



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

ALOPESİ AREATA HASTALARININ CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sena İnal Aptoula

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2022

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

ALOPESİ AREATA HASTALARININ CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sena İnal Aptoula

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bizleri bilimsel, sosyal ve psikolojik dahil her konuda destekleyen, tez çalışmamda desteğini esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay'a;

Bilgi ve tecrübelerini her daim paylaşan aynı zamanda bir abla kadar yakın olan Doç.Dr. Aslı Aksu Çerman'a;

Eğitimim süresince destekleri ile kendimi geliştirmeme vesile olan Uzm. Dr. Yasemin Erdem'e, başta Dr. Onur Sivaz olmak üzere birlikte çalışmaktan keyif aldığım, bu süreçte desteklerini esirgemeyen Ahmet Kayaaltı, Ali Ensar Gündüz, Ayşenur Akdeniz, Cemre Akpulat asistan arkadaşlarıma ve dermatoloji çalışma ekibine;

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen aileme,

Son olarak da koşulsuz desteği ile her zaman yanımda olan, bu zorlu süreci benimle birlikte göğüsleyen sevgili eşim Emre Aptoula'ya

Sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sena İnal Aptoula

İstanbul, 2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR…….....i
İÇİNDEKİLER……ii
SİMGELER VE KISALTMALAR…….....iv
TABLOLAR DİZİNİ……..…….....v
ŞEKİLLER DİZİNİ…….…….....….vi
ÖZET…….....vii
ABSTRACT……....ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ…….....1
2.GENEL BİLGİLER……..3
2.1.Kılın Embriyolojik Gelişimi ……....3
2.2.Kıl Folikülünün Fonksiyonel Anatomisi ……..……..4
2.3.Kıl Folikül Tipleri……..….5
2.4.Kıl Folikül Siklusu ……...6
2.5.Alopesi Areata…….....7
2.5.1.Tarihçesi.……..……..7
2.5.2.Epidemiyolojisi……..8
2.5.3.Etyopatogenez…….....8
2.5.3.1.Genetik Faktörler……....8
2.5.3.2.Çevresel Faktörler……...9
2.5.3.3.Viral Enfeksiyonlar……...10
2.5.3.4.Diğer……..10
2.5.4.Klinik.....……..……...11
2.5.5.Tanı..……..…..…11
2.5.5.1.Trikoskopi-Kıl ve Saçlı Deri Dermoskopisi…….12
2.5.5.2.Histopatoloji……..……12
2.5.6.Alopesi Areata Hastalık Aktivitesi ve Şiddetinin Belirlenmesi…...13
2.5.6.1.SALT Skoru.…….13

2.5.7.Ayırıcı Tanı…….14
2.5.8.Eşlik Eden Durumlar……15
2.5.8.1.Psikiyatrik Durumlar…….15
2.5.9.Tedavi……..……18
2.5.9.1.Topikal Tedaviler……..18
2.5.9.2.Sistemik Tedaviler ……...21
2.5.9.3.Psikiyatrik Tedaviler…….…22
2.6.Alopesi Areata ve Psikiyatrik Komorbiditeler ……..23
2.7.Alopesi Areata ve Beden İmajı……..24
3.GEREÇ VE YÖNTEM……..…….26
3.1.Kullanılan Ölçekler ve Formlar……..26
3.1.1.Sosyodemografik Özellikler Formu…….26
3.1.2.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği……27
3.1.3.BECK Anksiyete Ölçeği……..27
3.1.4.BECK Depresyon Ölçeği…….27
3.1.5.Beden Algısı Ölçeği…….28
3.1.6.Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi……...28
3.2.SALT Skorunun Hesaplanması……..28
3.3.İstatistik……...……29
4.BULGULAR……30
5.TARTIŞMA……...…43
6.SONUÇLAR…….51
7.KAYNAKLAR…….54
8.EKLER…….61
9.ÖZGEÇMİŞ…….81

SİMGELER VE KISALTMALAR

AA: Alopesi areata

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AD: Atopik dermatit

Arizona SES: Arizona Sexual Experiences Scale

AT: Alopesi totalis

AU: Alopesi universalis

AGA: Androjenetik alopesi

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

BECK-A: BECK Anksiyete

BECK-D: BECK Depresyon

DLQI: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

DNCB: Dinitroklorobenzen

DPCP: Difenilsiklopropenon

HLA: İnsan lökosit antijenleri

IFN-γ: İnterferon gama

IL: İnterlökin

JAK: Janus kinaz

MHC: Majör histokompatibilite kompleks

MS: Milattan sonra

NK: Doğal öldürücü

pDC: Plazmositoid dendritik hücreler

PUVA: Psoralen ve ultraviyole A

SADBE: Skuarik asit dibutilester

SALT: Severity of Alopecia Tool

SLE: Sistemik lupus eritematozus

Std: Standart

TE: Telojen effluvium

Th: T helper

TNF-α: Tümör nekroz faktörü alfa

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kontrol ve hasta grubunun sosyodemografik verileri

Tablo 1. Katılımcıların Yaş, Beden Algısı Ölçeği, DLQI, ArizonaCYÖ, BECK-D, BECK-A, AA süresi ve SALT Skoru Ortalamaları

Tablo 3. Hasta ve Kontrol gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4. Hasta ve Kontrol grupları arasında Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA skorları karşılaştırılması

Tablo 5. Hasta grubunda Beden Algısı Ölçeği DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA ölçek skorları ile Alopesi Areata süresi, SALT Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Yaş ile Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru Karşılaştırılması

Tablo 7. Hasta grupta Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 8. Hasta grubunda medeni duruma göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılması

Tablo 9. Hasta grubunda Seksüel aktivite durumları ile Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılması

Tablo 10. Hasta grupta ek hastalık varlığına göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun incelenmesi

Tablo 11. Hasta grubunda Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun Beden Algısı Ölçeği ile ilişkilerinin incelenmesi

Tablo 12. Kontrol grubunda Arizona CYÖ ile DLQI ve BECKA Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Tablo 13. Kontrol grubunda Arizona CYÖ'ye etki eden faktörler

Tablo 14. Hasta grubunda Arizona CYÖ üzerinde etki eden faktörler

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil-1. Kıl Folikülünün Yapısı

Şekil-2. Kıl Folikülü Döngüsü Evreleri

Şekil-3. SALT Skoru Saçlı Deri Yüzey Alanları

Şekil-4. Hastalık Şiddetine Göre Belirli Hasta Yaş Gruplarında Birinci Basamak AA Tedavisi

Şekil-5. Katılımcıların Yaş, DLQI, ArizonaCYÖ, BECK-D, BECK-A, AA süresi ortalamaları

Şekil-6. Katılımcıların Beden Algısı Ölçeği Ortalamaları

Şekil-7. Katılımcıların Mesleklere Göre Dağılımları

Şekil-8. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

Şekil-9. Hasta ve Kontrol grupları arasında Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA skorları karşılaştırılması

Şekil-10. Hasta grupta kadın ve erkeklerde Arizona CYÖ ve SALT Skorlarının Karşılaştırılması

ÖZET

Alopesi areata hastalarının cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesi

Amaç: Saç dökülmesi, kişilerde daha zayıf bir benlik kavramı, daha zayıf bir vücut imajı, karşı cins tarafından daha az çekici hale gelme ve daha az arzulanılan partnerler haline gelme durumlarına yol açmaktadır. Bu durum hastaların cinsel hayat kalitelerinde düşmeye ve cinsel fonksiyonlarında bozulmalara neden olmaktadır. Bu sebeple biz bu çalışmada AA hastalarının cinsel fonksiyonları, beden algıları ve dermatolojik yaşam kalitelerinin değerlendirmeyi, anksiyete ve depresyon düzeylerini saptayıp, sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmayı ve bu parametrelerin hastalık şiddeti ile ilişkilerini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 49 AA tanılı hasta ve 50 sağlıklı gönüllü dâhil edildi. Örneklemi oluşturan bireyler ile ilgili bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikler formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği araştırmacı gözetimi altında araştırmaya katılanlar tarafından doldurduldu. AA şiddeti hekim tarafından yapılan klinik muayene sonucu ulaşılan SALT Skoru ile belirlendi.

Bulgular: Hasta grubunda DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA ölçek skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunurken, Beden Algısı Ölçeği skoru kontrol grubuna göre daha düşük bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$). Hasta grupta Beden Algısı Ölçeği ile Alopesi Areata süresi ve SALT Skorları arasında ters yönlü ilişki saptandı. Hasta kadınlarda Arizona CYÖ ve SALT Skorları hasta erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p=0,014$, $p=0,048$). Hasta grubunda Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun Beden Algısı Ölçeğine olan etkisi incelendiğinde SALT Skorundaki bir birimlik artışın Beden Algısı Ölçek skorunu -2,647 kat azalttığı görüldü. Beden algısı ölçek skorundaki bir birimlik artışın Arizona CYÖ skorunu -1,326 kat azalttığı görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda hasta grubun hayat kalitesi kontrol grubuna göre daha çok etkilenmiş, anksiyete, depresyon oranları ve cinsel işlevlerindeki ve beden algılarındaki

bozulma daha yüksek bulunmuştur. Beden algısındaki bozulmanın alopesi süresi ve şiddeti ile ilişkili olarak görülmüştür. Kadın hastalarda hastalık şiddeti ve cinsel fonksiyonlardaki etkilenme daha yüksek bulunmuştur. AA'nın hastaların ruh sağlığı, bedenlerini algılayış şekilleri ile birlikte sosyal ve duygusal iyilik hali üzerindeki etkileri birçok kez ortaya konmuştur. Bu nedenle bu hastalarda, alopesiye eşlik eden psikolojik durumlar ve bozulan beden algısı nedeniyle cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir. Eşlik eden psikiyatrik durumların ve hastaların cinsel hayatlarındaki etkilenmenin oranı da göz önüne alındığında bu hastalarda psikiyatrik değerlendirmenin gerekliliği aşikardır. Bu ilişkileri netleştirmek için daha fazla örneklem sayısına sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.
Anahtar kelimeler: Alopesi areata, Beden algısı, Beden imajı, Cinsel disfonksiyonlar, Cinsel fonksiyon bozuklukları, Cinsel yaşam

ABSTRACT

Evaluation of sexual dysfunctions in patients with alopecia areata

Aim: Alopecia leads to a weaker self-concept in people, a weaker body image, becoming less attractive to the opposite sex and becoming less desirable partners. This condition causes a decrease in the quality of sexual life of patients and a sexual dysfunctions. Therefore, in this study, we aimed to evaluate the sexual functions, body perceptions and dermatological quality of life of AA patients, to determine their anxiety and depression levels, to compare them with healthy volunteers, and to determine the relationship between these parameters and disease severity.

Materials and Methods: 49 patients with AA and 50 healthy volunteers were included in the study. A sociodemographic questionnaire, Arizona Sexual Experiences Scale, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Body Image Scale, The Dermatology Quality of Life Index were answered by participants under the supervision of the researcher. The severity of AA was determined by the SALT Score obtained as a result of the clinical examination performed by the physician.

Results: The DLQI, Arizona SES, BECKD and BECKA scores in the patient group was significantly lower, the Body Image Scale score was significantly higher than in the control group ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$, respectively). In the patient group, an inverse relationship was found between the Body Image Scale and the duration of Alopecia Areata and SALT Scores. Arizona SES and SALT scores was higher in women than in men ($p=0,014$, $p=0,048$). When the effect of Alopecia Areata duration (months) and SALT Score on the Body Image Scale was examined in the patient group, it was observed that a one-unit increase in the SALT Score reduced the Body Image Scale score -2.647 times. It was observed that a one-unit increase in the body image scale score decreased the Arizona SDI score by -1,326 times.

Conclusion: In our study, the quality of life of the patient group was more affected than the control group, and anxiety, depression rates, and impairment of body perception and sexual dysfunctions were found to be higher. The impairment of body image was seen to

be related to the duration and severity of alopecia. Disease severity and sexual dysfunctions were found to be higher in female patients. The effects of AA on patients' mental health, their perception of their bodies, and their social and emotional well-being have been demonstrated many times.

Therefore, these results can be explained by the fact that the sexual dysfunction occurs in these patients due to the psychological conditions accompanying alopecia and impaired body perception. Considering the rate of concomitant psychiatric conditions and the effect on the sexual life of the patients, the necessity of psychiatric evaluation in these patients is obvious. To clarify these relationships, studies with larger samples are needed.

Keywords: Alopecia areata, Body image, Body perception, Sexual Beden imajı, Cinsel dysfunctions, Disorders of sexual function, Sexual life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Alopesi areata (AA), global popülasyonun %1-7'sinde görülen, skar bırakmayan saç kaybıyla karakterize otoimmün bir hastalıktır. Saç kaybının nedeni, her ne kadar tam olarak bilinmiyorsa da , genetik zeminde çevresel faktörlere bağlı olarak kıl köklerine karşı oluşan T hücre aracılı bir immün reaksiyon ile kıl foliküllerinin kalıcı olmayan şekilde harabiyeti olarak düşünülmektedir[1]. Hastalığın kadın ve erkeklerde görülme oranı benzerdir. Her yaşta görülebilmekle birlikte hastaların %85,5'inde 40 yaşından önce ortaya çıkmaktadır [2].

Klinikte değişken sayı ve çaplarda iyi sınırlı alopesik yamalar, saçlı deride total veya totale yakın dökülme (alopesi totalis) veya vücut kıllarında total veya totale yakın dökülme (alopesi universalis) şeklinde ortaya çıkabilir. Tedavide topikal, intralezyonel ve sistemik ajanlar kullanılmasına rağmen yanıtlar yüz güldürücü değildir.

Alopesi areata hastalarının bir kısmında anksiyete ve depresyon oranlarının normalden yüksek bulunması ve hastalık başlangıcından önce stresli yaşam olayları hikayesinin olması, hastalığın psikosomatik bir zemine sahip olabileceğini düşündürmüştür. Nitekim psikoterapinin bu tür hastalarda saç büyümesini olumlu etkileyebilmesi bu görüşleri desteklemektedir[3]. Bu bilgiler ışığında AA, bazı araştırmacılar tarafından biyo-psiko-sosyal bir hastalık olarak değerlendirilmektedir.

Alopesi areata hastalarının hayat kaliteleri psoriasis ve atopik dermatit'li (AD) hastalar ile karşılaştırılabilir düzeyde düşük bulunmuştur[4]. AA tıpkı psoriasis ve AD gibi kişilerin ruhsal durumlarını ikincil olarak etkileyen psikodermatolojik hastalıklar arasında yer almaktadır. AA'daki saç kaybı, kozmetik bozukluk sonucu ortaya çıkan özgüven kaybı, düşük öz saygı, artan özbilinç yoluyla hastaların mental, duygusal ve sosyal hayatlarını negatif yönde etkilemektedir[5]. Kişide uyum bozukluğu, sosyal izolasyon, somatik veya seksüel işlev bozukluğu, vücut imajından memnun olmama, depresyon gibi ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Farklı etyolojilerin neden olduğu saç dökülmesi ile başvuran hastalarda daha zayıf bir benlik kavramı, daha zayıf bir vücut imajı, karşı cins tarafından daha az çekici hale gelme ve daha az arzulanılan partnerler

haline gelme durumları bildirilmiştir[6]. Bu durum hastaların cinsel hayat kalitelerinde düşmeye neden olmuştur[7].

Alopesi areata hastalarında cinsel disfonksiyon ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişki konusundaki veriler ise kısıtlıdır. Son yıllarda cinsel yaşamın genel sağlığın önemli bir bileşeni olduğunun anlaşılmasıyla, çeşitli hastalıklarda görülen cinsel işlev bozuklukları, önemli bir sağlık problemi olarak görülmeye başlanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu; arzu, libido, uyarılma bozuklukları, ağrı veya rahatsızlık ve anorgazmi olarak tanımlanır. Ayrıca cinsel özbilinç olarak bilinen vücut algısına benzer bir algı da tanımlanmıştır. Bu tanım; vücut imajına aşırı ağırlık verilmesi, cinsel işlev bozukluğu için artan bir risk, cinsel istek ve genel cinsel doyumla ilgili durumları içerir. Cinsel benlik bilinci yüksek olan bireyler, cinsel aktivite sırasında fiziksel görünümleriyle ilgili kaygı yaşarlar; sonunda rahatlamak ve sekse odaklanmak konusunda zorluk yaşamaları cinsel işlevde sorunlara yol açar[6]. Bu konu, dermatolojide epey yeni olup bilhassa psoriasis, atopik dermatit, ürtiker, akne vb. psikodermatolojik hastalıklarda cinsel fonksiyon bozukluklarını araştıran az sayıda çalışma ve literatür bilgisi mevcuttur. AA hastalarının cinsel fonksiyonlarındaki bozulmalarının varlığını inceleyen çalışma ise bulunmamaktadır.

Bu çalışmada AA hastalarının cinsel fonksiyonları, beden algıları ve dermatolojik yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin saptanıp, sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması ve bu parametrelerin hastalık şiddeti ile ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kılın Embriyolojik Gelişimi

Kıl foliküllerinin oluşumu intrauterin dokuzuncu haftada başlar ve kaşlar ve üst dudak ile sınırlı yüz bölgelerinde ortaya çıkar. Daha sonra sefalo-kaudal yönde ilerleyerek 21. haftada gövde ve üst ekstremitelere yayılarak vücudun büyük bir bölümünü kaplar[8]. Bu kıllara lanugo tüyleri adı verilir. Bu lanugo kıllar tipik olarak 32-36. Gestasyonel haftalarda dökülür[8]. Kıl folikülü, büyük ölçüde epitelyal kökenli olmasına rağmen, folikül tabanında doğum sonrası saç büyümesinin ardışık döngülerinin düzenlenmesinde çok önemli bir rol oynayan özelleşmiş dermal hücrelerden oluşan dermal papilla barındırır. Kıl büyümesi evrelerinin başlangıcında, bu dermal papilladan gelen sinyallerin, folikülde bulunan epitelyal kök hücrelere geçici olarak bölünme talimatı verdiği düşünülmektedir[9]. Bu kök hücreler, folikülün tabanına göç eder, burada dermal papillayı çevreleyerek saç matrisini oluştururlar. Dermal papilladan gelen diğer sinyallere yanıt olarak, matris hücreleri çoğalır ve terminal farklılaşma sürecine başlar. Merkezi epitel hücrelerinin çoğalması ve keratinizasyonu kıl gövdesini oluşturur. Periferik küboidal epitel hücreleri ise kıl folikülü duvarını, kıl epitel kılıfını ve son olarak sebase glandı oluşturur. Sebase glandın farklılaşması ve kılların deriden dışarı çıkması ile kıl folikülü oluşumu tamamlanır[10]. Dermal kök kılıfı ve düz kas yapısındaki erektör pili kası dermis mezenkiminden köken almaktadır.

Saçın pigmentasyonu, bulbusta bulunan ve oluşumu esnasında saç şaftına pigment granülleri bırakan melanositlerin aktivitesinden kaynaklanır.

Gelişim, epidermisin germinatif tabakasında alttaki dermise nüfuz eden tomurcuk şeklinde bir proliferasyonu ile başlar. Daha sonra, tomurcuklar uzadıkça bulbus oluşur bir saç ampulü oluşur, distal uçta bastırılır ve hava dolu hücreler biriktirilir.

Kadın ve erkeklerde fetal saç sayısında farklılık yoktur. Sekonder farklar ergenlik döneminde oluşur. Kıl folikülleri yetişkin derisinde de novo oluşmazlar, sayıları fetal dönemde ter bezler belirlenir ve vücut yüzeyinin büyümesi boyunca bir yoğunluk seyrelmesi meydana gelir.

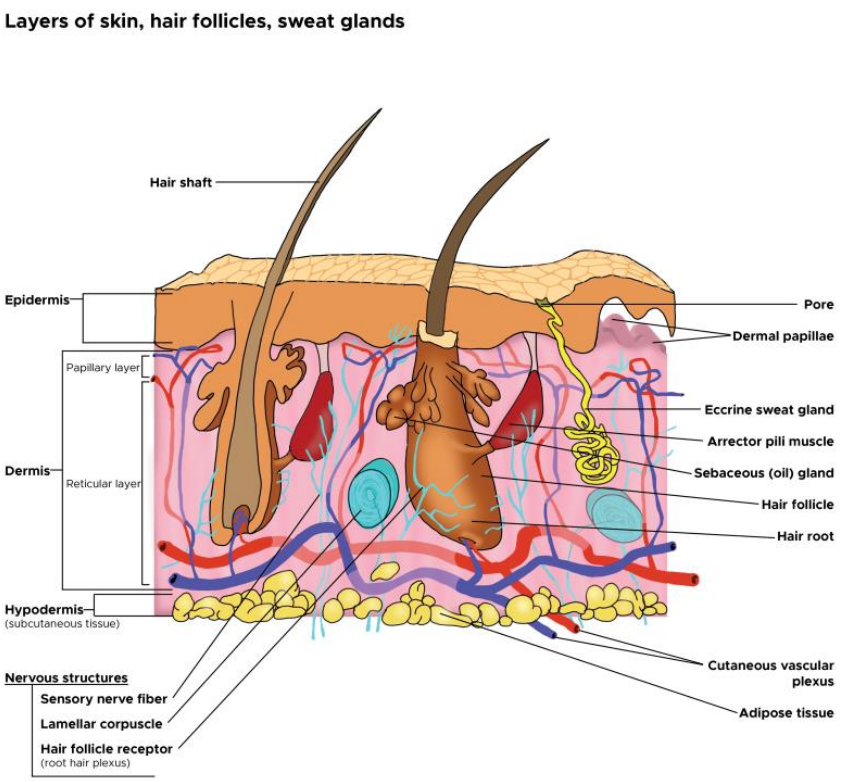
2.2.Kıl Folikülünün Fonksiyonel Anatomisi

Kıl yapısı, derideki folikül ve vücut yüzeyinde görülen şaft olmak üzere 2 ayrı komponentten oluşur. Kıl şaftı; korteks, kütikül hücreleri ve medulladan oluşur. Medulla, kılın merkezi kısmı iken korteks periferik kısmıdır. Korteks, kıl lifi yapısının büyük bir kısmını oluşturur ve kılın fiziksel ve mekanik özelliklerinde önemli bir rol oynar. Kıl şaftı kütikülü, epidermisi kökten uca kaplayan hücrelerden oluşur. Kütikül tabakasının bütünlüğü ve özellikleri, korteksi fiziksel ve kimyasal saldırılara karşı korumada, kılı temiz ve karışık olmayan durumda tutmada önemli bir role sahiptir ve görünüşü üzerinde büyük etkisi vardır[11, 12].

