



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANA BİLİM DALI

**KRONİK FASİYAL DERMATOZLARIN (AKNE VULGARİS,
ROZASE VE SEBOREİK DERMATİT) PSİKOSOSYAL
SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. YUNUS ÖZCAN

DÜZCE-2021



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANA BİLİM DALI

**KRONİK FASİYAL DERMATOZLARIN (AKNE VULGARİS,
ROZASE VE SEBOREİK DERMATİT) PSİKOSOSYAL
SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. YUNUS ÖZCAN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. EMİN ÖZLÜ

DÜZCE-2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde bana yol gösteren hocalarıma, desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma ve bitmeyen fedakarlıklarıyla yanımda olan sevgili eşime ve aileme teşekkür ederim.

*Yunus Özcan
3 Eylül 2021*



ÖZET

Giriş ve Amaç: Kronik fasiyal dermatozlar (akne, rozase, seboreik dermatit) nedeniyle oluşan psikososyal stres, altta yatan patolojik sürece katkıda bulunur. Hastayı her ikisi için de değerlendirmek en uygun yaklaşımdır. Bu çalışmanın amacı akne, rozase ve seboreik dermatitli hastalardaki psikososyal etkilenmeyi değerlendirmektir.

Materyal ve Metod: Akne, rozase, seboreik dermatit tanılı hastalar ve kontrol grubu; Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) ile değerlendirildi. Kronik fasiyal dermatozlu hastalar kontrol grubuyla ve ayrıca tüm gruplar kendi içerisinde ikili olarak karşılaştırıldı. Hastalık şiddeti, süresi, eğitim düzeyi ile psikososyal etkilenme arasında korelasyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Kronik fasiyal dermatozu olan 420 hasta (164 akne, 134 rozase, 120 seboreik dermatit) ve 124 kontrolden alınan veriler analiz edildi. Tüm hasta gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek DYKİ, HADÖ ve SGKÖ skorları saptandı. Rozase hastaları en yüksek DYKİ ve SGKÖ skorlarına ve en yüksek anksiyete prevalansına (%37,3) sahipti. Depresyon ise en sık seboreik dermatitli hastalarda (%41,5) görüldü. HADÖ, SGKÖ skorları her iki cinsiyette benzer olmasına rağmen, yaşam kalitesindeki bozulma kadınlarda anlamlı olarak daha fazlaydı. Hasta gruplarında hastalığın şiddeti, süresi, eğitim düzeyi ile ölçek sonuçlarında zayıf düzeyde anlamlı korelasyonlar saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Yüz bölgesindeki kronik dermatozlar hayatı tehdit etmemekle birlikte, duygudurum ve yaşam kalitesi üzerinde negatif etkilere yol açabilmektedir. Çalışmamız, kronik fasiyal dermatozu olan hastaların psikososyal olarak etkilendiğini ortaya koymaktadır. Kronik fasiyal dermatozların psikososyal sonuçlarının tanınması ve tedavisi hasta stresinin azaltılmasında, hasta uyumunun güçlendirilmesinde ve tedavi başarısının artırılmasında önemli rol oynayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akne, Anksiyete, Depresyon, Rozase, Seboreik dermatit

ABSTRACT

Introduction and Aim: Psychosocial stress resulting from chronic facial dermatoses (acne, rosacea, seborrheic dermatitis) contributes to the underlying pathological process that precedes it. Evaluating the patient for both is the most suitable strategy. The aim of this study is to evaluate the psychosocial impact in patients with acne, rosacea and seborrheic dermatitis.

Material and Methods: Patients diagnosed with acne, rosacea, seborrheic dermatitis, and the control group were compared using the Dermatology Life Quality Index (DLQI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Social Appearance Anxiety Scale (SAAS). Patients with chronic facial dermatosis were compared with the control group, as well as all other groups in pairs. Correlation analyses of disease severity, duration, education level, and psychosocial impact were conducted.

Results: 420 individuals with chronic facial dermatosis (164 acne, 134 rosacea, 120 seborrheic dermatitis) and 124 healthy controls were studied. All patient groups had significantly greater DYKI, HADS, and SSQ scores than the control group. Rosacea patients had the highest DLQI and SAAS scores, as well as the highest prevalence of anxiety (%37,3). Patients with seborrheic dermatitis were more likely to be depressed (%41,5). Despite the fact that both sexes had similar HADS and SAAS ratings, women's quality of life deteriorated much more. In the patient groups, there were weakly significant relationships between disease severity and duration, education level, and scale outcomes.

Discussion and Conclusion: Although chronic dermatoses of the face are rarely life-threatening, they can have a detrimental impact on mood and quality of life. Our study shows that patients with chronic facial dermatosis are psychosocially affected. Recognizing and treating the psychosocial consequences of chronic facial dermatoses will help to reduce patient stress, strengthen patient compliance, and improve treatment outcomes.

Keywords: Acne, Anxiety, Depression, Rosacea, Seborrheic dermatitis

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Önsöz	i
Özet	ii
İngilizce Özet (Abstract)	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Akne Vulgaris.....	3
2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji.....	3
2.1.2. Etyopatogenez.....	3
2.1.3. Klinik özellikleri.....	5
2.1.4. Akne şiddetinin değerlendirilmesi.....	5
2.1.5. Prognoz.....	7
2.2. Rozase.....	8
2.2.1. Tanım ve epidemiyoloji.....	8
2.2.2. Etyopatogenez.....	8
2.2.3. Klinik özellikleri.....	11
2.2.4. Rozase şiddetinin değerlendirilmesi.....	13
2.2.5. Prognoz.....	14
2.3. Seboreik Dermatit.....	15
2.3.1. Tanım ve epidemiyoloji.....	15
2.3.2. Etyopatogenez.....	16
2.3.3. Klinik özellikleri.....	17
2.3.4. Seboreik dermatit şiddetinin değerlendirilmesi.....	18
2.3.5. Prognoz.....	19
2.4. Deri Hastalıklarının Psikososyal Sonuçları.....	19

3. Gereç ve Yöntem	21
3.1. Verilerin Toplanması.....	22
3.2. Sosyodemografik Veriler.....	22
3.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.....	22
3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	24
3.5. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği.....	24
3.6. İstatistik Yöntemleri.....	25
4. Bulgular	26
4.1. Demografik Veriler.....	26
4.2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.....	27
4.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi – Alt Ölçekler.....	29
4.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	31
4.5. Anksiyete Alt Ölçeği.....	33
4.6. Depresyon Alt Ölçeği.....	34
4.7. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği.....	35
4.8. Kronik Fasiyal Dermatozlarda Cinsiyete Göre Karşılaştırmalar.....	36
4.8.1 Dermatoloji yaşam kalite indeksi.....	36
4.8.2. Dermatoloji yaşam kalite indeksi – Alt ölçekler.....	37
4.8.3. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği.....	38
4.8.4. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri.....	39
4.8.5. Sosyal görünüş kaygısı ölçeği.....	40
4.9. Korelasyon İncelemeleri.....	41
5. Tartışma	43
6. Sonuçlar	48
7. Kaynaklar	50
8. Ekler	58
8.1. Şekil Listesi.....	58
8.2. Tablo Listesi.....	58

8.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.....	61
8.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	62
8.5. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği.....	63



SİMGELER VE KISALTMALAR

α -MSH	: α -Melanosit uyarıcı hormon
AR	: Androjen reseptörü
AV	: Akne Vulgaris
BTNL2	: Butirofilin benzeri protein 2
C. acnes	: Cutibacterium acnes
CGRP	: Kalsitonin Gen İlişkili Peptid
CRH	: Kortikotropin salıcı hormon
DLQI	: Dermatology Life Quality Index
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DYKİ	: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi
FoxO1	: Forkhead BOX O1
GST	: Glutasyon S-transferaz
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale
HIV	: İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü
HLA-DRA	: İnsan lökosit antijen-DR Alfa
HPA	: Hipotalamo-Pituiter-Adrenal
İGF-1	: İnsülin benzeri büyüme faktörü-1
İL	: İnterlökin
İR	: İnsülin Reseptörü
M. furfur	: Malassezia furfur
MHC	: Majör doku uygunluk kompleksi
MMP	: Matriks Metalloproteinazı

mTORC1	: mTOR Kompleks 1
NF-κB	: Nüklear Faktör kappa B
NLRP3	: NLR ailesi pirin alanı 3
PACAP	: Pitüiter Adenilat Siklaz Aktive edici Peptid
PAR2	: Proteaz aktive reseptör 2
PI3K	: Fosfoinositid 3 kinaz
PPAR-γ	: Peroksizom Proliferatör Aktive Edici Reseptör-Gama
SAAS	: Social Appearance Anxiety Scale
SGKÖ	: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SP	: Substans P
SREBP1	: Sterol düzenleyici eleman bağlayıcı transkripsiyon faktörü 1
TH1	: Yardımcı T hücresi tip 1
TLR-2	: Toll benzeri reseptör 2
TNF- α	: Tümör Nekroz Faktör-alfa
TRPA1	: Geçici reseptör potansiyel kanal ailesi ankirin 1
TRPV4	: Geçici reseptör potansiyel kanal ailesi vanilloid 4
UV	: Ultraviyole
VKİ	: Vücut kitle indeksi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı bir cildin temel görevi, organizmayı fiziksel çevreden korumaktır. İnsan sağlıklı bir cildin yokluğunda sadece fiziksel çevreye açık hale gelmekle kalmaz, aynı zamanda psikiyatrik ve sosyal anlamda olumsuzluklar yaşar. İleri derece organize ve sosyal topluluklar oluşturarak yaşayan biz insanlar için cilt, genel sağlık durumunun dış dünyaya pratik bir sunumudur. Cildin yapısında, renginde, görünümünde olan değişiklikler ve düzensizlikler, insanlarda kökeni belirsizlik ve korku duygusuna dayanan negatif emosyonlara sebep olur. Bilinmeyene verilen ilk yanıt korkudur. Peşinden kaçınma gelir ve aslında bu, bir çeşit hayatta kalma stratejisidir (1). Cilt hastalığının gerçekten bulaşıcı olduğu durumlarda bu stratejinin koruyucu olduğu bir gerçektir. Ancak büyük bir kısmı bulaşıcı olmayan deri hastalıkları, günümüzde ve tarihin her döneminde ortalama insanı korkutmakta ve hayatta kalma içgüdülerini harekete geçirmektedir.

Deri hastalığı olanlarda psikiyatrik semptomlar, başta anksiyete ve depresyon olmak üzere, geniş bir yelpazede görülür. Bu hastaların yaşadığı stigmatizasyon, bazen en yakınlarına kadar sıçramakta ve bu hastalar sosyal bir destek ağından da mahrum kalmaktadırlar. Hastanın kendi hissettikleri ve sosyal çevresinin ona karşı olan tutumu kısır bir döngü halinde birbirini beslemeye başlar. Böylece bazı hastalar geri dönüşü olmayacak biçimde suicidal düşüncelere kadar sürüklenebilir (2,3).

İnsan, iletişiminde hitabetin hedefi olarak yüzü arar. İletişimin temel öğelerinden biri olmasının yanında yüz bölgesi, insanın hayatındaki sosyal, ekonomik ve romantik fırsatları da belirler. Cildin bazı bölgelerindeki patolojilerin gizlenmesi daha kolayken, yüz bölgesindeki değişiklikleri gizlemek genellikle daha zahmetli ve her zaman mümkün değildir. Bu bölgedeki cilt hastalıklarının, olumsuz psikososyal sonuçlar yaratma potansiyelinin daha yüksek olduğu söylenebilir (4).

Akne, rozase ve seboreik dermatit birincil olarak yüz bölgesini etkileyen lezyonlara sebep olan kronik deri hastalıklarıdır. Her birinin hastalarda anksiyete, depresyon, dış görünüş kaygısı gibi psikososyal bir yük yarattığı bilinmektedir. Bu yük hastaya, içinde bulunduğu topluma ve hastalığın şiddetine bağlı olarak

değişkenlik gösterir. Deri hastalıklarının tedavisi aynı zamanda hastanın bu yükünü de hafifletecektir (5–7).

İnsan sosyal bir canlıdır ve psikiyatrik hastalıklar doğası gereği hastayı ve çevresini beraber etkiler. Psikiyatrik hastaların tedavisi bir anlamda toplumun da tedavisidir. Deri hastalığı olanların psikiyatrik komorbiditelerinin tanınması ve tedavi edilmesi hastanın sorunlarını düzeltmekle kalmayacak, toplumun sağlığına da katkıda bulunacaktır (4).

Bu tez çalışmasında, yüz bölgesindeki şikayetleri nedeniyle dermatoloji hekimine başvuran ve akne, rozase veya seboreik dermatit tanısı alan hastalar incelendi. Yaşam kaliteleri, anksiyete ve depresyon seviyeleri, dış görünüşlerinden dolayı duydukları kaygılar değerlendirildi. Psikosyal etkilenmenin kökeni, derecesi ve gerçek hayata yansıma şekilleri incelendi. Ön planda yüz bölgesini etkilemesi ve prevalansı yüksek olması nedeniyle akne, rozase ve seboreik dermatit hastaları çalışmaya dahil edildi. Elde edilecek sonuçlarla, dermatoloji hekimine başvurarak yardım arayan hastalarda tehlike işaretlerini önceden fark etmek, dermatolojik tedaviye ek olarak psikiyatrik ve sosyal desteğe ihtiyacı olan hastaları daha iyi belirleyebilmek, hastaların iç dünyası hakkında bilgi edinerek hekim-hasta ilişkisini güçlendirmek ve dermatoloji hastalarının psikiyatrik açıdan takibini güçlendirmek amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akne Vulgaris

2.1.1. Tanım ve epidemiyoloji

Akne Vulgaris (AV), pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar hastalığıdır (8). En önemli fiziksel sekeli skar bırakmasıdır (9). Fiziksel sekelin ötesinde intihar, depresyon, düşük akademik performans ve işsizlik ile sonuçlanabilir. Ayrıca psikolojik ağrıya ve sosyal inhibisyona da neden olabilir (10).

Akne, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre global popülasyonun %9.4'ünü etkileyerek dünyada en sık görülen hastalıklar arasında sekizinci sırada yer almaktadır. Prevalans verileri genel olarak ülkeler arası benzerlikler göstermektedir (9). Ülkemizde çok merkezli yapılan bir çalışmada akne prevalansı adölesan dönemde %88, erişkin dönemde %11.2 olarak bulunmuştur (11).

2.1.2. Etyopatogenez

Akne etyopatogenezinde dört ana faktör rol alır: sebum değişiklikleri, folliküler infundubulumun anormal keratinizasyonu, *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) ve inflamasyon (12,13).

Akne oluşumunda sebum, miktar olarak artar (hipersebore) ve yapısında değişiklik (dissebore) meydana gelir. Bu değişiklik *C. acnes* aşırı çoğalmasına ve biofilm oluşumuna, inflamasyona zemin hazırlar. Sebum ve keratinositlerin birleşmesiyle keratotik tıkaç oluşur. Bu tıkaç pilosebase ünitenin tıkanmasına ve mikrokomedon oluşumuna ilerler. *C. acnes*'i hedef alan disbiyoz ve doğal bağışıklık sisteminin aktivasyonu inflamatuvar cevaba neden olur. *C. acnes*, Toll benzeri reseptör 2 (TLR-2) tarafından tanınır ve Nükleer Faktör kappa B (NF-κB) yoluyla aktifleşerek inflamatuvar bir cevap oluşur (14).

Ekspozom, kişinin hayatı boyunca maruz kaldığı tüm çevresel faktörleri ve bununla ilişkili olarak verdiği biyolojik yanıtları tanımlar. Akne ile ilişkili olan

ekspozom faktörleri: beslenme, ilaçlar, mesleki faktörler, çevre kirliliği, iklim faktörleri, psikososyal faktörler ve yaşam tarzı olarak sıralanabilir. Ekspozomlar, doğal deri bariyerini olumsuz etkileyerek hiperseboreye, pilosebace ünitenin anormal keratinizasyonuna, deri mikrobiyal çeşitliliğinin kaybına ve inflamasyona neden olur (14,15).

Diyet, akneye neden olan ekspozom faktörlerinden biridir. Hiperglisemik karbonhidrattan, süt ve süt ürünlerinden zengin batı tipi beslenme, insülin benzeri büyüme faktörü (IGF-1) / fosfoinositid 3 kinaz (PI3K) / Akt/ mTOR Kompleks 1 (mTORC1) yoluyla üzerinden akneye sebep olmaktadır (14,15).

Androjenler: lipit sentezini, sebositlerin proliferasyonunu ve differansiyasyonunu stimüle eder. Sebosit nükleusundaki androjen reseptörüne (AR) bağlandıktan sonra mTORC1 / Sterol düzenleyici eleman bağlayıcı transkripsiyon faktörü 1 (SREBP1) üzerinden lipogenezi; Wnt/ β -katenin yoluyla inhibe edip c-MYC üzerinden sebosit differansiyasyonunu uyarır. Sebositler yeterince differansiye olup lipitlerini holokrin salgılayabilene kadar lipit depolarlar (14).

Androjenlerin göz ardı edilemeyecek önemi olmasına rağmen, IGF-1 tek başına insan sebositlerinde inflamasyonu uyarmak için yeterlidir ve akne patogenezinde merkezi rol oynar. IGF-1, NF- κ B yoluyla aktifleştirerek proinflamatuvar sitokinleri aktifleştirir. İnsülin ve IGF-1, PI3K / Akt / Forkhead BOX O1 (FoxO1) / mTORC1 kaskadı üzerinden SREBP-1 ekspresyonunu artırarak lipit sentezini uyarır (14).

Akne patogenezinde sorumlu diğer hormonal faktörler Kortikotropin salıcı hormon (CRH), α -Melanosit uyarıcı hormon (α -MSH), Substans P olarak sayılabilir. CRH, Hipotalamo-Pituiter-Adrenal (HPA) aks üzerinden steroidogenezi uyararak, testosteron ve büyüme hormonu ile etkileşerek akne oluşumunu tetikler. Bu akstan bağımsız olarak akneli ciltlerdeki sebace glandlarda CRH sistemi ile ilgili yoğun ekspresyonlar mevcuttur ve bu durum, olasılıkla stress ile indüklenen akneyi açıklayan immun ve inflamatuvar süreçlere neden olur. α -MSH'nin lipojenik ve sebosit differansiyasyonu uyaran etkileri vardır ancak aynı zamanda sebositler tarafından İnterlökin-8 (IL-8) salınımını inhibe eder. Ayrıntılı mekanizmalar henüz

bilinmemekle beraber α -MSH'nin koruyucu mu yoksa tetikleyici mi olduğu henüz kesinlik kazanmamıştır. Substans P, stres ile indüklenen akne de rol oynayan bir nöropeptittir. Peroksizom Proliferatör Aktive Edici Reseptör Gama (PPAR- γ) üzerinden adipogenezisi uyarır ve IL-1, IL-6, Tümör Nekroz Faktör alfa (TNF- α) ile ilişkili immun reaktiviteyi artırır (14).

