



T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**DERMATOLOJİK HASTALIKLARDA (AKNE
VULGARİS, VİTİLİGO, ALOPESİ AREATA)
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aslı BİLGİÇ TEMEL

Antalya, 2016



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**DERMATOLOJİK HASTALIKLARDA (AKNE
VULGARİS, VİTİLİGO, ALOPESİ AREATA)
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aşlı BİLGİÇ TEMEL

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Erkan ALPSOY

‘Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir’

Antalya, 2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İç Kapak.....	I
İçindekiler.....	II
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	V
Çizelgeler Dizini.....	VI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Damgalanma.....	3
2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	5
2.3. Akne Vulgaris.....	6
2.3.1. Tanım.....	6
2.3.2. Epidemiyoloji.....	6
2.3.3. Etiyopatogenez.....	6
2.3.4. Klinik.....	7
2.3.5. Klinik Tipler.....	8
2.3.6. Klinik Şiddet Skorlaması.....	9
2.3.7. Tedavi.....	10
2.3.8. Akne vulgaris’de psikososyal morbidite.....	12
2.4. Vitiligo.....	14
2.4.1. Tanım.....	14
2.4.2. Epidemiyoloji.....	14

2.4.3. Etiyopatogenez.....	15
2.4.4. Klinik.....	15
2.4.5. Klinik Tipler.....	16
2.4.6. Klinik Şiddet Skorlaması.....	16
2.4.7. Tedavi.....	18
2.4.8. Vitiligo’da psikososyal morbidite.....	23
2.5. Alopesi Areata.....	25
2.5.1. Tanım.....	25
2.5.2. Epidemiyoloji.....	25
2.5.3. Etiyopatogenez.....	25
2.5.4. Klinik.....	26
2.5.5. Klinik Tipler.....	26
2.5.6. Klinik Şiddet Skorlaması.....	27
2.5.7. Tedavi.....	27
2.5.8. Alopesi areata’da psikososyal morbidite.....	30
3. MATERYAL-METOD.....	32
3.1. Ölçekler.....	33
3.1.1. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.....	33
3.1.2. İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.....	33
3.1.3. Algılanan Sağlık Sorusu.....	34
3.1.4. Genel Sağlık Anketi.....	34
3.1.5. Akne Yaşam Kalite Ölçeği.....	35

4. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME.....	36
5. BULGULAR.....	37
5.1. Akne Vulgaris.....	37
5.2. Vitiligo.....	41
5.3. Alopesi areata.....	45
6. TARTIŞMA.....	50
7. SONUÇLAR.....	57
8. ÖZET.....	59
9. ABSTRACT.....	61
10. KAYNAKLAR.....	63

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AA	Alopesi Areata
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
AIDS	Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
ASS	Algılanan Sağlık Sorusu (Perceived Health Status)
AT	Alopesi Totalis
AU	Alopesi Universalis
AYKÖ	Akne Yaşam Kalite Ölçeği (Acne Quality of Life Scale)
DCP	Difensipron
DH	Dendritik Hücreler
DHEA-S	Dehidroepiandrostenodion-Sülfat
DNKB	Dinitroklorobenzen
DYKİ	Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Dermatology Life Quality Index)
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration)
GSA	Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire)
İDÖ	İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Internalized Stigma Scale)
İFN-γ	İnterferon-gama

İL-2	İnterlökin-2
MBEH	Hidrokinon'un Monobenzil Eteri (Monobenzyl Ether of Hydroquinone)
MÖ	Milattan Önce
4-MP	4-Metoksifenol (4-Methoxyphenol)
MS	Milattan Sonra
PUVA	Psoralen+Ultraviyole A
QSRL	Q-Anahtarlı Ruby Lazer (Q-Switched Ruby Laser)
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (Internalised Stigma of Mental Illness Scale)
SADBE	Skuarik Asid Dibütilester
SALT	Alopesi Areata Şiddet Skoru (Severity of Alopecia Tool)
TNF-α	Tümör Nekroz Edici Faktör-alfa
UVA	Ultraviyole A
UVB	Ultraviyole B
VETF	Vitiligo Avrupa Görev Gücü (Vitiligo European Task Force)
VIDA	Vitiligo Hastalık Aktivite Skoru (Vitiligo Disease Activity)
VYA	Vücut Yüzey Alanı

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Vitiligo Hastalık Aktivite Skoru (VIDA).....	17
Çizelge 2. Vitiligo Avrupa Görev Gücü (VETF) Skorlama sistemi.....	18
Çizelge 3. SALT skorlama sistemi.....	27
Çizelge 4. İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeğinin Cronbach alfa değerinin ve alt ölçeklerinin akne vulgaris, vitiligo ve alopesi areata hastalarında değerlendirilmesi.....	37
Çizelge 5. Akne vulgaris hastalarının sosyodemografik özellikleri.....	38
Çizelge 6. İDÖ ile Akne FDA global skoru, AYKÖ, DYKİ, GSA, ASS arasındaki korelasyon ilişkisi	40
Çizelge 7. Vitiligo hastalarının sosyodemografik özellikleri.....	42
Çizelge 8. İDÖ ile VETF alan, VETF evreleme, VETF yayılım, DYKİ, GSA, ASS arasındaki korelasyon ilişkisi.....	44
Çizelge 9. Alopesi areata hastalarının sosyodemografik özellikleri.....	46
Çizelge 10. Alopesi areata hastalarında İDÖ ile SALT skoru, DYKİ, GSA, ASS arasındaki korelasyon ilişkisi.....	48
Çizelge 11. Akne vulgaris, vitiligo ve alopesi areata hastalıklarının İDÖ, DYKİ, GSA, ASS ortalama skorları açısından karşılaştırılması.....	49
Çizelge 12. Akne vulgaris, vitiligo ve alopesi areata hastalıklarının İDÖ, DYKİ, GSA, ASS Cronbach alfa değerleri açısından karşılaştırılması.....	49

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar içerisinde belirgin bir yer tutan dermatolojik hastalıklar önemli toplumsal sorunlardır. Dermatolojik hastalıklar dışarıdan fark edilebilen diğer hastalıklarda olduğu gibi bireyi başkalarından farklı kılan, yani stigmatize eden, diğer bir tanımla damgalayan özelliğe sahiptir. Bireyin dışarıdan anlaşılabilir bir hastalığa sahip olması, onu olumsuz duygulanımlara sürükleyebilir. Hastalarda çekingenlik, yalnızlık, olumsuz bir vücut görüntüsü algısı, korku ve stres oluşabilir. Bu da kendilerine olan öz güvenin kaybına neden olabilir. Hastalığın toplum tarafından çoğu kez yanlış algılanması da bu olumsuz duygulanımları arttırır. Toplum çoğu kez hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Üstelik bu konuda yaygın ve çoğu kez de yanlış mitlere sahiptir. Bu nedenle de hastalar toplumdan dışlanıp, yalnızlığa itilebilir. Özellikle psoriasis, vitiligo, alopesi areata ve akne vulgaris gibi dermatolojik hastalıklar hastalara sosyal yaşamlarında (iş, evlilik, arkadaşlık, vb.) güçlükler yaşatabilmektedir. Yaygın veya vücudun görünür alanlarında belirtileri olanlarda sosyal yaşam iyice sınırlanabilmektedir. Bu hastalar toplu yaşam alanlarından (lokanta, alışveriş merkezi, vb.) uzak durmaya eğilim göstermektedir. Alkol tüketimi ve sigara kullanım sıklığı artmaktadır (1).

Damgalanmanın bir diğer boyutu olan içselleştirilmiş damgalanma; bireyin toplum tarafından damgalanmasa bile kendini damgalanmış hissetmesidir. Bireyde, başka insanların hastalığına tepki göstereceği beklentisi oluşmaktadır. Toplumun hastalıkla ilgili olumsuz kalıp yargıları kabullenilmekte ve değersizlik, utanç gibi duygulanımlarla birey kendisini toplumdan geri çekmektedir. Bunun sonucunda bireylerde belirgin bir örselenme gelişebilmekte, öz yetkinlik ve öz saygıları azalmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma toplumda hastalık için var olan damgalanma ile baş edebilmeyi de güçleştirebilmektedir (2). Sonuç olarak hastaların sosyal uyum sorunları ve bunun beraberinde getirdiği meslek ile ilgili işlevselliğin azalması, işsizlik gibi problemler ortaya çıkabilmektedir. Bireylerin tedaviye yönelimleri aksayabilmektedir (3).

Dermatolojik hastalıklarda da tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi yaşam kalitesini arttırmak tedavideki en önemli hedeflerden biridir. Vitiligo, alopesi areata, akne vulgaris hastalıklarının psikososyal etkilerini ölçen değişik çalışmalar bulunsada, damgalanma ile ilgili bilgiler henüz sınırlıdır. Bu konuda farklı ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalar bu hastalarda belirgin bir damgalanmanın varlığına işaret etmektedir (4-6). İçselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın varlığı ve bunu etkileyen faktörler saptanırsa, hastalıkların psikiyatrik morbiditesinin boyutu daha iyi anlaşılacaktır. Bu durum ise hastalıkların tedavisine olan yaklaşımı etkileyecektir.

Ulaşabildiğimiz güncel literatür bilgileri içselleştirilmiş damgalanmanın henüz vitiligo, alopesi areata ve akne vulgaris hastalarında çalışılmadığını göstermektedir. Bu çalışmada amaçlanan vitiligo, alopesi areata ve akne vulgaris hastalarında içselleştirilmiş damgalanma olup olmadığını ve eğer saptanırsa bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

Çalışmamızdaki diğer temel amaçlar;

1. Vücudun görünür alanlarında belirtileri olan hastalar ile olmayanlarda içselleştirilmiş damgalanma derecesinin farklı olup olmadığını belirlenmesi,
2. Damgalanma derecesinin yaş ile değişiminin belirlenmesi,
3. Cinsiyet ile damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi,
4. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ile damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi,
5. Hastalıkların şiddeti ile damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Damgalanma

Damgalama (stigmatizasyon) Türk Dil Kurumu'na göre "bir kimseye, gerçeğe dayanmadan herhangi bir özellik veya nitelik yüklemek; ya da birine yüz kızartıcı bir suç yüklemek" olarak mecaz anlamda kullanılmaktadır (7).

Damgalama kavramı ilk olarak Antik Yunan'da köleler, suçlular ve hainlerin belirlenmesi amacıyla vücutlarını bıçakla kesme veya sıcak metalle dağlama ile oluşturulan, derin ve hiçbir zaman çıkmayan izlere "stigma" adı verilmesiyle kullanılmaya başlanmıştır. Vücutlarında oluşan bu izle suçlular toplum tarafından kolayca horlanmakta, aşağılanmakta ve özellikle toplumda bu lekelenmiş kimselerden kaçınılmaktadır. Günümüzde damgalama vücutta işaret bırakmaktan daha çok küçük düşürme anlamında kullanılmaktadır.

Damgalama kavramının sosyolojik bir terim olarak tanımlanması Amerikalı sosyolog Goffman tarafından yapılmıştır. Damgalama sosyal bilimlerde kişinin toplumsal kimliğini olumsuz yönde etkileyen bir etiket; kişinin toplum tarafından reddedilmesine yol açan fiziksel veya davranışsal özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, onların toplumdan dışlanmasına kadar giden davranışlar bütünü olarak da karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel veya zihinsel engel, sabıka, psikiyatrik rahatsızlık, tedavi görmüş olma, farklı bir ırka, dine, cinsel yönelime sahip olma vb. buna birer örnektir. Damgalama, ayrımcılık, tecrit edilme ve özsaygının yara alması gibi çeşitli ekonomik, sosyal ve ruhsal sonuçlara yol açabilmektedir (8).

Damgalamanın hastalık nedeniyle kullanılması aslında toplumun hastalıklar üzerinden bireylere yansıttığı yüklemelerdir. Oysa bu olumsuz durum hasta bireyin (çoğunlukla ailesi ile birlikte) sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlığına yeniden kavuşma, iyileşme gibi bir dizi hakkını kesintiye uğratmaktadır.

Kronik hastalıklar bir yandan kişilerin yaşam kalitesini önemli şekilde bozarken, bir yandan da uzun süreli tedavi ve bakım gereksinimi ortaya çıkarmakta her yıl, milyonlarca insan, hastalıklardan ve büyük ölçüde

önlenemeyen durumlardan dolayı sakat kalmaktadır. Kanser, tüberküloz, lepra, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, epilepsi, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve ilaç bağımlılıkları üzerinde damganlama bulunan hastalıklardan bazılarıdır.

Damgalanmanın izleri, geçmiş zamanlarda da belirgin olarak mevcuttur. Tarih boyunca önemli sonuçlar doğuran salgın hastalıklar incelendiğinde; felaketin boyutuna paralel olarak toplumda yaşanan korkuların ve hastalığa yakalananlara karşı uygulanan şiddetin artmış olduğu görülmüştür. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan lepra, Allah'ın insana verdiği bir “ceza” olarak nitelendirilmiştir. 1300'lü yıllarda kara ölüm olarak da bilinen veba, Allah'ın insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş, tanrının öfkesini yatıştırmak için toplumun normlarına aykırı yaşayan grupları günah keçisi ilan etmişlerdir. 15. yüzyılda tüm Avrupa kıtasını kasıp kavuran frengi, Orta Doğu'ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir (9). 18. yüzyılda adı konan tüberküloz, tamamen aşağı sınıfın bir hastalığı olarak bilinmiştir (10). 1980'lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) hakkında “Allah'ın günahkârlara verdiği bir ceza” yorumları yapılmıştır (11). Çok farklı inanç sistemleri, kültürler ve tarihsel olaylar hastalıklara karşı tutum ve davranışı büyük ölçüde etkilemektedir (12).

2.2 İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma; bireyin toplum tarafından damgalanmasa bile kendini damgalanmış hissetmesidir. Bireyde, başka insanların hastalığına tepki göstereceği beklentisi oluşmaktadır. Toplumun hastalıkla ilgili olumsuz kalıp yargıları kabullenilmekte ve değersizlik, utanç gibi duygulanımlarla birey kendisini toplumdan geri çekmektedir (3). İçselleştirilmiş damgalanma: ‘Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)’ kullanılarak belirlenmiştir. Ritsher ve ark. tarafından geliştirilmiş olan RHİDÖ; 29 maddeden oluşan ve içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren bir ölçektir (13). Ölçek, yabancılaşma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde), damgalamaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır (1).

RHİDÖ’de yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. Ersoy ve ark. tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır (2). RHİDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach alpha değerleri sırasıyla 0.84, 0.71, 0.87, 0.85, 0.63’ tür. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İDÖ) ruhsal hastalıklar dışında birçok hastalık için uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlikleri hesaplanmıştır. İDÖ’de yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinden 0-25 puan alanlar düşük, 26-39 puan alanlar orta derecede, 40 ve üzeri puan alanlar yüksek düzeyde damgalanma olarak belirlenmiştir (2).

2.3 Akne Vulgaris

2.3.1.Tanım

Akne vulgaris (AV), pilosebace foliküllerin komedonlar, papüller, püstüller, nodüller ve sıklıkla skatrislerle seyreden enflamatuvar bir hastalığıdır. En çok yüz, boyun, üst gövde ve kolların üst kısmını tutar. Tipik olarak pubertede başlar, adolesan çağının ortalarına doğru hormon seviyeleri arttıkça daha şiddetli enflamatuvar lezyonlar oluşabilir (14).

2.3.2.Epidemiyoloji

AV adolesanlarda %90'a varan prevalansıyla, insanı etkileyen en sık görülen hastalıklardan biridir. Genellikle 15-45 yaş arasında erkeklerde görülme oranı %91, kadınlarda ise %79 oranındadır. Sıklık ve şiddet açısından erkeklerde 16-19 ve kadınlarda 14-17 yaş arasında en yüksek düzeye çıkar.

2.3.3.Etyopatogenezi

AV, etyopatogenezi açısından multifaktöryel bir hastalıktır. Bu açıdan önemli olan faktörler, 1- Sebum üretiminde artış, 2- Duktal hiperkeratinizasyon, 3- Mikroorganizmalar, 4- İnflamasyon'dur (15-19).

Adolesan dönem öncesi androjen düzeyleri düşüktür. Adolesan dönem ile birlikte bu düzeyler, fizyolojik olarak artmaktadır. Böylece ergenliğe dek küçük olan ve az üretim yapan sebace bezler büyümekte ve üretimleri artmaktadır. Sebum artışı, foliküler kanal içerisindeki keratinin yapımının artmasına ya da yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Sebum artarken içeriğindeki esansiyel yağ asitlerinin miktarı değişmemekte dolayısıyla göreceli bir eksiklik olmaktadır. Bu eksikliğin foliküler keratinizasyon bozukluğunu tetiklediği düşünülmektedir.

Normalde epidermal hücreler farklılaştıkça stratum korneum tabakasına doğru yer değiştirmekte ve yüzeyden atılmaktadırlar. AV'de deskuamatif stratum korneum hücreleri yüzeyden atılmaktan çok sebumla birleşmeye, birbirleriyle yapışmaya ve pilosebace kanal çıkışını tıkamaya eğilim göstermektedir. Birleşen lipid ve keratin yığını pilosebace kanal lümeninde solid bir tıkaç oluşturmaktadır. Lümeni genişlemekte, folikül duvarını atrofiye uğratmakta ve kapalı (beyaz) komedonları oluşturmaktadır. Eğer bu tıkaç pilosebace folikül ağzından dışarı doğru uzanarak folikül ağzını genişletirse açık (siyah) komedonlar oluşmaktadır.

Sebumun trigliseritlerinin hidrolizinden oluşan serbest yağ asitleri, sebace bez duvarında irritasyona neden olmakta, bu da inflamasyon, ödem ve folikül duvarının rüptürü ile sonuçlanmaktadır. Duvarın yırtılması ile irritan ve kemoatraktan maddeleri içeren kıl, mikroorganizmalar, sebum ve keratin dermis içine dağılarak iltihabi bir kitle oluşturmakta, ortama gelen lökositler ile birlikte enflamatuvar akne lezyonları oluşmaktadır.

Akne patojenezinde etkili olan, folikülde yerleşik asıl mikroorganizma *Propionibacterium Acnes*'tir. Anaerobik koşullarda iyi gelişir ve sebumu da besin olarak kullanır. Çoğalan *Propionibacterium acnes* (*P. Acnes*)'e karşı oluşan inflamasyon, aknenin papül ve püstül gibi enflamatuvar elemanlarını oluşmasına katkıda bulunmaktadır (20-22).

Enflamatuvar akne lezyonunun tipi kıl folikülü içindeki ve etrafındaki inflamasyonun derinliği ve şiddeti ile değişiklik gösterir ve şiddet sırası ile papül, püstül, nodül, kist ve abseler gözlenebilmektedir (15-18).