Folikül, kılın temel büyüme yapısıdır. Dıştan içe; dış kök kılıfı ve iç kök kılıfından oluşur. Dış kök kılıfı, multipotent kök hücrelerin rezervuarı görevi görür. İç kök kılıfı, Henle, Huxley ve kütikül katmanı olmak üzere üç katmandan oluşur. İç kök kılıfı, kıl şaftını foliküle sabitler. İç kök kılıfı hücreleri büyüyen kıl şaftını destekleyen, şekillendiren, ayrıca yukarı doğru hareketini yönlendiren keratin ve trikohyalinleri üretir[13].

Bulbus, aktif olarak kıl üreten kısımdır. Foliküler dermal papilla, dermal papilla hücreleri, mukopolisakkaritten zengin stroma, sinir lifleri ve tek bir kapiller düğümü çevreler. Foliküler papillanın kıl folikülünün büyümesini ve pigmentli bir kıl şaftı oluşturmasını sağlayan en önemli itici güçlerden biri olduğuna inanılmaktadır. Foliküler papilla ayrıca, kıl büyümesi ve melanogenezi için kritik olan büyüme faktörlerinin (keratinosit büyüme faktörü, insülin benzeri büyüme faktörü, kök hücre faktörü gibi) de kaynağını oluşturur[14].

Bulbusun üzerinde üst kıl folikülü infundibulum ve istmus olarak iki kısımdan oluşur. İnfundibulum, sebum ile dolu huni şekilli bir yapıdır. Deri yüzeyinden sebase kanala kadar uzanır, rezervuar görevi görür ve kıl foliküli ilişkili hücre popülasyonları arasındaki etkileşimler için bir arayüz oluşturur. İstmus ise, kıl folikülünün üst parçasını tamamlar ve sebase glanddan erektör pili kasına uzanır[15].



Şekil 1. Kıl Folikülünün Yapısı[12]

2.3. Kıl Folikül Tipleri

İnsan kılları androjen bağımsız (kirpik ve kaşlar) ve hormon bağımlı (saçlı deri, göğüs, aksilla ve inguinal bölge) olarak iki başlıkta sınıflandırılabilir. Hormon bağımlı kıllar terminal kıl şaftı içerir, uzun, kalın ve pigmentedir. Androjen bağımsız veya vellus kıllar kısa, ince ve non-pigmentedir. Bazı kıl folikülleri ise ara formda olup terminal ve vellus formları arasında geçiş formudur[11, 16].

Terminal kılları üreten foliküller, derin dermis ve bazen subkutan dokuya ulaşırken, vellus kılları üreten foliküller üst retiküler dermise uzanır. Folikül ve infundibulim uzunlukları da terminal (3864 ± 605 mikrometre) ve vellus (580 ± 84 mikrometre) kıllar arasında farklılık gösterir. Ayrıca, deri yüzeyindeki terminal kıl folikülünün çapı, vellus kıl folikülünün çapının iki katıdır. Epitel tabakasının kalınlığı

ise, vellus kıl foliküllerinde (45±14 mikrometre) terminal kıl foliküllerine (65±20 mikrometre) kıyasla önemli ölçüde daha düşüktür[11].

Terminal kılların vellus kıllara oranı 7:1'dir. Alopesi areatanın kronik evresinde bu oranın bozulması sonucu minyatür saçlar görülür[17].

2.4. Kıl Folikül Siklusu

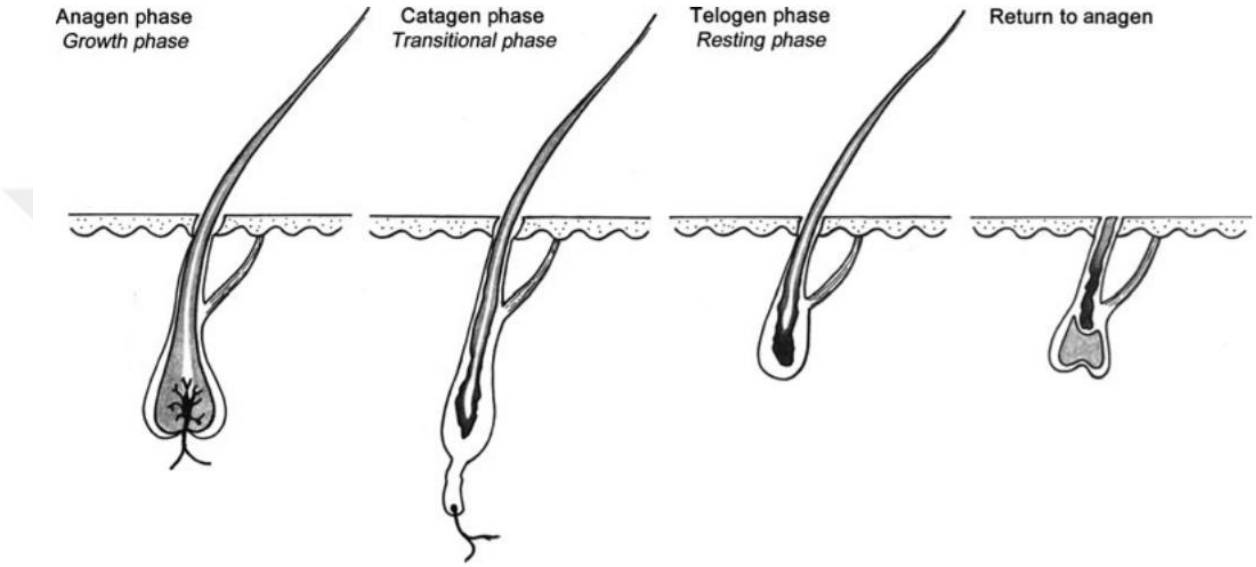
Kıl folikül siklusu kronolojik sıra ile katagen, telogen ve anagen olmak üzere 3 evreye ayrılır[18].

Regresyon fazı olarak da bilinen katagen faz, siklustaki en kısa fazdır, yalnızca birkaç hafta sürer. Tüm kılların yaklaşık %3'ü bu evrededir. Bu evrede matriksteki hücre bölünmesi ve melanositlerin pigment üretimi durur[19]. Bu aşamada kıllar kıl kökü tabanından ayrılır ve kıl folikülü inferior segmenti regrese olmaya başlar. Regresyon sonucu kıl folikülü boyunun kısalması ile dermal papilla, kıl folikülünün kök hücreleri barındıran çıkıntı bölgesine temas etmek için yukarı doğru hareket eder[20]. Bu süreç sonunda ucunda beyaz, sert bir düğüm bulunan çomak kıllar oluşur.

Katagen evreden sonra kıl folikülü dinlenme evresi olarak da bilinen yaklaşık 90-100 gün sürecek telogen evresine girer. Tüm kılların %10-15'i telogen evrededir. Bu aşamada kıl büyümesi olmaz ve dermal papilla dinlenme evresindedir. Katagen evrede oluşan çomak saçların bu evrede ölerek dökülmesi sonucu anagen faz yeni kıl üretimi ile başlar[12, 21].

Anagen faz proliferasyon fazı olup süresi değişkenlik göstermektedir. Örneğin saç kıllarında büyüme fazı 2-6 yıl sürerken kaş ve kirpiklerdeki kıllar için birkaç ay yeterli olabilmektedir. Kılların yaklaşık %90'ı genellikle bu evrededir. Doğumda ise tüm kıllar anagen evrededir. Anagen fazın başlangıcı için dermal papilla, multipotent epitelyal kök hücrelere sinyal gönderir. Bu kök hücreler bir kez uyarıldığında, kıl folikülünün alt segmenti aşağıya doğru büyüyerek dermal papilla çevresinde bulbus oluşturur ve dermal papilla bu bulbustaki matriks hücrelerine proliferasyon, diferansiasyon ve yeni saç oluşumu için sinyaller gönderir. Alopesi areatada etkilenen kıl folikülleri bu evrededir[22]. Kıl foliküllerinin pigmentasyonu da anagen evreye bağlıdır[18].

İnsan saçlı derisinde 100 binden fazla kıl bulunmaktadır ve bunların %85-95'i anagen evrededir. Bu saçlar ayda yaklaşık 1 cm uzar. Aynı zamanda sürekli bir saç dökülmesi gerçekleşir, günde yaklaşık 100 tel saç kaybedilir[12].



Şekil 2. Kıl folikülü döngüsü evreleri[11]

2.5. Alopesi Areata

Alopesi areata, kıl foliküllerini ve tırnakları etkileyebilen, relaps ve remisyonların görüldüğü kronik seyirli otoimmün bir hastalıktır. Sıklıkla ani başlangıçlı fokal, iyi sınırlı skar bırakmayan alopesik yamalar şeklinde ortaya çıkar, ancak kıllarda yaygın dökülme de görülebilir. Lezyonlar genellikle asemptomatik olmakla birlikte karıncalanma, kaşıntı ve dizestezi eşlik edebilir. Alopesi areatanın küratif bir tedavisi bulunmamaktadır, semptomatik ve palyatif tedaviler uygulanmaktadır[5].

2.5.1. Tarihçesi

Alopesi areatanın ilk morfolojik tanımı Cornelius Celsus tarafından MS.30'da yapılmıştır. Bu tanımda alopesi areata, tam kellik ve ofiyazis olarak 2 formda tanımlanmıştır. Cornelius'a ithafen bir dönem area celci olarak anılan alopesi areataya,

zaman içinde farklı isimlendirmeler yapılmıştır. Günümüz terminolojisinde kullanıldığı şekliyle ilk kez 1708'de Sauvages tarafından alopesi areata isimlendirmesi yapılmıştır[23].

2.5.2. Epidemiyolojisi

Alopesi areatanın küresel prevalansı yapılan meta-analizlerde önemli bölgesel değişkenlik ile birlikte yaklaşık %2 bulunmuştur. Prevalans yıllar içinde giderek artmakta olup kişinin alopesi areataya yakalanma ihtimali yaş ile birlikte kümülatif şekilde artış göstermektedir[24]. Alopesi areatanın tahmini prevalansı %0,1 olup, hayat boyu alopesi areata gelişme riski yaklaşık olarak %2'dir. Herhangi bir yaş, cinsiyet ve etnik grupta görülebilir, ancak median tanı yaşının 33 olduğu ve çocuk ve adolesanlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir[25].

2.5.3. Etyopatogenez

Alopesi areatanın etyopatogenezi net bilinmemekle beraber, kanıtlar, bilinmeyen bir antijene karşı genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak oluşan otoimmün yanıtın kıl foliküllerini haraplaması sonucu ortaya çıktığını göstermektedir[26].

2.5.3.1. Genetik Faktörler

Alopesi areatadaki pozitif aile öyküsü, ikiz uyumu, ailesel agregasyon, insan lökosit antijeni (HLA) ilişkileri ve hayvan modellerinde yapılan çalışmalar AA'nın poligenik bir hastalık olduğunu destekleyen bulgulardır

Pozitif aile öyküsü ve ikiz uyumu: AA'da %10 ile 42 arasında değişen yüzdelerde yüksek pozitif aile öyküsü mevcuttur. Genetik etki, monozigotik ikizlerde %55'lik bir uyumla ikizlerde AA oluşumu tarafından da önerilmektedir[27].

HLA gen lokusu: MHC bölgesi, 6. Kromozomun 6p21.3 lokusundaki majör duyarlılık lokusunu temsil eder. Bu genlerin çoğu, hücre yüzeyi antijen sunan proteinleri kodlar. HLA, tüm çekirdekli hücrelerin yüzeyinde eksprese edilir ve peptitleri CD8 T hücrelerine sunar[28].

HLA sınıf 1, tüm çekirdekli hücrelerin yüzeyinde exprese olur ve peptidleri CD8+ T hücrelere sunar. Sınıf 2 antijenler (HLA DP, DM, DOA, DOB, DQ ve DR), makrofaj ve Langerhans hücreleri gibi antijen sunan hücrelerden exprese olur ve ve ekspresyon, AA gibi inflamatuar süreçler sırasında diğer çekirdekli hücrelerde indüklenebilir. HLA sınıf 3 ise, kompleman faktörleri, TNF ve ısı şok proteini70 gibi kompleman sistem komponentlerini kodlar[28].

Alopesi areatanın HLA-DR ve HLA-DQ ile ilişkisi, CD-4+ T hücrelerinin hastalık sürecinde yer aldığı fikrini desteklemektedir. HLA-DR ve HLA-DQ molekülleri, antijenin CD4+ T hücrelerine sunulmasından sorumludur[29].

Alopesi areatadaki ilk genetik çalışmalar olan aday gen ilişkilendirme çalışmalarında, AA'nın HLA bölgesinde ve ayrıca bu bölgenin dışında (PTPN22, AIRE) bulunan genlerle ilişkileri tanımlamıştır[28].

Hayvan çalışmaları: Erişkin başlangıçlı spontan gelişim gösteren AA'lı farelerle yapılan çalışmalarda dört duyarlı aralık tanımlanmıştır: kromozom 8, 9, 15, ve 17. Kromozom 17 bölgesi, insanlarda HLA lokusu ile eşleşen kromozomal bölgedir[30].

2.5.3.2. Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler, AA'yı tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir. Stres, AA'nın sıklıkla belirtilen bir nedenidir, ancak insan çalışmalarından elde edilen literatür yetersizdir. Bununla birlikte, bir fare modelinde, merkezi ve periferik hipotalamus hipofiz adrenal ekseninin aktivitesi, normal farelere kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Yükselen adrenokortikotropik hormon, kortikosteron ve östradiol, derideki yüksek proinflamatuar sitokin seviyeleri ile koreledir, bu da psikolojik ve fizyolojik stresörlerin AA'ya neden olma potansiyeli olduğunu düşündürür[31].

Alopesi areatada rol oynayabilecek diğer potansiyel çevresel stressörler arasında enfeksiyonlar [35], aşılar, hormon dalgalanmaları ve diyet yer alır, ancak bunların tam etkileri bilinmemektedir. [16,36] Fare modelinde, soya ürünleri AA ile ilişkilendirilmiştir. AA ile Vitamin A ve D düzeyleri arasındaki ilişkiyi vurgulayan yeni çalışmalar da mevcuttur [16,37]. Birden fazla çevresel faktörün hastalığın seyrini etkilemesi muhtemeldir.

2.5.3.3. Viral Enfeksiyonlar

Viral enfeksiyonların otoimmün indüksiyon mekanizmaları, sistemik lupus eritematozus ve Sjögren sendromu gibi çeşitli otoimmün hastalıklarda araştırılmıştır.

Hepatit B, C Epstein-Barr (EBV) ve domuz gribi virüsü enfeksiyonu ve bunları önlemek için yapılan aşıların AA'yı tetiklediği bildirilmiştir[32-34]. EBV ile indüklenen otoimmünitenin altında yatan mekanizmalarla ilgili olarak, EBV ile kodlanmış küçük RNA'nın, Sjögren sendromunda ve sistemik lupus eritematozusta önemli bir otoantijen olarak bilinen La/SS-B proteini ile bir kompleks olarak EBV ile enfekte hücrelerden salındığı gösterilmiştir. Sonuç olarak, Toll benzeri reseptör 3 aracılığıyla sinyal iletimi artar, bu da tip I IFN'lerin-özellikle IFN-α- üretilmesine yol açar. Yardımcı T hücre (Th) 1-aracılı otoimmün reaksiyonlar genellikle tip I IFN'lerin aşırı üretimi ile indüklenir[35, 36].

Akut AA lezyonlarında, IFN ile indüklenebilir miksovirüs protein A, kıl folikülü keratinositlerinde güçlü bir şekilde eksprese edilir[37]. Hepatit C virüs enfeksiyonu için verilen PEGile (PEG)-IFN-α-2b ve ribavirin kombinasyon tedavisinden hemen sonra bir hastada reversibl alopesi universalis bildirilmiştir[38].

Büyük miktarda tip 1 IFN, karşılaşılan virüslere yanıt olarak plazmositoid dendritik hücrelerden (pDC) salgılanır[39, 40]. IFN-α üreten pDC'ler, sadece AA lezyonlarındaki kıl foliküllerine değil, çevre dokulardaki kıl foliküllerine de infiltre olmuştur[41].

Bu sonuçlar, pDC'lerin ve IFN- α'nın viral enfeksiyondan sonra saç dökülmesinin indüklenmesinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

2.5.3.4 Diğer

Alopesi areata, hücre aracılı dokuya özgü tip 1 inflamatuar bir hastalıktır. Aktive edilmiş CD8 pozitif yardımcı T hücreleri-1 (Th1), interferon- γ salgılayarak kıl foliküllerinin immün toleransının bozulmasına ve self-antijenlerinin açığa çıkmasına neden olur. Bu durum, kıllarda dökülmeye neden olan, kıl foliküllerinin etrafında yoğun inflamatuar hücre infiltrasyonu ve apoptoz ile sonuçlanır[42].

2.5.4. Klinik

Alopesi areata, klinikte en sık akut gelişen fokal, iyi sınırlı kıl kaybı alanları ile prezente olur. Her türlü kıllı bölgeyi tutabilse de en sık saçlı deride görülür. Alopesik yamalar sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte kaşıntı, yanma eşlik edebilir. Etkilenen bölge normal görünümdedir.

Alopesi areata, yaygınlığına göre; alopesi fokalis (AF); kıllarda kısmi kayıp, alopesi totalis (AT); saçlı deride kıllarının tamamında dökülme, alopesi universalis (AU); vücut kıllarında total kayıp olarak 3 gruba ayrılır. Klasik form olan AF, aynı zamanda en az dirençli form olup, ortalama 1 yılda kendiliğinden düzelir ancak %40-70'i birkaç ay içinde tekrar eder. Remisyon sağlananlarda bile, ilk ataktan sonraki 6 ay içinde nüks oranları %13,5 ve 6 ay sonraki nüks oranları %33 kadar yüksektir. AF'li hastalarda %25'e varan oranlarda daha şiddetli formlara ilerleme görülür. AT ve AU ise kötü prognoza sahip tiplerdir[43].

Alopesi areata, oksipital bölgenin başlıca etkilendiği, buna kulak arkası bölgedeki saç kaybının da eşlik edebildiği *ofiazis paterni, diffüz alopesi paterni,* oksipital ve pariyetal alanların korunduğu, verteks ve çevresinde kıl kaybının görüldüğü *ters ofiazis inversus (sisaipho) paterni* ve çok sayıda birleşim gösteren ağ şeklinde plaklarla karakterize *retiküler* paternlerde ortaya çıkabilir. Nevüs çevresinde düzensiz kıl dökülmesi şeklinde görülen *perinevoid alopesi* ise oldukça nadir bir durumdur[44]. Prognoz hastalığın süresi, tipi ve paternine göre değişiklik gösterir[43].

Alopesi areataya %7-66 oranında tırnak bulguları eşlik eder. Tırnakların biri, birkaçı veya hepsi tutulabilir. En sık görülen bulgular pitting ve trakionişidir[45]. AA ilişkili tırnak değişiklikleri genellikle asemptomatik olup AA'nın alopesi totalis, alopesi universalis gibi şiddetli formlarında daha sıktır[45, 46]. Ayrıca çocuklarda erişkinlerden daha sık rastlanır. AA'ya eşlik edebilen diğer tırnak bulguları; longitudinal çizgilenme, Beau çizgileri, onikoliz, punktat lökonişi ve kırmızı benekli lunuladır[45, 47]. AA'daki pitting, psoriasiste görülenden farklı olarak daha yüzeyeldir[48].

2.5.5. Tanı

Tanı iyi bir anamnez ve fizik muayeneye ihtiyaç duyulan durumlarda trikoskopi eklenmesi ile konabilir. Arada kalınan vakalarda histopatoloji ile tanı kesinleştirilir.

2.5.5.1. Trikoskopi-Kıl ve Saçlı Deri Dermoskopisi

Trikoskopi, kıl ve saçlı deri hastalıklarının tanısında kullanılan non-invaziv bir methottur. AA'da en sık görülen trikoskopik bulgular; sarı ve siyah noktalar, ünlem işareti şeklinde kıllar, kırık saçlar, kısa vellus kıllar, dik büyüyen tüyler, domuz kuyruğu şeklinde kıllardır[49]. Bulgular, AA aktivitesine göre değişiklik gösterir. Sarı noktalar AA için en duyarlı trikoskopik bulgu olmasına rağmen bu bulguların hiçbiri AA için patognomonik değildir[50]. Örneğin ünlem işareti şeklinde kıllar sıklıkla AA'nın aktif fazında görülür, ancak trikotilomanide de görülebilir[44].

Sarı noktalar: Sebum ve keratin kalıntılarıyla dolu şişmiş foliküler infundibulumu temsil eden yuvarlak veya polisiklik sarı noktalar[51, 52]

Siyah noktalar: Foliküler ostium içindeki kırık saç tellerinin kalıntısı[51, 52]

Ünlem işareti kılları: Foliküllere doğru sivrilen kırık kıllar[51, 52]

Kısa vellus tüyleri: Uzunluğu ≤10 mm olan ince, pigmentsiz tüyler. Erken hastalık remisyonunu gösterebilir[51, 52]

Kırık saçlar: Distrofik saç şaftının kırılması veya daha önce siyah noktalar olarak ortaya çıkan saçların hızlı yeniden büyümesi sonucu ortaya çıkar[49, 51, 52].

2.5.5.2. Histopatoloji

AA'da histolojik bulgular evreye göre değişkenlik gösterir. Akut evre aktif hastalıkta anagen folikülleri çevreleyen, kıl matriksi keratinositlerine uzanım gösteren CD8+ ve CD4+ T lenfositlerinin peribulbar infiltrasyonu vardır[53]. Bu lenfositler kıl matriks hücrelerinin apoptozuna neden olur. Dejenerasyon, foliküler epitel ve dermal papillada melanin inkontinansı ve pigment depozisyonu ile sonuçlanır. İnflamatuar infiltrat anagen fazın durmasına ve kıl şaftı oluşumunun aniden kesilmesine yol açarak, ince ve zayıflamış bir kıl şaftına neden olur. Bu durumun klinik yansıması kalem/ünlem işareti şeklinde kıllardır[54].

