



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

**ALOPESİ AREATA TANISI ALMIŞ 9-18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE
ERGENLERDE DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ VE
PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE İLE BAZI PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Hüseyin USLU

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2010



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

**ALOPESİ AREATA TANISI ALMIŞ 9-18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE
ERGENLERDE DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ VE
PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE İLE BAZI PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Hüseyin USLU

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ

BURSA – 2010

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	16
Bulgular.....	23
I. Sosyodemografik Bulgular.....	23
II. Alopesi Areata ile İlgili Bulgular.....	28
III. Psikiyatrik Bulguların Dermatolojik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi.....	31
Tartışma ve Sonuç.....	53
Kaynaklar.....	60
Ekler.....	65
Teşekkür.....	99
Özgeçmiş.....	100

ÖZET

Alopesi Areatata (AA) yüksek oranda psikiyatrik semptomatoloji ve komorbidite ile giden bir hastalıktır. Bu çalışmada AA tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, psikiyatrik komorbidite ve bazı psikososyal özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

AA tanısı almış 30 hasta (24 erkek, 6 kız), aynı sayıda sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Sosyodemografik Form, Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuklar için Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi uygulandı. Alopesinin şiddeti SALT skoru hesaplanarak derecelendirildi. İstatistiksel analizlerde SPSS 13 kullanıldı.

Yirmi dört hastada (% 80) lokalize tutulum varken, 6 hastada (%20) tüm vücut tutulmuştu. Tutulumun lokalizasyonuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Alopesinin süresi ile ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmazken, SALT skoru ile Kısa Semptom Envanteri' nin OKB ($r=0,427$; $p=0,021$) ve Anksiyete Bozuklukları ($r=0,384$; $p=0,040$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

Ölçek puanları cinsiyete göre çalışma grupları arasında karşılaştırıldığında Kısa Semptom Envanteri' nin Belirti Toplamı İndeksi kızlarda erkeklerden daha yüksekti ($p=0,050$) ve kontrol grubundaki kızlarda Çocuklar İçin Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği'nin Öğretmen alt ölçeğinin puanı daha yüksekti ($p=0,015$).

AA'da her hastanın etkilenme düzeyinin belirlenmesi ve gerektiğinde psikiyatriste yönlendirme, psikososyal işlevselliğin korunmasında katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Alopesi Areata, psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi, benlik algısı, sosyal destek

SUMMARY

An investigation of Dermatology Life Quality Index, psychiatric comorbidity and some psychosocial features in patients with Alopecia Areata aged 9 to 18 years

Alopecia Areata (AA) is a disease with high rates of psychiatric symptomatology and comorbidity. In this study, Dermatology Life Quality Index, psychiatric comorbidity and some psychosocial features are aimed to be investigated in children and adolescents with AA aged 9 to 18 years.

Thirty patients (24 boys, 6 girls) with AA were compared with a healthy control group of the same size. Sociodemographic form, Children's Depression Inventory, The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Brief Symptom Inventory (BSI), Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Social Support Appraisals Scale for Children, Pediatric Quality of Life Inventory and Children's Dermatology Life Quality Index were applied. Severity of alopecia was graded by calculating the SALT score. SPSS v.13 was used for statistical analysis.

Twenty-four patients (% 80) had localized involvement, where as in 6 patients (% 20), the whole body was involved. Comparing tool scores by localization showed no statistically difference. There were no significant correlations between the duration of the disease and tool scores, where as a positive correlation was shown between SALT score and OCD ($r=0,427$; $p=0,021$) as well as Anxiety Disorder ($r=0,384$; $p=0,040$) subscales of BSI.

Tool score comparisons according to sex showed higher scores of *BTI* subscale of BSI ($p=0,050$) in girls than boys and lower scores of Teacher subscale of Social Support Appraisals Scale for Children ($p=0,015$) in girl patients than the girls in control group.

Determining the degree of impairment for patients individually and considering psychiatric referrals will help retain psychosocial function in AA.

Key words: Alopecia Areata, psychiatric comorbidity, quality of life, self concept, social support

GİRİŞ

Alopesi Areata (AA), saçlı deride ya da kıl çıkan herhangi bir yüzeyde skarsız saç kaybı ile karakterize heterojen bir hastalıktır (1). Tüm saçlı deri tutuluyorsa alopesi totalis (AT), tüm vücut tüyleri dökülüyorsa alopesi universalis (AU) olarak adlandırılmaktadır (2).

Alopesi Areata, bütün ırklarda her iki cinsiyette ortaya çıkar ve herhangi bir yaşta görülebilir ; fakat en sık hayatın üçüncü ve dördüncü dekatlarında görülür (3). Hastaların %60'ı ilk atağı 20 yaş altında geçirirler (4). AA, çocuklarda saç kaybının en sık nedenidir, fakat 2 yaşından önce başlangıç olağan değildir (5). Hastalığın hafif formunu geçiren hastalar bir dermatoloğa başvurmadıkları için kesin insidansı bilinmemektedir (6); bununla birlikte AA gelişimi için tahmin edilen hayat boyu risk % 1,7' dir (7).

Alopesi Areata'nın etyopatogenezi tam olarak anlaşılammıştır ve günümüzde pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal–toplumsal sorunların etkisinin olduğu bilindiğinden, AA'nın etyopatogenezinde psikolojik faktörlerin rolü, uzun zamandır tartışma konusu olmuştur (8, 9). Aynı zamanda diğer kronik deri hastalıklarına sekonder olarak ruhsal sorunlar ortaya çıktığı gibi, AA'da da yüksek oranda psikiyatrik semptomatoloji ve komorbidite görülür (6, 10-14). Ayrıca deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişinin dış görünümünü etkiledikleri için psikososyal durum, kendilik imgesi, kişisel ilişkiler ve günlük aktiviteler açısından özellikle de çocukluk ve ergenliğin duyarlı dönemlerinde olumsuz değişiklikler yaratabilmektedir (15, 16). Psikosomatik faktörlerden etkilenen ve primer olarak dermatopatolojik zeminde gelişen bu hastalıkların tanı ve tedavisinde biyopsikososyal olarak bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir (14, 17).

Epidemiyoloji

Alopesi Areata'nın epidemiyolojisi yetişkinlerde iyi belgelenmiştir fakat çocuklarda yeterli derecede çalışılmamıştır (18).

Atina'da 1996-2000 yılları arasında bir Dermatoloji kliniğine ilk epizod ile başvuran 1-16 yaş arası 157 çocuğun retrospektif değerlendirilmesiyle yapılan epidemiyoloji profil çalışmasında AA'nın en yüksek insidans yaşının 0-5 yaş olduğu , en küçük çocuğun 1 yaşında olduğu bulunmuştur (18).

Tan ve ark.'nın (19) Singapur'da karma bir etnik populasyonda yaptıkları bir epidemiyolojik çalışmada, 1996-2000 yılları arasında *National Skin Center'a* başvuran 16 yaşından önce AA tanısı almış 392 hasta değerlendirildiğinde, bu hastaların aynı süre içinde görülen tüm AA'lı hastaların % 11,1'ini, ayaktan tedavi edilen tüm hasta sayısının %1,2'sini oluşturdukları; kız:erkek oranının 1:1,4 olduğu, ortalama ortaya çıkma yaşının 11,2 yaş olduğu ve en genç hastanın 2 yaşında olduğu bulunmuştur.

Hindistan'da Sharma ve ark. (20) 1983-1993 yılları arasındaki tüm yeni AA vakalarından (n=841) 16 yaşından küçük olan 201 çocuğu çalışmaya almışlar ve kız:erkek oranının 1,4:1 olduğu ; başlangıç yaşının % 38,3'ünde 6-10 yaşları arası, %33,3'ünde 5 yaşından önce, %28,4'ünde 11-16 yaşları arasında olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır.

Kuveyt'te Haziran 1998-Temmuz 2000 arasında AA'sı olan 1 ay-12 yaş arası 215 hasta ile yapılan bir çalışmada kız:erkek oranının 2,5:1 olduğu, ortalama başlangıç yaşının 5,7 olduğu, başlangıç yaşının 2-6 yaş arasında pik yaptığı sonuçları bulunmuştur (21).

Etyoloji ve Patogenez

AA'nın kesin patogenezini net değildir(2, 5, 22). AA'da etyolojik faktörler arasında, hastanın genetik yapısı, atopik durum, non-spesifik immün ve organa özgü otoimmün reaksiyonlar ve de muhtemel psikolojik faktörler sayılabilir. Ayrıca enfeksiyonlar ve nöropeptitler de etyolojide rolü olan faktörlerden sayılabilir (4).

1-Genetik: AA'da ailesel hikaye insidensi %3 ile %42 arasında bildirilmiştir. Aile öyküsü, AA'nın erken başladığı dönemlerdeki olgularda daha belirgindir(4). İkizlerde AA'yı araştıran bir çalışmada monozigotik ikizler arasında konkordans oranı % 55 bulunmuştur (7).

Alopesi Areata'nın HLA ile ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma vardır, ancak bu çalışmalar tartışmalı sonuçlar göstermiştir (4). Akar ve ark. (23) çalışmalarında, HLA sınıf II DQB 103 antijeninin Türk populasyonunda AA'ya genel yatkınlık için bir belirleyici olduğunu, fakat bu belirleyiciliğin yamalı AA formlarında değil, AA'nın ağır formlarında (AT, AU) anlamlı olduğunu ve bu ilişkinin hastalığın başlangıç yaşıyla ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Entz ve ark. (24), bir Belçikalı-Alman örnekleminde HLA-DRB1 lokusuna odaklanarak yaptıkları bir çalışmada, AA'nın gelişiminde DRB1*04 alellerinin yatkınlığı artırdığı, DRB1*03 alellerinin ise koruyucu rol oynadığı sonucuna varmışlardır. AA'nın HLA-DR ve HLA-DQ ile ilişkisi, hastalık sürecinde CD4+T hücrelerinin yer aldığı bilgisini desteklemektedir. Bu moleküller antijenlerin CD4+T hücrelerine sunulmasından sorumludur (7). Kuvey'te AA'lı 80 çocuk ile yapılan bir çalışmada, AA'ya yatkınlık ile HLA sınıf II antijenleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı; buna karşın HLA sınıf I antijenlerinden B12, B21 ve B40 ile anlamlı ilişkinin olduğu bulunmuştur (25).

Bazı hastalıklara yatkınlığa neden olan MHC alellerini taşıyan çoğu kişi AA geliştirmemektedir. Bu da AA'nın ortaya çıkışında MHC lokuslarının gerekli fakat yeterli olmadığını göstermektedir. Buradan MHC-dışı genlerin de patogeneze yer aldığı sonucuna varılabilir. Örneğin Trizomi-21'li (Down Sendromu) hastalarda AA sıklığının önemli derecede artması, sorumlu genin 21. kromozomda yer alabileceğini akla getirebilir (7). MX1, AIRE geni, IL1RN, IL1L1, 9. kromozom üzerinde yer alan TRAF1/C5 lokusu ve Filaggrin genleri, AA patogenezinde rol oynayabilecek diğer MHC-dışı genler olarak gösterilebilir (7, 26, 27, 28).

2- Otoimmünite: AA, kıl folikülü self-antijenlerine karşı anormal T hücre cevabı nedeniyle bir otoimmün hastalık olarak kabul edilir. Otoimmün etyolojiyi düşündüren diğer nedenler çeşitli otoimmün hastalıklarla (vitiligo,

Hashimoto tiroiditi, atopik dermatit, pernisyöz anemi, diabetes mellitus gibi) birlikte görülmesi, hastaların lezyonlu bölgelerinde oto-antikorların varlığı ve altta yatan immünolojik anormalliklerdir (29). Kurtev ve ark. (30) AA'lı 2,24 ile 17,5 yaş arası 46 çocuk ile yaptıkları bir çalışmada, 22 çocukta (% 47,8) otoimmün tiroidit olduğunu saptamışlar, 17 çocukta (%39,5) pozitif antitiroglobulin antikor titresi, 14 çocukta (%33,3) pozitif antimikrozomal antikor titresi ve aktive T lenfosit sayısında artış tespit etmişlerdir. İran'da 6-59 yaş arası 123 hastanın dahil edildiği bir başka çalışmada , hastaların %51,4'ünde otoimmün antikorların pozitif olduğu fakat hastalığın ciddiyeti ve süresiyle bu antikorların varlığı arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (31).

3-Hücrel ve hümorale immünite: Lezyonlardaki kıl folikülleri etrafında lenfositlerin varlığı, AA'da anormal immün cevapların rol oynayabileceğine bir kanıt olabilir. Hücre infiltratları, makrofaj ve Langerhans hücreleriyle birlikte ağırlıklı olarak aktive T hücrelerinden oluşurlar. Hem CD4+ hem de CD8+ T lenfositleri , CD4+ T hücreleri baskın olmak üzere , folikül içi ve çevresinde gözlenmiştir (1).

Alopesi Areata'da hümorale mediatörlerden IFN-gama, IL-2 ve IL-1 beta'nın etkili olduğu düşünülmektedir (4). Semptomları farklı ağırlıkta olan 269 AA'lı hastada 17 serum sitokininin ölçüldüğü ve kıyaslandığı çalışmada, artmış Th 1 serum sitokinlerinin (IL-2, IL-12 ve IFN-gama) ve IL-1 reseptör antagonisti seviyelerinin , hastalığın ağırlığından ve atopinin varlığından bağımsız olarak, AA ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (32). Bir diğer çalışmada, IFN-gamanın serum seviyelerinin lokalize AA 'da ve yaygın formlarda (AT,AU veya AT/AU) normal kontrollere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu; ancak lokalize form ile yaygın formlar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı bulunmuştur (33).

4- Nöropeptidler: Kutanöz sinirlerde üretilen ve derideki inflamasyonda rolü oldukları bilinen nöropeptidlerden bazılarının AA'da rolü olabileceği saptanmıştır. AA ile ilişkili bulunan immün-modülatörler substance P ve calcitonine-gene related peptide (CGRP)'tir (4, 34, 35).

5- Çevresel Faktörler: Çeşitli çevresel faktörlerin AA'nın gelişimi ve şiddetinde katkısının olduğu ortaya atılmış fakat hiç biri doğrulanmamıştır. Pek çok klinik çalışmada stresin AA için potansiyel bir tetikleyici olarak rolü incelenmiştir, buna rağmen AA'nın patogenezinde stresin etkili olup olmadığı veya ne derece etkili olduğu konusu hala tartışmalıdır (28).

Alopesi Areata tanısı almış, 14 yaşından küçük 43 çocuk hastayı içeren bir çalışmada, 25 çocuğun (%58,1) saç kaybından önce stresli bir durumdan bahsettiği ve bunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (16). Kakourou ve ark.'nın (18) 1-16 yaş arası 157 AA'lı hasta ile yaptıkları bir çalışmada ise sadece 15 hastada (%9) AA öncesi stresli olayların olduğu tespit edilmiş. Kuveytte yapılmış bir çalışmada AA tanılı 215 çocuktan 93'ü (%43) stresli yaşam olayı bildirmiştir (21).

Belçika'da 90 erişkin (ortalama yaş: 42.6) hastanın dahil edildiği bir çalışmada, AA'lı hastalarda çocukluk çağı veya hayat boyu travmatik yaşantıların kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur (36). Romanya'da 15 yaşından büyük 45 AA'lı hasta ile yapılan bir çalışmada, stresli yaşam olaylarının ortalama sayısının hastalarda kontrollere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucuna varılmış ve stresin AA'nın başlangıcında ve alevlenmesinde önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir (37).

Diğer yandan Güleç ve ark.'nın (9), 18-65 yaş arası 52 hasta ile yaptıkları çalışmada stresli büyük yaşam olayları skorlar açısından hastalarla kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İtalya'da 21 AA'lı hastanın dahil olduğu (18-60 yaş arası) bir başka çalışmada da kontrol grubuyla kıyaslandığında stresli olayların sayısında ve istenmeyen veya büyük olayların sayısında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur (8). Türkiye'de Yazıcı ve ark.'nın (38) Mersin'de 43 erişkin hasta (ortalama yaş: 33.8) yaptıkları bir çalışmada, stres verici yaşam olayları açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yirmi beş erişkin AA'lı hastayla, diğer deri hastalıkları olan hastaların oluşturduğu kontrol grubunu kişilik özellikleri açısından karşılaştıran bir çalışmada her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (39). Kişilik özellikleri ile ilgili 43 erişkin hasta (17 kadın, 26 erkek) ile yapılan bir diğer

çalışmada ise AA'lı hastalarda Toronto Aleksitimi Skalası'nın kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir (38). İstanbul'da 18 erişkin erkek AA'lı hasta ile yapılan bir çalışmada ise aleksitimi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir (40).

Alopesi Areata'nın patogenezinde çevresel faktörlerin ilişkisini araştıran bazı çalışmalarda sitomegalovirüs ile çelişkili sonuçlar elde edilmiş , H.pylori ile ilişkinin olmadığı saptanmış ve kandaki bakır ve magnezyum seviyelerinin değişmediği fakat çinko seviyelerinin azalmış olduğu sonuçları bulunmuştur (22, 41, 42).

Klinik Özellikler

Alopesi Areata lezyonları, küçük plak şeklinde saç dökülmelerinden tüm vücut kıllarının dökülmesine gidebilen değişik klinik formlarda olabilmektedir (4). Ancak çoğunlukla, sınırları belirgin oval veya yuvarlak plaklar halinde lokalize saç kayıpları şeklinde görülür. Her türlü kıl bölgesini tutabilirse de en sık saçlı deride görülür. Olguların % 60'ında ilk etkilenen bölge saçlı deridir. Ayrıca sakal bölgesi, kaş, kirpikler ve vücudun diğer kıl bulunan bölgeleri de etkilenebilir. Çoğunlukla saç dökülmesi dışında asemptomatiktir, ancak olguların küçük bir kısmında kaşıntı, hassasiyet, yanma hissi ve ağrı ile birlikte hafif bir parestezi tanımlanabilir (4). Literatürde sadece kaşlarla sınırlı AA olguları da bildirilmiştir (43).

Alopesi tüm saçlı deriyi tutarsa *alopesi totalis*, tüm vücut kıllarını tutarsa *alopesi universalis* denir. Ancak alopesi totalis olgularında diğer vücut kıllarında da plak halinde dökülme olduğu gibi, alopesi universalis olgularında saçlı deride seyrek terminal veya vellüs tipi kıllar bulunabilmektedir. Bu nedenle tanımlar kantitatif değil, kalitatifdir (4).

Alopesi Areata'nın diğer klinik görünümleri için çeşitli terimler kullanılmıştır. *Plaklı tipi*; en sık görülen, yuvarlak veya oval alopesik plaklarla karakterize tiptir. *Ofiazis* tipi; parieto-temporo-okspital bölgede, saç çizgisi ile derinin birleşim yerinde görülen formudur. *Ofiazis inversus (sisaf)* tipi ise

fronto-parietotemporal bölgeyi tutan bant tipi dökülmenin olduğu nadir görülen formudur. *Retiküler* tipi; ağa benzer şekilde dökülme görülür. *Diffüz* tipi; tüm saçlı deride saç yoğunluğunda yaygın azalma vardır. *Triangüler* tipi; üçgen şekilde dökülme vardır (4).

