T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,

ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

VERRUKA VULGARİS HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet UÇAR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ELAZIĞ /2025

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,

ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

VERRUKA VULGARİS HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet UÇAR

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Neşe GÖÇER GÜROK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ELAZIĞ/2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, aynı zamanda tez sürecimin her aşamasında desteğini esirgemeyen tez danışmanım olan sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Neşe GÖÇER GÜROK'a,

Eğitimimin ilk gününden itibaren bilgi, deneyim, hasta yaklaşımı ve daha birçok konuda yoluma her daim ışık tutan, hem mesleki hem de insani öğretilerini örnek aldığım, kendisiyle çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan büyük mutluluk ve gurur duyduğum kıymetli hocam Doç. Dr. Savaş ÖZTÜRK'e ,

Tez çalışması süresince ihtiyaç duyduğum konularda yardımını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Sevler Yıldız'a,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan doktor arkadaşlarıma ve diğer personellerimize ,

Bu hayattaki en büyük şansım olan hayatıma girdiği ilk günden itibaren bana tüm sevgisini ve desteğini veren hayat arkadaşım, fedakâr eşim Habibe UÇAR'a

Üzerimde sonsuz emeği olan, sevgisini her zaman hissettiğim, başarılarımda büyük pay sahibi olan canım annem Ayşe Gül KAZANCI'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Ahmet UÇAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....**i**

İÇİNDEKİLER.....**ii**

KISALTMALAR.....**v**

TABLO LİSTESİ.....**vi**

ÖZET.....**vii**

ABSTRACT.....**ix**

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....**1**

2.GENEL BİLGİLER.....**3**

2.1. TARİHÇE.....3

2.2. EPİDEMİYOLOJİ.....3

2.3. PATOGENEZ.....4

2.4. KLİNİK.....5

2.4.1. Verruka vulgaris.....5

2.4.2. Verruka palmaris ve plantaris.....5

2.4.3. Verruka plana.....5

2.4.4. Kasap siğilleri.....6

2.4.5. Epidermodisplazya verrüsiformis..... 6

2.4.6. Verruka anogenitalis(Kondiloma aküminata) 6

2.4.7. Bowenoid papüloz.....7

2.4.8. Oral verrüler.....7

2.4.9. Rekürren respiratuar papillomatöz.....7

2.5. HİSTOPATOLOJİ.....8

2.6. TANI 8

2.7. TEDAVİ.....9

2.7.1. Tahrip edici tedaviler..... 9

2.7.2. Antiproliferatif tedaviler.....10

2.7.3. İmmünolojik tedaviler……11
2.7.4. Diğer tedaviler……..…12
2.8. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA……...12
2.8.1. Verruka ve İçselleştirilmiş damgalanma……...12
2.9. BENLİK SAYGISI……12
2.9.1. Verruka ve Benlik saygısı……13
2.10. SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI……....13
2.10.1. Verruka ve Sosyal görünüş kaygısı……..14
3.MATERYAL METOT.....15
3.1 ÇALIŞMA GRUBU……..……...15
3.2 ÇALIŞMA YÖNTEMİ …….....16
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ……..…....16
3.3.1. Bilgilendirilmiş olur formu…….....16
3.3.2. Sosyodemografik veri formu……..…..16
3.3.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği……..16
3.3.4. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği……..…..17
3.3.5. Sosyal Görünüş kaygısı ölçeği……....17
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ…….....17
4.BULGULAR.....19
5.TARTIŞMA.....31
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 37
7. KAYNAKÇA.....39
8. ÖZGEÇMİŞ 48
9. EKLER.....49
Ek 1. Etik kurul onay formu……49
Ek 2. Tez konusu onay formu……50
Ek 3. Sosyodemografik veri formu……...53
Ek 4. Rosenberg benlik saygısı ölçeği……..54
Ek 5. Verruka vulgaris uyarlanmış içselleştirilmiş damgalanma ölçeği……..55

Ek 6 . Sosyal görünüş kaygısı ölçeği.....57

KISALTMALAR

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

E: Erken Bölge

EV: Epidermodisplazya Verrusiformis

HIV: İnsan İmmünyetmezlik Virüsü

HPV: İnsan Papilloma Virüsü

HSIL: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon

İD: İçselleştirilmiş Damgalanma

İDÖ: İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

L: Geç Bölge

LRC: Uzun Kontrol Bölgesi

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

RPR: Rekürren Respiratuar Papillomatöz

SCC: Skuamöz Hücreli Karsinom

SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TMC-6: Transmembran Kanal Benzeri Protein 6

TMC-8: Transmembran Kanal Benzeri Protein 8

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 2. Grupların sigara ve alkol tüketimlerinin karşılaştırılması

Tablo 3. Hasta grubunda olanların hastalıkla ilgili özellikleri

Tablo 4. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 5. Hasta grubunda cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6. Hasta grubunda medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 7. Hasta grubunda eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8. Hasta grubunda yerleşim yerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 9. Hasta grubunda ekonomik durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 10. Hasta grubunda çalışma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 11. Hasta grubunda sigara kullanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 12. Hasta grubunda alkol kullanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 13. Hasta grubunda tutulum yerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 14. Hasta grubunda ölçek puanlarını korelasyonu

VERRUKA VULGARİS HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Verruka vulgaris, human papilloma virüsün (HPV) neden olduğu ciltte ekzofitik papül ya da nodüllerle seyreden bir deri hastalığıdır. Bu çalışmada, verruka vulgaris hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin, sağlıklı bir kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve bu psikososyal parametrelerin hastalıkla ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine Mart 2024-Eylül 2024 tarihleri arasında başvurmuş 18-65 yaş arasındaki 100 verruka vulgaris hastası çalışmaya dahil edildi. Dermatolojik ve psikiyatrik açıdan herhangi bir hastalığı bulunmayan, hasta grubuyla benzer sosyodemografik özelliklere sahip 100 sağlıklı kontrol grubu da çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılarda sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, benlik saygısını değerlendirmek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendirmek için İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (İDÖ) ve sosyal görünüş kaygısını ölçmek için Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) kullanıldı.

Bulgular: Hasta grubunda olanların %59'u kadın ve %41'i erkek iken kontrol grubunda olanların %60'ı kadın ve %40'ı erkek olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,885). Hasta grubunda olanların yaş ortancası 25,0 (21,0-31,0) yıl, kontrol grubunda olanların yaş ortancası 27,0 (25,0-29,0) yıl olup aralarında anlamlı

farklılık görülmemiştir (p=0,136). Hasta grubunda olanların RBSÖ ve İDÖ puanları kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. SGKÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Yüz ve el tutulumu olan hastaların İDÖ ve SGKÖ puanları ayak tutulumu olan hastalara göre yüksek saptanmıştır. Yüz tutulumu olan hastaların RBSÖ puanı ayak tutulumu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalık süresi arttığında İDÖ, RBSÖ ve SGKÖ puanlarının da arttığı gösterilmiştir. Lezyon sayısı arttığında İDÖ ve RBSÖ puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Sonuç: Verruka vulgaris hastalarında kontrol grubuna göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyi daha yüksek bulunurken, benlik saygısının ise daha düşük olduğu gösterilmiştir. Lezyonları görünür bölgede olan hastaların diğer hastalara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin ve sosyal görünüş kaygısının daha yüksek olduğu ve benlik saygısının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Lezyon sayısı ve hastalık süresi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma artmakta, benlik saygısı ise düşmektedir. Hastalık süresi arttıkça sosyal görünüş kaygısının da arttığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Verruka vulgaris, İçselleştirilmiş damgalanma, Benlik saygısı, Sosyal görünüş kaygısı

EVALUATION OF INTERNALIZED STIGMA, SELF-ESTEEM, AND SOCIAL APPEARANCE ANXIETY IN PATIENTS WITH VERRUCA VULGARIS

ABSTRACT

Introduction: Verruca vulgaris is a skin disease caused by the human papillomavirus (HPV), characterized by exophytic papules or nodules on the skin. This study aims to evaluate the levels of internalized stigma, self-esteem, and social appearance anxiety in patients with verruca vulgaris by comparing them with a healthy control group, and to determine the relationship of these psychosocial parameters with the disease.

Material and Methods: One hundred patients aged 18-65 diagnosed with verruca vulgaris who applied to the Dermatology and Venereology outpatient clinic of Elazig Fethi Sekin City Hospital between March 2024 and September 2024 were included in the study. A control group of 100 healthy individuals with no dermatological or psychiatric disorders, and with sociodemographic characteristics similar to those of the patient group, was also included in the study. All participants completed a Sociodemographic Data Form, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) for assessing self-esteem, Internalized Stigma Scale (ISS) for evaluating internalized stigma, and Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) for measuring social appearance anxiety.

Results: In the patient group, 59% were female and 41% were male, while in the control group, 60% were female and 40% were male; no statistically significant difference was observed between the groups ($p = 0.885$). The median age of the patient group was 25.0 years (21.0–31.0), and the median age of the control group was 27.0

years (25.0–29.0); again, no statistically significant difference was found between the groups ($p = 0.136$). The scores of the RSES and ISS in the patient group were found to be significantly higher than those in the control group. No significant difference was found in the SAAS scores. Patients with facial and hand involvement had higher ISS and SAAS scores compared to those with foot involvement. The RSES scores of patients with facial involvement were higher than those with foot involvement. It was demonstrated that as the duration of the disease increased, the ISS, RSES, and SAAS scores also increased. An increase in the number of lesions was associated with higher ISS and RSES scores.

Conclusion: Patients with verruca vulgaris exhibited a higher level of internalized stigma and lower self-esteem compared to the control group. It was shown that patients with visible lesions had higher internalized stigma and social appearance anxiety, along with lower self-esteem compared to others. An increase in the number of lesions and the duration of the illness is associated with higher levels of internalized stigma and a concomitant decrease in self-esteem. It was also found that social appearance anxiety increased with the duration of the disease.

Keywords: Verruca vulgaris, Internalized stigma, Self-esteem, Social appearance anxiety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Human papilloma virüs (HPV) kaynaklı kutanöz siğiller, yaşamın her döneminde ortaya çıkabilen benign, proliferatif deri lezyonlarıdır. Çift sarmallı DNA yapısına sahip HPV'nin 200'den fazla tipi tanımlanmıştır. Kutanöz HPV enfeksiyonu sıklıkla verruka plana, verruka vulgaris, verruka plantaris ve kondiloma aküminata şeklinde klinik bulgu verir. Nadiren, skuamöz hücreli karsinom gibi kutanöz malignitelere dönüşüm gösterebilir. Viral siğiller toplumda yaygın olarak görülmekte olup, prevalansı %7–12 arasında değişmektedir [1].

Verruka vulgaris lezyonları gerek multipl lezyona yol açabilmesi gerekse hastayı rahatsız edebilen görünüşünden dolayı bireylerin sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına ve sosyal damgalanmaya maruz kalmalarına neden olabilir [2].

Sosyal görünüş kaygısı, kişinin bedeniyle ve görünümüyle ilgili olumsuz beden imajının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Yani sosyal görünüş kaygısı kavramı boy, kilo, kas yapısı gibi genel fiziksel görünüşün ötesinde bireyin ten rengi ve yüz şekli gibi özellikler içeren daha kapsamlı bir kavramdır. Green ve arkadaşları vücut görünüşü ile ilgili anksiyete ile mental rahatsızlıkların hastaları estetik cerrahiye zorladığını belirtmişlerdir [3].

