T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KRONİK DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE AİLE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNİN EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE BAŞ ETME BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

DR. DİDEM AYYILDIZ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2016

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KRONİK DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE AİLE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNİN EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE BAŞ ETME BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

DR. DİDEM AYYILDIZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. NEŞE PERDAHLI FİŞ

İSTANBUL 2016

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin sonuna yaklaşırken bugünlere gelmemde katkısı olan herkese teşekkür etmek isterim.

Öncelikle Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda geçirdiğim 5 yıla yakın süre içerisinde ve uzmanlık tezi çalışmamın her aşamasında desteğini benden esirgemeyen ve tez danışmanım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e teşekkürü bir borç bilirim.

Asistanlarına verdiği değeri daima hissettiren, sabırlı ve anlayışlı tutumunu örnek aldığım, değerli hocam Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman'a, yenilikçi fikirleriyle bilimsel bakış açımızı zenginleştiren değerli hocam Prof. Dr. Osman Sabuncuoğlu'na, titizliği ve çalışma hevesi ile bizlere örnek olan, ilk bilimsel çalışmamı birlikte yaptığım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Aliye Tuğba Bahadır'a ve emekli olan değerli hocalarımdan tanıma ve beraber çalışma şansı yakaladığım, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum kıymetli hocam Prof. Dr. Yankı Yazgan'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Psikiyatri ve çocuk nörolojisi rotasyonlarımda eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma, tez çalışmama katkılarından dolayı Marmara Üni. Tıp. Fak. Deri ve Zührevi Hast. Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Dilek Seçkin Gençosmanoğlu hocama ve Hem. Betül Coşar'a;

Tez çalışmama yardımlarından dolayı başta Dr. Fatma Benk Durmuş olmak üzere uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışma şansı yakaladığım, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli tüm asistan arkadaşlarım ve uzmanlarımıza; mesleğime ve tez çalışmama katkıda bulunan tüm çocuklar ve ailelerine;

Eğitimimin her aşamasında fedakarlıklarını benden esirgemeyen, bugünlere gelmemde çok emeği olan değerli annem, babam ve çok sevgili kardeşlerime, sevgisi ve desteği ile her daim yanımda olan, öğrenme arzusu ve çabasına hayranlık duyduğum kıymetli eşim Dr. Taha Ayyıldız'a ve bana annelik duygusunu tattıran biricik oğlum Arif Nadi'ye sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimle...

Ekim 2016

Dr. Didem AYYILDIZ

ÖZET

Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata (AA) dış görünümü belirgin düzeyde etkileyen bu nedenle bireyin kendilik algısı ve yaşam kalitesini ciddi ölçüde bozabilen kronik deri hastalıklarıdır. Hastaların önemli bir bölümünde hastalığın başlangıç yaşı 18 yaşının altında olmasına rağmen yazın bilgisinde çocuk ve ergenlerde bu hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile ilgili kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bunun yanında bireylerin kronik hastalıklar karşısında verdikleri tepkilerin birbirinden farklı oluşu son yıllarda araştırma konusu olmuş, kişinin mizacı, kullandığı baş etme yolları gibi bireysel etmenler ile aile işlevselliği, sosyal destek gibi çevresel faktörlerin bu farklılıkta önemli rol oynadığı saptanmıştır. Bu çalışmada; Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata tanıları olan 9-18 yaş çocuk ve ergenlerin (n=45) sosyodemografik özellikleri, gelişim basamakları, eşlik eden psikiyatrik durumları, baş etme biçimleri, ailede baş etme becerileri, aile işlevsellikleri ve algıladıkları yaşam kalitesinin araştırılması ve kronik hastalığı olmayan kontrol grubuyla (n=42) karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde takip edilmekte olan hastalar çalışma grubuna dahil edilmiştir. Dermatolojik hastalığı bulunan olguların muayenesi ve şiddet skorlamaları kıdemli bir öğretim üyesi tarafından yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından tüm örneklemin sosyodemografik verileri ayrıntılı bir form yardımıyla toplanmış, psikiyatrik tanıları Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS) ile netleştirilmiş, zeka düzeyleri Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-gözden geçirilmiş formu (WISC-R) ve Cattell zeka testi ile değerlendirilmiştir. Çocukların kullandıkları baş etme yöntemleri ve algıladıkları yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla sırasıyla Çocuklar için Baş etme Ölçeği (KIDCOPE) ve Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKİ) uygulanmıştır. Aile işlevselliği, ebeveynlerin baş etme tutumları ve ebeveynlerin psikiyatrik belirti

düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla kendilerinden Aile Değerlendirme ölçeği (ADÖ), Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE) ve SCL-90 R Belirti Tarama Listesi'ni doldurmaları istenmiştir.

Çalışma bulgularına göre, olguların yaş ortalaması çalışma grubunda 152±26 ay, kontrol grubunda ise 143±16 ay idi. Her iki grupta kız/erkek oranı yaklaşık % 50 olup yaş ve cinsiyet açısından iki grup birbirine benzerdi. Dermatolojik hastalığı olanların % 60'ına en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmekteydi. Çalışma grubunda en sık saptanan psikiyatrik tanılar anksiyete bozuklukları, majör depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk iken kontrol grubunda anksiyete bozuklukları ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nin en sık eşlik eden tanılar olduğu gözlendi. Çocukların ve ebeveynlerinin kullandıkları baş etme mekanizmaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ailenin iletişim becerilerinin zayıflığına işaret eden ADÖ iletişim alt boyutundan alınan puanlar çalışma grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel anlamlılığa yakın düzeyde yüksekti (p=0,052). Lojistik regresyon analizi sonucunda, ADÖ'de iletişim alt testinden yüksek puan alınması ve KIDCOPE'ta öfke-suçlama alt testinden düşük puan alınması psikiyatrik eş hastalanmayı yordayıcı faktörler olarak bulunmuştur.

Öfke-suçlama tarzında baş etme tutumlarının daha az kullanılması ve aile bireylerinin zayıf iletişim becerileri göstermesi kronik dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenleri psikiyatrik bozukluk geçirmeye daha yatkın hale getiriyor olabilir. Dermatolojik hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozukluğun belirlenmesi ve tedavisinin yanısıra aileye de psikolojik desteğin sağlanmasının hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: dermatoloji, psikiyatri, Psöriazis, Vitiligo, Alopesi areata, baş etme, aile işlevselliği, çocuk, ergen

ABSTRACT

Psoriasis, Vitiligo and Alopecia areata are chronic skin diseases which negatively affects one's appearance thus impairing person's self-esteem and quality of life. In significant amount of cases, the onset of these diseases is before 18 years of age, yet there is very limited data regarding co-occuring psychiatric disorders in children and adolescents. In recent years, there has been an increasing interest in the differences in patients' responses to chronic diseases. Individual factors such as temperament and coping styles, and environmental factors such as family functioning and social support are found to be contributing factors regarding differences in individual responses. In this study we aimed to explore the possible relation between family functioning, quality of life, coping styles and psychiatric comorbidities and parental coping styles and parental psychiatric symptoms of children, with a diagnosis of Psoriasis, Vitiligo or Alopecia areata, between 9-18 years of age (n=45); and compare them with a control group (n=42) free of any chronic disease.

Patients, constituting the study group had been already followed up in the Dermatology Clinic of Marmara University Pendik Training and Research Hospital. The clinical characteristics and severity scores of the dermatological diseases were established by a senior dermatologist. Sociodemographic information was collected from all participants. Clinical psychiatric diagnoses were established by using the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version. IQ assessments were made by using Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised and Cattell Intelligence Test. In order to evaluate coping styles of the children and quality of life perceived by the children, the participants completed
Ways of Coping Inventory for Children (KIDCOPE) and Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), respectively. The parents of the participants completed Family Assessment Device (FAD), Ways of Coping Inventory (COPE), and Symptom Checklist-90-Revised, to assess family functioning, coping styles of parents, and presence of psychiatric symptoms in parents.

According to the findings of the study, the mean age of the cases with dermatologic disease 152±26 months and 143±16 months in the control group. In both groups around fifty percent of the children were males. The two groups were similar with respect to age and sex. Sixty percent of the study group have had at least one psychiatric disorder. The most common psychiatric diagnosis were anxiety disorders, major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder in the study group. However, anxiety disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder were the leading disorders in control group. There was no significant difference between two groups in terms of coping styles of participants and their parents. According to FAD, Communication subscale scores were higher in the study group, almost achieving clinical significance ($p=0.052$), indicating poor level of communication skills. Low blame and anger subscale scores in KIDCOPE and high communication scores in FAD were significantly associated with the presence of psychiatric comorbidities in logistic regression analysis ($p< 0.01$).

Thus, children with dermatological diseases using less aggressive coping styles and children whose families had poor communication skills may be more prone to develop psychiatric co-morbid conditions. Provision of psychological support to families as well as determination and treatment of comorbid psychiatric disorders might be a positive contributor to the improvement of patient's quality of life.

Keywords: dermatology, psychiatry, Psoriasis, Vitiligo, Alopecia areata, coping, family functioning, child, adolescence

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ iv

ÖZET .....

v ABSTRACT ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLOLAR DİZİNİ xii

ŞEKİLLER DİZİNİ xiv

KISALTMALAR DİZİNİ xv

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

1.1. Giriş 1

1.2. Amaç 2

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Psikodermatoloji 4

2.1.1. Psikodermatoloji tanımı 4

2.1.2. Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması 4

2.2. Psöriazis ve Psikiyatri 6

2.3. Vitiligo ve Psikiyatri 8

2.4. Alopesi Areata ve Psikiyatri 9

2.5. Aile ve Aile İşlevleri 11

2.6. Baş Etme Kavramı 13

3. GEREÇ VE YÖNTEM 15

3.1. Araştırmanın Örneklemi 15

3.1.1. Dermatolojik hastalık grubunun seçimi 15

3.1.2. Kontrol grubunun seçimi 16

3.2. Araştırmanın Deseni 17

3.3. Yöntem 17

3.4. Gereçler 17

3.4.1.Klinisyen tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış, yapılandırılmış görüşmeler ve testler 17

3.4.2.Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekler 19

3.4.3.Çocuklar tarafından doldurulan ölçekler 21

3.4.4. Verilerin İstatistiksel Analizi 22

4. BULGULAR 24

4.1. Olguların ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri 24

4.1.1. Olguların tanımlayıcı özellikleri 24

4.1.1.5. Çalışma grubundaki olgularda dermatolojik hastalıkların dağılımı ve olguların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi 27

4.1. 2.Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri 32

4.2. Klinik Değerlendirme ve Testlerden Elde Edilen Veriler 36

4.2.1. Grupların psikiyatrik durumları 36

4.2.2. Grupların ders başarı durumu ve WISC-R testinden aldıkları puanların değerlendirilmesi 39

4.2.3. Olguların ebeveynlerinin psikiyatrik belirti düzeyi 40

4.3. Ebeveyn Öz Bildirimine Dayalı Ölçeklerden Elde Edilen Veriler 41

4.3.1. COPE alt testleri 41

4.3.2. Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) 45
4.4. Öz Bildirime Dayalı Ölçeklerden Elde Edilen Veriler 47
4.4.1. KIDCOPE ve alt testleri 47
4.4.2. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKİ) 48
4.5. İlişkisellik analizleri 49
4.5.1. ÇDYKİ puanı ile ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi 49
4.5.2. Ebeveyn psikiyatrik belirti düzeyleri ile ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi 52
4.6. Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 53
5. TARTIŞMA 55
6. SONUÇLAR 63
6.1. Kısıtlılıklar 63
6.2. Sonuç ve Öneriler 63
7. KAYNAKLAR 65
8. EKLER 75
Ek. 8.1. Araştırma Etik Kurul Onayı 76
Ek. 8.2. Okul Araştırma İzni 77
Ek. 8.3. Hasta Bilgilendirme Formu 79
Ek. 8.4. Çocuk Hasta Onay Formu 83
Ek. 8.5. Sosyodemografik Bilgi Formu 85
Ek. 8.6. Baş etme Ölçeği 90
Ek. 8.7. Aile Değerlendirme Ölçeği 96
Ek. 8.8. SCL-90 R 102
Ek. 8.9. Çocuklarda Baş etme Ölçeği 106
Ek 8.10. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi 108

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Olguların gruplar arasında dağılımı 24
Tablo 2. Gruplar arası yaş ortalamalarının değerlendirilmesi 25
Tablo 3. Gruplar arası cinsiyet dağılımlarının değerlendirilmesi 25
Tablo 4. Gelişim basamaklarını kazanma zamanları açısından grupların değerlendirilmesi 26
Tablo 5. Anne sütü alma durumu ve anne sütü alım süreleri açısından grupların değerlendirilmesi 26
Tablo 6. Olguların dermatolojik tanılarına göre yaş ve cinsiyet dağılımı..... 27
Tablo 7. Olguların hastalık sürelerinin değerlendirilmesi..... 28
Tablo 8. Olguların görünür alan tutulumlarının değerlendirilmesi 28
Tablo 9. Olguların hastalık formlarının değerlendirilmesi 29
Tablo 10. Olguların geçmiş tedavileri ve güncel durumda aldıkları tedavilerin değerlendirilmesi 30
Tablo 11. Çalışma grubundaki olguların okul devamsızlığı durumu 30
Tablo 12. Psöriazis hastalık şiddetinin değerlendirilmesi 31
Tablo 13. Alopesi areata tanılı olguların hastalık şiddetine ilişkin değerlendirme 31
Tablo 14. Grupların ebeveyn yaş ortalamaları 32
Tablo 15. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumu özellikleri açısından grupların değerlendirilmesi 33
Tablo 16. Ebeveynlerin birliktelik, çekirdek aile dışında evde yaşayanlar ve aile apartmanında oturma durumları açısından grupların değerlendirilmesi 34
Tablo 17. Ailelerin aylık net gelirleri 34
Tablo 18. Doğum öyküsü özelliklerinin değerlendirilmesi..... 35
Tablo 19. Ailede psikiyatrik hastalık, tıbbi hastalık ve deri hastalığı öyküsü özellikleri açısından grupların değerlendirilmesi 35

Tablo 20. Grupların eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi 37
Tablo 21. Dermatolojik hastalık tanılarına göre eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı 38
Tablo 22. Grupların ders başarı durumlarının değerlendirilmesi 39
Tablo 23. Grupların WISC-R testi puanlarının değerlendirilmesi 40
Tablo 24. Grupların ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyleri açısından karşılaştırılmasına ilişkin değerlendirme 41
Tablo 25. Baş etme ölçeği alt test puanlarının gruplara göre dağılımı 43
Tablo 26. COPE ölçeği 4 alt testinden alınan puanların gruplara göre dağılımı 44
Tablo 27. COPE ölçeği 4 alt testinden alınan puanların deri hastalık gruplarına göre dağılımı 44
Tablo 28. ADÖ alt ölçeklerinden alınan puanların dağılımı 46
Tablo 29. Çalışma ve kontrol gruplarında ADÖ alt ölçeklerinin kategorik değerlendirilmesi 47
Tablo 30. Çocukta baş etme ölçeği alt test puanlarının gruplara göre dağılımı 48
Tablo 31. ÇDYKİ ölçeği puan ortalamalarının deri hastalıklarına göre dağılımı..... 49
Tablo 32. Hastalıklara göre ÇDYKİ toplam puanı ile hastalık süresi arasındaki ilişki 49
Tablo 33. ÇDYKİ toplam puanı ile ADÖ alt test puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi 50
Tablo 34. ÇDYKİ toplam puanı ile ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi 51
Tablo 35. Cinsiyete göre ÇDYKİ toplam puanı ile KİDCOPE alt test puanları arasındaki ilişki 52

Tablo 36. Ebeveynlerin genel belirti düzeyleri ile ADÖ alt test puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi 53
Tablo 37. Psikiyatrik eş tanı varlığını etkileyen değişkenler (Lojistik Regresyon Analizi) 54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma grubundaki olguların dermatolojik hastalık dağılımı 27
Şekil 2. Olgular dermatolojik hastalıklarına göre sınıflandırıldığında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı 38

KISALTMALAR DİZİNİ

AA: Alopesia Areata
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
CBCL: Child Behavior Checklist
WISC-R: Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised
ÇDŞG-ŞY-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği
SCL-90 R: The Symptom Checklist-90-Revised
KIDCOPE: Çocuklar İçin Başa Çıkma Yolları Ölçeği
ÇDYKİ: Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

EN: Enürezis Nokturna

SS: Standart Sapma

GHQ: Genel Sağlık Anketi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Deri, bedenimizi örten, dış dünya ile aramızda sınır vazifesi gören, acı, haz, sıcak ve soğuk gibi duyumları algılamada, bedenin içsel ve çevresel değişikliklerine uyum sağlamada önemli rolü olan bir organımızdır [1]. Deri aynı zamanda duygusal uyaranlara yanıt vermede, sosyalleşme sürecinde ve olumlu bir kendilik algısı oluşturmada etkindir [2].

Deri hastalıklarının gözle görünür olması nedeniyle diğer hastalıklara oranla hastalıkla ilgili damgalanma olasılığı daha fazla olduğundan kişinin kendilik algısı, sosyal ilişkileri ve yaşam kalitesi hastalığa bağlı olumsuz etkilenebilmektedir.
Özellikle yüz, saçlı deri, el gibi önemli beden bölgelerinde gerçekte olan ve ya kişi tarafından algılanan kusurlar bireye oldukça fazla sıkıntı verebilmektedir [3, 4]. Bu nedenle deri hastalıklarının takibinde yalnızca fiziksel belirtilerin değil psikolojik ve sosyal değişkenlerin de ayrıca değerlendirilmesi hastaların yararına olur. Tedaviye uyum ve artmış yaşam kalitesi için multidisipliner yaklaşım son derece gereklidir [5].

Son yıllarda çeşitli deri hastalıklarının psikolojik etkileri ve hastalığa sahip bireylerin yaşam kaliteleri hakkında bilimsel çalışmalar ve olgu bildirimlerine ilişkin yayınlar giderek artmaktadır. Gupta ve ark. [6] ile Koo ve ark. [7, 8]'nın yayınlarında bireyin ruhsal durumunun dermatolojik hastalıklar üzerinde doğrudan etkisinin olduğu, deri hastalığının kişinin ruhsal dünyasının bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği ve deri hastalığının ortaya çıkmasının damgalayıcı etkisine bağlı olarak mutsuzluk, utanç, suçluluk gibi yoğun duyguların gelişebileceği üzerinde sıkça durulmuştur. Deri hastalığının meydana gelmesinde ve ya gidişatının kötüleşmesinde stresli yaşam olaylarının ya da kişilik özelliklerinin etkisinin olabileceği görüşüne ilişkin de çalışma sonuçları mevcuttur [9-12]. Dermatolojik hastalıklar ve psikolojik etmenler arasındaki bu iki yönlü ilişkinin dermatoloji kliniklerine başvuran bireylerin en az üçte birinde olduğu tahmin edilmektedir [6].

Hastalıklar insan yaşamında zorlayıcı, olumsuz deneyimlerdir. Hastalığın fizyopatolojik sürecinin yanında öznel olarak yaşanması da söz konusudur [13].

Araştırmalar bireyin hastalığa verdiği tepkilerin hastalığın özelliklerine göre tahmin edilemeyeceğini, hastanın kendi algısının daha belirleyici olduğunu göstermektedir [14, 15] . Hastalığa psikososyal tepkiler, kişinin psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtları içerir [16]. Aynı hastalığa sahip kişilerin tepkileri birbirinden oldukça farklı olabilir. Hastalığın doğası, gidişatı, hastalığın kişi tarafından nasıl algılandığı yanında bireyin kişilik özellikleri, savunma mekanizmaları ve baş etme biçimi gibi etmenler de bu farklılıkta rol oynamaktadır [17, 18].

Stres ve başa çıkma konusunu, bireyin yakın çevresinden özellikle ailesinden bağımsız değerlendirmek yanlış olur. Aile üyeleri arasında etkileşimin niteliği aile üyelerinin tek tek sağlıklarına etki ettiği gibi, bir üyenin sağlıksız olması da tüm ailede bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Özellikle ailede kronik hastalığa sahip bir bireyin olması ailenin yaşam şeklini ve aile üyelerinin birbirleriyle ilişkisini oldukça değiştirmektedir [19]. Kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerle yapılan yakın zamana ait çalışmalar aile işlevselliği, anne-babanın çocuk yetiştirme tutumları ve ebeveynin psikolojik iyilik hali gibi etmenlerin hastalığın gidişatı ve hastanın tedaviye uyumu ile bağlantılı olduğu üzerinde durmaktadır [20-22]. Kötü aile işlevselliği kronik hastalığa bağlı gelişen kısıtlanma ile sıklıkla paralellik gösterirken aile işlevlerinin iyileştirilmesi hastalık belirtilerinin hafiflemesi ve hastaların yaşam kalitelerinin artmasına katkı sağlamaktadır [23].