Alopesi Areata'da tırnak değişiklikleri %10-66 arasında görülür. Bu değişiklikler saç dökülmesinden önce veya birlikte olabilir ve saç problemi çözüldükten sonra düzelebilir veya kalıcı olabilir. En sık gözlenen bulgu, düzgün, ince ve yaygın şekilde küçük çukurcuklardır (pitting). Diğer tırnak değişiklikleri, *Beau* çizgisi, longitudinal çizgilenme, koilonişiya, onikoreksiz, onikomadezis, lökonişiya, kırmızı lekeli lunula ve kaba, kalın, opak görünümlü tırnaklardır (4). Gandhi ve ark.'nın (44) yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya dahil olan AA'lı hastaların (n=100) % 44'ünde tırnak değişikliklerinin olduğu, en sık gözlenen değişikliğin (%28) yüzeysel çukurcuklar (pit) olduğu bildirilmiştir. Kuveyt'te AA'lı 12 yaşından küçük çocuk hastalarla (n=215; 153 kız, 62 erkek) yapılan çalışmada ise % 26,5 hastada tırnak değişikliklerinin olduğu ve bunların % 91 ile büyük çoğunluğunun çukurlaşma (pitting) olduğu tespit edilmiştir (21). Tırnak değişikliklerinin varlığı, hastalığın şiddeti hakkında bir belirteç olarak kabul edilmektedir ve tırnak değişikliği olmayan olgulara kıyasla hastalığın muhtemelen daha dirençli olduğunu gösterir (44).

Tedavi

Alopesi Areata'da kıl folikülü hasar görmemiştir. Bu yüzden, tablonun gerilememesine ve hastalığın seyrinde hiçbir tedaviyle olumlu sonuç alınamamasına rağmen, kılın tekrar gelişme potansiyeli vardır. Çeşitli tedaviler saç gelişimini indükleyebilir. Bununla birlikte, spontan düzelmenin sıklığı sebebiyle yamalı AA'da etkinliği değerlendirmek zordur. AA tedavisi ile ilgili az sayıda randomize kontrollü çalışma vardır, zaten yaygın tedavi yöntemlerinin hiçbirinin plaseboya kıyasla uzun dönemde üstünlüğü gösterilememiştir. Çalışmaların çoğu çelişkili sonuçlar vermiştir, bununla birlikte henüz randomize kontrollü bir şekilde değerlendirilmeyen diğer bazı tedaviler bazı hastalarda fayda sağlayabilir (45).

1- Tedavisiz izlem: Spontan düzelmenin yüksek oranlarda olması sebebiyle (bir yılda % 34-50 düzelmeye), bütün hastalar tedavi gerektirmeyebilir. Fakat, hastalığın tekrarlayıcı doğası sebebiyle bu seçenek hastayla birlikte tartışılmalıdır (45).

2- Kortikosteroidler: Potent topikal steroidler, AA tedavisinde yaygın olarak kullanılır fakat, etkinlikleri için kanıtlar kısıtlıdır. İntralezyonel kortikosteroidler, her 4-6 haftada bir intradermal olarak, subkutisin üst kısımlarına enjekte edilmek suretiyle kullanılırlar. İntralezyonel kortikosteroidler yamalı, nispeten sınırlı saç kayıplarında daha uygundur ve % 50'den az saç kaybı olan erişkinlerde ilk tercih edilen tedavidir ; ancak hızlı progrese olanlarda ya da AT/AU'te uygun değildir. Sistemik steroid tedavisinin saç gelişimini indüklediğine dair çok az şüphe vardır, fakat hastalığın daha şiddetli formu bulunanlarda tedavi kesildiğinde nüksler sıktır. En çok hızlı progresyon gösteren ve yaygın AA'da tercih edilir. Sistemik yan etkileri azaltmak için çeşitli yüksek doz pulsed-tedavi rejimleri denenmiştir. Pulsed-kortikosteroidlerin iyi tolere edildiği görülmüştür ve yaygın AA'lı olgularda umut verici fakat AT'li hastalarda etkisiz bulunmuştur. Oral steroidlerin yeni başlayan olgularda başta işe yaradığı görülmektedir, fakat ofiazis ve A. universalis zayıf yanıt verir (45).

3-Kontakt İmmünterapi: Potent bir kontakt alerjenin saçlı deriye topikal uygulanmasıyla periodik olarak alerjik kontakt dermatit oluşturulması olarak tanımlanır. Difenilsiklopropenon (DPCP) en sık kullanılan ajandır. DPCP'nin başlangıç etkileri iyi olmasına rağmen uzun dönem etkinliğinin değerlendirilmesi zordur (45, 46).

4- Fotokemoterapi (PUVA): Daha çok yaygın AA tedavisinde endikedir. Çalışmalar psoralenin oral veya topikal kullanımı arasında fark olmadığını göstermektedir. Dezavantajı, kullanımın uzun süreli olması ve kesildikten sonraki yüksek relaps oranlarıdır (46).

5- Minoksidil: Topikal olarak uygulanan minoksidil ile yapılan çalışmalarda da çelişkili sonuçlar bulunmuştur. At veya AU olan hastalarda etkili olmadığı izlenmiştir. Topikal antralin veya kortikosteroidlerle birlikte uygulanmasının daha etkili olduğunu savunanlar vardır (45, 46).

6- Antralin: Özellikle çocuklar için iyi bir seçenek olan antralin, AA tedavisinde lokal olarak kullanılabilen iritan bir maddedir. Etki mekanizmasının, oluşturduğu kontakt dermatite dayandığı düşünülmektedir (46).

7- Siklosporin: Topikal siklosporin AA tedavisinde bir seçenek olarak düşünülmekle birlikte, cilde penetrasyonu az olduğu için etkisiz bulunmuştur. Oral siklosporinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte, nüks oranı yüksek bulunmuştur (46).

8- Diğer Tedavi Seçenekleri: Çinko, biotin, aromaterapi, kriyoterapi, Spesifik Serotonin Geri Alım İnhibitörleri, timektomi, allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu ve excimer lazer AA tedavisinde literatürde yer alan diğer tedavi seçenekleridir (45-50). Belçika'da, hastalığı en az 2 yıldır süren bulunan ve ağır şiddette tablosu bulunan, 16'sı kadın 4'ü erkek 20 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalar ayda 2 kere olmak üzere 10 bireysel seanstan oluşan hipnoterapi uygulanmış. Benzer özelliklerdeki kontrol grubundaki hastalara ise rutin AA tedavisi uygulanmış. Hipnoz ile tedavi edilen hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinde kontrol grubuna oranla belirgin düzelmeye saptanmış, fakat alopesik lezyonlarda anlamlı değişiklik görülmemiştir (51).

Gidiş

Alopesi Areata'nın tahmin edilemez bir doğası olduğu için klinik seyri bilinmemektedir. Az sayıda yamalı tutulumu olan hastalarda prognoz iyidir, 6-12 ay içinde kendiliğinden saç gelişimi olabilmekle birlikte, durum tekrar edebilir. Bu tür hastalarda, tedavisiz gözlem en iyi seçenek olabilir. Postpubertal dönemde başlayan olgularda spontan iyileşme eğilimi daha fazladır. Bazı hastalarda çoklu nüksler veya yavaş bir ilerleme görülebilir. Atopik dermatitin varlığı, hastalığın çocukluk döneminde başlaması, yaygın tutulum, pozitif aile öyküsü, diğer otoimmün hastalıklarla birliktelik, ofiazis tipi tutulum, hastalık süresinin 5 yıldan daha uzun olması ve tırnak değişiklikleri kötü prognoz ile ilişkili faktörlerdir (4, 28, 52).

Alopesi Areata ve Psikiyatrik Komorbidite

Pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal–toplumsal sorunların etkili olduğu ya da kronik deri hastalıklarında sekonder olarak ruhsal sorunların ortaya çıktığı artık benimsenmektedir (17). Psikiyatrik bozukluklarla deri hastalıkları arasındaki ilişki, değişik mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmışsa da çok açık bir yorum getirilememiştir (14). Dermatoloji hastalarında psikiyatrik hastalıklara yüksek oranda rastlanmaktadır. Dermatoloji kliniklerine başvuran hastalar arasında psikiyatrik hastalık prevalansı % 30-40 civarındadır (53).

Alopesinin fiziksel zararları azdır, fakat alopesi psikolojik olarak yaralayıcıdır, yoğun emosyonel acıya sebep olur ve kişisel, sosyal ve iş/okul ile ilişkili problemlere yol açar. Saç ve kimlik arasında, özellikle kadınlarda, önemli bir bağ vardır. Alopesinin derecesi, psikolojik zorlanmanın öngörücülerinden biridir, şiddetli saç kaybı olanlar psikolojik sıkıntı yaşamaya daha yatkındırlar (54).

Alopesi Areata'ya bağlı saç kaybı ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların prevalans oranları, genel popülasyonunkinden yüksektir (12). Şahin ve ark.'nın (55) erişkin AA hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada hasta grubunda depresyon yaygınlığının (%64,6) kontrol grubuna göre (%16,7) istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğunu saptanmıştır.

Alopesi Areata tanısı alan 16-67 yaş arası 32 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada hastaların %66'sının psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı ve uyum bozukluğu, generalize anksiyete bozukluğu ve depresif epizodların hastalardaki en yaygın psikiyatrik tanılar olduğu bulunmuştur. Sosyal fobi tanısının az görülmesi, yamalı formun bulunduğu hastaların bu durumla baş edebilmesiyle ilişkilendirilmiş, sosyal ilişkiler ile ilgili patolojik anksiyetenin AT veya AU'da daha belirgin olduğu bildirilmiştir (11).

Ghanizadeh ve ark.'nın (13) AA'lı 12 çocuk ile DSM-IV kriterleri ve KSADS-PL'nin Farsça versiyonu kullanılarak yaptıkları bir çalışmada, hastaların % 78'inin hayatları boyunca bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk geçirdiği bulunmuştur. En sık komorbid psikiyatrik bozukluk major

depresif bozukluk (MDD), ikinci en sık bozukluk ise obsesif kompulsif bozukluk olarak bulunmuştur.

Bir diğer çalışmada, kontrollere kıyasla AA'lı çocuklarda daha fazla anksiyete ve depresyon semptomlarının bulunduğu, bunların da çoğunda hafif veya orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sosyalizasyon ve agresyon düzenleme problemlerinin de belirgin olduğu bulunmuş, agresif davranışların diğer çocukların sataşmasına veya umutsuzluk ve acizlik duygularına karşı reaksiyon olarak açıklanabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada ortaya çıkan ilginç bir sonuç ise Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)'nde kızlarda kontrollerden anlamlı derecede farklılık görülürken erkeklerin kontrollerden farklılık göstermemesiydi. Muhtemelen saçlar kadınlarda benlik imgesinin ve özsaygının oluşmasında önemli bir rol oynadığı için ve depresif reaksiyonlara yol açan konulara daha duyarlı oldukları için AA'lı kızlar daha fazla acı çekerler (6).

Alopesi Areata ve Yaşam Kalitesi

“Yaşam Kalitesi” bazı araştırmacılarca bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmaktadır. Kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir. Yaşam Kalitesi kavramı, Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır (56).

Deri hastalıkları, psikiyatrik hastalık olmaksızın da hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkiler. Psikiyatrik komorbidite varlığında ise yaşam kalitesi daha fazla bozulur. Farklı dermatolojik durumları olan hastalarda yaşam kalitesi ile psikiyatrik komorbiditenin ilişkisini araştıran bir çalışmada, kaşıntı, yanma, kanama, ağrı ve irritasyon gibi semptomlarla psikiyatrik morbiditenin daha fazla ilişkili olduğu, benler, vitiligo ve alopesi gibi asemptomatik durumlarda bu ilişkinin bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Psikiyatrik morbidite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin, hastalığın

şiddetine bağlı olmadığı, kaşıntı, ağrı gibi semptomların psikiyatrik morbiditeyi artırdığı bildirilmiştir (57).

Saç, kimlik ve beden imgesinin önemli bir komponenti olduğu için saç kaybı yaşam kalitesi üzerine önemli bir negatif etkide bulunabilir. Yaşam kalitesinin belirlenmesinde saç kaybının yaygınlığı kadar kişinin saç kaybıyla nasıl başa çıktığı da önemlidir (58, 59). Schmidt ve ark. (60), saç kaybının negatif etkilerini minimize edebilme kabiliyetinin daha iyi uyum ile ilişkili olduğunu, bununla birlikte 'saça odaklı' ve 'negatif emosyonel' tepkilerin daha fazla psikolojik bozulmayla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, AA ile saç kaybı olmayan kontrol grubunun Kısa Form-36 (KF-36) kullanılarak yapılan kıyaslamasında, yaşama gücü ve zihinsel sağlık alt ölçek skorlarının hasta grubunda daha düşük olduğu bulunmuştur (9). İnternet destek gruplarından toplanan 214 alopesili hastanın Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) skorlandığında, bu örneklemin yaşam kalitesinin etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (59). Alopesi areata, androjenik alopesi ve konjenital alopesi hastalarının dahil edildiği bir diğer çalışmada ise DYKİ skorları, hasta grubunda normal kontrollere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (58). Yaş, cinsiyet ve hastalığın tipi gibi değiştirilemeyen faktörlerden başka yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu düşünülen diğer faktörler hastaların alopesi hakkındaki inançları ve baş etme becerileridir. Yaşam kalitesi üzerine ayrı bir etkisi olan hastalık algısı konusunda en önemli olanlar, hastalık kimliği ve alopesinin ciddi sonuçlarıyla ilgili olan algılardır. Bunun yanında baş etme becerilerinden hem kaçınan hem de probleme odaklı stratejilerin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (59).

Çocuklarda deri hastalıkları ve diğer kronik çocukluk çağı hastalıklarında hayat kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, çocuklarla ailelere Çocuklarda Yaşam Kalitesi İndeksi (Ç-YKİ) ve sadece deri hastalığı olanlara ise Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (Ç-DYKİ) verilmiştir. Çocukların görüşlerine göre AA Ç-DYKİ skorlarında, psoriasis, ürtiker, akne ve egzamaya göre daha düşük puan almıştır. Ç-YKİ skorlarında, ebeveyn perspektifinden bakıldığında AA için benzer sonuçlar alınırken, çocuklar açısından AA'da ebeveynlere kıyasla daha yüksek

sonuçlar alınmıştır. -YKİ skorlarının diğer kronik hastalıklarla karşılaştırılmasında ise AA'nın serebral palsi, böbrek hastalıkları, astım ve epilepsi gibi hastalıklardan daha düşük puan aldığı görülmüştür. Ebeveynler, zorlanma ve lakap takmayı, çocuklara göre daha fazla bildirmişlerdir. Ebeveynler, duygu durumu (mood) ve arkadaşlarla buluşma/dışarıya çıkma maddelerinde daha yüksek skorlar bildirirken, çocuklar mahçup, kızgın ve zgn olma konusunda daha düşük skora yapmıştır. Deri hastalıkları, diğer kronik hastalıklar gibi yaşam süresini kısaltmasa da, özellikle büyük çocuklarda gizliliğin kaybı, utanma ve düşük benlik algısına yol açarak, günlük hayatta benzer şekilde fazla sıkıntı çekmelerine neden olmaktadır (61).

Anabilim Dalı'mızda akneli hastalarla yapılan bir çalışmada, kıızlardaki yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu bulunurken, akne şiddeti ve akne süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır (62).

Alopesi Areata ve Benlik Algısı

Kişinin kendini algılaması olarak kısaca tanımlanabilen benlik kavramı, bir kimsenin çeşitli kişilik özelliklerinin kendinde bulunuş derecesi hakkındaki değerlendirmelerinin bütünüdür. Benlik kavramı, kişinin kendini bildiği andan itibaren çevresi ile etkileşimi yoluyla oluşur ve birey çevresini oluşan bu benlik kavramına uydurarak algılar. Bireyin kendi geleceğini yönlendirmede, çevreyle olan iletişimini belirlemede etkili olan benlik kavramı, bireyi tanımada önemli bir faktördür (63).

Salar kimliğimizin can alıcı (vital) bir yönünü karakterize eder, bu nedenle saçların kontrol edilemeyen kaybı çeşitli psikolojik durumlara sonuçlanabilir. AA'nın estetik sonuçları, yüzün hayati önem taşıyan özelliklerini belirleyen saçların, kaşların ve kirpiklerin kaybıdır. Bunun sonucunda, belirgin emosyonel stres ve azalmış benlik algısı gelişebilir. AA'nın negatif etkilerinden en fazla bahsedilenler benlik algısı, psikolojik olarak iyi hissetme ve beden imajı üzerine olan zararlı etkileridir. Bu negatif

etkiler hastanın psikolojik durumunu, sosyal etkileşimlerini ve günlük aktivitelerini değiştirebilir (64). AA'lı çocuklarda benlik algısını inceleyen çalışma sayısı azdır. AA tanısı almış 12 çocukta Piers-Harris Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, ortalama T skorunun 64,6 (93. persantil) olduğu sonucu ortaya çıkmış, bu da yüksek pozitif öz-kavramına işaret etmiştir (10). 13-56 yaş arası hastaları kapsayan bir başka çalışmada ise hastaların %53,8'i benlik algılarının hastalıklarından güçlü bir şekilde etkilendiğini bildirmişlerdir. Bu durumun yaş küçüldükçe ve hastalık süresi uzadıkça daha belirgin hale geldiği görülmüştür (65).

Anabilim Dalı'mızda akneli çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, kız hastaların Piers–Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği'nin Zihinsel ve Okul Durumu alt maddesi, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yaşlara göre bakıldığında da Piers–Harris Öz Kavramı ölçeğindeki Fiziksel görünüm alt ölçeği, 144–179 ay arasındakilerde 180–215 ay arasındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (62).

Alopesi Areata ve Sosyal Destek

Son yıllarda, bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu bir faktör olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi uyandırmaktadır. Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlığı olumlu etkilediğini gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır. Son dönemde yapılan sosyal destek araştırmalarında, ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan sosyal desteğe kaydığı belirtilmektedir (66). Pek çok çalışma sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel sağlık için koruyucu bir faktör olduğunu bildirmiştir. AA'lı 21 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, AA'nın düşük sosyal destek ile ilişkili olduğu bulunmuştur. AA'daki düşük sosyal desteğin, güvensiz bağlanma ve aleksitimi arasındaki karmaşık etkileşimlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (8). Kişinin kendi duygularını ve diğer insanların duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan aleksitimi, sosyal becerilerde eksikliğe,

daha az yakın ilişkilere ve algılanan sosyal desteğin daha az olmasına neden olabilir (8, 66).

Saçlar, kimliğin önemli bir parçasını oluşturur ve saç kaybı kimliğimizle alakalı pek çok psikolojik probleme yol açabilir. Bu yüzden, mevcut tedavilerin kısıtlı etkinliği de göz önüne alındığında, hekimlerin alopesinin psikolojik etkileri konusunda dikkatli olması gerekmektedir. Etkin olmayan tedaviler medikal yarardan daha fazla psikolojik zarar verebilmektedir. Pek çok çalışma AA ile psikiyatrik bozuklukların, özellikle depresyonun, birlikteliğinin sık görülebileceğini göstermektedir. Bu durum dermatolojik takiple beraber hastaların sistemli psikiyatrik tedavi ve takibe gereksinim duyabileceği düşüncesini desteklemektedir. Uygulanan tedavi ne olursa olsun, AA'lı hastaların psikiyatrik desteğe ihtiyaç duydukları unutulmamalıdır (46, 54, 55).

Literatür incelendiğinde, AA ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik komorbidite ve yaşam kalitesinin sıklıkla incelenmiş olduğu görülmektedir. Özellikle çocuk ve ergen yaş grubunda benlik algısı ve Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ile ilgili çalışma sayısı çok azdır. Biz de bu çalışmamızda, yukarıda sayılan maddelere ek olarak, çocuk ve ergen grubunda hiç incelenmeyen sosyal desteği ve bunların arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından ortak yürütülen bu çalışmamızda, AA'lı çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ve psikiyatrik komorbidite ile beraber depresyon, anksiyete, benlik algısı ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi ve bazı sosyodemografik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Olgular

Çalışmaya, 15.12.2009–01.04.2010 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan alopesi areata tedavisi için başvuran 9–18 yaş arası, 30 çocuk ve ergen hasta dahil edildi. Psikiyatrik muayeneyi kabul etmeyen 1 hasta, çalışmaya dahil olmak istemedi. Kontrol grubu olarak hastane personelinin yakınlarından oluşan ve dermatolojik rahatsızlığı olmayan sağlıklı gönüllüler alındı. Kontrol grubundaki gönüllülerin cinsiyetleri hasta grubuyla eşitlenmiştir, yaşlar ise her iki grup arasında birbirine mümkün olduğunca yakın tutulmuştur. Çalışma ile ilgili gerekli olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (Etik Kurul tarih:23.06.2009, Karar no: 2009–12/128)

Çalışmaya Kabul Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

Çalışmaya dahil olan hasta ve kontrol gruplarındaki çocuk ve ergenlere, Kişisel Bilgi Formu, Kovacs Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği ve Çocuklar İçin Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Katılımcıların anne-babalarına ise Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ebeveyn formu uygulandı. Ayrıca hastalara Çocuklar İçin Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi uygulandı.

