayene olmak istiyorum.
- F: diğer

5. 'Aile Hekimliği Uzmanı' tanımını hiç duydunuz mu?

- A: evet
- B: hayır

6. Hayır ise; mevcut hastalığınız için aile hekimliği uzmanına başvurmayı düşünür müsünüz?

- A: evet
- B: hayır

7. Daha önce aynı şikayet ile aile hekimine kaç kez başvurduunuz?

A: hiç başvurmam.

B: 1 kez

C: 2 kez

D: 3 ve daha fazla

8. Aile sağlığı merkezine hangi sıklıkla gidersiniz? (kez/ayda)

A: hiç gitmem

B: 1 kez

C: birden fazla

9. Aile hekimine en sık hangi nedenle başvurursunuz?

(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

A: hastalandığımda tedavi olmak için

B: sürekli kullandığım ilaçlarımı yazdırmak için

C: raporlu ilaçlarımı yazdırmak için

D: ilaç raporu almak/yeniletmek için

E: aşılama hizmetleri için

F: diğer nedenler

10. Sizce aile sağlığı merkezlerindeki en büyük eksiklik/sorun nedir?

A. yeterli tahlil yapılmıyor

B. aile hekimleri yeterli değil

C. aile hekimliği merkezleri çok kalabalık

D. ulaşım zor

E. hastaya ilgi yetersiz

F. diğer (belirtiniz)

11. Aile hekiminizin verdiği tüm hizmetleri nasıl değerlendirirsiniz?

a: çok iyi

b: iyi

c: orta

d: kötü

e: çok kötü

EK 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hasta No

Tarih:

Aşağıda 21 maddeden oluşan formda yazılı seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Geçtiğimiz bir (1) hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan 'bir' ifadeyi işaretleyiniz.

- 1 ☐ Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
☐ Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
☐ Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.
☐ O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

- 2 ☐ Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
☐ Gelecek için karamsarım.
☐ Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
☐ Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.

- 3 ☐ Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
☐ Kendimi çevremdeki birçok kişiden daha başarısız hissediyorum.
☐ Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
☐ Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

- 4 ☐ Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
☐ Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.
☐ Artık hiçbir şey tam anlamıyla zevk vermiyor.
☐ Her şeyden sıkılıyorum.

- 5 ☐ Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
☐ Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
☐ Sağlık endişem nedeniyle başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
☐ Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

- 6 ☐ Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
☐ Cezalandırılabilirim gibi seziyorum.
☐ Cezalandırılmayı bekliyorum.
☐ Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7 ☐ Kendimden hoşnutum
☐ Kendimden pek hoşnut değilim.
☐ Kendime kızyorum.
☐ Kendimden nefret ediyorum.

- 8 ☐ Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
☐ Zayıf yanlarım ve hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
☐ Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
☐ Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 9 ☐ Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
☐ Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor.
☐ Kendimi öldürmek isterdim
☐ Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

- 10 ☐ İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
☐ Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
☐ Çoğu zaman ağlıyorum.
☐ Eskiden ağlayabiliirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11 ☐ Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
☐ Eskisine göre insanlarla daha az ilgililiyim.
☐ Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
☐ Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

- 12 ☐ Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
☐ Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
☐ Şimdi hep sinirliyim.
☐ Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 13 ☐ Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
☐ Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
☐ Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
☐ Artık hiç karar veremiyorum.

- 14 ☐ Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
☐ Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmiş gibime geliyor.
☐ Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
☐ Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 15 ☐ Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
☐ Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
☐ Bir şeyler yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
☐ Hiçbir şey yapamıyorum.

- 16 ☐ Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
☐ Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
☐ Her zamankinden bir iki saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
☐ Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.

- 17 ☐ Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
☐ Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
☐ Yaptığım her şey beni yoruyor.
☐ Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18 ☐ İştahım her zamanki gibi.
☐ İştahım eskisi kadar iyi değil.
☐ İştahım çok azaldı.
☐ Artık hiç iştahım yok.

- 19 ☐ Son zamanlarda kilo vermedim.
☐ İki kilodan fazla kilo verdim.
☐ Dört kilodan fazla kilo verdim.
☐ Altı kilodan daha fazla kilo verdim

- 20 ☐ Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
☐ Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
☐ Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
☐ Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 21 ☐ Cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
☐ Cinsel konulara eskisinden daha az ilgililiyim.
☐ Cinsel konulara şimdi çok daha az ilgililiyim.
☐ Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Aaron T Beck (1988) Clinical Psychology Review, Vol. 8, pp. 77-100, 1988
Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Saitbaş 2019



www.fronline.com

Toplam Puan (0-63): _____

EK 4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anxiety Inventory (BAI)

Hasta No

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, bugün dâhil son bir (1) hafta içinde, aşağıda maddeler halinde sıralanmış belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun yeri işaretleyerek belirleyiniz.

Son bir hafta içinde;	Hiç	Hafif Beni pek etkilemedi	Orta Hış değildi ama katlanabildim	Ciddi Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Sıcak/ ateş basmaları	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Gevşeyememe	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Baş dönmesi veya sersemlik	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Kalp çarpıntısı	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8. Dengeyi kaybetme duygusu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Dehşete kapılma	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10. Sinirlilik	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
12. Ellerde titreme	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13. Titreklilik	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
15. Nefes almada güçlük	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16. Ölüm korkusu	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
17. Korkuya kapılma	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
19. Baygınlık, sersemlik	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
20. Yüzün kızarması	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Beck, A. T., Epstein, N., Brown (1988) Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

<21: hafif | 22-35: orta | >36 şiddetli



Toplam Puan (0-63):

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Savaş 2016

EK 5: ETİK KURUL ONAYI