Hastalığın ilerlemesiyle anagen fazdaki foliküller katagen ve telogen faza geçiş yapar ve minyatürize olur, ancak total folikül sayısı sabit kalır. Kronik hastalıkta foliküllerin çoğu telogen evrededir ve belirgin minyatürizayon vardır.

İyileşme evresi, inflamasyonda azalma, anagen kılların oranında artış ve telojen kıllarda azalma ile karakterize edilir.

Aktif fazda AA'yı teşhis etmek için vertikal bir kesit yeterli olabilirken, kronik hastalıkta, inflamasyon daha az belirgin olabileceğinden, horizontal kesit, patoloğun numunedeki her folikülü subkutan dokudan epidermise farklı seviyelerde görmesine izin vererek tanıya yardımcı olur. Böylece saç folikülü yoğunluğu, çapları ve saç döngüsünün farklı evrelerindeki foliküllerin dağılımını değerlendirmek mümkün olur[53, 54].

2.5.6. Alopesi Areata Hastalık Aktivitesi ve Şiddetinin Belirlenmesi

AA'nın hastalık aktivitesi subjektif olarak aşağıdaki gibi değerlendirilebilir:

Progresif AA: Toplam kıl dökülmesinde %5'ten fazla artış

Stabil AA: Toplam kıl kaybında <%5 değişiklik

Remittan AA: Dermoskopik muayeneden önceki ay boyunca toplam saç dökülmesinde %5'ten fazla azalma[51].

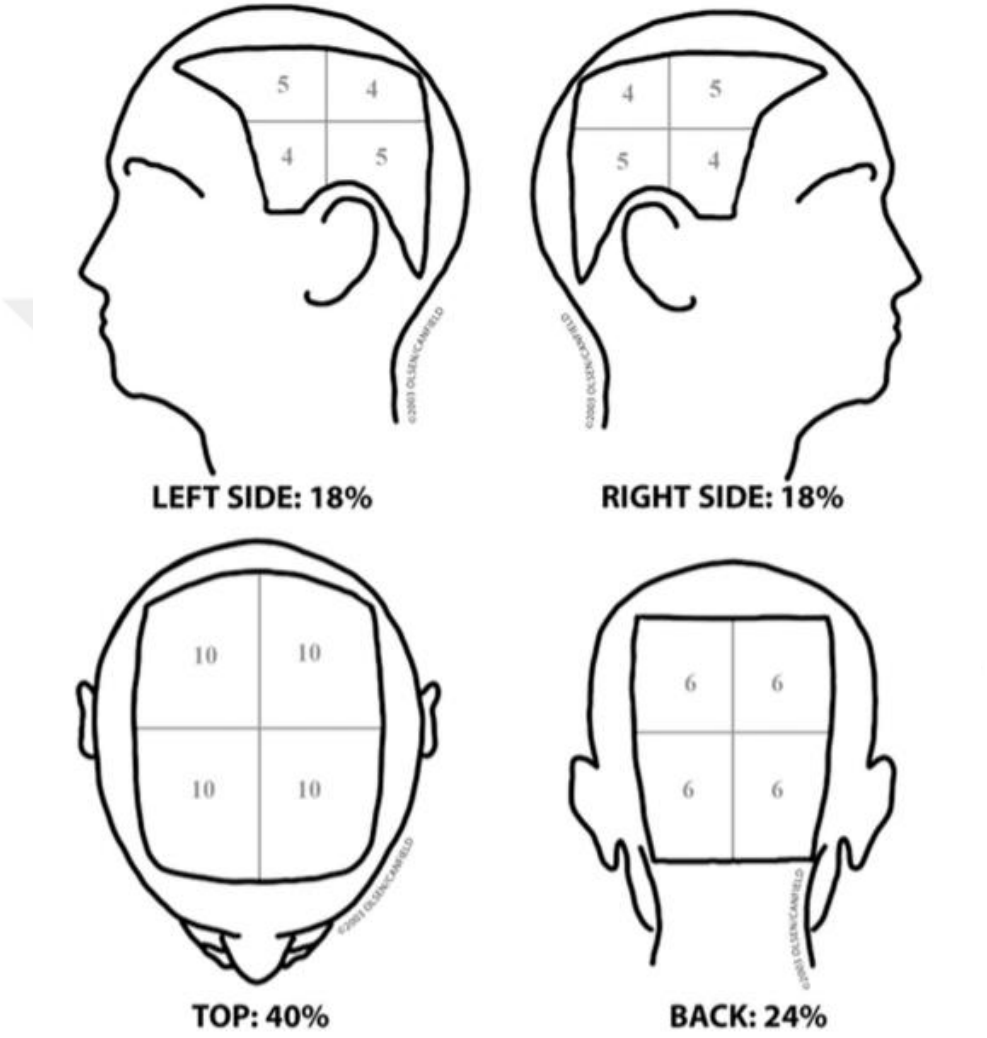
AA'nın saçlı deri tutulumunun şiddeti, Alopesi Şiddet Ölçeği=Severity of Alopecia Tool (SALT) skorlaması ile değerlendirilir (Şekil 3). Bu skor ayrıca, tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde de kullanılır ve yanıt alınan vakalarda SALT skorunda düşüş gözlenir[55].

2.5.6.1. SALT Skoru

Saçlı deri dört bölüme ayrılmıştır; tepe noktası: saçlı deri yüzey alanının %40'ı (0,4), saçlı derinin sağ profili: saçlı deri yüzey alanının %18'i (0,18), saçlı derinin sol profili: saçlı deri yüzey alanının %18'i (0,18), saçlı derinin arka yönü: saçlı deri yüzey alanının %24'ü (0,24) (Şekil 3). Her alandaki saç dökülmesi yüzdesi, o bölgedeki saçlı derinin yüzde yüzey alanı ile çarpılan saç kaybı yüzdesidir. Her alanın ürünlerini toplamak SALT puanını verecektir[22]

Hastalar hastalık şiddetine göre beş gruba ayrılır: S0'da saç dökülmesi olmazken; %25'in altındaki oranlarda dökülmeler S1; %26-50 arası oranlardaki dökülmeler S2;

%51–75 arası oranlardaki dökülmeler S3; %76–99 arası oranlardaki dökülmeler S4 ve, saçlı derideki total saç dökülmesi ise S5 olacak şekilde tanımlar[55].



Şekil 3. SALT Skoru saçlı deri yüzey alanları[56]

2.5.7. Ayırıcı Tanı

Trikotillomani, temporal triangular alopesi ve telogen effluvium ayırıcı tanıda ön planda akla gelmesi gereken hastalıklardır.

Trikotillomanide trikoskopide inkomplet saç dökülmesi ve önemli sayıda kırık saç görülür. Temporal trianguler alopesi (TTA), frontotemporal bölgede sınırlı, üçgen

benzeri, skarsız saç dökülmesine neden olur. Yamalar genellikle tek, kalıcı, tek taraflıdır, AA'daki gibi boyutlarında büyüme görülmez ve tedaviye yanıtsız olma eğilimindedir. Klinisyenler diffüz AA'yı telogen effluviumdan ayırt etmede zorlanabilir ve bu ayrım sıklıkla bir biyopsi örneği alınmasını veya bir tetikleyicinin saptanmasını gerektirir[5].

2.5.8. Eşlik Eden Durumlar

Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda, atopisi olan hastalarda AA gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir[57]. Özellikle 10 yaşın altında AA gelişen çocuklarda atopik dermatit riski en yüksek saptanmıştır. Birçok otoimmün hastalığın (tiroid hastalığı, sedef hastalığı ve vitiligo dahil) AA ile yüksek düzeyde ilişkisi saptanmıştır[58]. Bu hastalıkların birlikte ortaya çıkması, ortak genetik riskli lokuslarının, immün hücre popülasyonlarının ve sitokin profillerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir[5].

AA'nın gelişiminin cilt dışında sistemik etkileri de olabilir. AA'lı farelerde, serum kalp hastalığı belirteci olan kardiyak troponin I'in daha yüksek seviyeleri ile bağlantılı olarak kardiyak hipertrofi tanımlanmıştır. Henüz kanıtlanmış olmamasına rağmen, dolaşımdaki inflamatuar sitokinlerin, diğer otoimmün hastalıklarda (psoriazis, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus) görüldüğü gibi deri dışı organları da olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir[5].

2.5.8.1. Psikiyatrik Durumlar

Kronik, tekrarlayan ve öngörülemeyen klinik seyrinin yanı sıra görünüm üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, AA'nın hastaların duygusal ve sosyal iyiliği üzerinde önemli bir etkisi olması şaşırtıcı değildir[59]. AA hastalarının %74'ünün yaşam boyu bir veya daha fazla psikiyatrik hastalık tanısı aldığı gösterilmiştir[60]. Bunlardan en sık görülenleri aleksitimi (duygularının ifade edememe), anksiyete, depresyon ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu olarak saptanmıştır[61]. Ayrıca, AA hastalarının psikiyatrik hastalıklar nedenli hastane yatış oranları da daha yüksek olduğu bulunmuştur[62].

Hastaların yaklaşık dörtte birinde hastalığın başlangıcında veya AA'nın şiddetlenmesinden önce stresli yaşam olayları rapor edilmiştir. Bunlardan spesifik olarak

duygusal stres ve yaşanan olumsuz olayları ihmal etme görünür. Antidepresanların, aromaterapinin veya zihinsel rahatlama için hipnoterapinin AA'lı depresif hastaların psikolojik durumunu iyileştirmekle kalmayıp, aynı faktörlerin patogenezinde yer aldığı teorisini güçlendirerek, önemli miktarda saç büyümesine yol açtığı da gözlemlenmiştir[63, 64].

Bu kanıtlara göre AA ve psikiyatrik bozuklukların aynı patogeneze sahip olabileceği düşünülmekte ve stres nöroendokrin immünolojisinin önemli rol oynayabileceği teorileri bulunmaktadır[65].

Depresyon: AA'lı hastalarda yaşam boyu majör depresyon prevelansı %39 olarak saptanmıştır[60]. AA ağrılı veya yaşamı tehdit edici bir hastalık olmasa da, kozmetik yönleri açısından hastaların psikolojik durumu ve ilişkileri üzerinde derin olumsuz etkiye sahiptir. AA'lı hastalarda düşük benlik saygısı, sosyal çekilme, öfke, korku ve kaygı gibi çeşitli olumsuz duyguların kontrollere göre daha yüksek oranları da depresyon sıklığını artıran faktörlerdir.

Anksiyete: AA'lı hastalarının %13,7'sinde yaygın anksiyete bozuklukları bildirilmiştir[66]. Aynı çalışmada, kadın ve erkeklerde görülme oranının eşit olduğu ve hastaların birinci derece akrabalarında da anksiyete bozukluğu oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir[60]. Sürekli kaygının AA'nın başlangıcında ve seyrinde bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. AA hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek derecede sürekli kaygı gözlemlendi.

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: AA hastalarının yaklaşık %80'i, özellikle şiddetli AA'sı olanlar olmak üzere, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI) anket sonuçlarına göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde bozulma bildirmektedir[67, 68]. Bir çalışmada AA'da zihinsel sağlık ve canlılığın en çok etkilenen boyutlar olduğunu, fiziksel işlevsellik ve ağrının ise en az etkilenen boyutlar olduğu gösterilmiştir[69].

Aleksitimi: Aleksitimide, duyguları tanımlama ve ifade etmede zorluk, dışa dönük düşünme ve bozulmuş hayali kapasitesi ile karakterize duyguların işlenmesi ve düzenlenmesinde bilişsel bir eksiklik olduğu düşünülmektedir[70]. AA hastalarında aleksitimi prevalansı genel popülasyona göre daha yüksektir. AA'nın özellikle aleksitimik özelliklerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sık görülen, anormal sağlık endişelerini ve kendini ortalama genel popülasyondan daha fazla iyi hissetmeme durumunu gösteren Sağlıkla ilgili endişeler ölçeği ile yapılan bir çalışmada AA hastalarının puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur[66].

Sosyal Fobi: AA hastalarında sosyal fobi skorları yüksek bulunmuştur[71]. Artmış sosyal fobi skorlarının, alopesik yamaların estetik yansımaları nedeniyle sosyal izolasyona ikincil olduğu düşünülmektedir[72].

Beden Algısı: ‘Beden algısı’ veya 'Beden imajı' kavramı ilk olarak Alman yazar Schilder tarafından İngilizce olarak 1935'te yayınlanan İnsan Bedeninin Görüntüsü ve Görünüşü monografisinde önemli ve bütünleyici bir psikolojik fenomen olarak formüle edilmiştir[73]. Beden imajı, “kendi bedenimizin zihnimizde oluşturduğumuz resmi, yani bedenin kendimize nasıl göründüğü” dür[74]. Son zamanlarda tanım, “vücudumuzun boyutu, şekli ve biçimiyle ilgili zihnimizde oluşan resim ve bu özelliklerle ve onu oluşturan vücut parçalarımızla ilgili duygularımız” şekline geliştirilmiştir. (Slade, 1988) [75]. Beden algısı, kişilerin benlikleri ve benliklerine duydukları saygıyı, çevresiyle olan ilişkilerini de etkilediğinden, beden algısında bozulmaya neden olan hastalıklar birçok psikiyatrik durumu beraberinde getirmektedir. Literatürde beden imajı ve benlik kavramında gözlenen değişiklikler temel olarak alopesiye bağlanmıştır. Saç dökülmesi, bireylerin bedenlerini ‘anormal’ olarak algılamalarına neden olur ve toplumun fiziksel görünüm normlarına uymama, kişilerin kendi kendileri ve başkalarının onlar hakkındaki olumlu fikirlerinde potansiyel bir set olarak görülür. Kendi değer sistemlerindeki değişikliklerin bir sonucu olarak vücut imajındaki zamana bağlı değişikliklere uyum sağlayamama olarak da görülen saç dökülmesinin, depresyon, anksiyete, sosyal çekilme gibi psikiyatrik etkileri ortaya çıkmaktadır[76]. Kozmetik cerrahi olan hastalarla yapılan

bir çalışmada, ameliyat sonrası dış görünümlerinden daha çok memnun oldukları, böylece beden imajı değerlendirmelerinin düzeldiği ve bunun sonucu olarak benlik saygılarında iyileşme olduğu gözlenmiştir[77].

2.5.9. Tedavi

AA'da tedaviler alopesik alanlardaki kıl büyümesini indükleyebilse de ne yazık ki nüksü ve yeni alanlara yayılımı önleyemez. Tedavide topikal ve sistemik ajanlar kullanılabilir. Tedavi kararı verilirken hastanın yaşı, lezyonların bölgesi, yaygınlığı, şiddeti ve süresi, hastanın bireysel özellikleri ve ek hastalıkları, beklentiler ve maliyete göre karar verilmelidir[78].

2.5.9.1 Topikal Tedaviler

Topikal tedavide kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri, prostoglandin analogları, minoksidil, anthralin ve kontakt immünoterapi (difenilsiklopropenon, skuarik asit dibutil ester, dinitroklorobenzen) kullanılabilir. Saçlı deride %50'nin altında tutulum olan erişkin hastalarda öncelikle topikal tedaviler tercih edilmelidir[79].

Topikal Kortikosteroidler (TKS): TKS'ler skalp, kaş ve sakaldaki AA'da tek başına veya kombinasyon şeklinde birinci basamak topikal tedavidir. Saçlı deride, potent bir kortikosteroid günlük kullanım ile en az 3-6 ay, sıklıkla 6-12 ay boyunca uygulanır. Kaş bölgesine ise potent TKS'ler uygulanmaz, bu bölgede ultrapotent (sınıf 4) TKS'ler tercih edilmelidir. 12 yaş altı çocuklarda topikal kortikosteroidler, hastalığın şiddetine bakılmaksızın birinci basamak tedavi olmalıdır. Komplet yeniden büyüme (yeniden büyümenin ilk işareti veya %50 veya daha fazla yeniden büyüme yerine), topikal kortikosteroidlerin kesilmesi için klinik endikasyon olarak düşünülmelidir. %5 topikal minoksidil ile kombinasyonu önerilir[80].

Topikal Kalsinörin İnhibitörleri (TKİ): TKİ'nin AA'daki etkinlikleri tartışmalı olup, saçlı deri, kaş ve sakaldaki AA tedavisinde tercih edilebilir. Ancak sakal bölgesinde birinci basamak tedavide tek başına veya kombinasyon şeklinde tercih edilmemelidir. TKİ'leri, interlökin-2, interferon-gama ve tümör nekroz faktör-α dahil olmak üzere çeşitli sitokinlerin T-hücre aktivasyonunu takiben transkripsiyonu inhibe eder. Alopesi

areatada (AA), peribulbar mononükleer hücre infiltratı ağırlıklı olarak aktifleştirilmiş CD4+ ve CD8+ T lenfositlerinden oluşur. IL-2, IFN-γ ve TNF-α dahil olmak üzere tip 1 sitokinler, AA'da bağışıklık tepkisinin başlatılmasına aracılık eder. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 2 yaşından küçük çocuklarda atopik egzama tedavisi için yüz dahil olmak üzere vücudun tüm bölgelerinde kullanımı onaylanmıştır. TKİ günde 2 kez uygulama şeklinde önerilir[80-82].

Topikal Prostoglandin Analogları (TPA): Açık açılı glokom hastalarında göz içi basıncını düşürmek için kullanılan prostaglandin analogları ile ortaya çıkan kirpik hipertrikozu, TPA'ların yaygın bir yan etkisidir. Prostaglandin analogları, kıl folikülleri ve foliküler melanositler üzerinde telojen ve anagen fazlarında uyarıcı etkiler gösterir ve telojenden anajen evreye dönüşümü arttırır. TPA (bimatoprost, lanatoprost gibi) kirpik bölgesindeki AA'da tek başına veya kombinasyon şeklinde birinci basamak tedavidir[83-85].

Topikal Minoksidil: Topikal minoksidil, alopesik alanda saçın yeniden büyümesinin lineer büyüme oranını hızlandırabilir. Diğer topikal veya sistemik ajanlarla birlikte reçete edilebilir.

Anthralin (dithranol): Topikal anthralin, yaygın AA'da topikal difensiprona alternatif bir tedavi seçeneğidir. Sistemik toksisiteye sebep olmadığından çocuk hastalarda kullanımı güvenli olup gebelerde düşük risklidir. Etki mekanizması net olarak bilinmemektedir, ancak tahriş edici etkisinin neden olduğu lokal sitokin profilinin, saç foliküllerine inflamatuar hücre saldırısı sırasında tetiklenen inflamatuar ortamla "rekabet etmesi" olasıdır[86]. Tedavi alanlarında TNF-alfa seviyelerini de düşürdüğü gözlenmiştir. AA'da %0,1 ila %3 arasında değişen konsantrasyonlarda kısa süreli temas ve gece rejimleri kullanılmıştır. Gecelik tedavi için %0,1 %0,4'lük daha düşük konsantrasyonlar kullanılırken, kısa temas tedavisi için %1-3'lük daha yüksek konsantrasyonlar kullanılır. İkinci rejimde, hastalara iki haftadan fazla bir süre boyunca günde yaklaşık 20-30 dakika boyunca kel bölgelere %0,5–1 antralin kremi sürmeleri ve düşük dereceli eritem ve kaşıntı gelişene kadar günlük maruziyeti kademeli olarak artırmaları talimatı verilir. Tedaviye 3-6 ay daha devam edilir[80, 87].

İntralezyonel Kortikosteroid (ILKS): ILKS tedavisinde triamsinolon asetonid en çok tercih edilen ajan olup, skalpte soliter bir yamanın tedavisinde en iyi başlangıç dozu 2.5 ila 5 mg/mL arasındadır, 10 mg/mL veya üzerine çıkılmamalıdır. Ön saç çizgisi yakınında artmış atrofi riski nedeniyle dikkatli olunmalıdır. 4-6 haftada bir, dermise ve/veya subkutise 1 cm aralıklarla her noktaya yaklaşık 0.1 mL ILKS enjekte edilmelidir. Uygulamada uygun alanlar, aktif hastalık alanlarını (örneğin, ünlem işareti kılları, pozitif saç çekme testi, siyah noktalar) veya depigmente vellus kıllarını, tüm yamayı ve alopesik yamanın kenarındaki tüylü kafa derisini içerir. Ağrılı bir işlem olduğundan çocuk hastalarla öncelikli olarak tercih edilmez. Normal bir yetişkin hastaya 1 seansta uygulanan maksimum triamsinolon asetonid dozu 10 ila 20 mg'dır. ILKS tedavisi ultrapotent/potent topikal KS'lerden daha etkilidir. 4 haftadan uzun, 8-16 hafta veya daha uzun süre kullanılan ILKS tedavisi subdermal/dermal atrofiye neden olabilir.
Kontakt İmmünoterapi: AA tedavisinde kullanılmış olan kontakt duyarlılaştırıcılar arasında dinitroklorobenzen (DNCB), karek asit dibütilester (SADBE) ve difenilsiklopropenon (DPCP) yer alır. DNCB, Ames testinde mutajenik olduğu gösterildiği için günümüzde genellikle kullanılmamaktadır. DPCP, en sık tercih edilen ajandır. Alopesi üniversalis/alopesi totalis/ofiazisi olan çocuk hastalarda sistemik tedavi düşünülmeden önce kontakt immünoterapi önerilmelidir. Topikal immünoterapinin kesilmesi için klinik endikasyon, yeniden büyümenin ilk işareti değil, tam yeniden büyümedir. Tedaviye yanıtta en önemli olumsuz prognostik faktörler, hastalığın şiddeti, süresi ve tırnak değişikliklerinin varlığıdır. DPCP başlangıçta, hastayı duyarlı hale getirmek için saçlı derinin 4*4 cm'lik dairesel alanına %2 konsantrasyonda uygulanır. İki hafta sonra, saçlı derinin aynı yarısına %0,001 DPCP solüsyonu uygulanır. DPCP konsantrasyonu, hafif bir egzematize reaksiyon elde edilene kadar haftalık olmak üzere kademeli şekilde arttırılır. Amaç, uygulama sonrası 24-36 saat boyunca tedavi edilen bölgede düşük dereceli eritem ve hafif kaşıntı elde etmektir. Hasta için uygun konsantrasyon oluşturulduktan sonra tedaviye haftalık olarak devam edilmelidir. DPCP 48 saat saçlı deride bırakılmalı ve ardından yıkanmalıdır. Hastalar bu süre boyunca tedavi edilen bölgeyi güneşe maruz bırakmamalıdır[88-90].