Çalışma için 9–18 yaş arasında olan, bilişsel olarak çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olan, çalışmaya katılmak üzere kendisinin onayı ve veli/vasisinin aydınlatılmış onamı olan olgular seçildi (Ek-1 ve Ek-2). Dokuz yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olanlar ile işlevselliği bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olan olgular çalışmaya alınmadı (Ek-3 ve Ek-4).

Uygulanan Form ve Ölçekler

Kişisel Bilgi Formu (Ek-5)

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 30 maddeden oluşan bu form ile çalışmaya alınan olgunun ad-soyadları, doğum tarihi ve yeri, ay cinsinden yaşı, baba adı, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, okul durumu, kiminle yaşadığı, beraberinde yaşadığı ailesinin öz olup olmadığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri ve çalışma durumları, ailenin aylık geliri, gönüllüde sigara , alkol kullanımı olup olmadığı, daha önce psikiyatrik yardım alıp almadığı sorgulandı. Ayrıca ne kadar süredir alopesi areata tanısı aldığı, poliklinik takiplerine düzenli gelip gelmediği, alopesi areata nedeniyle etkilenen vücut bölgesi , halen kullanmakta olduğu tedavi ve SALT (Severity of Alopecia Tool) skoru Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'nde görevli hekim tarafından değerlendirildi.

SALT skorunun hesaplanması: National Alopecia Areata Foundation çalışma komitesi "Severity of Alopecia Tool score" (SALT score) tanımlamıştır. Kafa derisi 4 ana bölgeye bölünmüştür; Vertex - 40% (0,4) kafa derisi yüzey alanı; kafa derisinin sağ profili – kafa derisi yüzeyinin 18% (0,18)'i; kafa derisinin sol profili – kafa derisi yüzeyinin 18% (0,18)'i; kafa derisinin arka görünüşü – kafa derisi yüzeyinin 24% (0,24)'ü. Bu bölgelerden herhangi birindeki saç kaybının yüzdesi, saç kaybı yüzdesi ile bu bölgedeki kafa derisi alanının yüzdesi ile çarpımından bulunmaktadır. SALT skoru yukarıda bahsedilen bütün bölgelerdeki saç kaybı yüzdesinin toplamıdır (67).

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory–CDI) (Ek-6)

Çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs (68) tarafından 1981 yılında geliştirilen Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, çocukluk çağı depresyonunu değerlendirme amacıyla en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en sık araştırılmış olan ölçektir (68). Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Öy (69) tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Çocuklar için depresyon ölçeği 6–17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir (69).

Toplam 27 maddeden oluşan ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Çocuğun son iki hafta içindeki tutumunu değerlendirip üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Kesim puanı olarak 19 önerilir. 19 ve üstü patolojik kabul edilir (69).

Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-SCARED) (Ek-7)

Çocuklarda anksiyete bozukluklarının belirtilerini ölçer. Ölçek 1997 yılında Birmaher ve ark. (70) tarafından geliştirilmiş ve 2004 yılında Karaceylan (71) tarafından, 8-18 yaş grubu hastalarda Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kırkbir adet likert tipi soru içerir. Ölçekte toplam puan 0-82 arasında değişmektedir. Herhangi bir kesme puanı saptanmamış olup alınan puan ne kadar yüksekse genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir (71).

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory) (Ek-8)

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla uygulanan bir ölçektir. Bu ölçek 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir (72). Kısa semptom envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir.

Bireyin kendi kendine cevaplandırabileceği, uygulanışı kolay olan KSE, 53 madde, 9 alt ölçek, ek maddeler ve global indeksten oluşur. Her madde için "Hiç yok", "Biraz var", "Orta derecede var", "Epey var" ve "Çok fazla var" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir. Kesme puanı yoktur.

Alt ölçekler, somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler) obsesif kompulsif bozukluk (5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (20, 21, 22 ve 42. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler), anksiyete bozukluğu (1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler), hostilite (6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler), fobik anksiyete (8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler), paranoid düşünceler (4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler), psikositizm (3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler) ve ek maddelerden (11, 25, 39, 52. maddeler) oluşur. Ölçeğe ait global indeksler ise; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir), belirti toplamı indeksi ("o" olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin "1" olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır) ve semptom rahatsızlık indeksidir (Alt ölçeklerden elde edilen puanın toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir).

Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yaş ortalaması 21,02 olan bir grupta 1994 yılında yapılmıştır (73). Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik çalışması 2002 yılında 13–17 yaş arası (yaş ortalaması 15,21) 597 ergen ile yapılmıştır (74).

Çalışmada yaşam kalitesi, iki ölçek ile değerlendirilmiştir. Hastalara Çocuklar İçin Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi uygulanmıştır. Ayrıca, hasta ve kontrol gruplarını karşılaştırabilmek için, genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Çocuklar İçin Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (Children's Dermatology Life Quality Index) (Ek-9)

Çocuklar İçin Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, 5-16 yaş arası çocuklarda kullanım için dermatolojik hastalıklara spesifik, 10 maddelik bir Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi anketidir. Bu indeks , Lewis-Jones ve Finlay (75) tarafından geliştirilmiş ve geçerliliği yapılmıştır. Türkçe geçerlilik çalışması ise 2007 yılında Balcı, Sangün ve İnandı (76) tarafından yapılmıştır. Sorular alt-ölçeklere sınıflandırılmıştır: semptomlar ve hisler (soru 1 ve 2), boş zaman (soru 4, 5 ve 6), okul veya tatiller (soru 7), kişisel ilişkiler (soru 3 ve 8), uyku (soru 8), tedavi (soru 10). İndeksin her sorusu 'çok fazla' , 'oldukça fazla' , 'sadece biraz' , veya 'hiç' şeklinde cevaplanır ve sırasıyla 3, 2, 1, veya

0 olarak skorlanır. Çocuklar İçin Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi skoru, 10 sorunun skorlarının toplanmasıyla hesaplanır. Ölçekten 0-30 arası puan alınabilirken yüksek olan skorlar, yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği anlamına gelir. Herhangi bir kesme puanı yoktur (76).

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Pediatric Quality of Life Inventory) (Ek-10)

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini ölçmek amacı ile 1999 yılında Varni ve ark. (77) tarafından geliştirilmiş ve 2007 yılında Memik ve ark. (78) tarafından ergen yaş grubu üzerine geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Öz bildirim ölçeğidir. Hem hastaların hem de anne/babalarının çocukları hakkında değerlendirme yapabileceği 2 tipi bulunmaktadır. Fiziksel ve psikososyal (duygusal, sosyal ve okul) işlevselliği sorgulayan 23 maddeden oluşmaktadır. Ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği, ebeveyn den ise çocuğu için en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Seçenekler, “hiçbir zaman” (100 puan), “nadiren” (75 puan), “bazen” (50 puan), “sıklıkla” (25 puan) ve “her zaman” dan (0 puan) oluşmaktadır. Maddelerden alınan puanlar toplanıp doldurulmuş olan madde sayısına bölünerek ölçeğin puanı elde edilmiş olur. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak Ölçek Toplam Puan'ı, ikinci olarak Fiziksel Sağlık Toplam Puan'ı ve üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan Psikososyal Sağlık Toplam Puan'ı hesaplanır. Toplam puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin %50'sinden fazlası boş bırakılmışsa, ölçek geçersiz sayılır (78).

Piers–Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (Piers–Harris Children's Self Concept Scale) (Ek-11)

“Öz–kavramı” kamuoyu ve günlük yaşamda güven duygusu ya da kendine güven olarak isimlendirilen, kişiliğin temelinde olan, birey için önemli algı, duygu ve düşüncelerin bütünüdür (79). “Kendim Hakkında Düşüncelerim” adı ile anılan 80 maddelik ölçek, 9–16 yaş arası öğrenciler için 1964 yılında Piers ve Harris (80), tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Bu ölçek çocuklarda öz–kavramı (ya da benlik anlayışı) gelişimini, boyutlarını, kişilik ve çevreyle olan ilişkilerini araştırmada ve belirlemede kullanılır. Grup

uygulamaları için en az 3. sınıf seviyesinde okuma becerisi gerekir ve ölçeğin yanıtlanması ortalama 20–25 dakika alır. Okuma düzeyi düşük olan çocuklar ya da okuma yazması olmayanlar için bireysel uygulama yapılır (79).

Ölçeği oluşturan 80 tanımlayıcı ifade vardır. Bunlara “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıt verilir. Yanıtlar bir anahtarla puanlanır. Buna göre elde edilen puanlar kuramsal olarak 0 ila 80 arasında değişir. Yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz öz-kavramının varlığına işaret eder. Kesme puanı yoktur. Faktör 1: Mutluluk ve doyum (7, 8, 35, 37, 38, 41, 48, 50, 53, 61, 72, 79 ve 80. maddeler); Faktör 2: kaygı (2, 10, 11, 12, 17, 27, 29, 35, 45, 61, 66, 72 ve 77. maddeler); Faktör 3: popülerite ve sosyal beğeni (6, 13, 19, 26, 32, 44, 47, 49, 55, 67 ve 70. maddeler); Faktör 4: davranış ve uyum (15, 18, 21, 25, 30, 33, 34, 43, 54, 57, 62, 65, 66, 73, 75 ve 76. maddeler); Faktör 5: fiziksel görünüm (1, 16, 28, 39, 52, 53, 58, 60, 71 ve 80. maddeler); Faktör 6: zihinsel ve okul durumu (4, 14, 20, 23, 29, 40 ve 68. maddeler) olmak üzere altı faktörden oluşur. Ölçekte 2, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 33, 35, 36, 38, 41, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 54, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 69, 72, 72, 76, 77 ve 79. maddeler ters sorulardır (79).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 9–20 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler için Çataklı (81) tarafından yapılmıştır .

Çocuklar İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği (Social Support Appraisals Scale for Children) (Ek-12)

Dubow ve Ullman (1989) tarafından, çocukların aileleri, arkadaşları (yakın arkadaşlar ve sınıf arkadaşları) ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal desteğe ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve özgün adı 'Social Support Appraisals Scale for Children (APP)' olan ölçek, Cobb'un (1976) sosyal destek tanımını temel alan maddelerden oluşmaktadır. Maddeler çocuğun kendisini, içinde yer aldığı sosyal ağ tarafından ne derece sevilen, ilgi gösterilen, değer verilen ve kabul edilen biri olarak değerlendirdiğini ölçmektedir. Çocuklar her maddeye beşli ölçek (1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren/çok ender olarak, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman, 5 = her zaman) üzerinden yanıt vermektedirler. Ölçeğin özgün formundan alınabilecek en yüksek puan 205'tir, kesme puanı yoktur. Ölçeğin maddeleri

üç faktör altında toplanmıştır: Faktör I Arkadaş Desteği (1-10 ve 23-31 arası sorular olmak üzere 19 madde); Faktör II Aile desteği (11-22 arası sorular olmak üzere 12 madde); Faktör III - Öğretmen Desteği (32-41 arası sorular olmak üzere 10 madde). Ölçekte 1, 3, 4, 10, 13, 15, 17, 18, 22, 24, 25, 28, 30, 31, 33, 34, 37, 39, ve 41. sorular ters sorulardır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği, 2007 yılında Ilgın Gökler tarafından 9-17 yaş arası 358 çocuk ve ergenin dahil edildiği bir çalışmayla gösterilmiştir (82).

İstatiksel Analiz

Çalışmanın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago,IL) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, medyan, standart sapma, maks–min değerleriyle birlikte verilmiştir. Sürekli değişkenlerden normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmalar parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Mann–Whitney U testi testi kullanılmıştır.

Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki–kare ve Fisher’in kesin ki–kare testi kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değişkenler arasındaki ilişkiye korelasyon analiziyle bakılmış, Pearson ve Spearman korelasyon katsayısıyla ilişki incelenmiştir. Çalışmada %95 ($P<0,05$) anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Ergenlerdeki hızlı gelişim dikkate alınarak yaş (ay) olarak hesaplanmış, gereğinde (yıl; ay) olarak gösterilmiştir. Çocuk ve ergen yaş sınırı, çalışma içi tutarlık açısından, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği’ndeki sınır kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran 9–18 yaş arası alopesi areata tanısı almış 30 hasta ile alopesi ve herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayan 30 kişiden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Araştırmaya katılan hastaların 6'sı kız (% 20), 24'ü (% 80) erkek; kontrol grubunda ise 6'sı kız (% 20), 24'ü erkekti (%80). Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 161 ay (13 yaş 5 ay) olarak tespit edildi. Kontrol grubu yaş ortalaması 162 ay (13 yaş 6 ay) olarak saptandı. Araştırmaya katılan hasta grubunda en küçük kız 10 yaş 7 aylık, en büyük kız 17 yaş 11 aylık iken, en küçük erkek 8 yaş 11 aylık, en büyük erkek ise 18 yaşındaydı. Araştırmaya katılan kontrol grubunda en küçük kız 11 yaş 11 aylık, en büyük kız 17 yaş 5 aylık iken, en küçük erkek 9 yaş 3 aylık, en büyük erkek ise 18 yaşındaydı (Tablo-1).

Tablo-1: Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyete göre ortalama yaşı.

Grup	Cinsiyet	YAŞ (Ay Olarak)						p
		n	%	Ortalama yaş	Standart Sapma	Minimum yaş	Maksimum yaş	
Hasta	Kız	6	20	165,0	31,45	127,0	215,0	,906
	Erkek	24	80	160,95	30,02	107,0	216,0	
	Toplam	30	100	161,76	30,20	107,0	216,0	
Kontrol	Kız	6	20	163,0	26,22	143,0	209,0	
	Erkek	24	80	161,75	34,02	111,0	216,0	
	Toplam	30	100	162,0	32,19	111,0	216,0	

Katılımcıların doğum yerine bakıldığında; hasta grubunun %20'sinin (n=6) ilçede, %80'inin (n=24) ilde doğduğu, kontrol grubunun ise %13,3'ünün (n=4) köyde, %3,3'ünün (n=1) kasabada, %26,7'sinin (n=8) ilçede, %56,7'sinin (n=17) ilde doğduğu saptandı. Kardeş sayısına bakıldığında hasta grubunda %6,7'sinin (n=2) tek çocuk olduğu, %50'sinin (n=15) 1 kardeşi, %33,3'ünün (n=10) 2 kardeşi, %3,3'ünün (n=1) 3 kardeşi ve

%3,3'ünün (n=1) 5 kardeşi, %3,3'ünün (n=1) 6 kardeş ve üzeri bulunduğu; kontrol grubunda %10'unun (n=3) tek çocuk olduğu, %33,3'ünün (n=10) 1 kardeşi, %26,7'nin (n=8) 2 kardeşi, %20'sinin (n=6) 3 kardeşi ve %10'unun (n=3) 4 kardeşi bulunduğu saptandı.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında hastaların %23,3'ü (n=7) ilköğretim 1-5. sınıfa, %53,3'ü (n=16) ilköğretim 6-8. sınıfa ve %23,3'ü (n=7) liseye gitmekteydi. Kontrollerin %26,7'si (n=8) ilköğretim 1-5. sınıfa, %36,7'si (n=11) ilköğretim 6-8. sınıfa, %36,7'si de (n=11) liseye gitmekteydi. Hastaların okul başarısının %53,3'ünde (n=16) orta, %46,7'sinde (n=14) iyi; kontrol grubunda %13,3'ünde (n=4) düşük, %30'ında (n=9) orta, %56,7'sinde (n=17) iyi olduğu öğrenildi.

Hastaların kiminle yaşadıklarına bakıldığında; %86,7'sinin (n=26) anne ve baba ile, %10'unun (n=3) anne ile, %3,3'ünün (n=1) akrabalarının yanında yaşadığı, kontrol grubunda ise %90'ının (n=27) anne ve baba ile yaşadığı, %6,7'sinin (n=2) baba ile, %3,3'ünün ise (n=1) kurumda yaşadığı tespit edildi. Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda katılımcılarının tümünün anne ve babalarının öz olduğu öğrenildi.

Çocuk tarafından tanımlanan ebeveyn tutumlarına bakıldığında, katılımcılardan hasta grubunun %53,3'ü ebeveynlerini (n=16) normal, %43,3'ü (n=13) aşırı koruyucu ve %3,3'ü (n=1) gözlem ve kontrolü yetersiz olarak tanımlamıştır. Kontrol grubunda ise ebeveyn tutumları sırasıyla %90 (n=27) ile normal, %6,7 (n=2) ile aşırı koruyucu ve % 3,3 (n=1) ile gözlem ve kontrolü yetersiz olarak belirtilmiştir. Ebeveyn tutumu, normal ve patolojik olarak gruplandırıldığında, hasta grubundaki ebeveynin kontrol grubu ebeveynine göre daha sık hatalı tutumlara sahip olarak tanımladığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo-2).

Tablo-2: Anne-baba tutumunun hasta ve kontrollerde dağılımı

Grup	Ebeveyn tutumları				p
	Normal		Patolojik		
	n	%	n	%	
Hasta	16	53,3	14	46,6	0,002*
Kontrol	27	90	3	10	

p*: p<0.05

Katılımcıların anne ve babalarının eğitim durumları Tablo-3 ve Tablo-4'te verilmiştir. Buna göre, hem hasta hem de kontrol grubunda anne ve babaların çoğunluğu ilköğretim mezunu olmakla birlikte, gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo-3: Anne eğitim düzeyi dağılımı.

Grup	Anne eğitim düzeyi				P
	İlköğretim		Lise ve üzeri		
	n	%	n	%	
Hasta	24	80	6	20	,158
Kontrol	18	60	12	40	

Tablo-4: Baba eğitim düzeyi dağılımı.

Grup	Baba eğitim düzeyi				P
	İlköğretim		Lise ve üzeri		
	n	%	n	%	
Hasta	21	70	9	30	,288
Kontrol	16	60	14	40	

Hastaların annelerinin çalışma durumuna bakıldığında; %90'ının (n=27) çalışmadığı, %3,3'ünün (n=1) işçi olduğu ve %6,7'sinin (n=2) serbest bir meslekte çalıştığı saptandı. Kontrol grubunda annelerin çalışma

durumuna bakıldığında; %83,3'ünün (n=25) çalışmadığı, %10'unun (n=3) işçi olduğu, %6,7'sinin (n=2) memur olduğu saptandı.

Hastaların babalarının çalışma durumuna bakıldığında; %13,3'ünün çalışmadığı, %40,0'ının (n=12) işçi olduğu, %6,7'sinin (n=2) memur olduğu, %3,3'ünün (n=1) emekli olduğu, %36,7'sinin (n=11) ise serbest bir meslekte çalıştığı saptandı. Kontrol grubunda babaların çalışma durumuna bakıldığında; %23,3'ünün (n=7) işçi olduğu, %23,3'ünün (n=7) memur olduğu, %6,7'sinin (n=2) emekli olduğu, %46,7'sinin (n=14) ise serbest bir meslekte çalıştığı saptandı.