İçselleştirilmiş damgalanma bireyin toplum tarafından oluşturulan hastalıkla ilgili olumlu olmayan kalıp yargıları kabullenmesi ve değersiz hissetme, utanç gibi duygularla kendisini toplumsal yaşamdan geri çekmesidir. Bireyde, diğer insanların hastalığına karşı reaksiyon göstereceği düşüncesi oluşmaktadır [4].

Benlik saygısı kişinin kendisine atfettiği görüş ve değerleri ifade etmekte ve bir bireyin farklı yönleriyle ilgili yargılarda bulunma konusundaki farkındalıktan kaynaklanan kişisel duygularını kapsamaktadır [5].

Verruka vulgaris hastalığının psikojenik yükünü anlayabilmenin hastaların tedavi sürecine katkısının olabileceği düşünülmektedir. Bilgimiz dahilinde literatürde bulunmamasından dolayı bu çalışmada verruka vulgaris tanılı hastalarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeklerini kullanarak verruka vulgaris hastalarında psikiyatrik etkilenme durumunun araştırılması

amaçlanmıştır. Polikliniğimize başvuran verruka vulgaris hastalarından; 18-65 yaş arası 100 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik özellikleri sosyodemografik veri formu ile kaydedilecektir. Hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği skorları kayıt edilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TARİHÇE

Verrukaların bulaşı ve HPV ile ilişkisine dair bilgiler 20. yüzyılın başlarına dayanmaktadır. Günümüzde 200'ü aşkın HPV genotipi tanımlanmış olup, bunların yaklaşık 96'sının genom yapısı tam olarak ortaya konmuştur [6].

1976 yılında Harald zur Hausen, HPV ile servikal kanserler arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş ve bu bulgu sonraki araştırmalarla desteklenmiştir. Bu gelişme HPV'nin onkojenik potansiyeline ilişkin farkındalığın artmasını sağlamıştır [7].

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Kutanöz verrukalar, oldukça sık rastlanan ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilen enfeksiyöz deri lezyonlarıdır. HPV, genellikle kişiden kişiye doğrudan temasla veya kontamine yüzeyler aracılığıyla dolaylı yoldan bulaşabilir. Virüsün primer hedefi keratinositlerdir ve deride oluşan çatlaklar, kesikler veya sıyrıklar bulaş riskini artırmaktadır [6].

Kutanöz verrukalar çocuklarda daha sık görülür; okul çağındaki çocuklardaki prevalansı %20'dir ve yaş ilerledikçe azalma eğilimindedir [8]. Verrüler çoğunlukla 1-2 yılda kendiliğinden gerileyip kaybolur.

HPV viral zarf bulundurmadığından dış ortam koşullarına (sıcak, kuru) dirençlidir ayrıca lazer buharının enfeksiyöz viryonlar içerme ihtimali mevcuttur. Temizlenmenin gerçekleşmesinden sonra aynı HPV tipi ile tekrar enfeksiyon sık görülen bir durum değildir. Daha yaygın ve yüksek riskli lezyon görülme ihtimali yüksek olan bir grup transplant veya İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu gibi sebeplerle immün suprese olan bireylerdir. Bu nedenle bu kişilerde HPV ilişkili malignite gelişme riski daha yüksektir[9].

Genital verruka, dünya üzerinde en sık görülen cinsel yolla geçen hastalıktır [10].

Anogenital sistemin HPV enfeksiyonu erişkinlerde ve adolesan çağda cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında en önem arzeden durumlardan biridir. Servikal

HPV'nin prevalansı ülkeye ve yaşa göre ciddi farklılık göstermektedir, genç kadınlarda %20-45 oranı ile önemli derecede yüksektir [7].

Genital HPV enfeksiyonlarının sağlığa etkisi bu hastalığın tedavisi için kliniklere yapılan başvuru sayısının fazlalığından anlaşılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde genital HPV enfeksiyonlarının yıllık altı milyar doları bulan maliyeti, bu hastalığı HIV enfeksiyonlarından sonra maliyeti en yüksek 2. cinsel yolla bulaşan hastalık yapmaktadır [11].

Dünya genelinde normal sitolojiye sahip kadınlarda HPV prevalansı %11,7 olarak bildirilmiştir. En yüksek prevalans oranları Sahra Altı Afrika (%24), Latin Amerika ve Karayipler (%16,1), Doğu Avrupa (%14,2) ve Güneydoğu Asya (%14) bölgelerinde saptanmıştır [12].

2.3. PATOGENEZ

Papilloma virüsler geçmişte polyoma virüsler ile beraber sınıflandırılsalar da son dönemlerde farklı genetik yapıları ve biyolojileri ile ayrı aile olarak yeniden tekrar gruplandırılmıştır [13].

Papillomavirüs ailesi heterojen bir kümeyi temsil etse dahi benzer genom yapı ve organizasyonuna sahiptirler [14].

HPV, 72 pentamerden oluşan ikosahedral kapside sahip, zarfsız, yaklaşık 52–55 nm çapında bir virüstür. HPV'lerin genomu 8 kilobazlık, çift sarmallı, halka şeklindedir ve üç ana bölgeden oluşur. Erken bölge (E), geç bölge (L) ve uzun kontrol bölgesi (LRC) olarak isimlendirilir. Erken bölge, viral döngü ve hücre transformasyonunda önemli rol üstlenen genleri (E1, E2, E4, E5, E6 ve E7) kodlar; geç bölge, L1 ve L2 kapsid proteinlerini kodlar, uzun kontrol bölgesi viral gen transkripsiyonunu denetler [15].

Dirençli papillomavirüs enfeksiyonlarının yaygın olması HPV'lerin immün sistemin denetiminden kaçmalarını sağlayan güçlü mekanizmalara sahip olduklarını göstermektedir. Yaşam siklusunun bazı özellikleri ile viral gen ürünlerinin konağın immün sistemiyle az miktarda olan teması immün yanıt indüksiyonunu engellemede değerli olduğunu düşündürmektedir. Siklusu sırasında viremik fazı yoktur. Viral

proteinler epidermis bazal tabaka ve spinöz tabakada düşük miktarda eksprese edilir böylece sistemik immün sistemden kaçmış olur. [6,16]

2.4. KLİNİK

Oldukça sık görülen ve birbirinden değişik tablolarda görülebilen verrukalar, vücuttaki yerleşimi, klinik görünümü, bulaş şekli ve risk durumu açısından yapılan sınıflandırmalara göre farklı alt gruplarda adlandırılmışlardır.

2.4.1. Verruka vulgaris

Tipik olarak HPV-1,2 veya 4 ile ilişkili olan hiperkeratotik yüzeyli, kubbe şeklinde, verrüköz yapıda papül veya nodüllerdir. Daha sık olarak elin dorsal yüzünde, parmaklarda, diz ve dirsek gibi bölgelerde lokalize olabileceği gibi vücudun herhangi bir yerinde de görülebilirler. Lezyonun yüzeyi tıraşlandığında, tromboze kapillerlere bağlı olarak noktasal siyah noktalar ve kapiller kanamalar gözlenebilir. Kaşınma veya başka şekilde travmatizasyon ile otoinokulasyon verrülerin lineer yayılımına sebep olabilir [17].

2.4.2. Verruka palmaris ve plantaris

Palmoplantar verrukalar, avuç içi, ayak tabanı ve el ile ayağın yan yüzlerinde görülen hiperkeratotik papüller şeklinde izlenir. Lezyonlar derine veya yüzeye yerleşebileceği gibi derin yerleşimli olduğunda basınçla birlikte ağrılı olabilir. Çoğunlukla çocukları ve ergenleri etkilerler. En sık görüldüğü yaş grubu 6-10 aralığıdır. Palmoplantar verrülerin çoğundan HPV-2, 27 ve 57'nin sorumlu olduğu tespit edilmiştir [17,18].

2.4.3. Verruka plana

Verruka plana özellikle yüz ve ellerin sırtında görülen ten renginde veya hafif pembemsi, düz yüzeyli papüllerden oluşur. Diğer tiplerden daha az kabarıktırlar. Özellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde yaygındır. HPV tip 3, 10 ve 28 sıklıkla etken olarak saptanır. Köbner fenomeni sıktır. Lezyonlar zamanla kendiliğinden gerileyebilir [19].

2.4.4. Kasap siğilleri

Kasap siğili adını et ve balık temasının olduğu meslek gruplarında çalışan kişilerde oluşmasından almıştır. HPV tip 7 ile ilişkilidir. Parmakların dorsal, palmar veya periungual bölgelerinde verrüköz papüller şeklinde gelişir [20].

2.4.5. Epidermodisplazya verrüsiformis

Epidermodisplazya verrüsiformis (EV), 1922 yılında Lewandowski ve Lutz tarafından tanımlanan nadir, kronik bir genodermatoz olarak kabul edilebilir. Spesifik HPV tipleriyle cilt enfeksiyonuna özel bir yatkınlık mevcuttur [21].

Çocukluk çağında polimorfik, yaygın lezyonlarla başlar. EV tanılı hastalara birçok tip saptanmasına karşın başlıca HPV-5 ve 8 EV ilişkili deri kanserleri ile ilişkilendirilmiştir. Sebep olarak TMC-6 ve TMC-8 genlerindeki mutasyonlar gösterilmiştir. Hastalarda çok sayıda ayrık veya birleşik, verruka plana benzeri papüller gözlenir. Pitriyazis versikoloru andıran skuamlı, pembe-kırmızı veya hipopigmente guttat maküller diğer karakteristik bulgusudur [22].

Güneş gören bölgelerde, hastaların yaklaşık yarısında, çoğunlukla hayatın dördüncü dekatından itibaren, melanom dışı deri kanserlerinin, özellikle skuamöz hücreli karsinomun artmış riski ile alakalıdır. Maligniteye dönüşüm ile ilişkili HPV'ler tip 5, 8, 17, 20 ve 47'dir [23].

2.4.6. Verruka anogenitalis (Kondiloma aküminata)

Verruka anogenitalis; dış genital organlar, perianal bölge, inguinal kıvrım ve mons pubis gibi bölgelerde meydana gelen benign ekzofitik papillomlardır.

Verruka vulgariste gördüğümüz kalın skuamlı ve çıkıntılı yapılardan yoksundurlar. Temel olarak cinsel yolla bulaşırlar. Genelde asemptomatiktir. Ağrı, kaşıntı gibi semptomlar beklenmez [24].

Kondilomalar, boyutları birkaç santimetrenin üzerinde olabilen pedinküllü, geniş tabanlı papillomalar şeklinde olabilir. Ayrıca geniş birleşik plak gibi bir kliniğe de sahip olabilir. Üretra, vajina ve anal kanala yayılabilir fakat dentate çizginin üzerine çıkması beklennez. Genelde HPV-6 ve 11 nedeniyle oluşurlar fakat farklı tiplerle

enfeksiyon da mümkündür. Yüksek dereceli intraepitelyal neoplazilere HPV-16, 18 ve 31 gibi tiplerin sebep olduğu gösterilmiştir [6].

2.4.7. Bowenoid papüloz

En sık dış genital organlar, perine veya perianal bölgede izlenen ufak, çok sayıda, düz, kırmızı-kahverengimsi papüller veya plaklar şeklinde ortaya çıkar. Özellikle cinsel aktif olan genç erişkinleri etkiler. Kliniği genital verrülere benzer. Fakat histolojik olarak Yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL) veya in situ skuamöz hücreli karsinom (SCC) ile benzerlik gösterir [25].