2.5.9.2. Sistemik Tedaviler

Sistemik Kortikosteroidler: Sistemik kortikosteroidler, AA'da sıklıkla etkili tedavilerdir ancak yan etki profillerini ve tedavi kesildikten sonraki yüksek nüks oranları gibi dezavantajlara sahiptir. Günlük, haftalık, aylık uygulamalar yapılabilir. Hızlı ilerleyen ve yoğun saç dökülmesi olan hastalarda bir ara rejim şeklinde de uygulanabilir. Günde üç kez %2 topikal minoksidil eklenmesi, steroid sonrası nüksü azaltabilir. Yetişkinlerde 40-60 mg/gün, çocuklarda 1 mg/kg dozda 4-6 hafta sonrasında azaltarak önerilmektedir. Kortikosteroid pulse tedavisi, günlük veya gün aşırı oral rejimlere göre daha az yan etki profiline sahip gibi görünmektedir[79, 91, 92].

Fototerapi: AA'da fototerapinin etkinliği sınırlı olsa da PUVA (psoralen plus ultraviolet A light phototherapy) tedavi seçenekleri arasında yer alır. Ancak yüksek nüks oranları, randomize kontrollü çalışmaların olmaması ve PUVA ile artan cilt malignitesi riski nedeniyle, daha az tercih edilen bir tedavi seçeneğidir[93].

Siklosporin: Yardımcı T hücre aktivasyonunu ve IFN-γ üretimini inhibe eden immünsupresan bir ajandır. Tek başına veya sistemik kortikosteroidler ile kombinasyonunun %76'larda başarı oranına rağmen yan etki profili (özellikle nefrotoksisite, immün supresyon ve hipertansiyon) ve uzun-süre tedavi gerektirmesi nedeniyle sık önerilen tedavilerden değildir[94]. Orta ila şiddetli alopesi areatalı 36 yetişkine (alopesi totalis veya alopesi universalis'li 21 yetişkin dahil) rastgele siklosporin (günde 4 mg/kg) ve plasebo verildiği bir çalışmada, 12. haftada, siklosporin verilen grubun %31'inde, plasebo grubunun ise %6'sında SALT Skorunda en az %50'lik bir iyileşme saptanmıştır[95].

Janus Kinaz İnhibitörleri: JAK sinyal dönüştürücü ve transkripsiyon aktivatörü (JAK-STAT) yolağı, çok sayıda proinflamatuar yolağın birleştiği hücre içi bir sinyal yolağıdır. Sitokinlerin, reseptörlerinin ekstrasellüler bağlanma alanlarına bağlanması ile reseptörle ilişkili intrasellüler JAK proteinleri aktive olur ve STAT proteinlerini fosforile eder. Fosforile STAT proteinleri nükleus içine translokasyon göstererek hedef genin ekspresyonunu düzenler[96].

Tofasitinib, literatürde AA tedavisinde en çok çalışılan JAK inhibitörüdür. 2016 yılında 66 AA hastası ile yapılan bir çalışmada 5 mg oral günde 2 kez kullanımı ile hastaların

%32'sinde en az SALT skorunda en az %50 iyileşme görülmüş, ancak hastaların tamamında ilaç kesiminden 8,5 hafta sonra nüks görülmüştür[97]. Adolesan ve çocuklarda kullanımında 12-17 yaş arası 13 adolesan ile yapılan bir retrospektif kohort çalışmasında 5 mg oral günde 2 kez kullanımı, median SALT skorunda başlangıca göre %93 iyileşme sağlanmıştır[98].

Oral barisitinib ve oral ruksolitinib AA tedavisinde kullanımı etkili bulunan diğer JAK inhibitörleridir[99].

Metotreksat, mikofenolat mofetil, sülfasalazin, squarik asit dibütilestere ilişkin randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır[82].

	SALT 0% to 30%		SALT 31% to 50%		SALT >50%	
Patient group	Acute AA	Chronic AA	Acute AA	Chronic AA	Acute AA	Chronic AA
0-6 years	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids
7-12 years	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids	Topical corticosteroids
13-18 years	Topical corticosteroids Intralesional corticosteroids	Intralesional corticosteroids	Topical corticosteroids Oral corticosteroids	Topical corticosteroids Oral corticosteroids	Topical corticosteroids Oral corticosteroids Combination of oral and topical corticosteroids	Topical corticosteroids
Adults (>18 years)	Intralesional corticosteroids	Intralesional corticosteroids	Intralesional corticosteroids Oral corticosteroids Combination of oral and intralesional corticosteroids	Topical corticosteroids Intralesional corticosteroids	Topical corticosteroids Oral corticosteroids Combination of oral and topical corticosteroids	Topical corticosteroids Oral corticosteroids

AA, Alopecia areata; *SALT*, Severity of Alopecia Tool Score.

Şekil 4. Hastalık şiddetine göre belirli hasta yaş gruplarında birinci basamak AA tedavisi[78]

Trombositten zengin plazma (PRP), mikroiğneleme, excimer lazer, fraksiyonel Er:YAG lazer de AA tedavisinde etkili bulunmuş diğer tedavilerdir[100-103].

2.5.9.3. Psikiyatrik Tedaviler

Alopesi areatadaki yüksek depresyon ve anksiyete oranları ve hastalığın psikososyal yönü düşünülerek tedavide imipramin veya seçici serotonin geri alım inhibitörleri gibi antidepresan ilaçlar ve hipnoterapi-psikoterapinin kullanımı ile umut vaat edici sonuçlar alınmıştır[104, 105].

13 AA hastasına paroksetin 20 mg gün verilerek yapılan bir çift kör vaka kontrol çalışmasında 2 hastada saçlarda komplet yeniden büyüme, 4 hastada parsiyel yeniden büyüme görülmüştür[106].

Alopesi areata tedavisinde hipnozla ilgili veriler yetersiz olmakla birlikte Harrison ve Stepanek'in, büyük çaplı alopesik yamalara sahip 5 AA'lı hastayı hipnoterapi kullanarak tedavi ettikleri çalışmada kozmetik saç büyümesi sadece bir hastada görülmüştür[105]

İmipramin 75 mg/gün tedavisi verilen 13 AA tanılı hasta ile plasebo grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada imipramin tedavisi alan grupta önemli klinik iyileşme saptandığı raporlanmıştır. Tedavinin 3. Ayında 4 hastada, 6. Ayında 5 hastada saçlarda yeniden büyüme görülmüştür. Plasebo grubunda ise saçlarda yeniden büyüme görülmemiştir[63].

2.6. Alopesi Areata ve Psikiyatrik Komorbiditeler

Alopesi areata, benign bir durum olmasına rağmen kozmetik önemi nedeniyle kişilerin hayat kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkilere sahiptir. AA hastalarında psikiyatrik bozukluklar normal popülasyona göre daha sık görülmektedir. Bu bozukluklar, görünür saç hastalığına sekonder de ortaya çıkabilmektedir.

Psikopatolojik mekanizmalar tam olarak açıklığa kavuşturulamamış olsa da aleksitimi, stresin saç dökülmesine nasıl neden olabileceğini anlamanın anahtarı gibi görünmektedir. Deride (ve saçlı deride) tüm fonksiyonlar sinir lifleri tarafından sıkı bir şekilde kontrol edilir. Bu işlevler arasında saç büyümesi ve immünite de vardır. Bağışıklık hücreleri ve saç folikülü hücreleri, nöronal uçlar tarafından sentezlenen nörotransmiterler için reseptörlere sahiptir. Bu reseptörler aktive edildiklerinde hücre özelliklerini modüle edebilir. Aynı fenomen, stres kaynaklı hormonlarda da tanımlanır. Alopesi aeratada, diğer birçok hastalıkta olduğu gibi, psikosomatik durumlar ve immünoloji birbirinden bağımsız değildir, çünkü bağışıklık hücreleri sinir sistemi tarafından nörotransmitterler aracılığıyla kontrol edilir[107].

2014 yılında Huang ve arkadaşlarının bir çalışmasında, Boston'daki üçüncü basamak hastanelerde 11 yıllık bir süre içinde görülen 3568 AA'lı bireyde, mental sağlık problemleri (depresyon veya anksiyete gibi) %25,5 kadar yüksek bulunmuştur[108]. 5117 AA hastasıyla yapılan başka bir çalışmada depresyon riskinin 20 yaş altında, anksiyete riskinin ise 20-39,5 yaşları arasında daha yüksek olduğu gösterilmiştir[109].

Ayrıca AA hastalarında saptanan depresyonun, hastalık şiddetiyle de orantılı olduğu gösterilmiştir. Daha yaygın hastalığa sahip bireylerde depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur[110]. 2019 yılından bir çalışmada AA ile depresyon arasında çift taraflı bir ilişki olduğu gösterilmiştir[111]. AA ile psikolojik komorbiditeler arasındaki bu çift yönlü ilişki nedeniyle, eşlik eden psikolojik durumlar zamanında ele alınmazsa AA seyri kötüleşebilir, bu bir kısır döngü şeklinde devam edebilir ve AA'da optimum tedavi yanıtı almak mümkün olmayabilir.

Williamson ve ark tarafından yapılan bir çalışmada alopesili hastalardaki Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI) skorlarının psöriazis ve atopik dermatit ile karşılaştırılabilir seviyede olduğu bildirildi. Katılımcıların sırasıyla %74'ünde klinik depresyon ve %30'unda ve özgüven kaybı mevcuttu. Kapsamlı bir analizde, hastaların yaklaşık %23'ünde düşük benlik saygısının rapor edildiğini ortaya koydu[112].

2.7. Alopesi Areata ve Beden İmajı

Her bireyin, beden imajı olarak bilinen kendi bedeninin zihinsel bir resmi vardır. Beden imajı kişilerarası, çevresel ve kültürel faktörler tarafından belirlenmektedir. Beden imajı doğuştan olan bir hadise değildir, kişiler zamanla bedenleri hakkında farkındalık kazandıkça ortaya çıkar ve gelişir. Yaşam boyunca bireyin beden imajı; cinsel işlev, meslek, aile veya arkadaşlarla ilişki, fiziksel görünüm veya bu bileşenlerden herhangi birinin kaybı veya değişmesi gibi faktörlerin bir sonucu olarak sürekli bir değişim gösterir. Hipokrat zamanından beri birçok araştırmacı bir kişinin vücut şekli ile mizaç ve davranışları arasında bağlantı olduğunu öne sürmüştür[113].

Tarih boyunca saç, sosyal, kültürel ve politik iklimin simgesi olmuştur. Bir kişinin saç modeli sınıf, cinsiyet, meslek, dini yönelim ve sosyal ve politik inançları gösterebilir. Benlik kavramı ve benlik kimliği hakkında kişisel bir mesajı da yansıtır. Saçın varlığı veya yokluğu, diğer insanların bir kişiyi yaş, zekâ ve cana yakınlık konusunda farklı şekilde yargılamasına izin verir[114]. Kültürlerde kadın saçı, kişiliğin, çekiciliğin, cinselliğin ve kadınlığın bir göstergesi olarak kullanılmaktadır[113]. Saçın büyük sembolik anlamı, benlik duygusunu azaltmak, bireyselliği (askeri) ve dünyevi kibri küçümsemek ve tövbe işareti (dini kurumlar) olarak kurumsallaşmış bir

mekanizma olarak kafaların tıraş edilmesi gerçeğinde yansıtılır. Günümüzde de saç dökülmesi görünürlüğün başka bir boyutuna sahiptir. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada alopesinin hastalık ilişkili en travmatik olay olduğu ve bu alopesinin hastalığın sürekli bir hatırlatıcısı olduğu gösterilmiştir[115]. Saç dökülmesi nedeniyle kanser kemoterapisinin hastaların vücut imajını [115] ve benlik kavramını [116-120] değiştirdiği, bunun sonucunda değişen bir sosyal davranış ve daha yüksek depresyon ve anksiyete [121] seviyeleri ortaya konmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine 01.11.2021-01.05.2022 tarihleri arasında başvuran, dermatolojik muayenede AA (ICD 10-L63.9) tanısı almış, 49 hasta grubu dahil edildi. Kontrol grubuna yine Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine AA harici bir şikâyet ile başvuran ve tanı alan 50 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmanın etik Kurul onayı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmıştır. (Ek-2, tarih:22.02.2022)

Dâhil edilme kriterleri: 18-55 yaşları arasında yer almak, okuma yazma bilir olmak, araştırmaya katılmayı 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' imzalayarak kabul etmek, zekâ düzeyi soruları yanıtlamaya yeterli olmak, ek psikiyatrik tanısı ve/veya tedavisi olmamak.

Hariç tutulma kriterleri: çalışmaya katılmayı kabul etmemek, ek psikiyatrik tanısı ve/veya tedavisi olmak, cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek ek hastalıklara (diyabet, jinekolojik, nörolojik hastalıklar gibi) sahip olmak

Alopesi areata tanısı poliklinikte dermatoloji hekimi tarafından yapılan klinik muayene ile konmuş, hastaların sosyodemografik özellikleri bir form ile kaydedilmiş ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği ile birlikte toplam 6 anket hekim tarafından poliklinik muayenesi esnasında, hastalar ayrı bir odaya alınarak uygulanmıştır. Hastaların alopesi areata şiddeti poliklinikte hekim tarafından yapılan muayene sonucu belirlenen SALT skoru ile değerlendirilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve seksüel aktiviteler açısından eşleştirilmiştir.

3.1. Kullanılan Ölçekler ve Formlar

3.1.1. Sosyodemografik Özellikler Formu (Ek-3)

Hastalara 11 sorudan oluşan ve bu çalışmaya özgü hazırlanan sosyo-demografik özellikler formu uygulandı. Bu form ile hastaların isim-soyisim, TC kimlik numarası,

yaş, cinsiyet, medeni durum (evli/bekar/boşanmış/birlikte yaşıyor), meslek, eğitim düzeyi (üniversite/lise/ortaokul/ilkokul), varsa ek hastalıkları ve kullandığı ilaçlar, seksüel aktivite (homoseksüel/heteroseksüel/biseksüel) bilgileri ve ay olacak şekilde alopesi areata süreleri kaydedildi.

3.1.2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Arizona Sexual Experiences Scale) (Ek-4)

Beş sorudan oluşan ankette psikolojik ve fizyolojik uyarılma, orgazm, doyum duygusu ve cinsel dürtüler irdelenir. Kadın ve erkek formlarında sorular farklılık gösterir. Soruların her biri 1 ile 6 arasında puanlanır. Yanıtlardan elde edilen toplam puanı 5-30 arasında yer alır. Daha düşük puanlar daha güçlü ve kolay uyarılabilirliği ve daha tatmin edici cinsel yanıtı, yüksek puanlar ise cinsel fonksiyon bozukluğunu gösterir. Türkçe geçerlilik güvenlilik çalışması 2004'te Atilla Soykan tarafından gerçekleştirilmiştir[122].

3.1.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory) (Ek-5)

Beck ve arkadaşlarının 1988 yılında oluşturdukları Likert tipi anket, 21 maddeden oluşmakta olup her madde 0 ile 3 arasında puanlanır. Kişinin yaşadığı anksiyete bulgularının şiddetini, sıklığını ve kişiyi ne kadar etkilediğini ölçer. Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirliği için yapılan çalışma, Ulusoy ve ark tarafından 1998 yılında gerçekleştirilmiştir[123]. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek anksiyete düzeyini göstermektedir. Anksiyete düzeyleri hafif, orta, şiddetli şeklinde sınıflanırken bu seviyeler sırasıyla 8-15 arası, 16- 25 arası ve 26-63 puanlara karşılık gelmektedir[124].

3.1.4. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory) (Ek-6)

Ölçek, Beck ve ark tarafından geliştirilmiştir. 1961 yılında geliştirildikten sonra 1978 yılında revize edilerek bugünkü halini almıştır. Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Teğin tarafından yapılmıştır[125]. Depresyon belirtileri minimal, hafif, orta ve şiddetli şeklinde sınıflandırılıp sırasıyla 0-9, 10-16, 17-29 ve 30-63 arası puanlara karşılık gelir. Ölçek kapsamlı bir şekilde depresyon belirtilerini, bilişsel içeriği, duyguları, davranışları ve bedensel belirtileri incelemektedir[126].

3.1.5. Beden Algısı Ölçeği (Body Image Scale) (Ek-7)

Ölçek Secord ve Jourand tarafından 1953 yılında geliştirilmiş olup Türkçe'de geçerliliği çalışması Hovardaoğlu tarafından 1992 yılında yapılmıştır[127, 128]. Her biri vücudun farklı bölgeleri ve işlevlerini sorgulayan 40 maddeden oluşan ölçekteki her bir madde 1ile 5 arasında bir puan alır. Ölçek toplam skoru 135'in altında olanlar beden algısı düşük kişiler şeklinde tanımlanır[129]. Yanıt seçenekleri "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" olan ölçekten alınan total skor 40-200 arasındadır.

3.1.6. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (The Dermatology Quality of Life Index (DLQI))

(Ek-8)

Finlay ve arkadaşlarının 1994'te oluşturdukları anket deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlar[130]. Anketin Türkçe'de geçerliliği ve güvenilirliği için yapılan çalışma Öztürkcan ve ark. tarafından 2006 yılında gerçekleştirilmiştir[131]. Anket, her soruya dört alternatif içerir; "oldukça fazla", "çok", "hafif", "hiç yok" ve cevaplar sırasıyla 3,2,1 şeklinde puanlar alır. 'İlgisi yok cevabı '0' olarak puanlanır. DLQI değeri, her biri yaşam kalitesindeki bozulmaların farklı yönlerini ele alan her sorunun puanı toplanarak hesaplanır ve maksimum 30 minimum 0 olmak üzere puanlanır. Elde edilen puan ne kadar yüksek ise, yaşam kalitesindeki bozulma o orantıda şiddetlidir[132].

3.2. SALT Skorunun Hesaplanması

Bu skorda saçlı deri 4 kısma ayrılarak hesaplama yapılır. Her bölge saçlı deri yüzey alanının farklı yüzdelerine karşılık gelir; vertex: %40(0.4), saçlı deri sağ profili:%18(0.18), saçlı deri sol profili: %18 (0.18), saçlı deri posterior yüzü %24.

Bu alanlardan herhangi birindeki saç dökülmesi yüzdesi, o bölgedeki kafa derisinin yüzey alanı yüzdesiyle çarpılan saç kaybı yüzdesidir. SALT skoru, yukarıda belirtilen tüm bölgelerdeki saç dökülmesi yüzdesinin toplamıdır[133].

3.3. İstatistik

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maximum değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2'li gruplar Mann Whitney U testi ile 2'den fazla gruplar ise Kruskall Wallis testi ile değerlendirildi. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. Beden algısı ölçeği skoruna etki eden faktörler incelenmek üzere Lineer Regresyon Analizinden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

3.4. Çıkar Çatışması

Tezi yazan kişi, tez danışmanı ve tez yazım sürecinde katkı sağlayan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında, karar vermelerini uygunsuz bir biçimde etkileyebilecek tarzda bir ilişki (maddi-manevi) yoktur.

4. BULGULAR

Çalışmaya 50 kontrol, 49 hasta olmak üzere toplam 99 kişi alınmıştır. Katılımcıların 72'si erkek 27'si kadındır. 46 kişi evli, 49 kişi bekâr, 3 kişi boşanmıştır. 72 kişi üniversite, 17 kişi lise, 8 kişi ortaokul ve 2 kişi ise ilkokul eğitim düzeyindedir. 14 kişinin ek hastalığı vardır ve katılımcıların hiçbiri ilaç kullanmamaktadır. Katılımcıların 97'si heteroseksüel, 2'si ise biseksüel'dir (Tablo 1).