Ailenin aylık geliri açısından bakıldığında (En düşük gelir dilimi çalışmanın yapıldığı dönemdeki asgari ücret düzeyi olan 500 TL olarak belirlendi); hastaların %10'unda (n=3) ailenin aylık toplam gelirinin 500 TL ve altında, %36,7'sinin (n=11) 501–1000 TL arasında, %16,7'sinde (n=5) 1001–1500 TL arasında, %20'sinde (n=6) 1501–2000 TL arasında, %3,3'ünde (n=1) 2001-2500 arasında, %13,3'ünde (n=4) 2501 TL'nin üzerinde olduğu; kontrol grubunda ise %6,7'sinde (n=2) ailenin aylık toplam gelirinin 500 TL'nin altında, %40'ının (n=12) 501–1000 TL arasında, %13,3'ünde (n=4) 1001–1500 TL arasında, %20'sinde (n=6) 1501–2000 TL arasında, %10'unda (n=3) 2001-2500 arasında ve %10'unda (n=3) 2501 TL'nin üzerinde olduğu saptandı.

Sigara kullanımı açısından bakıldığında, hastaların %90'ı (n=27) sigara kullanmadığını, %10'u (n=3) sigara kullandığını, kontrol grubunun ise %93,3'ü (n=28) sigara kullanmadığını, %6,7'si (n=2) sigara kullandığını bildirmiştir (p>0,05) (Tablo-5). Alkol kullanımı açısından bakıldığında, hastaların %96,7'si (n=29) alkol kullanmadığını, %3,3'ü ise (n=1) alkol kullandığını, kontrol grubunun ise tümü (n=30) alkol kullanmadığını bildirdi.

Tablo–5: Hasta ve kontrollerin sigara kullanımına göre dağılımı.

Grup	Sigara kullanımı				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Hasta	3	10	27	90	>0,05
Kontrol	2	6	28	93,3	

Daha önceden psikolojik destek alınıp alınmadığı incelendiğinde, hastaların %66,7'si (n=20) daha önce psikolojik destek aldığını, %33,3'ü (n=10) ise almadığını bildirdi. Kontrol grubunda ise psikolojik destek alanların oranı %6,7 (n=2), almayanların oranı %93,3 (n=28) olarak bulundu (p<0,001)(Tablo 6). Daha önceki psikiyatrik ilaç kullanım öyküsüne bakıldığında hastaların %43,3'ünde (n=13) psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü saptanmış, %56,7'sinde (n=17) saptanmadı. Kontrol grubunda ise gönüllülerin hiçbirinin daha önce psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü yoktu.

Tablo–6: Hasta ve kontrollerin çalışma öncesi psikolojik destek alıp almadıklarının dağılımı

Grup	Psikolojik destek öyküsü				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Hasta	20	66,6	10	33,3	<0.001**
Kontrol	2	6,6	28	93,3	

p**: p<0.001

Alopesi Areata İle İlgili Bulgular

Hastalık süresi incelendiğinde, hastalık süresinin hastalardan %3,3'ünde (n=1) 0-12 ay arası , %13,3'ünde (n=4) 13-24 ay arası, %13,3'ünde (n=4) 25-36 ay arası, %20'sinde (n=6) 37-48 ay arası, %13,3'ünde (n=4) 49-60 ay arası ve %36,7'sinde (n=11) 61 ay ve daha fazla olduğu tespit edildi. Hastalık süresi 0-36 ay ve 36 aydan fazla şeklinde gruplandırıldığında, cinsiyet farkı saptanmadı (p>0.05). Hastalık süresine göre cinsiyet dağılımları Tablo-7'de gösterilmiştir.

Tablo-7: Hastalık süresinin cinsiyete göre dağılımı.

Grup	Hastalık süresi				P
	0-36 ay		>36 ay		
	n	%	n	%	
Kız	2	33,3	4	66,6	>0,05
Erkek	7	29,1	17	70,9	
Tümü	9		21		

Alopesinin lokalizasyonu incelendiğinde hastaların %80'inde (n=24) lokalize tutulum olduğu ve %20'sinde (n=6) tüm vücutta dökülme olduğu tespit edildi. Hastalığın tutulumu açısından cinsiyet farkı saptanmadı (p>0,05) (Tablo-8).

Tablo-8: Kız ve erkek hastalarda hastalık tutulumuna göre dağılım.

Grup	Tutulum				P
	Lokalize		Tüm vücut		
	n	%	n	%	
Kız	5	83,3	1	16,6	>0,05
Erkek	19	79,1	5	20,9	
Tümü	24		6		

Hastaların alopesi areata açısından tedavi durumlarına bakıldığında, hastaların %50'sinin (n=15) tedaviyi faydasız buldukları gerekçesiyle bıraktıkları saptandı. Kızların %66,6'sının (n=4), erkeklerin de %45,8'inin (n=11) faydasız buldukları gerekçesiyle tedaviyi bıraktığı saptandı (p>0.05)(Tablo-9).

Tablo-9: Tedaviye uyumun cinsiyete göre dağılımı.

Grup	Tedavi durumu				P
	Tedaviyi bırakmış		Tedavi devam		
	n	%	n	%	
Kız	4	66,6	2	33,3	>0,05
Erkek	11	45,8	13	54,2	
Tümü	15	50	15	50	

Halen tedavisi devam eden hastalarda, erkek hastaların %61,5'inin (n=8) topikal tedavi, %38,5'inin (n=5) sistemik tedavi, kız hastaların ise tümünün (n=2) sistemik tedavi aldığı tespit edildi (p>0.05)(Tablo-10).

Tablo-10: Mevcut tedavinin cinsiyete göre dağılımı.

Grup	Mevcut tedavi				P
	Topikal		Sistemik		
	n	%	n	%	
Kız	0	0	2	100	,200
Erkek	8	61,5	5	38,5	
Tümü	8		7		

Poliklinik kontrollerinin düzenli olup olmadığına bakıldığında, kız hastaların %33,3'ünün (n=2) dermatoloji polikliniğine düzenli geldiği, %66,6'sının (n=4) kontrollere düzenli olarak gelmediği saptandı. Erkeklerde

de hastaların %33,3'ünün (n=8) kontrollere düzenli geldiği, %66,6'sının (n=16) kontrollere düzenli gelmediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo-11).

Tablo-11: Kontrol muayenelerine uyumun cinsiyete göre dağılımı.

Grup	Kontrol muayenesi				P
	Düzenli		Düzensiz		
	n	%	n	%	
Kız	2	33,3	4	66,6	>0,05
Erkek	8	33,3	16	66,6	
Tümü	10		20		

Hastalık hakkında alınan eğitim açısından bakıldığında, hastaların %53,3'ü (n=16) hastalık hakkında hekimlerden eğitim aldıklarını bildirirken, %47,7'si (n=14) eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Ebeveynlerin ise %56,6'sı (n=17) eğitim aldıklarını, %43,4'ü (n=13) eğitim almadıklarını bildirmişlerdir ($p>0,05$) (Tablo-12).

Tablo-12: Hastalık hakkında eğitim alma durumuna göre hasta ve ebeveynlerin dağılımı.

Grup	Eğitim				P
	Almış		Almamış		
	n	%	n	%	
Hasta	16	53,3	14	47,7	,795
Ebeveyn	17	56,6	13	43,4	

Hastalar, alopesi şiddetini gösteren SALT (Severity of Alopecia Tool) skorları açısından cinsiyete ve yaşa (çocuk-ergen) göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo-13 ve Tablo-14).

Tablo-13: SALT skorunun cinsiyete göre ortalama farkı.

	Kız (n=5)		Erkek (n=24)		P
	OP±SS	min–maks	OP±SS	min–maks	
SALT skoru	31,07±4,46	2,72–100	30,02±11,90	1,20-100	0,933

*: $p<0,05$, p** : $p<0,01$, ($p>0,05$): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma, SALT skoru: Severity of Alopecia Tool skoru

Tablo-14: SALT skorunun yaşa göre ortalama farkı.

	Çocuk (n=14)		Ergen (n=6)		P
	OP±SS	min–maks	OP±SS	min–maks	
SALT skoru	37,96±11,25	1,20–100	22,96±11,80	2-100	0,983

p*: $p<0,05$, p** : $p<0,01$, ($p>0,05$): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma, SALT skoru: Severity of Alopecia Tool skoru

Hastalarda Psikiyatrik Bulguların Dermatolojik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Alopesinin süresi ile tüm ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında, hastalık süresi ile Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuklar için Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo-15).

SALT skoru ile tüm ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında, SALT skoru daha yüksek olanlarda, Kısa Semptom Envanteri' nin OKB ($r= 0,427$; $p=0,021$) ve Anksiyete Bozuklukları ($r= 0,384$; $p= 0,040$) alt ölçekleri daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Ancak SALT skoru ile Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme

Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuklar için Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi arsında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo-15). Bununla birlikte, SALT skoru ile ÇATÖ puanı ($r=0,335$; $p=0,072$) ve KSE (Fobik Anksiyete) puanı ($r=0,326$; $p=0,084$) arasında doğru ilişkili bir eğilim ve SALT skoru ile Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği (Davranış ve uyum) arasında ($r=-0,362$; $p=0,054$) ters ilişki yönünde bir eğilim olduğu görüldü.

Hastalar, lokalize tutulum ve tüm vücut tutulumu olanlar şeklinde karşılaştırıldıklarında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bununla birlikte, tüm vücut tutulumu olanlarda KSE-OKB ($p=0,065$) ve KSE-Anksiyete Bozukluğu ($p=0,073$) skoru daha yüksek, Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği (Davranış ve uyum) skoru daha düşük olma ($p=0,073$) eğilimindeydi (Tablo-16).

Tablo-15: Alopesi süresinin ve SALT skorunun tüm ölçekler ile korelasyonu.

ÖLÇEKLER		Hastalık süresi (n=30)		SALT skoru (n=29)	
		r	p	r	P
Kovacs		0,47	0,804	0,271	0,156
ÇATÖ		0,135	0,478	0,339	0,072
Ç-DYKİ		0,224	0,235	0,243	0,205
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	-0,062	0,744	0,043	0,826
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,052	0,786	0,427	0,021*
	Kişiler Arası Duyarlılık	0,213	0,259	0,311	0,100
	Depresyon	0,129	0,499	0,142	0,463
	Anksiyete Bozukluğu	-0,087	0,648	0,384	0,040*
	Hostilite	0,094	0,620	0,139	0,473
	Fobik anksiyete	0,078	0,680	0,326	0,084
	Paranoid Düşünce	0,232	0,217	0,300	0,113
	Psikotizm	0,231	0,220	0,288	0,130
	Ek maddeler	0,082	0,668	0,135	0,486
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,119	0,532	0,287	0,131
	Belirti Toplamı İndeksi	0,058	0,762	0,269	0,159
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,185	0,326	0,198	0,303
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	-0,079	0,680	-0,172	0,374
	Kaygı	0,065	0,732	-0,234	0,221
	Popülarite, Sosyal Beğeni	-0,121	0,524	0,140	0,469
	Davranış ve Uyum	-0,045	0,812	-0,362	0,054
	Fiziksel Görünüm	0,041	0,828	0,101	0,603
	Zihinsel ve Okul Durumu	0,028	0,884	0,126	0,515
	TOPLAM	-0,047	0,807	-0,193	0,316
Ç-SDDÖ	Arkadaş	-0,141	0,457	0,079	0,685
	Aile	0,009	0,963	-0,026	0,893
	Öğretmen	0,060	0,753	0,062	0,750
	TOPLAM	-0,048	0,799	0,046	0,811
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP	-0,141	0,459	-0,046	0,812
	Çocuk/Ergen PSTP	-0,195	0,302	-0,254	0,183
	Çocuk/Ergen OTP	-0,220	0,243	-0,190	0,324
	Ebeveyn FSTP.	0,142	0,453	0,070	0,719
	Ebeveyn PSTP	-0,110	0,561	-0,263	0,169
	Ebeveyn OTP	0,035	0,852	-0,142	0,463

r: Korelasyon katsayısı, p*: $p < 0,05$, p**: $p < 0,01$. SALT: Severity of Alopecia Tool; ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP: Ölçek toplam puanı,

Tablo-16: Hastaların lokalizasyona göre tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Lokalize (n=24)		Tüm vücut (n=6)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	7,75±6,23	0-28	12,50±8,96	4-25	0,273	
ÇATO	18,25±10,59	2-48	28,16±20,25	3-61	0,251	
Ç-DYKİ	4,79±4,85	0-19	6,50±4,32	0-13	0,321	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,50±3,55	0-13	4,00±4,19	0-10	0,940
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	4,66±3,95	0-12	9,33±5,85	3-18	0,065
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,58±3,58	0-13	5,83±4,70	0-12	0,296
	Depresyon	3,25±4,67	0-16	5,16±5,15	0-12	0,527
	Anksiyete Bozukluğu	3,91±4,26	0-17	8,33±6,40	2-16	0,073
	Hostilite	5,20±5,12	0-19	6,83±6,70	1-15	0,743
	Fobik anksiyete	2,95±2,91	0-9	5,66±5,53	0-13	0,273
	Paranoid Düşünce	4,41±3,83	0-15	7,33±7,08	0-18	0,494
	Psikotizm	3,00±3,13	0-11	5,33±5,64	0-15	0,402
	Ek maddeler	3,33±2,97	0-10	4,16±1,72	2-6	0,296
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,71±0,61	0,02-2,38	1,16±0,95	0,28-2,36	0,374
	Belirti Toplamı İndeksi	21,08±13,34	1-51	29,50±17,16	10-50	0,347
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,03±0,012	0,018-0,05	0,03±0,011	0,02-0,05	0,296
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	9,45±2,48	3-12	8,83±3,06	4-11	0,900
	Kayı	7,62±2,68	2-12	7,00±3,22	2-12	0,494
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,66±1,46	6-11	10,16±0,98	9-11	0,561
	Davranış ve Uyum	12,50±2,41	6-16	9,83±3,81	4-13	0,073
	Fiziksel Görünüm	6,41±2,18	1-9	7,16±0,75	6-8	0,667
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,29±1,87	1-7	4,66±1,21	3-6	0,743
	TOPLAM	59,29±10,17	35-72	56,00±10,11	42-65	0,494
Ç-SDDÖ	Arkadaş	79,00±10,97	52-95	82,33±13,41	58-94	0,347
	Aile	52,75±8,19	31-60	53,50±8,09	39-60	0,860
	Öğretmen	39,41±7,24	25-49	43,00±8,24	32-50	0,230
	TOPLAM	171,16±23,72	118-198	178,83±28,15	130-204	0,296
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP	80,07±17,13	37,50-100	83,33±21,07	43,75-100	0,561
	Çocuk/Ergen PSTP	80,62±13,94	40-98,33	73,61±19,78	53,33-96,67	0,432
	Çocuk/Ergen OTP	80,43±14,32	43,48-98,91	76,99±17,20	57,35-97,83	0,705
	Ebeveyn FSTP.	74,34±22,13	31,25-100	79,16±17,75	50-96,88	0,820
	Ebeveyn PSTP	77,01±15,08	38,33-95	67,50±17,40	38,33-85	0,210
	Ebeveyn OTP	76,08±15,93	35,87-95,65	71,55±13,92	35,87-95,65	0,494

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP:Ölçek toplam puanı.

Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubu, tüm ölçeklerin (Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği) ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,05$) (Tablo-17).

Ölçek ortalama puanları hasta ve kontrol grubunda, cinsiyetler açısından incelendiğinde, hasta kızların Çocuklar İçin Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeğinin Öğretmen alt ölçeği puanının, kontrol grubu kızlarına göre daha düşük olduğu ($p<0,05$) görüldü. Ek olarak, KSE-Hostilite puanının, hasta kızlarda kontrol grubu kızlarına göre daha yüksek ($p=0,065$) olma eğiliminde olduğu görüldü (Tablo-18). Hasta ve kontrol grubundaki erkekler arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo-19).

Hasta çocuklar (107–155 ay) ve ergenler (156–216 ay) karşılaştırıldıklarında, ortalama ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Bununla beraber, Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği fiziksel görünüm alt puanının, çocuklarda ergenlere göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görüldü ($p=0,089$) (Tablo-20).

Tablo-17: Hasta ve kontrol grubunun tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Hasta (n=30)		Kontrol (n=30)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	8,70±6,95	0-28	9,23±7,16	0-31	0,700	
ÇATO	20,23±13,26	2-61	21,60±13,12	0-43	0,599	
Ç-DYKİ	5,13±4,73	0-19	-	-	-	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,60±3,61	0-13	4,30±5,86	0-20	0,544
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	5,60±4,68	0-18	7,10±5,69	0-18	0,350
	Kişiler Arası Duyarlılık	4,03±3,85	0-13	4,20±3,86	0-16	0,905
	Depresyon	3,63±4,74	0-16	4,56±5,33	0-21	0,521
	Anksiyete Bozukluğu	4,80±4,97	0-17	4,00±4,11	0-14	0,566
	Hostilite	5,53±5,38	0-19	5,03±5,19	0-19	0,613
	Fobik anksiyete	3,50±3,63	0-13	2,20±2,52	0-11	0,189
	Paranoid Düşünce	5,00±4,66	0-18	5,00±4,92	0-16	0,812
	Psikotizizm	3,46±3,76	0-15	3,56±3,31	0-13	0,692
	Ek maddeler	3,50±2,76	0-10	3,56±4,02	0-15	0,525
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,80±0,70	0,02-2,38	0,82±0,68	0,02-2,32	0,994
	Belirti Toplamı İndeksi	22,76±14,64	1-51	21,56±13,19	1-46	0,813
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,03±0,018	0,01-0,05	0,03±0,012	0,01-0,05	0,662
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	9,33±2,56	3-12	8,86±3,05	2-12	0,828
	Kaygı	7,50±2,75	2-12	8,13±2,78	3-13	0,464
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,76±1,38	6-11	8,80±2,59	2-11	0,251
	Davranış ve Uyum	11,96±2,88	4-16	12,43±2,87	5-16	0,347
	Fiziksel Görünüm	6,56±1,99	1-9	6,83±2,46	1-10	0,418
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,36±1,75	1-7	4,96±1,51	1-7	0,101
	TOPLAM	58,63±10,08	35-72	59,30±11,16	37-73	0,519
Ç-SDDÖ	Arkadaş	79,66±11,32	52-95	77,06±12,13	51-93	0,446
	Aile	52,90±8,04	31-60	54,33±6,68	38-60	0,571
	Öğretmen	40,13±7,44	25-50	39,20±6,41	27-50	0,651
	TOPLAM	172,70±24,34	118-204	170,60±20,83	126-202	0,584
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	80,72±17,64	37,50-100	83,22±13,06	50-100	0,905
	Çocuk/Ergen PSTP	79,22±15,16	40-98,33	78,77±14,68	46,67-100	0,847
	Çocuk/Ergen OTP	79,74±14,68	43,48-98,91	80,32±12,01	50-100	0,959
	Ebeveyn FSTP.	75,31±21,13	31,25-100	78,33±17,67	43,75-100	0,689
	Ebeveyn PSTP	75,11±15,73	38,33-95	79,16±12,28	53,33-100	0,433
	Ebeveyn OTP	75,18±15,43	35,87-95,65	78,87±12,78	50-100	0,359