Bu sebeple pigmentasyonu olan, erode, kanamalı ve tedaviye dirençli lezyonları olan hastalarda malignite olasılığını dışlamak için biyopsi yapılması gereklidir.

2.4.8. Oral verrüler

Oral verrüler bukkal, gingival veya labiyal mukoza, dil ve sert damakta lokalize olabilen sert olmayan, açık kırmızımsı veya beyaz, hafifçe kabarık papüller şeklinde meydana gelir. HPV tip 6 ve 11 ile ilişkisi vardır.

Heck hastalığı, oral mukozanın tutulduğu bir hastalıktır. Çocuklarda ve gençlerde görülen nadir, asemptomatik ve kendiliğinden gerileme eğiliminde olan bir tablodur. Çok sayıda lezyon sıklıkla labial mukoza ve damakta yerleşir [26].

2.4.9. Rekürren Respiratuar Papillomatöz (RRP)

RRP eğer lezyon sayısı çok fazlaysa solunum sıkıntısına yol açabilen nadir bir rahatsızlıktır. Laringeal papillomlar gözlenir. Erken çocukluk ve erişkinlikte olmak üzere iki pik dönemi mevcuttur. Genellikle HPV-6 ve 11’ den kaynaklanır Ses kısıklığı, stridor ve solunum zorluğu önemli ve tanıyı düşündüren bulgulardır. Hastalık süresi uzadığında SCC’ye dönüşüm bildirilmiştir [27,28].

2.5. HİSTOPATOLOJİ

Verrukaların histopatolojik özellikleri, lezyonun tipine ve yerleşim yerine göre farklılık gösterebilir. Ancak genel olarak tanı koydurucu bazı karakteristik bulgular mevcuttur. HPV enfeksiyonlarında epitel hücrelerindeki sık görülen desenlerden biri, nükleusu sitoplazmik membrandan ayıran sitoplazmik vakuollerin varlığıdır. Bu hücreler koilositik, hücre olarak isimlendirilir. Koilositoz varlığı ayırıcı tanıda fayda sağlayabilecek bir durumdur [29].

Verruka vulgariste, papillomatozis ve hiperkeratoza sıklıkla parakeratoz da eşlik eder. Rete çıkıntıları (epidermal uzantılar), uzun ve dar şekilde uzanır ve tabanda "V" şeklinde konfigürasyonlar oluşturabilir. Lezyonun üst kısımlarında tromboze kapillerlere bağlı küçük kanamalar görülebilir [30].

Verruka plana'da ise epidermal kalınlaşma daha hafif olup, hipergranüloz ve yüzeyel koilositik değişiklikler dikkat çeker. Papillomatozis minimaldir veya hiç yoktur [31].

Anogenital verruka histopatolojik olarak dalgalı ve akantotik bir yüzeye sahiptir. Stratum korneumda kalınlaşma ve büyük keratohiyalin granülleri ve koilositlerden oluşan geniş bir granüler tabaka vardır [32].

Kondiloma aküminatumda da belirgin papillomatozis, akantoz ve parakeratoz mevcuttur. Koilositler tipiktir. Bazen inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve kapiller proliferasyon da izlenebilir [33].

EV lezyonları, sepetsi görünüme sahip stratum korneum ve keratinosit ödemi ile seyreder. Bundan dolayı verruka plana'dan ayrımında güçlükler yaşanabilir [6].

Biyopsi rutin olarak önerilmez ancak tedaviye yanıt alınamayan olgularda ve neoplazi şüphesinde yapılabilir [34].

2.6. TANI

Kutanöz verrukaların tanısı genelde klinik görünümle konur. Dermoskopi tanıda zorlanılan durumlarda yardımcı olabilir. Erken genital mukozanın verrüleri için %3-5 asetik asit uygulaması subklinik lezyonların tespitinde destekleyicidir [35].

HPV'nin kültürü yapılamamaktadır. En uygun yöntem DNA hibridizasyon yöntemleridir. HPV için spesifik ve duyarlıdırlar. Bu grupta özellikle polimeraz zincir

reaksiyonu önem arzeder. Ancak bu yöntemler pahalı olmaları ve laboratuar ekipmanı gereksinimlerinden dolayı sınırlı olarak kullanılır. Verruka vulgarisin ayırıcı tanısında tüberkülozis kutis verrukoza, seboreik keratoz, nevüs verrukozus, molluskum kontagiyozum, akrokeratozis verrusiformis, konduloma lata ve kallus düşünülmelidir.

2.7. TEDAVİ

Verrukalarda uygulanan çeşitli tedavi metotları bulunmakla birlikte, kesin etkili denebilecek bir yöntem maalesef bulunmamaktadır. Tedavi seçiminde verrukaların yerleşimi, büyüklüğü, sayısı, klinik tipi, hasta yaşı ve tedavi tercihi gibi birçok faktör etkilidir. Tek başına veya kombine uygulanan yöntemler mevcuttur [36].

2.7.1. Tahrip edici tedaviler

A) Kriyoterapi

Kriyoterapi, canlı dokuyu yok etmek için -196 gibi düşük sıcaklıklardan yararlanan bir tekniktir. En sık likit nitrojen kullanılır. Kriyoterapinin hasarlama mekanizması doğrudan hasar, vasküler hasar, apoptozisi indükleme ve inflamasyon oluşturma şeklinde özetlenebilir. Dermatolojide malign ve benign birçok klinik tabloda uygulanmaktadır [37].

B) Cerrahi/Küretaj

İnvaziv işlemlerden biridir. Skar riskinin yüksek olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Az sayıda lezyonu olan ve hızlı yanıt tercihi olan hastalara uygulanabilir [38].

C) Lazer tedavisi/Fotodinamik tedavi

Verruka tedavisinde faydalanılan lazer sistemleri temelde karbondioksit lazeri ve pulse dye lazeri içerir. Yan etkiler arasında bül oluşumu, ağrı ve pigmentasyondan bahsedilebilir [39].

Değişken dalga boylarında ışığın aminolevulinik asit uygulaması sonrası uygulanmasıyla yapılan tedavidir. Çalişmalarda antiviral etkisinin bulunduğu bildirilmiştir ve yeni bir tedavi yaklaşımı olarak değerlendirilebilir [40].

D) Kimyasal ajanlar

Salisilik asit keratrolitik etkili bir ajandır. Oluşturduğu bu etki aynı zamanda immün sistemi aktive ederek de etki gösterebilir [41].

Gümüş nitratın verrukalar üzerinde kimyasal koterizasyon etkisi gösterilmiştir [42].

Fenol kostik bir ajandır. Kantaridin akantolizi tetikleyip bül oluşturur. Glikolik asit, sitrik asit, pürivik asit peeling ajanı şeklinde etki eder. Trikloroasetik asit epidermiste nekroz oluşturur [32].

2.7.2. Antiproliferatif tedaviler

A) 5-Florourasil

DNA sentezini bloklar ve epitel proliferasyonundaki anormalliği azaltır. Fazla miktar ve uzun süre kullanıldığında pigmentasyon değişikliklerine yol açar [43]. Klinikte salisilik asitle kombine preparatları sık kullanılmaktadır**.**

B) Bleomisin

Sistemik kemoterapide kullanılan sitotoksik bir ajandır. 0.05 U/ml dozunda intralezyonel olarak uygulanır [44].

C) Podofilin ve Podofilotoksin

Podofilin, Podophylum peltatum bitkisinden elde edilen bir çeşit ekstredir. Podofilotoksin ise podofilin karışımı içinde bulunan aktif maddedir. Mikrotübül çalışmasını bozarak kromozom hareketlerinin doğru şekilde olmasına engel olur. Bu sayede keratinositlerin ve HPV'nin proliferasyonunu baskılar. Podofilotoksin irritasyon riskinin daha düşük olması ve maliyet faydası sebebiyle tedavide podofilinin yerini almıştır [45].

D) Retinoidler

Kesin kanıtlanmamakla beraber immünmodülatör ve antiproliferatif etki ile keratinosit çoğalmasını bloklayarak viral replikasyonu azalttıkları düşünülmektedir. Gereksinim durumuna göre topikal veya sistemik formda kullanılabilir [46].

2.7.3. İmmünolojik tedaviler

İmiquimod

Etki mekanizması net bilinmemekle birlikte toll-like reseptör 7 ve 8 ile etkileşerek makrofajlardan sitokin salınımına neden olduğu bunun da hücresel bağışıklığı aktifleştirerek hastalıkla mücadele ettiği çalışmalarda gösterilmiştir [47].

Kontakt immünoterapi

Deri teması sonrası hücresel aracılı gecikmiş tip bağışıklık tepkisine neden olurlar. Bu amaçla 2,4-dinitroklorobenzen ve skuarik asit dibütilester denenmiştir ve değişken oranlarda kullanılmaktadır [48].

Oral Çinko takviyesi

Düşük serum çinko değerinin immün yanıtın azalmasıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. O yüzden çinkonun bağışıklık sistemini düzenlediği ve konağın HPV'ye gösterdiği tepkiyi artırdığı düşünülmektedir [49].

2.7.4. Diğer tedaviler

Simetidin, levamizol ve ekinezya'nın da bazı çalışmalarda tedavide faydalı olabileceği bildirilse de net karara vardıracak çalışma bulunmamaktadır [50].

Psikolojik tedavilerde gündemde yer almaktadır. En sık hipnoz yöntemi araştırılmış ve kullanılmıştır ancak verrukalar spontan da gerileyebileceği için bu tedavinin etkinliğini belirlemek zordur [51].

2.8. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA

İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin yaşadığı topluluktaki olumsuz kalıp yargılara farkındalığının oluşması ve bu durumu kendisi için kabullenmesinin sonucunda kendi düşüncelerine uyarlama durumu ve toplumdan uzaklaşması olarak tanımlanmıştır. Bireysel damgalamanın bir alt grubunu oluşturur [52].

Hastaların sosyal hayata uyum problemleri ve bunu takiben mesleki işlevselliğin azalması hatta işsiz kalma gibi durumlara sebep olabilmektedir. Ayrıca tedavi sürecinde de aksamalara yol açabilmektedir [53].

İçselleştirilmiş damgalanmanın ne sıklıkta görüldüğünü araştıran çalışmalar ciddi ruhsal rahatsızlığa sahip olan kişilerin azımsanmayacak kadar çok içselleştirilmiş damgalanma yaşadığını ortaya çıkarmıştır [54].

2.8.1. Verruka ve İçselleştirilmiş damgalanma

İnsan vücudunda dış dünya ile bağlantılı olan en önemli organ deridir. Seyrinde Özellikle el ve yüz gibi toplumdaki insanlar tarafından görülebilen bölgeleri hastalıklar önemli psikososyal etkilenmelere sebep olabilirler [55].

Verruka dışarıdan görünür alanları tutabilen ve hastayı rahatsız eden dermatolojik problemlerden biridir. Verrukanın hastalarda psikososyal rahatsızlıklara neden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [56].

2.9. BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı; birey ve etrafı arasındaki etkileşimi kapsayan, kişinin kendi benliği hakkında nasıl duygulara sahip olduğunu ve kendisini nasıl değerlendirdiğini

gösteren bir kavramdır. Yani kişinin kendisini değerlendirmesiyle ortaya çıkan objektif olmayan bir durumdur [57].

Rosenberg'e göre benlik saygısı, kişinin kendi duygu ve düşüncelerini değerlendirirken yine kendisine karşı takındığı olumlu veya olumsuz tutumu ifade eder. Kişi kendi özelliklerinden memnunsa yüksek benlik saygısına sahiptir. Fakat kendisine saygı duymuyor, kendisini değersiz hissediyorsa benlik saygısı düşüktür. Benlik saygısı düşük olan bireyler sosyal iletişimde diğer insanlarla uyum sorunu yaşayabilirler [58].