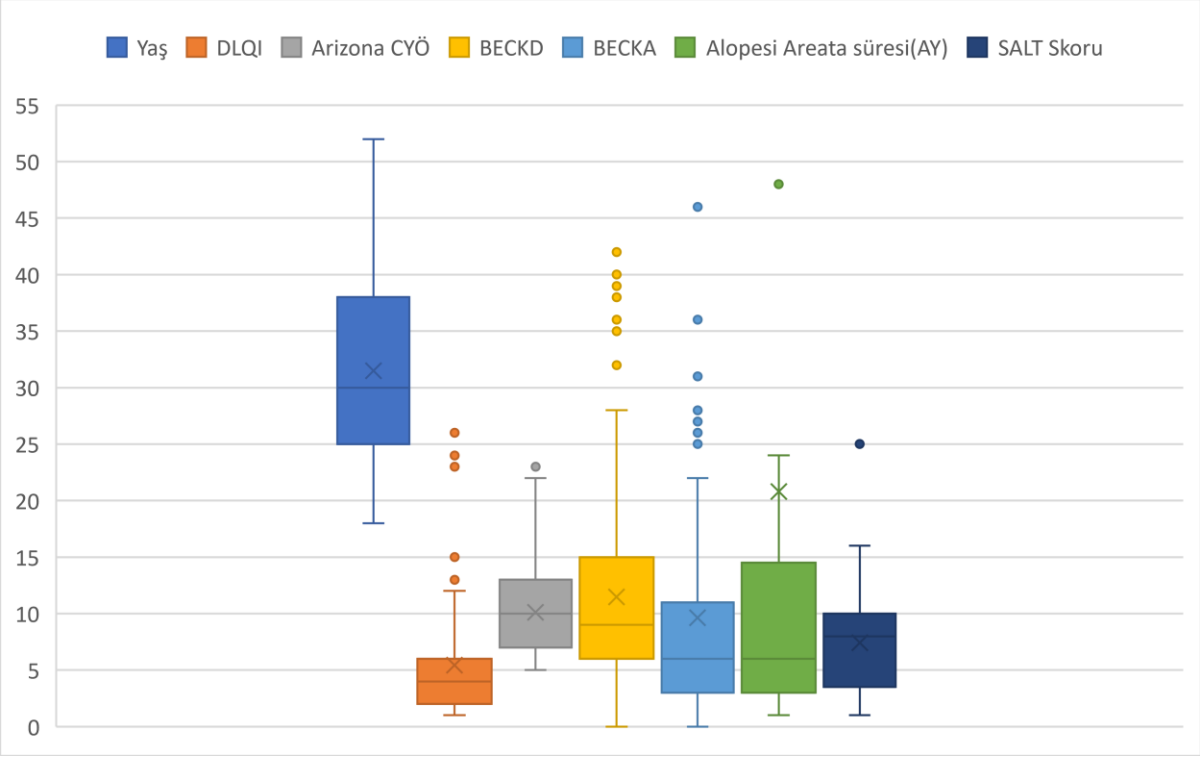
Tablo 2. Kontrol ve hasta grubunun sosyodemografik verileri

		n	%
Grup	Kontrol	50	(50,51)
	Hasta	49	(49,49)
Cinsiyet	Erkek	72	(72,73)
	Kadın	27	(27,27)
Medeni Durum	Evli	46	(46,94)
	Bekar	49	(50,00)
	Boşanmış	3	(3,06)
	Kohabitant	0	(,00)
Eğitim Düzeyi	Üniversite	72	(72,73)
	Lise	17	(17,17)
	Ortaokul	8	(8,08)
	İlkokul	2	(2,02)
Ek hastalık	Yok	84	(85,71)
	Var	14	(14,29)
Kullandığı İlaçlar	Yok	99	(100,00)
	Var	0	(,00)
Seksüel Aktivite	Homoseksüel	0	(,00)
	Heteroseksüel	97	(97,98)
	Biseksüel	2	(2,02)

Katılımcıların ortalama yaşı 31,49±8,17, ortalama Beden Algısı Ölçeği 162,23±25,07, ortalama DLQI ölçek skoru 5,42±4,88, ortalama Arizona CYÖ skoru 10,12±3,82, ortalama BECK-D skoru 11,46±8,94, ortalama BECK-A skoru 9,64±14,26, hastaların ortalama AA süresi 20,82±40,18 ay, ortalama SALT Skoru 7,42±4,66'dır (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Yaş, Beden Algısı Ölçeği, DLQI, ArizonaCYÖ, BECK-D, BECK-A, AA süresi ve SALT Skoru Ortalamaları

	ort±ss	Medyan (min-max)
Yaş	31,49±8,17	30 (18-52)
Beden Algısı Ölçeği	162,23±25,07	165 (90-200)
DLQI	5,42±4,88	4 (1-26)
ArizonaCYÖ	10,12±3,82	10 (5-23)
BECK-D	11,46±8,94	9 (0-42)
BECK-A	9,64±14,26	6 (0-120)
AA süresi (ay)	20,82±40,18	6 (1-216)
SALT Skoru	7,42±4,66	8 (1-25)



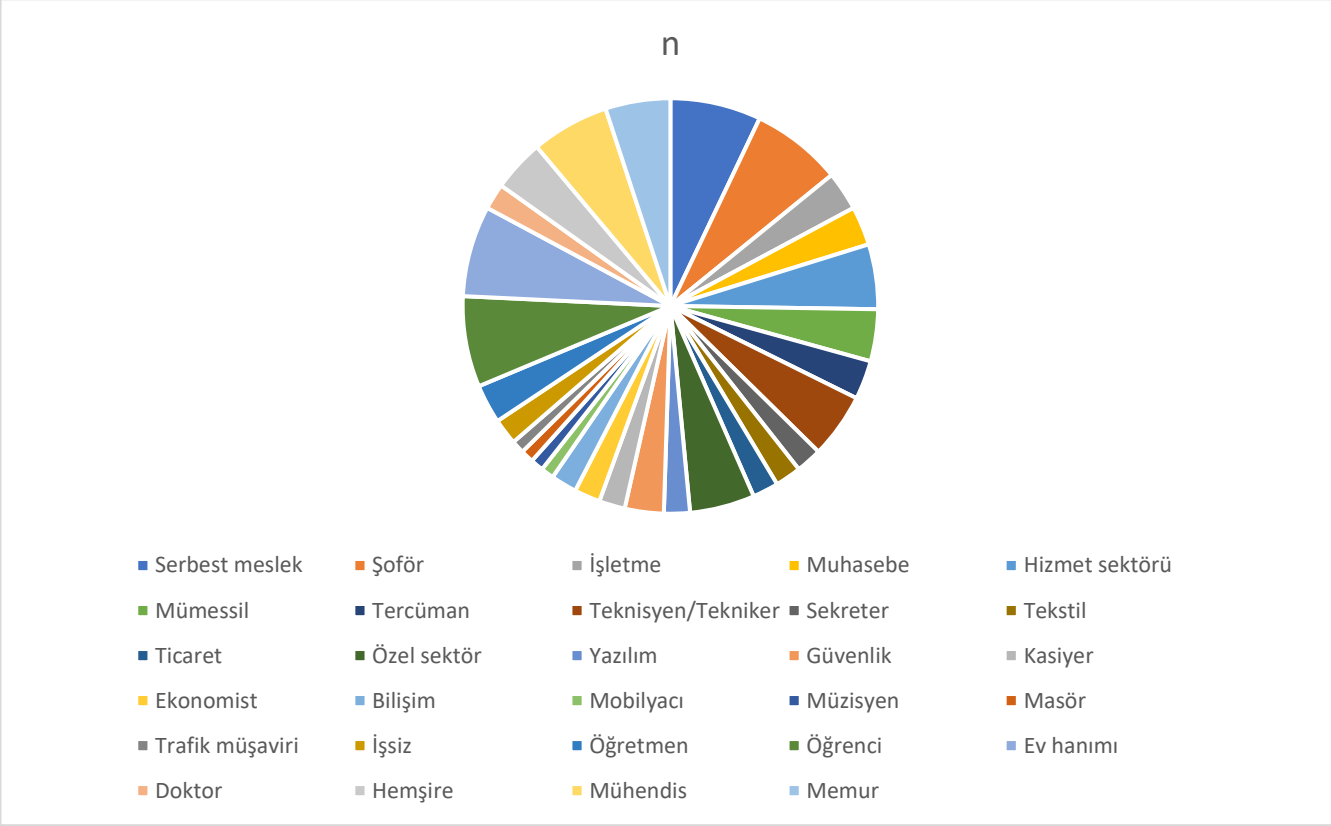
Şekil 5. Katılımcıların Yaş, DLQI, ArizonaCYÖ, BECK-D, BECK-A, AA süresi ortalamaları



Şekil 6. Katılımcıların Beden Algısı Ölçeği Ortalamaları

Katılımcıların 7'si Serbest meslek, 7'si Şoför, 3'ü işletme, 3'ü Muhasebe, 5'i Hizmet sektörü, 4'ü Mümessil, 3'ü Tercüman, 5'i Teknisyen/Tekniker, 2'si Sekreter, 2'si Tekstil, 2'si Ticaret, 5'i Özel sektör, 2'si Yazılım, 3'ü Güvenlik, 2'si Kasiyer, 2'si Ekonomist, 2'si bilişim, 1'i Mobilyacı, 1'i Müzisyen, 1'i Masör, 1'i Trafik müşaviri, 2'si İşsiz, 3'ü Öğretmen, 7'si Öğrenci, 7'si Ev hanımı, 2'si Doktor, 4'ü Hemşire, 6'sı Mühendis ve 5'i ise Memurdur (Tablo 3).

Şekil 7. Katılımcıların Mesleklere Göre Dağılımları

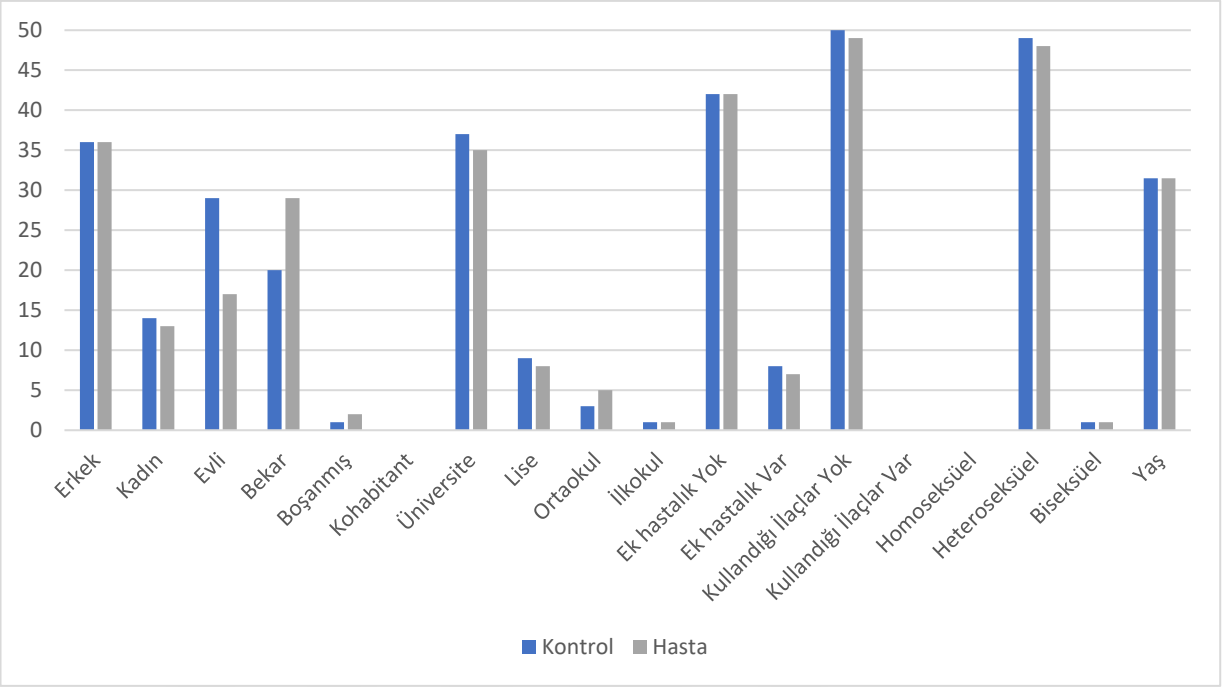


Hasta ve Kontrol grupları arasında Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Ek hastalık, Kullandığı İlaçlar, Seksüel Aktivite ve Yaş durumları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Ek hastalık, Kullandığı İlaçlar, Seksüel Aktivite ve Yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 4).

Tablo 3. Hasta ve Kontrol gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		p[1]
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	36	(72,00)	36	(73,47)	0,870
	Kadın	14	(28,00)	13	(26,53)	
Medeni Durum	Evli	29	(58,00)	17	(35,42)	0,079
	Bekar	20	(40,00)	29	(60,42)	
	Boşanmış	1	(2,00)	2	(4,17)	
	Kohabitant	0	(,00)	0	(,00)	
Eğitim Düzeyi	Üniversite	37	(74,00)	35	(71,43)	0,835
	Lise	9	(18,00)	8	(16,33)	
	Ortaokul	3	(6,00)	5	(10,20)	
	İlkokul	1	(2,00)	1	(2,04)	
Ek hastalık	Yok	42	(84,00)	42	(85,71)	0,994
	Var	8	(16,00)	7	(14,29)	
Kullandığı İlaçlar	Yok	50	(100,00)	49	(100,00)	0,996
	Var	0	(,00)	0	(,00)	
Seksüel Aktivite	Homoseksüel	0	(,00)	0	(,00)	0,988
	Heteroseksüel	49	(98,00)	48	(97,96)	
	Biseksüel	1	(2,00)	1	(2,04)	
*Yaş		31,50±8,32	30 (25-38)	31,49±8,09	30 (25-38)	0,997[2]

[1]Ki-Kare Testi [2]Mann Whitney U Testi *n yerine ort±ss, % yerine medyan (IQR) verilmiştir.



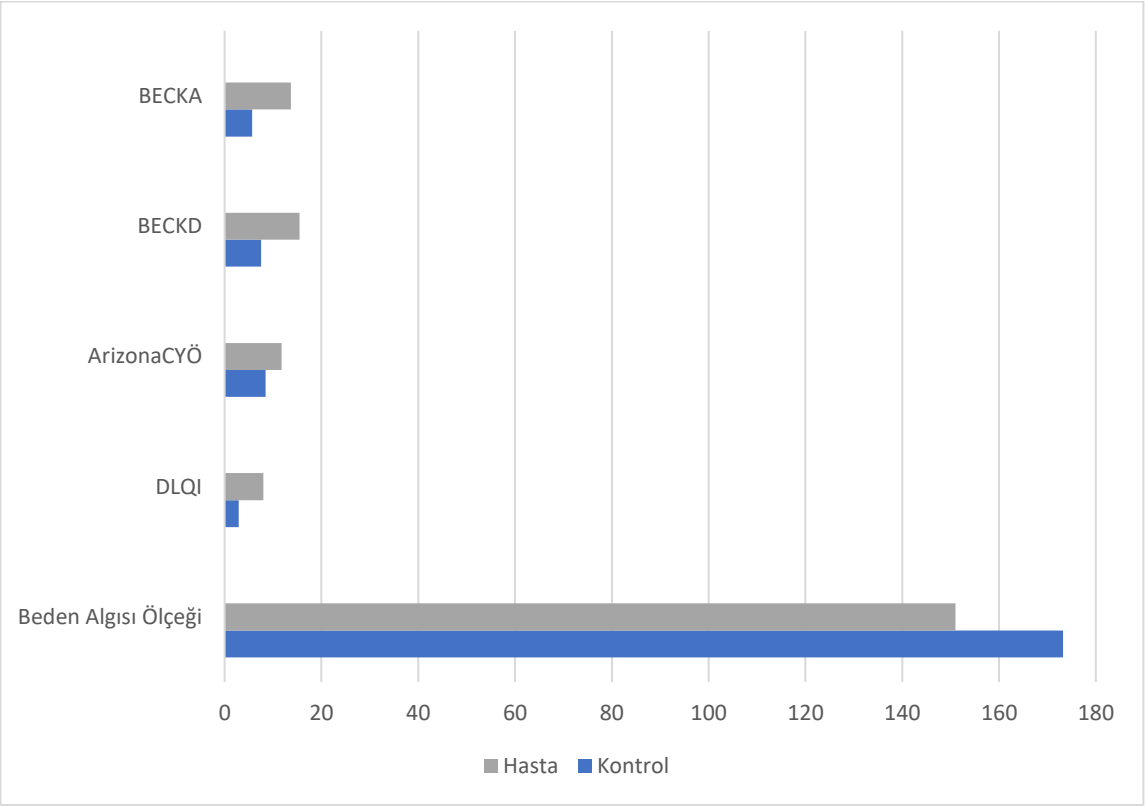
Şekil 8. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

Hasta ve Kontrol grupları arasında Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA skorları karşılaştırılmıştır. Hasta grubunda DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA ölçek skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunurken, Beden Algısı Ölçeği skoru kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 4. Hasta ve Kontrol grupları arasında Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA skorları karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		p
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
Beden Algısı Ölçeği	173,26±20,20	182 (158-189)	150,98±24,72	155 (137-170)	**<0,001**
DLQI	2,92±1,72	3 (1-4)	7,98±5,70	6 (4-11)	**<0,001**
ArizonaCYÖ	8,48±3,26	8 (6-10)	11,8±3,63	12 (9-14)	**<0,001**
BECKD	7,52±3,40	8 (5-10)	15,49±10,89	14 (7-19)	**<0,001**
BECKA	5,68±6,70	4 (2-7)	13,67±18,34	9 (4-20)	**0,001**

Mann Whitney U Testi



Şekil 9. Hasta ve Kontrol grupları arasında Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA skorları karşılaştırılması

Hasta grubunda Beden Algısı Ölçeği DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA ölçek skorları ile Alopesi Areata süresi, SALT Skorları ile olan ilişkisi incelenmiştir. Beden Algısı Ölçeği ile Alopesi Areata süresi ve SALT Skorları arasında ters yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 5. Hasta grubunda Beden Algısı Ölçeği DLQI, Arizona CYÖ, BECKD ve BECKA ölçek skorları ile Alopesi Areata süresi, SALT Skorlarının Karşılaştırılması

Hasta Grubu		Alopesi Areata süresi (ay)	SALT Skoru	ArizonaCYÖ
Beden Algısı Ölçeği	r	-0,288	-0,481	-0,186
	p	**0,045**	**<0,001**	0,200
DLQI	r	-0,045	0,200	-0,031
	p	0,757	0,169	0,830
ArizonaCYÖ	r	0,171	0,020	
	p	0,239	0,890	
BECKD	r	-0,033	-0,027	0,080
	p	0,822	0,857	0,584
BECKA	r	0,137	0,168	0,236
	p	0,349	0,248	0,103

Spearman Korelasyon Test

Yaş ile Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru arasındaki ilişki incelenmiştir ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 7)

Tablo 6. Yaş ile Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru Karşılaştırılması

	Yaş	
	r	p
Beden Algısı Ölçeği	-0,058	0,571
DLQI	0,088	0,387
ArizonaCYÖ	0,037	0,717
BECKD	0,005	0,961
BECKA	0,019	0,848
Alopesi Areata süresi (ay)	-0,051	0,730
SALT Skoru	0,156	0,285

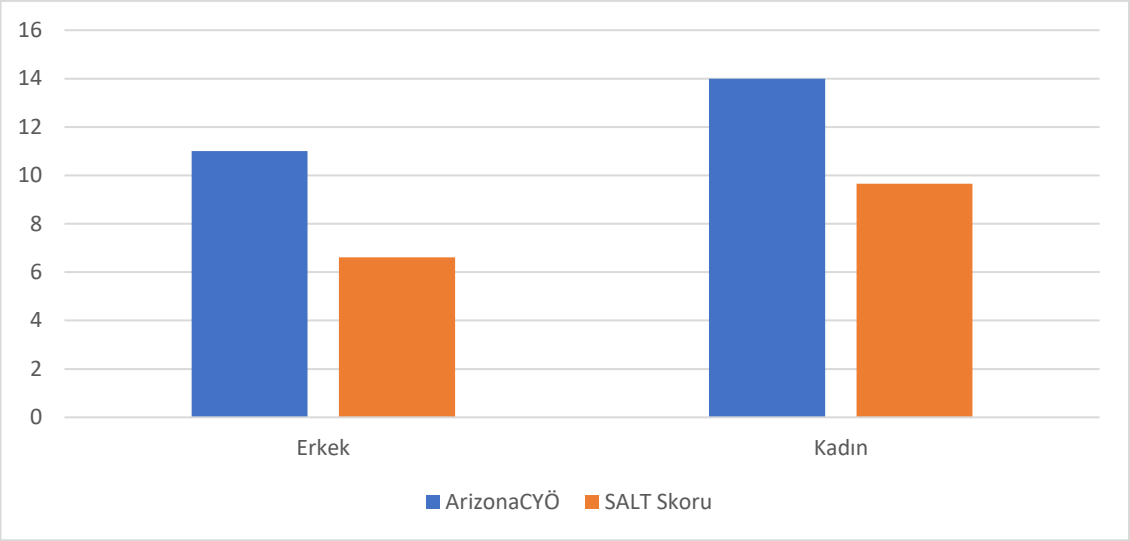
Spearman Korelasyon Testi

Hasta grubunda Kadın ve erkekler arasında Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılmıştır. Hasta kadınlarda Arizona CYÖ ve SALT Skorları hasta erkeklere göre daha yüksektir (Tablo 8).

Tablo 7. Hasta grupta Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Grup = Hasta	Erkek		Kadın		p
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
Beden Algısı Ölçeği	153,14±26,21	155,5 (137,5-175)	145±19,70	142 (127-158)	0,196
DLQI	8,42±6,18	6,5 (4-11,5)	6,77±4,02	5 (4-8)	0,510
ArizonaCYÖ	11±3,07	12 (8-13,5)	14±4,26	14 (13-15)	**0,014**
BECKD	13,64±8,85	11 (7-18)	20,62±14,40	16 (12-36)	0,163
BECKA	13,42±20,30	8,5 (3-17,5)	14,38±11,96	12 (5-20)	0,307
Alopesi Areata süresi (ay)	17,08±31,45	5 (3-13,5)	31,15±58,44	8 (5-24)	0,312
SALT Skoru	6,61±4,11	6 (3-9,5)	9,65±5,49	9 (8-10)	**0,048**

Mann Whitney U Testi



Şekil 10. Hasta grupta kadın ve erkeklerde Arizona CYÖ ve SALT Skorlarının Karşılaştırılması

Hasta grubunda medeni duruma göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 8. Hasta grubunda medeni duruma göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılması

Grup = Hasta	Evli		Bekar		Boşanmış		p
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
Beden Algısı Ölçeği	154,18±26,43	169 (126-170)	148,45±24,74	153 (137-160)	148,5±9,19	148,5 (142-155)	0,629
DLQI	8,12±5,58	6 (5-10)	8,28±5,96	7 (4-12)	6±2,83	6 (4-8)	0,880
ArizonaCYÖ	11,41±3,74	12 (8-15)	12,14±3,77	13 (9-14)	11±1,41	11 (10-12)	0,756
BECKD	16,94±11,58	14 (9-25)	15,45±10,74	15 (7-18)	7±9,90	7 (0-14)	0,456
BECKA	10,94±10,82	7 (4-14)	15,31±22,18	9 (4-20)	14±16,97	14 (2-26)	0,865
Alopesi Areata süresi (ay)	14,35±18,24	9 (3-14)	25,93±50,00	5 (4-12)	11±12,73	11 (2-20)	0,988
SALT Skoru	8,74±5,48	8 (5-11)	6,93±4,03	7 (3-10)	5,5±6,36	5,5 (1-10)	0,495

Kruskal Wallis Test

Hasta grubunda Seksüel aktivite durumları ile Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 9. Hasta grubunda Seksüel aktivite durumları ile Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılması

Grup = Hasta	Seksüel aktivite				p
	Heteroseksüel		Biseksüel		
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
Beden Algısı Ölçeği	150,58±24,83	155 (132-170)	170±.	170 (170-170)	0,490
DLQI	8,04±5,74	6 (4-11)	5±.	5 (5-5)	0,735
ArizonaCYÖ	11,73±3,64	12 (9-14)	15±.	15 (15-15)	0,327
BECKD	15,75±10,85	14 (7,5-19)	3±.	3 (3-3)	0,122
BECKA	13,87±18,48	9 (4-20)	4±.	4 (4-4)	0,571
Alopesi Areata süresi (ay)	21,04±40,57	6 (3-14,5)	10±.	10 (10-10)	0,816
SALT Skoru	7,41±4,70	7,5 (3,5-10)	8±.	8 (8-8)	0,898

Kruskal Wallis Testi

Hasta grubunda ek hastalık varlığına göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skoru karşılaştırılmıştır. Ek hastalığı olmayan hastalarda BECKD skoru Ek hastalığı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta grupta ek hastalık varlığına göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ, BECKD, BECKA, Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun incelenmesi

Grup = Hasta	Ek hastalık				p
	Yok		Var		
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
Beden Algısı Ölçeği	150,26±26,03	155 (127-170)	155,5±16,81	152,5 (142-165)	0,803
DLQI	8,07±6,06	6 (4-11)	7,33±3,20	7 (5-8)	0,814
ArizonaCYÖ	12,02±3,74	13 (9-14)	10±2,76	9 (8-11)	0,178
BECKD	16,29±11,00	14 (8-19)	7,83±6,24	6,5 (4-15)	**0,049**
BECKA	14,33±19,18	9 (4-20)	9,33±13,62	3,5 (2-11)	0,179
Alopesi Areata süresi (ay)	23,5±42,85	8,5 (3-15)	4,5±3,94	3,5 (2-5)	0,080
SALT Skoru	7,51±4,80	7,5 (4-10)	6,5±4,18	8 (2-10)	0,754

Mann Whitney U Testi

Hasta grubunda Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun Beden Algısı Ölçeğine olan etkisi incelenmiştir. SALT Skorundaki bir birimlik artış Beden Algısı Ölçek skorunu -2,647 kat azaltmaktadır (Tablo 12).