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo-18: Hasta ve kontrol grubunda kızların tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Kız Hasta (n=6)		Kız Kontrol (n=6)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	10,66±7,11	3-21	11,33±5,64	4-20	0,818	
ÇATÖ	25,00±18,94	7-61	26,00±11,86	7-38	0,485	
Ç-DYKİ	5,66±4,27	0-13	-	-	-	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	5,33±3,26	1-9	3,33±2,73	0-7	0,240
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	7,16±5,70	1-18	5,66±5,78	1-17	0,310
	Kişiler Arası Duyarlılık	6,83±4,53	1-12	3,50±3,14	0-9	0,240
	Depresyon	6,50±5,85	0-15	3,00±3,79	0-10	0,240
	Anksiyete Bozukluğu	7,33±5,57	1-16	4,16±4,21	0-10	0,394
	Hostilite	9,00±6,54	2-19	3,16±4,75	0-12	0,065
	Fobik anksiyete	5,50±4,26	1-12	1,83±1,32	0-4	0,132
	Paranoid Düşünce	6,83±5,45	2-15	3,33±1,03	2-5	0,394
	Psikotizm	5,00±4,14	0-11	2,33±2,65	0-7	0,240
	Ek maddeler	4,50±2,88	1-9	2,33±2,33	0-6	0,240
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,20±0,80	0,43-2,26	0,61±0,50	0,13-1,55	0,180
	Belirti Toplamı İndeksi	32,83±14,64	11-50	20,50±10,74	7-35	0,132
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,03±0,013	0,02-0,05	0,02±0,008	0,01-0,04	0,394
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	8,50±3,50	3-12	8,66±4,45	2-12	0,937
	Kaygı	5,33±3,01	2-9	8,33±3,20	3-12	0,180
	Popülerite, Sosyal Beğeni	9,50±1,87	6-11	8,66±2,87	5-11	0,818
	Davranış ve Uyum	12,16±3,71	7-16	13,16±2,48	10-15	0,485
	Fiziksel Görünüm	7,16±1,72	4-9	8,00±1,89	5-10	0,485
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,50±2,81	1-7	5,50±0,83	5-7	0,937
	TOPLAM	56,33±15,00	35-72	61,50±13,08	42-72	0,485
Ç-SDDÖ	Arkadaş	81,16±9,74	65-92	79,00±11,94	61-93	0,818
	Aile	51,66±6,97	43-60	55,50±7,28	41-60	0,394
	Öğretmen	36,83±4,70	32-45	43,16±4,40	39-49	0,015**
	TOPLAM	169,66±17,58	146-187	177,66±20,76	152-202	0,699
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	73,43±21,89	37,50-90,63	79,16±11,29	62,50-96,88	1,000
	Çocuk/Ergen PSTP	73,61±14,88	55-96,67	78,33±10,95	60-90	0,589
	Çocuk/Ergen OTP	73,55±15,30	52,17-94,57	78,62±7,91	68,48-85,87	0,394
	Ebeveyn FSTP.	67,70±29,35	31,25-96,88	77,08±20,69	46,88-100	0,589
	Ebeveyn PSTP	73,33±22,50	38,33-95	74,72±9,74	63,33-86,67	0,818
	Ebeveyn OTP	71,37±23,59	35,87-95,65	75,54±12,68	60,87-88,04	1,000

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo-19: Hasta ve kontrol grubunda erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Erkek Hasta (n=24)		Erkek Kontrol (n=24)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	8,20±6,98	0-28	8,70±7,50	0-31	0,844	
ÇATO	19,04±11,68	2-48	20,50±13,42	0-43	0,820	
Ç-DYKİ	5,00±4,91	0-19	-	-	-	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,16±3,63	0-13	4,54±6,43	0-20	0,721
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	5,20±4,44	0-14	7,45±5,74	0-18	0,186
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,33±3,42	0-13	4,37±4,06	0-16	0,423
	Depresyon	2,91±4,27	0-16	4,95±5,65	0-21	0,212
	Anksiyete Bozukluğu	4,16±4,72	0-17	3,95±4,17	0-14	0,925
	Hostilite	4,66±4,83	0-19	5,50±5,29	0-19	0,575
	Fobik anksiyete	3,00±3,38	0-13	2,29±2,75	0-11	0,502
	Paranoid Düşünce	4,54±4,45	0-18	5,41±5,42	0-16	0,755
	Psikotizm	3,08±3,65	0-15	3,87±3,44	0-13	0,256
	Ek maddeler	3,25±2,73	0-10	3,87±4,32	0-15	0,917
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,70±0,65	0,02-2,38	0,87±0,72	0,02-2,32	0,452
	Belirti Toplamı İndeksi	20,25±13,81	1-51	21,83±13,92	1-46	0,695
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,03±0,014	0,01-0,05	0,03±0,013	0,01-0,05	0,283
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	9,54±2,32	3-12	8,91±7,73	3-12	0,528
	Kayı	8,04±2,45	3-12	8,08±2,74	3-13	0,992
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,83±1,27	7-11	8,83±2,58	2-11	0,249
	Davranış ve Uyum	11,91±2,73	4-16	12,25±2,98	5-16	0,441
	Fiziksel Görünüm	6,41±2,06	1-9	6,54±2,53	1-10	0,572
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,33±1,46	1-7	4,83±1,63	1-7	0,111
	TOPLAM	59,20±8,80	35-72	58,75±10,88	37-73	0,788
Ç-SDDÖ	Arkadaş	79,29±11,84	52-95	76,58±12,38	51-92	0,496
	Aile	53,20±8,39	31-60	54,04±6,66	38-60	0,983
	Öğretmen	40,95±7,84	25-50	38,20±6,52	27-50	0,190
	TOPLAM	173,45±26,02	118-204	168,83±20,91	126-198	0,353
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	82,55±16,45	43,75-100	84,24±13,49	50-100	0,893
	Çocuk/Ergen PSTP	80,62±15,21	40-98,33	78,88±15,67	46,67-100	0,680
	Çocuk/Ergen OTP	81,29±14,44	43,48-98,91	80,75±12,94	50-100	0,765
	Ebeveyn FSTP.	77,21±18,89	40,63±100	78,64±17,32	43,75-100	0,868
	Ebeveyn PSTP	75,55±14,18	38,33-95	80,27±12,77	53,33-100	0,292
	Ebeveyn OTP	76,13±13,22	42,39-95,65	79,71±12,94	50-100	0,322

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo-20: Çocuk ve ergen hastaların tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Çocuk (107–155 ay) (n=15)		Ergen (156–216 ay) (n=15)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Kovacs		8,00±14,59	0–25	4,40±7,17	3–28	0,683
ÇATÖ		20,73±12,32	9–61	19,73±14,56	2–48	0,838
Ç-DYKİ		5,66±4,41	0–13	4,60±5,12	0-19	0,389
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,26±2,52	0–8	3,93±4,52	0–13	0,806
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	6,06±4,72	0–18	5,13±4,74	0–14	0,539
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,73±3,51	0–12	4,33±4,27	0–13	0,806
	Depresyon	2,53±3,54	0–12	4,73±5,61	0–16	0,305
	Anksiyete Bozukluğu	4,00±4,48	0–16	5,60±5,44	0–17	0,436
	Hostilite	4,26±3,76	0-15	6,80±6,51	0–19	0,389
	Fobik anksiyete	3,33±3,37	0–12	3,66±3,99	0–13	1,000
	Paranoid Düşünce	4,13±3,41	0–12	5,86±5,62	0-18	0,512
	Psikotizizm	2,53±2,29	0–9	4,40±4,71	0–15	0,539
	Ek maddeler	3,86±2,41	0–8	3,13±3,11	0–10	0,285
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,71±0,53	0,11–2,26	0,89±0,84	0,02–2,38	0,935
	Belirti Toplamı İndeksi	22,0±13,2	5-50	23,53±16,39	1-51	0,838
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,03±0,009	0,01–0,04	0,03±0,013	0,01-0,05	0,713
Piers– Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	9,66±2,38	4-12	9,00±2,77	3-12	0,461
	Kaygı	7,66±2,55	2-12	7,33±3,01	3-12	0,775
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,73±1,27	7–11	9,80±1,52	6-11	0,775
	Davranış ve Uyum	11,73±3,03	4-16	12,20±2,80	6-16	0,567
	Fiziksel Görünüm	7,20±1,61	3-9	5,93±2,18	1-8	0,089
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,73±1,70	1-7	4,00±1,77	1-7	0,202
	TOPLAM	60,00±9,83	42-72	57,26±10,47	35-70	0,367
Ç-SDDÖ	Arkadaş	78,13±12,71	52-94	81,20±9,95	65-95	0,595
	Aile	53,66±8,69	36-60	52,13±7,55	31-60	0,148
	Öğretmen	40,13±8,35	25-50	40,13±6,70	30-49	0,935
	TOPLAM	171,93±27,46	118-204	173,46±21,73	132-199	0,967
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	81,45±15,19	43,75-100	80,00±20,31	37,50-100	0,838
	Çocuk/Ergen PSTP	80,33±14,24	55-98,33	78,11±16,44	40-96,67	0,713
	Çocuk/Ergen OTP	80,72±13,60	54,35-98,91	78,76±16,11	43,48-97,83	0,838
	Ebeveyn FSTP.	77,08±16,85	43,75-100	73,54±25,19	31,25-100	0,967
	Ebeveyn PSTP	77,77±15,34	38,33-95	72,44±16,19	38,33-95	0,233
	Ebeveyn OTP	77,53±13,22	53,26-95,65	72,82±17,51	35,87-95,65	0,567

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Hasta kız ve erkekler, tüm ölçekler açısından kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak, Kısa Semptom Envanterinin Belirti Toplamı İndeksi, kızlarda erkeklere göre sınırda daha yüksek olduğu ($p=0,05$) ve aynı ölçeğin kişilerarası duyarlılık ($p=0,065$) ile hostilite ($p=0,082$) puanlarının kızlarda daha yüksek olma eğiliminde olduğu görüldü. Ayrıca, Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği kaygı alt puanının, erkeklerde kızlara göre yüksek olma eğiliminde olduğu görüldü ($p=0,057$) (Tablo-21).

Tablo-21: Hasta kız ve erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Kız Hasta (n=6)		Erkek Hasta (n=24)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
Kovacs	10,66±7,11	3-21	8,20±6,98	0-28	0,462	
ÇATO	25,00±18,94	7-61	19,04±11,68	2-48	0,595	
Ç-DYKİ	5,66±4,27	0-13	5,00±4,91	0-19	0,667	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	5,33±3,26	1-9	3,16±3,63	0-13	0,129
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	7,16±5,70	1-18	5,20±4,44	0-14	0,432
	Kişiler Arası Duyarlılık	6,83±4,53	1-12	3,33±3,42	0-13	0,065
	Depresyon	6,50±5,85	0-15	2,91±4,27	0-16	0,116
	Anksiyete Bozukluğu	7,33±5,57	1-16	4,16±4,72	0-17	0,174
	Hostilite	9,00±6,54	2-19	4,66±4,83	0-19	0,082
	Fobik anksiyete	5,50±4,23	1-12	3,00±3,38	0-13	0,174
	Paranoid Düşünce	6,83±5,45	2-15	4,54±4,45	0-18	0,321
	Psikotizm	5,0±4,14	0-11	3,08±3,65	0-15	0,230
	Ek maddeler	4,50±2,88	1-9	3,25±2,73	0-10	0,321
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,20±0,80	0,43-2,26	0,70±0,65	0,02-2,38	0,191
	Belirti Toplamı İndeksi	32,83±14,64	11-50	20,25±13,81	1-51	0,050*
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,03±0,013	0,02-0,05	0,03±0,011	0,01-0,05	0,527
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	8,50±3,50	3-12	9,54±2,32	3-12	0,494
	Kayı	5,33±3,01	2-9	8,04±2,45	3-12	0,057
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,50±1,87	6-11	9,83±1,27	7-11	0,820
	Davranış ve Uyum	12,16±3,71	7-16	11,91±2,73	4-16	0,432
	Fiziksel Görünüm	7,16±1,72	1-9	6,41±2,06	1-9	0,402
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,50±2,81	1-7	4,33±1,46	1-7	0,561
	TOPLAM	56,33±15,00	35-72	59,20±8,80	35-72	0,940
Ç-SDDÖ	Arkadaş	81,16±9,74	65-92	79,29±11,84	52-95	0,781
	Aile	51,66±6,97	43-60	53,20±8,39	31-60	0,494
	Öğretmen	36,83±4,70	32-45	40,95±7,84	25-50	0,210
	TOPLAM	169,66±17,58	146-187	173,45±26,02	118-204	0,374
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	73,43±21,89	37,50-90,63	82,55±16,45	43,75-100	0,273
	Çocuk/Ergen PSTP	73,61±14,88	55-96,67	80,62±15,21	40-98,33	0,251
	Çocuk/Ergen OTP	73,55±15,30	52,17-94,57	81,29±14,44	43,48-98,91	0,210
	Ebeveyn FSTP.	67,70±29,35	31,25-96,88	77,21±18,89	40,63-100	0,561
	Ebeveyn PSTP	73,33±22,50	38,33-95	75,55±14,18	38,33-95	0,980
	Ebeveyn OTP	71,37±23,59	35,87-95,65	76,13±13,22	42,39-95,65	0,781

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Depresyon puanı, 4 hastada (%13,3) patolojik düzeyde yüksek saptandı. Depresyon puanı patolojik (>19) olan (n=4) ve olmayan (n=26) hastalar tüm ölçekler açısından karşılaştırıldı. Depresyon puanı patolojik hasta grubunda, depresyon ölçeği ortalamasının yanısıra, ÇATÖ'nün ve KSE'nin tüm alt ölçekleri de depresyonu olmayan hastalara göre yüksek saptandı ($p<0,05$). Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği toplam ve mutluluk/diyum, kaygı, davranış/uyum puanları depresyonu olan grupta, olmayana göre düşük ($p<0,05$). Depresyonu olan grubun algıladığı sosyal destek (toplam, aile, öğretmen) düşük ($p<0,05$) bulundu ve arkadaş desteğinin de düşük algılanmaya eğilimli olduğu ($p=0,052$) görüldü. Depresyonu olan hastalarda, olmayanlara göre hem dermatolojik yaşam kalite indeksi hem de yaşam kalitesi ölçeği çocuk alt ölçekleri daha düşük bulundu ($p<0,05$). Depresyonu olan hastaların anne-babalarının, hastanın psikososyal ve toplam yaşam kalitesini daha düşük değerlendirdikleri ($p<0,05$) ancak fiziksel yaşam kalitesi açısından fark görmedikleri ($p>0,05$) saptandı. (Tablo-22).

Annenin eğitim düzeyi ile ölçeklerin korelasyonlarına bakıldığında, hastalarda anne eğitim düzeyi ile KSE'nin Fobik Anksiyete alt ölçeği ile negatif ($r= -0,404$; $p=0,027$); Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeğinin Davranış ve Uyum alt ölçeği ile pozitif ($r= 0,394$; $p=0,031$) yönde anlamlı ilişki bulundu. Kontrol grubunda ise, anne eğitim düzeyi ile Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeğinin Popülarite-Sosyal Beğeni alt ölçeği arasında negatif ($r=-0,371$; $p=0,043$) yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo-23).

Babanın eğitim düzeyi ile ölçeklerin korelasyonlarına bakıldığında, hastalarda baba eğitim düzeyi ile Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeğinin Popülarite-Sosyal Beğeni alt ölçeği ($r= 0,514$; $p=0,004$) ve Toplam puanı ($r= 0,440$; $p=0,015$), Çocuklar İçin Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeğinin Arkadaş alt ölçeği ($r= 0,373$; $p=0,043$) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Psikososyal Toplam Puanı ($r=0,416$; $p=0,022$) ile Ölçek Toplam Puanı ($r=0,411$; $p=0,024$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Kontrol grubunda, baba eğitim düzeyi ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo-24).

Ekonomik düzey ile ölçeklerin korelasyonlarına bakıldığında, hastalarda ekonomik düzey ile Kovacs Depresyon Ölçeği arasında negatif yönde ($r=-0,363$; $p=0,049$) ve Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeğinin Davranış ve Uyum alt ölçeği arasında pozitif ($r=0,392$; $p=0,032$) yönde anlamlı ilişki bulundu. Kontrollerde ise ekonomik düzey ile Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeğinin Mutluluk ve Doyum ($r=-0,362$; $p=0,049$), Kaygı ($r= -0,487$; $p=0,006$) alt ölçekleri ve Toplam puanı ($r=-0,494$; $p=0,005$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo-25).

Tablo-22: Hastaların depresyon puanlarına göre tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Depresyon (+) (n=4)		Depresyon (-) (n=26)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Kovacs		23,25±4,03	19-28	6,46±3,89	0-17	,000**
ÇATO		41,75±15,67	28-61	16,92±9,44	2-40	,001**
Ç-DYKİ		9,75±8,13	0-19	4,42±3,75	0-13	,177*
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	8,50±4,79	2-13	2,84±2,82	0-10	,018*
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	12,75±3,59	10-18	4,50±3,79	0-14	,002*
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,69±9,50	5-13	3,19±3,17	0-12	,007*
	Depresyon	12,00±3,26	8-16	2,34±3,45	0-15	,001**
	Anksiyete Bozukluğu	13,00±4,08	9-17	3,53±3,77	0-16	,001**
	Hostilite	13,00±5,16	7-19	4,38±4,49	0-19	,003*
	Fobik anksiyete	8,25±3,30	4-12	2,76±3,14	0-13	,005*
	Paranoid Düşünce	9,25±2,06	7-12	4,34±4,62	0-18	,011*
	Psikotizizm	7,75±2,62	4-10	2,80±3,49	0-15	,009*
	Ek maddeler	6,25±2,62	4-10	3,07±2,57	0-9	,044*
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,89±0,52	1,25-2,38	0,63±0,56	0,02-2,36	,001**
	Belirti Toplamı İndeksi	45,75±6,39	37-51	19,23±12,09	1-46	,001**
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,04±0,006	0,033-0,046	0,03±0,011	0,018-0,056	,071*	
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	5,25±2,21	3-8	9,96±1,98	3-12	,001**
	Kayı	4,00±2,16	2-7	8,03±2,44	3-12	,009*
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,50±1,00	9-11	9,80±1,44	6-11	,536
	Davranış ve Uyum	6,75±2,50	4-10	12,76±1,96	8-16	,001**
	Fiziksel Görünüm	5,25±3,09	1-8	6,76±1,77	2-9	,328
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,00±0,81	3-5	4,42±1,85	1-7	,536
	TOPLAM	43,50±7,04	35-52	60,96±8,34	35-72	,001**
Ç-SDDÖ	Arkadaş	69,75±9,42	58-81	81,19±10,95	52-95	,052
	Aile	42,50±9,29	31-51	54,50±6,68	36-60	,011*
	Öğretmen	31,75±1,25	30-33	41,42±7,15	25-50	,005*
	TOPLAM	144,00±24,34	130-162	177,11±22,50	118-204	,014*
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	59,37±15,52	43,75-78,13	84,01±15,74	37,50-100	,011*
	Çocuk/Ergen PSTP	58,33±15,81	40,00-78,33	82,43±12,49	53,33-98,33	,011*
	Çocuk/Ergen OTP	58,69±12,92	43,48-73,91	82,98±12,18	52,17-98,91	,005*
	Ebeveyn FSTP.	62,50±18,57	46,88-87,50	77,28±21,13	31,25-100	,198
	Ebeveyn PSTP	50,00±13,04	38,33-66,67	78,97±12,22	38,33-95,00	,001**
	Ebeveyn OTP	54,34±9,80	42,39-66,30	78,38±13,59	35,87-95,65	,003*

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan; min:minimum , maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo–23: Hasta ve kontrol grubunda anne eğitim düzeyi ile tüm ölçeklerin korelasyonu.

ÖLÇEKLER		Hasta (n=30)		Kontrol (n=30)	
		R	p	r	p
Kovacs		-,227	,228	,211	,264
ÇATÖ		-,274	,143	-,064	,738
Ç-DYKİ		,236	,210	-	-
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	-,160	,398	,151	,425
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	-,098	,608	,074	,699
	Kişiler Arası Duyarlılık	-,034	,860	,036	,850
	Depresyon	-,163	,389	,299	,109
	Anksiyete Bozukluğu	-,142	,454	,221	,242
	Hostilite	-,265	,157	,279	,136
	Fobik anksiyete	-,404*	,027	,200	,289
	Paranoid Düşünce	-,155	,412	,284	,128
	Psikotizm	-,337	,069	,240	,201
	Ek maddeler	-,129	,498	,260	,165
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	-,232	,217	,207	,272
	Belirti Toplamı İndeksi	-,150	,429	,178	,346
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	-,191	,311	,221	,240
Piers– Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	,296	,113	-,181	,338
	Kaygı	,238	,206	-,052	,787
	Popülarite, Sosyal Beğeni	,083	,664	-,371*	,043
	Davranış ve Uyum	,394*	,031	-,283	,129
	Fiziksel Görünüm	,149	,432	-,344	,063
	Zihinsel ve Okul Durumu	,030	,874	-,153	,420
	TOPLAM	,343	,063	-,322	,083
Ç-SDDÖ	Arkadaş	,149	,431	-,291	,119
	Aile	,085	,657	,096	,615
	Öğretmen	,133	,482	-,304	,103
	TOPLAM	,146	,442	-,253	,177
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	,143	,450	-,030	,877
	Çocuk/Ergen PSTP	,193	,306	-,240	,201
	Çocuk/Ergen OTP	,198	,294	-,244	,194
	Ebeveyn FSTP.	-,071	,709	,020	,918
	Ebeveyn PSTP	,101	,594	,017	,929
	Ebeveyn OTP	,058	,760	-,042	,826

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01. SALT: Severity of Alopecia Tool; ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo–24: Hasta ve kontrol grubunda baba eğitim düzeyi ile tüm ölçeklerin korelasyonu.