2.1.3. Klinik özellikleri

Akne lezyonları genelde yüz, göğüs, omuz ve sırt bölgelerinde yoğunlaşır. Lezyonlar, inflamatuvar olan ve olmayan olarak iki grup altında sınıflandırılır. İnflamatuvar lezyonlar papül, püstül, nodül ve kistleri içerir. Bu lezyonlar follikül rüptürünü takiben oluşan inflamatuvar cevap ile karakterizedir. İnflamatuvar olmayan lezyonlar kapalı ve açık komedonlardır. Kapalı komedonlar aynı zamanda beyaz noktalar olarak anılır ve kıl follikülünde sebum ve keratin birikmesiyle oluşur. Açık komedonlar (siyah noktalar) ise biriken keratine bağlı kıl follikülünün gerilip açılması, lipid oksidasyonu ve melanin birikmesi sonucu oluşur (13,16).

Akne hastalarında sekonder lezyonlar olarak skar, ekskoriasyon, post-inflamatuvar eritem ve dispigmentasyon görülebilir. Aktif aknenin iyileşme sürecinde, papül, püstül, komedon ve nodülökistik lezyonlar dahil, her türlü lezyonun skar bırakma ihtimali mevcuttur. Bu skarlar kollajen kaybına bağlı atrofik veya kollajen artışına bağlı hipertrofik, keloidal özellikte olabilir. Atrofik skarlar kendi arasında "ice pick", "rolling" ve "boxcar" skarlar olarak sınıflanır (10).

2.1.4. Akne şiddetinin değerlendirilmesi

Hastalık aktivitelerini belirleme yöntemleri prensip olarak hızlı, doğru ve basit olmalıdır (17). Günümüzde akne şiddetinin belirlenmesinde kullanılan yöntemler olmasına rağmen evrensel olarak kabul edilen tek bir sistem yoktur (16). Literatürde bildirilen 25'ten fazla akne derecelendirme yöntemi olması bu konuda bilimsel bir ortak görüş olmadığını kanıtlar niteliktedir (17).

Akne şiddetini belirlemede kullanılan yöntemler temelde ikiye ayrılır: lezyonların sayılması ve fotografik karşılaştırma. Her iki yöntemin de avantajlarının olmasıyla beraber varılan sonuçların objektif olmaması ortak dezavantajlarıdır. Aynı hasta için farklı hekimler arasında (gözlemciler arası) veya aynı hekimin farklı günlerinde (gözlemci içi) ölçülen sonuçlar değişmektedir. Gözlemciler arası ve gözlemci içi güvenilirliği artırmak için fotoğraflara ek olarak bilgisayar yardımıyla yazılım programları geliştirilmiştir (17).

Lezyon sayımına dayanan yöntemler, ekipmana ihtiyaç duyulmadığı için avantajlıdır ancak saymak zaman aldığı için günlük pratikte kullanmak zaman alıcıdır. Doshi ve ark. 1997 yılında Global Akne Derecelendirme Sistemi'ni (GADS) geliştirerek bu zaman kaybını önlemeyi, aynı zamanda gözlemciler arası ve gözlemci içi güvenilirliği artırmayı amaçlamışlardır. Bu yöntem hızlı ve kolay olduğu için günlük pratikte sık tercih edilmektedir (18).

GADS akne lezyonlarını değerlendirmek üzere 6 bölge tanımlar: alın, sağ yanak, sol yanak, burun, çene ve göğüs-sırtın üst bölgesi. Yüz bölgesinin sınırları: Saç çizgisi, kulaklar ve çene hattı olarak belirlenmiştir. Bu bölgelere pilosebase ünitenin yoğunluğu, yayılımı ve yüzey alanı göz önünde bulundurularak bir katsayı verilmiştir (Tablo 1). İyi aydınlatma altında, büyüteç veya başka bir ekipman kullanmadan ve deriyi germeden yapılan muayenede her bölge için en ciddi olan lezyon seçilir ve buna göre puanlanır. Bu verilen puanlar o bölgenin katsayısı ile çarpıldıktan sonra her bölge için elde edilen skorlar toplanır ve global akne skoru elde edilir (18).

Alın bölgesinde komedonları, sağ ve sol yanakta nodülökistik aknesi, burun, çene ve sırt bölgesinde papülleri olan hastanın global akne derecelendirme sistemine göre değerlendirilmesi Tablo 1'deki gibidir:

Tablo 1. Global akne derecelendirilme sisteminin kullanımına dair örnek

Bölge	Katsayı	Şiddeti	Lokal skor
Alın	2	0 Yok	$2 \times 1 = 2$
Sağ Yanak	2	1 Komedon	$2 \times 4 = 8$
Sol Yanak	2	2 Papül	$2 \times 4 = 8$
Burun	1	3 Püstül	$1 \times 2 = 2$
Çene	1	4 Nodül	$1 \times 2 = 2$
Gövde ve sırt	3		$3 \times 2 = 6$
Toplam Skor:			28

Elde edilen global skora göre hastalığın şiddetine karar verilir (Tablo 2).

Tablo 2. Toplam global akne skoruna göre hastalığın şiddetinin belirlenmesi

Akne Şiddeti	
Hafif	1-18
Orta	19-30
Şiddetli	31-38
Çok şiddetli	>39

Bir bölgede yoğunlaşan belirgin lezyonları olan hastaların toplam puanının düşük kalması bu yöntemin dezavantajıdır (18).

2.1.5. Prognoz

Akne kronik bir hastalıktır (19). Uzun süreli fiziksel ve psikososyal yıkıcı etkileri vardır. Aknenin tedavisiyle beraber depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı gibi psikososyal sekeller azalır ancak skar ve pigmentasyon bozukluğu gibi fiziksel sekellerin tedavisi zordur, zaman alır ve pahalıdır (20,21).

Akne puberte sonrası ergenlerde yoğunlaşır ve bu dönemde erkeklerde daha sık ve şiddetlidir. Ergenlik yıllarından sonra ise kadınlarda akne görülme prevalansı erkeklere göre yükselmeye başlar (9). Erişkin dönemde, 25 yaş üzeri kadınların

%12'sinde; erkeklerin ise %3'ünde klinik olarak belirgin fasiyal akne görülmektedir. Bu prevalans ancak 45 yaşından sonra düşme eğilimi göstermektedir (22).

2.2. Rozase

2.2.1. Tanım ve epidemiyoloji

Rozase, yüzün orta bölgesini etkileyen; geçici ve kalıcı eritem, papül, püstül, telenjiektazi ve fima oluşturan; nörovasküler ve immün disregülasyonun rol aldığı kronik ve tekrarlayıcı ataklarla seyreden inflamatuvar bir deri hastalığıdır (23,24).

Dünya çapında prevalansı %5'in üzerindedir, insidansı ise %18'e kadar çıkmaktadır. İrlanda gibi kelt kökenli popülasyonlarda daha sık görülür (23). Cilt tipi 1 ve 2 olanlar rozase açısından daha yüksek risklidir (25). Koyu tenlilerde rozaseye yönelik şüphenin düşük olması ise geç tanı almalarına neden olabilir (26). Koyu cilt tiplerinin daha az tanı alması, pigmentlerin eritemi gizlemesi, ultraviyole (UV) ışınlarına karşı melaninin koruyuculuğu veya genetik faktörlere bağlı duyarlılığın farklı olması nedeniyle olabilir (25).

Ülkemize baktığımızda, Eskişehirde 2020 yılında yapılan bir kesitsel çalışmada 18 yaş ve üzeri 2226 kişi değerlendirilmiş ve rozase prevalansı %22.6 olarak tespit edilmiştir. Hastalık, cilt tipi 1, 2 ve 3 olanlarda daha sık ancak kadın ve erkeklerde birbirine yakın oranlarda gözlenmiştir (27).

2.2.2. Etyopatogenez

Rozase etyopatogenezini tam olarak aydınlatılamamıştır. Genetik ve çevresel komponentlere bağlı olarak, doğal ve kazanılmış immün sistemin düzenlenmesinde bozulmayla beraber rozasenin başladığı ve şiddetlendiği düşünülmektedir. Tetikleyici faktörlere bağlı keratinositlerden, endotel hücrelerinden, mast hücrelerinden, makrofajlardan, yardımcı T hücreleri tip 1 ve 17'den (TH1, TH17) çeşitli mediyatörler salgılanmaktadır (Tablo 3). Tetikleyici faktörler kutanöz sinir

sistemiyle doğrudan iletişime geçerek, nörovasküler yolaklar ve nöroimmun aktif nöropeptitler aracılığıyla rozase lezyonlarının alevlenmesine neden olur (23).

Tablo 3. Rozase patogenezinde rol alan hücrelerden salınan mediyatörler

Hücre Tipi	Salınan Mediyatör
Keratinosit	Katolisidin Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) Endotelin -1
Endotel hücresi	Nitrik oksit (NO)
Mast hücresi	Katolisidin Matriks metalloproteinazları (MMP)
Makrofaj	İnterferon gama (İFN- γ) Tümör Nekroz Faktörü (TNF) Matriks metalloproteinazları İnterlökin-26 (IL-26)
TH1	İnterferon gama Tümör Nekroz Faktörü (TNF)
TH17	IL-6, IL-17A, IL-20, IL-22 Kemokin ligand 20 (KLL20)

Ailesel rozase vakalarının olması ve bazı etnik kökenlerde hastalığın anlamlı olarak daha sık görülmesi rozasenin genetik temeli olduğu izlenimini uyandırmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilen genetik mutasyonlar şu şekildedir: Butirofilin benzeri protein 2 (BTNL2) sentezini sağlayan BTNL2 geninde tek nükleotid pleomorfizmi, insan lökosit antijen- DRA (HLA-DRA) geninde tek nükleotid pleomorfizmi, glutatyon S-transferaz (GST) geninde boş allel mutasyonu. Bunlardan ilk ikisi kazanılmış immün sistemin bir parçası olan majör doku uygunluk kompleksi (MHC) ile ilişkilidir ve bu da rozase patogenezinde immün sistemin disregülasyonunun merkezi rol aldığını düşündürmektedir. GST geni ise hücrel oksidatif stres sürecinde görevli bir enzimi kodlamaktadır (28,29).

Rozase tetikleyicileri hastalara göre değişebilmekte ve çeşitli formlarla karşımıza çıkabilmektedir. Bu tetikleyicilerin hastalığı oluşturma patogenezi hakkında bazı bilgiler olsa da henüz yeterli veri bulunmamaktadır. Son zamanlarda elde edilen transkriptomik ve immunhistokimyasal bulgular, geçici reseptör potansiyel kanal ailesinin ankirin (TRPA1) ve vanilloid (TRPV4) subtiplerinin rozase ile ilişkili tetikleyici faktörlere karşı hücrel cevapların oluşumunda rol aldıklarını göstermiştir. Kapsaisin (TRPV1) ve hardal yağı (TRPA1, TRPV1) gibi

keskin bileşikler, sıcak (TRPV1), soğuk (TRPA1), ultraviyole B (TRPV4), toksin ve kozmetikler (TRPA1) bunlara örnek verilebilir (23,30).

Nöronal TRP kanalları substans P (SP), pitüiter adenilat siklaz aktive edici peptid (PACAP), migrenle bağlantılı kalsitonin gen ilişkili peptit (CGRP) gibi vazoaktif nöropeptitler salarak kutanöz vasküler ağrı aktive eder ve eritem oluştururlar. Bunlara sensör nöronlarda eksprese edilen Toll benzeri reseptör 2 (TLR-2) ve proteinaz ile aktive olan reseptör 2 (PAR2) gibi nöroinflamatuvar yolları aktive eden reseptörler de eşlik eder. Nöronal TRP kanallarının ve Proteaz aktive reseptör 2'nin (PAR2) nöropeptit salınımına neden olması ve olasılıkla bu nöropeptitlerin reseptörleriyle beraber kendilerinin de uyarılmaları rozasedeki nörovasküler döngüyü açıklamaktadır (23).

Mikroorganizma ürünlerinin doğal bağışıklık sistemi tarafından tanınmasıyla keratinositlerde TLR ve PAR2 reseptörleri eksprese edilir ve bunların aracılığıyla katelisidin üretilerek inflamatuvar süreç devam ettirilir. Katelisidin rozase hastalarında yüksek miktarda sentezlenen antimikrobiyal bir peptittir. TLR-2 reseptörünün aktive olmasının devamı olarak NLR ailesi pirin alanı 3 (NLRP3) inflamazomu aktive eder ve IL-1 β ve TNF aracılıklı inflamasyon oluşur, prostaglandin E2 sentezi artar ve püstül oluşumu, ağrı hissi, vasküler yanıtlar tetiklenir. Yine TLR-2 aracılıklı salınan diğer inflamatuvar moleküllerin, sitokinlerin, kemokinlerin, proteazların ve anjiyogenik faktörlerin aracılığıyla rozase semptomları olan eritem, inflamasyon, telenjektazi gibi lezyonlar gelişir. Demodex spp., Bacillus oleronius, Staphylococcus epidermidis, Helicobacter pylori, Bartonella quintana gibi mikroorganizmaların rozase oluşumunda rol aldığına yönelik çalışmalar mevcut olsa da, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (23,31).

2.2.3. Klinik özellikler

Rozase, geçici ve kalıcı eritem, telenjektazi, papül, püstül ve fima oluşturan; yüzün ortasındaki konveks alanları (yanaklar, çene, burun, alın) etkileyen, ataklarla ve remisyonlarla seyreden kronik kutanöz bir sendromdur (32).

Kadınlarda erkeklere göre daha sık tanımlanmıştır ve her yaşta olabilmesine rağmen tipik olarak 30 yaş sonrasında başlar (32). Hastalığa ait bazı lezyonlar yaş ve cinsiyet eğilimi gösterebilir. Örneğin, rinofima neredeyse sadece erkeklerde izlenir. Gençlerde genelde hastalığın ilk bulgusu olarak ani ataklar halinde başlayan kızarıklıklar (flushing) ortaya çıkar. İleri yaşlarda ilk oluşan lezyonlar ise telenjektazilerdir (23).

Patofizyolojik açıdan az anlaşılmış olan rozasenin tanısal bir laboratuvar yöntemi de yoktur. Tanısı klinik bulgularla konur. Hastalığın polimorfik özellikleri de göz önüne alındığında, doğru tanı ve tedavi amacıyla klinik bulguları tanımlama ve gruplama ihtiyacı ortaya çıkmıştır (33). Klasik olarak 4 subtipi vardır: eritematotelanjektatik, papülopüstüler, oküler ve fimatöz rozase. Bu subtipler kesin sınırlarla birbirinden ayrılmadığı gibi, aynı hastada birden çok fenotip bir arada gözlenebilir ve hastalığın ilerlemesi ile diğer fenotiplere dönüşüm gerçekleşebilir (32).

Rozasenin polimorfik bir hastalık olması ve klinik bulguların kombinasyon şeklinde görülebilmesi nedeniyle, son zamanlarda hastaların kişisel tecrübelerini ön planda tutan ve tedavi stratejilerini buna göre belirlemeyi amaçlayan fenotipik yaklaşım görüşü benimsenmiştir. Bu yaklaşıma göre 2 klinik özellikten birinin olması rozase için tanısaldır: periyodik olarak şiddetlenebilen karakteristik paternde sabit sentrofasiyal eritem ve fimatöz değişiklikler. Bununla beraber rozase tanısını düşündürebilecek kutanöz bulgulara Tablo 4'te yer verilmiştir. Bunlardan 2 veya daha fazla majör kriterin karşılanması rozase için tanısaldır (32).

Tablo 4. Rozaseninin major ve minor fenotipik özellikleri (32)

Major Kriterler	Minor Kriterler
Ani kızarıklık (flushing) atakları	Yanma hissi
Papül ve püstüller	Batma hissi
Telenjektazi	Ödem
	Kuruluk
Oküler bulgular	
Göz kapağı sınırı telenjektazileri	Kırpik diplerinde bal rengi krutlar ve yakacıklar
İnterpalpebral konjonktival akıntı	Göz kapağı sınırında düzensizlik
Korneada kürek şeklinde infiltratlar	Kısa gözyaşı kırılma zamanı
Sklerit ve sklerokeratit	

Cilt tipi 1, 2, 3 ve 4 olanlarda fasiyal derinin dirençli eritemi rozaseninin en sık görülen semptomudur. Tetikleyici sonrası saniyeler ve dakikalar içerisinde başlayan ani kızarıklık ataklarıyla da sık karşılaşılır. Cilt tipi 5 ve 6 olanlarda ise bunların tespiti zor olduğu için papül ve püstüller ilk karşılaşılan lezyonlar olabilir (32).

Fimatöz değişiklikler folliküler tıkaçlar, deride kalınlaşma, fibrozis, glandüler hiperplazi ve bulböz görünüm olarak ortaya çıkar. En sık burunda, bazen de çenede, alında, kulaklarda ve göz kapaklarında olabilir (32).

Rozasede papüller tipik olarak kırmızı kubbemsi olarak gruplar halinde yüzün orta bölgesinde ortaya çıkar. Püstüller ve nodüller eşlik edebilir ancak komedonların olması, eşlik eden akne yoksa, beklenmez (32).

Yüzün orta bölgesinde yoğunlaşan telenjektaziler cilt tipi 1,2,3 ve 4 için sık karşılaşılan bir lezyondur. Cilt tipi 5 ve 6 olanlarda bunların tespitinde dermatoskopi yardımcı olabilir (32).

Yanma ve batma hissi tipik olarak eritemli alanlarda olur. Skuamlar özellikle malar bölgede eşlik edebilir. Kurulukla beraber egzematöz dermatiti düşündürebilir. Kaşıntı tipik bir bulgu olmasa da bazı hastalarda bulunabilir (32).