Tablo 11. Hasta grubunda Alopesi Areata süresi (ay) ve SALT Skorunun Beden Algısı Ölçeği ile ilişkilerinin incelenmesi

Grup = Hasta/ Beden Algısı Ölçeği	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
Alopesi Areata süresi (ay)	-,035	,079	-,057	-,446	,657	-,193	,123
SALT Skoru	-2,647	,678	-,499	-3,905	**<0,001**	-4,011	-1,283

Lineer Regresyon Analizi

Kontrol grubunda Arizona CYÖ ile DLQI ve BECKA arasında aynı yönlü korelasyon vardır.

Tablo 12. Kontrol grubunda Arizona CYÖ ile DLQI ve BECKA Ölçeklerinin Karşılaştırılması

		ArizonaCYÖ	
		Kontrol	Hasta
Beden Algısı Ölçeği	r	-0,212	-0,186
	p	0,140	0,200
DLQI	r	0,384	-0,031
	p	**0,006**	0,830
BECKD	r	0,229	0,080
	p	0,110	0,584
BECKA	r	0,298	0,236
	p	**0,036**	0,103
Alopesi Areata süresi (ay)	r		0,171
	p		0,239
SALT Skoru	r		0,020
	p		0,890

Spearman Korelasyon Testi

Kontrol grubunda Arizona CYÖ üzerinde etki eden faktörler incelenmiş ve anlamlı sonuç bulunmamıştır.

Tablo 13. Kontrol grubunda Arizona CYÖ'ye etki eden faktörler

ArizonaCYÖ	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
Beden Algısı Ölçeği	-0,028	0,025	-0,176	-1,134	0,263	-0,079	0,022	0,706	1,416
DLQI	0,333	0,258	0,176	1,287	0,205	-0,188	0,853	0,905	1,104
BECKD	0,292	0,149	0,304	1,960	0,056	-0,008	0,592	0,701	1,426
BECKA	-0,035	0,065	-0,073	-0,542	0,590	-0,167	0,096	0,941	1,062

Lineer Regresyon Analizi

Hasta grubunda Arizona CYÖ üzerinde etki eden faktörler incelenmiştir. Beden algısı ölçek skorundaki bir birimlik artış Arizona CYÖ skorunu -1,326 kat azaltmaktadır.

Tablo 14. Hasta grubunda Arizona CYÖ üzerinde etki eden faktörler

ArizonaCYÖ	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
Beden Algısı Ölçeği	-1,326	0,491	-1,248	-0,278	**0,004**	-2,058	-1,044	0,718	1,392
DLQI	-0,109	0,101	-0,172	-1,079	0,287	-0,314	0,095	0,831	1,203
BECKD	0,101	0,051	0,302	1,967	0,056	-0,003	0,204	0,893	1,120
BECKA	0,030	0,032	0,152	0,943	0,351	-0,034	0,094	0,812	1,231
Alopesi Areata süresi (ay)	0,010	0,013	0,111	0,761	0,451	-0,017	0,037	0,984	1,016
SALT Skoru	-0,039	0,136	-0,050	-0,288	0,775	-0,313	0,235	0,694	1,441

Lineer Regresyon Analizi

5. TARTIŞMA

Alopesi areata, hayatı tehdit eden bir durum olmasa da hastalar üzerindeki psikolojik ve sosyal sonuçları ile birlikte psikosomatik bir hastalıktır. AA, psöriazisten sonra psikiyatriye başvuru nedeni olan 2. en sık dermatolojik hastalıktır[134]. Kanıtlar, alopesi deneyiminin duygusal travma, kişisel, sosyal ve iş ile ilgili problemlere yol açan bir psikolojik hasara neden olduğunu göstermektedir[76]. AA, kişilerin benlik saygısını ve kozmetik görünümünü ciddi şekilde etkilediğinden, bu hastalar depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi psikiyatrik bozuklukların görülme oranları normalden daha yüksektir. AA hastalarında, yaşam boyu depresyon prevalansı %38-39 ve yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı %39-62 olmak üzere, yaşam boyu psikiyatrik bozuklukların %66-74 yaygınlığı bildirilmiştir[60]. Koo ve arkadaşları (1994), genel popülasyona kıyasla alopesiye sahip kişilerde psikiyatrik bozuklukların (majör depresif epizod, anksiyete bozukluğu, sosyal fobi veya paranoid bozukluk gibi) yaygınlık oranlarının arttığını gözlemledi[72]. Egele ve Tauschke (1987), devam eden bir kayıp hissi olan bir grup alopesi hastasını tanımladılar, bu da bazı bireyler için alopesi ile başa çıkma sürecinin kayıp sonrası yas tutma süreciyle bir olabileceğini düşündürmektedir[135]. Kanser tedavisi nedeniyle saç dökülmesi yaşayan kadınlarla yapılan bir çalışmada, Baxley ve arkadaşları, kanser teşhisi almanın yanı sıra, alopesinin, kanser hastalarının yaşadığı en travmatik psikolojik yan etki olduğunu göstermişlerdir[115, 136]. Saç dökülmesi olan kişiler için, hastalığın öngörülemeyen bir seyri, relapslarla seyretmesi ve küratif bir tedavisinin olmaması da başa çıkma sürecini zorlaştırmaktadır. Çalışma sonuçlarımızda AA'lı hastalarda bulunan yüksek BECK Anksiyete ve BECK Depresyon ölçek skorları literatürü destekler niteliktedir.

AA ile psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkiyi açıklayan bir diğer yaklaşım, stresli yaşam olaylarının hastalığın başlangıcında ve/veya alevlenmesinde önemli rol oynayabileceğidir. York ve arkadaşları (1998), yüksek stres yaşayan kadınların saç dökülmesi yaşama olasılığının, yüksek stres bildirmeyenlere göre 11 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır[137] Stresli olayların çeşitli mekanizmalar yoluyla saç dökülmesine yol açabileceğine inanılmaktadır. Örneğin, psikolojik stres, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin kıl folikülünü tetikleyerek, mast hücre

üretimini ve degranülasyonu uyaran artan kortikotropik salgılatıcı hormon (CRH) salınımına neden olur. Bu ise, kıl folikülünün immün ayrıcalığını çökerten ve folikülün erken yıkımına neden olan nörojenik inflamasyona yol açar[138].

AA'lı hastalarla yapılan çalışmalarda, hastaların yarıdan fazlası alopesinin hayatlarını majör seviyede etkilediğini bildirmişlerdir[139, 140]. Saç dökülmesinin hastaların hayat kalitesine etkilerinin incelendiği bir çalışmada, alopesili hastalarındaki DLQI skorlarının şiddetli psöriazis hastaları ile benzer olduğu ortaya konmuştur[112]. AA ve androgenetik alopesi (AGA)'nin hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin araştırıldığı başka bir çalışmada, AA ve AGA'nın, kendine güven kaybı ve düşük benlik saygısı duyguları da dahil olmak üzere, hayat kalitesini orta derecede etkilediği, saç dökülmesinin hastaların sadece fiziksel görünümlerini değil duygusal ve sosyal iyiliklerini de etkilediği gösterilmiştir. Yine bu çalışmada, AA hastalarının DLQI skorları AGA hastalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur[141]. Bizim çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte, hasta grupta kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek saptanan DLQI seviyeleri, AA'nın hastaların hayat kalitesi üzerindeki negatif etkisini ortaya koymaktadır. Bu olumsuz etkiler hastaların psikososyal durumunu, özel hayatını, sosyal etkileşimlerini ve günlük aktivitelerini etkilemektedir. Bu etkilenme, kadınlarda, %25'ten fazla dökülme alanına sahip olanlarda daha fazla olarak bulunmuştur[142].

Her bireyin, beden imajı olarak bilinen kendi bedeninin zihinsel bir resmi vardır. Beden imajı kişilerarası, çevresel ve kültürel faktörler tarafından belirlenmektedir. Bireylerin doğumda beden imajı yoktur, ancak yavaş yavaş bedenlerinin farkındalığını kazandıkça beden imajları gelişir. Yaşam boyunca bireyin beden imajı, cinsel işlev, meslek, aile veya arkadaşlarla ilişki, fiziksel görünüm veya bu bileşenlerden herhangi birinin kaybı veya değişmesi gibi faktörlerin bir sonucu olarak sürekli değişmektedir. Hipokrat zamanından beri birçok araştırmacı bir kişinin vücut şekli ile mizaç ve davranışları arasında bağlantı olduğunu öne sürmüştür[143]. Doğan S, kanserli hastalarda beden algısı sorunlarını incelediği çalışmasında, beden imajının benliğin fiziksel boyutunu oluşturduğunu ve fiziksel görünüş, sağlık, fiziksel beceriler ve cinsellik ile ilgili tüm tutum ve algıları içerdiğini söylemiştir[144].

İnsan saç tabakasının biyolojik işlevleri sınırlı olmasına rağmen, psikolojik iletişimde önemli bir rol oynar. Tarih boyu ve tüm kültürlerde saç, hem kim olduğumuzla ilgili bir vitrin olmuş hem de ötekiyle etkileşimimize aracılık etmiştir. Yüzyıllar boyunca saç her zaman güzellik ve sağlığın bir işareti olarak kabul edilmiştir[145]. Bir kişinin saç modeli sınıf, cinsiyet, meslek, dini yönelim ve sosyal ve politik inançları gösterebilir. Benlik kavramı ve benlik kimliği hakkında kişisel bir mesajı da yansıtabilir. Saç derisi, kimlik, benlik imajı ve etnik köken özelliklerini taşıyan bir insan özelliğidir[145]. Saçın varlığı veya yokluğu, diğer insanların bir kişiyi yaş, zekâ ve cana yakınlık konusunda farklı şekilde yargılamasına izin verir. Graham ve Jouhar, birçok kişinin saçlarına göre başkalarının kişiliği hakkında yargıya vardığını ortaya koymuştur. Araştırmalarında, uyaran kişinin saçındaki değişiklikler, erkek ve kadın değerlendiricilerin görünüm ve kişilik derecelendirmelerinde değişikliklere neden olmuştur. İyileştirilmiş makyaj ve saç modeli, daha fazla özen, sıcaklık, samimiyet, güvenilirlik, duruş derecelendirmeleriyle sonuçlanmıştır[146].

Firooz, Firoozabadi, Ghazisaidi ve Dowlati, saçın estetik yansımaları nedeniyle alopesinin bireyde derin duygusal strese ve beden algısında bozulmaya neden olduğunu göstermişlerdir. Ek olarak bozulmuş beden algısının AA'nın en sık bildirilen olumsuz etkilerinden olduğunu da ortaya koymuşlardır[147].

Saçın büyük sembolik anlamı, benlik duygusunu azaltmak, bireyselliği (askeri) ve dünyevi kibri küçümsemek ve tövbe işareti (dini kurumlar) olarak kurumsallaşmış bir mekanizma olarak kafaların tıraş edilmesi gerçeğinde yansıtılır. Saç, kişiliği, çekiciliği, cinselliği ve güzelliği tasvir eden bir özelliktir. Alopesi, kişinin benlik ve kimlik duygusunu etkileyebilen bir şekil bozukluğu şeklidir. Bireyler tarafından sadece bir saç dökülmesi olayı olarak değil, fiziksel görünümdeki derin değişiklikler şeklinde tanımlanmaktadır[76]. Kişilerin kendi iradeleri dışında saçlarını kaybetmeleri; beden bütünlüklerinin bozulmasına ve hem kendilerini algılayışları hem kimliksel duruşları açısından daha "yabancı", daha "eksik", daha "kırılgan" hissetmelerine neden olmaktadır[148]. Saç kaybı sonucu ortaya çıkan sosyal normlara uymama, hastalarda özsaygı ve özgüven azalmasına, depresyon, anksiyete ve sosyal çekilmeye neden olabilir.[65] Bununla birlikte sosyal normları karşılamak ve uyum için, toplumsal ve kendi kendine yapılan baskılar da, sonuçta ortaya çıkan

depresyon, kaygı veya düşük benlik saygısı için önemli bir neden olabilir[59]. Yine Türkiye'den bir çalışmada, saçın beden algısı ve kişi üzerindeki bu etkileri nedeniyle alopesinin beden algısını bozduğu ortaya konmuştur[149].

Alopesi areata, hayatı tehdit etmemesi ve fiziksel bir ağrıya neden olmamasına rağmen bir hastalık olarak algılanma oranı androgenetik alopesiden daha fazladır. Alopesi areatalı birçok hastada, sistemik kortikosteroidler saçların yeniden büyümesini sağlamasına rağmen yan etkileri nedeniyle kozmetik bir kusuru düzeltmek için uzun süreli ve kontrolsüz kullanılmaları doğru değildir. Ancak alopesi areatanın hastalar tarafından aynı zamanda bir "kozmetik kusur" şeklinde algılanması bu hastaların düzenli olarak tedavi aradıklarını ve bu riskleri aldıklarını göstermektedir. "Kozmetik kusurları" olan bireylerin bu tür riskleri almaya mecbur hissetmelerinin nedenlerinden bazıları incelendiğinde altta yatanın, insanların saç stili, kozmetik ve giyim gibi "vücut tanımları"nın kendileriyle ilgili yönleri ilettiğine dair olan antropolojik düşüncedir[114, 150, 151].

AA'nın daha spesifik sonuçları, vücut imajındaki değişiklikler, genellikle yüksek stres ile ilişkili olan dikkatin alopesik noktalara fiksasyonu ve ayrıca değişen fiziksel görünümden kaynaklanan toplum tarafından görülen ayrımcılıktır. Bunların yanında, ağrı veya diğer bedensel semptomların hastalar için daha az önem arz ettiği görülmüştür[152].

Alopesi, beden algısının bir komponenti olan kişilerin başkaları tarafından algılanışları üzerinde de negatif etkilere sahiptir. Psikoloji bilimi, ilk izlenimlerin ötesinde, görünüş klişelerinin başkalarının insanlara nasıl davrandığını şekillendirebileceğini kanıtlamıştır. Daha sonraki deneyimler ışığında ilk izlenimler değişebilse de, saç dökülmesine sahip erkeklerin ilk etkileşimlerinde dezavantajlı olmaları, sosyal deneyimlerini ve yaşam kalitelerini etkileyebilmesi olasıdır[153, 154]. İlk izlenimlerle ilgili 1971'de yapılan bir çalışma kel erkeklerin kaba, kötü, çirkin ve sert olarak; gür saçlı erkeklerin ise yakışıklı, erkeksi ve aktif olarak tanımlandığını ortaya koymuştur[155]. Daha sonra Moerman yaptığı çalışmada, kel olarak çizilen adamın daha istikrarlı, vicdanlı ve zeki olarak görüldüğünü, kel olmayan adamın daha çekici, hoş ve daha genç olarak görüldüğünü tespit etmiştir[156]. Kadın ressamların çizimleri üzerinden yapılan bir deneyde, bir tarafta alopesili diğer tarafta alopesinin olmadığı iki erkek resmedilmiştir. Bu deneyde

uyaran çizimleri, zekâ veya uyumluluk açısından değil, yalnızca saçın varlığı veya yokluğu açısından farklılık göstermekte idi. Bir kişinin uyumlu mu yoksa zeki mi olduğuna ilişkin bir görüş, kişiyle doğrudan etkileşime girene kadar gerçekten formüle edilemeyecek olmasına rağmen, deneydeki katılımcılar sadece çizime bakarak insanların aşağı yukarı nasıl birileri oldukları hakkında yargıda bulunmuşlardır. Bu veriler, toplum içerisinde bir tür önyargının varlığına işaret etmektedir. Alopesiye sahip erkeklerin, karşı tarafa iletmek istediklerinde dış görünüşleri etkili olmaktadır. Sonuç olarak, alopesi, belki de kekemelik veya peltekliğe benzeyen bir "iletişim bozukluğu" olarak yorumlanabilir, bu da kişilerin dış görünümlerinin beden algıları ve kişiler üzerindeki etkilerini açıkça ortaya koymaktadır[114].

Tüm bu kanıtlar, alopesi deneyiminin kişiye psikolojik açıdan zarar verdiği, yoğun duygusal acıya neden olduğu ve kişisel, sosyal, iş hayatları ve beden algıları ile ilgili sorunlara yol açtığı görüşünü desteklemektedir. Biz de çalışmamızda bu bilgilerle uyumlu olarak hasta grupta kontrol gruba göre yüksek anksiyete ve depresyon oranları saptadık. Ayrıca dış görünüşün kişinin kendini algılayışı şeklinde de düşünülebilen beden algısı üzerindeki etkilerini hesaba katarak yaptığımız çalışmamızın sonucunda beklendiği şekilde alopesi areatanın hastaların beden algılarını bozduğunu ortaya koyduk.

Cinsel sağlık, genel sağlığın her yaştan insan için önem arz eden bir parçasıdır. Laumann ve arkadaşlarının, Journal of the American Medical Association'ın sayfalarında cinsel işlev bozukluğunu “önemli bir halk sağlığı sorunu” olarak tanımlamalarının üzerinden 20 yılı aşkın bir zaman geçmesine ve cinsel işlev bozukluklarının yüksek prevalansına rağmen klinik araştırmalarda cinsel sağlıkla ilgili tartışmalar nadirdir[157]. Lindau ve arkadaşları, ileri yaş yetişkinler (57-85 yaş) ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında cinselliğin çok az sayıda kişi için önemsiz olduğunu göstermişlerdir[158]. Ayrıca, birçok çalışma belirli cinsel sorunlar için risk faktörlerini incelemiş olsa da bireylerin cinsel doyumla ilgili genel değerlendirmeleri ve memnuniyetleri hakkında daha az şey bilinmektedir. İleri yaş kadınlarla sınırlı bir çalışmada cinselliğin, cinsellik hakkında kültürel olarak etkilenen beklentiler, çiftler arasındaki cinsel iletişim ve cinsel uygulamalar, yaş, ırksal köken ve ruh sağlığı dahil olmak üzere birçok faktör ile karşılıklı etkileşim halinde olduğu gösterilmiştir[159].

Cinsel işlev bozukluğuyla ilgili rahatsızlık veya sıkıntının, erkek ve kadınların doktor başvurularını arttırdığı ve tedavi arama kararlarını yönlendirdiği tespit edilmiştir[160]. Cinsel sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki öneminin fark edilmesi ve farklı popülasyonlarda cinsel tatminin küresel değerlendirmelerinin daha iyi anlaşılmasına, gelecekteki nedenler ve tedaviler ile ilişkili cinsel kaygılar hakkında hasta-sağlayıcı iletişimini geliştirmeye yönelik müdahalelerin geliştirilmesi de dahil olmak üzere araştırmalara rehberlik etmek için ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla, çalışmamızda, alopesi areata hastalarının cinsel işlev bozuklukları incelenmiştir.

Cinsel işlev bozuklukları, cinsel ilgi ve/veya arzunun azalması ya da olmaması, cinsel düşüncelerin, fantezilerin ve cinsel uyarılara karşılık verme arzusunun olmamasıdır. Yetişkin kadınların yaklaşık %40-45'inin ve yetişkin erkeklerin %20-30'unun en az bir cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu gösterilmiştir[161]. Beden imajı, bireyin sosyal ilişkileri, duygusal durumlarında olduğu gibi cinsel davranışlarında da belirleyici bir etkiye sahiptir. [162].Beden imajındaki bozulma, bireyin vücuduna dokunmayı veya bakmayı istememesi, bedenini gizleme ihtiyacı duyması, bedeni hakkında olumsuz fikirlere kapılması gibi durumlar ortaya çıkarmaktadır[163]. Kadın ve erkeklerde cinsel doyum ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, her iki grupta da cinsel doyum ve beden algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Katılımcıların vücutlarına dair memnuniyetsizlikleri arttıkça cinsel ilişkinin işlevine ve niteliğine dair deneyimlerinde de bozulmalar ortaya çıkmıştır. [164]. Hoyt ve Kogan tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, düşük cinsel doyuma sahip kişilerin, yüksek olanlara göre vücutlarının görünümü hakkında daha olumsuz fikirlere sahip olduklarını göstermişlerdir[142]. Başka bir çalışmada, bedenleri hakkında olumsuz duygulara sahip olan ve bedenlerinden memnun olmayan kadınların, daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada, beden memnuniyeti yüksek olan kişilerin, daha düşük olanlara göre cinsel ilişki sıklığının daha yüksek olduğu, cinsel hayatlarında daha az problem yaşadıkları ve cinsel açıdan daha çekici hissettikleri bildirilmiştir [165] Beden algısının kadınların cinsel davranışları üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre beden algısı, cinsel ilişki sıklığı ve cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma sıklığını etkilemektedir[166]. 2012 yılından bir çalışmada, beden algısı bozuk kişilerin cinsel hayatlarından daha az

memnun oldukları ve cinsel ilişkiden kaçındıkları gösterilmiştir[167]. Obez kadınlarla yapılan bir çalışmada, obezite nedenli bozulan beden algılarının kilo vermeleri ile düzelmesi sonucu orgazm, doyum, uyarılma ve ilişki sırasında ağrı seviyelerinin anlamlı şekilde düzeldiği ve cinsel hayatlarından daha memnun oldukları bildirilmiştir[168].