ÖLÇEKLER		Hasta (n=30)		Kontrol (n=30)	
		R	p	r	p
Kovacs		-,119	,532	-,137	,470
ÇATÖ		-,193	,308	,025	,897
Ç-DYKİ		-,250	182	-	-
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	-,085	,654	,082	,666
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	-,015	,937	,151	,425
	Kişiler Arası Duyarlılık	-,200	,290	-,036	,851
	Depresyon	-,196	,300	,107	,575
	Anksiyete Bozukluğu	-,119	,532	-,114	,547
	Hostilite	-,147	,437	-,003	,988
	Fobik anksiyete	-,211	,263	-,038	,841
	Paranoid Düşünce	-,205	,276	,060	,754
	Psikotizm	-,176	,251	,020	,918
	Ek maddeler	-,169	,371	,081	,671
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	-,158	,405	,013	,946
	Belirti Toplamı İndeksi	-,127	,505	-,064	,739
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	-,073	,701	,115	,543
Piers– Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	,344	,063	-,161	,394
	Kaygı	,172	,365	-,108	,570
	Popülarite, Sosyal Beğeni	,514**	,004	-,199	,292
	Davranış ve Uyum	,354	,055	-,122	,520
	Fiziksel Görünüm	,314	,091	-,213	,259
	Zihinsel ve Okul Durumu	,033	,863	-,341	,065
	TOPLAM	,440*	,015	-,316	,089
Ç-SDDÖ	Arkadaş	,373*	,043	-,122	,522
	Aile	,304	,102	-,020	,919
	Öğretmen	,079	,678	-,305	,101
	TOPLAM	,303	,104	-,164	,386
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	,329	,076	,020	,918
	Çocuk/Ergen PSTP	,416*	,022	-,058	,760
	Çocuk/Ergen OTP	,411*	,024	-,053	,780
	Ebeveyn FSTP.	,135	,476	,245	,192
	Ebeveyn PSTP	,111	,558	,235	,211
	Ebeveyn OTP	,133	,484	,213	,259

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01. SALT: Severity of Alopecia Tool; ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo–25: Hasta ve kontrol grubunda ekonomik düzey ile tüm ölçeklerin korelasyonu.

ÖLÇEKLER		Hasta (n=30)		Kontrol (n=30)	
		R	p	r	p
Kovacs		-,363*	,049	,114	,547
ÇATÖ		-,022	,906	,062	,744
Ç-DYKİ		-,047	,805	-	-
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	-,195	,303	,113	,551
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	-,018	,926	,296	,112
	Kişiler Arası Duyarlılık	-,003	,987	,183	,334
	Depresyon	-,131	,492	,336	,070
	Anksiyete Bozukluğu	-,049	,799	,242	,198
	Hostilite	-,079	,678	,116	,541
	Fobik anksiyete	-,211	,264	,094	,619
	Paranoid Düşünce	-,112	,556	,017	,931
	Psikotizm	-,006	,976	,209	,269
	Ek maddeler	-,105	,581	,317	,088
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	-,115	,545	,230	,221
	Belirti Toplamı İndeksi	-,110	,561	,192	,310
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	-,079	,679	,187	,323
Piers– Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	,160	,399	-,362*	,049
	Kaygı	-,048	,800	-,487**	,006
	Popülarite, Sosyal Beğeni	,346	,061	-,312	,093
	Davranış ve Uyum	,392*	,032	-,339	,067
	Fiziksel Görünüm	,156	,410	-,299	,108
	Zihinsel ve Okul Durumu	-,018	,924	-,173	,360
	TOPLAM	,201	,287	-,494**	,005
Ç-SDDÖ	Arkadaş	,260	,164	-,201	,286
	Aile	,129	,497	-,219	,245
	Öğretmen	-,106	,579	-,127	,502
	TOPLAM	,130	,494	-,229	,224
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	-,032	,868	,019	,921
	Çocuk/Ergen PSTP	,193	,306	-,278	,136
	Çocuk/Ergen OTP	,148	,436	-,231	,219
	Ebeveyn FSTP.	,134	,481	,148	,435
	Ebeveyn PSTP	,080	,674	,018	,923
	Ebeveyn OTP	,122	,520	,104	,583

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01. SALT: Severity of Alopecia Tool; ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. OTP:Ölçek toplam puanı.

Hastalarda ve kontrollerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm ölçekler ile korelasyonuna bakıldığında, öncelikle hastalarda neredeyse tüm ölçek ve alt ölçeklerle anlamlı korelasyon tespit edildi. Oysa kontrollerde anlamlı düzeydeki korelasyonlar, bu kadar sık değildi (Tablo-26 a ve b ve Tablo 27 a ve b).

Hasta ve kontrollere uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinde, her iki grupta da hasta ve ebeveyn bildiriminde, fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesinin birbiriyle pozitif ilişkili olduğu, toplam ölçek puanı açısından da ebeveyn ve çocuk bildiriminin pozitif ilişkili olduğu görüldü (Tablo 26 a ve b ve Tablo 27 a ve b).

Sadece hastalara uygulanan Ç-DYKİ'nin hasta ve ebeveyn bildirimine göre psikososyal yaşam kalitesi ile ters ilişkili olduğu görüldü, ancak ne hasta ne de ebeveyn bildirimine göre fiziksel yaşam kalitesi ile anlamlı ilişkisinin olmadığı görüldü (Tablo 26 a ve b ve Tablo 27 a ve b).

Tablo–26a: Hastalarda Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri ve Ç-DYKİ'nin diğer ölçeklerle korelasyonu.

ÖLÇEKLER	FSTP	PSTP	ÖTP	Ebeveyn FSTP	Ebeveyn PSTP	Ebeveyn ÖTP	Ç-DYKİ	
Kovacs	r:-,434* p:,017	r:-,564** p:,001	r:-,568** p:,001	r:-,325 p:,080	r:-,422* p:,020	r:-,455* p:,011	r:,266 p:,155	
ÇATÖ	r:-,563** p:,001	r:-,648** p:,000	r:-,673 p:,000	r:-,201 p:,287	r:-,268 p:,152	r:-,314 p:,091	r:,352 p:,057	
Ç-DYKİ	r:-,227 p:,228	r:-,487** p:,006	r:-,443* p:,014	r:-,138 p:,466	r:-,380* p:,038	r:-,151 p:,425	r:1 p:	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	r:-,558** p:,001	r:-,754** p:,000	r:-,727** p:,000	r:-,373* p:,042	r:-,226 p:,230	r:-,352 p:,056	r:,211 p:,262
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	r:-,463** p:,010	r:-,563** p:,001	r:-,568** p:,001	r:-,156 p:,412	r:-,287 p:,125	r:-,275 p:,141	r:,269 p:,151
	Kişiler Arası Duyarlılık	r:-,594** p:,001	r:-,604** p:,000	r:-,668** p:,000	r:-,405* p:,027	r:-,461* p:,010	r:-,523** p:,003	r:,380* p:,038
	Depresyon	r:-,567** p:,001	r:-,660** p:,000	r:-,684** p:,000	r:-,374* p:,042	r:-,401* p:,028	r:-,479* p:,007	r:,191 p:,313
	Anksiyete Bozukluğu	r:-,579** p:,001	r:-,649** p:,000	r:-,681** p:,000	r:-,325 p:,080	r:-,347 p:,060	r:-,429* p:,018	r:,147 p:,437
	Hostilite	r:-,688 p:,000	r:-,846** p:,000	r:-,855** p:,000	r:-,248 p:,187	r:-,391* p:,033	r:-,393* p:,032	r:,359 p:,051
	Fobik anksiyete	r:-,544** p:,002	r:-,626** p:,000	r:-,659** p:,000	r:-,294 p:,114	r:-,286 p:,122	r:-,345 p:,061	r:,225 p:,232
	Paranoid Düşünce	r:-,598** p:,000	r:-,712** p:,000	r:-,747** p:,000	r:-,227 p:,227	r:-,425* p:,019	r:-,427* p:,019	r:,363* p:,049
	Psikotizm	r:-,608** p:,000	r:-,725** p:,000	r:-,745** p:,000	r:-,200 p:,290	r:-,250 p:,182	r:-,324 p:,081	r:,152 p:,421
	Ek maddeler	r:-,487 p:,006	r:-,529** p:,003	r:-,581** p:,001	r:-,293 p:,116	r:-,240 p:,182	r:-,330 p:,075	r:,212 p:,262
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	r:-,685** p:,000	r:-,751** p:,000	r:-,795** p:,000	r:-,328 p:,077	r:-,327 p:,078	r:-,419* p:,021	r:,260 p:,166
	Belirti Toplamı İndeksi	r:-,648** p:,000	r:-,756** p:,000	r:-,772** p:,000	r:-,382* p:,037	r:-,263 p:,160	r:-,419* p:,021	r:,221 p:,242
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	r:-,495** p:,005	r:-,499 p:,000	r:-,559** p:,001	r:-,133 p:,482	r:-,348 p:,060	r:-,274 p:,144	r:,334 p:,072

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01; ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo–26b: Hastalarda Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri ve Ç-DYKİ'nin diğer ölçeklerle korelasyonu.

ÖLÇEKLER		FSTP	PSTP	ÖTP	Ebeveyn FSTP	Ebeveyn PSTP	Ebeveyn ÖTP	Ç-DYKİ
Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği	Mutluluk,Doyum	r:.,794** p:.,000	r:.,785** p:.,000	r:.,845** p:.,000	r:.,468** p:.,009	r:.,502** p:.,005	r:.,613** p:.,000	r:.,273 p:.,144
	Kaygı	r:.,679** p:.,000	r:.,657** p:.,000	r:.,717** p:.,000	r:.,303 p:.,104	r:.,306 p:.,100	r:.,360 p:.,051	r:.,354 p:.,055
	Popülerite, Sosyal Beğeni	r:.,422* p:.,020	r:.,511** p:.,004	r:.,514** p:.,004	r:.,072 p:.,707	r:.,148 p:.,436	r:.,124 p:.,515	r:.,294 p:.,115
	Davranış ve Uyum	r:.,284 p:.,128	r:.,552** p:.,002	r:.,506** p:.,004	r:.,121 p:.,524	r:.,408* p:.,025	r:.,308 p:.,098	r:.,393* p:.,032
	Fiziksel Görünüm	r:.,461* p:.,010	r:.,465** p:.,010	r:.,487** p:.,006	r:.,482** p:.,007	r:.,447* p:.,013	r:.,503** p:.,005	r:.,161 p:.,396
	Zihinsel ve Okul Durumu	r:.,120 p:.,528	r:.,060 p:.,754	r:.,062 p:.,745	r:.,160 p:.,397	r:.,329 p:.,076	r:.,250 p:.,183	r:.,070 p:.,715
	TOPLAM	r:.,570** p:.,001	r:.,740** p:.,000	r:.,733** p:.,000	r:.,261 p:.,164	r:.,490** p:.,006	r:.,449* p:.,013	r:.,424* p:.,019
Ç-SDDÖ	Arkadaş	r:.,565** p:.,001	r:.,574** p:.,001	r:.,597** p:.,000	r:.,185 p:.,327	r:.,228 p:.,225	r:.,244 p:.,194	r:.,286 p:.,126
	Aile	r:.,440* p:.,015	r:.,580** p:.,001	r:.,574** p:.,001	r:.,200 p:.,290	r:.,422* p:.,020	r:.,397* p:.,030	r:.,355 p:.,054
	Öğretmen	r:.,485** p:.,007	r:.,473** p:.,008	r:.,517** p:.,003	r:.,219 p:.,245	r:.,420* p:.,021	r:.,365* p:.,048	r:.,326 p:.,079
	TOPLAM	r:.,585** p:.,001	r:.,615** p:.,000	r:.,642** p:.,000	r:.,197 p:.,296	r:.,309 p:.,096	r:.,300 p:.,107	r:.,339 p:.,067
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	r:1 p:	r:.,688** p:.,000	r:.,837** p:.,000	r:.,563** p:.,001	r:.,402* p:.,028	r:.,591** p:.,001	r:.,227 p:.,228
	Çocuk/Ergen PSTP	r:.,688** p:.,000	r:1 p:	r:.,967** p:.,000	r:.,224 p:.,234	r:.,420* p:.,021	r:.,400* p:.,028	r:.,487** p:.,006
	Çocuk/Ergen ÖTP	r:.,559** p:.,001	r:.,967** p:.,000	r:1 p:	r:.,349 p:.,059	r:.,470** p:.,009	r:.,505** p:.,004	r:.,443* p:.,014
	Ebeveyn FSTP.	r:.,563** p:.,001	r:.,224 p:.,234	r:.,349 p:.,059	r:1 p:	r:.,492** p:.,006	r:.,842** p:.,000	r:.,138 p:.,466
	Ebeveyn PSTP	r:.,402* p:.,028	r:.,420* p:.,021	r:.,470** p:.,009	r:.,492** p:.,006	r:1 p:	r:.,856** p:.,000	r:.,380* p:.,038
	Ebeveyn ÖTP	r:.,591** p:.,001	r:.,400* p:.,028	r:.,505** p:.,004	r:.,842** p:.,000	r:.,856** p:.,000	r:1 p:	r:.,151 p:.,425

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01;Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı; ÖTP:Ölçek toplam puanı, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi

Tablo-27a: Kontrollerde Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin diğer ölçeklerle korelasyonu.

ÖLÇEKLER	FSTP	PSTP	ÖTP	Ebeveyn FSTP	Ebeveyn PSTP	Ebeveyn ÖTP	
Kovacs	r:-,004 p:,.982	r:-664** p:,.000	r:-,602** p:,.000	r:-,344 p:,.063	r:-,655** p:,.000	r:-,540** p:,.002	
ÇATO	r:-,130 p:,.493	r:-,598** p:,.000	r:-,573** p:,.001	r:-,325 p:,.079	r:-,540** p:,.002	r:-,460* p:,.011	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	r:-,304 p:,.103	r:-,570** p:,.001	r:-,590** p:,.001	r:-,004 p:,.982	r:-,304 p:,.103	r:-,212 p:,.261
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	r:-,166 p:,.381	r:-,690** p:,.000	r:-,652** p:,.000	r:-,138 p:,.466	r:-,486** p:,.006	r:-,355 p:,.054
	Kişiler Arası Duyarlılık	r:-,060 p:,.752	r:-,611** p:,.000	r:-,537** p:,.002	r:-,401* p:,.028	r:-,517** p:,.003	r:-,491** p:,.006
	Depresyon	r:,.046 p:,.810	r:-,821** p:,.000	r:-,709** p:,.000	r:-,245 p:,.192	r:-526** p:,.003	r:-,465** p:,.010
	Anksiyete Bozukluğu	r:-,155 p:,.415	r:-,836** p:,.000	r:-,794** p:,.000	r:-,273 p:,.145	r:-,647** p:,.000	r:-,544** p:,.002
	Hostilite	r:,.017 p:,.931	r:-,716** p:,.000	r:-,630** p:,.000	r:-,215 p:,.255	r:-,478** p:,.008	r:-,416* p:,.022
	Fobik anksiyete	r:-,299 p:,.108	r:-,238 p:,.205	r:-,311 p:,.095	r:-,303 p:,.103	r:-,146 p:,.441	r:-,220 p:,.244
	Paranoid Düşünce	r:-,153 p:,.419	r:-,601** p:,.000	r:-,580** p:,.001	r:-,260 p:,.166	r:-,543** p:,.002	r:-,511** p:,.004
	Psikotizizm	r:-,258 p:,.168	r:-,709** p:,.000	r:-,723** p:,.000	r:-,262 p:,.163	r:-,428* p:,.018	r:-,381* p:,.038
	Ek maddeler	r:-,180 p:,.340	r:-,829** p:,.000	r:-,770** p:,.000	r:-,200 p:,.288	r:-,482** p:,.007	r:-,422* p:,.020
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	r:-,150 p:,.428	r:-,839** p:,.000	r:-,779** p:,.000	r:-,269 p:,.0151	r:-,588** p:,.001	r:-,504** p:,.005
	Belirti Toplamı İndeksi	r:-,071 p:,.710	r:-,815** p:,.000	r:-,741** p:,.000	r:-,256 p:,.172	r:-,584** p:,.001	r:-,497** p:,.005
Semptom Rahatsızlık İndeksi	r:-,288 p:,.123	r:-,665** p:,.000	r:-,655** p:,.000	r:-,288 p:,.225	r:-,479** p:,.007	r:-,404* p:,.027	

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01; ÇATO: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı. ÖTP:Ölçek toplam puanı.

Tablo–27b: Kontrollerde Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin diğer ölçeklerle korelasyonu.