Rozase ödemi, kan ve lenfatik damarların değişken oranlarda etkilenmesine bağlı oluşabilir. İnflamasyon ve eritem sonrası, postkapiller ekstrevasyasyon ile

günlerce süren yumuşak ödem şeklinde veya papül ve püstüllerin sekeli olarak sert, gode bırakmayan dirençli ödem şeklinde ortaya çıkabilir (32).

Rozase göz bulguları tek başına veya cilt lezyonları ile beraber olabilir. Güçlü olarak rozase tanısı düşündürülen bulgular şunlardır: Göz kapağı sınırı telenjektazileri, interpalpebral konjonktival akıntı, korneada kürek şeklinde infiltratlar, sklerit ve sklerokeratit. Bunun dışında yanma, batma, ışığa hassasiyet ve yabancı cisim hissi gibi rozaseye spesifik olmayan semptomlar da görülebilir (32).

2.2.4. Rozase şiddetinin değerlendirilmesi

Rozase çalışmalarında farklı alanlardan araştırmacıları ortak paydada buluşturabilmek amacıyla hastalığın şiddetini belirleyecek ölçeklere ihtiyaç duyulmuştur. Anlaşılamayan patogenez, subtiplerin birbirinden kesin sınırlar ile ayrılamaması ve lezyonların polimorfik olması nedeniyle ön planda morfolojik özelliklere göre derecelendirme yapılmaktadır. İdeal ölçek hızlı ve basit olmalı, tekrarlandığı zaman birbirine yakın sonuçlar vermelidir. Bu amaçla 2004 yılında Wilkin ve ark.tarafından rozase klinik karnesi geliştirilmiştir (Tablo 5) (34).

Rozase klinik karnesine göre semptomlar: 0 (Yok), 1 (Hafif), 2 (Orta), 3 (Şiddetli) olarak puanlanır.

Varsa ödemin özellikleri ve periferik lokalizasyonlar not edilir. Hekime göre subtiplerin şiddeti puanlanır. Bir hastada birden fazla subtip aynı anda bulunabilir. Hastalar ise rozaseye bağlı yakınmalarını fiziksel, psikososyal ve işlevsellik kaybı ekseninde subjektif olarak değerlendirerek puanlar. Belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır. Elde edilen toplam puan hastalık şiddeti ile koreledir (34).

Tablo 5. Rozase klinik karnesi (34)

Birincil Özellikler				
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Flushing (geçici eritem)				
Kalıcı Eritem				
Papül ve püstüller				
Telenjektazi				
İkincil Özellikler				
Yanma, batma				
Plaklar				
Kuru görünüm				
Ödem				
Ödem varsa:	Akut/Kronik	Kronik ise: Gode bırakan / bırakmayan		
Oküler bulgular				
Periferik bulgular				
Varsa lokalizasyonu:	Boyun / Göğüs / Saçlı deri / Kulak / Sırt			
Fimatöz değişiklikler				
Granülomatöz değişiklikler				
Hekimin Alt Tipe Göre Skorlaması				
Eritematotelenjektatik tip				
Papülopüstüler tip				
Fimatöz tip				
Oküler tip				
Hastanın Değerlendirmesi				
Hastanın skoru				

2.2.5. Prognoz

Rozase psikososyal sorunlara yol açarak kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır (35). Dış görünüşü çok farklı şekillerde etkileyebilir. Yaşam kalitesini bozmayan hafif eritem gibi minör bir rahatsızlıktan, nazal

obstrüksiyona ve kalıcı distrofik görünümüne yol açabilen rinofimaya kadar değişken bir klinik spektrumu vardır (36). Hastalarda utanç duygusuna, düşük benlik saygısına, stigmatizasyona neden olur ve sosyal ortamlardan kaçınma davranışına yol açar. Stres ve anksiyete, rozasenin sık görülen tetikleyicilerindendir. Sosyal ortamlarda dış görünüşten kaynaklanan kaygı, stres ve anksiyete gibi olumsuz duygular, kısır bir döngü oluşturarak hastalığın tetiklenmesine neden olur (35).

Tetikleyicileri hastalar arasında farklılık gösterebilse de genel anlamda güneş, sıcak-soğuk, çay, baharatlı yiyecekler gibi faktörler rozase alevlenmesinde rol oynar. Kesin bir tedavisi bulunmamaktadır ve klinik seyir ataklar, remisyonlar şeklinde ilerler (37).

Metabolik sendrom komponentleri, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar, migren ve dejeneratif nörolojik hastalıklar ile meme, karaciğer deri kanseri gibi malignitelerin rozase ile güçlü ilişki göstermesi nedeniyle son yıllarda rozasenin sistemik bir hastalık olabileceği ile ilgili görüşler ortaya çıkmıştır. Rozasenin patogenezi tam olarak anlaşılamadığından bu birliktelikleri açıklayabilecek ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (37).

2.3. Seboreik Dermatit

2.3.1. Tanım ve epidemiyoloji

Seboreik dermatit saçlı deri, yüz, göğüs ön ve arka yüzü, aksilla ve kasıklar gibi sebace bezlerin yoğun olarak bulunduğu bölgeleri etkileyen; eritem, skuam, papül veya plaklar ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır (38,39).

Seboreik dermatit erkek cinsiyette ve açık renkli cilt tiplerinde daha sık görülür (40). Genel popülasyonda %1-3 gibi yüksek bir oranda görülür. Kuru ve soğuk havalarda, stresli dönemlerde, nörolojik hastalıklarda (serebrovasküler olay, parkinson gibi) veya insan immun yetmezlik virüsü (HIV) ile enfeksiyonunda prevalansı artmaktadır (38).

2.3.2. Etyopatogenez

Seboreik dermatit, etyopatogenezini tam olarak anlayamamış bir hastalıktır. Tarihsel sürece bakıldığında, oluşumunda önce *Malassezia furfur*'un (*M. furfur*) merkezi rol aldığı düşünülmüştür. Son zamanlarda yapılan çalışmalar ise *M.furfur*'un patogenezi de rol aldığını kabul etmekte, ancak merkezi olmadığını ve seboreik dermatitin multifaktöriyel oluşum mekanizmalarına sahip karmaşık bir hastalık olduğunu savunmuştur (41).

Genetik yatkınlık, epidermal bariyer bütünlüğünün bozulması, sebace gland hiperaktivitesi, nöropsikiyatrik komorbiditeler, immunsupresyon, ilaçlar, mevsim değişiklikleri gibi çevresel faktörler patogenezi de değişik derecelerde rol alır ve hastalığa yatkınlığa sebep olur (41).

Hastalığın genetik zemini başlangıçta farelerde (42) daha sonra insanlarda gösterilmiştir ve immün sistem ile yakından ilgilidir. *M.furfur*'a karşı konağın verdiği anormal inflamatuvar yanıtın hastalığın gelişimiyle yakından ilişkisi vardır. Antifungal ilaçların ve antiinflamatuvar etkili topikal kortikosteroidlerin seboreik dermatit tedavisinde başarıyla kullanılması bu ilişkiyi desteklemektedir. Deri mikrobiyatasındaki dengenin bozulmasının da benzer inflamatuvar reaksiyonları tetikleyebileceği düşünülmektedir (41).

Bazı yazarlar, hastalığın sebum ve sebace bezlerle olan yakın ilişkisine dayanarak “seboreik dermatit” yerine “sebace alanların dermatiti” terimini kullanmayı tercih etmişlerdir. Fonksiyonel epidermal bariyerin bütünlüğü de sebum ile yakından ilişkilidir. Bu konuda yapılan çalışmalar sebumun miktarıyla beraber yapısına ve *Malassezia* türlerinin sebum üzerindeki lipolitik etkisine dikkat çekmiştir. İnsan sebumunda hem doymuş hem doymamış yağ asitleri mevcuttur. *Malassezia* metabolizması sonucu doymuş yağ asitleri metabolize olmakta ve geride oleik asit, araşidonik asit gibi iritan özellikte olabilecek doymamış yağ asitleri kalmaktadır (41).

Seboreik dermatit psikiyatrik ve nörolojik komorbiditelere eşlik edebilir. Mekanizması bilinmemekle beraber seboreik dermatit depresyon, stres, yeme bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklarla beraberlik göstermektedir. Beyin ve medulla

spinaliste nörolojik hasarla sonuçlanan travmalarda, fasiyal paralizi gibi periferik sinir hastalıklarında, parkinson hastalığında seboreik dermatit görülme oranı artmıştır. Sebebin paralizilerde immobilizasyona, parkinsonda maske yüz gelişimine bağlı sebum birikimine ve buna bağlı *Malessezia spp.* kolonizasyonunda artış olduğu düşünülmüştür ancak unilateral parkinsonizm hastalarında bilateral sebore izlenmesi, endokrinolojik faktörlerin de katkıda bulunuyor olabileceğini düşündürmüştür (42).

Sonuç olarak, *M.furfur*'un etyopatogeneizde rol aldığı kabul edilmesiyle birlikte, son zamanlarda seboreik dermatitin multifaktöriyel oluşum mekanizmalarına sahip kompleks bir hastalık olduğu görüşü ön plandadır. Bu amaçla son yıllarda yapılan çalışmalar patogeneze dair yeni bakış açıları getirmiştir (43).

2.3.3. Klinik özellikleri

Seboreik dermatit olguları infantil ve erişkin dönemde yoğunlaşarak bimodal yayılım gösterirler. Infantil tip 2-12 ay arası, erişkin tip ise adolesan ve erken erişkinlik dönemde yoğun olarak gözlenir. Bunların klinik ve patogenetik ortak noktaları olsa da, farklı antiteler olduğu görüşü ön plandadır. Infantil seboreik dermatit hayatın ilk aylarında maternal androjenlere bağlı ortaya çıkar. Başlangıçta saçlı deriyi etkileyip, alopesi yapmadan, sarı-beyaz yağlı skuamlar oluşturur. Zamanla intertrijinoz alanları veya vücudun farklı bölgelerini etkileyerek benzer lezyonlar oluşturabilir. Benign bir seyri vardır, genelde aylar içerisinde spontan olarak geriler (44).

Erişkin tip seboreik dermatit genelde saçlı deriyi, kaşları, kulak ve burun çevresini, nazolabial bölgeyi, sternal ve interskapular bölgeyi tutar. Eritemli yamalar ve sarı-beyaz, yağlı görünümlü skuamlar oluşturur. Şiddetli vakalarda papül ve plaklar eşlik edebilir (38). Kaşıntı her zaman olmamakla beraber özellikle saçlı deride sıkça eşlik edebilir (45). Klinik görünüm ve hastalığın kronik tekrarlayıcı özelliği çoğu olguda tanı koymak için yeterlidir. Arada kalınan vakalarda histopatolojik olarak parakeratoz, tıkanmış folliküler açıklıklar ve spongiöz olması tanıda yardımcıdır (38).

2.3.4. Seboreik dermatit şiddetinin değerlendirilmesi

Objektif veriler elde etmek ve bilimsel araştırmalarda tekrarlanabilirliği artırmak amacıyla hastalık şiddetini belirleyen ölçekler kullanılır. Seboreik dermatit için Baysal ve ark. tarafından 2004 yılında hastalık şiddetini ölçen bir metot tanımlanmıştır. Bu yöntemde göre hasta yüz, saçlı deri ve gövde olmak üzere 3 bölgede incelenir (Tablo 6). Her bölge için eritem, papül ve skuam miktarı değerlendirilerek 0-3 arası ayrı ayrı puanlanır (0-yok, 1-hafif, 2-orta, 3-şiddetli). Ayrıca her bölge için Tablo 7’de verilen tutulum alanlarına göre alan puanı belirlenir. Eritem, papül ve skuam puanları toplanarak o bölgenin alan puanı ile çarpılır. Elde edilen sonuç o bölgenin şiddetini belirler. Yüz, saçlı deri ve gövde için ayrı ayrı belirlenen puanlar toplanarak seboreik dermatit şiddeti hesaplanır (46).

Tablo 6. Seboreik dermatit şiddetinin hesaplanması (46)

	Yok (0)	Hafif (1)	Orta (2)	Şiddetli (3)	Alan Skoru (1-5)
Yüz	Eritem				
	Papül				
	Skuam				
Saçlı deri	Eritem				
	Papül				
	Skuam				
Gövde	Eritem				
	Papül				
	Skuam				

Tablo 7. Seboreik dermatit şiddetinde alan puanının hesaplanması (46)

Alan Puanı	Yüzey Alanı
1	<%10
2	%11-30
3	%31-50
4	%51-70
5	>%70

2.3.5. Prognoz

Seboreik dermatit kroniktir, atak ve remisyonlarla seyreder. Atak sıklığı hastalar arasında farklılık gösterir. Genellikle 50 yaşından sonra seboreik dermatit görülme sıklığı artar. Çoğu olguda kontrol altına almak kolaydır ancak tamamen tedavisi zordur (45).

2.4. Deri Hastalıklarının Psikososyal Sonuçları

Dermatoloji hastalarında %30'a varan oranlarda psikososyal komorbiditeler gözlenir. Dermatolojik ve psikiyatrik hastalıkların birbirleri ile iç içe geçebilen karmaşık bir ilişkileri vardır. Birbirine sebep olabilirler, yatkınlık yaratabilirler veya birbirlerini tetikleyebilir ve şiddetlendirebilirler. Her ikisi de sebep veya sonuç olabilir ve genelde birinin tedavisi diğerinin tedavisine de yardımcıdır (47).

Sık görülen dermatolojik hastalıklardan kaynaklanan psikiyatrik sorunlar karşımıza en sık anksiyete bozuklukları, depresyon ve suicidal düşünceler olarak çıkar (2). Misery ve ark. yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon görülme sıklığının en çok psoriasis, atopik dermatit, el ekzeması ve bacak ülseri tanımlı hastalarda arttığını göstermiştir (48).

Yüz bölgesi insanların birbiriyle iletişim kurarken en çok kullandığı bölgedir ve saklanması zordur. Bu nedenle akne, rozase ve seboreik dermatit gibi fasiyal dermatozların daha sık ve şiddetli olarak psikiyatrik bozukluklara yol açması beklenen bir durumdur (4).

Akne hastalarında depresyon, anksiyete (20,21) , öz güven kaybı, sosyal kaçınma davranışları; kızgınlık, üzünlük, hayal kırıklığı gibi olumsuz duygular siktir. Akne hastalarında depresyon, genel popülasyona göre 2-3 kat daha siktir. Depresyon tedavisiyle beraber akne tedavisi almak mental sağlığın güçlendirilmesinde fayda sağlar. Aknenin tedavi edilmesiyle psikiyatrik komorbidite azalır ve yaşam kalitesi artar (21).

Yüzün orta bölgesinde yoğunlaşan bir hastalık olarak rozase öz güvende bozulma, sosyalleşmede problemler; düşünme, hissetme, başa çıkma şekillerinde değişiklik gibi ciddi psikososyal sorunlara yol açabilir. Epidemiyolojik çalışmalar ve klinik gözlemler ciddi psikolojik komorbidite ve yaşam kalitesinde azalma bildirmektedir (23).

Seboreik dermatit sıklıkla yüz bölgesini etkiler ve hastalarda stigmatizasyona neden olur. Seboreik dermatit hastalarında artmış depresyon birlikteliği, depresyon hastalarında da artmış seboreik dermatit birlikteliği vardır. Ayrıca seboreik dermatit hastalarının dermatolojik yaşam kalitelerinde düşme ve günlük hayatta karşılaştıkları stres seviyesinde artış saptanmıştır (4).

İnsanın dış görünüşü, hem kendisi hakkındaki görüşlerini hem de sosyal çevresinin onunla olan ilişkisini etkiler. Dermatolojik hastalıklarda—özellikle yüz bölgesini etkileyenlerde—hastaların psikiyatrik açıdan incelenmesi, farkına varılmamış anksiyeteyi, depresyonu veya suicidal düşüncüyü ortaya çıkarabilir.

Deri hastalıklarının tedavisi hastayı psikososyal açıdan da tedavi edecektir. Dermatologların bu psikiyatrik komorbiditelerinin farkında olması ve hastalarını kendi tedavileriyle beraber uygun psikiyatrik desteği alması için cesaretlendirmesi önerilmektedir (4).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel, müdahalesiz ve gözlemsel bir klinik araştırma olarak planlanmıştır. Ekim 2020–Temmuz 2021 tarihleri arasında toplam 544 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bunların 166’sı akne, 134’ü rozase, 120’si seboreik dermatit tanısıyla Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde değerlendirilen hastalar olup, kalan 124 kişi hastane çalışanlarından seçilen kontrol grubunu oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı süreçte devam eden pandeminin ruh sağlığına olumsuz etki edebileceği ve ön planda sağlık çalışanlarının etkileneceği göz önüne alınarak, yapılacak karşılaştırmalarda bu etkileri en aza indirebilmek için kontrol grubu hastane çalışanlarından seçilmiştir. Çalışmaya dahil edilme ve dışarıda bırakma kriterleri Tablo 8’de verilmiştir.

Çalışma, Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve onaylanmıştır (07.09.2020 – 2020/199). Çalışma dahilinde tüm katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Tablo 8. Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışarıda bırakma kriterleri

Dahil edilme kriterleri:	Dışarıda bırakma kriterleri:
18-65 yaş arasında, kadın veya erkek cinsiyetten olmak	Akne, Rozase, Seboreik dermatit dışında fasiyal dermatozu olan hastalar
Yüz bölgesinde dermatolog tarafından tanı konulmuş akne, rozase veya seboreik dermatit tanılarında birinin olması	Akne, Rozase, Seboreik dermatit tanılarında ikisi veya üçü beraber olan hastalar
Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve yazılı onam vermek	Yüz bölgesinde konuşma mesafesinden seçilebilen operatif veya travmatik skar, dismorfî olması Psikiyatrik komorbiditesi olan hastalar Psikiyatrik ilaç kullanan hastalar Gebe olan veya emziren hastalar Sosyal hayatı kısıtlayan ve/veya nöropsikiyatrik semptomaya yol açan komorbidite varlığı Son 6 ay içerisinde oral izotretinoin kullanım öyküsü olan hastalar

3.1. Verilerin Toplanması

Hastalık şiddetlerinin ölçümünde, akne grubu için global akne derecelendirme sistemi(18), rozase grubu için rozase klinik karnesi(34) , seboreik dermatit grubu için Baysal ve ark. 2004 yılında tanımladığı yöntem(46) kullanılmıştır. Genel bilgiler bölümünde bu yöntemlerle ilgili ayrıntılı bilgi paylaşılmıştır.