Gillen ve arkadaşlarının bir çalışmasında ise cinsel aktif kişiler içerisinde, cinsel deneyim sıklığı fazla olan kişilerin daha az cinsel deneyim yaşayan kişilere göre vücut görünümleri hakkında daha olumlu düşüncelere sahip oldukları, vücutlarıyla ilgili memnuniyetsizliklerinin daha az olduğu ve görünüşlerine daha fazla önem verdikleri görülmüştür[169].

Bu veriler, beden algısı normal kişilerin bozulmuş kişilere göre bedenleri ile ilgili memnuniyetsizliklerinin daha düşük olması ile bedenleri ile daha barışık olmaları, bedenlerinden aldıkları doyumun arttığı, özgüvenlerinin daha yüksek hale geldiği ve bunların sonucunda cinsellikten kaçınmalarının daha az, cinsel deneyimlerinin daha fazla olduğu ve cinselliği daha aktif şekilde yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda bildirilen sonuçlarda da hasta grubunda beden algısındaki iyileşme ile cinsel disfonksiyonlardaki iyileşme ilişkili bulunmuş olup literatürdeki mevcut araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

AA süresi uzadıkça, hastaların iyileşme konusunda daha fazla umutsuzluğa kapıldıkları gösterilmiştir[147]. Hastalık şiddeti ve süresinin AA'nın psikiyatrik hastalıklar ile ilişkisinde en önemli faktörler olduğu ortaya konmuştur[170]. Hastalık süresi ve şiddeti arttıkça hastalığın psikolojik yükü ve hastaların etkilenme seviyelerinin de arttığı, bunların sonucu olarak beden algılarındaki mevcut bozulmanın hastalık süresi ve şiddeti arttıkça daha da arttığı gösterilmiştir[139]. Biz de çalışmamızda bu bilgilerle uyumlu şekilde alopesi areata süresi ve şiddeti arttıkça hastaların beden algılarındaki bozulmanın daha da arttığını saptadık.

Saçın kadınsı özellikleri ve çekiciliği, saç kalitesi ve görünümü, birçok insan için çekiciliğin ve cinselliğin bir göstergesi olabilir ve gözle görülür saç dökülmesi, özellikle kadınlarda, kadınsı özelliklerin ve çekiciliğin kendi algıları üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olabilir. Kadınlarda saç, kadınlık, cinsellik, çekicilik ve hatta kişilikle ilgili bir sembol olarak düşünülmektedir. Bazı araştırmalar, saç dökülmesi yaşayan kadınların erkeklere göre daha fazla özbilinç, çekici olmama

duygusu, sosyal geri çekilme, duygusal stres ve endişe yaşadıklarını göstermektedir[171] Dış görünüş, kadınlar için erkeklere kıyasla daha fazla önem arz etmektedir[172]. Beden hakkındaki olumsuz düşünceler ve vücut memnuniyetsizliğine kadınlarda erkeklere göre daha fazla rastlanmaktadır. [173]. Toplumdaki mevcut görünüş baskının ağırlıklı olarak kadınlar üzerinde olması ve ideal vücudun kadınlarda erkeklere göre daha net bir şekilde belirtilmesinin bu duruma neden olduğu gösterilmiştir [174]. Toplumlar arası ve toplum içi sınıflar arası farklılıklar olabilse de, kadınlardaki kabul görme, statü ve itibar sahibi olma, dış görünümleri ile doğrudan ilişkilidir[175]. Dış görünüşteki bozulmalar, kadınlarda diğer kişilerle iletişimden kaçınmaya, yetersiz hissetmeye ve cinsel açıdan isteksizliğe neden olmaktadır[176]. Cinsel işlev bozukluğu insidansının araştırıldığı mevcut epidemiyolojik çalışmalarda da cinsel işlev bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur[161]. Bizim çalışmamızda da alopesi areatalı kadınlarda dış görünümdeki bozulma sonucu ortaya çıkan cinsel işlev bozuklukları erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Hastalık şiddetinin kadınlarda daha yüksek çıkmasının da cinsel işlev bozukluklarındaki yüksekliğe katkıda bulunduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ

Çalışmamıza 72'si erkek, 27'si kadın olmak üzere 99 kişi dahil edilmiştir. Hasta grubun alopesi areata süresi 20,82±40,18 ay, ortalama SALT Skoru 7,42±4,66 olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama yaşı 31,49±8,17, ortalama Beden Algısı Ölçeği 162,23±25,07, ortalama DLQI ölçek skoru 5,42±4,88, ortalama Arizona CYÖ skoru 10,12±3,82, ortalama BECKD skoru 11,46±8,94, ortalama BECKA skoru 9,64±14,26, hastaların ortalama Alopesi Areata süresi 20,82±40,18 ay, ortalama SALT Skoru 7,42±4 olarak bulunmuştur. Hasta grubun hayat kalitesi kontrol grubuna göre daha çok etkilenmiş, anksiyete, depresyon oranları ve cinsel işlevlerindeki ve beden algılarındaki bozulma daha yüksek bulunmuştur. Beden algısındaki bozulmanın alopesi süresi ve şiddeti ile ilişkili olarak görülmüştür. Kadın hastalarda hastalık şiddeti ve cinsel fonksiyonlardaki etkilenme daha yüksek bulunmuştur.

Deri hastalıklarının hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki negatif etkileri yadsınamaz bir gerçektir. Deri hastalıklarının bu psikososyal yönü, hastaların optimal yönetimlerini zorlaştırmaktadır. Klinisyenlerin deri hastalıklarının hastaların yaşamları üzerindeki etkilerini kabulleri uzun süre önce gerçekleşmiş olsa da, yaşam kalitesi ölçümleri ancak son zamanlarda uygulanmaya başlanmıştır[177].

AA'nın hastaların ruh sağlığı, bedenlerini algılayış şekilleri ile birlikte sosyal ve duygusal iyilik hali üzerindeki etkileri birçok kez ortaya konmuştur. Başka hastalıklarda ortaya konan eşlik eden psikolojik durumlar ve bozulan beden algısı sonucu görülen cinsel işlev bozuklukları alopesi areatada da görülmüştür[178].

Hasta grubunda ek hastalık varlığına göre Beden Algısı Ölçeği, DLQI, Arizona CYÖ karşılaştırılmış, ek hastalığı olmayan hastalarda BECKD skoru Ek hastalığı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar hasta grupta ortaya konan beden algısındaki, yaşam kalitesindeki, cinsel fonksiyon bozuklukları üzerinde ek hastalıkların etkisinin olmadığını göstermektedir. Ayrıca bu hastaların alopesi areata süreleri ve SALT Skorlarının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olmasının da BECKD skorlarındaki yüksekliğe katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Cinsel yaşam, kişinin hayat kalitesinin yapıtaşlarından biridir. Cinsellik ile ilgili araştırmalar Hipokrat dönemine dayanır. Cinsellik bireyin değerleri, inançları,

davranışları, dış görünüşü, hisleri, karakteri ve sosyal hayatı ile birlikte ne olduğunun bir ifadesidir. Doğmadan önce başlayan cinsellik, hayat boyu ahlaki ve kültürel faktörlerden etkilenerek devam eder ve üremeyi, cinsel zevk almayı ve vermeyi içerir. Cinsellik tamamiyle duyulara dayalı bir deneyimdir, sadece cinsel organları değil tüm bedeni ve aklı içerir[179]. Cinsel sağlık, fiziksel, mental ve sosyal sağlık ile çift taraflı bir ilişkiye sahiptir[180]. Sağlıklı bir cinsellik için gerekli olan altyapı kişinin sağlıklı işleyen bir bedene sahip olmasıyla oluşur. Sağlıklı ve doyum verici bir cinsellik, günlük yaşamda karşılaşılan stres faktörlerine dayanıklılığın artmasını sağlar. Aynı zamanda sağlıklı bir cinsel hayat bireyin ruh ve beden sağlığı üzerinde de olumlu etkilere sahiptir[181]. Cinsel yaşamın bu denli önemi nedeniyle sağlık hizmeti sağlayıcıları birçok hasta için önemli ancak dile getirilmeyen bu endişeyi en iyi nasıl ele alacaklarını düşünmelidir.

Alopesi areatalı hastalarda sorunun "sadece saç" olarak görülmemesi ve öneminin saptanması, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunur. Alopesi areata, tekrarlamalarla giden bir hastalık olduğundan ve küratif bir tedavisi bulunmadığından hastalar üzerinde olumsuz etkileri yoğun olan bir durumdur. Eşlik eden psikiyatrik durumların ve hastaların cinsel hayatlarındaki etkilenmenin oranı da göz önüne alındığında bu hastalarda psikiyatrik değerlendirmenin gerekliliği aşikardır. Klinisyenlerin AA hastalarında psikiyatrik komorbiditeler konusunda dikkatli olmaları, hastaları bütünsel olarak ele alınması ve destek ve tedavi için uygun yönlendirmelerin gerçekleştirilebilmeleri tedavinin seyri açısından olumlu etki sağlayacaktır.

Çalışmamız alopesi areatalı hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, beden algısı ve cinsel işlev bozuklukların değerlendirildiği ilk çalışma olma niteliğini taşımaktadır. Az hasta ile gerçekleştirilmesi, görece kısa süreli olması (6 ay) ve çalışmaya dahil edilen hastalar içerisinde erkek hastaların sayısının kadınlara göre daha yüksek olması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak görülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Spano, F. and J.C. Donovan, *Alopecia areata: Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis.* Can Fam Physician, 2015. **61**(9): p. 751-5.
2. Wasserman, D., et al., *Alopecia areata.* Int J Dermatol, 2007. **46**(2): p. 121-31.
3. Willemsen, R., et al., *Hypnosis in refractory alopecia areata significantly improves depression, anxiety, and life quality but not hair regrowth.* J Am Acad Dermatol, 2010. **62**(3): p. 517-8.
4. Liu, L.Y., B.A. King, and B.G. Craiglow, *Health-related quality of life (HRQoL) among patients with alopecia areata (AA): A systematic review.* J Am Acad Dermatol, 2016. **75**(4): p. 806-812.e3.
5. Strazzulla, L.C., et al., *Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis.* J Am Acad Dermatol, 2018. **78**(1): p. 1-12.
6. Molina-Leyva, A., et al., *Psychosocial Impairment as a Possible Cause of Sexual Dysfunction among Young Men with Mild Androgenetic Alopecia: A Cross-sectional Crowdsourcing Web-based Study.* Acta Dermatovenerol Croat, 2016. **24**(1): p. 42-8.
7. Tzur Bitan, D., et al., *The association between alopecia areata and anxiety, depression, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study.* Arch Dermatol Res, 2021.
8. Muller, M., et al., *Embryology of the hair follicle.* Early Hum Dev, 1991. **26**(3): p. 159-66.
9. Millar, S.E., *Molecular mechanisms regulating hair follicle development.* J Invest Dermatol, 2002. **118**(2): p. 216-25.
10. Grubbs, H., A. Nassereddin, and M. Morrison, *Embryology, Hair*, in *StatPearls*. 2022, StatPearls Publishing

Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).

11. Buffoli, B., et al., *The human hair: from anatomy to physiology.* Int J Dermatol, 2014. **53**(3): p. 331-41.
12. Martel, J.L., J.H. Miao, and T. Badri, *Anatomy, Hair Follicle*, in *StatPearls*. 2022, StatPearls Publishing

Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).

13. Rogers, G.E., *Hair follicle differentiation and regulation.* Int J Dev Biol, 2004. **48**(2-3): p. 163-70.
14. Blume-Peytavi, U. and A. Vogt, *Human hair follicle: reservoir function and selective targeting.* Br J Dermatol, 2011. **165 Suppl 2**: p. 13-7.
15. Ebling, F.J., *The biology of hair.* Dermatol Clin, 1987. **5**(3): p. 467-81.
16. Vogt, A., et al., *Morphometry of human terminal and vellus hair follicles.* Exp Dermatol, 2007. **16**(11): p. 946-50.
17. Whiting, D.A., *Histopathologic features of alopecia areata: a new look.* Arch Dermatol, 2003. **139**(12): p. 1555-9.
18. Paus, R. and K. Foitzik, *In search of the "hair cycle clock": a guided tour.* Differentiation, 2004. **72**(9-10): p. 489-511.
19. Sacks, D., et al., *Multisociety Consensus Quality Improvement Revised Consensus Statement for Endovascular Therapy of Acute Ischemic Stroke.* Int J Stroke, 2018. **13**(6): p. 612-632.
20. Celik-Ozenci, C., *The amazing miniorgan: Hair follicle.* Deri Hastaliklari ve Frengi Arsivi, 2014. **48**: p. 2-5.
21. Özenci, Ç.Ç., *The amazing miniorgan: Hair follicle.* Turkderm, June, 2014. **Deri Hastaliklari ve Frengi Arsivi** p. 48(suppl 1):2-5.
22. Olsen, E.A., et al., *Alopecia areata investigational assessment guidelines--Part II. National Alopecia Areata Foundation.* J Am Acad Dermatol, 2004. **51**(3): p. 440-7.
23. Sehgal, V. and S. Jain, *Alopecia areata: Past perceptions.* International journal of dermatology, 2002. **41**: p. 189-90.
24. Lee, H.H., et al., *Epidemiology of alopecia areata, ophiasis, totalis, and universalis: A systematic review and meta-analysis.* J Am Acad Dermatol, 2020. **82**(3): p. 675-682.

25. Darwin, E., et al., *Alopecia Areata: Review of Epidemiology, Clinical Features, Pathogenesis, and New Treatment Options.* Int J Trichology, 2018. **10**(2): p. 51-60.
26. Alkhalifah, A., et al., *Alopecia areata update: part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis.* J Am Acad Dermatol, 2010. **62**(2): p. 177-88, quiz 189-90.
27. Biran, R., A. Zlotogorski, and Y. Ramot, *The genetics of alopecia areata: new approaches, new findings, new treatments.* J Dermatol Sci, 2015. **78**(1): p. 11-20.
28. Alzolibani, A.A., *Epidemiologic and genetic characteristics of alopecia areata (part 1).* Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat, 2011. **20**(4): p. 191-8.
29. Jabbari, A., et al., *Genetic basis of alopecia areata: a roadmap for translational research.* Dermatol Clin, 2013. **31**(1): p. 109-17.
30. Sundberg, J.P., et al., *Adult-onset Alopecia areata is a complex polygenic trait in the C3H/HeJ mouse model.* J Invest Dermatol, 2004. **123**(2): p. 294-7.
31. Jessop, J.J., K. Gale, and B.M. Bayer, *Enhancement of rat lymphocyte proliferation after prolonged exposure to stress.* J Neuroimmunol, 1987. **16**(2): p. 261-71.
32. Chu, C.H., Y.P. Cheng, and J.Y. Chan, *Alopecia Areata After Vaccination: Recurrence with Rechallenge.* Pediatr Dermatol, 2016. **33**(3): p. e218-9.
33. Sundberg, J.P., et al., *Recombinant human hepatitis B vaccine initiating alopecia areata: testing the hypothesis using the C3H/HeJ mouse model.* Vet Dermatol, 2009. **20**(2): p. 99-104.
34. Ito, T. and Y. Tokura, *Alopecia areata triggered or exacerbated by swine flu virus infection.* J Dermatol, 2012. **39**(10): p. 863-4.
35. Sládková, T. and F. Kostolanský, *The role of cytokines in the immune response to influenza A virus infection.* Acta Virol, 2006. **50**(3): p. 151-62.
36. Paus, R., B.J. Nickoloff, and T. Ito, *A 'hairy' privilege.* Trends Immunol, 2005. **26**(1): p. 32-40.
37. Ghoreishi, M., M. Martinka, and J.P. Dutz, *Type 1 interferon signature in the scalp lesions of alopecia areata.* Br J Dermatol, 2010. **163**(1): p. 57-62.
38. Midian-Singh, R., S. Alagugurusamy, and R. Agrawal, *Alopecia universalis following interferon alfa-2b and ribavirin treatment for hepatitis C.* Gastroenterol Hepatol (N Y), 2007. **3**(8): p. 644-5.
39. Kadowaki, N. and Y.J. Liu, *Natural type I interferon-producing cells as a link between innate and adaptive immunity.* Hum Immunol, 2002. **63**(12): p. 1126-32.
40. Barchet, W., M. Cella, and M. Colonna, *Plasmacytoid dendritic cells--virus experts of innate immunity.* Semin Immunol, 2005. **17**(4): p. 253-61.
41. Ito, T., et al., *Plasmacytoid dendritic cells as a possible key player to initiate alopecia areata in the C3H/HeJ mouse.* Allergol Int, 2020. **69**(1): p. 121-131.
42. Ito, T., et al., *Understanding the significance of cytokines and chemokines in the pathogenesis of alopecia areata.* Exp Dermatol, 2020. **29**(8): p. 726-732.
43. Vañó-Galván, S., et al., *Alopecia areata totalis and universalis: a multicenter review of 132 patients in Spain.* J Eur Acad Dermatol Venereol, 2017. **31**(3): p. 550-556.
44. Sterkens, A., J. Lambert, and A. Bervoets, *Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options.* Clin Exp Med, 2021. **21**(2): p. 215-230.
45. Chelidze, K. and S.R. Lipner, *Nail changes in alopecia areata: an update and review.* Int J Dermatol, 2018. **57**(7): p. 776-783.
46. Kasumagic-Halilovic, E. and A. Prohic, *Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation.* J Eur Acad Dermatol Venereol, 2009. **23**(2): p. 240-1.
47. Gandhi, V., M.C. Baruah, and S.N. Bhattacharaya, *Nail changes in alopecia areata: incidence and pattern.* Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2003. **69**(2): p. 114-5.
48. Saray, Y. and A.T. Güleç, *Alopesi Areatada U1rnak Bulgular1: Kontrol Gruplu Çal2_ma.* Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology, 2004. **14**: p. 61-65.
49. Waśkiel, A., et al., *Trichoscopy of alopecia areata: An update.* J Dermatol, 2018. **45**(6): p. 692-700.
50. Mahmoudi, H., et al., *Dermoscopic Findings in 126 Patients with Alopecia Areata: A Cross-Sectional Study.* Int J Trichology, 2018. **10**(3): p. 118-123.

51. Mahmoudi, H., et al., *Dermoscopic Findings in 126 Patients with Alopecia Areata: A Cross-Sectional Study.* International journal of trichology, 2018. **10**(3): p. 118-123.
52. Miteva, M. and A. Tosti, *Hair and scalp dermatoscopy.* J Am Acad Dermatol, 2012. **67**(5): p. 1040-8.
53. Dy, L.C. and D.A. Whiting, *Histopathology of alopecia areata, acute and chronic: Why is it important to the clinician?* Dermatol Ther, 2011. **24**(3): p. 369-74.
54. Whiting, D.A., *Structural abnormalities of the hair shaft.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1987. **16**(1, Part 1): p. 1-25.
55. Strober, B.E., et al., *Alefacept for severe alopecia areata: a randomized, double-blind, placebo-controlled study.* Arch Dermatol, 2009. **145**(11): p. 1262-6.
56. Olsen, E.A. and D. Canfield, *SALT II: A new take on the Severity of Alopecia Tool (SALT) for determining percentage scalp hair loss.* J Am Acad Dermatol, 2016. **75**(6): p. 1268-1270.
57. Huang, K.P., et al., *Autoimmune, Atopic, and Mental Health Comorbid Conditions Associated With Alopecia Areata in the United States.* JAMA Dermatology, 2013. **149**(7): p. 789-794.
58. Chu, S.-Y., et al., *Comorbidity profiles among patients with alopecia areata: The importance of onset age, a nationwide population-based study.* Journal of the American Academy of Dermatology, 2011. **65**(5): p. 949-956.
59. Tucker, P., *Bald is beautiful?: the psychosocial impact of alopecia areata.* J Health Psychol, 2009. **14**(1): p. 142-51.
60. saç dökülmesi nedeniyle kanser kemoterapisinin hastaların vücut imajını ón, E.A., et al., *Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata.* Compr Psychiatry, 1991. **32**(3): p. 245-51.
61. Lee, S., et al., *Comorbidities in alopecia areata: A systematic review and meta-analysis.* J Am Acad Dermatol, 2019. **80**(2): p. 466-477.e16.
62. Toussi, A., et al., *Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: A systematic review.* J Am Acad Dermatol, 2021. **85**(1): p. 162-175.
63. Perini, G., et al., *Imipramine in alopecia areata. A double-blind, placebo-controlled study.* Psychother Psychosom, 1994. **61**(3-4): p. 195-8.
64. Willemsen, R., et al., *Hypnosis and alopecia areata: Long-term beneficial effects on psychological well-being.* Acta Derm Venereol, 2011. **91**(1): p. 35-9.
65. García-Hernández, M.J., et al., *Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review.* J Dermatol, 1999. **26**(10): p. 625-32.
66. Alfani, S., et al., *Psychological status of patients with alopecia areata.* Acta Derm Venereol, 2012. **92**(3): p. 304-6.
67. Russo, P.M., et al., *HrQoL in hair loss-affected patients with alopecia areata, androgenetic alopecia and telogen effluvium: the role of personality traits and psychosocial anxiety.* J Eur Acad Dermatol Venereol, 2019. **33**(3): p. 608-611.
68. Güleç, A.T., et al., *The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life.* Int J Dermatol, 2004. **43**(5): p. 352-6.
69. Dubois, M., et al., *Quality of life in alopecia areata: a study of 60 cases.* J Invest Dermatol, 2010. **130**(12): p. 2830-3.
70. Lumley, M.A., L.C. Neely, and A.J. Burger, *The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems.* J Pers Assess, 2007. **89**(3): p. 230-46.
71. Manolache, L., *Psychosocial aspects in alopecia areata: Studies in stress involvement in adults and children*. 2012.
72. Koo, J.Y., et al., *Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders.* Int J Dermatol, 1994. **33**(12): p. 849-50.
73. Schilder, P., *The Image and Appearance of the Human Body.* The Image and Appearance of the Human Body (1st ed.). Routledge, 1999. **1st ed.**: p. 356.
74. Slade, P.D., *What is body image?* Behaviour Research and Therapy, 1994. **32**(5): p. 497-502.
75. Slade, P.D., *Body image in anorexia nervosa.* Br J Psychiatry Suppl, 1988(2): p. 20-2.
76. Hunt, N. and S.U.E. McHale, *REPORTED EXPERIENCES OF PERSONS WITH ALOPECIA AREATA.* Journal of Loss and Trauma, 2004. **10**(1): p. 33-50.