2.9.1. Verruka ve Benlik saygısı

Psöriasis, akne, alopesi, vitiligo ve verruka sıklıkla ergenlik çağındaki bireylerde özgüven azlığı ve düşük benlik saygısına neden olabilmektedir ki bu hastalıklar gözle görülür bölgelerde tutulum yapar [59].

Ergen çocuklarda yapılan bir çalışmada el veya yüz yerleşimli siğilleri olanlarda lezyon büyüklüğü ve bulunduğu yerin sosyal kaygı ve benlik saygısı üzerine etkili bir etmen olmadığı belirtilmiştir. Çalışmanın devamında verrukası olan bireylerin kontrol grubuna göre benlik saygısı seviyelerinde fark olmamakla beraber benlik saygılarının sosyal kaygı skorlarını etkileyen tek faktör olduğu gösterilmiştir [60].

2.10. SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI

Sosyal kaygı, kişinin sosyal ortamda bir gösteri veya etkinlikte başkası tarafından değerlendirilmeye yönelik utanma, sıkılma veya değersiz hissetmenin oluşabileceği sürekli korku ile seyreden bir deneyim olarak belirlenmektedir. Bu durum, yaşam kalitesini bozacak seviyelere gelir ve önlenemezse sosyal fobiye veya anksiyete bozukluğuna evrilebilmektedir [61].

Sosyal kaygının bir bileşeni olan sosyal görünüş kaygısı, bireyin dış görünüşünün konuşulduğu durumlarda anksiyete ve gerginlik hissi yaşamasını ifade eden bir kavramdır. Bu sorunu hayatın herhangi bir döneminde hemen hemen herkesin başına gelebilir. Sosyal görünüş kaygısı, bireyler üzerinde depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinin artışına neden olabilir ve yaşantıyı ciddi şekilde olumsuz etkileyebilir [61].

2.10.1. Verruka ve Sosyal görünüş kaygısı

Verrukaların sosyal anksiyeteyle ilişkisi hakkında az sayıda çalışma mevcuttur. Hastalığın bu yönü hekimler tarafından da küçümsenebilmektedir. Görünür alanlardaki verrukalar dış görünüşü olumsuz etkileyebileceğinden hastalarda kaygı oluşturabilir. Yapılan bir çalışmada verruka vulgarisli adolesan bireylerde sosyal kaygı düzeyi kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı çalışmanın devamında lezyonun bulunduğu yer ve sayısı gibi değişkenlerin de sosyal kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir [59].

3. MATERYAL VE METOT

Çalışmamıza başlamadan önce Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.03.2024 tarihli ve 2024/05-39 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

3.1. ÇALIŞMA GRUBU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine Mart 2024-Eylül 2024 başvuran verruka vulgaris tanısı konulan ve onam veren 18-65 yaş arası 100 hasta çalışmaya alındı. Çalışmamıza 18 yaş altı, 65 yaş üstü, anogenital siğili olan ve ölçek formlarını doldurabilecek düzeyde bilişsel yeterliliği bulunmayan hastalar dahil edilmedi. Hastaların demografik özellikleri sosyodemografik veri formu ile kaydedildi. Ek olarak hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği skorları kaydedildi. Kontrol grubuna ise, yine dahil edilme kriterlerini taşıyan; yaş, cinsiyet, medeni hal, gelir düzeyi ve eğitim durumu vaka grubuna benzer, sağlıklı 100 birey dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1- 18-65 yaş arası olmak

2- Anogenital siğilin olmaması

3- Ölçek formlarını doldurabilecek düzeyde bilişsel yeterliliğinin bulunması

4- Yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalamış olmak

5- Verruka vulgaris dışında herhangi dermatolojik ve psikiyatrik rahatsızlığının olmaması

3.2. ÇALIŞMA YÖNTEMİ

Çalışmamıza 100 hasta dahil edildi. Hastaların yüz, el ve ayak tutulumu olması veri formlarına kaydedildi. Hastalarla yaş ve cinsiyet olarak korelasyon gösteren ve çalışmaya dahil edilme şartlarına uygun 100 birey kontrol grubu olarak belirlendi. Hem hasta hem kontrol grubundaki kişilere Sosyodemografik Veri Formu dolduruldu. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği skorları kaydedildi.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hasta ve kontrol grubuna katılım onayı için bilgilendirilmiş olur formu verilmiştir. Veri toplamak amacıyla sosyodemografik veri formu, rosenberg benlik saygısı ölçeği, içselleştirilmiş damgalanma ölçeği ve sosyal görünüş kaygısı ölçeği verilmiştir.

3.3.1. Bilgilendirilmiş olur formu

Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirilmiş olur formu verilmiş, onayları hazırlanan form aracılığıyla alınmış, onay veren katılımcılar araştırmaya dahil edilmişlerdir.

3.3.2. Sosyodemografik veri formu

Katılımcıların sosyodemografik verilerinin yanı sıra klinik özelliklerini içeren bilgileri almaya yönelik araştırmacı tarafından hazırlanmış formdur. Bu formun içeriğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, verruka vulgaris başlangıç yaşı, hastalığın süresi, lezyonların sayısı ve yerleşim yeri, medikal ve psikiyatrik tedavi öyküsü, sigara ve alkol kullanım durumu sorgulanmıştır.

3.3.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği

Ölçeğin geçerliliği Rosenberg tarafından yapılmıştır [58]. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Füsun Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır [63].

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 63 sorudan oluşan bir self-değerlendirme ölçeğidir. Bu, çalışmada ölçeğin benlik saygısı alt ölçeğinden faydalanılmıştır. Benlik saygısı alt ölçeği on maddeden oluşmaktadır. Olumlu ve olumsuz maddeler bulunmaktadır. 1. 2. 4. 6. 7. maddeler olumlu, 3. 5. 8. 9. 10. maddeler olumsuz yüklenmiştir.

3.3.4. İçselleştirilmiş damgalanma ölçeği

Ruhsal hastalığı olan kişilerdeki öznel damgalanma seviyesini ölçmek ve damgalanmayı tanımlamaya yardımcı olmak amacıyla oluşturulan öz bildirim ölçeği 2003 yılında Ritsher ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [64]. 29 maddeden oluşan ölçekte yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç olmak üzere beş alt bölüm vardır. Her madde dörtlü Likert ölçeğine göre puanlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt bölümü ters olarak kodlanıp geçerlilik kontrolü görevi de görmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha şiddetli damgalanmayı göstermektedir.

3.3.5. Sosyal görünüş kaygısı ölçeği

Hart ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [65]. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2010 yılında Tayfun Doğan tarafından yapılmıştır [66]. 16 maddeden oluşan bir ölçektir. Hiç Uygun Değil, Uygun Değil, Biraz Uygun, Uygun, Tamamen Uygun şeklinde 5 seçenekten oluşur. Puanlar 16-80 arasında değişmektedir ve puan arttıkça sosyal görünüş kaygısı artar. Ölçeğin 1.maddesi tersten kodlanmaktadır**.**

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise medyan interquartile range (25-75 persantil değerleri) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U-testi, ikiden fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 100 hasta ve 100 kontrol olmak üzere toplam 200 katılımcı dahil edilmiştir. Hasta grubunda olanların %59'u kadın ve %41'i erkek iken kontrol grubunda olanların %60'ı kadın ve %40'ı erkek olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,885). Hasta grubunda olanların yaş ortancası 25,0 (21,0-31,0) yıl, kontrol grubunda olanların yaş ortancası 27,0 (25,0-29,0) yıl olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,136). Hasta grubunda olanların %64'ü kontrol grubunda olanların %54'ü bekar olup aralarında anlamlı farklılık yoktur (p=0,151). Hasta grubunda olanların %51'inin kontrol grubunda olanların %62'sinin eğitim durumu üniversite ve üzeri olup aralarında anlamlı farklılık yoktur (p=0,117). Hasta grubunda olanların %87'si kontrol grubunda olanların %93'ü şehirde yaşıyor olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,157). Hasta grubunda olanların %81'inin kontrol grubunda olanların %81'inin ekonomik durumu orta olup aralarında anlamlı farklılık yoktur (p=0,806). Hasta grubunda olanların %43'ü kontrol grubunda olanların %55'i çalışıyor iken aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,090) (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta (n=100)		**Kontrol (n=100)**		**p***
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	59	59,0	60	60,0	0,885
	Erkek	41	41,0	40	40,0	
Yaş, Ortanca (IQR)		25,0 (21,0-31,0)		27,0 (25,0-29,0)		0,136
Medeni durum	Bekar	64	64,0	54	54,0	0,151
	Evli	36	36,0	46	46,0	

Eğitim durumu	Lise ve altı	49	49,0	38	38,0	0,117
	Üniversite ve üzeri	51	51,0	62	62,0	
Yerleşim yeri	Köy/kasaba	13	13,0	7	7,0	0,157
	Şehir	87	87,0	93	93,0	
Ekonomik durum	Düşük	12	12,0	10	10,0	0,806
	Orta	81	81,0	81	81,0	
	Yüksek	7	7,0	9	9,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	43	43,0	55	55,0	0,090
	Çalışmıyor	57	57,0	45	45,0	

*Kikare analizi, **Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda olanların %35'i kontrol grubunda olanların %34'ü sigara kullanıyor iken aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,882). Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda olanların %6'sı alkol kullanıyor olup aralarında anlamlı farklılık yoktur (p=1,000) (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların sigara ve alkol tüketimlerinin karşılaştırılması

		Hasta (n=100)		**Kontrol (n=100)**		**p***
		n	%	n	%	
Sigara	Evet	35	35,0	34	34,0	0,882
	Hayır	65	65,0	66	66,0	
Alkol	Evet	6	6,0	6	6,0	1,000
	Hayır	94	94,0	94	94,0	

*Kikare analizi uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalık başlama yaşı irdelendiğinde %13'ünün 18 yaş altında, %44'ünün 18-25 yaş aralığında, %29'unun 25-40 yaş aralığında %14'ünün ise 40 yaş üzerinde başladığı görülmüş olup hastalık süresi ortancası 6,0 (3,0-12,0) yıldır. Hastaların %16'sında yüz, %40'ında el ve %44'ünde

ise ayak tutulmuştur. Hastalardaki %48'inde lezyon sayısı 1-5 arasında iken %31'inde 6-9 arasında ve %21'inde ise 10 ve üzeridir (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta grubunda olanların hastalıkla ilgili özellikleri

		n	%
Hastalık başlama yaşı	<18 yaş	13	13,0
	18-25 yaş	44	44,0
	25-40 yaş	29	29,0
	>40 yaş	14	14,0
Hastalık süresi, Ortanca (IQR)		6,0 (3,0-12,0)	
Tutulum yeri	Yüz	16	16,0
	El	40	40,0
	Ayak	44	44,0
Lezyon sayısı	1-5	48	48,0
	6-9	31	31,0
	≥10	21	21,0

Hasta grubunda olanların RBSÖ (p<0,001), İD-Yabancılaşma (p<0,001), İD-Algılanan ayrımcılık (p=0,001), İD-Sosyal geri çekilme (p<0,001) ve İD-toplam (p<0,001) puanı kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hasta (n=100)	**Kontrol (n=100)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	24,0(18,0-34,0)	22,0 (19,0-26,5)	0,126
RBSÖ	,5 (,0-1,0)	,0 (,0-,5)	**<0,001**
İD-Yabancılaşma	7,0 (6,0-10,0)	6,0 (6,0-7,0)	**<0,001**

İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,0 (9,0-14,0)	9,0 (9,0-10,0)	0,057
İD-Algılanan ayrımcılık	9,0 (8,0-11,0)	8,0 (7,0-9,0)	**0,001**
İD-Sosyal geri çekilme	8,0 (6,0-10,5)	6,0 (6,0-7,0)	**<0,001**
İD-Damgalamaya karşı direnç	11,0 (9,0-12,0)	10,0 (9,0-11,0)	0,125
İD-toplam	23,0(18,5-33,5)	19,5 (18,0-23,0)	**<0,001**

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda kadınların SGKÖ puanı erkeklerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,030)(Tablo 5).