Hastalar değerlendirilirken yüz bölgesinin dışında olan lezyonlardan alınan puanlar değerlendirmeye katılmamıştır. Akne hastaları için gövde ve sırt lezyonlarının puanları, rozase hastaları için yüz dışında periferik bölgelerde (boyun, saçlı deri gibi) olan lezyonların puanları, seboreik dermatit hastaları için saçlı deri ve gövde puanları değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Akne, rozase, seboreik dermatit ve kontrol gruplarına demografik bilgiler formu, dermatoloji yaşam kalite indeksi (49,50), hastane anksiyete depresyon ölçeği (51,52) ve sosyal görünüş kaygısı ölçeği (53,54) uygulanmıştır.

3.2. Sosyodemografik Veriler

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda: yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, boy-kilo, beden kitle indeksi, medeni hal, çocuk sayısı, cilt tipi, sistemik ve dermatolojik komorbiditeler, sürekli kullanılan ilaçlar, hastalık süresi, önceki ve şimdiki tedavileri ile ilgili bilgiler toplandı.

3.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Deri hastalıklarının psikososyal etkilerini anlayabilmek, ölçebilmek ve karşılaştırabilmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Dermatoloji alanında bu ölçekler öncelikle akne, psoriasis, atopik dermatit hastaları için oluşturulmuş; zaman içerisinde tüm deri hastalıklarını birbiriyle, hatta dermatolojik olmayan diğer hastalıklarla karşılaştırmaya olanak verecek şekilde genişletilmiştir. Bu amaçlarla kullanılacak olan ideal ölçeğin kullanımı kolay olmalıdır; hızlı, doğru ve tutarlı sonuç vermelidir (49).

Finlay ve ark. tarafından 1994 yılında geliştirilen (49), Öztürkcan ve ark. tarafından 2006 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması(50) yapılan “Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi” cilt hastalıklarının tamamını kapsayarak hastaların yaşam kalitelerini ölçmeyi ve birbirleriyle karşılaştırmayı amaçlamıştır. Yaşam kalitesindeki değişimlere duyarlıdır. Hastaların takibinde veya farklı tedavilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin karşılaştırılmasında güvenle kullanılabilir (49). 10 soru içermektedir ve bu sorular son 1 hafta göz önüne alınarak cevaplandırılır. Her bir soruya: 0 (ilgisi yok/ hiç yok), 1 (hafif), 2 (çok) veya 3 (oldukça fazla) puan verilerek asgari 0, azami 30 puan elde edilir. Nihai puan arttıkça yaşam kalitesinde düşüş belirginleşir. Buna göre:

- 0-1 puan: Hastanın yaşamı üzerinde hiçbir etkisi yok
 - 2-5 puan: Hastanın yaşamı üzerinde küçük bir etkisi var
 - 6-10 puan: Hastanın yaşamı üzerinde orta derecede etkisi var
 - 11-20 puan: Hastanın yaşamı üzerinde çok büyük derecede etkisi var
 - 21-30 puan: Hastanın yaşamına aşırı derece büyük etkisi var
- olarak belirlenmiştir.

Yaşam kalitesindeki etkilenmenin odağının belirlenebilmesi için 6 alt ölçüğe ayrılmıştır:

- 1-2. soru: Semptomlar ve duygular
- 3-4. soru: Günlük aktiviteler
- 5-6. soru: Boş zamanı değerlendirme
- 7. soru: İş/okul yaşamı
- 8-9. soru: Kişisel ilişkiler
- 10. soru: Tedavi

3.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Psikiyatri dışı kliniklere başvuran ve bedensel hastalığı bulunanlarda anksiyete ve depresyon varlığını taramak amacıyla 1983 yılında Zigmond ve ark. tarafından “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” geliştirilmiştir (51). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (52). 14 sorudan oluşan ölçekte dönüşümlü olarak anksiyeteye ve depresyona yönelik toplam yedişer soru bulunmaktadır. Son 1 hafta göz önünde bulundurularak her soru için 4 cevaptan biri seçilir ve 0-3 puan arasında değerlendirilir. Ölçek özel bir eğitim gerektirmez ve kendi kendini değerlendirme yöntemi ile doldurulabilir.

Türkçe formu değerlendirilirken 11 puan ve üzeri anksiyete, 8 puan ve üzeri depresyon varlığını düşündürür. Her bir soru anksiyete ve depresyonu farklı bir açıdan sorgulamaktadır. Alınan puanlar aynı zamanda anksiyete ve depresyonun şiddetini yansıtmakta, bu sayede hastaların takibinde de kullanılmaya olanak sağlamaktadır (52) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin alt ölçekleri ve her bir soruya karşılık gelen semptom (51)

Anksiyete Alt Ölçeği	Depresyon Alt Ölçeği
1. Soru: Emosyonel gerginlik	2. Soru: Zevk alamama (Şiddet)
3. Soru: Korku	4. Soru: Gülememe
5. Soru: Endişe verici düşünceler	6. Soru: Neşesizlik
7. Soru: Psikomotor ajitasyon	8. Soru: Psikomotor retardasyon
9. Soru: Tedirginlik hissi	10. Soru: Dış görünüşe ilgi kaybı
11. Soru: Huzursuzluk hissi	12. Soru: Geleceği hevesle beklememe
13. Soru: Panik duygusu	14. Soru: Zevk alamama (Sıklık)

3.5. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin aşağılanabileceğini, küçük düşebileceğini düşündüğü sosyal senaryolarda duyduğu yoğun anksiyeteyi ve korkuyu tanımlar. Bu anksiyete ve korku, senaryo ile orantısız olacak şekilde fazladır ve kişide kaçınma

davranışlarının gelişmesine sebep olabilir. Kişinin, dış görünüşünün olumsuz yönde değerlendirileceğinden dolayı duyduğu korku ve endişe de spesifik bir sosyal anksiyete olarak değerlendirilir (53). Dış görünüşün pek çok etmeninden dolayı gelişebilecek olan bu durum deri hastalıkları nedeniyle de gelişebilir. Tarih boyunca deri hastalıkları olanlar, üyesi oldukları toplumlar tarafından dışlanmış ve bu durum anksiyete, içe kapanma ve sosyal kaçınma davranışı gibi psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlamıştır.

Dış görünüşünün genel özelliklerinden kaynaklanan sosyal kaygıyı ölçmeye yönelik Hart ve ark tarafından 2008 yılında “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” geliştirilmiştir (53). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik testleri Doğan ve ark. tarafından 2010 yılında yapılmış olup, kullanıma uygun bulunmuştur (54). Ölçek 16 sorudan oluşmaktadır ve her soru için 5 seçenek bulunmaktadır: Hiç uygun değil (1 puan), uygun değil (2 puan), biraz uygun (3 puan), uygun (4 puan) ve tamamen uygun (5 puan). Asgari 16, azami 80 puan ile sonuçlanmaktadır. Kesme puanı yoktur ve alınan puan yükseldikçe kişinin dış görünüşünden dolayı duyduğu kaygı miktarı artmaktadır.

3.6. İstatistik Yöntemleri

Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi ve normal dağılım göstermemesi nedeniyle akne, rozase, seboreik dermatit ve kontrol grubunda yapılan karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi uygulandı. Anlamlı bulunan durumlarda ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile incelendi. Fasiyal dermatozlar grubunun kontrol grubuyla karşılaştırılmasında ve fasiyal dermatozlar grubu içerisinde erkek ve kadın cinsiyetin birbiri ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik özellikteki değişkenler, beklenen değer kuralına bağlı olarak Pearson ki-kare, Fisher’in kesin testi veya Fisher-Freeman-Halton testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyonlar, verilerin dağılım şekline bağlı olarak Pearson ya da Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Veriler SPSS 26.00 paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık değeri 0,05 ve altı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Veriler

Çalışmaya dermatoloji polikliniğine tedavi amacıyla başvuran, 18–65 yaş arası; 166 akne, 134 rozase, 120 seboreik dermatit hastası ve 124 sağlıklı gönüllü kontrol grubu olarak alındı. Hasta gruplarının demografik verilerinin karşılaştırılmasında, en ileri yaş ortalamasının ve en uzun hastalık süresinin rozase hastalarında olduğu görüldü. Akne hastaları ise en genç grubu oluşturuyordu. Akne ve rozase hastalarının çoğunluğu kadın, seboreik dermatit hastalarının çoğunluğu ise erkekti. Rozase grubununun eğitim düzeyinin, ileri yaş ortalamasına rağmen, diğer gruplardan geride olduğu görüldü (Tablo 10).

Tablo 10. Gruplara göre ayrılan demografik veriler

	Akne	Rozase	Seboreik Dermatit	Kontrol	Fasiyal Dermatozlar ¹
Sayı (%)	166 (%30,5)	134 (%24,6)	120 (%22,1)	124 (%22,8)	420 (%77,2)
Yaş (Ort. ±SS)²	22,8 ±5,3	37,9 ±12,9	31,9 ±12,2	31,7 ±11,1	30,2 ±12,1
[Yaş Aralığı]	[18 – 55]	[18 – 65]	[18 – 65]	[20 – 65]	[18 – 65]
Cinsiyet					
Erkek	51 (%30,7)	29 (%21,6)	89 (%74,2)	64 (%51,6)	169 (%40,2)
Sayı (%)					
Kadın	115 (%69,3)	105 (%78,4)	31 (%25,8)	60 (%48,4)	251 (%59,8)
Eğitim					
İlköğretim	10 (%6)	61 (%45,5)	20 (%16,7)	14 (%11,3)	91 (%21,7)
Düzeyi					
Lise	65 (%39,2)	36 (%26,9)	33 (%27,5)	21 (%16,9)	134 (%31,9)
(Sayı, %)					
Lisans ve üzeri	91 (%54,8)	37 (%27,6)	67 (%55,8)	89 (%71,8)	195 (%46,4)
Hastalık Süresi —Yıl					
(Ort. ±SS)	4,7 ±4,1	8,4 ±9,5	4,9 ±6,5	0	5,9 ±7,1
[Min. – Maks.]	[0 – 20]	[0 – 40]	[0 – 50]	0	[0 – 50]

¹ Fasiyal dermatozlar grubu akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarının tümünü içermektedir.

Grupların fiziksel özellikleri karşılaştırıldığında, akne hastalarının en düşük vücut kitle indeksi (VKİ) ortalamasına sahip olduğu görüldü. Rozase hastaları ise en yüksek ortalamaya sahipti ve hastaların %75,2'si aşırı kilolu veya obez kategorilerine girmekteydi. Cilt tipi açısından akne ve seboreik dermatit hastaları birbiri ile uyumlu iken rozase hastaları daha açık ten rengine sahipti (Tablo 11).

Tablo 11. Grupların fiziksel özellikleri

		Akne	Rozase	Seboreik Dermatit	Kontrol
Vücut Kitle İndeksi (Ort. ±SS)		22,3 ±3,4	28,8 ±6,1	25,3 ±4,7	24,8 ±4,5
VKİ alt gruplarının oranı (%)	Zayıf	%6,6	%2,3	%5	%4,8
	Normal	%75,3	%22,6	%47,1	%50,3
	Aşırı kilolu veya Obez	%18,1	%75,2	%47,9	%44,9
Fitzpatrick Cilt Tipine göre dağılım (%)	1	%2,4	%17,2	%2,5	%4
	2	%36,1	%50	%42,5	%40,3
	3	%50,6	%26,9	%46,7	%41,1
	4	%10,2	%6	%8,3	%13,7
	5	%0	%0	%0	%0,2
	6	%0,6	%0	%0	%0,2

4.2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Dermatoloji yaşam kalite indeksindeki etkilenme oranlarına bakıldığında fasiyal dermatozlar grubunun (akne, rozase ve seboreik dermatit beraber) kontrol grubundan anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (Tablo 12, $p<0,001$). Akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarının, kontrol grubu ile ikili karşılaştırılmalarında da bu fark devam etmekteydi. (Tablo 13, Şekil 1). Akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarının ikili karşılaştırmalarında ise anlamlı bir fark izlenmedi (Akne–Rozase: $p=0,807$; Akne–Seboreik dermatit: $p=0,116$; Rozase–Seboreik dermatit: $p=0,052$)

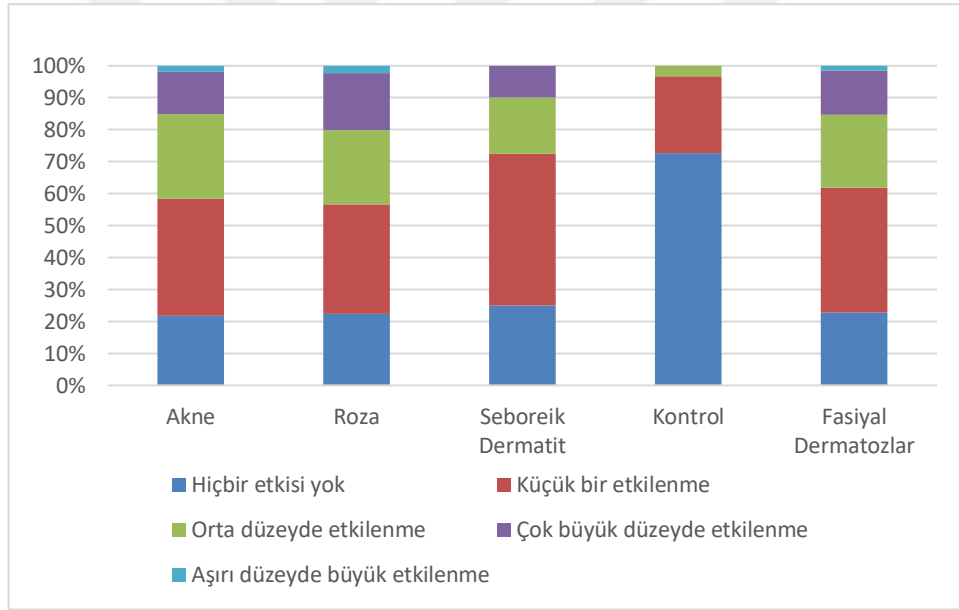
Tablo 12. Fasiyal dermatozlar (Akne, rozase ve seboreik dermatit beraber) ve kontrol grubunun dermatoloji yaşam kalite indeksinin etkilenme düzeylerine göre karşılaştırması

	Etkilenme yok	Düşük düzeyde	Orta düzeyde	Çok büyük düzeyde	Aşırı düzeyde	Toplam
Fasiyal Dermatozlar	96 (%22,9)	164 (% 39)	96 (%22,9)	58 (%13,8)	6 (%1,4)	420 (%100)
Kontrol	90 (%72,6)	30 (%24,2)	4 (%3,2)	0 (%0)	0 (%0)	124 (%100)

Tablo 13. Akne, rozase, seboreik dermatit ve kontrol grubunun dermatoloji yaşam kalite indeksinin etkilenme düzeylerine göre karşılaştırılması

	Etkilenme yok	Düşük düzeyde	Orta düzeyde	Çok büyük düzeyde	Aşırı düzeyde	Toplam	p*
Akne	36 (%21,7)	61 (%36,7)	44 (%26,5)	22 (%13,3)	3 (%1,8)	166 (%100)	<0,001
Rozase	30 (%22,4)	46 (%34,3)	31 (%23,1)	24 (%17,9)	3 (%2,2)	134 (%100)	<0,001
Seboreik Dermatit	30 (%25)	57 (%47,5)	21 (%17,5)	12 (%10)	0 (%0)	120 (%100)	<0,001
Kontrol	90 (%72,6)	30 (%24,2)	4 (%3,2)	0 (%0)	0 (%0)	124 (%100)	Referans değer

*Pearson ki-kare testi



Şekil 1. Gruplara göre dermatoloji yaşam kalitesindeki etkilenme düzeyleri

Dermatoloji yaşam kalite indeksi puanlarına göre akne, rozase ve seboreik dermatit gruplarının kontrol grubuyla karşılaştırılmasında anlamlı fark görüldü ($p<0,001$). Hasta gruplarının ikili karşılaştırmasında aknenin rozase ve seboreik dermatit grubuyla bir farkı gözlenmezken; rozase ve seboreik dermatit grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ve rozase grubunda yüksekti (Tablo 14,

Akne–Rozase: $p=1,000$; Akne–Seboreik dermatit: $p=0,396$; Rozase–Seboreik dermatit: $p=0,043$).

Fasiyal dermatozlara bir bütün olarak bakıldığında kontrol grubuna göre yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenme istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 14, $p<0,001$).

Tablo 14. Gruplara göre dermatoloji yaşam kalite indeksi puanlarının karşılaştırılması

	Sayı, %	Medyan (Ç.A)	[Min.-Maks.]	Ortalama \pm SS
Akne	166 (%30,5)	4 (5)	[0-26]	5,5 \pm 5,1
Rozase	134 (%24,6)	5 (7)	[0-27]	6,3 \pm 5,8
Seboreik Dermatit	120 (%22,1)	3 (5)	[0-16]	4,3 \pm 4
Kontrol	124 (%22,8)	1 (2)	[0-10]	1,3 \pm 1,8
Fasiyal Dermatozlar	420 (%77,2)	4 (6)	[0-27]	5,4 \pm 5,1

4.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi – Alt Ölçekler

Alt ölçeklere bakıldığında akne, rozase ve seboreik dermatit gruplarının tüm kategorilerde kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı olduğu görüldü ($p<0,001$). Hasta grupları arasındaki karşılaştırmalarda tek anlamlı sonuca, rozase ve seboreik dermatit hastaları arasında günlük aktiviteleri ilgilendiren alt ölçekte ulaşıldı (Tablo 15, $p=0,002$).