Yazın bilgisinde Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi Areata (AA) olgularına eşlik eden psikiyatrik bozuklukları ve stresle baş etme becerilerini inceleyen pek çok çalışma bulunmakla birlikte, aile işlevselliğinin psikiyatrik belirtiler ve baş etme becerileri ile ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

1.2. Amaç

Araştırmamızda;

Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi Areata tanılarını alan 9-18 yaşlarındaki çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, gelişim basamakları, eşlik eden psikiyatrik durumlar, baş etme biçimleri, ailede baş etme becerileri, aile işlevsellikleri ve algıladıkları yaşam kalitesinin araştırılması ve kronik hastalığı olmayan kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikodermatoloji

2.1.1. Psikodermatoloji tanımı

Derinin, rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır [24, 25]. Beden dış yüzeyi, immün sistem ve santral sinir sistemi arasındaki sıkı bağlantılar neticesinde deri; bireyin dış çevresi ile bedeni, beyni ve zihni arasında bir köprü vazifesi görür. Bir organ olarak enfeksiyonlardan korunma ve sıvı kaybını önlemeye yönelik bariyer görevi görmesinin yanında duygusal uyaranlara yanıt verme, kişilerarası iletişim ve etkileşim ve cinsel çekicilik ile ilgili önemli rolü mevcuttur [26, 27]. Cildimiz; beden algımız, benlik saygımız ve başkalarının bizimle ilgili düşünceleri üzerinde etkilidir. Ciltte bir şekil bozukluğu olduğunda kişinin kendilik algısı ve başkaları tarafından nasıl göründüğü ile ilgili değerlendirmeleri olumsuz etkilenebilmektedir [28]. Bu nedenle sağlıklı bir cilt bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik hali için olmazsa olmazdır [29].

Pek çok deri hastalığının başlamasında ve belirtilerinin alevlenmesinde ruhsal–toplumsal sorunların etkili olduğu ya da kronik deri hastalıklarına ikincil olarak ruhsal sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir [27]. Etiyolojilerinde psikiyatrik etkenlerin değişik şekillerde yer aldığı bu hastalıklara psikodermatolojik hastalıklar adı verilmektedir. Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların en az üçte birine psikolojik ve ya psikiyatrik belirtilerin eşlik ettiği tahmin edilmektedir [30, 31].

2.1.2. Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması

Psikodermatolojik hastalıklar ile ilgili oldukça değişik sınıflamalar yapılmıştır. İlk sınıflama girişimleri 1982 yılında dermatolog ve aynı zamanda psikoanalist olan Caroline Koblenzer'e aittir. Koblenzer hastalıkları ortaya çıkış nedenlerine göre

incelemiş ve sonraki yıllarda bu sınıflamayı biraz daha sadeleştirmiştir. Bu sınıflamaya göre; psikodermatolojik bozukluklar kabaca üç kategoride toplanabilir [32].

1. Psikofizyolojik bozukluklar: Gösterilebilir deri lezyonları olan, gerçek deri hastalığına sahip hastaların önemli bir bölümünde bu lezyonlar, sıklıkla duygusal stresle ortaya çıkabilir ya da alevlenebilir. Akne vulgaris, alopesi areata, atopik dermatit, ürtiker, psöriazis, psikojenik purpura, rozase, seboreik dermatit gibi hastalıklar bu grupta yer almaktadır.
2. Birincil psikiyatrik bozukluklar: Patoloji öncelikle ruhsal kökenlidir. Kişinin kendisi tarafından oluşumu kolaylaştırılan deri belirtileri ile sonuçlanan psikiyatrik bozuklukları kapsar. Normal deri, hastanın psikiyatrik bozukluğunun hedefi ve odağı haline gelir ve genellikle gerçek bir deri hastalığı bulunmaz ve ya olsa bile çok hafiftir. Bu bozukluklar bazı yazarlar tarafından "kendine zarar verici dermatozlar" adı altında sınıflandırılmaktadır [33]. Bromosiderofobia, parazitoz sanrıları, dismorfofobi, yapay dermatit, nörotik ekskoryasyon, trikotilomani bu gruba örnektir.
3. İkincil psikiyatrik bozukluklar: Şekil bozukluğu ya da estetik sorunlar ile seyreden cilt bozukluklarına ikincil olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları içerir. Depresif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve agorafobiyi içine alan anksiyete bozuklukları, bazı somatik tip sanrılı bozukluklar bu grup içinde yer almaktadır [34]. Psöriazis, vitiligo, alopesi areata, kistik akne, hemanjiyom, iktiyozis ve kaposi sarkomu bu gruptaki cilt bozukluklarına örnektir.

Schneider ve Gieler dermatolojideki ruhsal/psikosomatik etmenler ve rahatsızlıkları daha farklı bir biçimde sınıflandırmışlardır [35];

1. Psikolojik rahatsızlıkların sonucu gelişen dermatozlar
    - Kişinin kendisi tarafından meydana getirilen deri lezyonları (artefakt dermatiti, nörotik ekskoryasyonlar).
    - Anormal alışkanlıklar ve dürtü kontrol bozuklukları (örneğin trikotilomani)
    - Kompulsif bozukluklar sonucu ortaya çıkan dermatozlar (örneğin obsesif yıkanma)

- Deri ile ilgili somatizasyon belirtileri ve fobiler (dismorfofobi, karzinofobi)
- Deri ile ilgili sanrılar
- Somatoform bozukluklar (nedeni belli olmayan pruritus)

2. Seyirleri daha çok psikolojik etmenlerden etkilenebilen, çok etmene bağlı dermatozlar
    - Atopik dermatit
    - Psöriazis
    - Kronik ürtiker
    - Alopesi areata
    - Akne vulgaris
    - Prurigo simplex/nodularis
    - Hiperhidrozis
    - Vitiligo
3. Şekil bozucu ya da tehdit edici özelliğe sahip dermatozlar sonucu ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıklar
    - Uyum bozuklukları, posttravmatik stres bozukluğu
    - Depresif bozukluklar
    - Anksiyete bozuklukları (örneğin sosyal fobi)

4. Diğer üç maddeden bağımsız, kendi açısından deri hastalığının yönetilmesini zorlaştırabilen ve hastalık seyrini etkileyebilen ruhsal bozukluklar Örneğin; kişilik bozuklukları, organik ya da psikotik bozukluklar, uyum bozuklukları.

2.2. Psöriazis ve Psikiyatri

Psöriazis, keskin sınırlı, eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş parlak, sedefibeyaz skuamlarla karakterize, kronik seyirli, inflamatuar bir hastalıktır.
Skuamların renginden dolayı halk arasında "Sedef Hastalığı" olarak bilinmektedir [36].

Psöriazis; dünya genelinde nispeten yaygın görülen kronik inflamatuar hastalıklardan biri olup genel toplumun yaklaşık %0,1-3'ünü etkilemektedir [37].

Hastalık; infantil dönemden ileri yaşlara kadar herhangi bir zamanda başlayabilirse de [38] hastaların %30'undan fazlasında belirtiler 18 yaşından önce ortaya çıkmaktadır [39]. Hastalık başlangıç yaşı ortalama 7-10 olup [40-43]; erken yaşta başlangıç olan olgularda aile öyküsüne daha sık rastlanmaktadır [44, 45]. Fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişim açısından hızlı bir değişimin yaşandığı çocukluk ve ergenlik döneminde başlangıç ayrı bir önem arz etmektedir.

Hastalığın etiyolojisi henüz kesin olarak bilinmemesine rağmen genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı T hücre bağımlı otoimmün bir rahatsızlık olduğu düşünülmektedir.

Tedavide; nemlendiriciler, katran, antralin, topikal retinoid, topikal kortikosteroid, vitamin D analogları gibi topikal tedaviler ve retinoidler, Metotreksat, Siklosporin gibi sistemik tedaviler ile fototerapi yer almaktadır [46].

Psöriazis hastalığının başlamasında ve belirtilerinin şiddetlenmesinde ruhsal zorlukların etkisi bilinmektedir [47, 48]. Bunun yanında hastalığın kişinin dış görünüşünde yarattığı değişiklik ve buna bağlı olarak sosyal ortamdaki damgalanma sonucunda sıklıkla psikiyatrik belirtilerin eşlik ettiği ve bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir [49-52]. Özellikle okul çağındaki çocuklarda arkadaşların alaycı ve dışlayıcı tutum ve davranışlarının hastaların psikiyatrik belirtilerinde etken olduğuna dair yayınlar mevcuttur [53, 54]. Psöriazis hastalığı hayatı tehdit etmemesine rağmen özkıyım riskini arttıracak ölçüde hastaların yaşamını olumsuz etkileyebilen bir hastalıktır [55]. Üç yüz on yedi psöriazis hastasının hastalıkla ilişkili yaşam kalitelerinin değerlendirildiği yakın zamana ait bir çalışmada psöriazis hastalığının bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğini kanser, hipertansiyon, diabet ve depresyon gibi kronik hastalıklarla yarışır derecede etkilediği sonucuna varılmıştır [56]. Psöriazis hastalarıyla yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %89'u görünüşünden utandığını, %58'i kaygılandığını, %42'si güvensizlik yaşadığını, %24'ü ise çökkün hissettiğini belirtmiştir. Hastaların %26'sında psöriazis nedeniyle aile içi uyuşmazlık, neredeyse yarısında spor aktivitelerine katılmada azlık saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastalara psöriazisin en kötü yanı sorulduğunda; çoğunluğu dış görünüş üzerine etkisi ve yarattığı utanç duygusu yanıtını vermiştir [57].

Eşlik eden psikiyatrik bozukluğun bulunup bulunmaması psöriazis hastalarının yaşadıkları kısıtlılığı belirlemede sıklıkla hastalık süresi, yerleşimi, şiddeti gibi dermatolojik bileşenlerden daha önemli bir göstergedir [58]. Dermatoloji servisinde tedavi gören ve psikiyatriye konsülte edilen 149 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %95'inin psikiyatrik tanı aldığı ve psöriazis'li hastalara en sık eşlik eden psikiyatrik tanıların depresif bozukluk (%44) ve anksiyete bozuklukları (%35) olduğu tespit edilmiş, daha az sıklıkta görülen diğer psikiyatrik durumlar ise sosyal fobi, alkol bağımlılığı, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), posttravmatik stres bozukluğu, anoreksiya nervoza ve şizofreni olarak bildirilmiştir [28]. Psöriazis hastalarındaki depresyon ve özkıyım düşüncelerine hastalığın meydana getirdiği şekil bozukluğu ve hastalığın yaşam kalitesine etkisinin katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada depresif belirtilerin şiddeti ile psöriazis hastalık şiddeti arasında direkt bir bağlantı olduğu bulunmuş, yüksek depresyon skorları daha yüksek oranda özkıyım düşüncesi ile ilişkilendirilmiştir [59]. Vidoni ve ark.'nın çalışmasında ise psöriazis hastalarının öfke başta olmak üzere duyguların sözel ifadesinde zorluk yaşadıkları bildirilmiştir [60].

Çocuk ve ergenlerde psöriazise eşlik eden psikiyatrik belirtiler ve hastalığın yaşam kalitesine etkisi üzerine Bilgiç ve ark.'nın 2010 yılında yayınlanmış bir çalışması bulunmaktadır. 8-18 yaşları arasında 48 çocuk ve ergenin katıldığı bu çalışmanın sonuçlarında hasta grupta kontrol grubuna göre yüksek oranda depresif belirtilerin varlığı ve ebeveynin bildirdiği yaşam kalitesi ölçeğinde olumsuz etkilenmeye gönderme yapan yüksek skorlar dikkati çekmektedir. Anksiyete düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır [61].

2.3. Vitiligo ve Psikiyatri

Vitiligo, deri ve müköz membranlarda melanosit kaybı sonucu meydana gelen iyi sınırlı, depigmente maküllerle karakterize edinilmiş, kronik bir deri hastalığıdır [62]. Tüm ırklarda yaygın olup toplumun en az %0,5-1'ini etkilemektedir [63].

Hastalığın başlangıç yaşı değişkenlik gösterse de hastalığın hayatın erken dönemlerinde ortaya çıktığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Olguların yaklaşık yarısında ilk belirtilerin görülmesi 18 yaşından öncedir [64, 65].
Danimarka'da Howitz ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların yaklaşık %25'inde belirtilerin ilk olarak 10 yaşından önce görüldüğü saptanmıştır [66].

Hastalığın nedenlerine yönelik geniş kapsamlı araştırmalar mevcut olsa da etiyolojisi henüz aydınlatılamamıştır [67]. Etiyolojisinde birden çok patofizyolojik sürecin rol aldığı düşünülmektedir. Çalışmalardan elde edilen bulgular daha çok otoimmün bir patogenezi destekler nitelikte olsa da, nörohümoral, sitotoksik veya oksidatif stres gibi mekanizmaların da patogenezde rol aldığına dair bulgular mevcuttur [68].

Tedavi; yaygınlık, tutulum bölgesi, hastalık aktivitesi, hasta yaşı, deri tipi gibi parametrelere göre değişmekle birlikte, seçenekler arasında topikal veya sistemik kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, fototerapi, mini greftleme ve otolog kültüre melanosit transferi gibi cerrahi tedaviler ile depigmentasyon tedavisi yer almaktadır [69, 70].

Vitiligo ağrı ve ya herhangi bir şekilde fiziksel kısıtlılığa yol açmamasına rağmen psikososyal zorlukların etkisiyle hastanın işlevselliğini ciddi şekilde bozabilmektedir [71]. Hastaların benlik saygılarının düşük, beden algılarının olumsuz ve yaşam kalitelerinin azalmış olduğu belirtilmektedir [72-74]. Bu bireyler çoğunlukla damgalanmaya maruz kaldıklarını, çökkün hissettiklerini ve bazı durumlarda diğerleri tarafından dışlandıklarını ifade etmektedirler. Bir gözden geçirme yazısında; vitiligosu tanısı alan çocukların spordan ya da benzeri etkinliklerden kaçınabildikleri, genellikle aile üyelerinin destekleyici olmadığını ya da kendilerinin anlayamadıklarını düşündükleri belirtilmiştir. Bunun yanında diğer başka kronik hastalıklarla benzer şekilde tedaviler nedeniyle okula devam zorlukları yaşayabilmektedirler. Hastalığın süreğen doğası, uzun süreli tedaviler, etkili standart tedavilerin eksikliği ve hastalığın beklenmedik gidişatı da Vitiligo hastaları için hayal kırıklığı yaratabilmektedir [29].

Çocuk ve ergenlerden elde edilen bulgular çok sınırlı olmakla birlikte erişkin Vitiligo hastalarıyla yapılan çalışmalar hastaların yüksek oranda depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdiğini ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini

göstermektedir [75-77]. Ülkemizde çocuk yaş grubunda Vitiligo hastalarıyla yapılan bir çalışma bulunmaktadır. 8-18 yaş arası, Vitiligo tanılı, 41 çocuk ve ergen ile yapılan bu çalışma sonucunda hastaların ÇDÖ (Çocuklar için Depresyon Ölçeği) ile ölçülen depresyon skorlarının kontrollere göre yüksek olduğu saptanmıştır [78].

2.4. Alopesi Areata ve Psikiyatri

Alopesi areata, saçlı deride ya da kıl çıkan herhangi bir yüzeyde skarsız saç kaybı ile karakterize heterojen bir hastalıktır [79].

AA'nın epidemiyolojisi erişkinlerin aksine çocuk ve ergen yaş grubu için yeterince araştırılmamıştır [80]. Bununla birlikte yaşam boyu hastalığa yakalanma riskinin %1,7 olduğu tahmin edilmektedir [81]. AA bütün ırklarda her iki cinsiyette ortaya çıkar ve herhangi bir yaşta görülebilir; ancak hastaların %60'ı ilk atağı 20 yaş altında geçirirler [82].

AA'nın etiyopatogenezi henüz açıklığa kavuşmuş değildir [83]. Ancak genetik etmenler [84] ve otoimmün mekanizmaların [85] önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Çelişkili sonuçlar mevcut olsa da [86] enfeksiyonların [87] da rolü olabileceği üzerinde durulmaktadır. AA olgularının geçmiş öykülerinde hastalık başlangıcı öncesi sıklıkla ağır bir psikolojik strese rastlanmaktadır. Bu nedenle AA'nın etiyopatogenezinde psikolojik etmenlerin rolü, uzun zamandır tartışma konusu olmuştur [10, 88].

AA'nın tedavisinde; kortikosteroidler, minoksidil, antralin, siklosporin, kontakt immünoterapi ve fotokemoterapi gibi yaygın kullanılan tedavi seçenekleri yanında yazın bilgisinde rastlanan çinko, biyotin, aromaterapi, kriyoterapi gibi daha az sıklıkta kullanılan seçenekler yer almaktadır [89].

Saç kaybının kişinin psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerine çeşitli olumsuz yansımalarının olduğuna ilişkin birçok yayın mevcuttur. Yakın zamana ait 9 farklı ülkeden toplam 1271 katılımcının olduğu 19 çalışmayı kapsayan bir metaanaliz çalışmasında AA'nın bireylerin benlik saygısı, beden algısı ve/ve ya kendine güvenini olumsuz etkileyecek yıkıcı duygulanımlara neden olduğu sonucu göze çarpmaktadır

[90]. AA kişinin özel yaşamı, sosyal ilişkileri ve iş/okul alanlarında sorunlara yol açabilir [91]. AA'lı kişiler ayrıca ciddi depresif dönemler, anksiyete bozuklukları, sosyal fobi ve paranoid bozukluğu içeren çeşitli psikiyatrik hastalıkları geliştirme bakımından yüksek risk altındadırlar [92]. Bu grup hastalarda başta anksiyete ve depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranı % 33 ile % 93 arasında değişmekte ve bu psikolojik problemler saçlar çıktıktan sonra da yıllarca sürebilmektedir. Psikozu da içeren ağır psikiyatrik hastalıklar, hastaların % 11'inde görülebilmektedir [2]. Stresli yaşam olaylarının AA'nın ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı görüşü son yıllarda yapılan çalışmalarla desteklenmemekte, bunun yerine ağırlıklı olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi stresle ilişkili psikopatolojilerin saç kaybına ikincil olarak yaşam kalitesinde bozulmayla ortaya çıkmış olabileceği üzerinde durulmaktadır [93, 94].

AA'da psikolojik stresin en önemli kaynağı kozmetik yönle ilgilidir [95]. Liakopoulou ve ark.'ın 33 AA'lı çocuk ve ergeni 30 sağlıklı kontrolle karşılaştırdıkları çalışmada CBCL ölçeği ile değerlendirme sonucunda AA grubunda özellikle kız çocukların depresyon, anksiyete, içekapanıklık ve davranış sorunları belirtilerini daha fazla gösterdikleri saptanmıştır [96]. Bu sonuç sosyokültürel etmenler nedeniyle kadınların dış görünüşlerini daha fazla önemsedikleri bulgusunu doğrular niteliktedir. Çocuk ve ergen yaş grubunda yapılan bir diğer çalışma olan Ghanizadeh ve ark.'nın 12 AA'lı çocuk ile DSM-IV kriterleri ve KSADS-PL'nin Farsça versiyonunu kullanarak yaptıkları çalışmadır. Hastaların % 78'inin hayatları boyunca bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır. En sık komorbid psikiyatrik bozukluğun majör depresif bozukluk, ikinci en sık bozukluğun ise OKB olduğu gözlenmiştir.

2.5. Aile ve Aile İşlevleri

Aile; biyolojik ilişkiler sonucu insan türünün devamını sağlayan, toplumsallaşma sürecinin ilk ortaya çıktığı, karşılıklı ilişkilerin belli kurallara bağlandığı, o güne kadar toplumda oluşturulmuş maddi ve manevi zenginlikleri kuşaktan kuşağa aktaran,

biyolojik, psikolojik, ekonomik, toplumsal ve hukuki yönleri bulunan birimdir [97]. Ailenin genel özellikleri, yapısal ve işlevsel olmak üzere iki grupta incelenebilir. Aileler; yapısal özelliklerine göre geniş aile ve çekirdek aile olmak üzere iki gruba; işlevsel özelliklerine göre sağlıklı (işlevsel) ve sağlıksız (işlevsel olmayan) aile olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Sağlıklı bir ailenin en önemli işlevi, üyelerinin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılıyor olmasıdır [98]. Aile sistemi kişiye sevme/sevilme, karar verme, sorumluluk taşıma, yaratıcılığını kullanma ve sosyal rollerini yerine getirme gibi önemli nitelikleri kazandırmaktadır [99]. Etkin bir aile; çatışma çözme becerisi yüksek, açık ve direkt iletişim yöntemlerini kullanabilen, duygularını uygun biçimlerde ifade edebilen ve olumlu bakış açısına sahip ailedir [100]. İşlevsel olmayan aileler ise, aile içi etkileşimi bozuk, işlevlerini yerine getiremeyen ailelerdir [101].

Aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen farklı modellerden biri 1978 yılında Epstein ve ark. tarafından son halini alan McMaster Aile Fonksiyonları modelidir [102]. Bu model sistem yaklaşımını temel alarak oluşturulmuştur. Sistem yaklaşımına göre aile işlevleri tek tek bireylerin incelenmesiyle anlaşılamayacağı gibi ailenin bir üyesi de sistemin geri kalan kısmından ayrı incelenemez [102]. Yine bu modele göre ailenin işlevselliği; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü gibi alt boyutlar değerlendirilerek anlaşılmaktadır.

- **Problem çözme:** Aile bireylerinin problemlerini sağlıklı işlevselliği sürdürebilecek şekilde etkili çözebilme becerisidir.
- **İletişim:** Mesajın net ve ya üstü kapalı olmasına göre açık ve örtük iletişim; mesajın doğru kişiye ulaşmasına ya da başka yönlere sapmasına bağlı olarak direkt ve ya dolaylı iletişimden bahsedilebilir. Açık ve direkt iletişim bu boyutun sağlıklılığını ifade eder.
- **Roller:** Aile fonksiyonlarını devam ettirmeye yönelik aile üyelerinin her birinin kullandığı davranış kalıpları olarak tanımlanır. (para, yiyecek, giyecek temini, bakım ve destek, kişisel gelişim, karar verme

gibi) Her üyenin üzerine düşen sorumluluğu üstlenmesi ve yerine getirmesi önemlidir.

- **Duygusal tepki verebilme:** Aile bireylerinin bir durum karşısında uygun biçimde ve uygun miktarda duygusal yanıtlar verebilme becerisidir.
- **Gereken ilgiyi gösterme:** Aile üyelerinin ilgi alanları ve etkinliklerine diğer üyelerin verdiği önem ve gösterdiği ilgi olarak ifade edilir. Empatik katılım sağlıklı aile işlevselliğinin göstergesidir. İlgisizlik, aşırı ilgi, narsistik katılım ve ya simbiyotik ilgi gibi aşırı uçta yer alan ilgi ve/ve ya katılım sağlıksız ilişkilerde gözlenmektedir.
- **Davranış kontrolü:** Aile bireylerinin bir tehlike karşısında, psikolojik gereksinim durumunda ve ya kişilerarası ilişkilerle ilgili sorunlar karşısındaki davranış biçimlerini ifade eder. Davranış kontrolünde dört farklı tarzdan bahsedilmektedir. Katı davranış kontrolü, esnek davranış kontrolü, bırakın yapsın davranış kontrolü, kaotik davranış kontrolü. Mantıklı kuralların olduğu ve duruma göre değişikliğe olanak veren esnek davranış kontrolü sağlıklı işlev göstergesi iken, bireylerin hangi durumda neye göre davranacaklarını bilmedikleri kaotik davranış kontrolü en sağlıksız tarzdır.

Sağlıklı/sağlıksız aile işlevselliğinin bireyin kimlik gelişimi ve ruh sağlığı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Drotar (1997)'ın çalışmasında bildirdiğine göre; ebeveyn ve aile işlevselliği ile çocukların psikososyal uyumu birbiri ile bağlantılıdır. İyi uyum sağlamış aileler ve ebeveynler bireyin olumlu psikososyal uyum geliştirmesini sağlamakta, daha az uyum sağlamış ailelerde yetişen bireylerde sıklıkla uyum problemleri görülmektedir [103]. Aile işlevselliğinin süreğen tıbbi hastalığı olan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesi ve iyilik halinin önemli bir göstergesi olduğu görüşünü destekleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Özellikle eşlerin uyumu ve aile üyelerinin uyumlu ilişkileri olumlu psikolojik işlevsellikle ilişkilendirilirken aile hayatındaki aksamalar daha sağlıksız duygusal/davranışsal işlevsellik ve zayıf tedavi uyumu ile bağlantılı bulunmuştur [104]. Sağlıklı aile işlevselliği artmış kronik hastalık yönetim becerisi ile ilişkilidir. Kronik hastalık yönetimi (self-management) kişinin

hastalığı ile ilgili günlük olarak yapmak durumunda kaldığı eylemleri tarif etmek amacıyla kullanılmaktadır [105].

2.6. Baş Etme Kavramı

Baş etme; bireylerin zorlu durumlarla karşı karşıya kaldıklarında yaşadıkları sıkıntıyı azaltmak için verdikleri bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin bütünü olarak tanımlanabilir [106, 107]. Sorun odaklı ve duygusal odaklı olmak üzere iki önemli baş etme tarzından söz etmek mümkündür. Sorun odaklı baş etme; kişinin problemli durumu değiştirmeye yönelik davranışları üzerinde dururken, duygusal odaklı baş etme ise problem karşısındaki duygusal tepkileri düzenlemeye dönüktür. Baş etme için uyuma yönelik ya da uyuma yönelik olmayan, etkili ya da etkisiz şeklinde tanımlamalar da yapılmaktadır. Uyuma yönelik baş etme; kullanılan becerilerin fiziksel iyilik, sosyal işlevler ya da duygudurumda iyileşmeye ne derece etkili olduğuna vurgu yaparken etkili baş etme kişinin olumlu yeniden değerlendirmelerinin boyutu ile ilişkilidir [108].

Süreğen hastalık durumu stres yaratan ve zorlu bir durumdur. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde kronik hastalık varlığı normal gelişimi sekteye uğratabileceğinden psikolojik ve sosyal birçok sorunu beraberinde getirmektedir [109]. Ancak hastalığa uyum ve psikososyal zorluklarla başa çıkmada bireyler arasında büyük farklılık gözlenmektedir. Bu farklılığı açıklayabilmek için geliştirilen çeşitli modellere göre; hastalıklar karşısında bireylerin verdiği yanıtları etkileyen değişkenler arasında hastalığın doğası, bireysel özellikler, çevre desteği yer almaktadır [110, 111]. Kişinin hastalık algısı, kullandığı savunma mekanizmaları, mizacı ve kişinin baş etme biçimi stresöre verilen cevabı etkileyen önemli bireysel etmenlerdir [18]. Örneğin; sorun odaklı baş etme yollarını kullanan bireyler hastalığı hakkında daha çok bilgi sahibi olma, sosyal destek arama, duygularını ifade etme gibi davranışlar sergilerken duygu odaklı baş etme tarzı olan bireyler durumu kontrol edemeyeceğini düşünüp kabullenme, inkar, utanma, kendini suçlama ya da aşırı kaderci davranma yollarına başvurabilir [112].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

3.1.1. Dermatolojik hastalık grubunun seçimi

Çalışma, İstanbul Anadolu yakasındaki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında hizmet veren ana merkezlerden biri olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Şubat 2016 ile Nisan 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma için yapılan etik kurul başvurusu 29/01/2016 tarih ve 09.2016.144 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-1).

Hasta grubunu Şubat 2016 ile Nisan 2016 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda büyük çoğunluğu Fototerapi Ünitesi'nde tedavi görmekte olan Psöriazis, Vitiligo ve AA tanılı 9-18 yaş arası çocuk ve ergenler oluşturmuştur. Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri görüşmenin başında araştırmacı tarafından çalışma ve çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş, Aile Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu (Ek 3) ve Çocuk Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu (Ek 4) okumaları sağlanmış, çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılmaya onay veren, katılma ölçütlerine uygun 9-18 yaş arası 45 çocuk ve ergen kronik dermatolojik hastalık grubunu oluşturmuştur. Hasta grubu için çalışmaya katılma ölçütleri

1. 9-18 yaşlar arası olmak
2. Çalışmaya katılmaya onay vermek
3. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R) (genel bilgi, sözcük dağarcığı, resim tamamlama ve resim düzenleme alt testleri) ; zeka bölümünün 70'nin üstünde olması

Hasta grubu için çalışmadan çıkarılma ve dahil edilmeme ölçütleri

1. Dermatolojik hastalıklar dışında kronik ve ciddi tıbbi hastalık, nöbet ve benzeri nörolojik bozukluk
2. Psikoz hikayesi ya da belirtisi
3. Otizm Spektrum Bozukluğu
4. WISC-R'a göre (genel bilgi, sözcük dağarcığı, resim tamamlama ve resim düzenleme alt testleri) ; zekanın 70'nin altında olması

3.1.2. Kontrol grubunun seçimi

Kontrol grubunu oluşturmak amacıyla Kartal Hüseyin Saim Ekim Ortaokulu'ndan ve Kurtköy Lisesi'nden 9-18 yaşlar arası sınıfların bulunduğu 42 öğrenci rastgele örnekleme ile belirlenmiş, çocuklar ve aileleri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirilerek, yazılı onam alınmıştır. Çalışmanın okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim- öğretimi aksatmaması koşuluyla, T.C İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 23.03.2016 tarih ve 3346771 sayılı oluru ile araştırma izni alınmıştır (Ek-2). Çalışmaya katılmaya onay veren, katılma ölçütlerine uygun 9-18 yaşlar arası 42 öğrenci kontrol grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu için çalışmaya katılma ölçütleri

1. 9-18 yaşlar arası olmak
2. Çalışmaya katılmaya onay vermek
3. WISC-R'a göre (genel bilgi, sözcük dağarcığı, resim tamamlama ve resim düzenleme alt testleri) ; zekanın 70'nin üstünde olması

Kontrol grubu için çalışmadan çıkarılma ve dahil edilmeme ölçütleri

1. Kronik ve ciddi tıbbi hastalık, nöbet ve benzeri nörolojik bozukluk
2. Psikoz hikayesi ya da belirtisi
3. Otizm Spektrum Bozukluğu

4. WISC-R'a göre (genel bilgi, sözcük dağarcığı, resim tamamlama ve resim düzenleme alt testleri) ; zekanın 70'nin altında olması

3.2. Araştırmanın Deseni

Olgu- kontrol deseninde; kesitsel planlanan bir araştırma olarak yürütüldü.

3.3. Yöntem

Çalışmaya kabul edilen dermatolojik hastalık ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri, araştırmacı tarafından oluşturulan yarı-yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir.

Hastaların dermatolojik muayeneleri kıdemli Dermatoloji öğretim üyesi tarafından yapılmış, hastalık şiddeti değerlendirmesi amacıyla Psöriazis için PASI, Alopesi Areata için SALT skoru kullanılmıştır.

Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması amacıyla araştırmacı tarafından çocuklar ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanıları araştırmacının DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Araştırma protokolü tamamlandıktan sonra psikopatoloji saptanan olguların uygun tedavi ve takibinin yapılması sağlanmıştır.

3.4. Gereçler 3.4.1.Klinisyen tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış, yapılandırılmış görüşmeler ve testler

3.4.1.1.Sosyodemografik bilgi formu (Ek-5)

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından oluşturulan yarı-yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir.

Formda çocuğa ait cinsiyet, yaş, kaçıncı sınıfta okuduğu, anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyleri, meslekleri, daha önceden psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumları, tıbbi rahatsızlık öyküleri, birliktelik durumları, ekonomik durumları, evde anne-babaçocuk dışında yaşayanların varlığı ile ilgili bilgilerin yanı sıra kardeş sayısı, doğum şekli, doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum sonrası komplikasyon varlığı, anne sütü alım süresi, gelişim basamakları, cilt hastalığı dışında kronik hastalık bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır.

3.4.1.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

ÇDŞG-ŞY-T, DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlere psikiyatrik tanı koymak için geçerli ve güvenilir bir tanı aracıdır [113]. Kaufman ve ark. tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ÇDŞG-ŞY-T, yarı yapılandırılmış bir görüşme olup, öğrenme güçlüğü, negatif semptomlu şizofreni dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark. tarafından 2004 yılında yapılmıştır [114].

Çalışmamıza katılan tüm çocuk ve ergenlere ÇDŞG-ŞY-T uygulanarak olası DSM-IV Eksen 1 tanıları taranmıştır.

3.4.1.3. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-gözden geçirilmiş formu (Wechsler intelligence scale for children revised-WISC-R)

1949 yılında David Wechsler tarafından 6-16 yaşlarındaki çocuklarda zekanın değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen WISC (Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği) ölçeğinin 1974 yılında gözden geçirilmesi ve standardizasyonunun yapılmasıyla WISC-R (Revize Edilmiş Versiyonu) ortaya çıkmıştır. WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır [115].

Bu çalışmada çocuklara uygulanacak olan WISC-R testinin genel bilgi, resim tamamlama, resim düzenleme ve sözcük dağarcığı alt testlerinden alınan puanların hesaplanmasından sonra elde edilen standart puanlar değerlendirmeye alınmıştır.

3.4.1.4. Cattell zeka testi

Cattell tarafından geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Bağlan Toğrol tarafından yapılmıştır. Kültürden bağımsız olan Cattell zeka testi tüm toplumlara uygulanabilir. 2A, 2B ve 3A olmak üzere üç formu vardır. Yaş gruplarına göre bu formlar ayrılır. 47 yaş, 7-14 yaş ve 14 yaş üstü bireylere uygulanabilir. Uygun yaş grubuna göre bireyin kendisine verilen formu belirli bir süre içerisinde yanıtlaması istenir.

Cattell zeka testinin diğer zeka testleriyle korelasyonu yapılmıştır. En yüksek korelasyon WISC toplam IQ ile olan korelasyondur (Downing, 1965).

Bu çalışmada 16 yaş ve üzerindeki ergenlere Cattell zeka testi uygulanmış, elde edilen puan WISC-R toplam puanları ile bir arada değerlendirilmeye alınmıştır.

3.4.2.Ebeveyn tarafından doldurulan ölçekler

3.4.2.1. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) (Ek-6)

Bireylerin günlük hayatlarında zorlu ve ya stresli olaylar ve ya durumlarla karşı karşıya kaldıklarında hangi başa çıkma tutumlarını kullandıklarının değerlendirilmesi

amacıyla yaygın olarak kullanılan bir ölçek olan COPE Carver ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir [116].

Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, soruna odaklanma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma olmak üzere 15 alt ölçek mevcuttur. Her biri ayrı bir başa çıkma tutumunun değerlendirilmesini sağlayan alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı vermektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [117].

Çalışmamızda bu ölçek ebeveynlerin stres verici olaylar ya da etkenlerini en aza indirgemek için hangi başa çıkma tutumlarını kullandıklarını saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3.4.2.2. Aile Değerlendirme Ölçeği (Ek-7)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), A.B.D.'de Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçüm aracıdır. ADÖ (Ek-5); McMaster Aile İşlevleri Modelinin (McMaster Model of Family Functioning) klinik olarak aileler üzerinde uygulanması ile elde edilmiştir. ADÖ yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar McMaster Model'inin alt boyutları olup 6 tanesi aile işlevlerindeki her bir sorun alanını tek tek ele alan, bir tanesi de genel işlevler üzerine odaklanan toplam 60 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlardır. Ölçekteki 60 madde, 12 yaşın üzerindeki aile üyeleri tarafından, "Aynen katılıyorum" 1 puan ile "Hiç katılmıyorum" 4 puan arasında değişen 4 seçenek üzerinden puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanlar dışında; toplam puan üzerinden bir değerlendirme yapılamamaktadır. Yüksek puanlar, sağlıklı

olmayan aile işlevleri ile ilişkili bulunmuş; teorik olarak, 2 puan sağlıklı ve sağlıksız işlevler için kesim değeri olarak belirlenmiştir.

Ölçek Bulut tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçeye kazandırılmıştır [101].

Çalışmamızda ADÖ ailelerin işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmış, ebeveynlerin doldurması istenmiştir.

3.4.2.3. SCL-90 R Belirti Tarama Listesi (Ek-8)

SCL-90-R (The Symptom Checklist-90-Revised) kişilerdeki ruhsal belirti düzeyini saptamak amacıyla "psikiyatrik belirti tarama aracı" olarak Derogatis ve ark. tarafından 1973 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1991 yılında Dağ tarafından yapılmıştır [118].

Ölçeğin 90 maddesinde ifade edilen belirtilerin her biri, katılımcı tarafından son 3 ay içindeki durum dikkate alınarak "hiç", "çok az", "orta derecede", "oldukça fazla" ve "ileri derecede" olmak üzere likert tipi bir derecelendirmeyle değerlendirilmekte ve sırasıyla 0 ile 4 arasında puanlanarak ölçek puanlarına ulaşılmaktadır. Ölçek; somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik düşünce, ek maddeler olmak üzere 10 alt ölçekten meydana gelmektedir. Ölçeğin alt ölçek puanları, ilgili maddelere verilen cevapların puan değerlerinin toplanarak o alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilir [118-120]. Her madde için yapılan derecelemeler (0-4 puan) 90 madde için toplandıktan sonra elde edilen toplam puanın 90'a bölünmesiyle de Genel Belirti Düzeyi (GSI) ortalaması elde edilir. GSI'deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder [121]. Dağ (1991)'in üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmaya göre 1,00 GSİ puanı kesim noktası olarak alınabilir. Ancak herhangi bir örneklemdeki tarama sonunda "psikolojik belirtili" kişilerin saptanmasında o örneklemin kendi ortalama ve standart sapma değerlerinin esas alınması test kuramının mantığı çerçevesinde çok daha sağlıklı bir yaklaşım olmaktadır [118]

3.4.3.Çocuklar tarafından doldurulan ölçekler

3.4.3.1. Çocuklar İçin Başa Çıkma Yolları Ölçeği (KIDCOPE)(Ek-9)

Spirito ve arkadaşları tarafından çocuk ve ergenlerde başa çıkma yollarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen orijinal adı "Ways of Coping Inventory for Children" olan 15 maddelik bir ölçektir [122]. Ülkemizde daha önce bu ölçek ile yapılan çalışma olmadığından Gökler tarafından 2001 yılında ölçek Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ölçekte bulunan alt gruplardan 8 madde 'pozitif başa çıkma' iç tutarlılık katsayısı 0.72, 4 madde 'öfke ve suçlama 'iç tutarlılık katsayısı 0.60 ve 2 madde 'kaçınma' iç tutarlılık katsayısı 0.47 olarak hesaplanmıştır. Ölçekteki 13.madde düşük faktör yükünden dolayı hesaplamadan çıkarılmıştır [123].

3.4.3.1. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKİ) (Ek-10)

Dermatolojik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin etkilenme düzeyini belirlemek amacıyla sıkça kullanılan, asıl adı CDLQI (Children's Dermatology Quality of Life) olan ve dilimize Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKİ) şeklinde çevrilen ölçek toplam on sorudan oluşmakta, dörtlü Likert skalası ile yanıtlanmaktadır. Sorulara "Çok fazla, oldukça fazla, sadece biraz ve hiç" şeklinde cevaplar verilebilmekte ve sırasıyla 3,2,1,0 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten toplam 0 ile 30 arasında bir puan alınabilmektedir. Son bir haftayı değerlendiren ve 416 yaş arası çocuklarda kullanılabilen bu ölçekten alınacak yüksek skorlar yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin daha şiddetli olduğunu göstermektedir [124]. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Didar Balcı ve ark. tarafından yapılmıştır [125].

Çalışmamızda yalnızca kronik dermatolojik hastalığa sahip çocuk ve ergenler tarafından doldurulması istenmiştir.

3.4.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin Paket Programı (Statistical Program for Social SciencesSPSS for IBM, 20.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi; sayısal verilerin karşılaştırılmasında ise gruplar arası bağımsız t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbiri ile ilişkilerinin değerlendirilmesinde; normal dağılan değişkenler için Pearson, nitel değişkenler ve normal dağılmayanlar için Spearman korelasyon analizleri uygulanmıştır. Birden çok bağımsız değişkenin olduğu durumlarda değişkenlerin modele katkısını saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçları tahmini rölatif risk (odss ratio-OR) ve %95 Güven Aralığı (GA) olarak gösterilmiştir. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ ve ileri anlamlılık düzeyi $p<0,01$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Olguların ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

4.1.1. Olguların tanımlayıcı özellikleri

4.1.1.1. Olguların gruplara göre dağılımı

Dermatolog tarafından tarafından muayenesi yapılıp Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata tanılarından en az birisini alan 45 çocuk ve ergen ile herhangi bir kronik deri hastalığı tanısı almamış 42 çocuk ve ergenden oluşan toplam 87 katılımcı çalışmayı tamamladı (Tablo 1). Çalışma ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenler yaş ve cinsiyet durumları eşleştirilerek çalışmaya alındı.

Tablo 1. Olguların gruplar arasında dağılımı

	n	%
Hasta	45	51,7
Kontrol	42	48,3
Toplam	87	100,0

4.1.1.2. Olguların yaş ve cinsiyet özellikleri

Çalışmaya katılan 87 çocuk ve ergenin 43'ünü (%49,4) kızlar, 44'ünü (%50,6) erkekler oluşturmaktaydı. Çocukların yaşları 9 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalama 12 yıldı. Yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2,3).