2.3.4. Klinik

AV kliniğinde başlangıç şekillerine göre elemanter lezyonlar ikiye ayrılabilir.

Enflamatuvar olmayan lezyonlar: Mikrokomedon, makrokomedon (açık ve kapalı komedon) veya mikrokistlerdir (23,24). Mikrokomedonlar; folikülün infundibulumunda lipid ve keratin içeriğinin birikmesine bağlı folikül duvarının

dışarı doğru balonlaşarak incilmesi ile oluşur. Keratinize materyal biriktikçe sebase bez atrofiye olur ve yerini diferansiye olmamış epitelyal hücreler alır (25). Açık komedonlar; foliküler kanalda kompakt keratin ve lipidin lameller tarzda birikmesi ile oluşur (25). Folikül ağızları 1-2 mm çaplı siyah noktacıklar halinde belirgindir (23,26). Siyah noktanın nedeni kanalın distal ucundaki melanin olup, albinolu hastalarda beyazdır (24,26). Kapalı komedonlar; deriden hafif kabarık, 1-3 mm çaplı, eritemin eşlik etmediği, beyazımsı veya deri renginde lezyonlardır (23,24,26). İçeriğindeki keratin kompakt değildir ve folikül ağzı ya çok dar, ya da kapalıdır (25). Bu nedenle kolaylıkla enfeksiyon ve inflamasyona neden olurlar. Mikrokistler; derinin daha alt tabakalarındaki komedonal lezyonlar oldukları için inspeksiyondan çok palpasyonla fark edilebilirler. Bunların sıklıkla birden fazla porları vardır ve aknenin sekonder lezyonudurlar (23). Özellikle süpüre ve nodülökistik akne sonrasında gelişirler.

İnflamatuvar lezyonlar: Sıklıkla *P. acnes*, bazen de *Staphylococcus epidermidis* ve *aureus* ile kolonize olmuş foliküler epitelyumdaki inflamasyona bağlı, spongioz ve rüptür sonucunda oluşurlar (26). Papül, püstül, nodül ve abse şeklinde olabilirler. Papüller; folikül epitelinin hasarı sonucu komedon içeriği açığa çıkarak dermiste nötrofillerden baskın inflamatuvar reaksiyonu başlatır (26). Solid, eritemli, bazen hafif ağrılı lezyonlardır (23). Püstüller; inflamatuvar reaksiyon papüle göre daha yüzeyseldir. Steril pü içeren lezyonlardır (24). Nodüller; uzun süreli derin dermal inflamasyona bağlı oluşur. Şiddetli akne için karakteristiktir. 5-7 mm çaplı, inflame, indüre, ağrılı lezyonlardır ve bunlardan apse veya fistül gelişebilir (23,26). Bazen soliter, bazen de deri üzerinde köprülerle birleşmiş gruplar halinde olabilir. Apse: Şiddetli akne formlarında bir grup püstülün birleşmesiyle oluşan, indüre, eritemli, ağrılı, kan, pü ve sebum içeren akıntılı lezyonlardır. Geniş skarlar bırakırlar (26).

2.3.5. Klinik Tipleri

Neonatal Akne (Neonatal sefalik püstülozis): Sağlıklı yenidoğanların %20'sinden fazlasında 2. hafta ile 3. ay arasında görülür. Özellikle yanak ve burun sırtında,

küçük inflame papüller tipiktir. Bazı yazarlar patogenezinde *Malassesia furfur*'u suçlamaktadır. Kendiliğinden kaybolurlar (26).

İnfanıl Akne: 3-6 ayda başlayıp yaklaşık 1-2 yaşta geriler. Komedonlar ve bazen de kistik nodüler lezyonlarla karakterizedir. Çökük skarlar neden olabilir. Anneden geçen hormonlar, hormonal dengesizlik veya infanıl adrenal bezden yüksek miktarda dehidroepiandrostenodion-sülfat (DHEA-S) salınmasına bağlı oluşur (24,25).

Adolesan dönem öncesi akne: 9-10 yaşlarında, menarşdan 1 yıl önce (adrenarş), adrenal bezlerden salgılanan androstenedion ve DHEA-S düzeylerinin en yüksek düzeye ulaşması ile oluşan yüzün merkezinde-yağlanma ve bazen komedon ve mikrokistik yapılarla ayırt edilir (25-27). Ayrıca ciddi seyirli ve uzun süreli aknenin erken yaşta başladığı düşünülmektedir (26).

Adolesan dönemi aknesi: AV'nin en sık görülen klinik şeklidir. Tüm lezyonlar bir arada bulunabilir.

Erişkin aknesi: 20-40 yaş arası kadınların %30'undan fazlasında AV görülür. Klinik olarak sıklıkla çenede inflamatuvar papüler ve komedonsuz papülopüstüler lezyonlar ile ayırt edilir. Genellikle premenstruel alevlenme görülür (23). Erkeklerde ise sıklıkla sırtta inflamatuvar papülonodüler lezyonlar şeklindedir. İleri yaştaki akne genellikle tedaviye daha dirençlidir.

2.3.6. Klinik Şiddet Skorlaması

Akne için çok çeşitli sınıflandırmalar olmakla birlikte pratik olarak en çok hafif, orta, şiddetli veya çok şiddetli şeklinde sınıflandırılma yapılmaktadır. Hastalık şiddetinin belirlenmesi hastaya yaklaşımı ve tedavi seçeneklerini etkilemesi nedeniyle önemlidir. Akne hafif formlarda bile hastaların psikososyal yaşamını etkilemektedir (28). Akne şiddeti Food and Drug Administration (FDA) Global skoru ile 4 evrede değerlendirilmektedir (29,30). Bu sistemde:

Hafif: Hafif aknede kapalı veya açık komedolar esas lezyonlar olup az sayıda papül püstül görülebilir (genellikle <10). Nodül bulunmaz.

Orta: Orta dereceli akne ise papül ve püstül gibi inflamatuvar lezyonlar da belirgin olarak görülmektedir (10-40 adet). Orta derecede komedonlar da ayrıca mevcuttur (10-40 adet). Az sayıda nodül bulunabilir.

Şiddetli: Şiddetli akne yaygın (40-100 adet) papül ve püstüllerle birlikte çok sayıda komedon (40-100 adet) ve derin, büyük inflamatuvar nodüller (en fazla 5 adet) mevcuttur. Genellikle yüz, gövde ve sırt gibi yaygın tutulum mevcuttur.

Çok şiddetli: Nodülökistik akne veya akne konglobata gibi şiddetli lezyonlar mevcuttur. Çok sayıda büyük ağırlı püstüler ve nodüler lezyonlarla birlikte çok sayıda papül, püstül ve komedonlar bulunur.

2.3.7. Tedavi

Akne tedavisi tamamen hastaya özel olarak seçilen bir tedavidir. Tedavi seçimi lezyonların şiddetine, belirgin olan lezyonun türüne, hastanın yaşına ve daha önce uygulanmış tedavilere göre planlanır. Tedavide kullanılan ajanların (lokal veya sistemik) etkileri akneyi oluşturan mekanizmalara olan etkilerine göre dört grupta toplanmaktadır: 1. Folliküler keratinizasyonu düzelten (komedolitik), 2. Sebace bez aktivitesini azaltan, 3. Folliküldeki bakteriyel popülasyonu, özellikle de *P. acnes*'i azaltan, 4. Antiinflamatuvar etki gösteren ilaçlar (31).

Lokal tedavi

Sabun veya temizleyicilerle yüzü yıkamak deri yüzeyindeki sebumu azaltmaktadır. Yüzeydeki sebumu temizlemenin akneyi azalttığına dair bilgi yoksa da bu işlemler subjektif yarar sağladığından temizleyiciler akne tedavisine eklenmektedir. Eğer hasta ek olarak topikal tedaviler alıyorsa derinin daha fazla kurumaması için yumuşak veya nötr pH'daki temizleyicilerin kullanılması önerilebilir.

Günümüzde akne tedavisinde en çok kullanılan topikal ajanlar; vitamin A türevleri, benzoil peroksit ve topikal antibiyotiklerdir. Topikal preparatları başlamadan önce hastaya akne tedavisinin uzun süre devam edeceği, üç aydan önce beklediğimiz etkinin görülemeyeceği ve preparatların sadece lezyon

bölgesine değil, tüm yüze uygulanmasının gerektiği anlatılmalıdır. Topikal vitamin A türevi olan tretinoın komedolitik olarak kullanılmaktadır. Değişmiş olan folliküller keratinizasyonu düzeltebilen tretinoının piyasada krem ve jel formlarının yanı sıra iki değişik konsantrasyonu mevcuttur. En önemli yan etkisi irritasyondur. Yeni bir topikal retinoid olan, adapalanın irritasyon etkisi diğer vitamin A türevlerinden daha azdır.

Salisilik asit de kullanılabilecek bir başka keratinolitik ajandır, ancak topikal A vitamini türevleri kadar etkili değildir. Günde bir veya iki kez uygulanabilir. Beklenen yan etki yine lokal irritasyon yapmasıdır.

Topikal antibakteriyeller arasında en çok kullanılan ajan benzoil peroksiddir. Güçlü antibakteriyel etkisi ile bakteri popülasyonunu, böylece de inflamasyonu azaltmaktadır. Piyasada losyon ve krem formları ve değişik konsantrasyonları olan benzoil peroksidin en sık rastlanan yan etkileri kuruluk ve irritasyondur. Bu nedenle tedavinin başlangıcında düşük konsantrasyonlar tercih edilebilir. Kullanılan ve piyasada mevcut olan topikal antibiyotikler ise klindamisin, topikal tetrasiklin ve eritromisin ile benzoil peroksid ve eritromisin kombinasyonunu içeren preparatlardır. Tüm antibakteriyel preparatların tüm yüze ve günde iki kez uygulanması önerilmelidir.

Akne vulgaris tedavisinde kullanılabilecek bir diğer topikal ajan ise %20'lik azeleik asittir. Hem keratinizasyonu etkilemekte hem de bakteri popülasyonunu azaltmaktadır. Özellikle hiperpigmentasyon tedavisinde de kullanılan bu ajan hiperpigmentasyonu da olan akne hastalarında uygun tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Komedolitikler ve antibakteriyeller akne oluşumundaki farklı mekanizmaları etkilediğinden beraber kullanılmaktadır. Ancak aynı anda değil, günün farklı saatlerinde kullanılması önerilmelidir (31).

Sistemik tedavi

Antibiyotikler uzun yıllardır akne tedavisinde kullanılan preparatlardır. Bunlar arasında tetrasiklinler ilk seçenek olarak önerilmektedir. Tetrasiklin hem *P. acnes* miktarını direkt olarak etkilemekte hem de antiinflamatuvar etkisi ile tedaviye yardımcı olmaktadır. Sistemik antibiyoterapinin üç ayı geçmemesi

önerilir. Tetrasiklin kullanılmayan durumlarda yine aynı dozda eritromisin önerilebilir. Doksisiklin diğer bir alternatiftir. Doksisiklinin yemek veya sütle alınması absorpsiyonunu etkilememektedir. Ancak bu ilaç önerildiğinde hastalar gelişebilecek yan etkiler konusunda uyarılmalı ve takip edilmelidir.

Hormonal tedavi ise kadın hastalarda androjenlerin sebace bezler üzerindeki etkilerini engellemek amacıyla kullanılabilir. Bu nedenle, androjenik aktiviteye sahip olmayan progesteronları (desogestrel, norgestimate, gestodene) içeren oral kontraseptifler veya siproteron asetat, spironolakton gibi antiandrojenler kullanılabilir.

Sentetik bir retinoid olan isotretinoin akne tedavisinde kullanılmaktadır. Akne lezyonlarının oluşumunda rol oynayan tüm mekanizmalara etkili olan isotretinoin tedavide neredeyse mucizevi sonuçlara neden olmasına rağmen yan etkileri nedeniyle sadece şiddetli akne hastalarında veya konvansiyonel tedavilere cevap vermeyen orta-şiddetli ve şiddetli akne hastalarında kullanılmaktadır. Genellikle 0.5-1 mg/kg/gün dozunda 16-30 hafta boyunca toplam 120 mg/kg dozuna ulaşana kadar devam edilir. Ciddi yan etkileri nedeniyle hastaların takipleri düzenli aralıklarla ilaç kullanımında deneyimli doktorlarca yapılmalıdır.

Akne vulgaris birçok hastada sorunsuz olarak sonlanmasına rağmen bazı hastalarda skar gelişimine neden olmaktadır. Akne sonrası tipik olarak buz kıracağının yaptığı izlere benzer atrofik skarlara sık rastlanır. Bu tür skarların tedavisinde kimyasal ajanlarla yüzeysel soyma işlemleri veya dermabrazyon; eritemli skarlara ise lazer tedavisi önerilebilir (31).

2.3.8. Akne vulgaris’de psikososyal morbidite

Akne vulgaris deri hastalıkları içinde en sık görülenlerden biridir ve akne ile ruhsal durum arasındaki ilişki uzun süredir araştırılmaktadır. Emosyonel stres akneyi alevlendirebildiği gibi, hastalar aknenin sonucu olarak da psikolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir (32). Çalışmalarda AV hastalarının

psikojenik faktörlerden ne kadar etkilendiği ve duygusal durumunda ne gibi değişikliklerin olduğuna dair farklı sonuçlar bulunmuştur (33).

Aknenin psikososyal etkileri konusunda pek çok çalışma yapılmış, akneli hastalarda anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı ve sosyal fobi gibi psikiyatrik bulguların daha sık gözlemlendiği (33-35), hatta intihar riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (36). Akne tedavisi sonrasında psikiyatrik bulgularda düzelme gözlenmesi de akne ve psikiyatrik bulgular arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (37, 38).

Sonuç olarak, akne vulgaris önemli psikolojik ve psikiyatrik komplikasyonlara yol açma potansiyeli olan ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilen bir hastalıktır (38). Bu hastalığı çok yönlü olarak değerlendirmek, kişinin yaşayabileceği psikososyal sorunları önceden tespit edip gerekli fiziksel ve ruhsal yaklaşımların etkin bir şekilde yapılabilmesi AV'nin yaratabileceği sorunları en aza indireyecektir.

2.4. Vitiligo

2.4.1. Tanım

Vitiligo, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, herediter veya edinsel olabilen, özgül olarak melanosit yıkımı ile seyreden; klinik olarak iyi sınırlı, değişik büyüklük ve lokalizasyonlarda, süt beyazı renginde depigmente maküllerle karakterize bir hastalıktır (39).

Hastalık dikkat çeken görünümünden dolayı eski çağlardan beri bilinmektedir. Vitiligo ilk kez M.Ö. 1500 yılında tanımlanmış ve küçük kusur, hata anlamındaki vitilum kelimesinden türetilmiştir (40). M.Ö. 1500-3000 yılları arasında Mısır belgelerinin bir koleksiyonu olan Ebers Papyrus'ta, vitiligo ile karıştırılan aynı zamanda da soluk bir şişlik olarak tanımlanan Lepra hastalığı ile arasındaki farklar üzerinde durulmuş ve beyaz maküllerin tanımı yapılmıştır (41). Japon Shinto azizlerine ait, M.Ö. 1200'e ait vitiligo tanımları bulunmuştur. On dokuzuncu yüzyılın sonlarında Louis Brocq, vitiliginöz lezyonları pigment kaybı olarak tariflerken, Moritz Kaposi vitiligonun ilk histopatolojik bulgularını tanımlamıştır (40,42). Halk arasındaki adı "ala hastalığı"dır (43).

2.4.2. Epidemiyoloji

Vitiligonun toplumda görülme sıklığı %0.14-8.8 arasında değişen oranlarda bildirilmekle birlikte, ortalama olarak insidansının %1-2 arasında olduğu kabul edilmektedir (44). Ülkemizde ise hastalığın insidansı %0.15-0.32 oranlarında bildirilmiştir (45). En sık 10-30 yaşları arasında başlamakta ve hastaların yarısında başlangıç 20 yaş altında (46), dörtte birinde ise adolesan dönem öncesinde olmaktadır (47).

2.4.3. Etiyopatogenez

Vitiligo etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Melanosit yıkımı, infeksiyöz, kimyasal, nörokimyasal maddeler ile ya da psişik stres, fiziksel travma, genetik yatkınlık gibi nedenler ile olabilmektedir (43). Genetik geçişin henüz nasıl olduğu bilinmemekle birlikte poligenik olabileceği öne sürülmektedir (46). Hastaların %25-30'unda aile öyküsü bulunmaktadır. Vitiligo maküllerinde epidermiste melanositlerin bulunmadığı görülmektedir. Bunun nasıl gerçekleştiğini açıklamaya yönelik olarak geliştirilen 3 ana teori bulunmaktadır. Bunlar, hücresele ve humoral immün sistem aracılığıyla melanositlerin hasar görmesine dayanan otoimmün teori, sinir uçlarında melanositleri seçici olarak tahrip eden bir nörokimyasal mediatör salındığını öne süren nöral teori ve melanin prekürsör ve metabolitlerinin toksik etki ile melanosit yıkımına neden olduğunu öne süren otositotoksik teoridir (45).

2.4.4. Klinik

Vitiligo makülleri değişik boyutlarda olabilen, yuvarlak, oval ya da düzensiz şekilli, keskin sınırlı, süt beyazı veya tebeşir beyazı rengine lezyonlardır. Renk değişikliği dışında belirti bulunmamaktadır. Ani olarak ortaya çıkabilir veya yavaş bir ilerleme gösterebilir (45). Çok açık tenli kişilerde lezyonlar belirgin değildir, ancak Wood ışığı inceleme halinde görünür hale gelir (45). Yüz tutulumu olduğunda perioral ve periorbital bölgeler daha sık tutulmaktadır. Lezyonlar kısa sürede kendiliğinden kaybolabileceği gibi hızla total depigmentasyona da gidebilir. Genel olarak hastalığın daha erken yaşta başladığı kişilerde lezyonların daha geniş olma eğilimi vardır (48). Vitiligoda iyi prognostik faktörler, yüz, boyun, göğüs, kollar ve bacaklarda lokalize lezyonların varlığıdır. Kötü prognostik faktörler ise lezyonların yaygın olması, mukozal tutulum, el ve ayak parmaklarında yerleşimdir (49, 50).

2.4.5. Klinik Tipler

Lokalize Tip Vitiligo

Fokal vitiligo; Lokalize, dermatomal olmayan, izole az sayıdaki depigmente maküller için kullanılan bir terimdir. Vitiligolu çocukların %20'sinde bu tip vitiligo vardır (51).

Segmental vitiligo; Asimetrik, dermatomal yerleşimli depigmente lezyonlardır. Bu özel tip vitiligo sabit seyirlidir ve otoimmün hastalıklarla birlikteliği yoktur (51). Segmental tipin, etkilenen alandaki sempatik sinirlerin disfonksiyonu sonucu oluştuğu; buna karşın segmental olmayan tipin ise immünolojik bir bozukluk olduğu bildirilmektedir (52). Segmental vitiligo generalize vitiligoya göre daha erken yaşlarda başlar ve ailesel değildir. Etkilenen hastalarda mevcut lezyonlara uzak bölgelerde veya simetrik olarak yenilerinin ortaya çıkması olası değildir (39,51).