77. von Soest, T., et al., *The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems.* Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 2009. **62**(10): p. 1238-1244.
78. Meah, N., et al., *The Alopecia Areata Consensus of Experts (ACE) study: Results of an international expert opinion on treatments for alopecia areata.* J Am Acad Dermatol, 2020. **83**(1): p. 123-130.
79. Kurosawa, M., et al., *A comparison of the efficacy, relapse rate and side effects among three modalities of systemic corticosteroid therapy for alopecia areata.* Dermatology, 2006. **212**(4): p. 361-5.
80. Alkhalifah, A., et al., *Alopecia areata update: part II. Treatment.* J Am Acad Dermatol, 2010. **62**(2): p. 191-202, quiz 203-4.
81. Price, V.H., A. Willey, and B.K. Chen, *Topical tacrolimus in alopecia areata.* J Am Acad Dermatol, 2005. **52**(1): p. 138-9.
82. Hordinsky, M. and A. Donati, *Alopecia areata: an evidence-based treatment update.* Am J Clin Dermatol, 2014. **15**(3): p. 231-46.
83. Sasaki, S., Y. Hozumi, and S. Kondo, *Influence of prostaglandin F2alpha and its analogues on hair regrowth and follicular melanogenesis in a murine model.* Exp Dermatol, 2005. **14**(5): p. 323-8.
84. Herane, M.I. and F. Urbina, *Acquired trichomegaly of the eyelashes and hypertrichosis induced by bimatoprost.* J Eur Acad Dermatol Venereol, 2004. **18**(5): p. 644-5.
85. Hart, J. and G. Shafranov, *Hypertrichosis of vellus hairs of the malar region after unilateral treatment with bimatoprost.* Am J Ophthalmol, 2004. **137**(4): p. 756-7.
86. Daunton, A. and M. Harries, *Efficacy of topical dithranol (Dithrocream(®)) in the treatment of alopecia areata: a retrospective case series.* Br J Dermatol, 2019. **180**(5): p. 1246-1247.
87. Sehgal, V.N., P. Verma, and A. Khurana, *Anthralin/dithranol in dermatology.* Int J Dermatol, 2014. **53**(10): p. e449-60.
88. Orecchia, G. and L. Perfetti, *Alopecia areata and topical sensitizers: allergic response is necessary but irritation is not.* Br J Dermatol, 1991. **124**(5): p. 509.
89. Gordon, P.M., et al., *Topical diphencyprone for alopecia areata: evaluation of 48 cases after 30 months' follow-up.* Br J Dermatol, 1996. **134**(5): p. 869-71.
90. Galadari, I., et al., *Diphenylcyclopropenone (diphencyprone, DPCP) in the treatment of chronic severe alopecia areata (AA).* Eur Ann Allergy Clin Immunol, 2003. **35**(10): p. 397-401.
91. Kar, B.R., et al., *Placebo-controlled oral pulse prednisolone therapy in alopecia areata.* J Am Acad Dermatol, 2005. **52**(2): p. 287-90.
92. Vañó-Galván, S., et al., *Pulse corticosteroid therapy with oral dexamethasone for the treatment of adult alopecia totalis and universalis.* J Am Acad Dermatol, 2016. **74**(5): p. 1005-7.
93. Taylor, C.R. and J.L. Hawk, *PUVA treatment of alopecia areata partialis, totalis and universalis: audit of 10 years' experience at St John's Institute of Dermatology.* Br J Dermatol, 1995. **133**(6): p. 914-8.
94. Kim, B.J., et al., *Combination therapy of cyclosporine and methylprednisolone on severe alopecia areata.* J Dermatolog Treat, 2008. **19**(4): p. 216-20.
95. Lai, V.W.Y., et al., *Cyclosporine for moderate-to-severe alopecia areata: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial of efficacy and safety.* J Am Acad Dermatol, 2019. **81**(3): p. 694-701.
96. Zheng, C. and A. Tosti, *Alopecia Areata: New Treatment Options Including Janus Kinase Inhibitors.* Dermatol Clin, 2021. **39**(3): p. 407-415.
97. Kennedy Crispin, M., et al., *Safety and efficacy of the JAK inhibitor tofacitinib citrate in patients with alopecia areata.* JCI Insight, 2016. **1**(15): p. e89776.
98. Liu, L.Y., et al., *Tofacitinib for the treatment of severe alopecia areata and variants: A study of 90 patients.* Journal of the American Academy of Dermatology, 2017. **76**(1): p. 22-28.
99. Harris, J.E., et al., *Rapid skin repigmentation on oral ruxolitinib in a patient with coexistent vitiligo and alopecia areata (AA).* J Am Acad Dermatol, 2016. **74**(2): p. 370-1.
100. Tanakol, A., et al., *Treatment of alopecia areata with 2940-nm fractional erbium:yttrium-aluminum-garnet laser.* Dermatol Ther, 2020. **33**(6): p. e13978.

101. Hegde, P., et al., *A randomized, placebo and active controlled, split scalp study to evaluate the efficacy of platelet-rich plasma in patchy alopecia areata of the scalp.* Dermatol Ther, 2020. **33**(6): p. e14388.
102. Asad, U., D. Wallis, and M. Tarbox, *Ophiasis alopecia areata treated with microneedling.* Proc (Bayl Univ Med Cent), 2020. **33**(3): p. 413-414.
103. Byun, J.W., et al., *Effectiveness of 308-nm Excimer Laser Therapy in Treating Alopecia Areata, Determined by Examining the Treated Sides of Selected Alopecic Patches.* Dermatology, 2015. **231**(1): p. 70-6.
104. Lai, V.W.Y., et al., *Systemic treatments for alopecia areata: A systematic review.* Australas J Dermatol, 2019. **60**(1): p. e1-e13.
105. Harrison, P.V. and P. Stepanek, *Hypnotherapy for alopecia areata.* Br J Dermatol, 1991. **124**(5): p. 509-10.
106. Cipriani, R., G.I. Perini, and S. Rampinelli, *Paroxetine in alopecia areata.* Int J Dermatol, 2001. **40**(9): p. 600-1.
107. Misery, L. and H. Rousset, *[Is alopecia areata a psychosomatic disease?].* Rev Med Interne, 2001. **22**(3): p. 274-9.
108. Huang, K.P., et al., *Autoimmune, atopic, and mental health comorbid conditions associated with alopecia areata in the United States.* JAMA Dermatol, 2013. **149**(7): p. 789-94.
109. Chu, S.Y., et al., *Psychiatric comorbidities in patients with alopecia areata in Taiwan: a case-control study.* Br J Dermatol, 2012. **166**(3): p. 525-31.
110. Marahatta, S., S. Agrawal, and B.R. Adhikari, *Psychological Impact of Alopecia Areata.* Dermatology research and practice, 2020. **2020**: p. 8879343-8879343.
111. Vallerand, I.A., et al., *Assessment of a Bidirectional Association Between Major Depressive Disorder and Alopecia Areata.* JAMA Dermatol, 2019. **155**(4): p. 475-479.
112. Williamson, D., M. Gonzalez, and A.Y. Finlay, *The effect of hair loss on quality of life.* J Eur Acad Dermatol Venereol, 2001. **15**(2): p. 137-9.
113. Di Cecco, D. and J. Tilley, *" Je ne suis pas la rose de Saron...": Tracing the" beauty myth" in Hubert Aquin's L'Antiphonaire.* Essays on Canadian Writing, 2001(74): p. 110.
114. Moerman, D.E., *The meaning of baldness and implications for treatment.* Clin Dermatol, 1988. **6**(4): p. 89-92.
115. Baxley, K.O., et al., *Alopecia: effect on cancer patients' body image.* Cancer Nurs, 1984. **7**(6): p. 499-503.
116. Beard, H.O., *Social and psychological implications of alopecia areata.* J Am Acad Dermatol, 1986. **14**(4): p. 697-700.
117. Manchester, P.B., *The adolescent with cancer: concerns for care.* Top Clin Nurs, 1981. **2**(4): p. 31-7.
118. Nerenz, D.R., et al., *Psychosocial consequences of cancer chemotherapy for elderly patients.* Health Serv Res, 1986. **20**(6 Pt 2): p. 961-76.
119. Wagner, L. and M. Gorely, *Body image and patients experiencing alopecia as a result of cancer chemotherapy.* Cancer Nurs, 1979. **2**(5): p. 365-9.
120. Stroud, J.D., *Hair loss in children.* Pediatr Clin North Am, 1983. **30**(4): p. 641-57.
121. Raquepaw, J.M., *Psychological and Behavioral effects of alopecia*. 1990, Texas A&M University.
122. Soykan, A., *The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis.* Int J Impot Res, 2004. **16**(6): p. 531-4.
123. Ulusoy, M., Sahin, N.H. and Erkmen, H., *Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory.* Journal of Cognitive Psychotherapy, 1998. **12**: p. 163-172.
124. Ersan, E., *ARAŞTIRMA MAKALESİ Hipnoterapinin obezite hastalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi The effect of hypnotherapy on depression and anxiety levels in obesity patients.* 2020.
125. Tegin, B., *Depresyonda bilişsel süreçler: Beck modeline göre bir inceleme.* Psikoloji Dergisi, 1987. **6**(21): p. 116-123.
126. Yakar, T., et al., *Astımlı hastalarda Beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler.* Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2007. **55**(1): p. 11-17.

127. Secord, P.F. and S.M. Jourard, *The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self.* J Consult Psychol, 1953. **17**(5): p. 343-7.
128. Hovardaoğlu, S., *Vücut Algısı Ölçeği.* Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi

(3P), 1992. **Testler Özel Eki**: p. 1(1):26-27.
129. Abakay, U., F. ALINCAK, and A. Seda, *Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve atılganlık düzeylerinin incelenmesi.* Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 2017. **2017**(9): p. 12-18.
130. Finlay, A.Y., *Quality of life indices.* 2004.
131. Öztürkcan, S., et al., *Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index.* International journal of Dermatology, 2006. **45**(11): p. 1300-1307.
132. Finlay, A.Y. and G.K. Khan, *Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use.* Clin Exp Dermatol, 1994. **19**(3): p. 210-6.
133. Sardesai, V.R., S. Prasad, and T.D. Agarwal, *A study to evaluate the efficacy of various topical treatment modalities for alopecia areata.* Int J Trichology, 2012. **4**(4): p. 265-70.
134. Ocek, T., et al., *Psychodermatology: knowledge, awareness, practicing patterns, and attitudes of dermatologists in Turkey.* The Primary Care Companion for CNS Disorders, 2015. **17**(2): p. 27169.
135. Egle, U. and E. Tauschke, *Die Alopezie: ein psychosomatisches Krankheitsbild; I: Literaturübersicht.* Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 1987. **37**(1): p. 31-35.
136. Münstedt, K., et al., *Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy.* Supportive Care in Cancer, 1997. **5**(2): p. 139-143.
137. York, J., et al., *Stressful life events and loss of hair among adult women, a case-control study.* Psychol Rep, 1998. **82**(3 Pt 1): p. 1044-6.
138. Okhovat, J.P., et al., *Association Between Alopecia Areata, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis.* J Am Acad Dermatol, 2019.
139. Tan, E., et al., *The pattern and profile of alopecia areata in Singapore--a study of 219 Asians.* Int J Dermatol, 2002. **41**(11): p. 748-53.
140. Shi, Q., et al., *Health-Related Quality of Life (HRQoL) in alopecia areata patients-a secondary analysis of the National Alopecia Areata Registry Data.* J Investig Dermatol Symp Proc, 2013. **16**(1): p. S49-50.
141. Zhang, M. and N. Zhang, *Quality of life assessment in patients with alopecia areata and androgenetic alopecia in the People's Republic of China.* Patient Prefer Adherence, 2017. **11**: p. 151-155.
142. Hoyt, W.D. and L.R. Kogan, *Satisfaction with Body Image and Peer Relationships for Males and Females in a College Environment.* Sex Roles, 2001. **45**(3): p. 199-215.
143. N, W., *The beauty myth.* Anchor/Doubleday, 1991.
144. S, D., *Kanserli hastalarda beden imgesi sorunları.* Sendrom Dergisi, 1998: p. 4:52-58.
145. Gonul, M., et al., *Comparison of quality of life in patients with androgenetic alopecia and alopecia areata.* Anais brasileiros de dermatologia, 2018. **93**: p. 651-658.
146. Graham, J.A. and A.J. Jouhar, *The importance of cosmetics in the psychology of appearance.* Int J Dermatol, 1983. **22**(3): p. 153-6.
147. Firooz, A., et al., *Concepts of patients with alopecia areata about their disease.* BMC Dermatol, 2005. **5**: p. 1.
148. Hunt, N. and S. McHale, *The psychological impact of alopecia.* Bmj, 2005. **331**(7522): p. 951-3.
149. Erol, O., G. Can, and A. Aydıner, *Effects of alopecia on body image and quality of life of Turkish cancer women with or without headscarf.* Support Care Cancer, 2012. **20**(10): p. 2349-56.
150. Lock, M., *MEDUSA'S HAIR: AN ESSAY ON PERSONAL SYMBOLS AND RELIGIOUS EXPERIENCE by GANATH OBEYESEKERE. Chicago: University of Chicago Press, 1981. 217 pages, $22.50.* Transcultural Psychiatric Research Review, 1983. **20**(4): p. 266-269.
151. Becker, M.J., Material Culture, 2005. **37**(2): p. 80-82.

152. MATzER, F., J.W. Egger, and D. Kopera, *Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients.* Acta Dermato Venereologica, 2011. **91**(3): p. 318.
153. Bull, R. and N. Rumsey, *The social psychology of facial appearance*. The social psychology of facial appearance. 1988, New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing. ix, 355-ix, 355.
154. Jackson, L.A., *Physical Appearance and Gender: Sociobiological and Sociocultural Perspectives.* SUNY Press, 1992.
155. Roll, S. and J.S. Verinis, *Stereotypes of Scalp and Facial Hair as Measured by the Semantic Differential.* Psychological Reports, 2016. **28**(3): p. 975-980.
156. Welsh, N. and A. Guy, *The lived experience of alopecia areata: A qualitative study.* Body Image, 2009. **6**(3): p. 194-200.
157. Laumann, E.O., A. Paik, and R.C. Rosen, *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors.* Jama, 1999. **281**(6): p. 537-44.
158. Lindau, S.T., et al., *Patterns and loss of sexual activity in the year following hospitalization for acute myocardial infarction (a United States National Multisite Observational Study).* The American journal of cardiology, 2012. **109**(10): p. 1439-1444.
159. McCall-Hosenfeld, J.S., et al., *Correlates of sexual satisfaction among sexually active postmenopausal women in the Women's Health Initiative-Observational Study.* Journal of general internal medicine, 2008. **23**(12): p. 2000-2009.
160. Evangelia, N., et al., *Level of Bother and Treatment-Seeking Predictors Among Male and Female in-Patients with Sexual Problems: A Hospital-Based Study.* The Journal of Sexual Medicine, 2010. **7**(2, Part 1): p. 700-711.
161. Md, R., et al., *Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction.* The Journal of Sexual Medicine, 2004. **1**: p. 35-39.
162. Cash, T., *Body image: Past, present, and future.* Body image, 2004. **1**: p. 1-5.
163. Mcfarland, G., Thomas, M. D., *Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process.* 1994: p. 410-417.
164. Kılıçlar, M., *Cinsel doyum ile beden imajı ve benlik saygısı arasındaki ilişki*. 2018, Işık Üniversitesi.
165. Weaver, A.D. and E.S. Byers, *The Relationships Among Body Image, Body Mass Index, Exercise, and Sexual Functioning in Heterosexual Women.* Psychology of Women Quarterly, 2006. **30**(4): p. 333-339.
166. Ackard, D.M., A. Kearney-Cooke, and C.B. Peterson, *Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors.* Int J Eat Disord, 2000. **28**(4): p. 422-9.
167. Kolotkin, R.L., C. Zunker, and T. Østbye, *Sexual functioning and obesity: a review.* Obesity (Silver Spring), 2012. **20**(12): p. 2325-33.
168. Bond, D.S., et al., *Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery.* Surg Obes Relat Dis, 2011. **7**(1): p. 1-7.
169. Gillen, M.M., E.S. Lefkowitz, and C.L. Shearer, *Does body image play a role in risky sexual behavior and attitudes?* Journal of Youth and Adolescence, 2006. **35**(2): p. 230-242.
170. Kim, J.C., E.S. Lee, and J.W. Choi, *Impact of alopecia areata on psychiatric disorders: A retrospective cohort study.* J Am Acad Dermatol, 2020. **82**(2): p. 484-486.
171. Dolte, K.S., et al., *Development of a health-related quality of life questionnaire for women with androgenetic alopecia.* Clin Exp Dermatol, 2000. **25**(8): p. 637-42.
172. Burke, S.M., et al., *Sex differences in own and other body perception.* Hum Brain Mapp, 2019. **40**(2): p. 474-488.
173. Çakıcı K. , M.Z., Denizci Nazlıgül M., *Beden İmgesi ve İlişkili Psikolojik Kavramlar Üzerine Sistematik Bir Derleme: Etnik Köken Önemli midir?* Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2021. **13(4)**: p. 707-725.
174. D., D.B., *Liseye Devam Eden Kız Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beden Algısını Etkileyen Etmenler.* Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
175. Alagül, Ö., *Farklı spor branşlarındaki sporcuların atılganlık ile beden algısı ilişkisi.* Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004.
176. (CETAD), C.E.T.v.A.D., *Cinsel Yaşam ve Sorunları.* 2016.

177. Seda, A., *Dermatolojide Yaşam Kalitesi.* ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 2019. **4**: p. 27-34.
178. Kołodziejczyk, A. and T. Pawłowski, *Negative body image in breast cancer patients.* Adv Clin Exp Med, 2019. **28**(8): p. 1137-1142.
179. Genel, T.C.S.B.A.Ç.S.v.A.P. and Müdürlüğü, *Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. Cinsel Sağlık/Üreme*

Sağlığı. 2009. **No:1-B**.
180. Lefkowitz, E.S. and S.A. Vasilenko, *Healthy sex and sexual health: new directions for studying outcomes of sexual health.* New Dir Child Adolesc Dev, 2014. **2014**(144): p. 87-98.
181. Candan, N., *Fiziksel aktivite düzeyinin cinsel yaşama etkisinin incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

8. EKLER

Ek-4: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:..... Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:..... Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Ek-5: BECK Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek-6: BECK Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8
(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9
(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10
(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15
(0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20
(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21
(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek-7: Beden Algısı Ölçeği

EK-3. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için "çok beğeniyorum" ifadesinin bulunduğu kutuya "X" işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz

		Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumdaki kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	İdrar dışkı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					

85

17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duyularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel Organlarım					

Ek-8: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Bu anketin amacı, deri hastalığınızın **son 7 gün içinde** yaşamınızı ne kadar etkilediğini ölçebilmektir. Lütfen her soru için en uygun olduğunu düşündüğünüz **tek bir şıkkı** işaretleyiniz.

1- Geçen hafta boyunca deri hastalığınız ne kadar **kaşıntılı**, **acı** ve **ağrı verici** ya da **batmalıydı**?

Çok fazla Çok Biraz Hiç

2- Geçen hafta boyunca derinizin durumu yüzünden ne kadar **utandınız** yada derinizin görünümünden **rahatsız** olduğunuzu fark ettiniz?

Çok fazla Çok Biraz Hiç

3- Geçen hafta boyunca derinizin durumu alışverişe gitmenizi ya da bahçenizle ilgilenmenizi ne kadar engelledi?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

4- Geçen hafta boyunca derinizin durumu giydiğiniz kıyafetleri ne kadar etkiledi?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

5- Geçen hafta boyunca derinizin durumu sosyal faaliyetleriniz ya da boş zaman faaliyetlerinizi ne kadar etkiledi?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

6- Geçen hafta boyunca derinizin durumu herhangi bir sporu yapmanızı ne kadar zorlaştırdı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

7- Geçen hafta boyunca derinizin durumu sizi işinizden ya da çalışmanızdan alıkoydu mu?

Evet Hayır Uygun değil

Cevabınız "HAYIR" ise, geçen hafta boyunca derinizin durumu iş yaparken ya da çalışırken ne kadar sorun yarattı ?

Çok Biraz Hiç

8- Geçen hafta boyunca derinizin durumu eşinizle, arkadaşınızla ya da akrabanızla ne kadar sorun yarattı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

9- Geçen hafta boyunca derinizin durumu ne ölçüde cinsel sıkıntıya yol açtı?

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

10- Geçen hafta boyunca deriniz için uygulanan tedavi ne kadar sorun yarattı? (Örneğin, evinizde düzensizlik ve dağınıklığa yol açarak veya zamanınızı alarak.)

Çok fazla Çok Biraz Hiç Uygun değil

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.