Tablo 2. Gruplar arası yaş ortalamalarının değerlendirilmesi

	Çalışma		Kontrol		
	n	ort±ss	n	ort±ss	t ve p değerleri
Yaş (ay)	45	152±26	42	143±16	***t=1,856 p=0,067***

Bağımsız gruplar t testi

Tablo 3. Gruplar arası cinsiyet dağılımlarının değerlendirilmesi

		Çalışma		Kontrol		
		n	%	n	%	p
Cinsiyet	**Kız**	25	55,6	18	42,9	***0,236***
	Erkek	20	44,4	24	57,1	

Pearson Chi-Square Test

4.1.1.3.Olguların gelişim basamakları

Her iki grupta da olguların yürümeye başladığı, ilk kelimelerini söylemeye başladığı ve tuvalet eğitimi aldığı ayların ortalaması hasta grubunda daha geç olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$). Ancak cümle kurmaya başlama zamanı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erkendi ($p<0,01$) (Tablo 4).

Tablo 4. Gelişim basamaklarını kazanma zamanları açısından grupların değerlendirilmesi

Gelişim Basamakları	Çalışma		Kontrol		
	ort±ss	Medyan (min-maks)	ort±ss	Medyan (min-maks)	z ve p değerleri
Yürüme zamanı (ay)	13,87±4,4	12 (9-30)	12,24±1,8	12 (8-18)	*z=-1,879* *p= 0,114*
İlk kelime (ay)	14,84±4,9	13 (6-30)	13,12±3,7	12 (6-24)	*z=-1,755* *p= 0,079*
İlk cümle (ay)	26,18±7,5	24 (12-42)	21,86±5,3	23 (12-36)	*z=-2,810* ***p=0,005****
Tuvalet eğitimi (ay)	27,16±8,5	24 (12-48)	24,98±7,2	24 (12-36)	*z=-1,215* *p= 0,225*

Mann-Whitney U Test

4.1.1.4. Olguların anne sütü alım süreleri

Olguların %96,6'sı anne sütü almış, %3,4'ü hiç anne sütü almamıştı. Anne sütü ile beslenme süresi ortalama 18,88±12,93 ay tespit edildi. Gruplar arasında anne sütü alıp almama ve anne sütü alım süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (tablo 5).

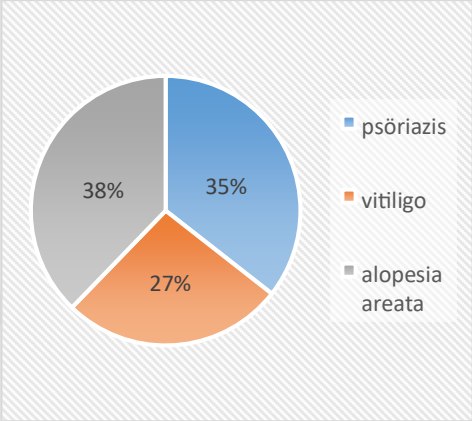
Tablo 5. Anne sütü alma durumu ve anne sütü alım süreleri açısından grupların değerlendirilmesi

		Çalışma		Kontrol		
		n	%	n	%	**p değeri** *[a]0,517*
Anne sütü alımı	**hayır**	1	2,2	2	4,8	
	evet	44	97,8	40	95,2	
		ort±ss		**ort±ss**		**Anne sütü alım süresi**
18,51±12,44		*[b]0,990*				19,41±13,82

[a]Pearson Chi-Square Test *[b]Mann-Whitney U Test*

4.1.1.5. Çalışma grubundaki olgularda dermatolojik hastalıkların dağılımı ve olguların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Çalışma grubundaki olguların (45) %35,6'sı (16) Psöriazis, %26,7'si (12) Vitiligo, %37,8'i (17) ise Alopesi areata tanısını almaktaydı (şekil 1).



Şekil 1. Çalışma grubundaki olguların dermatolojik hastalık dağılımı

Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalamaları Psöriazis tanısı bulunan 16 hasta için 152±28 ay, Vitiligo tanılı 12 hasta için 145±27 ay, Alopesi areata tanılı 16 hasta için 153±25 ay saptandı. Çalışma grubundaki kızların (n=25) 10'unu Psöriazis, 7'sini Vitiligo, 8'ini Alopesi areata tanılı hastalar; erkeklerin (n=20) 6'sını Psöriazis, 5'ini Vitiligo, 9'unu Alopesi areata tanılı hastalar oluşturmaktaydı (tablo 6).

Tablo 6. Olguların dermatolojik tanılarına göre yaş ve cinsiyet dağılımı

	toplam	**Psöriazis**		**Vitiligo**		**Alopesi areata**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cinsiyet							
kız	25	10	40,0	7	28,0	8	32,0
erkek	20	6	30,0	5	25,0	9	45,0
		ort±ss		**ort±ss**		**ort±ss**	
Yaş (ay)		152±28		145±27		153±25	

Psöriazis tanılı hastalarda hastalık süresi ortalama 5,6±4,1 yıl iken; Vitiligo hastaları için 4,4±1,7; Alopesi areata hastaları için 5,7±3,6 idi (tablo 7).

Tablo 7. Olguların dermatolojik tanılarına göre hastalık süreleri

Hastalık süresi (yıl)	Psöriazis	Vitiligo	Alopesi areata
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
	5,6±4,1	4,4±1,7	5,7±3,6

Olgular gürünür alan tutulumu açısından incelendiğinde; Vitiligo hastalarının tümünde görünür alan tutulumu varken Alopesi areata hastalarında görünür alan tutulumunun oranının %88,2, Psöriazis hastalarında ise %64,3 olduğu belirlendi (tablo 8).

Tablo 8. Olguların görünür alan tutulumları

		Psöriazis		Vitiligo		Alopesi areata	
		n	%	n	%	n	%
Görünür alan tutulumu	yok	5	35,7	0	0,0	2	11,8
	var	9	64,3	12	100	15	88,2

Olgular hastalık formları açısından incelendiğinde; Psöriazis'lilerin %91'inin jeneralize plak, %9'unun palmoplantar plak formunda olduğu; Vitiligo'luların %42,9'unun fokal, %28,6'sının vitiligo vulgaris, %14,3'ünün segmental, %14,3'ünün akrofasiel formda olduğu; Alopesi areata'lıların ise %75'inin areata, %25'inin totalis formunda olduğu gözlendi (tablo 9).

Tablo 9. Olguların hastalık formları

	Psöriazis		Vitiligo		Alopesi areata	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Psöriazis formu						
Palmoplantar plak	1	9,1				
Jeneralize plak	10	90,9				
Vitiligo formu						
Fokal			3	42,9		
Segmental			1	14,3		
Akrofasiyel			1	14,3		
Vitiligo vulgaris			3	28,6		
Alopesi areata formu						
Alopesia areata					9	75
Alopesia totalis					3	25

Olguların geçmişte aldıkları tedaviler incelendiğinde; Psöriazis olgularının %37,5'inin sistemik, %37,5'inin sistemik tedavi+fototerapi, %25'inin topikal tedavi aldığı; Vitiligo olgularının geçmişte %50'sinin topikal tedavi, %50'sinin fototerapi aldığı belirlendi. Alopesi areata olgularının ise %52,9'u geçmişte yalnızca topikal tedavi, %29,4'ü sistemik tedavi, %11,8'i fototerapi, %5,9'u sistemik tedavi+foterapi almıştı. Güncel durumda almakta oldukları tedavilere bakıldığında; Psöriazis olgularının %31,2'sinin tedavi almadığı, %31,2'sinin sistemik tedavi, %18,8'inin topikal tedavi, %18,8'inin fototerapi almakta olduğu; Vitiligo olgularının %41,7'sinin tedavi almadığı, %41,7'sinin fototerapi, %16,7'sinin topikal tedavi almakta olduğu saptandı. Alopesi areata olgularının %41,2'si topikal tedavi, %41,2'si fototerapi, %11,8'i sistemik tedavi almakta olup %5,9'u herhangi bir tedavi almamaktaydı (tablo 10).

Tablo 10. Olguların geçmiş tedavileri ve güncel durumda aldıkları tedaviler

	Psöriazis		Vitiligo		Alopesi areata	
	n	%	n	%	n	%
Geçmişte aldığı tedaviler						
Sadece topikal tedavi	4	25	6	50	9	52,9
Sistemik tedavi	0	0,0	0	0,0	5	29,4
Fototerapi	6	37,5	6	50	2	11,8
Sistemik tedavi+Fototerapi	6	37,5	0	0,0	1	5,9
Şimdiki tedaviler						
Tedavisiz	5	31,2	5	41,7	1	5,9
Topikal tedavi	3	18,8	2	16,7	7	41,2
Sistemik tedavi	5	31,2	0	0,0	2	11,8
Fototerapi	3	18,8	5	41,7	7	41,2

4.1.1.6. Çalışma grubundaki olguların hastalıkları nedeniyle okula devam edememe oranlarının değerlendirilmesi

Kronik dermatolojik rahatsızlığa sahip olguların %52,4'ü (n=22) hastalıkları nedeniyle okul devamsızlığı yapmış, %47,6'sı (n=20) ise okula devam sorunu yaşamamıştı (tablo 11).

Tablo 11. Çalışma grubundaki olguların okul devamsızlığı durumu

		Çalışma grubu	
		n	**%**
Okula devam sorunu	**yok**	20	47,6
	var	22	52,4

4.1.1.7. Çalışma grubundaki olguların dermatolojik hastalık şiddetinin değerlendirilmesi

Psöriazis tanılı olguların hastalık şiddetinin belirlenmesi amacıyla PASI skoru kullanıldı. PASI skoru 5'in altında olan olgular "hafif", 5'in üstünde olan olgular "ortaşiddetli" olarak değerlendirildi.

Psöriazis tanılı 13 olgunun PASI skoru elde edildi. 8'inin %61 "hafif", 5'inin "orta-şiddetli" olduğu tespit edildi tablo 12).

Tablo 12. Psöriazis tanılı olguların hastalık şiddeti

	PSORİAZİS	
	n	**%**
Hafif (PASI<5)	8	61
Orta-şiddetli (PASI>5)	5	39

Alopesi areata tanılı olguların hastalık şiddetinin belirlenmesi amacıyla SALT skoru kullanıldı. SALT skoru %50'nin üzerinde olan olgular "şiddetli" olarak değerlendirildi. 9 hastanın SALT skoru tespit edildi. 1 hastanın <%10, 2 hastanın %1025, 2 hastanın %25-50, 4 hastanın >%50 olduğu tespit edildi (tablo 13).

Tablo 13. Alopesi areata tanılı olguların hastalık şiddeti

	Alopesi areata	
	n	**%**
<%10	1	11,1
%10-25	2	22,2
%25-50	2	22,2

>%50	4	44,4

4.1.2.Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri

Her iki grubun da ebeveynlerinin yaş ortalamaları benzerdi. İki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05) (tablo 14).

Tablo 14. Grupların ebeveyn yaş ortalamaları

	Çalışma		**Kontrol**		
	n	**ort±ss**	**n**	**ort±ss**	**t ve p değerleri**
Anne yaşı (yıl)	45	39,13±5,96	42	41,48±4,96	***t=-1,982 p= 0,051***
Baba yaşı (yıl)	45	43,18±6,06	42	45,60±5,30	***t= -1,973 p= 0,052***

Bağımsız gruplar t testi

Dermatolojik hastalığı olanların annelerinin %60'ı ilkokul mezunu idi; lise mezunu olanların oranı %17,8, okuryazar olmayan annelerin oranı %13,3, ortaokul mezunu olanların oranı % 8,9 saptandı. Kontrol grubunda ise annelerin %45,2'si lise mezunu idi; ilkokul mezunu olan annelerin oranı %28,6, üniversite mezunu olanların oranı %19, ortaokul mezunu olanların oranı %7,1 saptandı. Kontrol grubundaki annelerin lise ve üniversite okuma oranı dermatolojik hastalığı olanların annelerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,01). Babaların eğitim durumuna bakıldığında dermatolojik hastalığı olan grupta babaların %44,4'ü ilkokul, %13,3'ü ortaokul, %33,3'ü lise, %8,9'u üniversite mezunu iken; sağlıklı kontrollerin babalarının %14,3'ü ilkokul, %19'u ortaokul, %38,1'i lise, %28,6'sı üniversite

mezunuydu. Kontrol grubundaki babaların lise, üniversite okuma oranı da diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,01). Her iki grup anne ve baba çalışma durumu açısından benzerdi (p>0,05) (tablo 15).

Tablo 15. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumu özellikleri

		Çalışma		Kontrol		
		n	**%**	**n**	**%**	**p değeri**
Anne eğitim durumu	**İlkokul**	6	13,3	0	0	***0,00****
	Okuryazar değil	27	60,0	12	28,6	
	Lise	4	8,9	3	7,1	
	Üniversite	8	17,8	19	45,2	
		0	0,0	8	19,0	
Anne çalışma durumu	**Çalışmıyor**	32	71,1	30	71,4	*0,974*
	Çalışıyor	13	28,9	12	28,6	
Baba eğitim durumu	**Okuryazar değil**	0 20	0	0	0	***0,008****
	İlkokul	6	44,4	6	14,3	
	Ortaokul	15	13,3	8	19,0	
	Lise		33,3	16	38,1	
	Üniversite	4	8,9	12	28,6	
Baba çalışma durumu	**Çalışmıyor**	6	13,3	5	11,9	*0,841*
	Çalışıyor	39	86,7	37	88,1	

Pearson Chi-Square Test

Her iki grubun ebeveynlerinin birliktelik, çekirdek aile dışında evde yaşayanlar ve aile apartmanında oturma durumları benzerdi (tablo 16).

Tablo 16. Ebeveynlerin birliktelik, çekirdek aile dışında evde yaşayanlar ve aile apartmanında oturma durumları

		Çalışma		Kontrol		
		n	%	n	%	p değeri
Ebeveynlerin birliktelik durumları	Birlikte	42	93,3	39	92,9	
	Boşanmış	1	2,2	2	4,8	
	Vefat	2	4,4	1	2,4	*0,714*
Çekirdek aile dışında evde yaşayanlar	Yok	38	84,4	34	81,0	
	Var	7	15,6	8	19,0	*0,667*
Aile apartmanı	Hayır Evet	30	66,7	33	78,6	
		15	33,3	9	21,4	*0,214*

Pearson Chi-Square Test

Ailelerin aylık net geliri kontrol grubunda dermatolojik hastalığı olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0,01) (tablo 17)

Tablo 17. Ailelerin aylık net gelirleri

	Çalışma		Kontrol		
Aylık net gelir					p değeri
	n	%	n	%	
750 tl'den az	2	4,4	1	2,4	
750-1500	4	8,9	5	11,9	
1500-2500	27	60,0	8	19,0	***0,001****
2500-5000	8	17,8	23	54,8	
5000 ve üzeri	4	8,9	5	11,9	

Pearson Chi-square Test

Dermatolojik hastalığı olanların %75,6'sı normal doğumla, %24,4'ü sezaryen doğum ile dünyaya gelmişti; 37 (%82,2) olgu zamanında (38-42 hafta), 8 (%17,7) olgu erken doğmuştu. Kontrol grubundaki olguların %52,4'ü normal, %47,6'sı sezaryen doğum ile dünyaya gelmişti; 35 (%83,3) olgu zamanında, 7 (%16,7) olgu erken doğmuştu. Sezaryen doğum kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$). Doğum zamanı ve doğum sonrası komplikasyon açısından her iki grup benzerdi (tablo 18).

Tablo 18. Grupların doğum öyküsü özellikleri

		Çalışma		Kontrol		p değeri
		n	%	n	%	
Doğum şekli	**Normal**	34	75,6	22	52,4	***0,024****
	Sezaryen	11	24,4	20	47,6	
Doğum zamanı	**Preterm**	8	17,7	7	16,7	*0,867*
	Term	37	82,2	35	83,3	
Doğum sonrası komplikasyon	**Hayır**	38	84,4	34	81,0	*0,667*
	Evet	7	15,6	8	19,0	

Pearson Chi-Square Test

Ailede psikiyatrik hastalık, tıbbi hastalık ve deri hastalığı öyküsü açısından her iki grup benzerdi ($p>0,05$) (tablo 19).

Tablo 19. Ailede psikiyatrik hastalık, tıbbi hastalık ve deri hastalığı öyküsü özellikleri

		Çalışma		Kontrol		
		n	%	n	%	p değeri
Ailede psikiyatrik hastalık	**yok**	34	75,6	30	71,4	*0,663*
	var	11	24,4	12	28,6	
Ailede tıbbi hastalık	**yok**	29	64,4	29	69,0	*0,649*
	var	16	35,6	13	31,0	

Ailede dermatolojik hastalık	**yok**	25	55,6	28	66,7	*0,289*
	var	20	44,4	14	33,3	

Pearson Chi-Square Test

4.2. Klinik Değerlendirme ve Testlerden Elde Edilen Veriler

4.2.1. Grupların psikiyatrik durumları

Kronik dermatolojik rahatsızlığı bulunan olguların %60'ına en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği tespit edildi. Kontrol grubunda bu oran %16,7 idi. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi ($p<0,001$). Olguların %26,7'sinin DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu), %15,6'sının M. Depresif bozukluk, %13,3'ünün Sosyal Anksiyete bozukluğu (SAB), %13,3'ünün Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), %8,9'unun Özgül fobi, %8,9'unun OKB, %6,7'sinin EN (Enürezis Nokturna), %4,4'ünün Tik bozukluğu, %2,2'sinin Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanılarına sahip olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise en sık rastlanan psikiyatrik tanılar sırasıyla DEHB (%11,9), SAB (%7,1), YAB (%4,8), M. depresif bozukluk (%2,4), Özgül fobi (%2,4) idi (Tablo 20).

Majör depresif bozukluk ve OKB tanıları dermatolojik hastalığı bulunanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$).

DEHB, EN, YAB, özgül fobi ve tik bozukluğu tanıları istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte dermatolojik rahatsızlığı bulunan olgularda daha sık görülmekteydi.

Tablo 20. Gruplara göre eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı

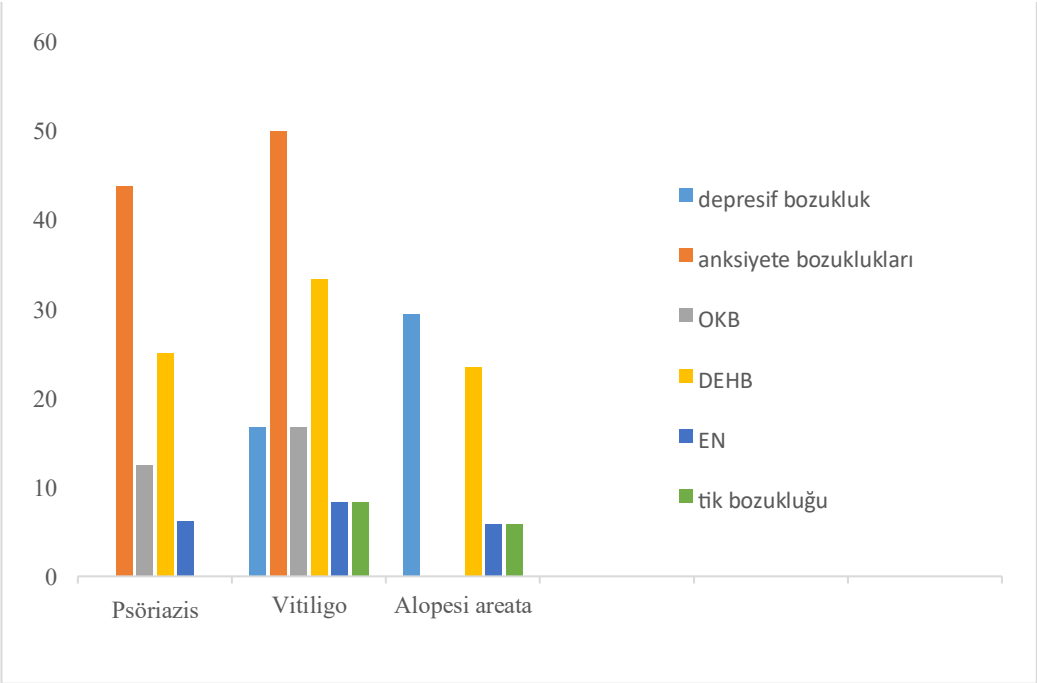
Psikiyatrik tanı		Çalışma		Kontrol		p değeri	n
		%	n	%			
Majör depresif	**yok**	38	84,4	41	97,6		
						0,034*	**bozukluk var**
7 15,6 1 2,4							
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	**yok var**	44 1	97,8 2,2	42 0	100 0	*0,331*	
Sosyal anksiyete bozukluğu	**yok var**	39 6	86,7 13,3	39 3	92,9 7,1	*0,343*	
Özgül fobi	**yok var**	41 4	91,1 8,9	41 1	97,6 2,4	*0,192*	
Yaygın anksiyete bozukluğu	**yok var**	39 6	86,7 13,3	40 2	95,2 4,8	*0,167*	
Obsesif-kompulsif bozukluk	**yok var**	41 4	91,1 8,9	42 0	100 0	***0,048****	
Enürezis nokturna	**yok var**	42 3	93,3 6,7	42 0	100 0	*0,089*	
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu	**yok var**	33 12	73,3 26,7	37 5	88,1 11,9	***0,083***	
Tik bozukluğu	**yok var**	43 2	95,6 4,4	42 0	100 0	*0,167*	

Çalışma grubundaki olgular dermatolojik hastalık tanılarına göre sınıflandırıldıktan sonra eşlik eden psikiyatrik bozukluklar tablo 18'de sunulmuştur. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Özgül Fobi ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanıları Anksiyete Bozuklukları başlığı altında toplanmıştır (tablo 21).