Generalize Tip Vitiligo; Generalize vitiligo en sık rastlanılan vitiligo tipi olup, birkaç adetten yaygın maküllere kadar oluşabilen bilateral, simetrik lezyonlardır. En sık interfalangial eklemler, metakarpal/metatarsal eklemler, dirsekler ve diz gibi ekstensör yüzeylerde yerleşir. Diğer etkilenen alanlar, el bileği volar bölgesi, malleoller, umbilikus, lumbosakral bölge, tibia önyüzü ve aksilladır (39,51). Vitiligo lezyonları gözler, burun, kulaklar, ağız ve anus gibi periorifisial bölgelerde de yerleşebilirler. Periungal tutulum tek başına veya mukozal tutulum ile birlikte görülür. Akrofasiyal vitiligo parmakların distal bölgeleri ile yüzde periorifisial alanların tutulumudur (39,51).

Universal Tip Vitiligo; Tüm vücut yüzeyinin depigmentasyonu ile ayırt edilir. Çoklu endokrinopati ile birlikte en sık görülen vitiligo formudur (51).

2.4.6. Klinik Şiddet Skorlaması

Vitiligo Hastalık Aktivite Skoru (VIDA) vitiligo aktivitesini ölçen, en fazla +4, en düşük -1 olarak puanlanan bir skorlama sistemidir (Çizelge 1).

Hastaların son 1 yıldaki vitiligo hastalık aktivitesi durumunun sübjektif olarak değerlendirilmesine dayanmaktadır. Düşük VIDA skorları hastalık aktivitesinin az olduğunu göstermektedir (53). Son yıllarda vitiligo hastalık şiddetinin belirlenmesinde ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde Vitiligo Avrupa Görev Gücü (VETF) ölçeğinin kullanılması önerilmektedir (Çizelge 2) (54,55). VETF skarlama sistemi vitiligo tutulum alanı, hastalık evresi ve lezyonların yayılımını birlikte değerlendiren bir skarlama sistemidir. Tutulum alanı yanı sıra kullanılan dokuzlar kuralına göre hesaplanmaktadır. Evreleme vitiligo yamalarındaki deri ve kıl pigmentasyon durumuna göre 0-4 arası skorlanır. Lezyonların yayılımı +1: progresif, 0: sabit, -1: regresyon olarak değerlendirilir (54).

Çizelge 1. Vitiligo Hastalık Aktivite Skoru (VIDA)

+4:	6 hafta veya daha az süre ile aktivite varlığı
+3:	6 hafta- 3 ay arası süre ile aktivite varlığı
+2:	3-6 ay süre ile aktivite varlığı
+1:	6-12 ay süre ile aktivite varlığı
0:	Son 1 yıldır sabit bulgular
-1:	Son 1 yıldır kendiliğinden repigmentasyon ile birlikte sabit bulgular

Çizelge 2. Vitiligo Avrupa Görev Gücü (VETF) Skorlama sistemi

Vücut yüzey alanı	% tutulum alanı	Evreleme* (0-4)	Yayılım** (-1 +1)
Baş ve boyun (%0-9)			
Gövde (%0-36)			
Üst ekstremiteler (%0-18)			
Alt ekstremiteler (%0-36)			
Eller ve ayaklar			
Total (%0-100)			

*Evreleme (0-20):

0: Normal pigmentasyon

1: Tam olmayan pigmentasyon (Bu aşamada birkaç depigmente diğer bir deyişle beyaz kıl skoru etkilememektedir.)

2: Tam depigmentasyon (Bu aşamada birkaç beyaz kıl skoru etkilememektedir.)

3: %30'dan az kıllarda beyazlama ile birlikte tam depigmentasyon

4: %30'dan fazla kıllarda beyazlama ile birlikte tam depigmentasyon

**Yayılım (-5 +5):

-1: Vitiligo lezyonlarında gerileme

0: Sabit bulgular

+1: Vitiligo lezyonlarında artış

2.4.7. Tedavi

Vitiligo hastalığında çok çeşitli tedavi seçenekleri bulunmakla beraber kür mümkün olmamaktadır. Hastaların tedavisinde ilk planda yapılması gereken, hastalarda tedavinin gerekli olup olmadığına karar verilmesi ve hastanın tedaviyi isteyip istemediğinin sorgulanmasıdır (56). Her hastaya tedavi başlayıp başlamama konusunda da tam bir uzlaşma bulunmamaktadır. Tedavinin etkinliği hastalık süresine, yerleşimine, vitiligo tipine ve diğer tedavilerle kombinasyonun yapılıp yapılmamasına göre değişmektedir (57). Hasta yaşı, lezyonların yerleşimi, hastalık süresi vitiligoda tedaviye cevabı belirleyen en önemli faktörlerdir. Genç

yaşıta olmak, hastalığın yakın zamanda başlamış olması, yüz, boyun ve gövdeye ait lezyonlara sahip olmak hastaların tedaviye olan cevabında iyi prognostik özelliklerken; mukozal tutulum, ailede vitiligo hikayesi olması, köbnerizasyon varlığı, segmental vitiligo varlığı kötü prognoz ile ilişkili özelliklerdir (56).

Kür elde edilemediği için vitiligo hastalarında verilen tedavilerin amacı hastalık progresyonunu durdurmak, pigmentasyonu sağlamak ve kozmetik olarak uygun bir sonuç elde etmektir. Vitiligo hastalarında tedavi seçenekleri cerrahi olmayan tedaviler ve cerrahi tedaviler olarak 2 başlıkta ele alınabilir. Cerrahi olmayan tedaviler topikal ve sistemik tedaviler, fototerapi, fotokemoterapi ve lazer tedavileridir. Cerrahi tedaviler ise deri greftleme ve melanosit süspansiyonu transplantasyonu şeklindedir. Vitiligoda alternatif tedavi seçenekleri ise kamuflaj, psikoterapi ve depigmentasyondur.

Kortikosteroidler; Kortikosteroidler vitiligo hastalarında ilk seçenek ve adjuvan olarak kullanılan tedavi seçeneğidir. Vitiligo hastalarının tedavisinde kortikosteroidler topikal, intralezyonel ve sistemik olarak kullanılmaktadır. Kortikosteroidlerin etkinlikleri immün cevabı değiştirme yoluyla olmaktadır (57). Özellikle aktif ilerleyici vitiligo lezyonlarında kortikosteroidler inflamatuvar süreci baskılayarak etki göstermektedir. Kortikosteroidlerle hem perifoliküler hem de perimarjinal repigmentasyon gözlenebilmekte, en iyi sonuçlar güneş gören bölgeler olan yüz, boyun gibi alanlarda elde edilmektedir (58).

Topikal Kortikosteroidler; Topikal kortikosteroidlerin melanosit sayısını artırdığı, melanositlerin depigmente alanlara pigmente alanlardan ve lezyona ait pigmente kılların dış kök kılıfından geldiği bilinmekte olup (59), Vücut Yüzey Alanı (VYA)'nın %10'undan azının tutulduğu vitiligo hastalarında ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir (60). Özellikle küçük ve lokalize alanlarda topikal kortikosteroidler yararlı olmaktadır. Vitiligoda hafif, orta ve yüksek poteste topikal kortikosteroid preparatları kullanılabilir (61). Vitiligoda topikal kortikosteroidlerle hastaların tedavisi 1–2 ayda bir izlem şeklinde sürdürülmeli, hastalar telenjiyektazi, steroid atrofisi, akne, kuşingoid değişiklikler gibi yan etkiler açısından yakın takip edilmelidir. Toplam 3 ay sonunda cevap alınamadıysa tedavinin kesilmesi önerilmektedir (56,60,62).

Sistemik Kortikosteroidler; Vitiligo hastalarının tedavisinde sistemik kortikosteroidlerin etkinliğini gösteren çok sayıda yayın bulunmaktadır (63,64) Ancak sistemik kortikosteroid kullanımının potansiyel yan etkileri ve riskleri de her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Sistemik kortikosteroidler hızlı yayılan vitiligo hastalığını engellemek ve repigmentasyonu uyarmak için kullanılmaktadır (63,64).

Topikal Kalsinörin İnhibitörleri; Takrolimus ve pimekrolimus gibi ilaçlar topikal immünmodülatörler olarak bilinir. Kalsinörin inhibitörlerinin kortikosteroidlere bağlı ortaya çıkan yan etkilere sahip olmamaları ve immünmodülatör etkileri ile kortikosteroidlere göre avantajları mevcuttur. Kalsinörin lenfositlerde ve dendritik hücre (DH)'lerde yer alan bir intrasellüler proteindir, aktive olduğunda interlökin-2 (İL-2), tümör nekroz edici faktör- alfa (TNF- α) gibi çeşitli sitokinler için transkripsiyon faktörü gibi davranmaktadır (56). Kalsinörin inhibitörleri varlığında ise çok sayıda sitokine ait gen transkripsiyonu (İL-2, İL-3, İL-5, TNF- α) bloke olmaktadır. Böylece T hücre aktivasyonu ve proliferasyonu için gerekli olan sitokinler engellenmektedir (65). Sonuçta vitiligo patogenezinde T hücre aktivasyonu ve buna bağlı melanosit yıkımı yer aldığının bilinmesi ve topikal immünmodulatorlerle T hücre aktivasyonunun ve böylelikle melanosit hasarının ve çeşitli sitokinlerin üretiminin engellenmesi topikal immünmodülatörlerin vitiligo hastalarının tedavisindeki ana etki mekanizmalarını açıklamaktadır (66). Topikal immünmodülatörlere bağlı sistemik immünsüpresyon olmasa da bu ajanlara bağlı uzun dönem riskler halen tam açıklanamamıştır (67). Diğer vitiligo tedavilerinde olduğu gibi topikal immünmodulatorler özellikle yüz ve boyun bölgesine ait vitiligo hasta lezyonlarında etkili olmakta (56,68) ekstremiteler yerleşimli lezyonların tedavisinde ise topikal immünmodülatörlerin oklüzyon ile uygulanmaları faydalı olabilmektedir (56). Topikal immünmodulatorlere bağlı eritem, kaşıntı, yanma ve irritasyon gibi yan etkiler bildirilse de bunlar içerisinde en sık görüleni uygulama alanındaki yanma hissidir (68).

Vitamin D3 Analogları; Vitiligo lezyonlarında kalsiyum homeostazındaki bozulmanın nedensel bir faktör olabileceği düşünüldüğünden, vitiligo hastalığının tedavisinde topikal kalsipotriol denenmiştir. Son zamanlarda melanositlerde 1,25 dihidroksi vitamin D3 reseptörlerinin varlığı da gösterilmiştir (56). 1,25 dihidroksi

vitamin D3'ün melanin sentezini düzenlediği düşünülmektedir (69). Vitamin D ligandları T hücresine ait TNF- α , interferon-gama (İFN- γ) gibi proinflamatuvar sitokin sentezini baskılamakta, ayrıca endotelin (ET) reseptörü ve c-KIT reseptörü gibi özgül ligand reseptörleri ile aktive olan yolda melanogenezi uyarmakta, melanosit-olgunlaşması ve farklılaşmasını etkilemektedir (69). İşte bu etkilerinden yararlanılarak vitamin D analoglarının vitiligo hastalığının tedavisinde yararlı olduğu düşünülmektedir.

Nutrisyonel Tedavi; Vitiligo hastalarının tedavisine destek olarak beslenmenin rolü uzun süredir vurgulanmaktadır. Bu daha çok gelişmekte olan ülkelerdeki malnütre çocuklarda daha sık vitiligo gelişimi ile farkedilmiştir (56). Oksidatif stresin vitiligo patogeneğinde yer alan önemli bir mekanizma olması nedeniyle çeşitli antioksidan ürünler vitiligo tedavisinde çalışılmıştır (57). Bu amaçla vitiligo hastalığının tedavisinde kullanılan antioksidan bileşikler vitamin C (70), vitamin E (71), 'Cucumis melo katalaz/süperoksit dismutaz' (Vitix) (72), 'Polipodium Leucotomos' ekstresi (73) ve ginkgo bilobadır (74). Dar band UVB fototerapisi ile antioksidan tedavi (α -lipoik asit, vitamin C, vitamin E, poliansatüre yağ asidi) kombinasyonun intrasellüler redoks durumunu düzelterek dar band UVB'nin etkinliğini artırdığı, böylece vitiligo hastalığında pigmentasyonun daha erken olduğu ve birikici UVB dozunun azaldığı belirtilmiştir (75).

Güneş Koruyucular; Vitiligolu alanlar güneşte kolay yanmakta ve bu alevlenmelerden sonra Köbner fenomeni ile aktif hastalık komşu alanlara yayılabilmektedir (76). Bu nedenle 30 veya daha fazla güneş koruma faktörü (UVA ve UVB'ye karşı) içeren güneş koruyucuların vitiligo hastalarına kullanılması önerilmektedir. Ayrıca PUVA veya diğer fotokemoterapötik tedaviler süresince vitiligo hastalarının güneş koruyucu kullanması günün diğer bölümünde güneş ile olabilecek ek etkileşimi de önlemiş olmaktadır (60).

Depigmentasyon Tedavisi; Uzun yıllar stabil durumda kalan, doğal olarak koyu derili ve vücut yüzeyinin %50'den fazlası tutulan, pigmente derinin çok az olduğu vitiligolu hastalarda özellikle el, yüz gibi bölgelerde kozmetik olarak kamuflaj her zaman mümkün olmamaktadır. Bu hastalarda depigmentasyon tedavisi göz önüne alınmaktadır. Depigmentasyon ürünleri olarak civa iyodür içerenler, fenolik

deriveleri, hidrokinon ve benzeri kimyasallar içeren çok sayıda ürün bulunmaktadır (77). Depigmentasyon oluşturmak için en çok %20 krem şeklinde hidrokinonun monobenil eteri (MBEH) kullanılmakta ve sonuçlar 4-12 ay sonra görülebilmektedir. MBEH melanositlerde nekroza bağlı ölüme yol açarak etki göstermektedir. Melanin MBEH'ye bağlı melanosit ölümünde koruyucu olmakta; bu da koyu deri fototipine sahip kişilerin neden MBEH'den fayda görmediğini açıklamaktadır (78). Ancak FDA tarafından onaylı olmasına rağmen şiddetli irritasyona neden olması ve toksisite görülmesi nedeniyle son yıllarda depigmentasyon amaçlı MBEH yerine topikal 4-metoksifenol (4MP) ve Q-anahtarlı ruby lazer (QSRL) kullanılmaktadır. Bunun dışında vitiligo universalis hastalarında depigmentasyon amaçlı QSRL ve Q-anahtarlı alexandrite lazer de kullanılabilmektedir (79,80).

Cerrahi Tedavi; Cerrahi olmayan tedavilerle başarı elde edilemeyen dirençli vitiligo hastalarında, stabil vitiligo lezyonlarında, Köbner fenomeni negatif olan, son 2 yıl içinde yeni lezyon gelişmeyen hastalarda, hem verici hem alıcı bölgenin deri beslenmesinin iyi olduğu atrofi, skarlaşma, keloid görülmeyen alanlarda başarılı şekilde kullanılabilmektedir (56,57). Bunun dışında yapılan çalışmalar cerrahi tedavinin özellikle tek taraflı (fokal veya segmental) vitiligo hastalarında jeneralize veya bilateral vitiligo hastalarına göre başarılı olduğunu göstermektedir (81). Cerrahi tedavi; melanositten zengin dokuların nakledilmesi ve melanosit hücre süspansiyonlarının nakledilmesi şeklinde 2 ana kategoride yapılmaktadır (57).

Kamuflaj ve Makyaj; Vitiligolu hastalarda özellikle yüz, boyun ve eller gibi görünen bölge yerleşimli lezyonlarda kozmetik amaçla lezyonları gizleyen kapatıcı makyaj ürünleri kullanılabilmektedir (56). Hastalık üzerine etkili olmasalar da vitiligo hastalığının psikososyal yönünü iyileştirerek ve DYKİ'ni artırarak tedaviye yardımcı olmaktadır (82). Kamuflaj için kullanılan ürünler geçici (makyaj), yarı-kalıcı (renk koyulaştırıcı, bronzlaştırıcı losyonlar) veya kalıcı (dövme=mikropigmentasyon) olabilmektedir (57). Fondoten bazlı kozmetik ürünler geçici kamuflaj ürünleri olup vitiligoda kamuflaj amacıyla en sık kullanılan ürünlerdir (83).

2.4.8. Vitiligo’da psikososyal morbidite

Vitiligo, fiziksel sağılığı etkilemese de dış görünümü en fazla etkileyen deri hastalıklarından biridir. Hastalık genel olarak uzun seyirli olması, seyrinin öngörülememesi ve etkin bir tedavi yönteminin henüz bulunmaması nedeniyle bireyin psikolojik uyumu üzerine önemli ölçüde olumsuz etki yapmaktadır (84). Vitiligolu erişkinlerde yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları (85), depresyon (85,86) ve intihar düşüncelerinin (87) sık görüldüğü ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine önemli düzeyde etkisi (88-92) olduğu saptanmıştır.

Çalışmalar, vitiligo hastalarının üçte ikisinin utanma duygusu içinde olduğunu, yarından fazlasının sosyal kaygı yaşadıklarını, bunların kendilerini çirkin hissettiğinden, o bölgeleri saklamak için uygunsuz giyindikleri ve karşı cinsle rahatlıkla ilişki kuramadıklarını göstermektedir (93,94). Kent ve Al-Abadie, İngiltere’de Vitiligo Derneği’nden 640 hastaya GSA uygulamış ve % 35’inin GSA skorlarının yüksek olduğunu, GSA skorları yüksek bulunanların damgalanma duygusunu daha çok algıladıklarını, çevresindeki kişilerle olumsuz ilişkiler yaşadıklarını, etkinliklerden kaçındıklarını ve % 59’unun son 3 hafta içinde lezyonları etkileyen bir yaşam olayı yaşadıklarını bildirmiştir (95).

Duygusallıkla yüzleşmeme, olumsuz duygusallıklardan kaçınma, kendiyle barışık olma, stres duyarlılığının azlığı, aşırı genelleştirmeden ve içine kapanmadan kaçınma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanabilen hastalar; deri bozukluklarından daha az etkilenirken, kendi kendisiyle fazla meşgul olma eğilimi, hastalıktan aşırı etkilenmeye neden olmaktadır. Kişide başa çıkma düzenekleri yüksek ise, bedensel belirtilere bakmaksızın, ruhsal sağılığın iyiliği ve yaşam kalitesi artmaktadır (96).