Tablo 15. Dermatoloji yaşam kalite indeksinin alt ölçeklerinin gruplara göre karşılaştırılması

	Grup	Medyan (Ç.A)	Ort. ±SS	p*
1. & 2. Soru Semptomlar ve Duygular	A	2 (2)	2,22 ±1,59	<0,001
	R	2 (2)	2,17 ±1,69	
	SD	2 (2)	1,96 ±1,51	
	K	0 (1)	0,57 ±0,86	
3. & 4. Soru Günlük Aktiviteler	A	0 (1)	0,83 ±1,37	<0,001
	R	0 (2)	1,13 ±1,66	
	SD	0 (1)	0,48 ±0,92	
	K	0 (0)	0,15 ±0,39	
5. & 6. Soru Boş Zamanı Değerlendirme	A	0 (1)	0,62 ±1,08	<0,001
	R	0 (1)	0,83 ±1,43	
	SD	0 (1)	0,49 ±0,97	
	K	0 (0)	0,08 ±0,39	
7. Soru İş /Okul Yaşamı	A	0 (1)	0,84 ±1,09	<0,001
	R	1 (2)	1,10 ±1,21	
	SD	1 (1)	0,80 ±0,95	
	K	0 (1)	0,34 ±0,68	
8. & 9. Soru Kişisel İlişkiler	A	0 (1)	0,72 ±1,05	<0,001
	R	0 (1)	0,80 ±1,23	
	SD	0 (1)	0,45 ±0,74	
	K	0 (0)	0,14 ±0,42	
10. Soru Tedavi	A	0 (0)	0,28 ±0,63	<0,001
	R	0 (0)	0,28 ±0,64	
	SD	0 (0)	0,20 ±0,47	
	K	0 (0)	0,02 ±0,15	

*Kruskal-Wallis testi

A: Akne, R: Rozase, SD: Seboreik Dermatit, K: Kontrol

4.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Anksiyete oranı ve puanı fasiyal dermatozlar grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Hasta gruplarının kontrol grubuyla ayrı ayrı yapılan karşılaştırmalarında anksiyete oranları anlamlı olarak farklı bulundu (Akne: $p=0,014$; Rozase: $p<0,001$; Seboreik dermatit: $p<0,001$). Anksiyete alt ölçeğinden alınan toplam puanlara bakıldığında da hasta gruplarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek puanlar aldığı görüldü (Akne: $p<0,001$; Rozase: $p<0,001$; Seboreik dermatit: $p<0,001$) (Tablo 16).

Hasta grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda anksiyete puanları açısından bir fark saptanmazken, anksiyete görülme oranı akne ve seboreik dermatit hastalarında benzer, rozase grubunda ise her ikisine göre anlamlı olarak daha yüksekti (Rozase-Akne: $p<0,001$; Rozase-Seboreik dermatit: $p=0,050$; Akne-Seboreik dermatit: $p=0,114$) (Tablo 16, Şekil 2).

Kontrol grubu referans alındığında anksiyete varlığının tahmini rölatif riski akne hastaları için 2,515 (1,179 – 5,365 %95 G.A, $p=0,014$), rozase hastaları için 6,786 (3,253 – 14,153 %95 G.A, $p<0,001$), seboreik dermatit hastaları için 3,971 (1,848 – 8,532 %95 G.A, $p<0,001$), tüm fasiyal dermatozlar için 4,095 (2,071 – 8,098 %95 G.A, $p<0,001$) olarak hesaplandı.

Depresyon oranı ve puanı fasiyal dermatozlar grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Hasta gruplarının ayrı ayrı kontrol grubuyla olan karşılaştırmalarında depresyon oranları akne, rozase ve seboreik dermatit için anlamlı farklılık gösteriyordu (Akne: $p<0,022$; rozase: $p<0,001$; seboreik dermatit: $p<0,001$). Depresyon puanları karşılaştırıldığında ise akne ile kontrol arasında bir fark gözlenmezken; rozase ve seboreik dermatit gruplarıyla kontrol grubu arasında anlamlı farklılık mevcuttu (Akne: $p=0,061$; Rozase: $p<0,001$; Seboreik dermatit: $p<0,001$) (Tablo 16).

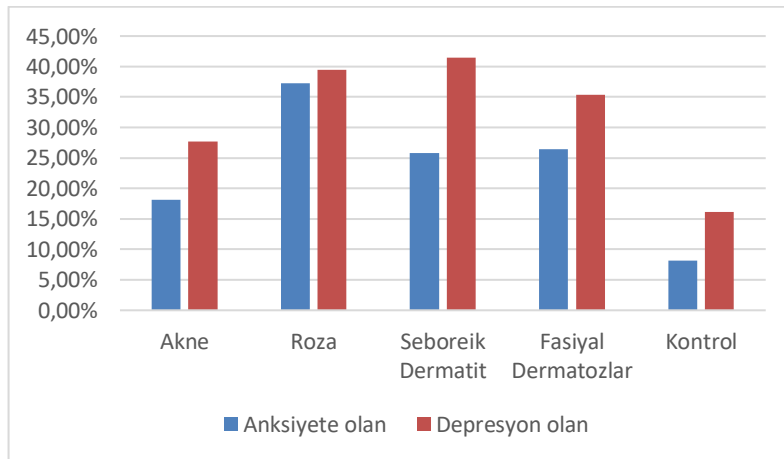
Hasta grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda depresyon puanları açısından bir fark saptanmazken, depresyon görülme oranı rozase ve seboreik dermatit hastalarında benzer, akne grubunda ise her ikisine göre anlamlı olarak daha

düşüktü (Rozase-Seboreik dermatit: $p=0,750$; Rozase-Akne: $p=0,032$; Seboreik dermatit-Akne: $p=0,015$) (Tablo 16, Şekil 2).

Kontrol grubu referans alındığında depresyon varlığının tahmini rölatif riski akne hastaları için 1,997 (1,099 – 3,629 %95 G.A, $p=0,022$), rozase hastaları için 3,407 (1,861 – 6,236, %95 G.A, $p<0,001$), seboreik dermatit hastaları için 3,700 (2,006 – 6,826 %95 G.A, $p<0,001$), tüm fasiyal dermatozlar için 2,849 (1,676 – 4,844 %95 G.A, $p<0,001$) olarak hesaplandı.

Tablo 16. Gruplara göre anksiyete ve depresyonun karşılaştırılması

	Akne	Rozase	Seboreik Dermatit	Kontrol	Fasiyal Dermatozlar
Grup büyüklüğü	166	134	120 (%22,1)	124 (%22,8)	420 (%77,2)
Sayı (%)	(%30,5)	(%24,6)			
Anksiyete					
Sayı (%)	30 (%18,1)	50 (%37,3)	31 (%25,8)	10 (%8,1)	111 (%26,4)
Medyan (Ç.A)	7 (5)	9 (7)	7 (6)	6 (4)	7 (6)
[Min.- Max.]	[0-19]	[0-19]	[0-19]	[0-20]	[0-19]
Ort. ±SS	7,32 ±3,99	8,49 ±4,70	7,92 ±4,19	5,73 ±3,52	7,86 ±4,30
Depresyon					
Sayı (%)	46 (%27,7)	51 (%39,5)	49 (%41,5)	19 (%16,1)	146 (%35,4)
Medyan (Ç.A)	5 (5)	6 (5)	6 (6)	4 (4)	6 (6)
[Min.- Max.]	[1 – 18]	[0 – 19]	[0 – 14]	[0 – 14]	[0 – 19]
Ort. ±SS	5,66 ±3,54	6,51 ±3,73	6,31 ±3,62	4,59 ±2,89	6,12 ±3,64



Şekil 2. Gruplara göre anksiyete ve depresyon görülme oranı

4.5. Anksiyete Alt Ölçeği

Anksiyete alt ölçeğinde endişe verici düşüncelerin sıklığını değerlendiren 3. soru hariç tüm sorularda gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı. Tedirginlik hissinin sıklığını değerlendiren 5. soruda rozase ve seboreik dermatit hastalarının yanıtları birbirine çok benzerken diğer tüm sorularda rozase hastalarının yanıtları artmış anksiyeteyi yansıtmaktaydı (Tablo 17).

Tablo 17. Anksiyete alt ölçeğinin gruplara göre ortalaması ve puan dağılımı

		Ort.+ SS	0	1	2	3	p
1- Emosyonel Gerginlik “Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.”	A	1,18 ±0,81	23 (13,9%)	109 (65,7%)	15 (9,0%)	19 (11,4%)	<0,001^a
	R	1,35 ±0,98	22 (16,4%)	70 (52,2%)	15 (11,2%)	27 (20,1%)	
	SD	1,24 ±0,86	18 (15,0%)	70 (58,3%)	17 (14,2%)	15 (12,5%)	
	K	0,80 ±0,67	39 (31,5%)	75 (60,5%)	6 (4,8%)	4 (3,2%)	
2- Korku “Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.”	A	1,10 ±0,93	53 (31,9%)	54 (32,5%)	48 (28,9%)	11 (6,6%)	0,044^a
	R	1,28 ±0,99	37 (27,6%)	37 (27,6%)	45 (33,6%)	15 (11,2%)	
	SD	1,17 ±0,97	38 (31,7%)	34 (28,3%)	38 (31,7%)	10 (8,3%)	
	K	0,87 ±0,86	49 (39,5%)	48 (38,7%)	21 (16,9%)	6 (4,8%)	
3- Endişe Verici Düşünceler “Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.”	A	1,00 ±0,99	62 (37,3%)	61 (36,7%)	24 (14,5%)	19 (11,4%)	0,098^a
	R	1,09 ±1,09	50 (37,3%)	46 (34,3%)	14 (10,4%)	24 (17,9%)	
	SD	1,04 ±1,00	41 (34,2%)	50 (41,7%)	12 (10,0%)	17 (14,2%)	
	K	0,83 ±0,81	46 (37,1%)	60 (48,4%)	11 (8,9%)	7 (5,6%)	
4- Psikomotor Ajitasyon “Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.”	A	1,11 ±0,73	31 (18,7%)	91 (54,8%)	39 (23,5%)	5 (3,0%)	0,002^b
	R	1,15 ±0,84	33 (24,6%)	54 (40,3%)	41 (30,6%)	6 (4,5%)	
	SD	1,13 ±0,75	24 (20,0%)	60 (50,0%)	33 (27,5%)	3 (2,5%)	
	K	0,80 ±0,67	42 (33,9%)	66 (53,2%)	15 (12,1%)	1 (0,8%)	
5- Tedirginlik Hissi “Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.”	A	0,77 ±0,62	54 (32,5%)	99 (59,6%)	11 (6,6%)	2 (1,2%)	0,002^b
	R	0,99 ±0,78	35 (26,1%)	73 (54,5%)	19 (14,2%)	7 (5,2%)	
	SD	1,04 ±0,71	24 (20,0%)	71 (59,2%)	21 (17,5%)	4 (3,3%)	
	K	0,72 ±0,63	45 (36,3%)	71 (57,3%)	6 (4,8%)	2 (1,6%)	
6- Huzursuzluk Hissi “Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.”	A	1,23 ±0,95	39 (23,5%)	71 (42,8%)	35 (21,1%)	21 (12,7%)	0,003^a
	R	1,51 ±0,99	19 (14,2%)	57 (42,5%)	28 (20,9%)	30 (22,4%)	
	SD	1,33 ±0,90	21 (17,5%)	52 (43,3%)	33 (27,5%)	14 (11,7%)	
	K	1,02 ±0,89	36 (29,0%)	61 (49,2%)	15 (12,1%)	12 (9,7%)	
7- Panik Duygusu “Aniden panik duygusuna kapılıyorum.”	A	0,93 ±0,83	54 (32,5%)	78 (47,0%)	25 (15,1%)	9 (5,4%)	0,004^a
	R	1,12 ±0,89	35 (26,1%)	59 (44,0%)	29 (21,6%)	11 (8,2%)	
	SD	0,97 ±0,88	38 (31,7%)	59 (49,2%)	12 (10,0%)	11 (9,2%)	
	K	0,69 ±0,72	54 (43,5%)	59 (47,6%)	7 (5,6%)	4 (3,2%)	

a: Pearson kıkare testi

b: Fisher-Freeman-Halton testi

A: Akne, R: Rozase, SD: Seboreik Dermatit, K: Kontrol

4.6. Depresyon Alt Ölçeği

Depresyon alt ölçeğinde 1.-2. ve 6. soru hariç tüm sorularda gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı. Anhedoni görülme sıklığı, şiddeti ve dış görünüşe olan ilgi kaybı rozase hastalarında; neşesizlik ve psikomotor retardasyon ise seboreik dermatit hastalarında ön plana çıkmıştı (Tablo 18).

Tablo 18. Depresyon alt ölçeğinin gruplara göre ortalaması ve puan dağılımı

		Ort.+ SS	0	1	2	3	p
1- Zevk Alamama (Şiddet) “Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.”	A	0,92 ±0,86	61 36,7%	65 39,2%	32 19,3%	8 4,8%	0,063 ^a
	R	1,05 ±0,89	40 29,9%	57 42,5%	27 20,1%	10 7,5%	
	SD	0,95 ±0,77	34 28,3%	63 52,5%	18 15,0%	5 4,2%	
	K	0,73 ±0,77	55 44,4%	52 41,9%	13 10,5%	4 3,2%	
2- Gülememe “Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.”	A	0,36 ±0,67	122 73,5%	32 19,3%	9 5,4%	3 1,8%	0,540 ^b
	R	0,49 ±0,75	87 64,9%	30 22,4%	15 11,2%	2 1,5%	
	SD	0,47 ±0,75	81 67,5%	24 20,0%	13 10,8%	2 1,7%	
	K	0,41 ±0,77	91 73,4%	19 15,3%	10 8,1%	4 3,2%	
3- Neşesizlik “Kendimi neşeli hissediyorum.”	A	0,80 ±0,75	63 38,0%	77 46,4%	22 13,3%	4 2,4%	0,018 ^b
	R	0,81 ±0,74	49 36,6%	65 48,5%	17 12,7%	3 2,2%	
	SD	0,83 ±0,79	46 38,3%	51 42,5%	20 16,7%	3 2,5%	
	K	0,52 ±0,70	73 58,9%	38 30,6%	12 9,7%	1 0,8%	
4- Psikomotor Retardasyon “Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.”	A	1,22 ±0,74	15 9,0%	115 69,3%	20 12,0%	16 9,6%	0,050 ^a
	R	1,28 ±0,85	17 12,7%	81 60,4%	18 13,4%	18 13,4%	
	SD	1,36 ±0,80	7 5,8%	81 67,5%	14 11,7%	18 15,0%	
	K	1,03 ±0,62	16 12,9%	94 75,8%	8 6,5%	6 4,8%	
5- Dış Görünüşe İlgili Kaybı “Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.”	A	0,92 ±1,12	88 53,0%	26 15,7%	29 17,5%	23 13,9%	0,007 ^a
	R	1,07 ±1,09	59 44,0%	24 17,9%	34 25,4%	17 12,7%	
	SD	1,01 ±1,03	53 44,2%	23 19,2%	34 28,3%	10 8,3%	
	K	0,60 ±0,90	78 62,9%	24 19,4%	15 12,1%	7 5,6%	
6- Geleceği Hevesle Beklememe “Olacakları zevkle bekliyorum.”	A	0,81 ±0,92	79 47,6%	49 29,5%	28 16,9%	10 6,0%	0,193 ^a
	R	0,85 ±1,06	71 53,0%	28 20,9%	19 14,2%	16 11,9%	
	SD	0,98 ±0,98	52 43,3%	40 33,3%	16 13,3%	12 10,0%	
	K	0,73 ±0,98	68 54,8%	33 26,6%	11 8,9%	12 9,7%	
7- Zevk Alamama (Sıklık) “İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.”	A	0,62 ±0,95	107 64,5%	27 16,3%	20 12,0%	12 7,2%	0,004 ^a
	R	0,97 ±0,98	55 41,0%	40 29,9%	27 20,1%	12 9,0%	
	SD	0,79 ±1,01	64 53,3%	29 24,2%	15 12,5%	12 10,0%	
	K	0,56 ±0,83	79 63,7%	25 20,2%	16 12,9%	4 3,2%	

a: Pearson ki-kare testi

b: Fisher-Freeman-Halton testi

A: Akne, R: Rozase, SD: Seboreik Dermatit, K: Kontrol

4.7. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Sosyal görünüş kaygısı ölçeği sonuçlarına göre akne, rozase ve seboreik dermatit gruplarının kontrol grubuyla karşılaştırmasında anlamlı fark görüldü ($p<0,001$). Her ne kadar akne ve rozase grubunun medyanları ve ortalamaları birbirine yakın ve seboreik dermatit hastalarına göre daha yüksek olsa da, hasta gruplarının ikili karşılaştırılmasında akne, rozase ve seboreik dermatit gruplarının birbirlerine üstünlükleri gösterilemedi (Akne–Rozase: $p=1,000$; Akne–Seboreik dermatit: $p=0,308$; Rozase–Seboreik dermatit: $p=0,108$) (Tablo 19).

Fasiyal dermatozlara bir bütün olarak bakıldığında sosyal görünüş kaygısı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 19, $p<0,001$).

Tablo 19. Gruplara göre sosyal görünüş kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Akne	Rozase	Seboreik Dermatit	Kontrol	Fasiyal dermatozlar
Sayı (%)	166 (%30,5)	134 (%24,6)	120 (%22,1)	124 (%22,8)	420 (%77,2)
Medyan (Ç.A)	35 (22)	35 (26)	32 (23)	24 (12)	34 (23)
[Min.-Maks.]	[16 – 75]	[16 – 79]	[16 – 67]	[16 – 50]	[16 – 79]
Ort. ±SS	36,86 ±14,24	38,51 ±16,37	33,83 ±13,67	26,37 ±8,40	36,52 ±14,88

Sosyal görünüş kaygısı ölçeği sorularından en yüksek puan ortalamasına sahip olan 2. soru (“Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim”) akne, rozase, seboreik dermatit ve kontrol grubunda ortak bulundu. Bu soruya en yüksek oranda “Tamamen uygun” cevabı veren grup rozase grubuydu (Tablo 20).