Tablo 21. Dermatolojik hastalık tanılarına göre eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı

	Psöriazis		Vitiligo		Alopesi areata	
	n	%	n	%	n	%
M. Depresif bozukluk	0	0,0	2	16,7	5	29,4
Anksiyete bozukluğu	7	43,8	6	50	0	0
Obsesif kompulsif bozukluk	2	12,5	2	16,7	0	0
Enürezis nokturna	1	6,2	1	8,3	1	5,9
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu	4	25	4	33,3	4	23,5
Tik bozukluğu	0	0,0	1	8,3	1	5,9

Olgular dermatolojik hastalıklarına göre gruplandırıldığında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yüzde dağılımları şekil 2'de sunulmuştur.



Şekil 2. Olgular dermatolojik hastalıklarına göre sınıflandırıldığında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı

4.2.2. Grupların ders başarı durumu ve WISC-R testinden aldıkları puanların değerlendirilmesi

Çalışma grubundaki olguların akademik başarı düzeyi incelendiğinde olguların ders başarı notunun %20'sinde "2-3 arası", %26,7'sinde "3-4 arası", %53,3'ünde "4-5 arası" olarak; kontrol grubundaki olguların ise %2,4'ünde "2-3 arası" , %4,8'inde "3-4 arası", %92,9'unda "4-5 arası" olarak belirlenmiştir (Tablo 22). Ders başarı notları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 22. Grupların ders başarı durumlarının değerlendirilmesi

		Çalışma		Kontrol		p değeri
		n	%	n	%	
Ders başarı düzeyi	2-3	9	90	1	10	*<0,001*
	3-4	12	85,7	2	14,3	
	4-5	24	38,1	39	61,9	

Pearson Chi-square Test

Dermatolojik rahatsızlığı olan olgularda WISC-R sözel puanı ortalaması 85,44±14,06, performans puan ortalaması 97,81±13,59, total puan ortalaması 90,58±12,69 saptandı. Kontrol grubunda ise olguların WISC-R sözel puanı ortalaması 96,07±17,27, performans puanı ortalaması 106,29±18,27, total puan ortalaması 102,74±14,31 idi.

Kontrol grubundaki olguların sözel, performans ve total WISC-R puanları dermatolojik hastalığa sahip olgularınkine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p< 0,05) (tablo 23).

Tablo 23. Grupların WISC-R testi puanlarının değerlendirilmesi

	Çalışma		Kontrol		
	ort±ss	**Medyan (min-maks)**	**ort±ss**	**Medyan (min-maks)**	**t ve p değerleri**
WISC-R Sözel	86±13	90 (56-111)	98±12	97 (80-130)	*t=-4,172*[a] ***p=0,000****
WISC-R Perf.	98±13	96 (72-126)	106±18	112 (72-132)	*t=-2,114*[a] ***p=0,038****
WISC-R Total	91±12	91 (72-118)	102±14	106 (81-126)	*z=-2,455* ***p=0,014****

[a] *Gruplar arası bağımsız t testi* [b] *Mann-Whitney U Test*

4.2.3. Olguların ebeveynlerinin psikiyatrik belirti düzeyi

Ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyini belirlemek amacıyla anne ve ya babalardan biri tarafından doldurulan SCL-90 R ölçeği kullanılmıştır. Dermatolojik hastalığı olan olguların ebeveynlerinin psikiyatrik belirti ölçeğinde en yüksek puanın alındığı alt ölçekler sırasıyla depresyon (%47,2), kişiler arası duyarlılık (%47,7), obsesyon (%45,5), somatizasyon (%45,5), paranoid (%43,2), ek puan (%43,2), genel semptom (%38,6), öfke (%34,1), anksiyete (%22,7), psikotik (%18,2) ve fobik (%15,9) idi. Dermatolojik hastalığı olanların ebeveynlerinde paranoid, öfke, ek puan ve genel semptom alt ölçekleri kontrol grubundakilerin ebeveynlerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,05) (tablo 24).

Tablo 24. Grupların ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyleri açısından karşılaştırılmasına ilişkin değerlendirme

Psikiyatrik belirti	Çalışma ort±ss	Çalışma Medyan (minmaks)	Kontrol - ort±ss	Kontrol Medyan (min-maks)	p
Somatizasyon	1,02±0,78	0,83 (0-3,16)	0,87±0,69	0,83 (0,08-3,00)	*0,457*
Anksiyete	0,67±0,72	0,40 (0-2,70)	0,56±0,42	0,45 (0,10-1,80)	*0,675*
Obsesyon	1,00±0,80	0,70 (0-3,10)	0,93±0,61	0,80 (0-2,70)	*0,873*
Depresyon	0,95±0,82	0,80 (0-3,84)	0,81±0,61	0,80 (0-2,76)	*0,619*
Kişilerarası duyarlılık	1,03±1,01	0,66 (0-3,77)	0,66±0,54	0,55 (0,11-2,33)	*0,379*
Psikotik	0,42±0,59	0,20 (0-2,30)	0,40±0,45	0,20 (0-2,00)	*0,471*
Paranoid	0,99±0,95	0,66 (0-3,33)	0,76±0,55	0,74 (0-2,50)	*0,767*
Öfke	0,86±0,95	0,50 (0-3,83)	0,58±0,65	0,33 (0-2,83)	*0,236*
Fobik	0,46±0,73	0,14 (0-3,71)	0,20±0,45	0,00 (0-2,28)	***0,008****
Ek puan	0,92±0,79	0,71 (0-2,85)	0,64±0,53	0,57 (0-2,28)	*0,181*
Genel belirti	0,84±0,70	0,60 (0-2,76)	0,66±0,47	0,59 (0,08-2,28)	*0,585*

Bağımsız gruplar t testi

4.3. Ebeveyn Öz Bildirimine Dayalı Ölçeklerden Elde Edilen Veriler

4.3.1. COPE alt testleri

COPE ölçeğinin pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, soruna odaklanma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı,

madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma olmak üzere 15 alt ölçeği mevcuttur. Her biri ayrı bir başa çıkma tutumunun değerlendirilmesini sağlayan alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı vermektedir.

Baş etme ölçeğinin alt test puanlarının gruplar arasındaki dağılımı incelendiğinde kronik dermatolojik hastalığa sahip olguların dini başa çıkma ve inkar puanlarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi ($p<0,05$) (tablo 25).

On beş alt ölçek "Sorun odaklı başa çıkma", "Duygu odaklı başa çıkma", "İşlevsel olmayan başa çıkma" ve "Olumlu başa çıkma" olmak üzere dört grupta toplanıp değerlendirme yapıldığında gruplar arasında önemli derecede farklılık olmadığı gözlendi (tablo 26).

Tablo 25. Baş etme ölçeği alt test puanlarının gruplara göre dağılımı

COPE	Çalışma		Kontrol		p ve z değeri
	ort±ss	Medyan (min-maks)	ort±ss	Medyan (min-maks)	
Aktif başa çıkma	12,57±2,35	13 (7-16)	12,95±1,87	12 (10-16)	*p=0,691 z=-0,398*
Geri durma	10,55±2,53	10 (5-16)	10,11±2,54	10 (4-15)	*p=0,589 z=-0,541*
Plan yapma	11,98±2,56	12 (7-16)	12,95±2,02	13 (8-16)	*p=0,066 z=-1,838*
Yararlı sosyal destek kullanımı	11,82±3,33	12 (4-16)	11,95±2,86	12 (6-16)	*p=0,916 z=-0,105*
Diğer meşguliyetleri bastırma	10,86±2,64	11 (5-16)	10,78±2,28	10 (6-16)	*p=0,947 z=-0,067*
Pozitif yeniden yorumlama	13,50±2,64	10 (6-16)	13,54±1,42	14 (9-16)	*p=0,272 z=-1,099*
Dini başa çıkma	14,43±2,32	15 (7-16)	13,22±2,52	14 (8-16)	***p=0,008**** *z=-2,635*
Şakaya vurma	11,45±2,93	11 (5-16)	11,81±2,20	12 (7-16)	*p=0,609 z=-0,511*
Duygusal sosyal destek kullanımı	10,98±3,09	11,50 (5-16)	11,24±2,46	11 (6-16)	*p=0,723 z=-0,354*
Kabullenme	10,34±2,54	10 (5-16)	10,11±2,78	9 (6-15)	*p=0,626 z=-0,487*
Davranışsal olarak boş verme	6,64±2,75	5,50 (4-13)	7,51±4,04	7 (4-26)	*p=0,407 z=-0,830*
Madde kullanımı	4,80±1,94	4 (4-12)	4,59±1,64	4 (4-11)	*p=0,573 z=-0,564*
İnkar	7,34±2,82	8 (4-14)	6,19±2,60	5 (4-13)	***p=0,046**** *z=-1,993*
Zihinsel boş verme	8,89±2,38	9 (4-14)	8,78±2,05	9 (5-13)	*p=0,950 z=-0,062*
Soruna odaklanma	11,45±2,93	11 (5-16)	11,81±2,20	12 (7-16)	*p=0,609 z=-0,511*

Mann-Whitney U Test

Tablo 26. COPE ölçeği 4 alt testinden alınan puanların gruplara göre dağılımı

	Çalışma		Kontrol		p ve t değeri
	ort±ss	Medyan (min-maks)	ort±ss	Medyan (min-maks)	
Sorun odaklı	57,75±9,6	58 (32-80)	58,73±7,9	58 (40-73)	*p=0,625 t=-0,491*
Duygu odaklı	55,75±7,8	57 (39-76)	54,97±7,6	54 (40-72)	*p=0,655 t=0,449*
İşlevsel olmayan	38,73±7,5	37 (24-54)	38,89±7,5	38 (24-59)	*p=0,923 t=-0,098*
Olumlu	113,50±15,4	114 (71-152)	113,70±13,3	114(91-144)	*p=0,950 t=-0,062*

Bağımsız gruplar t testi

Çalışma grubundaki olgular dermatolojik hastalıklarına göre sınıflandırıldıktan sonra COPE alt ölçeklerinin değerlendirilmesi yapıldığında alınan puanların benzer olduğu gözlendi (tablo 27).

Tablo 27. COPE ölçeği 4 alt testinden alınan puanların deri hastalık gruplarına göre dağılımı

	Psöriazis	Vitiligo	Alopesi areata
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Sorun odaklı	58,8±10,6	56,3±8,7	57,8±9,8
Duygu odaklı	56,8±8,1	53,0±6,3	56,7±8,4
İşlevsel olmayan	38,8±7,2	37,5±7,1	39,4±8,4

Olumlu	115,6±15,5	109,3±13,5	114,5±16,9

4.3.2. Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ)

ADÖ, ailenin işlevselliğini problem çözme (PRÇ), iletişim (İLT), roller (ROL), duygusal tepki verebilme (DTV), gereken ilgiyi gösterme (GİG), davranış kontrolü (DVK) ve genel fonksiyonlar (Gİ) adı altında 7 alt ölçek ile değerlendirir. Yüksek puanlar, sağlıklı olmayan aile işlevleri ile ilişkili bulunmuş; teorik olarak, 2 puan sağlıklı ve sağlıksız işlevler için kesim değeri olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerden alınan puanlar dışında; toplam puan üzerinden bir değerlendirme yapılamamaktadır.

Çalışma grubu (n=40) için PRÇ alt ölçeğinin puan ortalaması 1,83±0,60; medyan (min-max) 1,66 (1,00-1,33); kontrol grubunda (n=37) PRÇ alt ölçeğinin puan ortalaması 1,81±0,52; medyan (min-max) 1,66 (1,00-3,33);

Çalışma grubu (n=40) için İLT alt ölçeğinin puan ortalaması 1,87±0,49; medyan (min - max) 1,88 (1,00 – 3,11); kontrol grubunda (n=37) İLT alt ölçeğinin puan ortalaması 1,69±0,50; medyan (min - max) 1,66 (1,00 – 2,77);

Çalışma grubu (n=40) için ROL alt ölçeğinin puan ortalaması 2,08±0,46; medyan (min-max) 2,04 (1,27-2,90); kontrol grubunda (n=37) ROL alt ölçeğinin puan ortalaması 2,03±0,41; medyan (min-max) 2,09 (1,36-3,09);

Çalışma grubu (n=40) için DTV alt ölçeğinin puan ortalaması 1,67±0,55; medyan (min-max) 1,50 (1,00-3,16); kontrol grubunda (n=37) DTV alt ölçeğinin puan ortalaması 1,59±0,60; medyan (min-max) 1,50 (1,00-3,16);

Çalışma grubu (n=40) için GİG alt ölçeğinin puan ortalaması 2,47±0,52; medyan (min-max) 2,42 (1,71-3,71); kontrol grubunda (n=37) GİG alt ölçeğinin puan ortalaması 2,30±0,41; medyan (min-max) 2,14 (1,85-3,28);

Çalışma grubu (n=40) için DK alt ölçeğinin puan ortalaması 2,19±0,31; medyan (min-max) 2,11 (1,66-2,88); kontrol grubunda (n=37) DK alt ölçeğinin puan ortalaması 2,07±0,30; medyan (min-max) 2,11 (1,44-2,77);

Çalışma grubu (n=40) için Gİ alt ölçeğinin puan ortalaması 1,70±0,59; medyan (min-max) 1,50 (1,00-3,16); kontrol grubunda (n=37) Gİ alt ölçeğinin puan ortalaması 1,69±0,52; medyan (min-max) 1,66 (1,00-3,00) idi.

ADÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (tablo 28).

Tablo 28. ADÖ alt ölçeklerinden alınan puanların dağılımı

	Çalışma	Kontrol	*p değeri*
	ort±ss	ort±ss	
Problem çözme	1,83±0,60	1,81±0,52	0,914
İletişim	1,87±0,49	1,69±0,50	0,115
Roller	2,08±0,46	2,03±0,41	0,606
Duygusal tepki verebilme	1,67±0,55	1,59±0,60	0,311
Gereken ilgiyi gösterme	2,47±0,52	2,30±0,41	0,136
Davranış kontrolü	2,19±0,31	2,07±0,30	0,147
Genel işlevler	1,70±0,59	1,69±0,52	0,810

Mann-Whitney U test

Kronik dermatolojik hastalık tanısı olan ve olmayan ailelerde her bir alt ölçek için sağlıklı ve sağlıksız şeklinde kategorik değerlendirme yapıldığında çalışma grubu ile kontrol grubu arasında "İletişim" alt boyutu açısından istatistiksel anlamlılığa yakın düzeyde fark mevcuttu (p=0,052) (tablo 29).

Tablo 29. Çalışma ve kontrol gruplarında ADÖ alt ölçeklerinin kategorik değerlendirilmesi

		Çalışma		Kontrol		p değeri
Aile Değerlendirme Ölçeği		**n**	**%**	**n**	**%**	
Problem çözme	**sağlıksız**	18	41,9	13	35,1	*0,538*
	sağlıklı	25	58,1	24	64,9	
İletişim	**sağlıksız**	22	51,2	11	29,7	0,052*
	sağlıklı	21	48,8	26	70,3	
Roller	**sağlıksız**	22	51,2	20	54,1	*0,796*
	sağlıklı	21	48,8	17	45,9	
Duygusal tepki verebilme	**sağlıksız**	15	34,9	10	27,0	*0,450*
	sağlıklı	28	65,1	27	73,0	
Gereken ilgiyi gösterme	**sağlıksız**	37	86	31	83,8	*0,777*
	sağlıklı	6	14	6	16,2	
Davranış kontrolü	**sağlıksız**	32	74,4	24	64,9	*0,353*
	sağlıklı	11	25,6	13	35,1	
Genel işlevler	**Sağlıksız**	13	30,2	12	32,4	0.832
	sağlıklı	30	69,8	25	67,6	

Pearson Chi-Square Test

4.4. Öz Bildirime Dayalı Ölçeklerden Elde Edilen Veriler

4.4.1. KIDCOPE ve alt testleri

Çocuk ve ergenlerin kullandığı başa çıkma yollarını değerlendirmek amacıyla sıkça yararlanılan 15 maddelik bu ölçekten alınan puanlar "pozitif başa çıkma", "öfke ve suçlama" ve "kaçınma" olmak üzere 3 alt grupta toplanmaktadır.

Çalışma grubu (n=) için pozitif başa çıkma alt ölçeğinin puan ortalaması 9,88±3,29; medyan (min-max) 11 (3-15); kontrol grubunda (n=) pozitif başa çıkma alt ölçeğinin puan ortalaması 10,11±2,87; medyan (min-max) 10 (3-16);

Çalışma grubu için öfke-suçlama alt ölçeğinin puan ortalaması 2,57±2,01; medyan (min-max) 1 (0-4); kontrol grubunda (n=) öfke-suçlama alt ölçeğinin puan ortalaması 2,57±1,65; medyan (min-max) 1 (0-3);

Çalışma grubu için kaçınma alt ölçeğinin puan ortalaması 1,33±1,14; medyan (min-max) 1 (0-4); kontrol grubunda (n=) kaçınma alt ölçeğinin puan ortalaması 1,32±0,97; medyan (min-max) 1 (0-3) idi.

Kronik dermatolojik hastalığa sahip olan olgular ve sağlıklı kontroller arasında Çocukta baş etme ölçeği alt test puan ortalamaları açısından belirgin farklılık yoktu (p>0,05) (tablo 30).

Tablo 30. Çocukta baş etme ölçeği alt test puanlarının gruplara göre dağılımı

KIDCOPE	Çalışma		Kontrol		Kontrol p, t ve z değeri
	ort±ss	Medyan (min-max)	ort±ss	Medyan (min-max)	
Pozitif başa çıkma	9,88±3,29	11 (3-15)	10,11±2,87	10 (3-16)	*p=0,746[a] t=-0,325*

Öfkesuçlama	2,57±2,01	1 (0-4)	2,57±1,65	1 (0-3)	*p=0,993[a] t=-0,009*
Kaçınma	1,33±1,14	1 (0-4)	1,32±0,97	1 (0-3)	*p=0,887[b] z=-0,143*

[a] *Gruplar arası bağımsız t testi* [b] *Mann-Whitney U Test*

4.4.2. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKİ)

Kronik dermatolojik hastalığa sahip çocuk ve ergenler tarafından doldurulan on soruluk bu ölçekten toplam 0 ile 30 arasında bir puan alınabilmektedir. Alınacak yüksek skorlar yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin daha şiddetli olduğunu göstermektedir.

Olguların ÇDYKİ ölçeği puanları psöriazis olgularında 1 ile 23 arasında olup ortalama 7,8±6,8; vitiligo olgularında 0 ile 13 arasında olup ortalama 3,9±4,3; alopesi areata olgularında 0 ile 16 arasında olup ortalama 7,8±4,7 idi (tablo 31).

Tablo 31. ÇDYKİ ölçeği puan ortalamalarının deri hastalıklarına göre dağılımı

	Çalışma grubu					
	Psöriazis		**Vitiligo**		**Alopesi areata**	
	ort±ss	**(min-maks)**	**ort±ss**	**(min-maks)**	**ort±ss**	**(min-maks)**
ÇDYKİ	7,8±6,8	1-23	3,9±4,3	0-13	7,8±4,7	0-16

4.5. İlişkisellik analizleri

4.5.1. ÇDYKİ puanı ile ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi

Dermatolojik tanısı bulunan çocuk ve ergenlerin bildirdiği ÇDYKİ ölçeği toplam puanı ile hastalık süresi arasındaki ilişki her üç hastalık için ayrı ayrı incelendiğinde; Alopesi

areata tanılı çocuk ve ergenlerin bildirdiği ÇDYKİ ölçeği toplam puanı ile olguların hastalık süreleri arasında negatif yönde kuvvetli korelasyon saptandı (r=0,771, p<0,01). Diğer dermatolojik tanılar için anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi (tablo 32).