Papadopoulos ve ark., 16 vitiligo hastasında 5 ay süre ile bilişsel-davranışçı terapi etkilerini, kontrol grubuyla karşılaştırmış ve 8 hafta süre ile psikoterapi uygulanan hastalar, 8. haftada ve 5. ayın sonunda değerlendirilmiştir. Psikoterapi uygulanan grupta, bu süreler sonunda kontrol grubuna göre, özgüven, beden imgesi ve yaşam kalitesi skorlarında anlamlı bir yükselme saptanmıştır.

Tedaviyi takiben en yüksek derecede düzelme, Rosenberg Kendilik Saygısı Envanteri skorlarında olmuş; hastalar daha önce zorlandıkları davranışları daha kolay yapabilmeye başlamışlardır (97).

Hastaların yakınmalarından biri de, doktorların onların gereksinim ve sorunlarına duyarsız kalmasıdır. Hastalar daha fazla bireysel ilgiye, cesaretlendirilmeye ve desteğe ihtiyaç duyar. Hasta bu isteklerinin tamamen doğal olduğunu düşünmesine rağmen, dermatoloji uzmanı daha çok hastalığa yönelik davranır. Dolayısıyla hastaları tatmin etmek için psikoterapi, hastaya destek olma ve hastalığa uyum açısından faydalı olabilir (98).



2.5. Alopesi Areata

2.5.1. Tanım

Alopesi areata (AA) kendiliğinden iyileşme ve alevlenmelerle seyredebilen, en sık saçlı deri olmak üzere vücudun herhangi bir yerindeki kıllarda skatrise neden olmayan dökülme alanları ile ayırt edilen bir kıl follikülü hastalığıdır.

2.5.2. Epidemiyoloji

Alopesi areata dermatoloji pratiğinde karşılaşılan tüm dermatozların %0,7 ile %3,8'ini oluşturan bir tablodur. Yaşam boyu ortaya çıkabilme riskinin %1,7-%2 olduğu tahmin edilmektedir (99,100). AA, ırk, cinsiyet ve yaş ayrımı yapmaksızın herkeste görülebilir. Coğrafik, etnik ve bireyler arası immünogenetik farklılıklardan kaynaklanan nedenlerle, insidansı çalışmalar arası farklılık göstermektedir. AA yaşamın herhangi bir döneminde başlayabilmektedir. Başlangıç yaşı için çalışmaların bazılarında en sık çocukluk döneminde, bazılarında ise 4. Onyıla kadar geç olabilecek farklı yaş aralıkları bildirilmiştir. Ancak genellikle 20 ve altındaki yaşlarda başlangıç göstermektedir. Genetik zeminin çok faktörlü olduğu düşünülmektedir (101).

2.5.3. Etyopatogenezi

Mevcut birçok hipoteze rağmen AA'nın etyopatogenezi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Günümüzdeki en güçlü hipotez, AA'nın genetik yatkınlık ve çevresel tetikleyicilerle kıl folikülüne karşı oluşan, T lenfositlerin aracılık ettiği organa özgü otoimmün bir hastalık olduğudur (102, 103).

2.5.4. Klinik

Alopesi areata, küçük plak şeklinde saç dökülmelerinden tüm vücut kıllarının dökülmesine gidebilen değişik klinik formlarda olabilmektedir. Ancak çoğunlukla sınırları belirgin, oval veya yuvarlak lokalize saç kayıpları şeklinde görülür. En sık saçlı deride görülür (104,105). Birçok olguda saçlı deri genellikle ilk tutulan bölgedir ancak vücudun diğer kıl folikülü içeren bölgelerinden de başlayabilir veya bu bölgeler tek başına tutulabilir (106). Tanı sıklıkla başka bir tanısal yöntem gereksinim duyulmadan hastanın inspeksiyonu ile klinik olarak konur.

2.5.5. Klinik Tipler

Alopesi areata tutulum desenine veya yaygınlığına göre sınıflandırılır (107-109):

Yamasal tip: En sık görülenidir. Sıklıkla tek bir yama görülmekle birlikte çoklu yamalar da olabilir.

Ofiyazik tip: Temporo-okcipital bölgede bant tarzında dökülme ile ayırt edilir. Kötü prognoz ile ilişkilidir.

Ters ofiazis (Sisaipho): Frontal, temporal ve parietal bölgede dökülme varken, ofiyazik tipin tersine saçlı deri sınır bölgeleri korunur. Tepe bölgesinde dökülme mevcut olup androgenetik alopesi ile karışabilir.

Diffüz tip: Tüm saçlı deriyi tutar ancak tüm kıl folikülleri etkilenmez. Çekme testinin kuvvetli pozitifliği, AA'nın dermoskopik bulguları ve ek yamasal lezyonların da bulunuşu tanıya yönlendirmede yardımcıdır (107).

Akut diffüz ve total alopesi: Sato-Kawamura ve arkadaşları tarafından tanımlanan nadir görülen tiplerindendir. Hızlı ilerleme ve yaygın tutulum ile karakterizedir. Ancak prognozu iyidir (108).

Perinevoid tip: Nadir görülür. Nevus etrafında AA lezyonu gelişmesi ile ayırt edilir (109).

Alopesi totalis: Saçlı deride tümüyle saç kaybı mevcuttur.

Alopesi universalis: Tam saç kaybı yanında tüm vücut kıllarında dökülme bulunur.

2.5.6. Klinik Şiddet Skorlaması

Hastalık şiddeti Olsen ve ark. tarafından tanımlanan Alopesi Şiddet Ölçeği (SALT skoru) ile değerlendirilmektedir (110). SALT skorlama sistemi aşağıda özetlenmiştir (Çizelge 3).

Çizelge 3. SALT skorlama sistemi

S0:	Saç kaybı yok
S1:	Saç kaybı < %25
S2:	Saç kaybı % 25-49
S3:	Saç kaybı % 50-74
S4:	Saç kaybı % 75-99
S5:	Saç kaybı % 100

2.5.7. Tedavi

AA tedavisinde saç çıkışını uyaran birçok tedavi seçeneği mevcut olmakla birlikte hiçbirisi kür sağlayıcı değildir (105). Günümüzde tüm tedaviler, sadece hastalığı kontrol ederek palyatif etki gösterirler. Lokal tedaviler, lezyon bölgesine etki ederler ancak hastalığın yayılmasını engelleyemezler (104). Tedavilerin

etkinliği ile ilgili verilerin çoğu kontrolsüz çalışmalara ve olgu serilerine dayanmaktadır. Kendiliğinden iyileşme oranının yüksek oluşu tedavilerin etkinliğinin değerlendirmesini güçleştirmektedir (102). Bu nedenle az sayıda yamasal lezyonu olan hastalarda izlem yeterli olabilir. AT/AU hastalarında ise uygulanan tüm tedavilere direnç görülebilir. AA hastalarında tedaviye karar verirken; hastanın yaşı, hastalığın yaygınlığı ve süresi, tutulan bölgenin lokalizasyonu, hastaya ait özellikler (gebelik, emzirme, ek hastalıklar) göz önüne alınmalıdır (105).

Lokal tedavi: Bu tedavi grubunda, kortikosteroidler, minoksidil, antralin ve topikal immünoterapi yer alır.

Kortikosteroidler: Tüm uygulama şekillerinde etkileri genel olarak immnspresyondur.

İntralezyonel Kortikosteroidler: Saçlı derinin %50'sinden azının tutulduğu, durağan AA'sı olan erişkin hastalarda ilk tercihtir (104). Yaygın tutulumlu veya hastalığın hızlı ilerleme gösterdiği hastalarda uygun değerildir. On yaş altı çocuklara, injesiyon yerinde ağrı olması nedeniyle tercih edilmezler. En çok kullanılan ajan triamsinolon asetonittir. Enjesiyonların 4-6 haftada bir tekrarlanması ve en az üç ay süre ile kullanılması gereklidir. Yanıt 6 ayın sonunda elde edilememişse tedavi sonlandırılmalıdır (102).

Topikal kortikosteroidler: Özellikle ocuklar ve az sayıda lezyonu olan hastalarda tercih edilmektedir. Orta veya yüksek potent kortikosteroidler kullanılmaktadır. Okluziv uygulama yapılabilir (111). Uzun süreli topikal uygulamalarda follikülit, telenjektazi ve atrofi gibi yan etkiler görülebilir (104).

Topikal immunoterapi: Dinitroklorobenzen (DNCB), skuarik asid dibtilester (SADBE) ve difensipron (DCP) gibi güçlü kontakt duyarlandırıcıların topikal immunoteraptik etkileri bulunmaktadır. Uluslararası tedavi rehberleri kronik, şiddetli AA olgularının tedavisinde en etkili ve en kabul gören tedavi metodu olarak immnoterapiyi önermektedir (112-114).

Minoksidil: şiddetli hipertansiyon tedavisinde kullanımı dşnlmş güçlü bir vazodilatatördür. Hipertansiyon tedavisinde kullanımında görülen hipertrikoz yan

etkisi sonrasında dermatolojide kullanımı gündeme gelmiştir. Vazodilatasyonu, anjiogenezi ve hücre proliferasyonunu uyarması ve potasyum kanallarını açması olası mekanizmalarıdır. Bazı yayınlarda minoksidilin immünsüpresif etkilerinin de olduğu bildirilmiştir (113). Dermatolojide kullanılan minoksidil, %2 ve %5'lik solüsyonlar şeklinde olup, çocuklar ve kadınlarda %2'lik formunun kullanılması önerilmektedir. Minoksidilin tek başına kullanılması yerine topikal antralin veya kortikosteroidlerle kombine edilmesinin daha etkili olduğu öne sürülmüştür (102). Yan etkisi nadir olmakla birlikte lokal irritasyon, allerjik kontakt dermatit ve hipertrikoz gözlenebilir (104).

Antralin (Ditranol): Etki mekanizması kesin olarak bilinmeyen antralinin, antiproliferatif ve immünsüpresif etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir. Kontakt dermatit oluşturarak Langerhans hücrelerinde ve T lenfositlerinde azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (104,115). Antralin çocuklar için de iyi bir seçenek olup başlangıçta günlük 20-30 dakikalık uygulamalarla başlanarak, daha sonra yavaş yavaş ilacın deride kalma süresi (2 haftalık aralar ile 10 dakika) artırılarak, %1'lik kremle 1 saat/gün ilaç uygulanmasına ulaşılması önerilmektedir. Ulaşılan bu doz en az 3 ay uygulanmalıdır. Etkili olabilmesi için hafif bir irritasyon oluşmalıdır (112). Uygulama alanı güneşten korunmalıdır.

Sistemik tedavi: Bu tedavi grubunda, sistemik kortikosteroidler, fototerapi ve siklosporin A yer alır.

Sistemik kortikosteroidler: Saç dökülmesi %50'den fazla olan, hızlı ilerleme gösteren erişkinlerde kortikosteroidlerin sistemik olarak kullanılması önerilmektedir. Özellikle çok odaklı, aktif dökülmesi olan şiddetli AA olgularında intravenöz veya oral pulse kortikosteroid tedavisi de kullanılabilir (116). Yan etkilerinin fazla oluşu ve ilaç kesildikten sonra nüks oranının yüksek olması sistemik kortikosteroid kullanımını sınırlandırmaktadır (117).

Fotokemoterapi: PUVA (psoralen+ultraviyole A)'nın T hücre fonksiyonunu etkilemesinin yanısıra antijen sunumu ve Langerhans hücrelerini azaltarak kıl follikülüne karşı gelişmiş olan lokal immünolojik atağı baskıladığı düşünülmektedir (118). PUVA daha çok yaygın AA tedavisinde endikedir.

Tedavinin uzun süreli olması ve deri kanserlerine eğilimi arttırması PUVA'nın istenmeyen etkileridir (104).

Siklosporin: Siklosporin yardımcı T hücre aktivasyonunu inhibe eden ve interferon gama üretimini baskılayan immünsüpresan bir ajandır (105). Etki mekanizması net olmamakla birlikte immünsüpresif etki yaparak, yeni kıl gelişimini uyardığı düşünülmektedir (104).

Siklosporinin başarısını gösteren az sayıda hasta ile yapılmış kontrolsüz çalışmalar ikna edici olmayıp, yan etki profili (nefrotoksisite, immünsüpresyon ve hipertansiyon), yüksek relaps oranları ve uzun süreli tedavi gerekliliği nedeni ile AA tedavisinde sık tercih edilmemektedir (119).

2.5.8. Alopesi Areata'da psikososyal morbidite

AA fiziksel yakınmalara neden olmasa da önemli düzeyde kozmetik sorunlara yol açabilmekte ve bireyin psikososyal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. AA'lı hastalarda depresyon, anksiyete bozuklukları ve uyum bozukluğu başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (120-122).

Ruiz-Doblado'nun, AA'lı 32 hastada nöropsikiyatride klinik değerlendirme çizelgesi, uluslararası kişilik bozuklukları incelemesi ve hastalığa psikolojik uyum skalası kullanılarak yaptığı çalışmada, hastaların % 66'sında psikiyatrik eştanı saptandığı; bunların en sık uyum bozuklukları, yaygın kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar şeklinde olduğu, hastalığa genel olarak uyumun tatminkar olup; aile, sosyal hayat, iş yada cinsel uyuma yansımaları olduğu, kötü uyumun bağımlı, antisosyal kişilik bozuklukları, yaygınlaşmış kaygı ve depresyonla ilişkili olduğu saptamıştır. Sonuç olarak AA'da psikiyatrik rahatsızlık görülme oranı yüksektir (123).

Sayar ve ark.'nın, AA olan 31 askerle, 40 sağlıklı asker grubunu, Beck depresyon ölçeği, Beck umutsuzluk ölçeği, Spielberger durumsal ve süreklilik kaygı skalası ve kısa semptom envanteri ile değerlendirerek yaptığı kontrollü

Çalışmada, hastaların % 55'inde çeşitli derecelerde klinik depresyon, % 32'sinde umutsuzluk duyguları saptanmıştır (124).

AA'lı hastalarda dermatolojik tedaviye daha iyi cevap alınması için depresyon, anksiyete ve umutsuzluk gibi psikolojik problemler tanınmalı ve tedavi edilebilmelidir.



3. MATERYAL-METOD

Bu çalışmaya, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Dermatoloji Polikliniğinde takip edilen vitiligo, AA ve AV hastaları ardışık olarak alındı. Çalışma protokolü Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 14/12/2015 tarih ve 70904504/548 sayılı kararı ile onaylandı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek, gönüllü olarak katılmak isteyenlerden daha evvel tanısı konmuş psikiyatrik hastalığı olmayanlar çalışmaya dahil edildi. Hastalarda ölçekleri okuyup anlayabilecek derecede bir eğitim düzeyi arandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındı.

Çalışmaya toplam 150 hasta (50 AV, 50 vitiligo, 50 AA) alındı. Hastalık şiddet skorlamaları; vitiligo hastalarında Vitiligo European Task Force (VETF) Skoru, AV hastalarında Food and Drug Administration (FDA) Global skoru ve alopesi areata hastalarında Severity of Alopecia Tool (SALT) skoru ve hastaların sosyodemografik özellikleri başvuru günü dermatoloji hekimi tarafından kaydedildi. Ayrıca Vitiligo Hastalık Aktivite Skoru (VIDA) hasta tarafından skorlandı. Aynı zamanda hastaların yanıtlayacağı Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İDÖ), Genel Sağlık Anketi (GSA) ve genel sağlığı tek soruyla irdeleyen “Algılanan Sağlık Sorusu” (ASS) ve akne hastalarına Akne Yaşam Kalite Ölçeği (AYKÖ) uygulandı. Ölçekler dermatoloji polikliniğinde boş bir odada uygulandı. Hasta ölçeği doldururken gelişebilecek herhangi bir probleme karşı ilgili hekim yakın bir alanda bulundu.

3.1.Ölçekler

3.1.1.Dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ)

Deri ve zührevi hastalıklar için geliştirilmiş ilk yaşam kalite ölçeğidir. Hastaya yönelik bir anket formu olan DYKİ basit, kısa ve anlaşılabilir bir dille oluşturulmuştur (1). Toplam 10 sorudan oluşan ölçeğin değeri 0-30 arasında değişmektedir. Yüksek değerler hastalığın günlük yaşam, iş, okul hayatı, boş zaman aktiviteleri ve kişiler arası ilişkilerine etkisinin belirgin olduğunu gösterir. Ülkemizde DYKİ' nin psoriasis için geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürkcan ve ark. tarafından yapılmıştır (3).

3.1.2. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği (İDÖ)

İçselleştirilmiş damgalanma RHİDÖ kullanılarak belirlenmiştir. RHİDÖ, Ritsher ve ark. tarafından geliştirilmiş olan, 29 maddeden oluşan ve içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren bir ölçektir (13). Ölçek, yabancılaşma (6 madde), kalıp yargıların onaylanması (7 madde), algılanan ayrımcılık (5 madde), sosyal geri çekilme (6 madde), damgalamaya karşı direnç (5 madde) olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır (1). RHİDÖ'de yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ'de yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ersoy ve ark. tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır (2). İçselleştirilmiş damgalanma ölçeğinden 0-25 puan alanlar düşük, 26-39 puan alanlar orta derecede, 40 ve üzeri puan alanlar yüksek düzeyde damgalanma olarak belirlenmiştir (2).

3.1.3. Algılanan sağlık sorusu (ASS)

Genel sağığı tek soruyla irdeleyen beşli Likert tipi bir ölçektir. Analizlerde Likert puanlaması 1, 2, 3 “iyiden kötü”, 4 ve 5 “iyi” olarak sınıflandırılmıştır (1).

3.1.4. Genel sağlık anketi (GSA)

GSA sağlıklı katılımcılar, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ve bedensel hastalığı olan psikiyatri dışı hasta gruplarına yönelik olan ve kaygı ve depresyon belirtilerinin tespit edilmesi için kullanılan bir ankettir (125). Ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda birinci basamak tarama testi olarak kullanılmaktadır. Bu ölçeğin sonuçları, kişide genel olarak bir psikolojik sorun olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. 12 soruluk genel sağlık anketi kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyo-kültürel ortamlarda kullanılabileceğı için yaygın olarak tercih edilmektedir (126). Ölçeğin, psikotik olmayan depresyon belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceğı belirtilirken psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir. 12 maddelik GSA’yı Goldberg ve Williams geliştirmiştir (127). Bu çalışmada 12 soruluk formu kullanılmıştır. Testin başında bir yönerge vardır ve katılımcılar 4’lü Likert tipi ile hazırlanmış yanıtlardan uygun olanını işaretler. GSA tipi puanlama adı verilen yöntemle her sorunun ilk iki yanıtına 0 ve son 2 yanıtına 1 puan verilir. GSA’de GSA tipi puanlama yöntemine göre toplam puan 0–12 arasındadır. GSA tipi puanlamayla elde edilmiş değerler risk gruplarını gösterir. 12 madde üzerinden deneklerin aldıkları puanlar düşük, orta ve yüksek puanlılar olarak gruplandırılmaktadır. Ölçekten 2’den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta ve 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır (128). Testin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kılıç ve ark. tarafından yapılmıştır (129).