Tablo 20. Sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin 2. Sorusuna (“Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim”) verilen cevapların gruplara göre ortalaması ve puan dağılımı

	Ort. ± SS	1-Hiç uygun değil	2-Uygun Değil	3-Biraz Uygun	4-Uygun	5-Tamamen Uygun
Akne	3,20 ±1,22	19 (%11,4)	25 (%15,1)	53 (%31,9)	41 (%24,7)	28 (%16,9)
Rozase	3,25 ±1,29	16 (11,9%)	22 (16,4%)	37 (27,6%)	30 (22,4%)	29 (%21,6)
Seboreik Dermatit	2,76 ±1,29	28 (23,3%)	22 (18,3%)	33 (27,5%)	25 (20,8%)	12 (%10)
Kontrol	2,44 ±1,17	33 (26,6%)	35 (28,2%)	31 (25,0%)	19 (15,3%)	6 (%4,8)
Toplam		96 (17,6%)	104 (19,1%)	154 (28,3%)	115 (21,1%)	75 (13,8%)

4.8. Kronik Fasiyal Dermatozlarda Cinsiyete Göre Karşılaştırmalar

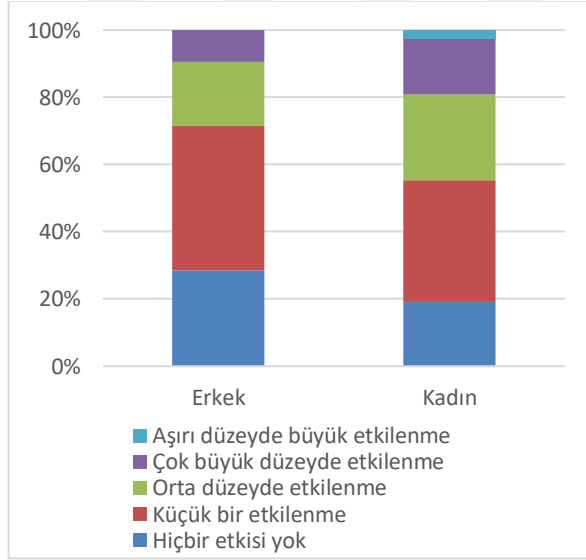
4.8.1. Dermatoloji yaşam kalite indeksi

Fasiyal dermatozlar grubunu (akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarının tümü) erkekler ve kadınlar arasında karşılaştırdığımızda dermatoloji yaşam kalite indeksine göre kadınlar istatistiksel anlamlı olarak hem daha sık, hem de şiddetli olarak etkilenmişti (Tablo 21&22, Şekil 3). Kadınlarda herhangi bir düzeyde görülen olumsuz etkilenmenin tahmini rölatif riski 1,678 (1,060–2,655 %95 G.A, **p=0,026**) olarak hesaplandı.

Tablo 21. Fasiyal dermatozları olanların cinsiyete göre dermatoloji yaşam kalite indeksi sonuçlarının dağılımı

	Etkilenme yok	Düşük düzeyde	Orta düzeyde	Çok büyük düzeyde	Aşırı düzeyde	Toplam
Erkek	48 (%28,4)	73 (%43,2)	32 (%18,9)	16 (%9,5)	0 (%0)	169 (%100)
Kadın	48 (%19,1)	91 (%36,3)	64 (%25,5)	42 (%16,7)	6 (%2,4)	251 (%100)

p=0,004



Şekil 3. Fasiyal dermatozu olan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesinde etkilenme düzeyleri

Tablo 22. Fasiyal dermatozlar grubunda dermatoloji yaşam kalite indeksi puanlarının erkeklerde ve kadınlarda karşılaştırılması

	Sayı, %	Medyan (Ç.A)	[Min.-Maks.]	Ortalama ±SS
Erkek	169 (%40,2)	3 (5)	[0-17]	4,19 ±4,03
Kadın	251 (%59,8)	5 (6)	[0-27]	6,29 ±5,60

p<0,001

4.8.2. Dermatoloji yaşam kalite indeksi – Alt ölçekler

Dermatoloji yaşam kalite indeksinin tüm alt ölçeklerinde kadınların daha olumsuz etkilendiği görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı fark ise “Semptomlar ve duygular”, “Günlük aktiviteler” ve “Kişisel ilişkiler” kategorilerinde saptandı (Tablo 23).

Tablo 23. Dermatoloji yaşam kalite indeksi alt ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Grup	Medyan (Ç.A)	Ort. ±SS	p*
1. & 2. Soru Semptomlar ve Duygular	E	2 (2)	1,83 ±1,48	0,003
	K	2 (2)	2,33 ±1,65	
3. & 4. Soru Günlük Aktiviteler	E	0 (0)	0,49 ±1,05	<0,001
	K	0 (2)	1,06 ±1,53	
5. & 6. Soru Boş Zamanı Değerlendirme	E	0 (1)	0,49 ±0,90	0,080
	K	0 (1)	0,76 ±1,33	
7. Soru İş /Okul Yaşamı	E	0 (1)	0,79 ±1,04	0,059
	K	1 (2)	1,00 ±1,13	
8. & 9. Soru Kişisel İlişkiler	E	0 (1)	0,43 ±0,71	0,001
	K	0 (1)	0,83 ±1,19	
10. Soru Tedavi	E	0 (0)	0,17 ±0,43	0,072
	K	0 (0)	0,31 ±0,68	

*Mann-Whitney U testi

E: Erkek, K: Kadın

4.8.3. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

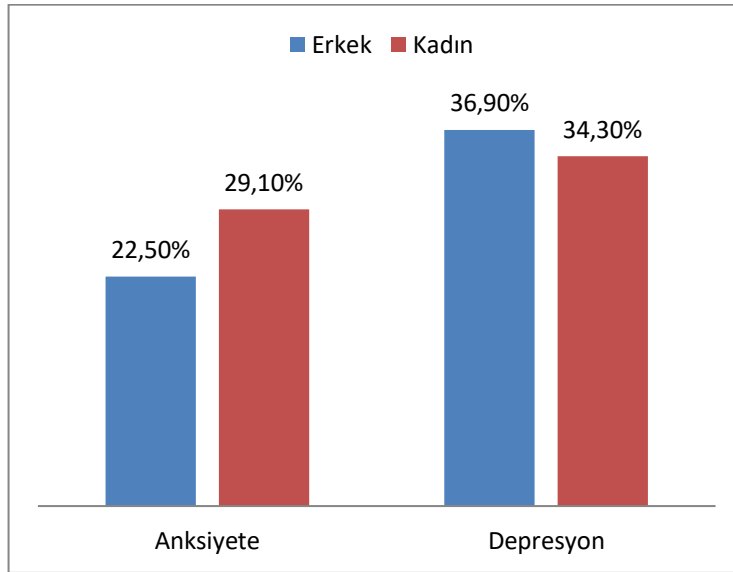
Kadınlarda anksiyete puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 24, $p=0,023$). Kadınlarda anksiyete, erkeklerde depresyon görülme oranı daha yüksek hesaplanırsa da, tahmini rölatif riskte anlamlı bir artış saptanmadı (Şekil 4) (Anksiyete için Kadın/Erkek: 1,414 (0,899–2,223 %95 G.A, $p=0,133$); Depresyon için Kadın/Erkek: 0,892 (0,592–1,344 %95 G.A, $p=0,584$)).

Tablo 24. Fasiyal dermatozlu hastalarda anksiyete ve depresyonun cinsiyete göre karşılaştırılması

	Erkek	Kadın	p
Grup büyüklüğü			
Sayı (%)	169 (%40,2)	251 (%59,8)	
Anksiyete			
Sayı (%)	38 (%22,5)	73 (%29,1)	0,133 ^a
Medyan (Ç.A)	7 (6)	8 (6)	
[Min.- Maks.]	[0 – 19]	[0 – 19]	0,023^b
Ort. ±SS	7,28 ±4,00	8,25 ±4,46	
Depresyon			
Sayı (%)	62 (%36,9)	84 (%34,3)	0,584 ^a
Medyan (Ç.A)	6 (6)	6 (5)	
[Min.- Max.]	[0 – 16]	[0 – 19]	0,311 ^b
Ort. ±SS	6,31 ±3,58	5,99 ±3,68	

a: Pearson ki-kare testi

b: Mann-Whitney U testi



Şekil 4. Fasiyal Dermatozu olan erkeklerde ve kadınlarda, anksiyete ve depresyon görülme oranı

4.8.4. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri

Anksiyete alt ölçeklerine bakıldığında kadınların huzursuzluk hissi ve panik duygusunu ölçen sorulardan erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı görüldü (Tablo 25). Depresyon alt ölçeklerinde erkek ve kadın arasında anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 26).

Tablo 25. Fasiyal dermatozlu hastalarda anksiyete alt ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

		Ort. ±SS	0	1	2	3	p*
1- Emosyonel Gerginlik “Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.”	E	1,16 ±0,85	30 (17,8%)	102 (60,4%)	17 (10,1%)	20 (11,8%)	0,360
	K	1,31 ±0,89	33 (13,1%)	147 (58,6%)	30 (12,0%)	41 (16,3%)	
2- Korku “Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.”	E	1,11 ±0,99	60 (35,5%)	44 (26,0%)	51 (30,2%)	14 (8,3%)	0,286
	K	1,22 ±0,94	68 (27,1%)	81 (32,3%)	80 (31,9%)	22 (8,8%)	
3- Endişe Verici Düşünceler “Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.”	E	0,98 ±0,93	59 (34,9%)	72 (42,6%)	21 (12,4%)	17 (10,1%)	0,120
	K	1,08 ±1,08	94 (37,5%)	85 (33,9%)	29 (11,6%)	43 (17,1%)	
4- Psikomotor Ajitasyon “Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.”	E	1,04 ±0,73	40 (23,7%)	86 (50,9%)	40 (23,7%)	3 (1,8%)	0,221
	K	1,19 ±0,79	48 (19,1%)	119 (47,4%)	73 (29,1%)	11 (4,4%)	
5- Tedirginlik Hissi “Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.”	E	0,95 ±0,72	43 (25,4%)	98 (58,0%)	22 (13,0%)	6 (3,6%)	0,898
	K	0,89 ±0,70	70 (27,9%)	145 (57,8%)	29 (11,6%)	7 (2,8%)	
6- Huzursuzluk Hissi “Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.”	E	1,20 ±0,88	37 (21,9%)	76 (45,0%)	41 (24,3%)	15 (8,9%)	0,019
	K	1,45 ±0,99	42 (16,7%)	104 (41,4%)	55 (21,9%)	50 (19,9%)	
7- Panik Duygusu “Aniden panik duygusuna kapılıyorum.”	E	0,85 ±0,83	63 (37,3%)	78 (46,2%)	18 (10,7%)	10 (5,9%)	0,018
	K	1,10 ±0,87	64 (25,5%)	118 (47,0%)	48 (19,1%)	21 (8,4%)	

* Pearson ki-kare testi
E: Erkek, K: Kadın

Tablo 26. Fasiyal dermatozlu hastalarda depresyon alt ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

		Ort. ±SS	0	1	2	3	p
1- Zevk Alamama (Şiddet) “Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.”	E	0,99 ±0,81	49 (29,0%)	81 (47,9%)	31 (18,3%)	8 (4,7%)	0,547 ^a
	K	0,96 ±0,87	86 (34,3%)	104 (41,4%)	46 (18,3%)	15 (6,0%)	
2- Gülememe “Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.”	E	0,47 ±0,74	113 (66,9%)	35 (20,7%)	19 (11,2%)	2 (1,2%)	0,479 ^b
	K	0,41 ±0,71	177 (70,5%)	51 (20,3%)	18 (7,2%)	5 (2,0%)	
3- Neşesizlik “Kendimi neşeli hissediyorum.”	E	0,82 ±0,78	66 (39,1%)	71 (42,0%)	28 (16,6%)	4 (2,4%)	0,496 ^a
	K	0,80 ±0,74	92 (36,7%)	122 (48,6%)	31 (12,4%)	6 (2,4%)	
4- Psikomotor Retardasyon “Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.”	E	1,30 ±0,80	14 (8,3%)	114 (67,5%)	18 (10,7%)	23 (13,6%)	0,698 ^a
	K	1,27 ±0,79	25 (10,0%)	163 (64,9%)	34 (13,5%)	29 (11,6%)	
5- Dış Görünüşe İlgili Kaybı “Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.”	E	1,05 ±1,10	77 (45,6%)	28 (16,6%)	43 (25,4%)	21 (12,4%)	0,777 ^a
	K	0,96 ±1,08	123 (49,0%)	45 (17,9%)	54 (21,5%)	29 (11,6%)	
6- Geleceği Hevesle Beklememe “Olacakları zevkle bekliyorum.”	E	0,79 ±0,97	87 (51,5%)	46 (27,2%)	21 (12,4%)	15 (8,9%)	0,578 ^a
	K	0,89 ±0,99	115 (45,8%)	71 (28,3%)	42 (16,7%)	23 (9,2%)	
7- Zevk Alamama (Sıklık) “İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.”	E	0,90 ±1,04	82 (48,5%)	41 (24,3%)	27 (16,0%)	19 (11,2%)	0,226 ^a
	K	0,70 ±0,94	144 (57,4%)	55 (21,9%)	35 (13,9%)	17 (6,8%)	

a: Pearson ki-kare testi

b: Fisher-Freeman-Halton testi

E: Erkek, K: Kadın

4.8.5. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Erkek ve kadınlar arasında sosyal görünüş kaygısı puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 27, p=0,096).

Tablo 27. Fasiyal dermatozlu hastalarda sosyal görünüş kaygısının cinsiyete göre karşılaştırılması

	Erkek	Kadın
Sayı (%)	169 (%40,2)	251 (%59,8)
Medyan (Ç.A)	33 (24)	35 (23)
[Min. – Maks.]	[16 – 77]	[16 – 79]
Ort. ±SS	35,15 ±14,69	37,44 ±14,96

Mann-Whitney U testi, p=0,096

Fasiyal dermatozu olan kadınlar ve erkeklerde, sosyal görünüş kaygısı ölçeğine verilen cevaplardan ortalaması en yüksek olan soru 2. soru (“Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim”) olarak tespit edildi. Bu soruya verilen

cevapların ortalaması ve puan dağılımı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Sırasıyla $p=0,026$ ve $p=0,015$) (Tablo 28).

Tablo 28. Sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin 2. Sorusuna (“Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim”) verilen cevapların cinsiyete göre ortalaması ve puan dağılımı

	Ort. ± SS	1-Hiç uygun değil	2-Uygun Değil	3-Biraz Uygun	4-Uygun	5-Tamamen Uygun
Erkek	2,91 ±1,29	33 (19,5%)	31 (18,3%)	42 (24,9%)	44 (26,0%)	19 (11,2%)
Kadın	3,22 ±1,26	830 (12,0%)	38 (15,1%)	81 (32,3%)	52 (20,7%)	50 (19,9%)
Toplam		63 (15%)	69 (%16,4)	123 (%29,3)	96 (%22,9)	69 (%16,4)

4.9. Korelasyon İncelemeleri

Dermatoloji yaşam kalite indeksi, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısının hasta gruplarında hastalığın şiddeti ile korelasyonuna bakıldığında: Seboreik dermatit şiddeti ve anksiyete arasındaki hariç, tümünde pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon görüldü. Hastalık süresi ile yapılan korelasyonlar anlamlı bulunmadı. Eğitim düzeyi ile bazı gruplarda anlamlı sonuçlar bulunsa da korelasyon katsayıları zayıf olarak değerlendirildi (Tablo 29).

Tablo 29. Gruplara göre hastalık şiddetinin, süresinin ve eğitim seviyesinin; dermatoloji yaşam kalite indeksi, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısı ile korelasyonları

	Dermatoloji Yaşam Kalitesi		Anksiyete		Depresyon		Sosyal Görünüş kaygısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Hastalık Şiddeti								
Akne	0,271	<0,001	0,172	0,026	0,206	0,008	0,241	0,002
Rozase	0,354	<0,001	0,290	0,001	0,272	0,002	0,308	<0,001
Seboreik Dermatit	0,446	<0,001	0,173	0,058	0,198	0,030	0,262	0,004
Hastalık Süresi								
Akne	-0,022	0,776	0,071	0,361	-0,002	0,975	-0,007	0,931
Rozase	-0,144	0,097	-0,108	0,216	-0,122	0,160	0,003	0,975
Seboreik Dermatit	-0,053	0,569	0,018	0,843	-0,036	0,696	0,070	0,445
Fasiyal Dermatozlar	-0,043	0,376	-0,006	0,899	-0,048	0,331	-0,040	0,415
Eğitim Seviyesi								
Akne	-0,062	0,429	-0,175	0,024	-0,093	0,235	-0,123	0,114
Rozase	-0,022	0,802	-0,179	0,038	-0,212	0,014	-0,027	0,758
Seboreik Dermatit	0,013	0,890	-0,141	0,125	-0,202	0,027	-0,165	0,071
Fasiyal Dermatozlar	-0,061	0,215	-0,181	<0,001	-0,183	<0,001	-0,121	0,013

r: Korelasyon katsayısı

Dermatoloji yaşam kalite indeksi, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısının birbirleri ile olan ilişkilerine bakıldığında tüm hasta gruplarında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar görüldü. Bunlardan en güçlü olanlara bakıldığında, dermatoloji yaşam kalite indeksi ve sosyal görünüş kaygısının akne ve fasiyal dermatozlar grubunda; anksiyete ve depresyonun ise tüm hasta gruplarında birbiriyle orta düzeyde korele olduğu görüldü (Tablo 30).

Tablo 30. Gruplara göre dermatoloji yaşam kalite indeksi, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısının birbirleri ile olan korelasyonları

	Dermatoloji Yaşam Kalitesi ve Anksiyete		Dermatoloji Yaşam Kalitesi ve Depresyon		Dermatoloji Yaşam Kalitesi ve Sosyal Görünüş Kaygısı		Anksiyete ve Depresyon		Anksiyete ve Sosyal Görünüş Kaygısı		Depresyon ve Sosyal Görünüş Kaygısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Akne	0,468	<0,001	0,473	<0,001	0,659	<0,001	0,564	<0,001	0,413	<0,001	0,339	<0,001
Rozase	0,354	<0,001	0,338	<0,001	0,487	<0,001	0,671	<0,001	0,400	<0,001	0,437	<0,001
Seboreik Dermatit	0,275	0,002	0,182	0,047	0,401	<0,001	0,593	<0,001	0,304	0,001	0,374	<0,001
Fasiyal Dermatozlar	0,375	<0,001	0,345	<0,001	0,537	<0,001	0,607	<0,001	0,373	<0,001	0,377	<0,001
Kontrol	0,255	0,004	0,204	0,023	0,154	0,088	0,330	<0,001	0,333	<0,001	0,039	0,666

r: Korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Yüz bölgesinde akne, rozase veya seboreik dermatit gibi bir deri hastalığı olanların yaşam kalitesinin—hastalığın tanısından bağımsız olarak—ölçebildiğimiz her alanında (Günlük aktiviteler, iş/okul yaşamı, boş zamanı değerlendirme biçimi, kişisel ilişkiler gibi) sağlıklı kimselere göre daha olumsuz etkilendiğini saptadık. Aynı zamanda bu kişilerde anksiyete ve depresyon, hem daha sık hem de daha derin birliktelik gösteriyordu. Bu hastalar dış görünüşlerinin olumsuz değerlendirileceğine dair daha yoğun sosyal kaygılar yaşıyor ve bu kaygıların kökeni yüz bölgesinden çıkıp genel anlamda olumsuz vücut imajı düşüncesine (Çekici olmamak, kilolu olmak, saç rengi, burun şekli, vücut şekli gibi) uzanıyordu.