Tablo 32. Hastalıklara göre ÇDYKİ toplam puanı ile hastalık süresi arasındaki ilişki

	ÇDYKİ					
	Psöriazis		**Vitiligo**		**Alopesi areata**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Hastalık süresi	0,336	0,221	-0,468	0,125	**-0,771**	**0,001****

Pearson's korelasyon test ***p<0,01*

ÇDYKİ ölçeği toplam puanı ile ebeveynler tarafından doldurulan ADÖ alt test puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ADÖ'de Roller (ROL) alt başlığından alınan puanlar ile ÇDYKİ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon (r=0,367) tespit edildi. Diğer alt testlerden alınan puanlar ile anlamlı korelasyon saptanmadı (tablo 33).

Tablo 33. ÇDYKİ toplam puanı ile ADÖ alt test puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	ÇDYKİ toplam	
Problem çözme	**r**	**p**

	0,206	0,214
İletişim	0,038	0,820
Roller	**0,367**	***0,023****
Duygusal tepki verebilme	0,004	0,980
Gereken ilgiyi gösterme	0,174	0,295
Davranış kontrolü	-0,034	0,839
Genel işlevler	0,184	0,269

Pearson's korelasyon test **p<0,05*

ÇDYKİ toplam puanı ile ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; SCL-90 R'nin tüm alt ölçeklerinden alınan puanlar ile ÇDYKİ toplam puanı arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon tespit edildi (tablo 34).

Tablo 34. ÇDYKİ toplam puanı ile ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	ÇDYKİ toplam	
	r	**p**
Somatizasyon	***0,810***	***<0,001*****
Obsesyon	***0,817***	***<0,001*****
Depresyon	***0,820***	***<0,001*****
Kişiler arası duyarlılık	***0,741***	***<0,001*****
Psikotik	***0,739***	***<0,001*****

Paranoid	***0,657***	***<0,001*****
Öfke	***0,846***	***<0,001*****
Fobik	***0,674***	***<0,001*****
Ek puan	***0784***	***<0,001*****
Genel semptom	***0,909***	***<0,001*****

Pearson's korelasyon test ***p<0,01*

Dermatolojik hastalık tanısı olanların bulunduğu çalışma grubundaki çocuk ve ergenler tarafından bildirilen ÇDYKİ ölçeğinden alınan toplam puanlar ile KİDCOPE alt testlerinden alınan puanlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; erkek cinsiyet için ÇDYKİ toplam puanı ile KİDCOPE öfke-suçlama alt test puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon (r=0,485) saptandı (tablo 35) .

Tablo 35. Cinsiyete göre ÇDYKİ toplam puanı ile KİDCOPE alt test puanları arasındaki ilişki

	kız		**erkek**	
	r	**p**	**r**	**p**
Pozitif	0,042	0,848	-0,395[a]	0,117
Öfke-suçlama	-0,176	0,421	**0,485[a]**	***0,048****
Kaçınma	0,182	0,407	-0,123[b]	0,637

[a]*Pearson's korelasyon test* **p<0,05* [b]*Spearman's korelasyon test*

4.5.2. Ebeveyn psikiyatrik belirti düzeyleri ile ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi

Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin psikiyatrik belirti düzeylerinin incelenmesine olanak veren SCL-90 ölçeği genel semptom alt boyutundan alınan puanlar ile ADÖ alt test puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; genel semptom düzeyleri ile ADÖ problem çözme, iletişim ve genel işlevler alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde kuvvetli korelasyon olduğu gözlendi (tablo 36)

Tablo 36. Ebeveynlerin genel belirti düzeyleri ile ADÖ alt test puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Genel belirti	
	r	**p**
Problem çözme	***0,542***	***0,001*****
İletişim	***0,597***	***0,000*****
Roller	0,307	0,087
Duygusal tepki verebilme	0,253	0,163
Gereken ilgiyi gösterme	0,164	0,370
Davranış kontrolü	0,007	0,970
Genel işlevler	***0,519***	***0,002*****

Pearson's korelasyon testi

4.6. Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik tanı varlığını yordayan etkenler lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Modele çocuğun öfke-suçlama tarzı baş etme yöntemini kullanması, aile işlevselliği "İletişim" ve "Genel işlevler" alt boyutları ve ebeveyn psikiyatrik genel belirti düzeyi alınmıştır. Oluşturduğumuz model sonucun %24-33'ünü açıklarken, "İletişim" ve "Öfke-suçlama" istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (tablo 37). Ailenin iletişim becerilerinde aksaklık bulunması (B=2,57) ve öfke-suçlama baş etme tarzının daha az kullanılması (B=-4,22) psikiyatrik hastalık varlığını yordayan faktörler olarak saptanmıştır.

Tablo 37. Psikiyatrik eş tanı varlığını etkileyen değişkenler (Lojistik Regresyon Analizi)

	B	OR	%95 Güven Aralığı	p değeri
Genel belirti	0,84	2,31	0,69-7,73	0,172
Öfke-suçlama	**-4,22**	**0,01**	**0,94-1,88**	**0,003**
Genel İşlevler	-1,48	0,22	0,04-1,21	0,08
İletişim	**2,57**	**13,17**	**2,12-81,63**	**0,006**

5. TARTIŞMA

Son yıllarda çeşitli deri hastalıklarının psikolojik etkileri ve hastalığa sahip bireylerin yaşam kaliteleri hakkındaki yayınlar giderek artmaktadır. Psöriazis, Vitiligo, Alopesi areata gibi dış görünümü önemli ölçüde bozabilen deri hastalıkları yüksek oranda çocukluk ve ergenlik döneminde başlamasına rağmen bu yaş grubunda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca aile işlevselliğinin psikiyatrik belirtiler ve baş etme becerileri ile ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda takip edilmekte olan Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata tanılı 9-18 yaşlarındaki 45 çocuk ve ergen ile herhangi bir dermatolojik hastalık tanısı bulunmayan 42 sağlıklı kontrolün sosyodemografik özellikleri, gelişim basamakları, zeka düzeyleri, ailelerinde deri hastalığı ve psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı ve yaşam kaliteleri değerlendirildi. Ayrıca gruplar eşlik eden psikiyatrik durumlar, baş etme biçimleri, ailede baş etme becerileri ve aile işlevsellikleri açılarından karşılaştırıldı. Elde edilen veriler yazın eşliğinde değerlendirildi.

Gruplar arasında yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Literatürdeki benzer çalışmalarda bu özelliklerin eşleştirildiği görülmektedir.

Her iki grupta da olguların yürümeye başladığı, ilk kelimelerini söylemeye başladığı ve tuvalet eğitimi aldığı ayların ortalaması hasta grubunda daha geç olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak cümle kurmaya başlama zamanı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erkendi.

Gruplar anne sütü alıp almama ve anne sütü alım süreleri açısından benzerdi.

Çalışma grubundaki olguların %35,6'sı Psöriazis, %26,7'si Vitiligo, %37,8'i ise Alopesi areata tanısına sahipti. Olguların yaklaşık %80'inde görünür alan tutulumu mevcuttu. Vitiligo hastalarının tümünde görünür alan tutulumu varken Alopesi areata hastalarında görünür alan tutulumunun oranı %88,2, Psöriazis hastalarında ise %64,3'tü. Dermatolojik hastalığa sahip bireylerde saptanan yüksek depresyon skorları, hatta kendine zarar verme düşüncelerinin özellikle hastalığın dış görünüşte yaptığı

değişikliğe bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu hastalıkların önemli bir kısmının beden algısı ve kendilik gelişimi için son derece öneme sahip olan çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkıyor olması nedeniyle psikolojik sonuçlar doğurması doğal gözükmektedir [29]. Benlik saygısında azalmanın kızlarda erkeklere oranla daha belirgin olduğu, kızların kendilik değerinin oluşmasında fiziksel görünüm ve çekiciliğe daha fazla atıf yaptıkları çalışmalarda göze çarpan bir bulgu olmaktadır [96, 126].

Olguların geçmiş tedavi öyküleri incelendiğinde; 45 olgunun 19'unun yalnızca topikal tedavi, 14'ünün fototerapi, 7'sinin sistemik tedavi ile birlikte fototerapi, 5'inin ise yalnızca sistemik tedavi aldığı tespit edildi. Yalnızca sistemik tedavi anların tümünü Alopesi areata hastaları oluştururken fototerapi ve sistemik tedaviyi birlikte kullananlar büyük oranda Psöriazis hastalarından meydana gelmekteydi. Olguların almakta olduğu tedaviler incelendiğinde 45 olgunun 15'inin fototerapi, 12'sinin topikal tedavi aldığı, 11'inin tedavi almadığı, 7'sinin ise sistemik tedavi aldığı görüldü. Fototerapi oranının yüksekliği çalışma hastalarının büyük çoğunluğunun güncel durumda Fototerapi Ünitesi'nde takip edilmekte olan olgulardan oluşmasıyla açıklanabilir.

Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata olgularının yaş ortalamaları (152±26 ay) ve hastalık süreleri benzerdi(5,42±3,34 yıl).

Psöriazis olgularının hastalık şiddetinin belirlenmesi amacıyla PASI skoru kullanılmış; buna göre olguların %61'i hafif, %39'u orta-şiddetli olarak nitelendirilmiştir. Alopesi areata hastalarının hastalık şiddeti SALT skoru kullanılarak belirlenmiş; buna göre hastaların %44,4'ünün SALT skoru >%50 olduğu saptanmıştır. Yalnızca sistemik tedavi alan olguların tümünün Alopesi areata hastalarından oluşması bu hastaların önemli bir kısmının hastalık şiddetinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Her iki grubun da ebeveynlerinin yaş ortalamaları benzerdi. İki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu.

Kontrol grubundaki anne ve babaların lise ve üniversite okuma oranları çalışma grubundakilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Her iki grup anne ve baba çalışma, ebeveynlerinin birliktelik, çekirdek aile dışında evde yaşayanlar ve aile apartmanında oturma durumları açısından benzer olsa da ailelerin aylık net geliri

kontrol grubunda dermatolojik hastalığı olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Dermatolojik hastalığı nedeniyle Marmara Üniversitesi'nde takip edilmekte olup çalışma grubuna dahil edilen hastaların İstanbul'un farklı bölgelerinde yaşayan ailelerin çocukları olması, bunun yanında kontrol grubuna dahil edilen çocuklar ve ailelerinin hastaneye yakın tek bir okuldan seçilmesi iki grup arasındaki sosyoekonomik farklılığın nedeni olabilir.

Olguların doğum öyküsü özellikleri incelendiğinde sezaryen doğum oranının kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlendi. Doğum zamanı ve doğum sonrası komplikasyon açısından her iki grup benzerdi. Sezaryen doğumun daha çok tercih edilmesinin de aileler arasındaki sosyokültürel farklılıktan kaynaklandığı varsayılabilir.

Ailede psikiyatrik hastalık ve tıbbi hastalık öyküsü açısından her iki grup benzerdi. Ailede deri hastalığı öyküsüne çalışma grubunda kontrollere kıyasla daha fazla rastlanmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu bulgu ülkemizde 2002 yılında Aydemir tarafından yapılmış; psöriazisli hastaların yakınlarında psöriazis olmayanlara göre on kata yakın anlamlı bir psoriazis sıklığı bildiren çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmamıştır [127].

Kronik dermatolojik rahatsızlığı bulunan olguların %60'ına en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmekteydi. Deri hastalıkları ayrı ayrı değerlendirildiğinde eş zamanlı psikiyatrik hastalık görülme oranı; Alopesi areata'da %52,9, Psöriazis'te %56,3, Vitiligo'da %75 saptandı. Yazın bilgisi incelendiğinde; Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata hastalarına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile ilgili çalışmaların sonuçlarının oldukça geniş bir aralığı içerdikleri görülmektedir. Eşlik eden psikiyatrik durumun değerlendirilmesinde farklı yöntemlerin kullanılması, örneklemin ayaktan ve ya yatarak tedavi gören hastalardan oluşması bu farklılıkta rol oynayan etmenlerdendir. Dermatolojik hastalıkları nedeniyle takip edilmekte olup psikiyatriye konsülte edilen daha çok erişkin yaş grubu hastalar ile sıklıkla GHQ (Genel Sağlık Anketi) kullanılarak psikiyatrik değerlendirmenin yapıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların sonucunda ayaktan başvuran hastalara %30-40 oranında psikiyatrik bir bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır [128, 129]. Dermatolojik hastalıkların her biri için yazın bilgisi incelendiğinde; çocuk ve ergen hastalar ile ilgili yayınlar sınırlı olmakla birlikte erişkin

hastalarla yapılan çalışmalarda Psöriazis hastalarına %10-62 oranında psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği görülmektedir [58, 130]. Vitiligo hastalarında eş zamanlı olarak bir psikiyatrik bozukluğun bulunma oranı Hindistan'da yapılan bir çalışmanın sonucunda %25 [131]; ülkemizde polikliniğe başvurmuş erişkin Vitiligo tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ise % 45,6 saptanmıştır [132]. Ayrıca Psöriazis ve Vitiligo hastalıklarını karşılaştıran Hindistan'dan iki çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonucuna göre Psöriazis hastalarında %25-54; Vitiligo hastalarında %1634 oranında eş zamanlı psikiyatrik hastalığa rastlanmıştır [133, 134]. 2008 yılında yine Hindistan'da ve GSA kullanılarak yapılan Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata hastalarının karşılaştırıldığı çalışmanın sonucunda ise psikiyatrik eş hastalanma oranı Psöriazis'de %38, Vitiligo'da %34, Alopesi areata'da %36 saptanmıştır [135]. Çalışmamızda olduğu gibi psikiyatrik tanının yapılandırılmış görüşme ile saptandığı Alopesi areata tanısı olan 12 çocuk ve ergen ile yapılmış bir çalışmada ise olguların %78'inde yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı bildirilmiştir [136]. Yapılandırılmış görüşmenin kullanıldığı erişkin Alopesi areata hastalarında yapılan bir diğer çalışmada psikiyatrik bozukluk oranı %66 tespit edilmiştir [137]. Çalışmamızın sonuçlarının benzer yöntemin kullanıldığı diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

Olgular eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından incelendiğinde; majör depresif bozukluk ve OKB tanılarının dermatolojik hastalığı bulunanlarda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. DEHB ve anksiyete bozuklukları istatistiksel anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte diğer sık görülen bozukluklar arasındaydı. Dermatolojik hastalık grupları arasında saptanan ek psikiyatrik bozuklukların dağılımlarına bakıldığında; Psöriazis olgularında majör depresyon tanısına, Alopesi areata olgularında da anksiyete bozuklukları başlığı altındaki tanılardan herhangi birine rastlanmadığı; bunun yanında diğer tanıların hastalıklar arasında birbirine yakın oranda dağılım gösterdiği gözlendi. Çalışma grubu cinsiyet, çocuk-ergen ayrımı yapılarak karşılaştırıldığında ise eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından istatistiksel anlamlı sonuçlara rastlanmadı. Yazın bilgisinde bu üç hastalığı eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve yaşam kaliteleri açısından

karşılaştıran ancak erişkin hastalarla yapılan Hindistan'daki çalışmada; Depresif bozukluklar Psöriazis'lilerde %28, Vitiligo'lularda %22, AA'lılarda %14; Anksiyete bozuklukları Alopesi areata'lılarda %24, Vitiligo'lularda %12, Psöriazis'lilerde %10 oranında bulunmuştur [135]. Farklı dermatolojik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ile ilgili yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının ilk sıralarda yer aldığı göze çarpmaktadır [28, 96, 138, 139]. Bunun yanında hastaların anksiyete düzeylerinde sağlıklı kontrollere oranla anlamlı farklılığın saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur [61, 140]. Ghanizadeh ve ark.'nın 2008 yılına ait 12 Alopesi areata'lı çocuk hastayla yaptıkları çalışmalarında AA olgularına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar Majör depresyon ve OKB olarak saptanmıştır [136]. Bizim çalışmamızda OKB tanısı alan olgular Psöriazis ve Vitiligo hastalarından oluşmakla birlikte Psöriazis, Vitiligo, Alopesi areata ve OKB gibi etyolojilerinde otoimmün mekanizmaların rol oynadığı düşünülen hastalıkların ortak patofizyolojiye sahip olup olmadığının aydınlatılabilmesi için daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır. Alopesi areata'lı çocuklarla ilgili ülkemizde 2010 yılına ait 9-18 yaş çocukların eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirildiği uzmanlık tezi bulunmaktadır. Bu çalışmaya göre; Alopesi areata'lı hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrollerden farklılık göstermezken, depresyonun varlığı hastaların benlik algılarını, algıladıkları sosyal desteği ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.

Kontrol grubundaki olguların sözel, performans ve total WISC-R puanları dermatolojik hastalığa sahip olgularınkine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Ders notları açısından da gruplar arasında sağlıklı kontroller lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Ayrıca çalışma grubundaki olguların %52,4'ü hastalıkları nedeniyle okula devamsızlık sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Vitiligo hastalarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir gözden geçirme yazısında hastalığa sahip çocukların sıkça okula devam sorunu yaşadıklarından bahsedilmektedir [29]. Bu sonuçlarda çalışma grubundaki olguların önemli bir kısmının dermatolojik hastalıkları nedeniyle okul devamsızlığı sorunu yaşamaları ve kontrol grubundaki olguların eğitim ve gelir düzeyi daha yüksek ailelerin çocukları olup daha iyi eğitim alma olanağına sahip olmaları rol oynuyor olabilir.

Dermatolojik tanısı bulunan çocuk ve ergenlerin bildirdiği ÇDYKİ ölçeği yaşam kalitesindeki etkilenmeyi değerlendiren bir ölçek olup ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmeye işaret etmektedir. Çalışmamızda dermatolojik hastalıklar ayrı ayrı değerlendirildiğinde; ÇDYKİ puan ortalamalarının Psöriazis'lilerde 7,8±4,8, Vitiligo'lularda 3,9±4,3, Alopesi areata'lılarda 7,8±4,7 olduğu tespit edildi. Psöriazis ve Alopesi areata'yı da içine alan çeşitli dermatolojik hastalık tanıları olan 379 çocuk ve ergenin yaşam kalitelerinin diğer kronik hastalıklara sahip 161 çocuk ve ergen ile CDLQI (Children Dermatology Life Quality Index) kullanılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada deri hastalıklarının yaşam süresini kısaltmamasına rağmen en az diğer kronik hastalıklar kadar yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Psöriazis'lilerde ölçekten alınan puan ortalaması (9,7±7,1) Alopesi areta'lılardan (6,7±6,3) daha yüksek bulunmuş, deri hastalıkları içinde en yüksek puanın Atopik dermatit (11,9±7,77) hastalarına ait olduğu gözlenmiştir [141].

ÇDYKİ toplam puanı ile hastalık süresi arasındaki ilişki her üç hastalık için ayrı ayrı incelendiğinde; Alopesi areata tanılı çocuk ve ergenlerin bildirdiği ÇDYKİ ölçeği toplam puanı ile olguların hastalık süreleri arasında negatif yönde kuvvetli korelasyon saptandı. Devrimci-Özgüven ve ark. 2000 yılında Psöriazis hastalarıyla yapılmış, hastalık süresi ile depresyon skorları arasında negatif yönde ilişkinin saptandığı çalışmalarının sonucunda hastalık süresinin uzamasıyla bireylerin hastalıklarıyla baş etme becerilerinin ve tedaviye uyumlarının artmış olabileceğini vurgulamışlardır [142]. Vitiligo'lu çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı ülkemizdeki tek çalışma olan Bilgiç ve ark.'nın çalışmasında da çocuklarda Vitiligo ile depresyon şiddeti arasında görülen anlamlı ilişkinin ergenlerde saptanmadığı belirtilmiştir [78].

ADÖ ebeveynler tarafından doldurulan, 6 alt testten meydana gelen bir ölçektir. Alt testlerden elde edilen yüksek puanlar aile işlevselliği açısından o boyutun sağlıksızlığına vurgu yapmaktadır. Çalışma grubunda ADÖ iletişim alt boyutundan alınan puanların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Psikososyal zorlanmalar karşısında her birey farklı ruhsal ve bedensel tepkiler gösterir. Bazı bedensel belirtiler zorlanmayı ifade eden sembolik anlatımlar

olabilir. Özellikle sözel anlatımda kısıtlılık olması, sıkıntıyı bedensel dille anlatmaya yöneltebilir [143]. Çalışmamızda da iletişim becerileri alanında zorluklar yaşayan ailelerde yetişme ile dermatolojik hastalığın bulunması arasında ilişkisellik gözlenmiştir.

Çalışma grubunda ÇDYKİ ölçeğinden alınan toplam puan ile ADÖ Roller alt ölçeği arasında tespit edilen pozitif yönde orta düzeyde korelasyon; dermatolojik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerindeki olumsuz etkilenmenin ailelerindeki bireylerin görev dağılımları ve sorumlulukların yerine getirilmesiyle ilgili işlev aksaklıklarından kaynaklandığı varsayılabilir.