3.1.5. Akne Yaşam Kalite Ölçeği (AYKÖ)

Gupta ve ark.'nın geliştirdiği 9 sorudan oluşan bir ölçektir. Akne şiddeti ile akneye bağlı psikolojik morbidite arasındaki ilişkinin belirlenmesini hedeflemektedir. Hastaların akneleri nedeniyle çektiği sıkıntıları sorgulayan soruların cevapları hiçbir zaman ise 1 puan, biraz ise 2 puan, orta derecede ise 3 puan, çok fazla ise 4 puan şeklinde skorlanmaktadır. Toplam puan her sorunun puanı toplanarak hesaplanır. Skorun yüksek olması yaşam kalitesinde daha fazla bozulmayı ifade etmektedir (130). Sorular, başkalarının yanında kendini huzursuz hissetme, sosyalleşmede azalma, eş veya erkek/kız arkadaş ile ilişkide zorluk, yakın arkadaşlarla ilişkide zorluk, aile ilişkilerinde zorluk, dışlanmış hissetme, alay konusu olma, romantik ilişkide reddedilme ve arkadaşlar tarafından reddedilme konularına yöneliktir (131). Özellikle hafif orta şiddetli akne akne şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmede kullanılabilir (132). Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışması Demirçay ve ark.'nın tarafından gerçekleştirilmiştir (131).

4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırma, etik kurul onayı alındıktan sonra toplam 6 ay içinde Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda takip edilen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 150 hastanın verilerini içermektedir. Ünitelerde takip edilen güncel hasta sayısı ve bu çalışmada gerekli ideal hasta sayısı göz önünde tutularak 150 hastanın çalışmaya alınması planlanmıştır. İstatistikçi desteği alınmıştır.

Çalışmamızda İDÖ'nün tümü ve alt boyut ölçeklerinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak incelendi. Bu değerlerin minimum kabul edilebilir düzeylerinin 0.70-0.95 olduğu kabul edildi. Bu çalışmada İDÖ iç tutarlılık katsayılarının bazılarının 0,70'den küçük olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle İDÖ'nün geçerlik ve güvenilirliğinin sağlanması için ileriki çalışmalarda detaylı incelenmesi gereklidir. Veriler PASW 22 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi. Örnekleme tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk varsayımı Shapiro Wilk testi ile incelendi. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı "Student t testi", parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, iki grup için "Mann-Whitney U" testi kullanıldı. Kategorik veriler ise "ki-kare anlamlılık testi" ya da "Fisher's Exact test" ile incelendi. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanıldı. İstatistikçi desteği alınmıştır.

5. BULGULAR

İDÖ'nün AV, vitiligo ve AA hastalıklarında güvenilirliği, alt ölçekler ile ölçeğin tümü için iç tutarlılık katsayılarının hesaplanması ile yorumlandı. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlılık katsayısı AV için 0.911, vitiligo için 0.919, ve AA için 0.933 bulundu.

Alt ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları ölçeğin özgün İngilizce formunun güvenilirlik geçerlik çalışmasından (13), Türkiye'de ruhsal hastalıklar için yapılmış güvenilirlik geçerlik çalışmasından (2) ve dermatolojik hastalıklardan ilk kez psoriasisde gerçekleştirilen çalışmadan (1) elde edilmiş olan Cronbach alfa değerleriyle Çizelge 4'de sunulmuştur.

Çizelge 4. İçselleştirilmiş Damgalanma ölçeğinin Cronbach alfa değerinin ve alt ölçeklerinin akne vulgaris, vitiligo ve alopesi areata hastalarında değerlendirilmesi

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt ölçekler	Akne vulgaris (n=50)	Alopesi areata (n=50)	Vitiligo (n=50)	Psoriasis çalışma (n=100)	Türkçe form (n=203)	Özgün form (n=127)
Yabancılaşma	0.88	0.88	0.88	0.83	0.84	0.79
Kalıp yargıların onaylanması	0.14	0.66	0.48	0.70	0.71	0.72
Algılanan ayrımcılık	0.69	0.82	0.65	0.70	0.87	0.75
Sosyal geri çekilme	0.90	0.93	0.83	0.84	0.85	0.80
Damgalamaya karşı direnç	0.07	0.64	0.46	0.68	0.63	0.58
Toplam	0.91	0.93	0.91	0.89	0.93	0.90

5.1. Akne Vulgaris

AV hastalarının (n=50) yaş ortalaması 20.58 ± 3.71 , ortalama akne başlangıç yaşı 16.14 ± 2.57 , ortalama hastalık süresi 4.27 ± 3.00 yıl, ortalama ilaç kullanım süresi 6.20 ± 3.76 ay olarak saptandı. Hastaların %54'ü kadın, %92'si

bekar, %74'ünün geliri giderine denk, %44'ü liseden mezundu ve hiçbir hastanın ek bir sistemik hastalığı (diyabet, vb.) yoktu. Akne için yalnız topikal tedavi kullanım öyküsü 9 hastada, yalnız sistemik tedavi öyküsü 1 hastada saptanırken, hem sistemik hem topikal tedavi alma öyküsü 16 hastada saptandı. Çalışmaya katılan hastaların hastalık gruplarına göre özellikleri Çizelge 5'de sunulmuştur.

Çizelge 5. Akne vulgaris hastalarının sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
<i>Erkek</i>	23	46
<i>Kadın</i>	27	54
Medeni Durum		
<i>Bekar</i>	46	92
<i>Evli</i>	4	8
Gelir Gider		
<i>Geliri giderinden fazla</i>	7	14
<i>Geliri giderine denk</i>	37	74
<i>Geliri giderinden az</i>	6	12
Eğitim		
<i>Ortaokul</i>	4	8
<i>Lise</i>	22	44
<i>Yüksek Okul</i>	11	22
<i>Fakülte</i>	13	26
Ek Hastalık*		
<i>Yok</i>	50	100
<i>Var</i>	0	0
Klinik (FDA global skoruna göre)		
<i>Hafif</i>	18	36
<i>Orta</i>	17	34
<i>Şiddetli</i>	14	28
<i>Çok şiddetli</i>	1	2
Akne hastalık seyri		
<i>Akut</i>	3	6
<i>Kronik aralıklı</i>	37	74
<i>Kronik ilerleyici</i>	10	20
Akne tutulum alanı		
<i>Yüz ve boyun</i>	48	96
<i>Vücut ağırlıklı</i>	1	2
<i>Ekstremita ağırlıklı</i>	1	2
Algılanan Sağlık		
<i>Çok iyi</i>	7	14
<i>İyi</i>	27	54
<i>Orta</i>	14	28
<i>Kötü</i>	2	4
<i>Çok kötü</i>	0	0

* Ek hastalık: Akne dışında diyabet, hipertansiyon gibi mevcut hastalıklar

Kadın hastaların başvuru sırasında ortalama yaşı, akne başlangıç yaşı ve hastalık süresi istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da erkeklere göre daha yüksekti. İlaçla tedavi süresi ve akne şiddeti açısından erkek-kadın cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi.

Akne hastalarında Cronbach alfa düzeyleri: AYKÖ: 0.908, DYKİ: 0.812, İDÖ: 0.911, GSA: 0.644 saptandı.

Akne hastalarının AYKÖ ortalaması 14.40 ± 6.19 , DYKİ ortalaması 6.78 ± 5.58 , İDÖ ortalaması 59.48 ± 15.40 , GSA ortalaması 23.60 ± 4.47 , ASS ortalaması 3.78 ± 0.73 saptandı. Akne hastalarında İDÖ'nün beş alt ölçeği içinde en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise yabancılaşma alt ölçeğine aitti (Bkz. Çizelge 4).

AYKÖ skorları erkeklerde kadınlara göre belirgin derecede yüksekti ($p=0.012$). İDÖ, DYKİ, GSA ortalama skorları erkeklerde daha yüksek ve ASS ortalama değeri ise daha düşük saptandı. Ancak bu bulgular istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

Medeni durum ile DYKİ, İDÖ, ASS, GSA arasında ilişki saptanmadı. Ancak evli bireylerde ortalama AYKÖ değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p=0.017$). Evli bireylerde DYKİ, GSA skoru istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha düşük saptandı (sırasıyla $p=0.243$, $p=0.957$). İDÖ skoru ise evli bireylerde farklı olarak istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek saptandı ($p=0.680$).

Eğitim düzeyi ile AYKÖ, GSA, ASS arasında ilişki saptanmadı. DYKİ ($p=0.041$) ve İDÖ skorları ($p=0.005$) eğitim düzeyi artışı ile istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdi. Gelir düzeyi ile AYKÖ, DYKİ, İDÖ, GSA, ASS arasında ilişki saptanmadı.

İDÖ'nün kriter geçerliliğinin irdelenmesi için deri ve zührevi hastalıkları alanında AV hastalığının şiddetinin belirlenmesinde kullanılan FDA global skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. FDA global skoru ile İDÖ toplam puanı arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmadı ($p=0,130$). Benzer şekilde akne hastalık şiddeti ile AYKÖ, GSA, ASS arasında korelasyon izlenmedi. Ancak akne şiddeti arttıkça DYKİ skorlarında artış izlendi ($p=0.024$).

İDÖ hafif-orta-şiddetli olarak 3 grupta incelendiğinde, orta şiddette 2 hasta varken 48 hasta şiddetli grupta yer aldı. Bu nedenle veriler arasında karşılaştırma yapılamadı. GSA hafif-orta-şiddetli olarak 3 gruba ayrıldığında, hastaların tümü şiddetli (>4) grubunda idi, bu yüzden farklı gruplar arasında karşılaştırma yapılamadı.

AYKÖ ile DYKİ ($p<0.001$) ($r=.736$), GSA ($p<0.001$) ($r=.492$) ve İDÖ ($p<0.001$) ($r=.587$) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki gözlemlendi. İDÖ ile DYKİ ($p<0.001$) ($r=.596$) ve GSA ($p<0.001$) ($r=.594$) arasında da istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. ASS ile AYKÖ, DYKİ, İDÖ, GSA arasında ise istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). İDÖ ile akne FDA global skoru, DYKİ, GSA, ASS arasında korelasyon Çizelge 6'da gösterilmiştir.

Çizelge 6. İDÖ ile Akne FDA global skoru, AYKÖ, DYKİ, GSA, ASS arasındaki korelasyon ilişkisi

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt ölçekler	Akne FDA global skoru	AYKÖ	DYKİ	GSA	ASS
Yabancılaşma	0.058	<0.001	<0.001	<0.001	0.467
Kalıp yargıların onaylanması	0.094	0.001	0.002	<0.001	0.534
Algılanan ayrımcılık	0.005	0.001	0.002	<0.001	0.269
Sosyal geri çekilme	0.552	<0.001	<0.001	<0.001	0.479
Damgalamaya karşı direnc	0.107	0.434	0.716	0.788	0.021
Toplam	0.059	<0.001	<0.001	<0.001	0.268

5.2. Vitiligo

Vitiligo hastalarının (n=50); %52'si erkek, %52'si bekar, %60'ının geliri giderine denk, %36'sı liseden mezun, %90'ının ek bir hastalığı yoktu. Yaş ortalaması 34.28 ± 13.02 , ortalama vitiligo başlangıç yaşı 24 ± 14 , ortalama hastalık süresi 10.04 ± 9.90 yıl, hastaların ortalama ilaç kullanım süresi 10.34 ± 16.08 ay olarak saptandı. Çalışmaya katılan vitiligo hastalarının sosyodemografik özellikleri Çizelge 7'de sunulmuştur.



Çizelge 7. Vitiligo hastalarının sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
<i>Erkek</i>	26	52
<i>Kadın</i>	24	48
Medeni Durum		
<i>Bekar</i>	26	52
<i>Evli</i>	21	42
<i>Boşanmış</i>	3	6
Gelir Gider		
<i>Geliri giderinden fazla</i>	5	10
<i>Geliri giderine denk</i>	30	60
<i>Geliri giderinden az</i>	15	30
Eğitim		
<i>İlkokul</i>	9	18
<i>Ortaokul</i>	10	20
<i>Lise</i>	18	36
<i>Yüksek Okul</i>	6	12
<i>Fakülte</i>	4	8
<i>Yüksek Lisans</i>	3	6
Ek Hastalık*		
<i>Yok</i>	45	90
<i>Var</i>	5	10
Klinik		
<i>Lokalize</i>	12	24
<i>Jeneralize</i>	38	76
Turnak bulgusu**		
<i>Var</i>	9	18
<i>Yok</i>	41	82
Saç bulgusu (Poliozis)		
<i>Var</i>	3	6
<i>Yok</i>	47	94
Vitiligo hastalık seyri		
<i>Akut</i>	3	6
<i>Kronik aralıklı</i>	17	34
<i>Kronik ilerleyici</i>	23	46
<i>Sabit</i>	7	14
Soygeçmişte Vitiligo öyküsü***		
<i>Yok</i>	35	70
<i>Var</i>	15	30
<i>1.derece akraba</i>	8	16
<i>2.derece akraba</i>	7	14
Eşlik eden hastalıklar		
<i>Atopi</i>	3	6
<i>Alopesi areata</i>	3	6
<i>Bağ doku hastalıkları</i>	1	2
<i>Tiroid hastalığı</i>	6	12
<i>Psikiyatrik hastalıklar</i>	1	2
Vitiligo için ilaç kullanımı		
<i>Yok</i>	2	4
<i>Var</i>	48	96
Algılanan Sağlık		
<i>Çok iyi</i>	4	8
<i>İyi</i>	29	58
<i>Orta</i>	12	24
<i>Kötü</i>	3	6
<i>Çok kötü</i>	2	4

*Ek hastalık: Vitiligo dışında diyabet, hipertansiyon gibi mevcut hastalıklar

**Tırnak bulguları: Pitting, trakionişi, kalınlaşma, renk değişikliği, kırmızı lunula

***1. derece akraba: Anne, baba, kardeş; 2. derece akraba: anne-baba çekirdek ailesi üyeleri (dayı, amca, teyze, vb.).

Hastaların DYKİ ortalaması 4.70 ± 5.33 , İDÖ ortalaması 51.68 ± 14.34 , GSA ortalaması 23.18 ± 5.38 , ASS ortalaması 3.92 ± 3.03 idi. Vitiligo hastalarında cronbach alfa düzeyleri: DYKİ: 0.329, İDÖ: 0.919, GSA: 0.586 saptandı. Vitiligo hastalarında İDÖ'nün beş alt ölçeği içinde en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise yabancılaşma alt ölçeğine aitti (Bkz. Çizelge 4).

Vitiligo şikayeti ile başvuran hastaların başvuru sırasında ortalama yaşı ($p=0.61$) ve başlangıç yaşı ($p=0.02$) kadınlarda daha küçük, başvuru anında hastalık süresi ($p=0.04$) kadınlarda daha uzun, ilaçla tedavi süresi ($p=0.59$) ise erkeklerde daha uzun saptandı. VETF alan skoru ve evreleme skoru kadınlarda daha yüksek saptandı. Ancak bu değerler istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

Cinsiyet ile DYKİ, İDÖ, GSA ve ASS arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. DYKİ, İDÖ ortalama skorları kadınlarda daha yüksek saptandı ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. GSA ortalama skoru kadınlarda daha düşük, ASS ise kadınlarda daha yüksek saptandı ancak bu değerler de istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

İDÖ'nün kriter geçerliliğinin irdelenmesi için deri ve zührevi hastalıkları alanında vitiligo hastalığının şiddetinin belirlenmesinde son yıllarda kabul gören VETF ve VIDA skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. Hastaların VETF alan skoru ortalama 9.68 ± 8.30 , VETF evreleme skoru 6.02 ± 3.22 , VETF yayılım skoru 0.28 ± 3.01 , VIDA skoru 1.04 ± 1.26 olarak belirlendi. VETF skorunu oluşturan alan, evreleme ve yayılım alt komponentleri ile İDÖ toplam puanı arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). VIDA skoru ile İDÖ arasında anlamlı ilişki saptanmadı, hastalık şiddeti ve aktivitesi ile İDÖ arasında korelasyon izlenmedi.

İDÖ toplam ve alt ölçekleri ile VETF alan, VETF evreleme, VETF yayılım, DYKİ, GSA, ASS arasında korelasyon Çizelge 8’da gösterildi.

Çizelge 8. İDÖ ile VETF alan, VETF evreleme, VETF yayılım, DYKİ, GSA, ASS arasındaki korelasyon ilişkisi

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt ölçekler	VETF alan	VETF evreleme	VETF yayılım	DYKİ	GSA	ASS	VIDA skoru
Yabancılaşma	0.049	0.469	0.315	<0.001	0.966	0.770	0.566
Kalıp yargıların onaylanması	0.591	0.661	0.791	0.085	0.894	0.321	0.971
Algılanan ayrımcılık	0.671	0.392	0.612	<0.001	0.790	0.774	0.356
Sosyal geri çekilme	0.509	0.128	0.726	<0.001	0.842	0.994	0.655
Damgalamaya karşı direnc	0.917	0.436	0.523	0.333	0.277	0.260	0.487
Toplam	0.243	0.231	0.108	<0.001	0.463	0.368	0.566

Medeni durum ile DYKİ, İDÖ, ASS arasında ilişki saptanmadı. Evli bireylerde GSA skoru daha düşük bulundu ($p=0.024$). Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile DYKİ, İDÖ, GSA, ASS arasında ilişki saptanmadı.

Vitiligo tipi ile VETF alan ($p=0.001$) ve evreleme skoru ($p=0.006$) arasında anlamlı ilişki saptandı. Vitiligo tipi ile VETF yayılım skoru, VIDA skoru, İDÖ, GSA, DYKİ ve ASS skorları arasında ise ilişki saptanmadı. Generalize vitiligolu hastalarda alan ve evreleme skoru daha yüksek saptandı. Bu bulgu yaygın vücut tutulumu olan hastaların daha şiddetli hastalık ile bilinen ilişkisini doğrulamaktır.

İDÖ ile DYKİ arasında ($p<0.001$) ($r=.540$) anlamlı bir ilişki saptanırken, İDÖ ile GSA ($p=0.463$) ve ASS ($p=0.368$) arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi. DYKİ ile GSA arasında ($p=0.824$) anlamlı bir ilişki saptanmazken ve ASS ile

ilişkisi de ($p=0.526$) istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. GSA ile ASS arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.790$). İDÖ hafif-orta-şiddetli olarak 3 grupta incelendiğinde, bu gruplar ile veriler arasında da anlamlı ilişki saptanmadı. GSA hafif-orta-şiddetli olarak 3 gruba ayrıldığında, hastaların tümü şiddetli (>4) grubunda idi ve bu grup ile diğer veriler arasında da anlamlı ilişki bulunmadı.