Embriyonik dönemde ektodermden beraber gelişen deri ve santral sinir sisteminin bazı benzerlikler gösterdiği düşünülmektedir. İn vitro çalışmalar santral sinir sistemindeki HPA aksına benzer bir sistemin deride de mevcut olduğunu öne sürmektedir (55,56). Akne, rozase ve seboreik dermatit gibi deri hastalıklarının psikolojik stresle olan ilişkisi iki yönlüdür ve birbirini besler. Deri hastalığının varlığı, sebep olduğu psikososyal bozulma nedeniyle bir stres kaynağı olabileceği gibi; ortaya çıkan bu stres de hastalığın patogenezinin ve alevlenmesine katkı sağlar.

Aknenin patogenezinde merkezi rol alan sebositlerde CRH, melanokortin, beta-endorfin, vazoaaktif intestinal polipeptit, nöropeptit Y, kalsitonin gen-ilişkili peptit gibi stres yanıtında rol alan moleküller için fonksiyonel reseptörler bulunmuştur (57). Rozasenin karakteristik histopatolojisinin oluşumunda stres ile beraber indüklenen reaktif oksijen türevlerinin, antimikrobiyal peptitlerin ve nöropeptitlerin çeşitli sitokin ve kemokin ağlarını harekete geçirerek inflamasyona sebep olduğu anlaşılmıştır (58). Seboreik dermatit hastalarının ise stresli dönemlerde daha sık ve şiddetli atak yaşadıkları çeşitli gözlemsel çalışmalar ile gösterilmiştir (59,60). Birbirini besleyen bu ilişkilerde stres-hastalık döngüsünü her iki basamakta kırmak tedavi etkinliğini artıracaktır.

Akne, bir deri hastalığına bağlı gelişen psikososyal sonuçların belki de en sık ve ayrıntılı incelendiği hastalıktır. Sebep olduğu psikososyal ve emosyonel

problemler astım, epilepsi, diyabet, bel ağrısı ve artrit nedeniyle oluşanlarla benzer düzeyde bulunmuştur (61). Temel olarak iki dönemde görülür: Adölesan aknede, dönemin hassaslığı da göz önüne alındığında, stresin hastalığın bir sonucu olduğu; erişkin aknede ise hastalığın oluşumunun stresle, hatta psikiyatrik hastalıklarla daha yakın ilişkili olduğu öne sürülmüştür (62).

Çalışmamızın verilerine göre, istatistiksel anlamlılığın sağlanmamasıyla birlikte, yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenme oranları ve şiddeti rozase grubunda en yüksek olarak bulundu. Bunu sırasıyla akne ve seboreik dermatit hastaları takip etmekteydi. Dış görünüşün genel öğelerinden kaynaklanan sosyal anksiyetenin şiddeti de benzer şekilde rozase hastalarında en yüksek, akne hastalarında ikinci sırada, seboreik dermatit hastalarında ise üçüncü sıradaydı. Anksiyete görülme oranı en yüksek rozase, daha sonra seboreik dermatit ve akne hastalarında iken; depresyon görülme oranına bakıldığında bu sıralama seboreik dermatit, rozase ve akne şeklindeydi.

Literatüre bakıldığında, akne ile seboreik dermatiti karşılaştıran çalışmalar akne hastalarında daha yüksek oranda(63) ve şiddette (63) anksiyete ve depresyon bildirmektedir. Litvanyada 18-70 yaş arasında yapılan bir çalışmada(64) ise akne ve rozase hastaları karşılaştırılmış; akne hastalarında daha yüksek anksiyete oranı, rozase hastalarında ise daha yüksek depresyon oranı bildirilmiştir. Bu çalışmaların az sayıda hasta ile tamamlanmış olması kısıtlayıcı bir faktör olarak göze çarpmaktadır. Çalışmamızda, mevcut literatürün tersine akne ve seboreik dermatit grupları arasında anksiyete oranları açısından fark saptanmazken; rozasea grubunda anksiyete görülme oranları, akne ve seboreik dermatit grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. Depresyon görülme oranları ise rozase ve seboreik dermatit grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermezken; akne grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktü. Literatürde akne, rozase ve seboreik dermatiti birbiriyle karşılaştıran bu büyüklükte bir çalışma bulunmamaktadır. Gözlemsel çalışmaların doğası gereği sonuçlar çalışmanın yapıldığı topluma ve döneme özgüdür; popülasyona, zamana ve ölçüm yöntemlerine göre değişiklikler gösterebilir.

Rozase hastalarının kozmetik sonuçlara ek olarak tekrarlayıcı ve rahatsız edici bir şekilde yaşadıkları yanma, batma, kızarma, alev basması gibi semptomlar;

yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin neden diğer dermatozlardan daha fazla olduğunu açıklayabilir. Çoğunlukla ortak olan, ancak bazen kişiye göre değişebilen bazı tetikleyiciler (Güneş, hava koşulları, stres, emosyonel durum, gıdalar gibi) hastaların farkında olarak veya olmayarak kaçınma davranışı geliştirmesine sebep olabilir. Hastalar güneş, sıcak-soğuk hava, rüzgar gibi tetikleyicilere maruz kalmamak için dış ortam aktivitelerini; emosyonel tetikleyicilere maruz kalmamak için sosyal birliktelikleri terk edebilir. Bu da içe dönmeye, sosyal izolasyona, depresyona ve anksiyeteye zemin oluşturabilir. Güneş ışığından uzak kalanlarda depresyon riskinin arttığı bilinmektedir (65,66). Anksiyete ve diğer psikolojik stresörler, proinflamatuvar sitokinlerin salınımıyla rozase hastalarının semptomlarını artırıp bu döngünün devamına neden olur (67).

Seboreik dermatit hastalarının depresyonla yüksek birliktelik göstermesi çalışmamızın ilgi çeken diğer bir sonucudur. Bilindiği gibi seboreik dermatit, parkinson (68,69), tardiv diskinezi (70), spinal hasar (71) gibi nörolojik hastalıklarla sıklıkla beraberlik gösterir. Benzer durum psikiyatrik hastalıkları olanlar için de geçerlidir. Duygudurum bozukluğu olanlarda artmış seboreik dermatit(72); seboreik dermatiti olanlarda da artmış depresyon yatkınlığı(73) literatürde tanımlanmıştır. Parkinson hastalığında dopaminin eksikliği, tardiv diskinezide dopamin reseptörlerinin bloğu söz konusudur. Depresyonun oluşum mekanizmasında ise serotonin ve noradrenalinine ek olarak son zamanlarda dopaminin önemi üzerinde durulmaktadır (74). Çalışmamız gözlemsel nitelikte olup, sebep-sonuç ilişkisi kurmaya uygun olmamakla beraber seboreik dermatitin, patofizyolojisinde dopaminin rol oynadığı hastalıklarla sıkça birlikte görülmesi dikkate değerdir.

Kadın ve erkekler arasındaki farklara bakıldığında, hastalık ayrımı olmadan yapılan karşılaştırmalarda benzer anksiyete, depresyon oranları ve sosyal görünüş kaygısına rağmen kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha olumsuz etkilendiğini saptadık. Bu olumsuz etkilenme kendini en çok hastalığa bağlı yaşanan semptomlar ve duygular, günlük aktiviteler ve kişisel ilişkileri ilgilendiren alt ölçeklerde göstermekteydi. Anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısının ölçülme yöntemlerinden farklı olarak dermatoloji yaşam kalite indeksinin soruları, kişinin hastalığını yorumlama ve yaşama şekline yöneliktir. Bu durum göz önüne

alınarak, kadınların erkeklerle benzer oranlarda anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısı yaşamalarına rağmen özellikle günlük yaşamda ve kişisel ilişkilerde daha büyük zorluklar yaşadığı; hastalığa bağlı semptomları ve duygusal etkilenmeyi (güvensiz hissetme ve utanç duyma) daha yoğun yaşadığı yorumu yapılabilir. Benzer anksiyete oranlarına rağmen kadınların anksiyete puanlarının erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olması da bu görüşü desteklemektedir.

Çalışmamızdaki korelasyon analizleri sonuçlarına göre akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarındaki psikososyal etkilenmenin şiddeti, semptomların süresinden veya şiddetinden bağımsızdır. Bu, hastalığı yeni başlamış veya hafif geçiren hastaların da ruhsal olarak ciddi anlamda etkilenebileceğini düşündürmektedir. Yine, bu durumun tersi düşünüldüğünde, şiddetli veya uzun süreli bir hastalığı olmasına rağmen ruhsal anlamda daha sağlıklı kalabilen hastalar da olmaktadır. Bu, asıl önemli olanın yaşanan hastalık sürecinin değil, kişinin kendi hastalığına yüklediği anlam ve verdiği tepki olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu etkilenme eğitim düzeyinden de bağımsız bulunmuştur.

İlgi çekici diğer bir nokta yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin, anksiyetenin, depresyonun ve sosyal görünüş kaygısının birbiriyle gösterdiği ilişkidir. Bu olumsuz etkilenimler tüm hasta gruplarında anlamlı olarak beraber görülmekte, en güçlü şekilde de anksiyete ve depresyon birlikteliğinde göze çarpmaktadır. Fiziksel bir hastalığa bağlı gelişen ruhsal semptomlar, özellikle kronik hastalıklar söz konusu olduğunda, tek bir alanla sınırlı kalmayıp zamanla diğer ruhsal sorunlara ve işlev kayıplarına yol açabilir.

Literatürde, farklı ölçüm yöntemleri kullanılsa bile, elde edilen sonuçların paralel olduğu görülmüştür. Akne (8,75), rozase (76,77) ve seboreik dermatit (78) şiddetinin ve süresinin psikososyal sonuçlarla ilişkisi, anlamsız ya da anlamlı ancak zayıf ilişkili olarak bildirilmiştir. Ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkilerini inceleyen çalışmalara bakıldığında, akne hastalarında yapılan ve ülkemizden bildirilen bir çalışma, metodunun ve sonuçlarının benzerliğiyle göze çarpmaktadır. Yazıcı ve ark. yaptıkları araştırmada aynı ölçüm yöntemlerini kullanmış ve yaşam kalitesinin anksiyete ve depresyonla olan ilişkisinde bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar elde etmişlerdir (79).

Çalışmanın yapıldığı örneklemin tedavi amacıyla hekime başvuranlar olduğu göz önüne alınırsa, hastalığı olmasına rağmen çözüm arama davranışına yöneltecek ölçüde ruhsal etkilenimi olmayanların çalışmada yeterince temsil edilmediğini kabul edebiliriz. Bu nedenle bulduğumuz sonuçları toplum geneline yansıttığımızda elde edilecek verilerin biraz daha olumlu olacağı kanaatindeyiz. Çalışmamızın zayıf olduğu bir diğer nokta, hastalardaki ruhsal değerlendirmelerinin bir uzman tarafından yüz yüze değil belirli bir alanda ve psikometrik yöntemlerle yapılmış olmasıdır. Bilindiği gibi fiziksel hastalıklara bağlı ruhsal sonuçlar kendini her zaman aynı şekilde göstermeyebilir ve sadece deri hastalıklarına değil; diğer kronik hastalıklara, boy-kilo gibi dış görünüşün diğer etmenlerine, ailesel ve ekonomik problemlere veya çalışmanın yapıldığı süreçte devam etmekte olan pandemiye bağlı da gelişebilir. Bu gibi durumların çalışmanın sonuçları üzerine yapabileceği olumsuz etkileri en aza indirebilmek için halihazırda psikiyatrik hastalığı, nöropsikiyatrik etkilenmeye neden olduğu bilinen kronik hastalığı veya santral sinir sistemini etkileyen ilaç kullanımı olan kişiler çalışma dışı bırakıldı. Katılımcı sayısı yüksek tutularak hastalar, deri hastalıklarına bağlı ruhsal etkilenmenin literatürde en yoğun olarak bildirildiği alanlarda değerlendirildi. Buna ek olarak dış görünüşün tüm öğelerini karşılaştırma amacıyla oluşturulan sosyal görünüş kaygısı ölçeği de karşılaştırmalarda kullanıldı. Kontrol grubu ise, pandemiye bağlı gelişen ruhsal problemlerin genel popülasyona göre daha sık görüldüğü bildirildiğinden (80), hastane çalışanlarından seçildi.

Hastanın içinde bulunduğu ruhsal durumu incelemeyen dermatoloğun muayenesi tam anlamıyla bitmiş sayılmaz. Kronik hastalıkların kişide yarattığı psikososyal yük, hastalığın deride ve özellikle yüz bölgesinde olması ve dış dünyaya açık hale gelmesiyle farklı bir boyuta taşınır. Stres hastalığın bir sonucu olarak kalmaz, sebeplerinden biri haline gelir ve hayatın hassas dönemlerinde suicidal düşüncelere kadar ilerleyebilir. Kronik hastalıkların takibinde elzem olan hasta-hekim arasındaki güven ilişkisinin sağlanmasında ve devamında, hastanın sadece anlaşıldığını hissetmesi bile yeterli olabilmektedir. Hastalık-stres döngüsünü her iki basamakta kırmak, hasta uyumunu ve tedavi etkinliğini artıracak, ihtiyacı olan hastaların belirlenip yönlendirilmesiyle de birey ve çevresi beraber tedavi edilmiş olacaktır.

6. SONUÇLAR

1. Akne, rozase ve seboreik dermatiti olan hastaların yaşam kalitesi, sağlıklı insanlara göre olumsuz etkilenmektedir. Bu etkilenme rozase hastalarında daha şiddetlidir. Rozase hastalarında kozmetik kaygıya ek olarak yanma, batma, kızarma, alev basması gibi semptomlar görülür. Bu semptomlar dış ortam aktiviteleri ve sosyal etkinlikler ile tetiklenebilir. Tetikleyicilerden kaçınmak için farkında olarak veya olmadan geliştirilen bir kaçınma davranışı bu sonuçların oluşmasına zemin hazırlayabilir.

2. Akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarında anksiyete ve depresyon, sağlıklı insanlara göre daha sık ve şiddetli görülmektedir. Anksiyete en çok rozase hastalarını; depresyon ise en sık rozase ve seboreik dermatit hastalarını etkilemektedir.

3. Yüz bölgesine ek olarak dış görünüşün genel öğelerinden (Çekici olmamak, kilolu olmak, saç rengi, burun şekli, vücut şekli gibi) kaynaklanan sosyal anksiyete; akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarında sağlıklı insanlara göre daha şiddetliydi. En yüksek skorlar ise rozase hastalarında görülmekteydi. Bu sonuçlar kronik fasiyal dermatozlu hastalardaki sosyal kaygıların kökeninin yüz bölgesinde sınırlı kalmayıp, olumsuz vücut imajı düşüncesine uzandığını düşündürmektedir.

4. Kronik fasiyal dermatozlu kadın ve erkekler arasında anksiyete, depresyon sıklığı ve sosyal görünüş kaygısı şiddeti açısından anlamlı fark saptanmamış; yaşam kalitesindeki bozulma ise kadınlarda daha ciddi bulunmuştur.

5. Hastalık süresi, semptomların şiddeti ve eğitim düzeyi ile psikososyal etkilenme arasında korelasyon ilişkisi saptanmadı. Bu sonuç, hastalığın yeni başlamış ve hafif düzeyde olmasına rağmen ciddi psikososyal komorbiditeler ile sonuçlanabileceğini veya tam tersine, şiddetli ve uzun süredir hastalığı olanlarda psikososyal etkilenmenin hafif düzeyde olabileceğini göstermektedir.

6. Akne, rozase ve seboreik dermatit hastalarında; yaşam kalitesinin bozulması, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısı birbiri ile korelasyon göstermekteydi. Bu durum, kronik fasiyal dermatozların psikososyal sonuçlarının tek bir alanda sınırlı

kalmayıp yayılabileceğini, yeni sorunlara ve işlev kayıplarına neden olabileceğini düşündürmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Signorini G. When fear does not serve survival: anxiety disorders viewed within a developmentally appropriate context. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Jan 21;28(1):1–3.
2. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015 Apr;135(4):984–91.
3. Ritvo E, Del Rosso JQ, Stillman MA, La Riche C. Psychosocial judgements and perceptions of adolescents with acne vulgaris: A blinded, controlled comparison of adult and peer evaluations. *Biopsychosoc Med*. 2011 Aug 13;5(1):11.
4. Orion E, Wolf R. Psychologic consequences of facial dermatoses. *Clin Dermatol*. 2014;32(6):767–71.
5. Menezes N, Moreira A, Mota G, Baptista A. Quality of life and rosacea: pulsed dye laser impact. *J Cosmet Laser Ther*. 2009 Sep;11(3):139–41.
6. Bell KA, Brumfiel CM, Haidari W, Boger L. Trifarotene for the Treatment of Facial and Truncal Acne. *Ann Pharmacother*. 2021;55(1):111–6.
7. Tan JKL. Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. *Skin Therapy Lett*. 2004;9(7):1–3, 9.
8. Bhate K, Williams HC. Epidemiology of acne vulgaris. *Br J Dermatol*. 2013 Mar;168(3):474–85.
9. Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol*. 2015 Jul;172 Suppl(S1):3–12.
10. Clark AK, Saric S, Sivamani RK. Acne Scars: How Do We Grade Them? *Am J Clin Dermatol*. 2018 Apr;19(2):139–44.