Tablo 5. Hasta grubunda cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kadın (n=59)	**Erkek (n=41)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	28,0 (19,0-39,0)	22,0 (16,0-30,0)	**0,030**
RBSÖ	0,5 (0,0-1,0)	0,3 (0,0-1,0)	0,269
İD-Yabancılaşma	8,0 (6,0-10,0)	6,0 (6,0-9,0)	0,453
İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,0 (8,0-12,0)	10,0 (9,0-14,0)	0,603
İD-Algılanan ayrımcılık	9,0 (7,0-11,0)	9,0 (8,0-11,0)	0,793
İD-Sosyal geri çekilme	8,0 (6,0-11,0)	8,0 (6,0-10,0)	0,567
İD-Damgalamaya karşı direnç	10,0 (9,0-12,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,265
İD-toplam	23,0 (18,0-34,0)	23,0 (19,0-33,0)	0,919

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda medeni durum arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta grubunda medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Bekar (n=64)	**Evli (n=36)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	22,5 (18,0-33,5)	25,0 (17,0-34,5)	0,787
RBSÖ	0,5 (0,0-1,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,302
İD-Yabancılaşma	6,5 (6,0-9,5)	8,0 (6,0-10,5)	0,279
İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,0 (8,0-12,5)	10,0 (9,0-14,0)	0,478
İD-Algılanan ayrımcılık	9,0 (8,0-11,0)	9,0 (7,5-11,0)	0,579
İD-Sosyal geri çekilme	8,0 (6,0-10,0)	8,0 (6,0-11,0)	0,890
İD-Damgalamaya karşı direnç	11,0 (9,0-12,0)	10,0 (8,0-12,0)	0,074
İD-toplam	22,5 (18,0-32,0)	27,0 (19,5-35,0)	0,193

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda eğitim durumu arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta grubunda eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Lise ve altı (n=49)	**Üniversite ve üzeri (n=51)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	23,0 (18,0-34,0)	25,0 (17,0-33,0)	0,994

RBSÖ	0,5 (0,0-1,0)	0,3 (0,0-1,0)	0,194
İD-Yabancılaşma	7,0 (6,0-11,0)	7,0 (6,0-9,0)	0,309
İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,0 (9,0-14,0)	10,0 (9,0-13,0)	0,867
İD-Algılanan ayrımcılık	9,0 (8,0-11,0)	9,0 (7,0-11,0)	0,458
İD-Sosyal geri çekilme	8,0 (6,0-11,0)	8,0 (6,0-10,0)	0,321
İD-Damgalamaya karşı direnç	11,0 (9,0-12,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,461
İD-toplam	25,0 (19,0-36,0)	23,0 (18,0-28,0)	0,539

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda yerleşim yeri arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta grubunda yerleşim yerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Köy/ilçe (n=13)	**Kasaba (n=87)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	28,0 (18,0-47,0)	23,0 (18,0-33,0)	0,538
RBSÖ	0,5 (0,0-1,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,422
İD-Yabancılaşma	7,0 (6,0-11,0)	7,0 (6,0-10,0)	0,821
İD-Kalıp yargıların onaylanması	11,0 (8,0-16,0)	10,0 (9,0-13,0)	0,352
İD-Algılanan ayrımcılık	9,0 (8,0-11,0)	9,0 (8,0-11,0)	0,573

İD-Sosyal geri çekilme	10,0 (6,0-12,0)	8,0 (6,0-10,0)	0,233
İD-Damgalamaya karşı direnç	11,0 (9,0-12,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,921
İD-toplam	28,0 (19,0-36,0)	23,0 (18,0-31,0)	0,445

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda ekonomik durum arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta grubunda ekonomik durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Düşük (n=12)	**Orta (n=81)**	**Yüksek (n=7)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	29,0 (21,5-38,0)	23,0 (18,0-34,0)	16,0 (15,0-26,0)	0,065
RBSÖ	0,5 (0,0-1,3)	0,5 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-0,5)	0,467
İD-Yabancılaşma	9,5 (6,5-11,0)	7,0 (6,0-10,0)	6,0 (6,0-8,0)	0,127
İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,5 (8,5-13,0)	10,0 (9,0-14,0)	9,0 (7,0-10,0)	0,443
İD-Algılanan ayrımcılık	9,5 (8,5-11,0)	9,0 (7,0-11,0)	8,0 (7,0-9,0)	0,207
İD-Sosyal geri çekilme	9,5 (7,5-11,5)	8,0 (6,0-10,0)	6,0 (6,0-8,0)	0,077
İD-Damgalamaya karşı direnç	10,0 (9,0-11,5)	11,0 (9,0-12,0)	9,0 (9,0-11,0)	0,319
İD-toplam	27,5 (24,0-37,0)	23,0 (18,0-34,0)	19,0 (17,0-28,0)	0,090

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda çalışma durumu arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta grubunda çalışma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çalışıyor (n=43)	**Çalışmıyor (n=57)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	23,0 (17,0-33,0)	25,0 (19,0-34,0)	0,587
RBSÖ	0,5 (0,0-1,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,199
İD-Yabancılaşma	7,0 (6,0-9,0)	7,0 (6,0-11,0)	0,353
İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,0 (9,0-14,0)	10,0 (8,0-13,0)	0,874
İD-Algılanan ayrımcılık	8,0 (7,0-10,0)	9,0 (8,0-11,0)	0,159
İD-Sosyal geri çekilme	6,0 (6,0-10,0)	8,0 (6,0-11,0)	0,092
İD-Damgalamaya karşı direnç	11,0 (9,0-12,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,542
İD-toplam	23,0 (19,0-28,0)	25,0 (18,0-35,0)	0,384

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda sigara kullananların SGKÖ puanı kullanmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,009)(Tablo 11).

Tablo 11. Hasta grubunda sigara kullanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Evet (n=35)	**Hayır (n=65)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	30,0 (20,0-39,0)	21,0 (16,0-32,0)	**0,009**

RBSÖ	,5 (,0-1,0)	,5 (,0-1,0)	0,804
İD-Yabancılaşma	8,0 (6,0-11,0)	7,0 (6,0-10,0)	0,385
İD-Kalıp yargıların onaylanması	10,0 (9,0-15,0)	10,0 (9,0-12,0)	0,215
İD-Algılanan ayrımcılık	9,0 (8,0-11,0)	9,0 (8,0-11,0)	0,659
İD-Sosyal geri çekilme	8,0 (6,0-11,0)	8,0 (6,0-10,0)	0,784
İD-Damgalamaya karşı direnç	10,0 (9,0-11,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,366
İD-toplam	23,0 (21,0-38,0)	23,0 (18,0-33,0)	0,205

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda alkol kullanma durumu arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12. Hasta grubunda alkol kullanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Evet (n=6)	**Hayır (n=94)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	36,0 (30,0-43,0)	23,0 (18,0-33,0)	0,105
RBSÖ	,0 (,0-2,0)	,5 (,0-1,0)	0,668
İD-Yabancılaşma	7,0 (6,0-9,0)	7,0 (6,0-10,0)	0,766
İD-Kalıp yargıların onaylanması	11,0 (10,0-14,0)	10,0 (9,0-14,0)	0,429
İD-Algılanan ayrımcılık	8,0 (8,0-10,0)	9,0 (8,0-11,0)	0,505
İD-Sosyal geri çekilme	7,0 (6,0-8,0)	8,0 (6,0-11,0)	0,460
İD-Damgalamaya karşı direnç	10,0 (9,0-14,0)	11,0 (9,0-12,0)	0,814
İD-toplam	23,5 (21,0-25,0)	23,0 (18,0-34,0)	0,811

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tutulum yeri arasında SGKÖ (p=0,001), İD-Yabancılaşma (p=0,004) ve İD-Toplam (p=0,002) puan açısından anlamlı farklılık görülmüş ve bu farklılık ayak

tutulumu ile diğer iki tutulum arasında olup ayak tutulumu olanların puanı daha düşüktür. Tutulum yeri arasında RBSÖ (p=0,014) ve İD-Algılanan ayrımcılık (p=0,021) puan açısından anlamlı farklılık görülmüş ve bu farklılık sadece yüz tutulumu ile ayak tutulumu arasında görülmüş olup ayak tutulumu olanların puanı daha düşüktür (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta grubunda tutulum yerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yüz (n=16)	**El (n=40)**	**Ayak (n=44)**	**p***
	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	Ortanca (IQR)	
SGKÖ	31,0(21,5-43,0)[a]	28,5(20,0-35,5)[a]	19,0(16,0-28,0)[b]	**0,001**
RBSÖ	1,0 (,5-1,2)[a]	,5 (,0-1,0)[a,b]	,1 (,0-,6)[b]	**0,014**
İD-Yabancılaşma	9,0 (7,0-12,5)[a]	8,0 (6,0-10,5)[a]	6,0 (6,0-8,5)[b]	**0,004**
İD-Kalıp yargıların onaylanması	11,0 (9,0-16,0)	10,0 (8,5-13,5)	9,5 (8,0-12,0)	0,098
İD-Algılanan ayrımcılık	10,0 (9,0-12,0)[a]	9,5 (7,0-11,5)[a,b]	8,0 (7,0-10,0)[b]	**0,021**
İD-Sosyal geri çekilme	9,0 (8,0-11,0)	8,0 (6,0-10,5)	6,5 (6,0-10,0)	0,173
İD-Damgalamaya karşı direnç	10,0 (8,5-11,0)	10,0 (9,0-11,5)	11,0 (9,0-12,0)	0,058
İD-toplam	27,0(25,0-41,5)[a]	25,5(19,0-34,5)[a]	20,5 (17,0-27,0)[b]	**0,002**

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda SGKÖ puanı ile RBSÖ, yabancılaşma, Kalıp yargıların onaylanması, Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme, toplam puan ve Hastalık süresi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır. RBSÖ puanı ile yabancılaşma, Kalıp yargıların onaylanması, Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme, toplam puan, Hastalık süresi ve lezyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardır. Yabancılaşma ile Kalıp yargıların onaylanması, Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme, toplam puan, Hastalık süresi ve lezyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Kalıp yargıların onaylanması ile Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme, Damgalamaya karşı direnç, toplam puan, Hastalık süresi ve lezyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme, toplam puan ve lezyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Sosyal geri çekilme ile Damgalamaya karşı direnç, toplam puan ve lezyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Toplam puan ile Hastalık süresi ve lezyon sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Hasta grubunda ölçek puanlarını korelasyonu