Ebeveynlerin psikiyatrik belirti düzeyleri ile çalışma grubundaki çocukların yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelendiğinde; SCL-90 R'nin tüm alt ölçeklerinden alınan puanlar ile ÇDYKİ toplam puanı arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon tespit edildi. Benzer şekilde; Psöriazis, Vitiligo ve Atopik dermatit tanılı pediatrik yaş grubu hastaların yaşam kalitelerinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin araştırıldığı 2013 yılına ait çalışmada bakımverenin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile hastanın olumsuz yaşam kalitesi arasındaki anlamlı ilişki Vitiligo hastalarında gözlenmiştir [144].

Olguların baş etme becerileri KIDCOPE ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir. Yüksek puan alınan alt testler hangi başa çıkma tutumunun kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı vermektedir. Çalışma grubu ve sağlıklı kontrol grubu kullandıkları baş etme yöntemleri açısından benzerdi. Deri hastalıkları ayrı ayrı incelendiğinde de baş etme tutumları arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. KİDCOPE alt testlerinden alınan puanlar ile yaşam kalitesini değerlendiren ÇDYKİ ölçeği puanları arasındaki ilişki her iki cinsiyet için incelendiğinde; erkeklerin ÇDYKİ toplam puanı ile KİDCOPE öfke-suçlama alt test puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon (r=0,485) saptandı. Erkek çocuklarda dışavurum sorunlarının daha fazla görüldüğü, Çocuk psikiyatri polikliniklerine hiperaktivite, karşı gelme ve davranım sorunları nedeniyle başvuran olguların yüksek oranda erkeklerden oluştuğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki deri hastalığı olan erkek çocukların olumsuz yaşam

olayları karşısında kızlara oranla daha fazla öfkeli ve suçlayıcı tarzda baş etme davranışları göstermiş olması bu bakımdan şaşırtıcı değildir.

Ebeveynlerin kullandıkları baş etme yöntemleri COPE ölçeği ile değerlendirilmiştir. Yüksek puan alınan alt testler hangi başa çıkma tutumunun kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı vermektedir. Çalışma grubunda dini başa çıkma ve inkar mekanizmasının kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanırken diğer alt testler açısından iki grubun benzer olduğu gözlendi. Ebeveynin baş etme biçimi çocuğun ve ailenin hastalığa uyumunu etkilediğinden önemlidir. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinde baş etme becerilerinin psikiyatrik belirtiler ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada; annelerdeki davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı gibi maladaptif baş etme yöntemlerinin kullanımı hem çocukların hem de annelerin psikiyatrik belirti düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur [145]. Zihinsel engelli çocukların anneleriyle 2012 yılında ülkemizde yapılmış bir çalışmada engelli çocuğa sahip annelerin inkar mekanizmasını daha fazla kullandığı belirlenmiştir [146]. Yine ülkemizde 2008 yılında DEHB tanılı çocukların annelerinde kullanılan baş etme yollarının araştırıldığı bir çalışmada da inkar ve diğer meşguliyetleri bastırma mekanizmalarının daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir [147].

Çalışmamızda; dermatolojik hastalığı bulunan olgularda psikiyatrik hastalık birlikteliği durumunu yordayan etmenler; ailelerinde iletişim becerileri açısından aksaklık bulunması ve çocukların daha az öfke-suçlama tarzında baş etme yöntemini kullanması olarak bulunmuştur. Kronik hastalıklara ikincil olarak ortaya çıkan psikiyatrik durumlar bizim çalışmamız ve daha önce yapılan benzer çalışmaların sonuçlarında görüldüğü üzere sıklıkla depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi içedönük rahatsızlıklardır. Aynı grupta öfke-suçlama tarzında baş etme tutumlarının daha az sergilendiğinin gözlenmesi bu bakımdan beklenen bir bulgu olabilir.

6. SONUÇLAR

6.1. Kısıtlılıklar

Çalışma grubunda Psöriazis, Vitiligo ve Alopesia Areata tanılı hastaların özellikle grup karşılaştırmaları yapmak açısından sayıca az olması çalışmamızın bir kısıtlılığıdır. Birkaç farklı merkezden örneklem seçilerek sayı çoğaltılabilirdi.

Çalışmamızda kronik dermatolojik hastalığı bulunan grup Dermatoloji polikliniğine başvuran ve çoğunluğu Fototerapi Ünitesi'nde tedavi görmekte olan hastalardan seçilmiş olup kentin farklı bölgelerinde yaşayan topluluklardan meydana gelmekteyken kontrol grubu örneklemini hastaneye yakın iki okuldan seçilmiş öğrenciler oluşturmaktaydı. Sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklar kontrol grubunun dermatoloji dışındaki bir polikliniğe başvuran hastalar arasından seçilmesiyle aşılabilirdi.

Bir başka kısıtlılık çalışmamıza katılan olguların 9-18 yaşları arasında olmaları ve bu nedenle yaş grubu açısından da homojen bir dağılım sağlanamamış olmasıdır. Yine yaş aralığının geniş olması nedeniyle 16 yaş altındaki çocukların zeka düzeyleri WISC-R ile değerlendirilirken, 16 yaş üstündekilere Cattell zeka testi uygulanmıştır.

Aile işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ADÖ ölçeği 12 yaş ve üzeri aile bireyleri tarafından doldurulabildiğinden yalnızca ebeveynlerden birine verilmiştir. Çocukların algıladığı aile işlevselliğinin de değerlendirilebildiği ileride yapılacak çalışmalar ile daha doğru sonuçlara ulaşılabilir.

6.2. Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda 9-18 yaş arası Psöriazis, Vitiligo ve Alopesi areata tanılarına sahip çocuklar ve sağlıklı kontrollerin eşlik eden psikiyatrik hastalık durumları ile aile işlevselliği, baş etme becerileri, ebeveynin psikiyatrik durumu ve ebeveynin kullandığı

baş etme biçimi bileşenleri incelenmiş, elde edilen sonuçlar iki grup arasında karşılaştırılmıştır. Ayrıca psikiyatrik eş hastalık durumunu yordayan faktörler araştırılmıştır.

Çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla daha fazla psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği, ebeveyn psikiyatrik belirti düzeylerinin hastalığa bağlı yaşam kalitesi ve genel aile işlevselliği ile ilişkisellik gösterdiği saptanmıştır. Çalışmamızda kronik dermatolojik hastalığı bulunan olgulara psikiyatrik bozukluk eşlik etmesini yordayan faktörler ise ailenin iletişim becerileri alanında işlevselliğinin bozulmuş olması ve çocuğun daha az öfke-suçlama baş etme stilini kullanması olarak bulunmuştur. Tüm bulgular göz önünde bulundurulduğunda; daha önce yapılan benzer çalışmalarla da uyumlu olarak dermatolojik hastalığa sahip olguların psikopatolojisine hastalığın tipi, şiddeti, tutulum yeri gibi klinik göstergelerden çok çocuğun zekası, baş etme becerileri gibi bireysel faktörler ile aile işlevselliği, ebeveynin ruhsal durumu gibi çevresel etmenlerin katkıda bulunduğu sonucuna varılmıştır.

Kronik dermatolojik rahatsızlığı bulunan olgulara eşlik eden psikiyatrik durumların gözden kaçırılmaması, gerektiğinde eşlik eden psikiyatrik hastalığın tedavi edilmesinin hastanın dermatolojik hastalık tedavisine uyumu, hastalığın gidişatının iyi olması ve hastanın yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Ebeveynlerin ruhsal durum değerlendirmesi ve gerekirse psikolojik destek açısından psikiyatri hekimine yönlendirilmesi de son derece önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Özpoyraz, N. and L. Tamam, *Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları.* Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology, 2001. **11**(1): p. 46.

2. Mercan, S. and A. İK, *Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji.* Türk Psikiyatri Dergisi, 2006. **17**(4): p. 305-313.

3. Cotterill, J. and W. Cunliffe, *Suicide in dermatological patients.* British Journal of Dermatology, 1997. **137**(2): p. 246-250.

4. Cotterill, J.A., *Dermatologic nondisease.* Dermatologic clinics, 1996. **14**(3): p. 439-446.

5. Barankin, B. and J. DeKoven, *Psychosocial effect of common skin diseases.* Canadian Family Physician, 2002. **48**(4): p. 712-716.

6. Gupta, M.A. and A.K. Gupta, *Psychodermatology: an update.* J Am Acad Dermatol, 1996. **34**(6): p. 1030-46.

7. Koo, J.Y., J.H. Do, and C.S. Lee, *Psychodermatology.* Journal of the American Academy of Dermatology, 2000. **43**(5): p. 848-853.

8. Koo, J. and A. Lebwohl, *Psychodermatology: The Mind and Skin Connection.* American Family Physician, 2001. **64**(11).

9. Picardi, A. and D. Abeni, *Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth.* Psychotherapy and psychosomatics, 2001. **70**(3): p. 118136.

10. Picardi, A., et al., *Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata.* Psychosomatics, 2003. **44**(5): p. 374-381.

11. Picardi, A., et al., *Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo.* Psychotherapy and Psychosomatics, 2003. **72**(3): p. 150-158.

12. Naldi, L., et al., *Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case-control study.* Journal of the American Academy of Dermatology, 2001. **44**(3): p. 433-438.

13. Kocaman, N., *HASTALARIN PSİKOSOSYAL TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN*

FAKTÖRLER. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2008. **11**(1).

14. Sensky, T., *Causal attributions in physical illness.* Journal of Psychosomatic Research, 1997. **43**(6): p. 565-573.

15. Lloyd, G., *Psychological reactions in physically ill patients.* Handbook of studies on general hospital psychiatry. New York: Elsevier Science Publishers, 1991: p. 29-43.

16. Lipowski, Z.J., *Psychosocial reactions to physical illness*, in *Psychosomatic Medicine and Liaison Psychiatry*. 1985, Springer. p. 141-175.

17. Kılıç, A., et al., *Temperament and character profile of patients with psoriasis.* Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2008. **22**(5): p. 537-542.

18. Penley, J.A., J. Tomaka, and J.S. Wiebe, *The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review.* Journal of behavioral medicine, 2002. **25**(6): p. 551-603.

19. Tütüncüoğlu, C. and İ.K. Balkan, *Diyabetli Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevlerinin ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi.* Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 2013. **33**(1): p. 17-39.

20. Nagano, J., et al., *The parenting attitudes and the stress of mothers predict the asthmatic severity of their children: a prospective study.* BioPsychoSocial medicine, 2010. **4**(1): p. 1.

21. Mitchell, M.J., et al., *Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease.* Clinical pediatrics, 2007. **46**(4): p. 311-319.

22. Lewandowski, A.S., et al., *Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain.* The Journal of Pain, 2010. **11**(11): p. 1027-1038.

23. Sawyer, M.G., et al., *The relationship between the quality of life of children with asthma and family functioning.* Journal of Asthma, 2001. **38**(3): p. 279284.

24. Domonkos, A., *Pruritus, Cutaneous neuroses and Neurocutaneous dermatoses: In Anrews GC, Domonkos AN.* Andrew's Disease of the skin: clinical dermatology. 6th ed. Philadelphia: WB Sounders Co, 1971: p. 61-76.

25. Koblenzer, C.S., *Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologistpsychoanalyst's viewpoint.* Archives of dermatology, 1983. **119**(6): p. 501.

26. Moynihan, J., E. Rieder, and F. Tausk, *Psychoneuroimmunology: the example of psoriasis.* Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia, 2010. **145**(2): p. 221.

27. Gupta, M.A., *Somatization disorders in dermatology.* International review of Psychiatry, 2006. **18**(1): p. 41-47.

28. Russo, P.A., R. Ilchef, and A.J. Cooper, *Psychiatric morbidity in psoriasis: a review.* Australasian journal of dermatology, 2004. **45**(3): p. 155-161.

29. Parsad, D., S. Dogra, and A.J. Kanwar, *Quality of life in patients with vitiligo.* Health and quality of life outcomes, 2003. **1**(1): p. 1.

30. Gupta, M.A. and A.K. Gupta, *Psychodermatology: an update.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1996. **34**(6): p. 1030-1046.

31. Picardi, A., et al., *Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized.* British Journal of dermatology, 2000. **143**(5): p. 983-991.

32. Koblenzer, C.S., *Psychocutaneous disease*. 1987: Grune & Stratton, Incorporated.

33. Gupta, M.A., A.K. Gupta, and H.F. Haberman, *The self-inflicted dermatoses: a critical review.* General Hospital Psychiatry, 1987. **9**(1): p. 45-52.

34. Koo, J., *Psychodermatology: current concepts.* Kalamazoo, Mich: The Upjohn Company, 1989: p. 1-14.

35. Schneider, G. and U. Gieler, *Die Haut als Spiegel der Seele: Psychosomatische Dermatologie-aktueller Forschungsstand/Psychosomatic dermatology-State of the art.* Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2001. **47**(4): p. 307-331.

36. Gürer, M.A. and E. Adışen, *Psoriasis, Genel Bilgiler, Epidemiyoloji.* Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm, 2008. **42**.

37. Farber, E. and L. Nall, *Epidemiology: natural history and genetics.* BASIC AND CLINICAL DERMATOLOGY, 1998. **16**: p. 107-158.

38. Griffiths, C.E. and J.N. Barker, *Pathogenesis and clinical features of psoriasis.* The Lancet, 2007. **370**(9583): p. 263-271.

39. Augustin, M., et al., *Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children.* British Journal of Dermatology, 2010. **162**(3): p. 633-636.

40. Fan, X., et al., *Childhood psoriasis: a study of 277 patients from China.* Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2007. **21**(6): p. 762-765.

41. Seyhan, M., et al., *Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features.* Pediatrics International, 2006. **48**(6): p. 525-530.

42. Kumar, B., et al., *Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India.* International journal of dermatology, 2004. **43**(9): p. 654658.

43. Nanda, A., et al., *Childhood psoriasis: an epidemiologic survey of 112 patients.* Pediatric dermatology, 1990. **7**(1): p. 19-21.

44. Altobelli, E., et al., *Family history of psoriasis and age at disease onset in Italian patients with psoriasis.* British Journal of Dermatology, 2007. **156**(6): p. 1400-1401.

45. Henseler, T. and E. Christophers, *Disease concomitance in psoriasis.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1995. **32**(6): p. 982-986.

46. Leman, J. and D. Burden, *Psoriasis in children.* Paediatric drugs, 2001. **3**(9): p. 673-680.

47. Zachariae, R., et al., *Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers.* Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2004. **18**(1): p. 27-36.

48. Verhoeven, E., et al., *Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: a prospective study.* British Journal of Dermatology, 2009. **161**(2): p. 295-299.

49. Dubertret, L., et al., *European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey.* British Journal of Dermatology, 2006. **155**(4): p. 729-736.

50. Warren, R., C. Kleyn, and W. Gulliver, *Cumulative life course impairment in psoriasis: patient perception of disease-related impairment throughout the life course.* British Journal of Dermatology, 2011. **164**(s1): p. 1-14.

51. Krueger, G., et al., *The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey.* Archives of Dermatology, 2001. **137**(3): p. 280-284.

52. Kimball, A.B., et al., *The psychosocial burden of psoriasis.* American journal of clinical dermatology, 2005. **6**(6): p. 383-392.

53. Magin, P., et al., *Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: results of a qualitative study.* Scandinavian journal of caring sciences, 2008. **22**(3): p. 430-436.

54. Magin, P., *Appearance-related bullying and skin disorders.* Clinics in dermatology, 2013. **31**(1): p. 66-71.

55. Gupta, M. and A. Gupta, *Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis.* British Journal of Dermatology, 1998. **139**: p. 846-850.

56. Rapp, S.R., et al., *Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1999. **41**(3): p. 401-407.

57. Jowett, S. and T. Ryan, *Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions.* Social science & medicine, 1985. **20**(4): p. 425-429.

58. Richards, H.L., et al., *The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis.* Journal of psychosomatic research, 2001. **50**(1): p. 11-15.

59. Gupta, M.A., et al., *Suicidal ideation in psoriasis.* International journal of dermatology, 1993. **32**(3): p. 188-190.

60. Vidoni, D., et al., *Psoriasis and alexithymia.* Acta dermato-venereologica. Supplementum, 1988. **146**: p. 91-92.

61. Bilgic, A., et al., *Psychiatric Symptoms and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Psoriasis.* Pediatric dermatology, 2010. **27**(6): p. 614-617.

62. Kyriakis, K.P., et al., *Case detection rates of vitiligo by gender and age.* International journal of dermatology, 2009. **48**(3): p. 328-329.

63. Taïeb, A. and M. Picardo, *The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force.* Pigment Cell Research, 2007. **20**(1): p. 27-35.

64. Halder, R.M., *Childhood vitiligo.* Clinics in dermatology, 1997. **15**(6): p. 899906.

65. JAISANKAR, T.J., M.C. BARUAH, and B.R. GARG, *Vitiligo in children.* International journal of dermatology, 1992. **31**(9): p. 621-623.

66. Howitz, J., et al., *Prevalence of vitiligo: epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark.* Archives of dermatology, 1977. **113**(1): p. 47-52.

67. Puri, N., M. Mojamdar, and A. Ramaiah, *Growth defects of melanocytes in culture from vitiligo subjects are spontaneously corrected in vivo in repigmenting subjects and can be partially corrected by the addition of fibroblast-derived growth factors in vitro.* Archives of dermatological research, 1989. **281**(3): p. 178-184.

68. Alikhan, A., et al., *Vitiligo: a comprehensive overview: part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up.* Journal of the American Academy of Dermatology, 2011. **65**(3): p. 473-491.

69. Ortonne, J.-P. and T. Passeron, *Vitiligo and other disorders of hypopigmentation.* Dermatology, 2008. **1**: p. 947-73.

70. Taieb, A., et al., *Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus.* British Journal of Dermatology, 2013. **168**(1): p. 5-19.

71. Sampogna, F., et al., *Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions.* Psychosomatic medicine, 2004. **66**(4): p. 620-624.

72. Papadopoulos, L., R. Bor, and C. Legg, *Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy.* British Journal of Medical Psychology, 1999. **72**(3): p. 385-396.

73. Porter, J.R., et al., *The effect of vitiligo on sexual relationships.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1990. **22**(2): p. 221-222.

74. Kent, G. and M. AL-ABADIE, *Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers.* Clinical and experimental dermatology, 1996. **21**(5): p. 330-333.

75. Sampogna, F., et al., *Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo.* British Journal of Dermatology, 2008. **159**(2): p. 351-359.

76. Kent, G. and M. Al'Abadie, *Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1996. **35**(6): p. 895-898.

77. Ongenae, K., et al., *Psychosocial effects of vitiligo.* Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2006. **20**(1): p. 1-8.

78. Bilgiç, Ö., et al., *Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo.* Clinical and experimental dermatology, 2011. **36**(4): p. 360-365.

79. ALEXIS, A.F., R. DUDDA-SUBRAMANYA, and A.A. SINHA, *Alopecia areata: autoimmune basis of hair loss.* European journal of dermatology, 2004. **14**(6): p. 364-370.

80. Kakourou, T., K. Karachristou, and G. Chrousos, *A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and*

autoimmunity. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2007. **21**(3): p. 356-359.

81. Safavi, K.H., et al. *Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989*. in *Mayo Clinic Proceedings*. 1995. Elsevier.

82. Price, V.H., *Alopecia areata: clinical aspects.* Journal of investigative dermatology, 1991. **96**(5).

83. Madani, S. and J. Shapiro, *Alopecia areata update.* Journal of the American Academy of Dermatology, 2000. **42**(4): p. 549-566.

84. Green, J. and R.D. Sinclair, *Genetics of alopecia areata.* Australasian journal of dermatology, 2000. **41**(4): p. 213-218.

85. Randall, V.A., *Is alopecia areata an autoimmune disease?* The Lancet, 2001. **358**(9297): p. 1922-1924.

86. Garcia-Hernandez, M.J., et al., *No evidence of cytomegalovirus DNA in alopecia areata.* Journal of investigative dermatology, 1998. **110**(2): p. 193201.

87. Skinner, R.B., et al., *Alopecia areata and presence of cytomegalovirus DNA.* Jama, 1995. **273**(18): p. 1419-1420.

88. Güleç, A.T., et al., *The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life.* International journal of dermatology, 2004. **43**(5): p. 352-356.

89. Aktafl, E. and D. Aykol, *Alopesi Areatada Tedavi Yaklafl› mlar›.*

90. Tucker, P., *Bald is beautiful? The psychosocial impact of alopecia areata.* Journal of health psychology, 2009. **14**(1): p. 142-151.

91. Hunt, N. and S. McHale, *The psychological impact of alopecia.* PSYCHOLOGIST-LEICESTER-, 2007. **20**(6): p. 362.

92. Koo, J., *Psychodermatology: a practical manual for clinicians.* Current problems in dermatology, 1995. **7**(6): p. 204-232.