5.3. Alopesi areata

AA hastalarının ($n=50$) %54'ü kadın, %50'si evli, %56'sının geliri giderine denk, %42'si liseden mezun, %98'inin ek bir hastalığı yok iken, %68'i algıladıkları sağlığı iyi olarak belirtmişti. Hastaların yaş ortalaması 30.92 ± 10.92 , alopesi başlangıç yaşı ortalaması 27.74 ± 11.24 , ortalama hastalık süresi 3.27 ± 5.05 yıl, ortalama ilaç kullanım süresi 8.20 ± 9.38 ay olarak saptandı. AA için ilaç kullanımına baktığımızda 22 hastada sadece topikal tedavi öyküsü varken sistemik tedavi öyküsü 9 hastada saptandı. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Çizelge 9'de sunulmuştur.

Çizelge 9. Alopesi areata hastalarının sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
<i>Erkek</i>	23	46
<i>Kadın</i>	27	54
Medeni Durum		
<i>Bekar</i>	23	46
<i>Evli</i>	25	50
<i>Boşanmış</i>	2	4
Gelir Gider		
<i>Geliri giderinden fazla</i>	13	26
<i>Geliri giderine denk</i>	28	56
<i>Geliri giderinden az</i>	9	18
Eğitim		
<i>İlkokul</i>	2	4
<i>Ortaokul</i>	6	12
<i>Lise</i>	21	42
<i>Yüksek Okul</i>	9	18
<i>Fakülte</i>	9	18
<i>Yüksek Lisans</i>	3	6
Ek Hastalık*		
<i>Yok</i>	49	98
<i>Var</i>	1	2
Klinik		
<i>Yamasal alopesi</i>	42	84
<i>Alopesi Totalis</i>	3	6
<i>Alopesi Universalis</i>	5	10
Tırnak bulgusu**		
<i>Var</i>	16	32
<i>Yok</i>	34	68
Alopesi areata hastalık seyri		
<i>Akut</i>	13	26
<i>Kronik aralıklı</i>	28	56
<i>Kronik ilerleyici</i>	8	16
<i>Sabit</i>	1	2
Soygeçmişte alopesi areata öyküsü***		
<i>Yok</i>	43	86
<i>Var</i>	7	14
<i>1.derece akraba</i>	5	10
<i>2.derece akraba</i>	2	4
Eşlik eden hastalıklar		
<i>Atopi</i>	4	8
<i>Bağ doku hastalıkları</i>	3	6
<i>Tiroid hastalığı</i>	9	18
<i>Psikiyatrik hastalıklar</i>	1	2
SALT skoru****		
<i>S1</i>	31	62
<i>S2</i>	5	10
<i>S3</i>	3	6
<i>S4</i>	7	14
<i>S5</i>	4	8
Algılanan Sağlık Sorusu*****		
<i>Kötü</i>	16	32
<i>İyi</i>	34	68

*Ek hastalık: Alopesi areata dışında diyabet, hipertansiyon gibi mevcut sistemik hastalıklar.

**Tırnak bulguları: Pitting, trakionişi, kalınlaşma, renk değişikliği, kırmızı lunula.

***1.derece akraba: Anne, baba, kardeş; 2.derece akraba: anne-baba çekirdek ailesi üyeleri (dayı, amca, teyze, vb.)

****SALT skorum; S1: Saç kaybı < %25, S2: Saç kaybı % 25-49, S3: Saç kaybı % 50-74, S4: Saç kaybı % 75-99, S5: Saç kaybı % 100

*****Algılanan sağlık sorusu; 1, 2, 3 “iyiden kötü”, 4 ve 5 “iyi” olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların DYKİ ortalaması 6.64 ± 6.13 , İDÖ ortalaması 59.46 ± 15.82 , GSA ortalaması 24.04 ± 5.73 , ASS ortalaması 3.80 ± 0.80 olarak saptandı. Alopesi areata hastalarında İDÖ’nün beş alt ölçeği içinde en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise sosyal geri çekilme alt ölçeğine aitti. Alt ölçeklere ait diğer bulgular Çizelge 4’de gösterilmiştir (Bkz. Çizelge 4).

Başvuru yaşı kadınlarda daha yüksek ($p=0.025$), hastalık süresi de kadınlarda daha uzun saptandı ($p=0.016$). AA başlangıç yaşı, ilaçla tedavi süresi ve SALT skoru açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark izlenmedi. Medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile DYKİ, İDÖ, GSA veya ASS arasında ilişki saptanmadı.

Cinsiyet ile DYKİ, İDÖ, ASS skorları arasında istatistiksel anlamlı ilişki yokken, kadınlarda GSA skorları daha yüksek saptandı ($p=0.003$). DYKİ, İDÖ ortalama skorları kadınlarda daha yüksek, ASS ortalama skoru kadınlarda daha düşük bulundu; ancak bu bulgular istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

AA hastalarında cronbach alfa düzeyleri: DYKİ: 0.915, İDÖ: 0.933, GSA: 0.654 saptandı.

İDÖ’nün kriter geçerliliğinin irdelenmesi için deri ve zührevi hastalıkları alanında AA hastalığının şiddetinin belirlenmesinde yaygın olarak kabul gören SALT skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. SALT skoru ortalama 1.96 ± 1.41 olarak saptandı. SALT skoru ile İDÖ toplam puanı arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0.332$). SALT skoru ile DYKİ, GSA, ASS arasında da korelasyon saptanmadı. SALT skoru 1-2-3 hafif; 4-5 şiddetli olarak 2 grupta incelendiğinde de DYKİ, İDÖ, GSA, ASS arasında ilişki saptanmadı. İDÖ alt ölçekleri ile SALT skoru ve diğer ölçekler arasındaki ilişki Çizelge 10’de gösterilmiştir.

Çizelge 10. Alopesi areata hastalarında İDÖ ile SALT skoru, DYKİ, GSA, ASS arasındaki korelasyon ilişkisi

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Alt ölçekler	SALT skoru	DYKİ	GSA	ASS
Yabancılaşma	0.198	0.004	0.005	0.025
Kalıp yargıların onaylanması	0.706	0.005	0.052	0.001
Algılanan ayrımcılık	0.874	0.001	0.022	0.099
Sosyal geri çekilme	0.272	0.001	0.039	0.634
Damgalamaya karşı direnç	0.272	0.665	0.159	0.515
Toplam	0.332	<0.001	0.024	0.057

İDÖ ile DYKİ ($p<0.001$) ($r=.508$) ve GSA $p=0.024$ ($r=.329$) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, ASS ile anlamlı ilişkisi saptanmadı ($p=0.057$). DYKİ ile GSA ($p<0.001$) ($r=.588$) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, ASS ile ilişkisi istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0.064$). GSA ile ASS ($p=0.011$) ($r=-.355$) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

İDÖ hafif-orta-şiddetli olarak 3 grupta incelendiğinde AA grubundaki tüm hastalar 2 ve 3. gruba aitti. İDÖ skorları bu şekilde gruplara ayrıldığında da diğer veriler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. GSA hafif-orta-şiddetli olarak 3 gruba ayrıldığında, hastaların tümü şiddetli (>4) grupta idi, GSA şiddetinin hafif-orta olduğu hastalar olmadığı için şiddet grupları arasında değerlendirme yapılamadı.

Çalışmamızda değerlendirilen hastalıklara İDÖ, DYKİ, GSA ve ASS ortalama skorları açısından genel olarak baktığımızda İDÖ ve DYKİ ortalama değerlerinin AV hastalarında en yüksek, AA hastalarının ortalama değerleri ile çok yakın değerlerde olduğu izlendi. GSA skorlarının AA hastalarında en yüksek ortalama değerlere sahip olduğu, ASS değerinin ise her üç hastalıkta da birbirine

çok yakın değerlerde olmakla birlikte en düşük değerlerin AV hastalarında izlendiği saptandı. Bu bulgular Çizelge 11’de ayrıntılı şekilde gösterilmiştir.

Çizelge 11. Akne vulgaris, vitiligo ve alopesi areata hastalıklarının İDÖ, DYKİ, GSA, ASS ortalama skorları açısından karşılaştırılması

Hastalıklar	Ortalama değerler			
	İDÖ	DYKİ	GSA	ASS
Akne Vulgaris	59.48±15.40	6.78±5.58	23.60±4.47	3.78±0.73
Vitiligo	51.68±14.34	4.70±5.33	23.18±5.38	3.92±3.03
Alopesi areata	59.46±15.82	6.64±6.13	24.04±5.73	3.80±0.80

Çalışmamızda değerlendirilen hastalıkların İDÖ, DYKİ, GSA Cronbach alfa değerleri Çizelge 12’de gösterilmiştir.

Çizelge 12. Akne vulgaris, vitiligo ve alopesi areata hastalıklarının İDÖ, DYKİ, GSA, ASS Cronbach’s alfa değerleri açısından karşılaştırılması

Hastalıklar	Cronbach alfa değerleri		
	İDÖ	DYKİ	GSA
Akne Vulgaris	0.911	0.812	0.644
Vitiligo	0.919	0.329	0.586
Alopesi areata	0.933	0.915	0.654

6. TARTIŞMA

Bu çalışma ulaşabildiğimiz literatür bilgilerine göre AV, vitiligo ve AA hastalarında, içselleştirilmiş damgalanmayı irdeleyen ilk çalışmadır.

Son yıllarda kronik bir hastalık olarak kabul edilen AV ile birlikte sıklıkla kronik tekrarlayıcı özellik gösteren AA ve vitiligo uzun süreli tedaviler gerektirmeleri, küratif bir tedavilerinin bulunmayışı ve tahmin edilemeyen seyirleri nedeniyle genellikle hastalarda psikolojik etkilenmeye sebep olan hastalıklardır. Tüm bu hastalıklar depresyon gibi psikiyatrik problemler ve alkol gibi psikolojik rahatlama aracı olarak madde kullanımlarında artışlarla birlikteliğin literatürde sıklıkla bildirildiği hastalıklardır. Diğer tüm hastalıklar gibi AV, vitiligo ve AA hastalıklarının etkin tedavisinde hastanın verilen tedaviye yeterince uyum göstermemesi önemli bir sorundur. Damgalanma hastanın tedaviye ulaşmasının önündeki önemli engellerden birisidir (132). İçselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olması ile hastanın öz yetkinlik ve öz saygısında azalma paralel bir seyir göstermekte, bu da hastanın tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Tedavi planlarına içselleştirilmiş damgalanmayı ele alan psikoterapi yaklaşımlarının eklenmesi tedaviye uyumu da arttıracaktır (133).

Çalışmamızda İDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach alfa katsayısı AV tüm ölçek için 0,91, vitiligo tüm ölçek için 0,91, AA tüm ölçek için 0,93 olarak hesaplandı. Bu değer özgün formda 0,90 (13), ruhsal hastalıklarda ise 0,93 (2), psoriasis hastalarında ise 0,89 olarak bulunmuştur (1). AV ve vitiligoda yabancılaşma ve sosyal geri çekilme dışında tüm alt ölçeklerin, AA'da yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme dışındaki ölçeklerin güvenirlik katsayılarının 0,70 veya üzerinde olmaması sonuçların güvenilir yorumlanamamasını sağlamaktadır. Sonuç olarak İDÖ'nin AV, vitiligo, AA hastalıklarında kullanımı için ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik için ileri çalışması yapılmalıdır.

Çalışmamızda ortalama İDÖ değerleri, farklı psikiyatrik hasta popülasyonlarında yapılan çalışmaların RHİDÖ değerlerine benzerdi. Farrelly ve ark. 'ı İngiltere'de 202 hastayı içeren çalışmalarında 96 şizofreni, 65 depresyon ve

41 bipolar bozukluk tanılı hastayı değerlendirmiş ve ortalama RHİDÖ değerlerini 63.3 ± 10.4 olarak bildirmiştir (134). Margetić ve ark.'ı, Hırvatistan'da 120 şizofreni hastasından oluşan bir kohort çalışmasında toplam Psoriasis İDÖ değerlerinin 62.1 ± 12.9 olduğunu bulmuşlardır (135). Bassirnia ve ark.'ı ABD (n: 112) ve Cerit ve ark.'ı (n: 80), bipolar bozukluğu olan hastaları RHİDÖ skalası ile değerlendirmiş ve ortalama skorları sırasıyla 55.37 ± 13.70 ve 61.52 ± 11.36 olarak bildirmişlerdir (136,137). Çek Cumhuriyeti'nden Ociskova ve ark.'ı, toplam 109 anksiyete bozukluğu hastası ve olası depresif bozukluk veya kişilik bozukluğu hastasında ortalama toplam RHİDÖ değerlerinin 65.10 ± 11.5 olduğunu bildirmiştir (138). Çalışmamızdaki İDÖ değerleri psikiyatrik hasta popülasyonlarından elde edilenlerle ve daha önce psoriasisli hastalarda yapılan çalışmamız ile karşılaştırılabilir düzeydedir (1,134-138).

İDÖ'nün beş alt ölçeği içinde AV ve AA hastalarında en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise sosyal geri çekilme alt ölçeğine aitti. Bu bulgu daha önce psoriasisli hastalarda yapılan çalışma ile benzer saptanmıştır (1). Vitiligo hastalarında ise en düşük değer yine damgalamaya karşı direnç alt ölçeğinde saptanırken, en yüksek değer ise yabancılaşma alt ölçeğine ait saptandı.

İDÖ'nün alt ölçeklerine ilişkin güvenirlik katsayıları ölçeğin özgün İngilizce formunun güvenirlik geçerlik çalışmasından ve Türkiye'de ruhsal hastalıklar için yapılmış güvenirlik geçerlik çalışmasından elde edilmiş olan Cronbach alfa değerleriyle karşılaştırıldığında genel bir benzerlik dikkat çekmektedir (2,13) (Bkz. Çizelge 4).

Alpsoy ve ark.'nın psoriasisli hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın araştırıldığı çalışmada İDÖ ve DYKİ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışma sonucunda içselleştirilmiş damgalanmanın belirginliği ile olumsuz yaşam kalitesinin birbirine paralel seyir izlediği gösterilmiştir (1).

Çalışmamızdaki AV ve AA için toplam ortalama İDÖ puanları yüksek sayılabilecek bir değerdedir. Vitiligo hastalarında ise toplam ortalama İDÖ puanı yüksek değerlerde ancak bu iki hastalığa göre daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular bu hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma yaşandığının göstergesidir.

Psoriasisli hastalarda yapılan çalışmada hastalık şiddet skorları (PAŞİ ve VYA) ile İDÖ arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından belirgin bir ilişki gözlenmemiştir (1). Benzer şekilde İDÖ ile çalışmamızdaki hastalık şiddet skorları (SALT skor, Akne FDA global skoru veya VETF ve VIDA skorları) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından belirgin bir ilişki gözlenmedi. Bu sonuçlar hastalığın varlığının hastalığın şiddetinden bağımsız olarak İDÖ'yü etkilediğini göstermektedir. Diğer yandan hastaların önemli bir bölümünün tedavi altında olması, özellikle şiddetli hastalığa sahip olanların sistemik tedavi seçeneklerini kullanıyor olması nedeniyle hastalığın şiddeti ile İDÖ arasındaki ilişkiyi tam olarak değerlendirmek güçleşmektedir.

Çalışmamızda AA'lı hastalarda medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile İDÖ, DYKİ, GSA veya ASS arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu AA hastalarının tüm kesimlerinin içselleştirilmiş damgalanmayı yaşayabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda AA hastalarında DYKİ, İDÖ ortalama skorları kadınlarda daha yüksek, ASS ortalama skoru ise kadınlarda daha düşük saptandı ancak bu değerler istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Ancak kadınlarda GSA skorları belirgin derecede daha yüksek saptandı ($p=0.003$). AA hastalarının İDÖ puanı ile dermatolojik hastalıklarda hastanın yaşam kalitesi ve hastalıktan etkilenme düzeyinin belirlenmesinde kullanılan DYKİ ve toplumda genel olarak psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan kişilerin belirlenmesini sağlayan GSA arasında anlamlı ilişki saptanması İDÖ'nün geçerliliğinin yüksek olmasını göstermesi açısından önemlidir. İDÖ ile ASS arasında ilişkinin istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması örneklem sayısının yetersizliği ve/veya ASS'nin çok özgül olmayan bir ölçüm yöntemi olmasına bağlı olabilir. Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde kadın hastaların psikolojik olarak hastalıktan daha çok etkilendiğini, genel sağlık algılarının daha çok etkilendiğini ve toplum damgalanmasını ve içselleştirilmiş damgalanmayı daha sık tecrübe ettiklerini göstermektedir.

Alopesi areata hasta grubunda başvuru yaşı ve hastalık başlangıç yaşı erkek hastalarda daha düşük saptanmıştır. Hastalık süresi ise daha kısa bulunmuştur. Bu bulgular erkeklerde saçların sıklıkla kısa olması nedeniyle

hastalığın dışarıdan daha kolay farkedilebilir olması ile ilişkili olabilir. İlaçla tedavi süresi ise kadınlarda daha uzun saptanmıştır. Bu durum kadın hastaların tedavi alma ve tedaviye devam konusunda erkek hastalardan daha istekli olmasına bağlı olabilir.

AV hastalarında ortalama başlangıç yaşı, başvuru yaşı ve hastalık süresi kadınlarda daha fazla bulunmuştur. Bu bulgu toplumdaki güzellik algısının kadınlarda daha çok baskı oluşturmaları ve bu nedenle kadınların tedavi alma ve tedaviye devam konusunda erkek hastalardan daha istekli olmasına bağlı olabilir. Gelir düzeyi ve akne şiddeti ile İDÖ, GSA ve ASS arasında ilişki saptanmamış, DYKİ'nin skor yüksekliği ile akne şiddeti artışı arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu hastaların akne şiddeti arttıkça yaşam kalitesinde azalma yaşandığını göstermektedir.

Eğitim düzeyi artışı ile DYKİ, İDÖ değerlerinin yüksekliği arasında anlamlı ilişki saptanması bu kişilerin toplumdaki yerleri açısından fiziksel özelliklere daha çok önem vermesi ve toplumsal beğeni, toplum tarafından kabul görmeye daha istekli olmalarına bağlı olabilir.

AV'li evli bireylerde AYKÖ istatistiksel olarak anlamlı seviyede, DYKİ, GSA ise istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha düşük saptanmıştır. Bu bulgu evli bireylerin dış görünüşlerine ait toplum algılarına önem vermemeleri nedeniyle olabilir. Buna karşın evli olanlarda İDÖ puanı bekarlara göre belirgin derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu Alpsy ve ark.'nın çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur (1). Eş ve/veya çocuklar, onların sosyal çevresi ve sorumlulukları evli bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın daha belirgin yaşanmasına neden olabilir. Yine evli bireylerde genellikle düzenli bir cinsel yaşam olması, damgalanma algısının cinsel yaşamda özgüven azlığı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle AV hastalarında cinsel işlevin içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkisini araştırarak yeni araştırmalara gereksinim olabilir.