		SGKÖ	BSÖ	Yabancılaşma	Kalıp yargıların onaylanması	Algılanan ayrımcılık	Sosyal geri çekilme	Damgalamaya karşı direnç	Toplam
RBSÖ	r	**,421**							
	p	**,000**							
Yabancılaşma	r	**,525**	**,482**						
	p	**,000**	**,000**						
Kalıp yargıların onaylanması	r	**,488**	**,346**	**,628**					
	p	**,000**	**,000**	**,000**					

Algılanan ayrımcılık	r	**,399**	**,267**	**,544**	**,641**				
	p	**,000**	**,007**	**,000**	**,000**				
Sosyal geri çekilme	r	**,425**	**,397**	**,578**	**,623**	**,582**			
	p	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**			
Damgalamaya karşı direnç	r	-,094	-,044	,067	**,207**	,165	**,250**		
	p	,352	,660	,506	**,039**	,101	**,012**		
Toplam	r	**,556**	**,446**	**,810**	**,817**	**,772**	**,784**	-,029	
	p	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	**,000**	,774	
Yaş	r	,076	,033	,030	,054	-,018	-,061	-,150	,052
	p	,452	,741	,768	,590	,860	,545	,137	,604
Hastalık başlama yaşı	r	,009	-,070	-,004	,026	-,084	-,097	-,127	-,002
	p	,930	,486	,971	,800	,407	,337	,209	,984
Hastalık süresi	r	**,265**	**,219**	**,315**	**,236**	,133	,180	,170	**,245**
	p	**,008**	**,029**	**,001**	**,018**	,187	,073	,090	**,014**
Lezyon sayısı	r	,191	**,227**	**,211**	**,348**	**,310**	**,295**	,140	**,302**
	p	,057	**,023**	**,035**	**,000**	**,002**	**,003**	,166	**,002**

5. TARTIŞMA

Verruka vulgaris; hayatın her aşamasında görülebilen HPV'nin neden olduğu deride ekzofitik papül veya nodüllere sebep olan, bulaşıcı olabilen bir dermatolojik rahatsızlıktır. Verruka vulgaris lezyonları gerek multipl lezyona yol açabilmesi gerekse hastayı rahatsız edebilen görünüşünden dolayı bireylerin sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına ve sosyal damgalanmaya maruz kalmalarına neden olabilir [2].

Verruka vulgaris'in psikojenik yükünü anlayabilmenin hastaların tedavi sürecine katkısının olabileceği düşüncesiyle ve bilgimiz dahilinde literatürde benzer çalışma bulunmamasından dolayı bu çalışmada verruka vulgaris tanılı hastalarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeklerini kullanarak bu hastalarda psikiyatrik etkilenme durumu araştırılmıştır.

Çalışmamıza 100 verruka vulgaris tanılı hasta ve 100 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 200 katılımcı dahil edilmiştir. Hasta grubunda olanların %59'u kadın ve %41'i erkek iken kontrol grubunda olanların %60'ı kadın ve %40'ı erkek olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Hasta grubunda olanların yaş ortancası 25,0 (21,0-31,0) yıl, kontrol grubunda olanların yaş ortancası 27,0 (25,0-29,0) yıl olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Hasta grubu ve kontrol grubunun benzer sosyodemografik özelliklere sahip olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum çalışmamızın sonucunda elde edilen psikiyatrik verilerin verruka vulgaris ile ilişkisinin daha net değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Hasta grubunda medeni durum, maddi durum, eğitim grubu, yerleşim yeri, ekonomik durum, çalışma durumu ve alkol kullanımına göre bakıldığında hiçbirinde ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçmek amacıyla içselleştirilmiş damgalanma ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır. İDÖ yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalamaya direnç olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde dörtlü Likert ölçeğine göre puanlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt bölümü ters olarak kodlanıp geçerlilik kontrolü görevi de görmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha şiddetli damgalanmayı göstermektedir. Damgalanma açısından olumsuz etkinin, yüz

ve el gibi sosyal ortamlarda net görülebilen vücut kısımlarının tutulduğu kişilerde daha şiddetli olması beklenir.

Çalışmamızda İD toplam puanı ve yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt ölçekleri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. İDÖ toplam puanı, hastalık süresi ve lezyon sayısı ile pozitif korelasyon göstermektedir. Ayrıca İDÖ toplam puanı ve yabancılaşma alt ölçeği puanı yüz ve el tutulumu olan hastalarda ayak tutulumu olan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Algılanan ayrımcılık alt ölçeği puanında ise sadece yüz ve ayak tutulumu arasında fark gözlenmiş olup yine ayak tutulumu olan hastalarda daha düşük puan saptanmıştır. Dolasıyla lezyonlar görünür bölge yerleşimliyse, lezyon sayısı arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça içselleştirilmiş damgalanma şiddeti artar denilebilir. Ulaştığımız bu bulgular literatürle uyumludur.

Literatürdeki diğer çalışmalara bakacak olursak Alpsoy ve arkadaşları 1485 psoriazis hastasıyla yapılan çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir [67].

Bilgiç Temel ve arkadaşları akne (n=50), vitiligo (n=50) ve alopesi areata (n=50) hastalarını değerlendirmişlerdir ve yine içselleştirilmiş damgalanma puanları yüksek saptanmıştır [68].

Başka bir çalışmada ise Alopesi areata hastalarının %85'inin az veya çok değişmekle birlikte belli bir dereceye kadar içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları öne sürülmüştür ve bu damgalanma durumunun sosyal destek arttıkça azalma eğilimi gösterdiği saptanmıştır [69].

Diğer bir çalışmada verruka hastalarında yüksek içselleştirilmiş damgalanma puanları saptanmıştır. Çalışma kişilerin, toplumun olumsuz kalıplaşmış yargılarını içselleştirdiklerini göstermektedir. Toplam lezyon sayısı ve el tutulumlu lezyon sayısı arttığında içselleştirilmiş damgalanma seviyesinin de korele olarak arttığı, ek olarak yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt ölçeklerinin de yine lezyon sayısının ve el tutulumunun artışıyla arttığı saptanmıştır. Sonuç olarak, hastaların psikososyal olarak değerlendirilmesinin hastalığın seyrinde ve tedavide önemli bir komponent olduğunu belirtilmiştir [70].

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yabancılaşma ve kalıp yargıların onaylanması alt ölçek puanları hastalık süresi ve lezyon sayısı ile pozitif yönde

korelasyon göstermektedir. Algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt ölçek puanlarının ise lezyon sayısı ile pozitif anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu ortaya konmuştur.

Hidradenitis süpürativa hastalarında yapılan bir çalışmada obezite, ailede hastalık öyküsü, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, vulva-skrotum tutulumu yüksek içselleştirilmiş damgalanmanın anlamlı ve bağımsız prediktif faktör olarak saptanmıştır. Ek olarak içselleştirilmiş damgalanma puanı hastalık aktivite, yaşam kalitesi ve ağrı skorları ile korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur [71].

Bir diğer çalışmada melasma hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin araştırıldığı bir çalışmadır ve hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [72].

Çalışmamızda hasta grubu ile kontrol grubu arasında benlik saygısını karşılaştırmak için Rosenberg benlik saygısı ölçeği kullanılmıştır.

Genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde, kişilerin benlik saygısını, karakterini ve cinsel kimliğini geliştirdikleri yaş grubunda başlayan bir deri rahatsızlığının bu gelişim sürecini baltalayabilir ve sosyal ilişkileri son derece olumsuz etkileyebilir [73].

Literatüre bakarsak 60 genital siğili olan hastada yapılan bir çalışmada hastaların kontrol grubuna göre benlik saygılarının düşük olduğu ve yüksek utanç duygusu yaşadıkları belirtilmiştir [74].

40 vitiligo tanılı hasta ve 40 kontol grubundan oluşan bir diğer çalışmada, yaşam kalitesi ile benlik saygısı seviyelerinde pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [75].

Sharma ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise vitiligo hastaları ve kontrol grubu arasında benlik saygısı açısından anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir [76].

Akne vulgaris ile hem yaşam kalitesi hem de benlik saygısı arasındaki bağlantıyı araştıran bir çalışmada şiddeti artan aknenin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceği gösterildi [77].

2016 yılında yapılan bir çalışmada atopik dermatit ve akne vulgarisin psikiyatrik etkileri incelenmiş ve özellikle kadın akne vulgaris hastalarının benlik saygısının etkilendiği belirlenmiştir [78].

Bu bulgulara karşıt olarak 2015 yılında yapılan bir çalışmada ne akne ile ne de akne vulgaris şiddetiyle benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır [79].

Jiang ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada melazma hastalarının benlik saygısı ölçülmüş ve hastaların kendilerine olan güveninin ve benlik saygısının azaldığını ve bunun lezyonun görünürlüğüyle olan pozitif ilişkisini saptamışlardır [80].

Görüldüğü üzere dermatolojik hastalıklar ve benlik saygısı arasındaki ilişki ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış, çoğunlukla benlik saygısının olumsuz etkilendiği gösterilse de aksini gösteren birkaç çalışma da yayınlanmıştır.

Çalışmamızda verruka vulgaris hastalarının Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları kontrol grubundakilere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum verruka vulgaris hastalarının benlik saygısının daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca tutulum yeri açısından baktığımızda yüz tutulumu olan hastaların ayak tutulumu olan hastalara göre daha düşük benlik saygısına sahip oldukları belirlenmiştir. Hastalık süresi ve lezyon sayısı arttıkça benlik saygısının düştüğü de saptanmıştır. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz diğer bir ölçek olan içselleştirilmiş damgalanma ölçeği puanları ile Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları hasta grubunda pozitif yönde anlamlı ilişki göstermektedir. Bu bulgular verruka vulgaris hastalarının kontrol grubuna göre hem içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu hem de benlik saygısının daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda sosyal görünüş kaygısını değerlendirmek amacıyla Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır. Sosyal görünüş kaygısı bir sosyal kaygı türüdür ve kişinin sahip olduğu fiziksel özelliklerinin toplumdaki başka insanlar tarafından olumsuz şekilde değerlendirilmesi, yargılanması durumuna duyulan endişe olarak tanımlanmaktadır [65]. Bu endişe duygusu bireyi fiziksel görünümü ile fazlasıyla meşgul olmasına neden olmakta ve olumsuz yargılara karşıt olarak korku mekanizması geliştirmesiyle sonuçlanmaktadır [81].

Literatürde bilgimiz dahilinde verruka vulgaris hastalarında sosyal görünüş kaygısı ile ilgili yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Araştırmamızda hasta grubunda

kadınların sosyal görünüş kaygısı puanları erkeklerin puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine hasta grubunda sigara kullananların sosyal görünüş kaygısı puanı kullanmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ancak verruka vulgaris hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre sosyal görünüş kaygısı puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tutulum yeri açısından değerlendirdiğimizde el ve yüz tutulumu olan hastalarda ayak tutulumu olan hastalara göre sosyal görünüş kaygısı puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre verruka vulgaris hastalığı anlamlı bir sosyal görünüş kaygısı oluşturmamakta olmasına rağmen lezyonların el ve yüz gibi görünür bölgelere yerleştiği hastalarda sosyal görünüş kaygısı görünmeyen bölge lezyonlarına oranla daha yüksek saptanmıştır. Hastalık süresi uzadıkça sosyal görünüş kaygısında artış belirlenmiştir. Hasta grubunda sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin alt ölçekleri olan yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanları arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Literatürde sosyal görünüş kaygısının cinsiyete göre farklılığı olup olmadığını saptamak için yapılan birkaç çalışmada sosyal görünüş kaygısı ile cinsiyet arasında anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir [82,83].