93. Yazici, A.C., A. Basterzi, and S. Tot Acar, *Alopesi Areata ve Aleksitimi.* Türk Psikiyatri Dergisi, 2006. **17**: p. 101-6.

94. Güleç, A.T., et al., *Alopesi areatada psikolojik faktörlerin rolü ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi.* Türkderm, 2002. **36**(3): p. 178-181.

95. Beard, H.O., *Social and psychological implications of alopecia areata.* Journal of the American Academy of Dermatology, 1986. **14**(4): p. 697-700.

96. Liakopoulou, M., et al., *Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(5): p. 678-684.

97. Sayın, Ö., *Aile sosyolojisi: ailenin toplumdaki yeri*. 1990: Ege Üniversitesi Basımevi.

98. Barker, P. and J. Chang, *Basic family therapy*. 2013: John Wiley & Sons.

99. Satı, D. and Ö. Bulantekin, *Hemşirelik Öğrencilerinde Akademik Başarı Düzeyi ile Aile İşlevselliği ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.* Journal of Psychiatric Nursing, 2011. **2**(1): p. 17-24.

100. Beavers, W.R. and R.B. Hampson, *Measuring family competence: The Beavers systems model.* 2003.

101. Bulut, I., *Aile değerlendirme ölçeği el kitabı.* Ankara: Özgüzeliş Matbaası, 1990: p. 6-8.

102. Epstein, N.B., et al., *The McMaster model: A view of healthy family functioning*. 2003: Guilford Press.

103. KALYENCİOĞLU, D. and Y. KUTLU, *Ergenlerin aile işlevi algılarına göre uyum düzeyleri.* İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (İÜ FN Hem. Der.), 2010. **18**(2): p. 56-62.

104. Herzer, M., et al., *Family functioning in the context of pediatric chronic conditions.* Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP, 2010. **31**(1): p. 26.

105. Grey, M., K. Knafl, and R. McCorkle, *A framework for the study of self-and family management of chronic conditions.* Nursing outlook, 2006. **54**(5): p. 278-286.

106. Folkman, S., *Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis.* Journal of personality and social psychology, 1984. **46**(4): p. 839.

107. Folkman, S., et al., *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms.* Journal of personality and social psychology, 1986. **50**(3): p. 571.

108. Lazarus, R.S., *Coping theory and research: past, present, and future.* Psychosomatic medicine, 1993. **55**(3): p. 234-247.

109. Lavigne, J.V. and J. Faier-Routman, *Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review.* Journal of Pediatric Psychology, 1992. **17**(2): p. 133-157. 110. Özkan, S., *Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser.* Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, S Özkan (Ed), İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ, 1993: p. 153-173.

111. Stuart, G. and S. Sundeen, *Alterations in self-concept*. 1991, Principles and practises of psychiatric nursing, St Louis: Mosby.

112. Raleigh, E. *Sources of hope in chronic illness*. in *Oncology nursing forum*. 1992.

113. Kaufman, J., et al., *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(7): p. 980-988.

114. Gökler, B., et al., *Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasinin Geçerlik ve Güvenirliği.* Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi, 2004.

115. Savaşır, I. and Ş.N.W.Ç.İ. Zeka, *Ölçeği (WISC-R) El Kitabı.* Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1995: p. 13-52.

116. Carver, C.S., M.F. Scheier, and J.K. Weintraub, *Assessing coping strategies: a theoretically based approach.* Journal of personality and social psychology, 1989. **56**(2): p. 267.

117. Ağargün, M.Y., et al., *COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. **6**(4): p. 221-6.

118. Dağ, I., *Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği.* Türk Psikiyatri Dergisi, 1991.

119. Öner, N., *Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı,[Psychological tests used in Turkey: A Reference Resource], 3*. Basım, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1997.

120. Dag, I., Ö. Aydemir, and E. Köroglu, *Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)[Symptom CheckList (DCL-90-R)].* Psikiyatride Kullanilan Klinik Ölçekler [Clinical measures used within psychiatry], 2000: p. 33-40.

121. Aydemir, Ö. and E. Köroğlu, *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 3'üncü baskı.* Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007: p. 346-53.

122. Spirito, A., L.J. Stark, and C. Williams, *Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations.* Journal of Pediatric Psychology, 1988. **13**(4): p. 555-574.

123. Ercan, S., *Relationship between psychological preparation, preoperative and postoperative anxiety, and coping strategies in children and adolescents undergoing surgery*. 2003, METU.

124. Bilaç, C., Ö. Bilaç, and S. Öztürkcan, *Çocuklarda dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesi.* Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm, 2014. **48**(2).

125. Balcı, D.D., Ö. Sangün, and T. İnandı, *Cross validation of the turkish version of children's dermatology life quality index.* J Turk Acad Dermatol, 2007. **1**(4): p. 71402a.

126. Rafique, R. and N. Hunt, *Experiences and coping behaviours of adolescents in Pakistan with alopecia areata: an interpretative phenomenological analysis.* International journal of qualitative studies on health and well-being, 2015. **10**.

127. Aydemir, E.H., et al., *Psoriasisde ailevi tutulum.* Türkderm, 2002. **36**: p. 1024.

128. Wessely, S.C. and G.H. Lewis, *The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic.* The British Journal of Psychiatry, 1989. **155**(5): p. 686-691.

129. Hughes, J., et al., *Psychiatric symptoms in dermatology patients.* The British Journal of Psychiatry, 1983. **143**(1): p. 51-54.

130. Esposito, M., et al., *An Italian study on psoriasis and depression.* Dermatology, 2006. **212**(2): p. 123-127.

131. Mattoo, S., et al., *Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India.* Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2002. **16**(6): p. 573-578.

132. Ürün, M., *Vitiligolu hastaların psikiyatrik muayene sonuçları.* 2011.

133. Mattoo, S.K., et al., *Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India.* The Journal of dermatology, 2001. **28**(8): p. 424-432.

134. Sharma, N., R.V. Koranne, and R.K. Singh, *Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study.* The Journal of dermatology, 2001. **28**(8): p. 419-423.

135. Saleh, H.M., et al., *Comparative study of psychiatric morbidity and quality of life in psoriasis, vitiligo and alopecia areata.* Egypt Dermatol Online J, 2008. **4**(1).

136. Ghanizadeh, A., *Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample.* International journal of dermatology, 2008. **47**(11): p. 1118-1120.

137. Ruiz-Doblado, S., A. Carrizosa, and M.J. García-Hernández, *Alopecia areata:*

psychiatric comorbidity and adjustment to illness. International journal of dermatology, 2003. **42**(6): p. 434-437.

138. Gupta, M.A. and A.K. Gupta, *Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders.* American journal of clinical dermatology, 2003. **4**(12): p. 833-842.

139. Connor, C.J., V. Liu, and J.G. Fiedorowicz, *Exploring the physiological link between psoriasis and mood disorders.* Dermatology research and practice, 2015. **2015**.

140. Paga, G., et al., *Psychological factors in alopecia areata.* New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 1992. **8**(2): p. 73-79.

141. Lewis-Jones, M., *A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases.* British Journal of Dermatology, 2006. **155**(1): p. 145-151.

142. Devrimci-Ozguven, H., et al., *The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients.* Journal of the European Academy of dermatology and venereology, 2000. **14**(4): p. 267-271.

143. ÜNAL, S., *Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002. **3**(1): p. 52-55.

144. Manzoni, A.P.D.d.S., et al., *Assessing depression and anxiety in the caregivers of pediatric patients with chronic skin disorders.* Anais brasileiros de dermatologia, 2013. **88**(6): p. 894-899.

145. Çöp, E., G.Ş. Dinç, and S.E.Ç. Kültür, *Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma.* Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2016.

146. Şengül, S. and H. Baykan, *Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları.* Kocatepe Tıp Dergisi, 2013. **14**(1).

147. Durukan, İ., et al., *DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008. **9**: p. 217-223.

Ek. 8.2. Okul Araştırma İzni

Ek. 8.3. Hasta Bilgilendirme Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Kronik dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde aile işlevsellik düzeylerinin eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve baş etme becerileri üzerine etkisinin incelenmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Çalışmanın amacı, Psöriazis, Vitiligo ve Alopesia Areata hastalarının birbirleriyle ve sağlıklı kontroller ile sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik durumları, baş etme becerileri ve aile işlevselliği bakımından karşılaştırılması ve aile işlevselliğinin hastaların eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve baş etme becerilerine etkisinin incelenmesidir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, sizden ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlar ile ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çocuğunuzun dikkat ve aşırı hareketlilik belirtileri varlığının değerlendirilmesi sağlanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. Didem Ayyıldız tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Didem Ayyıldız' a, Fevzi Çakmak Mah, Mimar Sinan Cad. No: 41 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefondan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı: İmzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

Ek. 8.4. Çocuk Hasta Onay Formu

ÇOCUK HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Kronik dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde aile işlevsellik düzeylerinin eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve baş etme becerileri üzerine etkisinin incelenmesi

Merhaba,

Cilt rahatsızlıkları bazen çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorunlara yol açabilir. Bu nedenle bu sorunların çocuk ve ergenler üzerine etkilerini değerlendirmek ve bu konuya dikkat çekmek istiyoruz.

Bunu yapabilmek için Dermatoloji polikliniklerine başvuran çocuk ve ergenlerle çalışmaya karar verdik.

Gönüllü isen ve bu çalışmaya katılmayı kabul edersen; seninle ve ebeveynlerinle görüşme yapılacak, sana bazı ölçekler ve testler uygulanacaktır. Ebeveynlerinin de seninle ilgili ölçekler doldurması istenecektir.

Bu çalışmanın sana ek bir zararı yoktur ancak uygulanacak ölçek ve yapılacak testler ortalama 1 saat zamanını alacaktır.

Bu çalışma sadece gönüllü olarak çalışmamıza katılmayı isteyenlerle gerçekleştirilecektir.

Bu çalışma ve seninle ilgili tüm bilgiler saklı tutulacaktır.

Çalışma ile ilgili aklına takılan bir soru veya yaşadığın bir sorun olursa 021665706068105 telefon numaralarından araştırmacı Dr. Didem Ayyıldız'a ulaşabilirsin.

KATILIMCININ BEYANI:

Dr. Didem Ayyıldız tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle bir sağlık sorunumun ortaya çıkması durumunda her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda bilgi verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Didem Ayyıldız' a, Fevzi Çakmak Mah. Mimar Sinan Cad. No: 41 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım.

Katılımcının Adı Soyadı: İmzası:

Ek. 8.5. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çocuğun adı soyadı: **Görüşme tarihi:**

Dermatolojik Tanı:

Tanı tarihi:

Daha önce kullandığı tedaviler:

Şu anda kullanmakta olduğu tedavi:

Hastalık formu:

Psoriasis	**Vitiligo**	**Alopesi areata**
Palmoplantar plak	**Fokal**	**Alopesi totalis**
Jeneralize plak	**Segmental**	**Alopesi universalis**
Palmoplantar püstüler	**Akrofasiyel**	**Alopesi areata**
Jeneralize püstüler	**Vitiligo vulgaris**	
Lokalize plak		

Hastalık Şiddeti:

Psoriasis

PASI:

Hekim global değerlendirmesi:

1)hafif 2)orta 3)şiddetli 4)çok şiddetli 5)yok Vitiligo

Vücut tutulum yüzdesi

Alopesi areata

SALT *(severity alopecia tool)* skoru

Görülür alanların tutulumu

0)yok 1)var

Psoriasis

Saçlı deri, yüz, el ve ayaklar, kollar ve bacaklar

Vitiligo

Yüz ve boyun, eller ve ayaklar, kollar ve bacaklar

Alopesi areata

Dermatolojik sorunu nedeniyle okul devamsızlığı oldu mu? 1)evet

2)hayır

Doğum tarihi (yaşı): **Telefon/e-posta:**

Cinsiyeti: **Sınıfı:**

1)kız 2)erkek **Oturduğu yer:**

Uyku sorunu:

0)uyku sorunu yok 1)uykuya dalmakta güçlük 2)gece uyanma 3)sabah erken uyanma

İştah sorunu:

0)yok 1)var

Doğum şekli:

1-Normal doğum 2-Sezeryan

Doğum haftası:

1-Çok Erken (<34 hafta) 2-Erken(34-38 hafta)

3-Normal(38-42 hafta) 4-Geç (>42 hafta)

Doğum ağırlığı:……..

Doğumda veya doğum sonrasında :
0)problem yok 1)oksijensiz kalma 2)morarma 3)yenidoğan sarılığı 4)küvöz bakımı 5)yoğun bakım 6)uzamış sarılık

Anne sütü aldı mı?

0)hayır

1)evet (süre belirtiniz…….)

Ne zaman yürüdü:…….

Ne zaman konuştu; İlk kelime ne zaman:……..

İlk cümle ne zaman:……

Ne zaman tuvalet eğitimini tamamladı:…….

Başka tıbbi hastalık:

0)yok 1)var (sa belirtiniz ……

Herhangi bir bilinen psikiyatrik hastalık:

0)yok 1)var(sa belirtiniz): ……

Geçtiğimiz yıl okulda sene sonu genel başarı puanı kaçtı?

1)0-1 arası 2)1-2 arası 3)2-3 arası 4)3-4 arası 5)4-5 arası

Annenin	**Babanın**
• Adı:	**• Adı:**
• Yaşı:	**• Yaşı:**
• Eğitim durumu:	**• Eğitim durumu:**

1)okuryazar değil **1)okuryazar değil**

2)ilkokul **2)ilkokul**

3)ortaokul **3)ortaokul**

4)lise **4)lise**

5)üniversite **5)üniversite**

• Çalışma Durumu: **• Çalışma Durumu:**

1)çalışmıyor **1)çalışmıyor**

2)çalışıyor **2)çalışıyor**

3)emekli **3)emekli**

Anne-baba:

1)Birlikte 2)Ayrı yaşıyor 3)Resmen boşanmış 4)Vefat

Ailenin aylık geliri:

1)750 TL'den az 2)750-1500 3)1500-2500 4)2500 -5000 5)5000 ve üstü

Toplam çocuk sayısı:

Evde anne- baba- çocuk dışında yaşayan(lar):

0)yok 1)var(sa belirtiniz)……

Aile apartmanı/akrabalardan yakın komşu olan:
0)yok 1)var(sa kimler)……

Ailede tanısı konmuş herhangi bir tıbbi hastalığı olan var mı?

0)Tıbbi hastalığı olan yok

1)Varsa hastalığı belirtiniz:……..

Ailede dermatolojik hastalığı olan var mı?

0)Dermatolojik hastalığı olan yok

1)Varsa hastalığı belirtiniz:……..

Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?

0)Psikiyatrik hastalığı olan yok

1)Varsa hastalığı belirtiniz:……..

Ailede sigara kullanan var mı?

0)yok 1)var

Ailede alkol kullanan var mı?

0)yok 1)var

Ek. 8.6. Baş etme Ölçeği

BAŞ ETME ÖLÇEĞİ

Adınız Soyadınız: Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların

karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1) Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

2) Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka turlu meşguliyetlere yönelirim.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

3) Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

4) Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

5) Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

6) Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

7) Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

8) İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

9) Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.
   1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

10) Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

11) Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

12) Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

13) Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

14) Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

15) Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

16) Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

17) Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

18) Allah`in yardımını umarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

19) Bir eylem planı yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

20) Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

21) Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

22) Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

23) Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

24) Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

25) Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

26) Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

27) Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

28) Duygularımı dışarı vururum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

29) Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

30) Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

31) Sorunla karsılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

32) Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

33) Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

34) Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

35) Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

36) Sorunla ilgili saka yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

37) İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

38) İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

39) Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

40) Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

41) Olumsuz şeyler yaparak islerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

42) Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

43) Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

44) Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

45) Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

46) Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tur hisleri dışarıya yansıtırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

47) Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

48) Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

49) Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

50) Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

51) Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

52) Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

53) Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

54) Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

55) Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

56) Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

57) Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

58) Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adimi zamanında atarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

59) Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

60) Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

Ek. 8.7. Aile Değerlendirme Ölçeği

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür**. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (***Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum***)**

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti **koyunuz.** Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar **veriniz.** Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	**Aynen Katılıyorum**	**Büyük Ölçüde Katılıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Hiç Katılmıyorum**
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
17.Evde herkes başına buyruktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

Ek. 8.8. SCL-90 R

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş : **Cinsiyeti :**

Açıklama : **Tarih :**

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsız olmaktasınız?

0. Hiç

1. Çok az

2. Orta derecede

3. Oldukça fazla

4. Aşırı düzeyde

Örnek: Bel ağrısı ..3...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşa gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeleri
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı

6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi

36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflılık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali

66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek. 8.9. Çocuklarda Baş etme Ölçeği

ÇOCUKLARDA BAŞ ETME ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Aşağıda çocuk ve gençlerin sorunları (problemleri) çözmek ya da kendilerini daha iyi hissetmek için yaptığı şeylerin bir listesi vardır. Aşağıdaki her cümleyi okuyarak, bu üzücü şeyleri (sorunları) çözmek ya da kendini daha iyi hissetmek için, o cümlede yazanları ne kadar sıklıkta yaptığını işaretle. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakma. Teşekkürler…

	Hiçbir zaman	**Bazen**	**Her zaman**
Sadece olanları unutmaya çalışıyorum.			
Olanları unutmak için televizyon seyretmek ya da oyun oynamak gibi şeyler yapıyorum.			
Kendi kendime kalıyorum.			
Olan kötü şeyler hakkında konuşmuyorum.			
Olayların iyi yanlarını görmeyi deniyorum.			
Kendimi yaşanan bu kötü olaylara neden olmakla suçluyorum.			
Başkalarını yaşanan bu kötü olaylara neden olmakla suçluyorum.			
Kötü şeylerin üstesinden gelmek için çözümler düşünüyorum.			
Kötü şeylerin üstesinden gelmek için bir şeyler yapıyorum ya da birileriyle konuşuyorum.			
Bağırıp çağırıyor, çılgına dönüyorum.			
Kendi kendimi sakinleştirmeye çalışıyorum.			
Kötü şeylerin hiç olmamış olmasını diliyorum.			
Olanları değiştirebilmeyi diliyorum.			

Ailem, büyükler ya da arkadaşlarımla zaman geçirerek kendimi daha iyi hissetmeye çalışıyorum.			
Hiçbir şey yapmıyorum, çünkü kötü şeylerin oluşu durdurulamaz.			

Ek 8.10. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

ÇOCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ

Hastane Adı: Tanı:

ÇDYKİ

SKORU:

İsim: Tarih:

Yaş:

Adres:

Bu anketin amacı GEÇEN HAFTA BOYUNCA cilt sorununuzun sizi ne kadar etkilemiş olduğunu ölçmektir. Lütfen her soru için bir kutucuğu işaretleyiniz .

1-Geçen hafta boyunca cildinizdeki kaşıntı, hassasiyet, ağrı ve yırtarcasına kaşıntı ne şiddetteydi?

Çok fazla

Oldukça fazla

Sadece biraz

Hiç

2-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz nedeni ile kendinizi ne kadar utangaç veya sıkılgan, hüzünlü veya üzgün hissettiniz?

Çok fazla

Oldukça fazla

Sadece biraz

Hiç□

3-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl etkiledi?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

4-Geçen hafta boyunca cilt hastalığınız nedeni ile ne sıklıkta, farklı veya özel giysiler / ayakkabılar giydiniz ya da giysilerinizi değiştiriniz?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dışarı çıkmanızı, oynamanızı veya sevdiğiniz uğraşları yapmanızı ne ölçüde etkiledi?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

6-Geçen hafta boyunca cilt sorununuzdan dolayı yüzme veya diğer sporlardan ne kadar kaçındınız?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

7-Geçen hafta

Okul zamanı mı idi?_____ **Eğer okul zamanı ise:**

Geçen hafta boyunca cilt sorununuz okul çalışmanızı ne ölçüde etkiledi?

Okulu engelledi □

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

Tatil zamanı mıydı?_____**Eğer tatil zamanı ise:**

Geçen hafta boyunca, cilt sorununuz tatil eğlencelerinizi ne ölçüde etkiledi?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

8-Geçen hafta boyunca diğer kişilerin cilt sorununuzdan dolayı size isim takmaları, kızdırmaları, zorbalık yapmaları, sorular sormaları ya da sizden çekinmeleri gibi durumları ne ölçüde yaşadınız?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

9-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz dolayısıyla uykunuz ne ölçüde etkilendi?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

10-Geçen hafta boyunca cildiniz için uyguladığınız tedavi sizin için ne ölçüde sorun oldu?

Çok fazla □

Oldukça fazla □

Sadece biraz □

Hiç □

Lütfen soruların HEPSİNİ yanıtladığınızı kontrol ediniz. Teşekkürler.

□M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mayıs 1993. Bu anket yazarların izni olmadan kopyalanmamalıdır.