AV'li erkek hastalarda AYKÖ istatistiksel anlamlı yüksek puanlarda, DYKİ, İDÖ, GSA puanları ise istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte yüksek saptanmıştır. ASS skorunda bu bulgularla uyumlu şekilde istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte düşük saptanmıştır. Bu bulgu erkek hastaların şaşırtıcı bir

şekilde damgalanma ve hastalıktan etkilenme düzeylerinin kadınlardan daha fazla olduğunu göstermektedir.

Genç yetişkinlerde egzema ve AV'nin damgalayıcı özelliğini araştıran bir çalışmada AV egzemaya göre daha belirgin damgalayıcı özellik göstermiştir. Bu durum AV'nin toplum tarafından daha iyi tanınan bir hastalık olmasına ve toplumda hastalıkla ilgili yanlış düşüncelerin daha çok olmasına bağlanmıştır. Bu yaş gurubunda deri hastalığı nedeniyle okul veya iş ortamında hissedilen dışlanmanın kişilerin daha belirgin damgalanma hissetmesine neden olduğu düşünülmüştür (139).

Vitiligolu hastaların ortalama başlangıç yaşı ve başvuru sırasında ortalama yaşının kadınlarda daha düşük saptanması otoimmün hastalıkların kadınlarda daha sık ve daha erken görülmesine bağlı olabilir. Vitiligolu hastalarda hastalık süresinin kadınlarda daha uzun saptanması kadın hastaların tedavi alma ve tedaviye devam konusunda erkeklerden daha istekli olmasına işaret ediyor olabilir. VETF alan ve evreleme skorunun kadın hastalarda yüksek saptanması erkeklere göre kadınlarda hastalığın daha şiddetli seyrettiğini gösterebilir.

Kadınlarda İDÖ ve DYKİ skorları erkeklere göre istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da yüksek saptanmıştır. Bu durum kadınların hastalıktan daha çok etkilendiğini gösterebilir. GSA puanının erkeklere göre daha düşük, ASS puanının daha yüksek olması kadınların hastalıkla başedebilme yeteneğini gösterebilir.

Eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve vitiligo tipi ile İDÖ, DYKİ, GSA ve ASS puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Jeneralize vitiligolu hastalarda lokalize tipe göre VETF alan ve evreleme skorları istatistiksel anlamlılıktta yüksek saptanmıştır. Bu durum jeneralize hastalıkta daha geniş yüzey tutulumu ve hastalığın sıklıkla daha şiddetli kliniği ile ilişkili olabilir.

Evli bireylerde İDÖ, DYKİ ve ASS skorları ile ilişki saptanmazken, GSA puanları evli bireylerde bekarlara göre daha düşük saptanmıştır. Evli bireylerin genel sağlık ve yaşam algısının daha iyi olması, evli bireylerin yaşamlarındaki olaylara eşleri sayesinde daha güçlü katlanabildiği yönünde yorumlandı. İDÖ ile

VETF ve VIDA skorları arasında ilişki saptanmaması hastalığın varlığının hastalığın şiddetinden bağımsız olarak İDÖ'yü etkilediği yönünde değerlendirildi.

Hastaların kendilerini damgalama süreçleri, üzerinde dikkatle durulması gereken konulardandır ve rehabilitasyon çalışmaları sırasında mutlaka ele alınmalıdır (140,141). Damgalanma algısı sağaltım sürecinde ve hastaların iyilik haline ulaşmalarında tıpkı damgalama gibi önemli bir engel oluşturmaktadır. Hastaların kendilerinden kaynaklanan ve öznel bir damgalamayı ifade eden bu süreç nedeni ile öncelikle hastalar psikiyatrik yardım almaktan kaçınmaktadır (142). İçselleştirilmiş damgalanma, hastalık belirtilerini kötüleştirerek ve iyileşmeyi geciktirerek hastalara zarar vermektedir (143).

Ruhsal hastalıklı bireylerdeki içselleştirilmiş damgalanma ile baş etme için önerilen bir yöntem eğitimidir. Bu eğitim modelleri içselleştirilmiş damgalanmanın yaşandığı dermatolojik hastalıklar için de kullanılabilir. Damgalanma ile mücadelede, içselleştirilmiş damgalanmayı geri çevirme ve toplum damgalanmasına karşı koymak veya yapıcı bir şekilde uzak durmaya yardım etmek için bu hastalıklara sahip bireylerin eğitime odaklanılmalıdır (143). İçselleştirilmiş damgalanması olan bireyleri hastalıkları konusunda bilgilendirmek, onların hastalıklarına ilişkin olumsuz inançlarına karşı çıkmalarına yardımcı olabilir (144).

Hayward ve Bright içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada şu yaklaşımları ileri sürmüşlerdir (145).

a) Damgalanma gerçeği inkar edilmemelidir. Problem çözme yaklaşımı önerilmektedir. Damgalanma bir gerçek ve etkilerini azaltmak için adımlar atılabilir. Bu durumda ilk adım olarak bilişsel davranışçı yaklaşım kullanılarak her bir hastanın damgalayıcı inançları belirlenebilir. Bu inanışlar “hastalığımdan dolayı..... ile baş edemiyorum” gibi durumlar olabilir.

b) Psikiyatrik hastalıkların ve diğer damgalayıcı hastalıkların bütüncül kavramı, hem psikososyal hem de biyolojik modelleri içermeli, hastayla paylaşılmalıdır. Hastaya psikososyal etkenlerin rolünü vurgulamak, hastalığın etkilerini ve damgalanmanın etkisini azaltmak için adımlar atılabileceği duygusunu verir. Bu

tür adımlar, kişisel yönetim becerilerini geliştirmeyi, kişinin hastalığı üzerinde kontrolünü arttırmayı içermelidir. Nükslerden kaçınma ve stresi azaltmada, sağlıklı yaşam döngüsü oluşturma hasta ile birlikte ele alınmalıdır. Bunun içinde gerçekçi öncelik ve hedefler oluşturmaya odaklanmalıdır. Burada anahtar öge, kişiye öz yeterlilik ve kişisel değer duygusu oluşturmada yeteneklerini ve becerilerini geliştirmeyi öğretmektir (145).

Başarılı bir psikoeğitim programının düzenlenmesinde damgalanmayı azaltma ve hastalıkla ilgili farkındalığın geliştirilmesi esastır. Hastalığın biyolojik nedenleriyle baş etmek ve öğrenmek, eğitimin önemli bir parçasını oluşturur. Bu konu ayrıca iyi bir tedavi uyumunun kurulması açısından da can alıcıdır (146).

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Kesitsel çalışma olması hastalıklar ile damgalanma arasında nedensellik ilişkisini ortaya koymada sınırlılığa yol açmaktadır. Her hastalık alt tipinde sınırlı sayıda hastanın değerlendirilmiş olması, referans merkezi olan hastanemize tedavi amaçlı başvuran hastaların değerlendirilmiş olması, çalışmada kullanılan anket ve yaşam kalite ölçeklerinin bireysel yanıtlara dayanması ve yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin etkilenme düzeylerini değerlendirebilmemiz nedeniyle sonuçlarımızın bu hastalıklara sahip tüm bireylere genellenmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca her bir hastalık grubundaki örneklem sayısının düşük olması, bazı değişkenler arasındaki anlamlılık ilişkisinin gösterilememesine neden olmuş olabilir. Diğer bir sınırlılığımız kontrol grubunun olmaması idi. Ancak üç farklı dermatolojik hastalığın ayrı ayrı ve karşılaştırmalı değerlendirilmesi hastalıklar arasında kısmen yorum yapılabilmesini sağlayabilir. Çalışmamızın güçlü yönü ise sıklıkla dermatoloji polikliniklerinde karşımıza çıkan bu üç grup hastalıkta içselleştirilmiş damgalanmanın geçerli hastalık şiddet skorları ve dermatolojik hastalıklarda kullanımı kabul görmüş yaşam kalite ölçekleri ile karşılaştırılmasıdır.

7. SONUÇLAR

- İDÖ tüm ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı çalışmamızda AV için 0.911, vitiligo için 0.919, ve AA için 0.933 bulundu. Çalışmamızdaki AV ve AA için toplam ortalama İDÖ puanları yüksek sayılabilecek bir değerde saptandı. Vitiligo hastalarında ise toplam ortalama İDÖ puanı yüksek değerlerde ancak bu iki hastalığa göre daha düşük bulundu.
- AV hastalarında İDÖ'nün beş alt ölçeği içinde en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise yabancılaşma alt ölçeğine aitti.
- AV hastalarında İDÖ skorları erkeklerde, evli bireylerde, eğitim düzeyi yüksek olanlarda istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek gözlemlendi.
- AV'de İDÖ ile DYKİ ($p<0.001$) ($r=.596$), GSA ($p<0.001$) ($r=.594$) ve AYKÖ ($p<0.001$) ($r=.587$) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.
- Vitiligo hastalarında İDÖ'nün beş alt ölçeği içinde en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise yabancılaşma alt ölçeğine aitti.
- Vitiligoda İDÖ skorları kadınlarda istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek gözlemlendi.
- Vitiligo hastalarında İDÖ ile sadece DYKİ arasında ($p<0.001$) ($r=.540$) ortalama değerlerin korelasyonu açısından anlamlı bir ilişki saptanırken, diğer ölçeklerle anlamlı ilişki gözlenmedi.
- Alopesi areata hastalarında İDÖ'nün beş alt ölçeği içinde en düşük değer damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğine, en yüksek değer ise sosyal geri çekilme alt ölçeğine aitti.
- AA hastalarında İDÖ ortalama skorları kadınlarda daha yüksek gözlemlense de istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

- AA hastalarında İDÖ ile DYKİ ($p<0.001$) ($r=.508$) ve GSA $p=0.024$ ($r=.329$) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.
- İDÖ ile çalışmamızdaki hastalık şiddet skorları (SALT skor, Akne FDA global skoru veya VETF ve VIDA skorları) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından belirgin bir ilişki gözlenmedi.
- Hastaları damgalayıcı özelliği bulunan bu hastalıklarda hastaların klinik şiddeti değerlendirilirken damgalanma ve yaşam kalitesi gibi hastayı etkileyen psikolojik faktörler de göz önüne alınmalıdır. Hastalarda yüksek düzeylerde gözlenen içselleştirilmiş damgalanma ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması ile hastalığın ruhsal ve sosyal etkileri daha iyi anlaşılabilir. Bu durum ise hastalığın tedavisine olan yaklaşımı etkileyebilir.
- Üniversiteler hastalıklar ve tedavi açısından referans merkezler olmaları nedeniyle deri hastalıkları konusunda sağlık çalışanlarının ve toplumun bilgilendirilmesini sağlayarak deri hastalıklarında yaşanan damgalama ve damgalanma problemlerinin çözülmesinde görev almalıdır. Bu nedenle bilgilendirme toplantıları dışında, toplum üzerinde oldukça güçlü etkisi olan medya ile de işbirliği içine girilmelidir.

8. ÖZET

Dermatolojik hastalıklar dışarıdan fark edilebilen diğer hastalıklarda olduğu gibi bireyi başkalarından farklı kılan, yani stigmatize eden, diğer bir tanımla damgalayan özelliğe sahiptir. İçselleştirilmiş damgalanma; bireyin toplum tarafından oluşturulan hastalıkla ilgili olumsuz yargıları kabullenmesi ve kendini damgalanmış hissetmesidir. Ulaştığımız güncel literatür bilgileri içselleştirilmiş damgalanmanın akne vulgaris (AV), vitiligo ve alopesi areata (AA)'da çalışılmadığını göstermektedir.

Çalışmada AV, vitiligo ve AA hastalarında içselleştirilmiş damgalanma olup olmadığını saptamak ve eğer saptanırsa bunu etkileyen faktörleri belirlemek amaçlandı.

Bu çalışmaya, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Dermatoloji Polikliniğinde takip edilen vitiligo, AV ve AA hastaları ardışık olarak alındı. Çalışmaya toplam 150 hasta (50 AV, 50 vitiligo, 50 AA) alındı. Hastalık şiddet skorlamaları; vitiligo hastalarında Vitiligo Avrupa Görev Gücü (VETF) Skoru, AV hastalarında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) global skoru ve AA hastalarında Alopesi Şiddet Skoru (SALT) ve hastaların sosyodemografik özellikleri başvuru günü dermatoloji hekimi tarafından kaydedildi. Ayrıca Vitiligo Hastalık Aktivite Skoru (VIDA) hasta tarafından skorlandı. Aynı zamanda hastaların yanıtlayacağı Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İDÖ) ölçeği, Genel Sağlık Anketi (GSA) ve genel sağlığı tek soruyla irdeleyen “Algılanan Sağlık Sorusu” (ASS) ve akne hastalarına Akne Yaşam Kalite Ölçeği (AYKÖ) uygulandı.

Çalışmamızda İDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach alfa katsayısı AV tüm ölçek için 0,91, vitiligo tüm ölçek için 0,91, AA tüm ölçek için 0,93 olarak hesaplandı. AV ve vitiligo’da yabancılaşıma ve sosyal geri çekilme dışında tüm alt ölçeklerin, AA’da yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme

dışındaki ölçeklerin güvenilirlik katsayıları 0,70 veya üzerinde saptanmadı. Çalışmamızdaki AV ve AA için toplam ortalama İDÖ puanları (sırasıyla 0.91 ve 0.93) yüksek sayılabilecek bir değerde saptandı. Vitiligo hastalarında ise toplam ortalama İDÖ puanı yüksek değerlerde ancak bu iki hastalığa göre daha düşük bulundu. Bu bulgular bu hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma yaşandığının göstergesidir. İDÖ ile çalışmamızdaki hastalık şiddet skorları (SALT skor, FDA global skoru veya VETF ve VIDA skorları) arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından belirgin bir ilişki gözlenmedi.

Hastaları damgalayıcı özelliği bulunan bu hastalıklarda hastaların klinik şiddeti değerlendirilirken damgalanma ve yaşam kalitesi gibi hastayı etkileyen psikolojik faktörler de göz önüne alınmalıdır. Hastalarda yüksek düzeylerde gözlenen içselleştirilmiş damgalanma ve bunu etkileyen faktörlerin saptanması ile hastalığın ruhsal ve sosyal etkileri daha iyi anlaşılabilir. Bu durum ise hastalığın tedavisine olan yaklaşımı etkileyebilir.

Anahtar Sözcükler: içselleştirilmiş damgalanma, akne vulgaris, alopesi areata, vitiligo

9. ABSTRACT

Because of the visible nature of the lesions, dermatological diseases discriminate the individual from others, in other words stigmatizes the patient. Internalized stigma, another aspect of the stigma, is the adoption of negative attitudes and stereotypes of the society regarding persons' illness. According to available current literature The Internalized Stigma Scale has not been applied to acne vulgaris (AV), vitiligo and alopecia areata (AA) patients.

The primary aim of this study was to investigate the Internalized stigma state of AV, vitiligo and AA patients and to identify the factors influencing internalized stigma.

150 patients (50 AV, 50 vitiligo, 50 AA) who applied to Akdeniz University, Faculty of Medicine, Dermatology and Venereology Department have been consecutively enrolled in this study. Socio-demographic characteristics of the patients and other parameters which may influence internalized stigma were recorded. Disease severity scores such as Vitiligo European Task Force (VETF) score, Vitiligo Disease Activity (VIDA) score, Severity of Alopecia Tool (SALT) score and Food and Drug Administration (FDA) acne global score were used to assess disease severity. Also patients have answered Internalized Stigma Scale, Dermatology Life Quality Index, Perceived Health Status General Health Questionnaire and Acne Quality of Life Scale.

In our study, the Cronbach's alpha coefficient for the whole scale was calculated as 0.91 for AV, 0.91 for vitiligo, 0.93 for AA. The reliability coefficients of all subscales except for alienation and social withdrawal in AV and vitiligo, alienation in AA, perceived discrimination, and social withdrawal were not 0.70 or higher. The total mean Internalized Stigma Scale scores for AV and AA in our study were determined to be high. In vitiligo patients, the mean total score of Internalized Stigma Scale was found to be higher but smaller of other two diseases. These findings are an indication of internalized stigmatization in these diseases. There was no significant correlation between disease severity scores

(SALT, FDA global, VETF and VIDA scores) in our study with respect to the median values.

In these diseases where the patients have a stigmatizing feature, the psychological factors affecting the patient such as stigmatization and quality of life should be considered when assessing the clinical severity of the patients. The psychological and social effects of the disease can be better understood by detecting at levels of internalized stigmatization and the factors affecting it in patients. This may affect the approach to treatment of the disease.



Key Words: Internalized stigma, alopecia areata, vitiligo, acne vulgaris

10. KAYNAKLAR

1. Alpsoy E, Şenol Y, Bilgiç Temel A, Baysal G.Ö, Akman Karakaş A. Psoriasisde içselleştirilmiş stigmatizasyon (damgalanma) ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Turkderm* 2015; 49 (1): 45-49.
2. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18 (2): 163-71.
3. Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* 2006; 45: 1300-7.
4. Porter JR, Beuf AH. Racial variation in reaction to physical stigma: a study of degree of disturbance by vitiligo among black and white patients. *Health Soc Behav* 1991; 32 (2): 192-204.
5. Pichaimuthu R, Ramaswamy P, Bikash K, Joseph R. A measurement of the stigma among vitiligo and psoriasis patients in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77 (3): 300-6.
6. Roosta N, Black DS, Peng D, Riley LW. Skin disease and stigma in emerging adulthood: impact on healthy development. *J Cutan Med Surg* 2010; 14 (6): 285-90.
7. Türk Dil Kurumu Sözlükler. (05/02/2012).
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&view=gts
8. Cengiz K. İnsan Hakları Gündemi Derneği. Ayrımcılıkla İlgili Temel Kavramlar 2009.
http://www.rightsagenda.org/attachments/209_ayrimcilikkarsitihukuk.pdf
9. Özdemir H. Salgın hastalıklardan ölümler, 1914–1918. 16. Baskı, Ankara, Türk Tarih Kurumu Yayınları, 2005.