Akne vulgaris'te sosyal görünüş kaygısını araştıran bir çalışmada hastaların sosyal görünüş kaygısının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek çıktığı sonucuna varılmıştır [84].

Psöriazis hastalarında yapılan bir diğer çalışmada sosyal anksiyete düzeylerinin sağlıklı gruba oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir [85].

2023 yılında akne, rozasea ve seboreik dermatitli hastalarla yapılan bir çalışma tüm hasta gruplarının sosyal görünüş kaygısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğunu göstermektedir. En yüksek sosyal görünüş kaygısına sahip hasta grubunun ise rozasea hastaları olduğu saptanmıştır [86].

Verruka vulgaris hastalığı olan adolesan çağdaki bireylerde sosyal kaygı ve benlik saygısının etkilenip etkilenmediğini araştıran bir çalışmada hem benlik saygısının hem de sosyal kaygının etkilenmediği bulunmuştur ancak benlik saygısı hastalarda sosyal fobi ile ilişkilendirilmiştir [60].

Literatürde benlik saygısının genital siğillerle ilişkisini araştırmış bir çalışma olsa da bilgimiz dahilinde verruka vulgaris hastalarında benlik saygısını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bahsedilen açılardan bu çalışma bir ilk olma niteliği taşımaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma ve verruka ilişkisini araştıran çalışmalar yapılmıştır ve bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde verruka hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıklarına bakacak olursak hasta grubunun 18-65 yaş arasında seçilmiş olması karakter gelişimi ve sosyal açıdan önemli bir dönem olan 18 yaş altı adolesanların çalışmaya alınamamalarından bahsedilebilir. 18 yaşın altındaki hastalarda ebeveyn izni gerektiğinden çalışmamıza alınamamıştır. Ayrıca tek merkezli olması çalışmanın sonuçlarının genele yayılması açısından sorun oluşturabilir. İlerleyen dönemde çok merkezli ve daha fazla sayıda hasta üzerinden yapılacak çalışmalarla daha net sonuçlara ulaşılabilecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, verruka vulgaris tanılı hastaların benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri değerlendirilmiş ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular verruka vulgaris hastalarının psikososyal olarak önemli düzeyde etkilendiklerini göstermektedir.

Çalışmanın bulgularını özetlediğimizde;

- Verruka vulgaris hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir. Bu durum özellikle lezyonların görünür bölgelerde yer aldığı, hastalık süresinin uzadığı ve lezyon sayısının arttığı durumlarda daha belirgin hale gelmektedir.
- Verruka vulgaris hastalarında yabancılaşma, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alt ölçek puanları hasta grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.
- Benlik saygısı, verruka vulgaris hastalarında belirgin şekilde düşük bulunmuştur. Yüz tutulumu olan hastalar, ayak tutulumu olanlara göre daha düşük benlik saygısına sahiptir.
- Sosyal görünüş kaygısı, genel olarak hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark göstermemekle birlikte; kadın hastalarda, sigara kullananlarda ve el/yüz tutulumu olanlarda daha yüksek bulunmuştur.
- İçselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygısı ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir.
- Hastalık süresi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin ve sosyal görünüş kaygısının arttığı, benlik saygısının ise azaldığı bulunmuştur.
- Lezyon sayısı arttıkça benlik saygısının azaldığı ve içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı saptanmıştır. Sosyal görünüş kaygısı ve lezyon sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu bulgular, verruka vulgaris'in yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal etkilerinin de dikkate alınması gereken bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır.

Öneriler:

Verruka vulgaris hastalarının tedavisinde yalnızca lezyonlara odaklanmak yerine, psikososyal durumlarının da değerlendirilmesi; özellikle benlik saygısı düşük, damgalanma hissi yaşayan ve sosyal görünüş kaygısı yüksek hastalarda psikolojik destek sağlanması önerilir.

Dermatoloji kliniklerinde kapsamlı hasta değerlendirmesini takiben gerekirse psikiyatri, psikoloji ve sosyal hizmet uzmanlarıyla iş birliği içinde çalışılarak hastalara multidisipliner bir yaklaşım sunulması önerilir.

Özellikle yüz ve eller gibi sosyal olarak görünür bölge lezyonları bulunan hastaların damgalanma ve sosyal anksiyete açısından daha yüksek risk taşıdığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışma tek merkezli ve 100 hasta üzerinden yapılmış bir çalışmadır. Dolayısıyla elde edilen sonuçları genele yayma konusunda problem olabilir. Daha geniş örneklem gruplarıyla, farklı yaş gruplarını (özellikle adolesanları) kapsayan, çok merkezli çalışmalar yapılması; ayrıca hastaların tedavi süreçlerinde psikososyal destek girişimlerinin etkinliğini ölçmeye yönelik müdahale çalışmaları planlanması yararlı olacaktır.

Verruka vulgaris gibi bulaşıcı ve görünür cilt hastalıklarının sosyal damgalanmaya yol açabileceği konusunda toplumu bilgilendirici kampanyalar düzenlenmesi, damgalanmanın azaltılmasına ve toplumsal farkındalığın artırılmasına katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak, verruka vulgaris yalnızca dermatolojik değil, aynı zamanda psikososyal etkileri de olan bir hastalık olarak ele alınmalı; hastaların yaşam kalitesini artırmak amacıyla hem medikal hem de psikososyal boyutlarda desteklenmeleri sağlanmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1) Zhu, P., Qi, R., Yang, Y., Huo, W., Zhang, Y., He, L., Wang, G., Xu, J., Zhang, F., & Yang, R. (2022). Clinical guideline for the diagnosis and treatment of cutaneous warts (2022). *Journal of Evidence-Based Medicine*, *15*(3), 284–301.

2) Iida, S., Sugioka, K., Kondo, M., Matsushima, Y., Mizutani, K., Habe, K., & Yamanaka, K. (2020). Verruca Vulgaris and Seborrheic Keratosis Exacerbated by Immunosuppression. *Case Reports in Dermatological Medicine*, *2020*(1), 6682694.

3) Green, S. P., & Pritchard, M. E. (2003). Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *31*(3), 215–222.

4) Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, *5*(2), 201–222.

5) Tafarodi, R. W., & Swann Jr, W. B. (1995). Self-linking and self-competence as dimensions of global self-esteem: initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, *65*(2), 322–342.

6) J.L. Bolognia, J. L. J. and R. P. R. (2012). *J.L. Bolognia, J.L. Jorizzo, and R.P. Rapini, Editors. 2012, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul. p. 1183-98.* (Vol. 1).

7) zur Hausen, H. (1976). Condylomata acuminata and human genital cancer. *Cancer Research*, *36*(2_Part_2), 794.

8) Plunkett, A., Merlin, K., Gill, D., Zuo, Y., Jolley, D., & Marks, R. (1999). The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia. *International Journal of Dermatology*, *38*(12), 901–908.

9) Roden, R. B. S., Lowy, D. R., & Schiller, J. T. (1997). Papillomavirus is resistant to desiccation. *Journal of Infectious Diseases*, *176*(4), 1076–1079.

10) Burd, E. M., & Dean, C. L. (2016). Human papillomavirus. *Diagnostic Microbiology of the Immunocompromised Host*, 177–195.

11) Prevention, D. of S. T. D. (1999). *Prevention of genital HPV infection and sequelae: Report of an external consultants' meeting*. Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, GA.

12) Lewis, R. M., Laprise, J.-F., Gargano, J. W., Unger, E. R., Querec, T. D., Chesson, H. W., Brisson, M., & Markowitz, L. E. (2021). Estimated prevalence and incidence of disease-associated human papillomavirus types among 15-to 59-year-olds in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, *48*(4), 273–277.

13) de Villiers, E.-M., Fauquet, C., Broker, T. R., Bernard, H.-U., & zur Hausen, H. (2004). Classification of papillomaviruses. *Virology*, *324*(1), 17–27.

14) de Sanjose, S., Brotons, M., & Pavon, M. A. (2018). The natural history of human papillomavirus infection. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *47*, 2–13.

15) Doorbar, J., Quint, W., Banks, L., Bravo, I. G., Stoler, M., Broker, T. R., & Stanley, M. A. (2012). The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine*, *30*, F55–F70.

16) Schiller, J. T., & Okun, M. M. (1996). Papillomavirus vaccines: current status and future prospects. *Advances in Dermatology*, *11*, 355–380.

17) Rübben, A., Kalka, K., Spelten, B., & Grußendorf-Conen, E.-I. (1997). Clinical features and age distribution of patients with HPV 2/27/57-induced common warts. *Archives of Dermatological Research*, *289*, 337–340

18) Abeck, D., Tetsch, L., Lüftl, M., & Biedermann, T. (2019). Extragenital cutaneous warts–clinical presentation, diagnosis and treatment. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *17*(6), 613–634.

19) KARADAĞ, A. S., & BALTA, İ. (2013). Human Papilloma Virüsler ve Deri. *Turkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics*, *6*(2), 47–57.

20) Keefe, M., Al-Ghamdi, A., Coggon, D., Maitland, N. J., Egger, P., Keefe, C. J., Carey, A., & Sanders, C. M. (1994). Butchers' warts: no evidence for person to person transmission of HPV7. *British Journal of Dermatology*, *130*(1), 15–17.

21) Majewski, S., & Jabłońska, S. (1995). Epidermodysplasia Verruciformis as a Model of Human Papillomavirus—Induced Genetic Cancer of the Skin. *Archives of Dermatology*, *131*(11), 1312–1318.

22) Orth, G. (2006). Genetics of epidermodysplasia verruciformis: insights into host defense against papillomaviruses. *Seminars in Immunology*, *18*(6), 362–374.

23) Przybyszewska, J., Zlotogorski, A., & Ramot, Y. (2017). Re-evaluation of epidermodysplasia verruciformis: Reconciling more than 90 years of debate. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *76*(6), 1161–1175.

24) Betz, S. J. (2019). HPV-related papillary lesions of the oral mucosa: a review. *Head and Neck Pathology*, *13*(1), 80–90.

25) Peng, W.-S., & Tan, C. (2016). Bowenoid papulosis in a linear distribution. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, *33*(2), 146–148.

26) Harris, A. M. P., & van Wyk, C. W. (1993). Heck's disease (focal epithelial hyperplasia): a longitudinal study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *21*(2), 82–85.

27) Kirnbauer, R., & Lenz, P. (2012). Human papillomaviruses. *Dermatology*, *2*(3), 1303–1319.

28) Silverberg, M. J., Thorsen, P., Lindeberg, H., Grant, L. A., & Shah, K. v. (2003). Condyloma in pregnancy is strongly predictive of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis. *Obstetrics & Gynecology*, *101*(4), 645–652.

29) Toussaint, S., Hideko, K., Elder, D., Elenitsas, R., Jaworsky, C., & Johnson, B. (1997). *Lever's histopathology of the skin*.

30) Fazel, N., Wilczynski, S., Lowe, L., & Su, L. D. (1999). Clinical, histopathologic, and molecular aspects of cutaneous human papillomavirus infections. *Dermatologic Clinics*, *17*(3), 521–536.

31) Gross, G., Pfister, H., Hagedorn, M., & Gissmann, L. (1982). Correlation between human papillomavirus (HPV) type and histology of warts. *Journal of Investigative Dermatology*, *78*(2), 160–164.