11. Karadağ AS, Balta İ, Sarıcaoğlu H, Kiliç S, Kelekçi KH, Yildirim M, et al. The effect of personal, familial, and environmental characteristics on acne vulgaris: a prospective, multicenter, case controlled study. *G Ital Dermatol Venereol*. 2019 Apr;154(2):177–85.
12. Kurokawa I, Nakase K. Recent advances in understanding and managing acne. *F1000Research*. 2020;9.
13. Boen M, Jacob C. A Review and Update of Treatment Options Using the Acne Scar Classification System. *Dermatol Surg*. 2019;45(3):411–22.
14. Cong TX, Hao D, Wen X, Li XH, He G, Jiang X. From pathogenesis of acne vulgaris to anti-acne agents. *Arch Dermatol Res*. 2019;311(5):337–49.
15. Dréno B, Bettoli V, Araviiskaia E, Sanchez Viera M, Bouloc A. The influence of exposome on acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 May;32(5):812–9.
16. Oge' LK, Broussard A, Marshall MD. Acne Vulgaris: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2019;100(8):475–84.
17. Ramli R, Malik AS, Hani AFM, Jamil A. Acne analysis, grading and computational assessment methods: an overview. *Skin Res Technol*. 2012 Feb;18(1):1–14.
18. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol*. 1997 Jun;36(6):416–8.
19. Gollnick HPM, Finlay AY, Shear N, Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Can we define acne as a chronic disease? If so, how and when? *Am J Clin Dermatol*. 2008;9(5):279–84.
20. Dawson AL, Dellavalle RP. Acne vulgaris. *BMJ*. 2013 May 8;346(7907):f2634.
21. Barnes LE, Levender MM, Fleischer AB, Feldman SR. Quality of life measures for acne patients. *Dermatol Clin*. 2012 Apr;30(2):293–300, ix.
22. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. *J Am*

- Acad Dermatol. 1999 Oct;41(4):577–80.
23. Buddenkotte J, Steinhoff M. Recent advances in understanding and managing rosacea. *F1000Research*. 2018;7(0):1–10.
 24. Mikkelsen CS, Holmgren HR, Kjellman P, Heidenheim M, Kappinnen A, Bjerring P, et al. Rosacea: a Clinical Review. *Dermatology reports*. 2016 Jun 15;8(1):6387.
 25. Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol*. 2017;9(1):e1361574.
 26. Alexis AF, Callender VD, Baldwin HE, Desai SR, Rendon MI, Taylor SC. Global epidemiology and clinical spectrum of rosacea, highlighting skin of color: Review and clinical practice experience. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jun;80(6):1722-1729.e7.
 27. Emiral G, Ozay O, Arslantas D, Unsal A, Bulur I, Erdogan H. Assessment of acne rosacea prevalence and quality of life between individuals aged 18 years and over in mahmudiye district center, Eskisehir, Turkey (A population-based study). *Turkish J Dermatology*. 2020;14(2):48.
 28. Chang ALS, Raber I, Xu J, Li R, Spitale R, Chen J, et al. Assessment of the Genetic Basis of Rosacea by Genome-Wide Association Study. *J Invest Dermatol*. 2015 Jun;135(6):1548–55.
 29. Woo YR, Lim JH, Cho DH, Park HJ. Rosacea: Molecular Mechanisms and Management of a Chronic Cutaneous Inflammatory Condition. *Int J Mol Sci*. 2016 Sep 15;17(9):1–23.
 30. Steinhoff M, Buddenkotte J, Aubert J, Sulk M, Novak P, Schwab VD, et al. Clinical, Cellular, and Molecular Aspects in the Pathophysiology of Rosacea. *J Investig Dermatology Symp Proc*. 2011 Dec;15(1):2–11.
 31. Yamasaki K, Kanada K, Macleod DT, Borkowski AW, Morizane S, Nakatsuji T, et al. TLR2 expression is increased in rosacea and stimulates enhanced serine protease production by keratinocytes. *J Invest Dermatol*. 2011

Mar;131(3):688–97.

32. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(1):148–55.
33. Wang YA, James WD. Update on rosacea classification and its controversies. *Cutis*. 2019 Jul;104(1):70–3.
34. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Liang MH, Odom R, et al. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50(6):907–12.
35. Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J. Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Jan;31(1):163–8.
36. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, Severity, Impact and Management. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13:537–51.
37. Wollina U. Is rosacea a systemic disease? *Clin Dermatol*. 2019;37(6):629–35.
38. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2015 Feb 1;91(3):185–90.
39. Dođruk Kaçar S, Özüğuz P. Seboreik Dermatitte Güncel Yaklaşım. *Kocatepe Tıp Derg*. 2016 Apr 5;17(2):72–6.
40. Sanders MGH, Pardo LM, Ginger RS, Kiefte-de Jong JC, Nijsten T. Association between Diet and Seborrheic Dermatitis: A Cross-Sectional Study. *J Invest Dermatol*. 2019 Jan;139(1):108–14.
41. Wikramanayake TC, Borda LJ, Miteva M, Paus R. Seborrheic dermatitis— Looking beyond *Malassezia*. *Exp Dermatol*. 2019 Sep 19;28(9):991–1001.
42. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A

- Comprehensive Review. *J Clin Investig dermatology*. 2015 Dec;3(2).
43. Paulino LC. New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota. *Eur J Dermatol*. 2017 Jun 1;27(S1):4–7.
 44. Saçar T, Saçar H. Seboreik dermatit. *J Clin Anal Med*. 2011;2(2):57–60.
 45. Del Rosso JQ. Adult seborrheic dermatitis: a status report on practical topical management. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2011 May;4(5):32–8.
 46. Baysal V, Yildirim M, Ozcanli C, Ceyhan AM. Itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: A new treatment modality. *Int J Dermatol*. 2004;43(1):63–6.
 47. Gupta MA, Gupta AK. A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2013;31(1):57–61.
 48. Misery L, Taïeb C, Schollhammer M, Bertolus S, Coulibaly E, Feton-Danou N, et al. Psychological Consequences of the Most Common Dermatoses: Data from the Objectifs Peau Study. *Acta Derm Venereol*. 2020 Jun 11;100(13):adv00175.
 49. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994 May;19(3):210–6.
 50. Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol*. 2006 Nov;45(11):1300–7.
 51. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70.
 52. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and

Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale.
Türk Psikiyatr Derg. 1997;8(4):280–7.

53. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and examination of the social appearance anxiety scale. Assessment. 2008 Mar;15(1):48–59.
54. Doğan T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2010;(39):151–9.
55. Slominski A, Wortsman J, Luger T, Paus R, Solomon S. Corticotropin releasing hormone and proopiomelanocortin involvement in the cutaneous response to stress. Physiol Rev. 2000 Jul;80(3):979–1020.
56. Slominski A, Wortsman J. Neuroendocrinology of the skin. Endocr Rev. 2000 Oct;21(5):457–87.
57. Zouboulis CC, Böhm M. Neuroendocrine regulation of sebocytes -- a pathogenetic link between stress and acne. Exp Dermatol. 2004;13 Suppl 4(4):31–5.
58. Gerber PA, Bühren BA, Steinhoff M, Homey B. Rosacea: The cytokine and chemokine network. J Investig Dermatology Symp Proc. 2011;15(1):40–7.
59. Peyrí J, Lleonart M, Grupo español del Estudio SEBDERM. [Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis]. Actas Dermosifiliogr. 2007 Sep;98(7):476–82.
60. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli S-G, et al. [Stress and seborrheic dermatitis]. Ann Dermatol Venereol. 2007 Nov;134(11):833–7.
61. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. Br J Dermatol. 1999 Apr;140(4):672–6.

62. Panconesi E. Psychosomatic factors in dermatology: special perspectives for application in clinical practice. *Dermatol Clin.* 2005 Oct;23(4):629–33.
63. Pärna E, Aluoja A, Kingo K. Quality of life and emotional state in chronic skin disease. *Acta Derm Venereol.* 2015 Mar;95(3):312–6.
64. Lukaviciute L, Ganceviciene R, Navickas P, Navickas A, Grigaitiene J, Zouboulis CC. Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation amongst Patients with Facial Dermatoses (Acne, Rosacea, Perioral Dermatitis, and Folliculitis) in Lithuania. *Dermatology.* 2020;236(4):314–22.
65. Kim SY, Bang M, Wee JH, Min C, Yoo DM, Han S-M, et al. Short- and long-term exposure to air pollution and lack of sunlight are associated with an increased risk of depression: A nested case-control study using meteorological data and national sample cohort data. *Sci Total Environ.* 2021 Feb 25;757(2):143960.
66. O’Hare C, O’Sullivan V, Flood S, Kenny RA. Seasonal and meteorological associations with depressive symptoms in older adults: A geo-epidemiological study. *J Affect Disord.* 2016 Feb;191:172–9.
67. Oussedik E, Bourcier M, Tan J. Psychosocial Burden and Other Impacts of Rosacea on Patients’ Quality of Life. *Dermatol Clin.* 2018 Apr;36(2):103–13.
68. Mastrolonardo M, Diaferio A, Logroscino G. Seborrheic dermatitis, increased sebum excretion, and Parkinson’s disease: a survey of (im)possible links. *Med Hypotheses.* 2003 Jun;60(6):907–11.
69. Barbeau A. Dopamine and disease. *Can Med Assoc J.* 1970 Oct 17;103(8):824–32.
70. Sandyk R. Melanocyte-stimulating hormone and persistent tardive dyskinesia: a hypothesis. *Int J Neurosci.* 1990 Mar;51(1–2):45–52.
71. Reed WB, Pidgeon J, Becker SW. Patients with spinal cord injury. Clinical cutaneous studies. *Arch Dermatol.* 1961 Mar;83:379–85.

72. Maietta G, Fornaro P, Rongioletti F, Rebora A. Patients with mood depression have a high prevalence of seborrhoeic dermatitis. Vol. 70, *Acta Dermatovenereologica*. Genoa; 1990.
73. Oztas P, Calikoglu E, Cetin I. Psychiatric tests in seborrhoeic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(1):68–9.
74. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Mar;64(3):327–37.
75. Sood S, Jafferany M, Vinaya Kumar S. Depression, psychiatric comorbidities, and psychosocial implications associated with acne vulgaris. *J Cosmet Dermatol*. 2020 Dec;19(12):3177–82.
76. Haber R, El Gemayel M. Comorbidities in rosacea: A systematic review and update. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(4):786-792.e8.
77. Wu Y, Fu C, Zhang W, Li C, Zhang J. The dermatology life quality index (DLQI) and the hospital anxiety and depression (HADS) in Chinese rosacea patients. *Psychol Health Med*. 2018;23(4):369–74.
78. Cömert A, Akbaş B, Kılıç EZ, Akın Ö, Gökçe E, Göktuna Z, et al. Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol*. 2013 Aug;14(4):335–42.
79. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004 Jul;18(4):435–9.
80. Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Mental Health in Frontline Medical Workers during the 2019 Novel Coronavirus Disease Epidemic in China: A Comparison with the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–12.

8. EKLER

8.1. Şekil Listesi

- Şekil 1** : Gruplara göre dermatoloji yaşam kalitesindeki etkilenme düzeyleri
- Şekil 2** : Gruplara göre anksiyete ve depresyon görülme oranı
- Şekil 3** : Fasiyal dermatozu olan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesinde etkilenme düzeyleri
- Şekil 4** : Fasiyal Dermatozu olan erkeklerde ve kadınlarda, anksiyete ve depresyon görülme oranı

8.2. Tablo Listesi

- Tablo 1** : Global akne derecelendirilme sisteminin kullanımına dair örnek
- Tablo 2** : Toplam global akne skoruna göre hastalığın şiddetinin belirlenmesi
- Tablo 3** : Rozase patogenezinde rol alan hücrelerden salınan mediyatörler
- Tablo 4** : Rozaseninin major ve minor fenotipik özellikleri
- Tablo 5** : Rozase klinik karnesi
- Tablo 6** : Seboreik dermatit şiddetinin hesaplanması
- Tablo 7** : Seboreik dermatit şiddetinde alan puanının hesaplanması
- Tablo 8** : Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışarıda bırakma kriterleri
- Tablo 9** : Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin alt ölçekleri ve herbir soruya karşılık gelen semptom

- Tablo 10** : Gruplara göre ayrılan demografik veriler
- Tablo 11** : Grupların fiziksel özellikleri
- Tablo 12** : Fasiyal dermatozlar (Akne, rozase ve seboreik dermatit beraber) ve kontrol grubunun dermatoloji yaşam kalite indeksinin etkilenme düzeylerine göre karşılaştırması
- Tablo 13** : Akne, rozase, seboreik dermatit ve kontrol grubunun dermatoloji yaşam kalite indeksinin etkilenme düzeylerine göre karşılaştırılması
- Tablo 14** : Gruplara göre dermatoloji yaşam kalite indeksi puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 15** : Dermatoloji yaşam kalite indeksinin alt ölçeklerinin gruplara göre karşılaştırılması
- Tablo 16** : Gruplara göre anksiyete ve depresyonun karşılaştırılması
- Tablo 17** : Anksiyete alt ölçeğinin gruplara göre ortalaması ve puan dağılımı
- Tablo 18** : Depresyon alt ölçeğinin gruplara göre ortalaması ve puan dağılımı
- Tablo 19** : Gruplara göre sosyal görünüş kaygısı ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 20** : Sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin 2. Sorusuna (“Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissederim”) verilen cevapların gruplara göre ortalaması ve puan dağılımı
- Tablo 21** : Fasiyal dermatozları olanların cinsiyete göre dermatoloji yaşam kalite indeksi sonuçlarının dağılımı

- Tablo 22** : Fasiyal dermatozlar grubunda dermatoloji yaşam kalite indeksi puanlarının erkeklerde ve kadınlarda karşılaştırılması
- Tablo 23** : Dermatoloji yaşam kalite indeksi alt ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması
- Tablo 24** : Fasiyal dermatozlu hastalarda anksiyete ve depresyonun cinsiyete göre karşılaştırılması
- Tablo 25** : Fasiyal dermatozlu hastalarda anksiyete alt ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması
- Tablo 26** : Fasiyal dermatozlu hastalarda depresyon alt ölçeklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması
- Tablo 27** : Fasiyal dermatozlu hastalarda sosyal görünüş kaygısının cinsiyete göre karşılaştırılması
- Tablo 28** : Sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin 2. Sorusuna (“Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim”) verilen cevapların cinsiyete göre ortalaması ve puan dağılımı
- Tablo 29** : Gruplara göre hastalık şiddetinin, süresinin ve eğitim seviyesinin; dermatoloji yaşam kalite indeksi, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısı ile korelasyonları
- Tablo 30** : Gruplara göre dermatoloji yaşam kalite indeksi, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısının birbirleri ile olan korelasyonları

8.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

	Oldukça Fazla	Çok	Biraz	Hiç	İlgisi yok
1- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildinizi ne kadar kaşıntılı, ağrılı, acı verici veya yanıcı hissettiniz?					
2- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz yüzünden ne kadar utandınız veya kendinizi güvensiz hissettiniz?					
3- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza ne kadar engel oldu ?					
4- Geçtiğimiz hafta boyunca cildiniz giyim şeklinizi ne kadar etkiledi?					
5- Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi ne kadar etkiledi?					
6- Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı ne kadar zorlaştırdı?					
7- Geçtiğimiz hafta cildiniz iş yaşamınıza ya da çalışmanıza engel oldu mu?	Evet		Hayır	İlgisi yok	
Eğer “Hayır” ise, geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz iş yaşamınızda veya çalışmanızda ne kadar problem oldu?	Çok		Biraz	Hiç	
8- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz, partneriniz veya yakın arkadaşlarınız veya akrabalarınızla aranızda ne kadar sorun yarattı?	Oldukça fazla	Çok	Biraz	Hiç	İlgisi Yok
9- Son bir haftada, cildiniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu?					
10- Geçtiğimiz hafta içerisinde tedaviniz sizin için ne kadar sorun yarattı? (Evde karmaşıklık yaratması, zaman kaybına sebep olması gibi)					

8.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

1- Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum. a) Çoğu zaman (3 puan) b) Birçok zaman (2 puan) c) Zaman zaman, bazen (1 puan) d) Hiçbir zaman (0 puan)	8- Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum. a) Hemen hemen her zaman (3 puan) b) Çok sık (2 puan) c) Bazen (1 puan) d) Hiçbir zaman (0 puan)
2- Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum. a) Aynı eskisi kadar (0 puan) b) Pek eskisi kadar değil (1 puan) c) Yalnızca biraz eskisi kadar (2 puan) d) Hiçbir zaman (3 puan)	9- Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum. a) Hiçbir zaman (0 puan) b) Bazen (1 puan) c) Oldukça sık (2 puan) d) Çok sık (3 puan)
3- Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum. a) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli (3 puan) b) Evet ama çok da şiddetli değil (2 puan) c) Biraz ama beni pek endişelendirmiyor (1 puan) d) Hayır hiç de öyle değil (0 puan)	10- Dış görünüşüme ilgimi kaybettim. a) Kesinlikle (3 puan) b) Gerektiği kadar özen göstermiyorum (2 puan) c) Pek o kadar özen gösteremeyebilirim (1 puan) d) Her zamanki kadar özen gösteriyorum (0 puan)
4- Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum. a) Her zaman olduğu kadar (0 puan) b) Şimdi pek o kadar değil (1 puan) c) Kesinlikle o kadar değil (2 puan) d) Artık hiç değil (3 puan)	11- Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum. a) Gerçekten de çok fazla (3 puan) b) Oldukça fazla (2 puan) c) Çok fazla değil (1 puan) d) Hiç değil (0 puan)
5- Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor. a) Çoğu zaman (3 puan) b) Birçok zaman (2 puan) c) Zaman zaman, çok sık değil (1 puan) d) Yalnızca bazen (0 puan)	12- Olacakları zevkle bekliyorum. a) Her zaman olduğu kadar (0 puan) b) Her zamankinden biraz daha az (1 puan) c) Her zamankinden kesinlikle daha az (2 puan) d) Hemen hemen hiç (3 puan)
6- Kendimi neşeli hissediyorum. a) Hiçbir zaman (3 puan) b) Sık değil (2 puan) c) Bazen (1 puan) d) Çoğu zaman (0 puan)	13- Aniden panik duygusuna kapılıyorum. a) Gerçekten de çok sık (3 puan) b) Oldukça sık (2 puan) c) Çok sık değil (1 puan) d) Hiçbir zaman (0 puan)
7- Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum. a) Kesinlikle (0 puan) b) Genellikle (1 puan) c) Sık değil (2 puan) d) Hiçbir zaman (3 puan)	14- İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum. a) Sıklıkla (0 puan) b) Bazen (1 puan) c) Pek sık değil (2 puan) d) Çok seyrek (3 puan)

8.5. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim					
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim					
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
4. İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracağından endişe duyarım.					
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
11. Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
12. Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
13. İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
16. İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