10. Barış Y.İ. Dünyada tüberkülozun tarihçesi. Toraks Dergisi 2002; 3 (3): 338-340.
11. Sontag S. Metafor Olarak Hastalık-AIDS ve Metaforları (çev: Akınhan, O.). Birinci basım, İstanbul, Agora Kitaplığı, 2005: 1-208.
12. Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. Cognitive Behavior Practice 1998; 5: 201-222.
13. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalize Stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. Psychiatry Research 2003;121;31-49.
14. James W.D, Berger T.G, Elston D.M. Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji. Akne 2008; 13: 231-49.
15. Zaenglein AL, Graber EM, Thiboutot DM, Strauss JS. Acne Vulgaris and Acneiform Eruptions. In Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (eds). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Seventh edition, McGraw- Hill Professional, 2008. p: 690-703.
16. Falco BO. Acne Vulgaris. In Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M (eds). Braun – Falco's Dermatology. Third edition, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Italy, 2008. p: 995-1008.
17. Acar MA, Günatı S, Aksungur VL. Akne Vulgaris. In Tüzün Y, Gürer MA, Serdarolu S, Ouz O, Aksungur VL. Üçüncü Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2008. p: 1189-1205.
18. James WD, Berger TG, Elston DM. Acne. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. Tenth edition, Saunders, 2005. p: 231-241.
19. Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ, et al. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. J Am Acad Dermatol. 2009; 60 (5): S1-50.
20. Aydemir EH. Akne Vulgaris, Derleme, Türk Ped Arş 2014; 49: 13-6.

21. James WD, Berger T, Elston DM. Çev ed: Aydemir EH. Andrew's deri hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2008: 231-50.
22. Polat E, Aygün G, Ergin R. Akne vulgaris patolojisinde demodex folliculorum ve P.acnes'in rolü. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2003; 27: 148-51.
23. Auffret N. What's new concerning the pathophysiology of acne? Ann Dermatol Venerol 2003; 130: 5-10.
24. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini P: Dermatology. 2'inci baskı. Edinburgh, Mosby; 2003; 531-545.
25. Strauss JS, Thiboutot D.M: Diseases of the sebaceous glands. Ed: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Fitzpatrick TB. 5'inci baskı. New York, McGraw-Hill, 1999; 769-784.
26. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff H.H, Burgdorf W.H.C: Dermatology. 2'inci baskı. Berlin, Springer-Verlag; 2000; 1051-1081.
27. Leyden JJ. Curent issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne. JEADV. 2003; 15 (3): 43-49.
28. Dreno B, Alirezai M, Auffret N, Beylot C, Chivot M, Daniel F, et al. Clinical and psychological correlation in acne: use of the ECLA and CADI scales. Ann Dermatol Venereol. 2007; 134 (5 Pt 1): 451-5.
29. Akman A, Durusoy C, Senturk M, Koc CK, Soy Turk D, Alpsoy E. Treatment of acne with intermittent and conventional isotretinoin: a randomized, controlled multicenter study. Arch Dermatol Res. 2007; 299 (10): 467-73.
30. Cunliffe WJ, Meynadier J, Alirezai M, George SA, Coutts I, Roseeuw DI, et al. Is combined oral and topical therapy better than oral therapy alone in patients with moderate to moderately severe acne vulgaris? A comparison of the efficacy and safety of lymecycline plus adapalene gel 0.1%, versus lymecycline plus gel vehicle. J Am Acad Dermatol. 2003; 49 (3): S218-26.
31. Erkin G, Boztepe G. Akne Vulgaris. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 207-211. Derleme.

32. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol* 1991;8(3):185-8.
33. Van der Meeren HLM, van der Meeren WW, van der Hurk CMAM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985;36(1):84-6.
34. Aktan Ş, Özmen E, Yavuz Ş, Özkaya N. Akne vulgarisli hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler. *Turkderm* 1994; 28: 93-8.
35. Smithard A, Glazebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community based study. *Br J Dermatol* 2001;145(2):274-9.
36. Cotteril JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997;137(2):246-50.
37. Kellett SC, Gawkrödker DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999;140(2):273-82.
38. Oztürk A. The Psychiatric Impact of Acne Vulgaris. *Kocatepe Medical Journal* 2014; 15 (3): 360-4
39. Yıldırım A. Vitiligo tanılı olgularda CTLA-4 ve MYG-1 gen polimorfizmlerinin incelenmesi tezi, Tıbbi genetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2015, Afyonkarahisar, Tez No: 2015-019.
40. Arıcan Ö. Vitiligoda etyoloji, patogenez ve klinik. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2004; 15: 55-60.
41. Kovasc SO. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 647-666.
42. Sharquge KE. Vitiligo. *Clin Exp Dermatol* 1984; 9:117-126.
43. Pişkin S. Derinin pigmentasyonu. 2011; erişim [http://spiskin.trakya.edu.tr/deri_pig.html].
44. Halder RM, Taliaferro SJ. Vitiligo, *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Ed. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI ve ark. 7.Baskı. New York, 2008; 616-621.
45. Denli Y, Acar MA, Sönmezoğlu Meraklı S, Yücel A. Vitiligo, *Dermatoloji*. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S ve ark. 3. Baskı. İstanbul, 2008; 1465-1470.

46. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, Hori Y. Vitiligo, *Dermatology in General Medicine*. Ed. Fitzpatrick TB-Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K. 6. Baskı. New York, McGraw-Hill, 2003; 836-847.
47. Jaisankar TJ, Baruah MC, Garg BR. Vitiligo in children. *Int J Dermatol* 1992; 31: 621-623.
48. Alkhateeb A, Fain PR, Thody A, Bennett DC, Spritz RA. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their families. *Pigment Cell Res*. 2003; 16: 208-214.
49. Hann SK, Chun WH, Park YK. Clinical characteristics of progressive vitiligo. *Int J Dermatol* 1997; 36: 353-355.
50. Vivier AD. Hypopigmentation. *Atlas of Clinical Dermatology*. London, Times International Publishers Limited, 1997; 25: 8-25.
51. Karıncaoğlu Y, Doğan G. Vitiligo: etiyopatogenez, klinik ve tedavi. *T Klin J Med Sci*. 2001; 21: 200-209.
52. Aktan G, Ganlı B. Segmental ve jeneralize vitiligo: klinik özellikler. *T Klin J Dermatol*. 1998; 8: 16-19.
53. Njoo MD, Das PK, Bos JD, Westerhof W. Association of the Köbner phenomenon with disease activity and therapeutic responsiveness in vitiligo vulgaris. *Arch Dermatol*. 1999; 135 (4): 407-13.
54. Taïeb A, Picardo M; VETF Members. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. *Pigment Cell Res*. 2007; 20 (1): 27-35.
55. Komen L, Graca V, Wolkerstorfer A, Rie MA, Terwee C.B, van der Veen JPW. Vitiligo Area Scoring Index and Vitiligo European Task Force assessment: reliable and responsive instruments to measure the degree of depigmentation in vitiligo *British Journal of Dermatology* 2015; 172: 437–443.

56. Denli Y, Avar MA, Maraklı SS, Yücel A. Pigmentasyon Bozuklukları. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, editörler. Dermatoloji. 3. Baskı, 2008; 1465-1490.
57. Felsten LM, Alikhan A, Petronic-Rosic V. Vitiligo: a comprehensive overview Part II: treatment options and approach to treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 65 (3): 493-514.
58. Njoo MD, Westerhof W. Vitiligo. Pathogenesis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2001; 2 (3): 167-81.
59. Bleehen SS. The treatment of vitiligo with topical corticosteroids. Light and electronmicroscopic studies. *Br J Dermatol.* 1976; 94 (12): 43-50.
60. Sehgal VN, Srivastava G. Vitiligo treatment options: an evolving scenario. *J Dermatolog Treat.* 2006; 17 (5): 262-75.
61. Ortonne J-P. Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology.* 2nd ed, 2008; 913-938.
62. Shaffrali F, Gawkrödger D. Management of vitiligo. *Clin Exp Dermatol.* 2000;25 (8):575-9.
63. Seiter S, Ugurel S, Tilgen W, Reinhold U. Use of high-dose methylprednisolone pulse therapy in patients with progressive and stable vitiligo. *Int J Dermatol.* 2000; 39 (8): 624-7.
64. Radakovic-Fijan S, Fürsinn-Friedl AM, Hönigsmann H, Tanew A. Oral dexamethasone pulse treatment for vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44 (5): 814-7.
65. Skaehill PA. Tacrolimus in dermatologic disorders. *Ann Pharmacother.* 2001; 35 (5): 582-8.
66. Kostovic K, Pasic A. New treatment modalities for vitiligo: focus on topical immunomodulators. *Drugs.* 2005; 65 (4): 447-59.
67. Lotti T, Berti S, Moretti S. Vitiligo therapy. *Expert Opin Pharmacother.* 2009; 10 (17): 2779-85.

68. Plettenberg H, Assmann T, Ruzicka T. Childhood vitiligo and tacrolimus: immunomodulating treatment for an autoimmune disease. *Arch Dermatol*. 2003; 139 (5): 651-4.
69. Nordlund JJ, Abdel-Malek ZA, Boissy RE, Rheins LA. Pigment cell biology: an historical review. *J Invest Dermatol*. 1989; 92 (4): 53S-60S.
70. Ratnam AV, Sastry PB, Satyanarayana BV. Ascorbic acid and melanogenesis. *Br J Dermatol*. 1977; 97 (2): 201-4.
71. Akyol M, Celik VK, Ozcelik S, Polat M, Marufihah M, Atalay A. The effects of vitamin E on the skin lipid peroxidation and the clinical improvement in vitiligo patients treated with PUVA. *Eur J Dermatol*. 2002; 12 (1): 24-6.
72. Schallreuter KU, Rokos H. Vitix--a new treatment for vitiligo? *Int J Dermatol*. 2005; 44 (11): 969-70.
73. Mohammad A. Vitiligo repigmentation with Anapsos (*Polypodium leucotomos*). *Int J Dermatol*. 1989; 28 (7): 479.
74. Szczurko O, Shear N, Taddio A, Boon H. Ginkgo biloba for the treatment of vitiligo vulgaris: an open label pilot clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. 2011; 11: 21.
75. Dell'Anna ML, Mastrofrancesco A, Sala R, Venturini M, Ottaviani M, Vidolin AP, et al. Antioxidants and narrow band-UVB in the treatment of vitiligo: a double-blind placebo controlled trial. *Clin Exp Dermatol*. 2007; 32 (6): 631-6.
76. Njoo MD, Das PK, Bos JD, Westerhof W. Association of the Köbner phenomenon with disease activity and therapeutic responsiveness in vitiligo vulgaris. *Arch Dermatol*. 1999; 135 (4): 407-13.
77. Turanlı AY. Vitiligo Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009; 2 (1): 27-38.
78. Hariharan V, Klarquist J, Reust MJ, Koshoffer A, McKee MD, Boissy RE, et al. Monobenzyl ether of hydroquinone and 4-tertiary butyl phenol activate

markedly different physiological responses in melanocytes: relevance to skin depigmentation. *J Invest Dermatol.* 2010; 130 (1): 211-20.

79. Njoo MD, Vodegel RM, Westerhof W. Depigmentation therapy in vitiligo universalis with topical 4-methoxyphenol and the Q-switched ruby laser. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42 (5): 760-9.

80. Rao J, Fitzpatrick RE. Use of the Q-switched 755-nm alexandrite laser to treat recalcitrant pigment after depigmentation therapy for vitiligo. *Dermatol Surg.* 2004; 30 (7): 1043-5.

81. Westerhof W, Boersma B. The minigrafting test for vitiligo: detection of stable lesions for melanocyte transplantation. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 33 (6): 10612.

82. Ongenaes K, Dierckxsens L, Brochez L, van Geel N, Naeyaert JM. Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology.* 2005; 210 (4): 279-85.

83. Kaliyadan F, Kumar A. Camouflage for patients with vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012; 78 (1): 8-15.

84. Bilgiç Ö. Vitiligolu çocuk ve ergenlerde psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesi. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.

85. Attah Johnson FY, Mostaghimi H. Co-morbidity between dermatological diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *Int J Dermatol* 1995; 34: 244-248.

86. Agarwal G. Vitiligo: an under-estimated problem. *Fam Pract* 1998; 15(1): 19-23.

87. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol.* 1997; 137: 246-250.

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

89. Ongene K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br J Dermatol* 2005; 152: 1165-1172.
90. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Tabolli S, Leoni L, et al. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol*. 2008; 159: 351-359.
91. Kostopoulou P, Jouary T, Quintard B, Ezzedine K, Marques S, Boutchnei S, et al. Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *Br J Dermatol*. 2009; 161: 128-133.
92. Radtke MA, Schafer I, Gajur A, Langenbruch A, Augustin M. Willingness-to-pay and quality of life in patients with vitiligo. *Br J Dermatol*. 2009; 161: 134-139.
93. Ozturk A. The Psychiatric Impact of Acne Vulgaris. *Kocatepe Medical Journal* 2014; 15 (3): 360-4
94. Sukan M, Maner F, Tosun M. Vitiligonun psikiyatrik yönü. *Düşünen Adam*; 2005, 18 (1): 21-31
95. Kent G, Al-Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35 (6): 895-898.
96. Wahl A, Hanestad BR, Wiklund I, Moum T. Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Qual Life Res* 1999; 8 (5): 427-433.
97. Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* 1999; 72 (3): 385-396.
98. Porter J, Beuf AH, Lemer A, Nordlund J. Response to cosmetic disfigurement: patients with vitiligo. *Cutis* 1987; 39 (6): 493-494.
99. Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. *N Eng J Med* 2012; 366: 1515-25.
100. Alkhalifah A: Alopecia areata update. *Dermatol Clin* 2013; 31: 93-108.

101. Dawber RPR, Ebling FJG, Wojnarowska FT. Disorders of hair: alopecia areata. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG (eds), Textbook of Dermatology, 5th edition, Blackwell Science, Oxford 1992; 2586.
102. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 549-66.
103. Arca E, Kurumlu Z. Alopesi areatada etyopatogenez, klinik ve tanı. Dermatose 2003; 2 (3): 83-9.
104. Karaca N. Alopesi areatada tiroid hastalığı sıklığı. 2006, Trakya Üniversitesi Tıp Fköltesi. Uzmanlık Tezi. Edirne.
105. Nazlım B. Alopesi areata hastalarında difenilsiklopropenon (DCP) ile kontakt immünoterapi ve bu tedavinin IL-17 protein düzeylerine etkisi. 2014. Antalya.
106. Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott D, McMicheal A. Alopecia areata. Int J Dermatol 2007; 46: 121-31.
107. Finner AM. Alopecia areata: Clinical presentation, diagnosis, and unusual cases. Dermatol Ther 2011; 24 (3): 348-54.
108. Sato-Kawamura M, Aiba S, Tagami H. Acute diffuse and total alopecia of the female scalp. A new subtype of diffuse alopecia areata that has a favorable prognosis. Dermatology 2002; 205: 367-73.
109. Yesudian P, Thambiah AS. Perinevoid alopecia. An unusual variety of alopecia areata. Arch Dermatol 1976; 112 (10): 1432-4.
110. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D et al. National Alopecia Areata Foundation: Alopecia areata investigational assessment guidelines--Part II. National Alopecia Areata Foundation. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 440-7
111. Tosti A, Piraccini BM, Pazzaglia M, Vincenzi C. Clobetasol propionate 0.05% under occlusion in the treatment of alopecia totalis/universalis. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 96-8.

112. Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *Br J Dermatol* 2012; 166 (5): 916-26.
113. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update: part II. Treatment. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62 (2): 191-202.
114. Ito T. Advances in the management of alopecia areata. *J Dermatol* 2012; 39 (1): 11-7.
115. Tang L, Cao L, Sundberg JP, Lui H, Shapiro J. Restoration of hair growth in mice with an alopecia areata-like disease using topical anthralin. *Exp Dermatol* 2004; 13: 5-10.
116. Friedli A, Labarthe MP, Engelhardt E, Feldmann R, Salomon D, Saurat JH. Pulse methylprednisolone therapy for severe alopecia areata: An open prospective study of 45 patients. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39 (4): 597-602.
117. Alabdulkareem AS, Abahussein AA, Okoro A. Severe alopecia areata treated with systemic corticosteroids. *Int J Dermatol* 1998; 37: 622-4.
118. Aktas E, Aykol D. Approaches in the treatment of alopecia areata. *Turkderm* 2004; 39: 20-7.
119. Fiedler VC, Alaiti S. Treatment of alopecia areata. *Dermatol Clin* 1996; 14: 733-7.
120. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003; 42: 434-437.
121. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33: 849-50.
122. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Comp Psychiatry* 1991; 32: 245-251.

123. Bilgiç Ö, Şimşek KK, Akça ÖF, Polat R. Alopesi Areatalı Hastalarda Psikiyatrik Belirtiler. *Dermatoz* 2011; 2(1) : 227-229.
124. Sayar K, Köse O, Ebrinç S, Çetin M. Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2001, 2:12-15.
125. Aydemir Ö. ve Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2012.
126. Ünal E. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler. Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Ocak 2014.
127. Goldberg, D.P, Williams, P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. (1988). Windsor, NFER/Nelson.
128. Dağdelen, M. Üretim ve Hizmet Sektöründe Çalışan İşçilerde Ruhsal Sağlık Düzeyi, Ruhsal Belirti Dağılımı, Algılanan Sağlık, İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması. (Yüksek lisans tezi). (2008). İnönü Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
129. Kılıç, C. Genel Sağlık Anketi: güvenilirlik ve geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 1996; 7: 3-9.
130. Gupta MA, Johnson AM, Gupta AK. The development of an Acne Quality of Life Scale: reliability, validity, and relation to subjective acne severity in mild to moderate acne vulgaris. *Acta Dermatol Venereol* 1998; 78: 451-456.
131. Demirçay Z, Şenol A, Seçkin D, Demir F. Akne vulgarisli hastalarda akne yaşam kalite ölçeğinin Türkçe Güvenilirlik Çalışması. *Türkderm* 2006; 40: 94-97.
132. Becker T, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson S, Albert M, Turner D. Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 15-9.

133. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-re-fusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend* 2011; 114: 12-17.
134. Farrelly S, Clement S, Gabbidon J, Jeffery D, Dockery L, Lassman F, et al; MIRIAD study group. Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 157.
135. Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D, Margetić B, Tošić G. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 603-6.
136. Bassirnia A, Briggs J, Kopeykina I, Mednick A, Yaseen Z, Galynker I. Relationship between personality traits and perceived internalized stigma in bipolar patients and their treatment partners. *Psychiatry Res* 2015; 230: 436-40.
137. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 484-9.
138. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Sigmundova Z. Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1767-79.
139. Roosta N, Black DS, Peng D, Riley LW. Skin disease and stigma in emerging adulthood: impact on healthy development. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 2010; 14 (6): 285-90.
140. Çam O, Çuhadar D. Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011; 2(3): 136-140.
141. Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry* 2008; 54: 206-18.
142. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Journal of International Group Psychotherapy* 2011; 61: 576-95.

143. Peterson D, Barnes A, Duncan C. Fighting with shadows: self-stigma and mental illness. 1st ed. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand; 2008.
144. Watson AC, Corrigan PW. The impact of stigma on service access and participation. 1st ed. Chicago: Behavioral Health Recovery Management; 2001. p. 13-7.
145. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness. *Journal of Mental Health* 1997; 6: 345-54.
146. Colom F, Vieta E. Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (3): 47-50.