32) Araújo, M. G., Magalhães, G. M., Garcia, L. C., Vieira, É. C., Carvalho-Leite, M. de L. R. de, & Guedes, A. C. M. (2021). Update on human papillomavirus-Part II: complementary diagnosis, treatment and prophylaxis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *96*, 125–138.

33) Léonard, B., Kridelka, F., Delbecque, K., Goffin, F., Demoulin, S., Doyen, J., & Delvenne, P. (2014). A clinical and pathological overview of vulvar condyloma acuminatum, intraepithelial neoplasia, and squamous cell carcinoma. *BioMed Research International*, *2014*(1), 480573.

34) AYDOĞAN, K. (2013). Genital Viral Dermatozlar. *Turkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics*, *6*(2), 10–20.

35) Steben, M., & Garland, S. M. (2014). Genital warts. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *28*(7), 1063–1073.

36) Wang, Y. S., Tay, Y. K., Kwok, C., & Tan, E. (2007). Photodynamic therapy with 20% aminolevulinic acid for the treatment of recalcitrant viral warts in an Asian population. *International Journal of Dermatology*, *46*(11), 1180–1184.

37) ÇALIKOĞLU, E., & GÜRGEY, E. (1999). Kriyocerrahinin dermatolojide kullanım alanları. *Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, *9*(2), 104–111.

38) Abeck, D., Tetsch, L., Lüftl, M., & Biedermann, T. (2019). Extragenital cutaneous warts–clinical presentation, diagnosis and treatment. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *17*(6), 613–634.

39) Boull, C., & Groth, D. (2011). Update: treatment of cutaneous viral warts in children. *Pediatric Dermatology*, *28*(3), 217–229.

40) Stender, I., Lock-Andersen, J., & Christian Wulf, H. (1999). Recalcitrant hand and foot warts successfully treated with photodynamic therapy with topical 5-aminolaevulinic acid: a pilot study. *Clinical and Experimental Dermatology*, *24*(3), 154–159.

41) Micali, G., Dall'Oglio, F., Nasca, M. R., & Tedeschi, A. (2004). Management of cutaneous warts: an evidence-based approach. *American Journal of Clinical Dermatology*, *5*, 311–317.

42) Ebrahimi, S., Dabiri, N., Jamshidnejad, E., & Sarkari, B. (2007). Efficacy of 10% silver nitrate solution in the treatment of common warts: a placebo-controlled, randomized, clinical trial. *International Journal of Dermatology*, *46*(2), 215–217.

43) Yen Moore, A. (2009). Clinical applications for topical 5-fluorouracil in the treatment of dermatological disorders. *Journal of Dermatological Treatment*, *20*(6), 328–335.

44) Berman, B., & Weinstein, A. (2000). Treatment of warts. *Dermatologic Therapy*, *13*(3), 290–304.

45) von KROGH, G. E. O. (1981). Penile condylomata acuminata: an experimental model for evaluation of topical self-treatment with 0.5–1.0% ethanolic preparations of podophyllotoxin for three days. *Sexually Transmitted Diseases*, *8*(3), 179–186.

46) Georgala, S., Katoulis, A. C., Georgala, C., Bozi, E., & Mortakis, A. (2004). Oral isotretinoin in the treatment of recalcitrant condylomata acuminata of the cervix: a randomised placebo controlled trial. *Sexually Transmitted Infections*, *80*(3), 216–218.

47) Kim, S. Y., Jung, S. K., Lee, S. G., Yi, S. M., Kim, J. H., & Kim, I.-H. (2013). New alternative combination therapy for recalcitrant common warts: the efficacy of imiquimod 5% cream and duct tape combination therapy. *Annals of Dermatology*, *25*(2), 261.

48) Buckley, D. A., & du Vivier, A. W. P. (2001). The therapeutic use of topical contact sensitizers in benign dermatoses. *British Journal of Dermatology*, *145*(3), 385–405.

49) Al-Gurairi, F. T., Al-Waiz, M., & Sharquie, K. E. (2002). Oral zinc sulphate in the treatment of recalcitrant viral warts: randomized placebo-controlled clinical trial. *British Journal of Dermatology*, *146*(3), 423–431.

50) Varada, S., Posnick, M., Alessa, D., & Ramírez-Fort, M. K. (2014). Management of cutaneous human papillomavirus infection in immunocompromised patients. *Human Papillomavirus*, *45*, 197–215.

51) Sterling, J. C., Gibbs, S., Haque Hussain, S. S., Mohd Mustapa, M. F., Handfield-Jones, S. E., Hughes, J. R., Griffiths, M., McDonagh, A. J., Punjabi, S., & Buckley, D. A. (2014a). British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014. *British Journal of Dermatology*, *171*(4), 696–712.

52) Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, *5*(2), 201–222.

53) Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *268*, 209–212.

54) Masuch, T. V., Bea, M., Alm, B., Deibler, P., & Sobanski, E. (2019). Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *11*, 211–220.

55) Wan, M. T., Pearl, R. L., Fuxench, Z. C. C., Takeshita, J., & Gelfand, J. M. (2020). Anticipated and perceived stigma among patients with psoriasis. *Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis®*, *5*(3), 93–99.

56) Mohta, A., Jain, S. K., Kushwaha, R. K., Singh, A., Gautam, U., & Nyati, A. (2021). Estimating the impact of extragenital warts versus genital warts on quality of life in immunocompetent Indian adult patients: A comparative cross-sectional study. *Indian Journal of Dermatology*, *66*(1), 44–48.

57) Silvestri, P. R., Baglioni, V., Cardona, F., & Cavanna, A. E. (2018). Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: a systematic literature review. *European Journal of Paediatric Neurology*, *22*(5), 749–756.

58) Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.

59) Beattie*, P. E., & Lewis-Jones, M. S. (2006). A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *British Journal of Dermatology*, *155*(1), 145–151.

60) Unal, D., Cengiz, F. P., & Emiroglu, N. (2019). Does verruca vulgaris affect social anxiety and self-esteem in adolescents? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *31*(1), 20160124.

61) Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Social anxiety and social anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*(1), 249–274.

62) Papapanou, T. K., Bacopoulou, F., Michou, M., Kanaka-Gantenbein, C., Vlachakis, D., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2023). Validation of the Greek version of social appearance anxiety scale in adolescents and young adults. *EMBnet. Journal*, *28*.

63) Çuhadaroğlu, F. (1986). Adolesanlarda benlik saygısı. *Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara*.

64) Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31–49.

65) Hart, Trevor A., et al. "Development and examination of the social appearance anxiety scale." *Assessment* 15.1 (2008): 48-59.

66) Doğan, Tayfun. "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması." *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 39.39 (2010): 151-159.

67) Alpsoy, E., Polat, M., FettahlıoGlu-Karaman, B., Karadag, A. S., Kartal-Durmazlar, P., YalCın, B., Emre, S., Didar-Balcı, D., Bilgic-Temel, A., & Arca, E. (2017).

Internalized stigma in psoriasis: a multicenter study. *The Journal of Dermatology*, *44*(8), 885–891.

68) Temel, A. B., Bozkurt, S., Senol, Y., & Alpsoy, E. (2019). Internalized stigma in patients with acne vulgaris, vitiligo, and alopecia areata. *Turkish Journal of Dermatology*, *13*(3), 109–116.

69) Drake, L., Lee, K., Li, S., & Mostaghimi, A. (2023). 44313 Self-Stigmatization and Alopecia Areata; Exploring the Role of Social Support, Helplessness, and Illness Acceptance. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *89*(3), AB222.

70) Dogan, E. I., & Kurt, B. O. (2022). Internalized stigma in patients with verruca: Verruka hastalarinda icsellestirilmis damgalanma. *Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, *56*(4), 154–159.

71) Bilgic, A., Fettahlıoglu Karaman, B., Demirseren, D. D., Cınar, L., Kacar, N., Türel Ermertcan, A., Bulbul Baskan, E., Güven, M., Yazici, S., & Özkök Akbulut, T. (2023). Internalized stigma in hidradenitis suppurativa: A multicenter cross-sectional study. *Dermatology*, *239*(3), 388–396.

72) Özkesici Kurt, B., İnan Doğan, E., Özdemir, M., & Alpsoy, E. (2021). Internalized stigma: One of the main factors responsible for the psychosocial burden of melasma? *Journal of Cosmetic Dermatology*, *20*(4), 1182–1187.

73) Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2013). Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clinics in Dermatology*, *31*(1), 72–79.

74) Jeynes, C., Chung, M. C., & Challenor, R. (2009). 'Shame on you'–the psychosocial impact of genital warts. *International Journal of STD & AIDS*, *20*(8), 557–560.

75) Sabuncuoğlu, M., Sabuncuoğlu, Y. D., Öztürk, A., Bağcıoğlu, E., & Akıncı, E. (2014). Vitiligo hastalarda yaşam kalitesi ve psikojenik faktörlerin değerlendirilmesi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *5*(1).

76) Sharma, D., Mathur, D. M., Jeenger, J., Sharma, M., & Gupta, K. (2018). Quality of life and self-esteem in patients with psoriasis, vitiligo and healthy controls: A cross sectional study. *Telangana Journal of Psychiatry*, *4*(2), 96–102.

77) Hosthota, A., Bondade, S., & Basavaraja, V. (2016). Impact of acne vulgaris on quality of life and self-esteem. *Cutis*, *98*(2), 121–124.

78) Nguyen, C. M., Koo, J., & Cordoro, K. M. (2016). Psychodermatologic effects of atopic dermatitis and acne: a review on self-esteem and identity. *Pediatric Dermatology*, *33*(2), 129–135.

79) Vilar, G. N., Santos, L. A. dos, & Sobral Filho, J. F. (2015). Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *90*, 622–629.

80) Jiang, J., Akinseye, O., Tovar-Garza, A., & Pandya, A. G. (2018). The effect of melasma on self-esteem: A pilot study. *International Journal of Women's Dermatology*, *4*(1), 38–42.

81) Boursier, V., Gioia, F., & Griffiths, M. D. (2020). Do selfie-expectancies and social appearance anxiety predict adolescents' problematic social media use? *Computers in Human Behavior*, *110*, 106395.

82) Çakmak, A., & Sakarya, S. (2020). FARKLI TÜRDE LİSELERE DEVAM EDEN ÖĞRENCİLERİN SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGILARI İLE SOSYAL KARŞILAŞTIRMA DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, *19*(74), 680–691.

83) Çetinkaya, B., Gülaçtı, F., & Çiftci, Z. (2019). Lise öğrencilerinin sosyal görünüş kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, *10*(17), 904–922.

84) Kurhan, F., Ozaydin, Y. G., & Kubra, T. (2021). Social appearance anxiety in patients with acne vulgaris: A case-control study. *Haseki Tip Bulteni*, *59*(3), 234–238.

85) Yildirim FE, Şeremet S, Afşar FŞ, Yildiz İ, İyidoğan E. Evaluation of Social Anxiety Levels and Related Factors in Psoriasis Patients: A Controlled, Cross-Sectional Study. Noro Psikiyatr Ars. 2020 Jan 27;57(2):148-15.

86) Ozcan, Y., Sungur, M. A., Ozcan, B. Y., Eyup, Y., & Ozlu, E. (2023). The psychosocial impact of chronic facial dermatoses in adults. *Dermatology Practical & Conceptual*, *13*(1), e2023029

87) Yildirim, F. E., Şeremet, S., Afşar, F. Ş., Yildiz, I., & İyidoğan, E. (2020). Evaluation of social anxiety levels and related factors in psoriasis patients: a controlled, cross-sectional study. *Archives of Neuropsychiatry*, *57*(2), 148.