ÖLÇEKLER		FSTP	PSTP	ÖTP	Ebeveyn FSTP	Ebeveyn PSTP	Ebeveyn ÖTP
Piers-Harris Öz Kavram Ölçeği	Mutluluk,Doyum	r:,.084 p:,.661	r:,.540** p:,.002	r:,.515** p:,.004	r:,.126 p:,.506	r:,.352 p:,.056:	r:,.276 p:,.140
	Kaygı	r:,.283 p:,.130	r:,.375* p:,.041	r:,.412* p:,.024	r:,.114 p:,.548	r:,.258 p:,.169	r:,.172 p:,.362
	Popülarite, Sosyal Beğeni	r:,.192 p:,.310	r:,.476** p:,.008	r:,.495** p:,.005	r:,.011 p:,.954	r:,.339 p:,.067	r:,.206 p:,.274
	Davranış ve Uyum	r:,.210 p:,.266	r:,.480** p:,.007	r:,.498** p:,.005	r:,.153 p:,.419	r:,.266 p:,.155	r:,.222 p:,.239
	Fiziksel Görünüm	r:,.098 p:,.606	r:,.0569** p:,.001	r:,.518** p:,.003	r:,.313 p:,.092	r:,.362* p:,.049	r:,.397* p:,.030
	Zihinsel ve Okul Durumu	r:,.029 p:,.880	r:,.112 p:,.555	r:,.123 p:,.518	r:,-.192 p:,.309	r:,-.121 p:,.525	r:,-.150 p:,.429
	TOPLAM	r:,.259 p:,.167	r:,.595** p:,.001	r:,.610** p:,.000	r:,.153 p:,.421	r:,.315 p:,.090	r:,.270 p:,.149
Ç-SDDÖ	Arkadaş	r:,.421* p:,.021	r:,.512** p:,.004	r:,.586** p:,.001	r:,.375* p:,.041	r:,.315 p:,.090	r:,.356 p:,.054
	Aile	r:,.190 p:,.316	r:,.601** p:,.000	r:,.604** p:,.000	r:,.202 p:,.284	r:,.560** p:,.001	r:,.454* p:,.012
	Öğretmen	r:,.102 p:,.590	r:,.485** p:,.007	r:,.458* p:,.011	r:,.289 p:,.122	r:,.285 p:,.127	r:,.397* p:,.030
	TOPLAM	r:,.310 p:,.096	r:,.590** p:,.001	r:,.637** p:,.000	r:,.368* p:,.045	r:,.426* p:,.019	r:,.457* p:,.011
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Çocuk/Ergen FSTP.	r:1 p:	r:,.256 p:,.173	r:,.534** p:,.002	r:,.333 p:,.072	r:,.274 p:,.143	r:,.313 p:,.092
	Çocuk/Ergen PSTP	r:,.256 p:,.173	r:1 p:	r:,.940** p:,.000	r:,.315 p:,.090	r:,.740** p:,.000	r:,.644** p:,.000
	Çocuk/Ergen ÖTP	r:,.534** p:,.002	r:,.940** p:,.000	r:1 p:	r:,.373* p:,.042	r:,.732** p:,.000	r:,.654** p:,.000
	Ebeveyn FSTP.	r:,.333 p:,.072	r:,.315 p:,.090	r:,.373* p:,.042	r:1 p:	r:,.601** p:,.000	r:,.840** p:,.000
	Ebeveyn PSTP	r:,.274 p:,.143	r:,.740** p:,.000	r:,.732** p:,.000	r:,.601** p:,.000	r:1 p:	r:,.914** p:,.000
	Ebeveyn ÖTP	r:,.313 p:,.092	r:,.644** p:,.000	r:,.654** p:,.000	r:,.840** p:,.000	r:,.914** p:,.000	r:1 p:

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01;Ç-SDDÖ: Çocuklarda Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Toplam Puanı; ÖTP:Ölçek toplam puanı, Ç-DYKİ: Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde alopesi areata tanısı almış 9– 18 yaş arası çocuk ve ergende Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı, sosyal destek, yaşam kalitesi ve bazı psikososyal özelliklerin incelenmesi amaçlandı. Çalışmaya 9–18 yaş arası alopesili 30 kişilik hasta grubu ile herhangi bir dermatolojik ve kronik hastalığı olmayan 30 kişilik kontrol grubu dahil edildi. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, alopesi süresi, mevcut tedavi durumu ve alopesinin derecesi not edildi. Alopesi derecelerinin belirlenmesinde “Severity of Alopecia Tool score” (SALT skoru) kullanıldı. Hasta ve kontrol grubu ilk olarak cinsiyet ve yaş ayrımı olmadan tüm ölçekler açısından karşılaştırıldı. Daha sonra hastalar cinsiyet ve yaşa göre ayrılarak, gruplar ayrı ayrı kendi içinde ve kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Hasta grubunda hastalık süresi ve SALT skoru ile tüm ölçekler arasındaki korelasyon incelendi. Ek olarak hasta ve kontrollerde anne-baba eğitim düzeyi ve ailenin gelir durumu ile ölçeklerin korelasyonu ile yaşam kalitesi ölçeklerinin diğer ölçekler ile korelasyonu incelendi.

Hastalık süresi incelendiğinde, hastalık süresinin hastaların %3,3'ünde (n=1) 0-12 ay arası , %13,3'ünde (n=4) 13-24 ay arası, %13,3'ünde (n=4) 25-36 ay arası, %20'sinde (n=6) 37-48 ay arası, %13,3'ünde (n=4) 49-60 ay arası ve %36,7'sinde (n=11) 61 ay ve daha fazla olduğu tespit edildi. Hastalık süresi 0-36 ay ve 36 aydan fazla şeklinde gruplandığında, süre ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Alopesi derecelendirmesinde kullanılan SALT skorunda kafa derisindeki saç kaybının yüzdesi kullanılarak hesaplandığı için, sadece kaşlarda alopesik lezyonu olan bir hasta SALT skoru ile ilgili karşılaştırmalara dahil edilmedi. Kalan 29 hastada SALT skoru ile tüm ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında, SALT skoru ile Kısa Semptom Envanteri' nin OKB ($r= 0,427$; $p=0,021$) ve Anksiyete Bozuklukları ($r= 0,384$; $p= 0,040$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Oysa, Antalya'da yaşları 14 ile 56 arasında değişen, 13 erkek ve 9 kadından oluşan 22 kişilik

alopesili hasta grubuyla yapılan bir çalışmada, lezyon sayısı ve lezyonun çapı ile belirlenen AA'nın şiddeti ve ruhsal sıkıntılar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (83). Bu durum, kısıtlı hasta sayısına bağlı olabilir.

Depresyon ve Anksiyete

Çalışmamızda depresyonu değerlendirmek için Kovacs Depresyon Ölçeği, anksiyeteyi değerlendirmek için de Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) uygulanmıştır. Hasta ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete düzeyleri, cinsiyetler ayrılmadan ve cinsiyetlere ayrılarak ayrı ayrı karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Hasta grubu cinsiyet ve çocuk-ergen ayrımı yapılarak karşılaştırıldığında, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Benzer şekilde aynı gruplarda Kısa Semptom Envanteri (KSE)'nin ilgili alt ölçeklerinde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. SALT skoru ile ölçeklerin korelasyonuna bakıldığında SALT skoru ile Kovacs depresyon ölçeği ve ÇATÖ arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmazken, KSE' nin OKB ($p=0,021$) ve Anksiyete Bozukluğu ($p=0,40$) alt ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulundu. Depresyonu puanları normal sınırlar içinde olanlarla patolojik sınırı geçenler arasında tüm ölçeklerin karşılaştırılmasında, depresyon puanı yüksek olanlarda genelde diğer ölçek puanlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bu da, hastalarda depresyon varlığının benlik algısını, algılanan sosyal desteği ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği sonucunu gösterir.

Literatür incelendiğinde, AA'da anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların varlığına ve sıklığına ilişkin sonuçlar tartışmalıdır (38). Alopesi areatalı 14 çocuğun incelendiği bir çalışmada, hastaların %50'sinin major depresif bozukluk tanısı, %35'inin de anksiyete bozukluğu tanısı aldığı bulunmuştur (13). Magda ve ark.'nın (6) çocuklarla yaptıkları çalışmada ise, psikiyatrik görüşmelerde, hastalarda, özellikle kızlarda olmak üzere, kontrollere göre daha fazla anksiyete ve depresyon şikayetlerinin olduğu,

hastaların anksiyete ölçeğinde anlamlı derecede daha fazla puan aldığı, depresyon ölçeğinde ise her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir. Yine 12 çocukla yapılan bir diğer çalışmada da yapılandırılmış tanı görüşmeleriyle depresif ve anksiyete bozuklukları yüksek oranlarda çıkarken, kendi bildirimli ölçeklerde depresyon ve anksiyete düzeyleri ise yüksek bulunmamıştır (10). Erişkin alopesili hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde, AA'lı hastalarda depresyon ve anksiyetenin, normal popülasyona göre daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar (11, 12, 55, 83, 84) olduğu gibi, hastalardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin normal popülasyona göre anlamlı farklılık göstermediğini bildiren çalışmalar da vardır. (9, 38, 40, 85).

Çalışmamızda alopesinin süresi ve şiddeti ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Benzer şekilde, Şahin ve ark.'nın (55) çalışmalarında, depresyon puanlarının hastalığın şiddeti ile korelasyon göstermediği saptanmıştır.

Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ve Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda Çocuklar için Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (Ç-DYKİ)'nin tüm hastalar açısından ortalaması 5,13 ($\pm 4,50$) olarak bulundu. Cinsiyet ve yaşa göre yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Yine alopesinin şiddetini gösteren SALT skoru ile Ç-DYKİ arasında da anlamlı bir korelasyon olmadığı sonucu elde edildi. Bu sonuçlar Beattie ve ark.'nın (61) yaptığı çalışmayla benzerlik gösteriyor. Deri hastalıkları ve başka kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmada alopesili 11 hastanın ortalama Ç-DYKİ puanı 3,0 ($\pm 3,3$) olarak bulunmuş, alopesili hastalarda yaşam kalitesinin psoriasis, generalize egzema ve ürtiker gibi deri hastalıklarından daha az etkilendiği görülmüş ve deri hastalıklarının diğer kronik hastalıklar gibi hayat süresini kısaltmasa bile günlük hayatta onlar kadar sıkıntıya sebep olabileceği bildirilmiştir.

Hasta ve kontrol grubundaki gönüllülerin yaşam kalitesinin, Çocuk ve Ergenler için Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirildiği çalışmamızda, yine tüm gruplar arasında hem katılımcı çocuk ve ergen bildirim hem de ebeveyn bildirim açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Çalışmamızda, Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin çocuk ve ergen alt ölçeklerinin depresyon, anksiyete puanları ve KSE'nin alt ölçek puanlarıyla negatif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Buradan, psikopatolojinin varlığının yaşam kalitesini azalttığı sonucu akla gelmektedir. Çalışmamızda, yaşam kalitesinin, alopesinin süresi ve şiddeti ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulundu.

Ülkemizde 52 yetişkin alopesi areata hastasıyla yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi Kısa Form-36 kullanılarak değerlendirilmiştir. Buna göre, ölçeğin 8 alt ölçeğinden 3 tanesinde hasta ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Vitalite yani enerji ve canlılık hali ile mental sağlık durumu kontrollerde daha yüksek bulunurken, sosyal fonksiyon alt ölçeği hastalarda daha yüksek saptanmıştır (9). Yine ülkemizde Ceylan ve ark. (86) 29 alopesili hastaya Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) uygulamış ve yaşam kalitesinin, hastalığın şiddeti arttıkça ve bekarlarda daha düşük olduğunu, fakat yaş, cinsiyet ve hastalık süresi ile ilişkili olmadığını bulmuşlardır.

Bir diğer çalışmada androjenetik alopesi, alopesi areata ve konjenital alopesi tanılarına sahip 78 hastada, tanısal ayırım yapılmadan saç kaybının hayat kalitesi üzerine etkisi DYKİ ile değerlendirilmiş. DYKİ ile yapılan diğer çalışmalarla kıyaslandığında ciddi psoriasis ve atopik egzemaya kıyasla skorlar daha düşük saptanırken, normal kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca saç kaybının süresi ile DYKİ skorları arasında anlamlı ters korelasyon gösterilememiştir (58).

Anabilim Dalı'mızda akneli hastalarla yapılan bir çalışmada, global akne şiddeti, akne süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (62).

Benlik Algısı

Bizim çalışmamızda hasta-kontrol, erkek-kız ve çocuk-ergen şeklinde gruplamalar yapıldığında, bu grupların kendi aralarında yapılan karşılaştırmalarda, Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum, çalışmamızdaki hastalarda, benlik saygısının düşmesine sebep olan depresyon sıklığının az olması ve algılanan sosyal desteğin yeterli olması ile ilişkili olabilir.

Literatürde alopesi areatalı hastalarda öz kavramı ile ilgili çalışma sayısı çok azdır. Reeve ve ark.'nın yaptığı çalışmada (10) 12 alopesi areatalı çocukta benlik algısının yüksek pozitif olduğu bulunmuştur.

Anabilim Dalı'mızda akneli çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, kız hastaların Piers–Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği'nin Zihinsel ve Okul Durumu alt maddesi, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yaşlara göre bakıldığında da Piers–Harris Öz Kavramı ölçeğindeki Fiziksel görünüm alt ölçeği, 144–179 ay arasındakilerde 180–215 ay arasındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (62).

Sosyal Destek

Çalışmamızda sosyal destek açısından bütün gruplara bakıldığında , hasta grubundaki kızların Çocuklar İçin Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği Öğretmen alt ölçeğinde kontrol grubuna göre daha düşük algılanması dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yine çalışmamızda depresyonu olan hastalarda Ç-SDDÖ puanlarının depresyonu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkması, depresyonun varlığının algılanan sosyal desteği negatif yönde etkilediğini göstermektedir. Alopesili hastalarda sosyal destek ile ilgili çalışma sayısı da çok azdır. 21 alopesili hastanın, psikosomatik komponenti az olduğuna inanılan dermatolojik hastalığa sahip 102 hasta ile karşılaştırıldığı çalışmada sosyal destek Çok Boyutlu Algılanan

Sosyal Destek Ölçeği ile incelenmiştir. Toplam skorlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da alopesililerde zayıf sosyal desteğe eğilim olduğu bildirilmiştir. Zayıf sosyal desteğin güvensiz bağlanma veya aleksitimi ile ilişkili sosyal zorluklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (8).

Sonuç olarak;

Alopesi areata ile özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere psikiyatrik komorbiditeyi araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bizim çalışmamızda da alopesi grubunda kontrol grubuna göre psikiyatrik destek almış olma ve psikiyatrik ilaç kullanmış olma oranları yüksek bulundu. Çalışmamızda hasta sayısının nispeten az olması, kızların sayısının erkeklere göre daha az olması bu sonucun genelleştirilemeyeceğini akla getirebilir. Çalışmamızda alopesinin süresinin çoğu hastada 1 yıldan fazla olması ve hastalığa uyum süreci, sonucu etkileyebilir. Ayrıca hastaların benlik algılarının ve algıladıkları sosyal desteğin kontrol grubundan farklı olmaması, psikiyatrik bozuklukların gelişiminde önleyici bir faktör gibi rol oynayabilir. Çalışmamızda yaşam kalitesi değerlendirmesinde de sağlıklı kontrol grubuna göre benzer sonuçların elde edilmesi yine yukarıda belirtilen faktörlerle ilişkili olabilir. Ek olarak alopesi de kaşıntı, yanma, ağrı gibi semptomların olmaması psikiyatrik morbidite görülme sıklığını etkileyebilir (57).

Hasta sayısının az olması, çalışmaya dahil olan hastalarda kızların sayısının erkeklere göre daha az sayıda olması ve daha çok lokalize tutulumu olan hastaların olması, çalışmamızdaki kısıtlılıklardır.

Saç kaybının hızlı ya da yavaş gelişmesi ve uygulanan tedavinin (başarılı ya da değil) hastanın stresi üzerine etkisi daha detaylı incelenebilecek konulardır (64). Bundan sonraki çalışmalarda, hastalık süresinin daha kısa olduğu, cinsiyet dağılımının birbirine yakın olduğu ve hastalık şiddetinin daha ağır olduğu hastaların incelenmesinde yarar olabilir.

Alopesiye eşlik etmesi muhtemel psikolojik problemlerin tanınması önemlidir ve bu problemlerin dikkatli bir şekilde ele alınması gerekir (54). Özellikle alopesi areatanın şiddetli biçimleri, kişinin estetik görünümünde ciddi ölçüde etkileyebildikleri ve tekrarlama eğiliminde oldukları için hastaların

psikososyal durumunda, sosyal ilişkilerinde ve günlük aktivitelerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bu durum hastalığın prognozu için bir kısır döngü oluşturmaktadır. Bu noktada hastalığa bir bütün olarak yaklaşmak ve psikiyatrik sorunların doğru şekilde tedavisini planlamak; tedavinin etkinliğini, stresör faktörlerle ortaya çıkan bağışıklık yanıtlarının değişmesini de sağlayarak hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecektir (55).

KAYNAKLAR

1. Alexis AF, Dudda-subramanya R, Sinha AA. Alopecia areata: autoimmune basis of hair loss. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 364-70.
2. Kılınç I, Alper S, Ceylan C, Ünal İ. Alopesi Areatalı Olgularda Hasta Profili: Bir Retrospektif Çalışma. *Ege Tıp Dergisi* 2002;41:25-7.
3. Whiting D.A. Histopathologic Features of Alopecia Areata. *Arch Dermatol.* 2003;139:1555-9.
4. Arca E, Kurumlu Z, Alopesi Areatada Etyopatogenez, Klinik ve Tanı. *Dermatose* 2003; 2: 83-89.
5. Chalmers R.A, Bain M.D. Hair loss in children. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 69:407-8.
6. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A. et al. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 678–84.
7. Dudda-subramanya R, Alexis AF, Siu K, Sinha AA. Alopecia areata: genetic complexity underlies clinical heterogeneity. *Eur J Dermatol* 2007; 17 :367-74.
8. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza M.S, Gaetano P. Baliva G. Psychosomatic Factors in First Onset Alopecia Areata. *Psychosomatics* 2003; 44:374–81.
9. Güleç AT, Tanrıverdi N, Dürü Ç, Saray Y, Akçalı C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004;43:352–6.
10. Reeve EA, Savage TA, Bernstein GA. Psychiatric Diagnoses in Children with Alopecia Areata. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35:1518-22.
11. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: Psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003;42:434-7.
12. Koo JY, Shellow W, Hallman CP, Edwards CE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33: 849–50.
13. Ghanizadeh A. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample. *Int J Dermatol* 2008;4:1118–20.
14. Türel Ermertcan A, Şahin MT, Kapulu N, Deveci A, Öztürkcan S. Dermatoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastalardan psikiyatrik konsültasyon gerektirenlerde saptanan ruhsal sorunlar. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 5: 23 – 6.
15. Bilaç C, Öztürkcan S. Dermatolojide Yaşam Kalitesi. *Sağlıkta Birikim* 2006;1:48-58.
16. Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Alopecia areata and relationship with stressful events in children. *JEADV* 2009;23:70–110.
17. Özpoyraz N, Tamam L. Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları. *T Klin Dermatoloji* 2001;11:46-55.

18. Kakourou T, Karachristou K, Chrousos G. A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity. *JEADV* 2007; 21:356–9.
19. Tan E, Tay YK, Giam YC. A clinical study of childhood alopecia areata in Singapore. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 298–301.
20. Sharma VK, Kumar B, Dawn G. A clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India. *Pediatr Dermatol*. 1996;13:372-7.
21. Nanda A, Al-Fouzan AS, Al-Hasawi F. Alopecia areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol* 2002;19: 482–5.
22. Bhat YJ, Manzoor S, Khan AR, Qayoom S. Trace element levels in Alopecia Areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:29-31.
23. Akar A, Orkunoglu E, Şengül A, Özata M, Gur AR. HLA class II alleles in patients with alopecia areata. *Eur J Dermatol* 2002;12:236–9.
24. Entz P, Blaumeiser B, Betz RC. et al. Investigation of the HLA-DRB1 locus in alopecia areata. *Eur J Dermatol* 2006;16:363–7.
25. Nanda A, Alsaleh QA, Al-Hasawi F, Al-Muzairai I. Thyroid Function, Autoantibodies, and HLA Tissue Typing in Children with Alopecia Areata. *Pediatr Dermatol* 2002;19:486–91.
26. Betz RC, Pforr J, Flaquer A. et al. Loss-of-function mutations in the filaggrin gene and alopecia areata: strong risk factor for a severe course of disease in patients comorbid for atopic disease. *J Invest Dermatol*. 2007;127:2539-43.
27. Redler S, Brockschmidt FF, Forstbauer et al. The TRAF1/C5 locus confers risk for familial and severe alopecia areata, *British Journal of Dermatology*; 2010; 162:866–9.
28. Kosa L, Conlon J. An update on alopecia areata. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21: 475–80.
29. Thomas EA, Kaydan RS. AA and autoimmunity: A clinical study. *Indian J Dermatol* 2008;53:70-4.
30. Kurtev A, Iliev E. Thyroid autoimmunity in children and adolescents with alopecia areata. *Int J Dermatol* 2005;44:457–61.
31. Seyrafi H, Akhiani M, Abbasi H, Mirpour S, Gholamrezanezhad A. Evaluation of the profile of alopecia areata and the prevalence of thyroid function test abnormalities and serum autoantibodies in Iranian patients. *BMC Dermatology* 2005; 5:11.
32. Barahmani N, Lopez A, Babu D. et al Serum T helper 1 cytokine levels are greater in patients with alopecia areata regardless of severity or atopy. *Journal compilation-Clinical and Experimental Dermatology* 2009;23:1-8.
33. Arca E, Muşabak U, Akar A, Erbil AH, Taştan HB. Interferon Gama in Alopecia Areata. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 33–6.
34. Kalish RS. Clues from Alopecia Areata on the Role of Neuropeptides in the Initiation of Autoimmunity. *J Invest Dermatol* 2007;127:1289–91.
35. Siebenhaar F, Sharov AA, Peters EMJ. et al. Substance P as an Immunomodulatory Neuropeptide in a Mouse Model for Autoimmune Hair Loss (Alopecia Areata). *J Invest Dermatol* 2007;127: 1489–97.

36. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:388-93.
37. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *JEADV* 2007; 21: 921–8.
38. Yazıcı AC, Başterzi A, Acar ŞT. et al. Kanık A. Alopesi Areata ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17:101-6.
39. Carrizosa A, Estepa-Zabala B, Fernández-Abascal B. et al. Alopecia areata: a specific personality?. *Int J Dermatol* 2005;44:437–8.
40. Köse O, Sayar K, Ebrinç S. Psychometric Assessment of Alopecia Areata Patients Before and After Dermatological Treatment. *Bull Clin Psychopharmacol* 2000; 10: 21-5.
41. Garcia-Hernandez MJ, Torres MJ, Palomares JC. et al. No Evidence of Cytomegalovirus DNA in Alopecia Areata. *J Invest Dermatol.* 1998;110:185.
42. Abdel Hafez HZ, Mahran AM, Hofny EM. et al. Alopecia areata is not associated with *Helicobacter pylori*; *Indian J Dermatol.* 2009;54:17-9.
43. Grandhe NP, Kanwar AJ. Alopecia areata of eyelashes: A subset of alopecia Areata. *Dermatology Online Journal* 2004;10:13.
44. Gandhi V, Baruah MC, Bhattacharaya SN. Nail changes in alopecia areata Incidence and pattern. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2003;69:114-5.
45. Garg S, Messenger AG; Alopecia Areata: Evidence-Based Treatments; *Semin Cutan Med Surg* 2009;28:15-8.
46. Öztürk H, Başak PY. Alopesi Areata Tedavisinde Yenilikler. *T Klin Tıp Bilimleri* 2002; 22:94-100.
47. Dombrowski NC, Bergfeld WF, Alopecia areata: What to expect from current Treatments; *The Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2005;72: 758-68.
48. Seifert B, Passweg JR, Heim D. et al. Complete remission of alopecia universalis after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation; *Blood* 2005;105:426-7.
49. Hay IC, Jamieson M, Ormerod AD. Randomized Trial of Aromatherapy: Successful Treatment for Alopecia Areata. *Arch Dermatol.*1998;134:1349-52.
50. Al-Mutairi N; 308-nm Excimer Laser for the Treatment of Alopecia Areata in Children. *Pediatr Dermatol* 2009;26:547–50.
51. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Hypnosis in refractory alopecia areata significantly improves depression, anxiety, and life quality but not hair regrowth. *J AM ACAD Dermatol* 2010;62:517-8.
52. Verbov J. Hair loss in children. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 68: 702-6.
53. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier AWP, Wessely S. Psychiatric Illness in Patients Referred Dermatology-Psychiatry Clinic. *General Hospital Psychiatry* 1997;19:29-35.
54. Hunt N, McHale S; The psychological impact of alopecia; *BMJ* 2005; 331:951-3.

55. Şahin GÖ, Akyol M, Kuğu N, Özçelik S. Alopesi Areata Olgularında Depresyon. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 30 : 68 - 71.
56. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14:48–56.
57. Sampogna F, Picardi A, Chren MM. et al. Association Between Poorer Quality of Life and Psychiatric Morbidity in Patients With Different Dermatological Conditions. Psychosomatic Medicine 2004;66:620-4.
58. Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. JEADV 2001;15:137–9.
59. Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. BJD 2009;160:1034–9.
60. Schmidt S, Fischer TW, Chren MM, Strauss BM, Elsnerr P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. BJD 2001;144: 1038-43.
61. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. BJD 2006;155:145–51.
62. Yusufoglu C. Akne Vulgarisi Olan 12–18 Yaş Arası Çocuk Ve Ergenlerde Akne Şiddeti İle Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Komorbidite, Benlik Algısı Ve İntihar Olasılığı İlişkisinin Araştırılması(Uzmanlık Tezi).Bursa:Uludağ Üniversitesi;2009.
63. Çelik A. SSK Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri Servisine başvuran 9-14 yaş arasındaki çocukların benlik kavramlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Kriz Dergisi 1992;2: 240-6.
64. Tucker P. Bald Is Beautiful?: The Psychosocial Impact of Alopecia Areata. J Health Psychol 2009; 14:142-51.
65. Firooz A, Firoozabadi MR, Ghazisaidi B, Dowlati Y. Concepts of patients with alopecia areata about their disease. BMC Dermatology 2005; 5:1-5.
66. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12:17-25.
67. Bhor U, Pande S. Scoring systems in dermatology. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2006;72:315-21.
68. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI), Psychopharmacol Bull 1981; 21:995–8.
69. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2:132–7.
70. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:545-53.
71. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması (Uzmanlık Tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2004.

72. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory–BSI administration, scoring and procedures manual II. USA: Clinical Psychometric Research Inc; 1992.
73. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9:44–56.
74. Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13:125–35.
75. Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children’s Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. Br J Dermatol 1995; 132: 942-9.
76. Balcı DD, Sangün Ö, İnandı T. Cross Validation of the Turkish Version of Children’s Dermatology Life Quality Index. J Turk Acad Dermatol 2007 ; 1:1-5.
77. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. Med Care 1999; 37:126–39.
78. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13–18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18:353–63.
79. Öner N. Piers–Harris’in çocuklarda öz–kavramı ölçeği el kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 1996.
80. Piers E.V. Manual for the Piers–Harris Children’s Self Concept Scale. Counselor Recording And Tests. Nashville: 1969.
81. Çataklı M. Transliteration equivalence and reliability of the Turkish version of the Piers Harris Children’s Self Concept Scale (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1985.
82. Gökler I. Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği türkçe formunun uyarlama çalışması: faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14 :90-9.
83. Çelik T, Akman A, Karaman T, Başaran E , Yılmaz E. Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. Turk J Dermatol 2010; 4: 4-8.
84. Ünal S, Gül Ü. Alopecia Areatalı Hastalarda Depresif Bulgular. T Klin Dermatoloji 1993;2:75-7.
85. Çalıköğlü E, Alpay FB. Pruri universalis, alopesi areata, psoriasis vulgaris ve kronik ürtikerde Beck depresyon, durumluluk ve sürekli kaygı envanterlerinin değerlendirilmesi. T Klin Dermatoloji 2000;10: 229-32.
86. Ceylan S, Uykur F, Balaban D, Köşlü A. Alopesi areatada dermatolojik yaşam kalite indeksi. Haseki Dergisi; 2005;43:1-4.

EKLER

EK-1:

TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

HASTA GRUBU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın (Gönüllünün Adı-Soyadı)

Sayın (Veli/Vasinin Adı-Soyadı)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ve psikiyatrik komorbidite ile bazı psikososyal özelliklerin araştırılması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli

1- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN

1.1- BAŞLIĞI:

Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ve psikiyatrik komorbidite ile bazı psikososyal özelliklerin araştırılması

1.2- İÇERİK VE AMACI:

Bu çalışmaya özellikle kafa derisi gibi vücudun çeşitli yerlerindeki kıllarda dökülmeye yol açan Alopesi Areata (AA) tanısı almış hastalar dahil edilecektir. Bu hastalık hastalarda psikolojik etkilere neden olabilmektedir. Bu çalışmada hastalarda eş zamanlı psikiyatrik hastalık olup olmadığı , AA ' nın hastalarda yaşam kalitesi, öz kavram ve sosyal destek yönünden nasıl etkileri oluşturduğu araştırılmaktadır.

1.3- İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER:

Bu çalışmada gönüllülere psikiyatrik görüşme ve psikometrik değerlendirme uygulanacaktır. Bu amaçla gönüllülere rutinde uygulanan Kovacs Depresyon ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği , Kısa Semptom Envanteri , yanı sıra Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, Çocuklar için Yaşam Kalitesi ölçeği , Piers – Harris Çocuklarda Öz Kavram Ölçeği , Çocuklar için Sosyal Desteği Değerlendirme ölçeği isimli standart psikiyatrik değerlendirme araçları uygulanacaktır.

2- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN:

2.1- SÜRESİ: 13 ay

2.2- KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:

Alopesi Areata tanısı almış, 9-18 yaş arası kız veya erkek , toplam 30 hasta ve herhangi bir bedensel hastalığı olmayan 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gönüllünün çalışmaya katılması hedeflenmiştir.

2.3- SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR:

Sizin / çocuğunuzun psikiyatrik tedavi ihtiyacı saptanırsa istemeniz durumunda takip ve tedavi için yönlendirileceksiniz.

2.4- SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:

Yapılacak çalışmada psikometrik testler dışında tetkik yapılmayacağından sadece psikiyatrik görüşmeye bağlı olabilecek (örneğin hafif düzeyde heyecanlanma) minimal bir risk taşımaktadır.

3- KATILMA VE ÇIKMA:

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

4- MASRAFLAR :

Bu çalışmanın ile ilişkili bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için sizden ücret talep edilmeyecektir.

5- GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,, [*gönüllünün adı, soyadı **Kendi el yazısı ile***] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün (*Kendi el yazısı ile*)

Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi:.....

(varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)

Adı-Soyadı :

İmzası :

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi:

Onay No:

EK-2:

TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KONTROL GRUBU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın (Gönüllünün Adı-Soyadı)

Sayın (Veli/Vasinin Adı-Soyadı)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite,yaşam kalitesi ve bazı psikososyal özelliklerin araştırılması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Sizde Alopesi Areata hastalığı olmadığından sizi kontrol grubu olarak çalışmaya davet ediyoruz.Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız.Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Yard.Doç.Dr. Yeşim Taneli

1- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN

1.1- BAŞLIĞI:

Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ve psikiyatrik komorbidite ile bazı psikososyal özelliklerin araştırılması

1.2- İÇERİK VE AMACI:

Bu çalışmaya özellikle kafa derisi gibi vücudun çeşitli yerlerindeki kıllarda dökülmeye yol açan Alopesi Areata (AA) tanısı almış hastalar dahil edilecektir. Bu hastalık hastalarda psikolojik etkilere neden olabilmektedir. Bu çalışmada hastalarda eş zamanlı psikiyatrik hastalık olup olmadığı , AA' nın hastalarda yaşam kalitesi, öz kavram ve sosyal destek yönünden nasıl etkileri oluşturduğu araştırılmaktadır. Sizde Alopesi Areata hastalığı olmadığından sizden elde edeceğimiz bilgileri hasta olan grupla karşılaştıracamız.

1.3- İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER:

Bu çalışmada gönüllülere psikiyatrik görüşme ve psikometrik değerlendirme uygulanacaktır. Bu amaçla gönüllülere rutinde uygulanan Kovacs Depresyon ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri , yanı sıra Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi , Çocuklar için Yaşam Kalitesi ölçeği , Piers – Harris Çocuklarda Öz Kavram Ölçeği , Çocuklar için Sosyal Desteği Değerlendirme ölçeği isimli standart psikiyatrik değerlendirme araçları uygulanacaktır.

2- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN:

2.1- SÜRESİ: 13 ay

2.2- KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:

Alopesi Areata tanısı almış, 9-18 yaş arası kız veya erkek , toplam 30 hasta ve herhangi bir bedensel hastalığı olmayan 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gönüllünün çalışmaya katılması hedeflenmiştir.

2.3- SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR:

Sizin / çocuğunuzun psikiyatrik tedavi ihtiyacı saptanırsa istemeniz durumunda takip ve tedavi için yönlendirileceksiniz.

2.4- SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:

Yapılacak çalışmada psikometrik testler dışında tetkik yapılmayacağından sadece psikiyatrik görüşmeye bağlı olağan (hafif düzeyde) minimal bir risk taşımaktadır.

3- KATILMA VE ÇIKMA:

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

4- MASRAFLAR :

Bu çalışmanın ile ilişkili bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için sizden ücret talep edilmeyecektir.

5- GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,, [*gönüllünün adı,soyadı **Kendi el yazısı ile***] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün (*Kendi el yazısı ile*)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin**Veli veya Vasisinin (*Kendi el yazısı ile*)**

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)

Adı-Soyadı :

İmzası :

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi:

Onay No:

EK-3:

**UÜ-SK TIBBİ ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALARIN
KABUL EDİLME ve HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ**

Hasta Adı/Soyadı:	Çalışmanın Başlığı: Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi ve psikiyatrik komorbidite ile bazı psikososyal özelliklerin araştırılması (Çalışma Kodu: ÇRS-2005-12-T-YT-HU)
Doğum Tarihi gün/ay/yıl: / /	
Protokol No:	

HASTA GRUBU

Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri

- 1- Dermatoloji Polikliniğine başvurmuştur.
- 2- 9-17 yaş arası kız veya erkektir.
- 3- Bilişsel olarak yönerge ve kullanılacak olan ölçekleri anlayabilecek düzeydedir.
- 4- Kronik ya da işlevselliği bozacak akut bir somatik rahatsızlığı bulunmamaktadır.
- 5- Ergenin onayı ve veli/vasinin onamı bulunmaktadır.

Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri

- 1- 9 yaştan küçük ve 18 yaşından büyüktür.
- 2- Bilişsel olarak yönerge ve kullanılacak ölçekleri anlayacak düzeyde değildir.
- 3- İşlevselliği bozacak herhangi başka bir somatik rahatsızlığı vardır.

Yardımcı Araştırmacı
Adı Soyadı : Dr. Hüseyin Uslu

İmza :

Araştırma Sorumlusu
Adı Soyadı : Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli

İmza :

EK-4:

**UÜ-SK TIBBİ ARAŞTIRMAYA KATILACAK GÖNÜLLÜLERİN
KABUL EDİLME ve HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ**

Hasta Adı/Soyadı:	Çalışmanın Başlığı: Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ve psikiyatrik komorbidite ile bazı psikososyal özelliklerin araştırılması (Çalışma Kodu: ÇRS-2005-12-T-YT-HU)
Doğum Tarihi gün/ay/yıl: / /	
Protokol No:	

KONTROL GRUBU

Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri

- 1- UÜTF Dermatoloji polikliniğine veya kliniğine başvurmamıştır.
- 2- 9-17 yaş arası kız veya erkektir.
- 3- Bilişsel olarak yönerge ve kullanılacak olan ölçekleri anlayabilecek düzeydedir.
- 4- Kronik ya da işlevselliği bozacak akut bir somatik rahatsızlığı bulunmamaktadır.
- 5- Ergenin onayı ve veli/vasinin onamı bulunmaktadır..

Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri

- 1- 9 yaştan küçük ve 18 yaşından büyüktür.
- 2- Bilişsel olarak yönerge ve kullanılacak ölçekleri anlayacak düzeyde değildir.
- 3- Herhangi başka bir somatik rahatsızlığı vardır.

Yardımcı Araştırmacı
Adı Soyadı : Dr. Hüseyin Uslu

İmza :

Araştırma Sorumlusu
Adı Soyadı : Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli

İmza :

EK-5:

Kişisel Bilgi Formu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Dermatoloji Anabilim Dalları
Çalışmanın Adı: Alopesi Areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi ve bazı psikososyal özelliklerin araştırılması. (Çalışmanın Kodu: ÇRS-2005-12-T-YT-HU)

Tarih: / /

Hastanın Adı ve Soyadı:

Annesinin Adı ve Soyadı:

Babasının Adı ve Soyadı:

Adres:

Hasta

Kontrol

Telefon -ev:

-cep:

-iş:

Doğum Tarihi: / / Yaşı: ay ; / yaş; ay

Cinsiyet:

1. Kız

2. Erkek

Doğum Yeri:

1. Köy (.....)

2. Kasaba (.....)

3. İlçe (.....)

4. İl (.....)

Kardeş Sayısı:

1. Yok

2. 1

3. 2

4. 3

5. 4

6. 5

7. 6 ve üzeri

Öğrenim Durumu:

1. İlköğretim (1-5)

2. İlköğretim (6-8)

3. Lise; a. Düz Lise

b. Anadolu Lisesi

c. Meslek Lisesi

d. Süper lise

e. Açık Lise

6. Yatılı mı okuyor?

1. Evet (..... Eğitim yılıdır)

2. Hayır

7. Sınıfı:

8. Okul başarısı:

1. Düşük

2. Orta

3. İyi

9. Hastalığı nedeni ile sınıf tekrarı var mı?

1. Evet (Kaçınıcı sınıfta?

2. Hayır

10. Çocuk kiminle yaşıyor:

1. Anne ve baba ile

2. Anne ile

3. Baba ile

4. Akrabalarının yanında

5. Kurumda

11. Anne öz mü üvey mi?
1. Öz 2. Üvey
12. Baba öz mü üvey mi?
1. Öz 2. Üvey
13. Ailenin eğitim durumu: Anne: Baba:
- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Okuma yazması yok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Okuma yazması var | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. İlkokul mezunu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ortaokul mezunu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Lise mezunu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Yüksekokul- üniversite mezunu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Bilmiyor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
14. Anne ve babanın mesleği Anne Baba
- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Çalışmıyor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. İşçi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Memur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Emekli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Serbest Meslek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bilmiyor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
15. Ailenin toplam aylık geliri:
1. 500 YTL ve altı 2. 501- 1000 YTL arası 3. 1001-1500 YTL arası
4. 1501-2000 YTL arası 5. 2001-2500 arası 6. 2501 YTL ve üzeri
16. Sigara kullanımı var mı?
1. Evet (...../gün;’dan beri) 2. Hayır
17. Alkol kullanımı var mı?
1. Evet (...../gün;’dan beri) 2. Hayır
18. Duygusal olarak yakın ilişkide olduğu anne-baba, kardeş, arkadaş veya hayvanın ölümü, ayrılması veya reddedilmesi var mı?
1. Evet 2. Hayır
19. Ailenin tipi;
1. Normal 2. Aşırı Koruyucu Ebeveyn 3. Yetersiz Ebeveyn Kontrolü ve Gözlemi
4. Çocuğun Yaşına Uygun Olmayan Davranışta Bulunan Ebeveyn
20. Aile/Kurum hastalık nedeni ile hastanın yaşamını kısıtlıyor mu?,
1. Evet 2. Hayır
21. Hasta hiç psikolojik destek aldı mı?
1. Evet (Ne zaman?)
(Hangi kurumda?)
22. Hasta hiç psikiyatrik ilaç kullandı mı?
1. Evet (Adı / dozu / süresi:)
2. Hayır

23. Hastalık süresi :
1. 0-12 ay arası 2. 13-24 ay arası 3. 25-36 ay arası
4. 37-48 ay arası 5. 49-60 ay arası 6. 60 ay ve daha fazla
24. SALT Skoru:
25. Lokalizasyon:
1. Sadece saçlı deri 2. Ağırlıklı saçlı deri 3. Tüm vücut
26. Kullanılan tedavi:
1. Topikal steroidler 2. Topikal PUVA/Fototerapi (.....Kür)
3. Siklosporin 4. Sistemik Steroid: a) Oral b) Pulse c) Depo
5. ACTH 6. Topikal Minoksidil
27. Eşlik eden hastalık
1. Yok 2. Psoriasis 3. Liken Planus 4. Atopi
5. Diabetes Mellitus 6. Otoimmün Hastalıklar (Otoimmün Tiroidit vb)
28. Dermatoloji kontrollerine düzenli geliyor mu?
1. Evet 2. Hayır
29. Hasta hastalıkla ilgili herhangi bir bilgilendirici eğitim aldı mı?
1. Evet 2. Hayır
30. Hastanın ailesi hastalıkla ilgili herhangi bir bilgilendirici eğitim aldı mı?
1. Evet 2. Hayır

Formu Dolduran Hekimler:

Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-6:

KOVAKS DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı soyadı:

Okul:

Cinsiyeti:

Sınıf:

Doğum tarihi:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1– Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2– Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3– Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1– İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2– İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3– İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1– İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2– İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3– Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1– Birçok şeyden hoşlanırım.
2– Bazı şeylerden hoşlanırım.
3– Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1– Her zaman kötü bir çocuğum.
2– Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3– Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1– Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2– Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3– Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1– Kendimden nefret ederim.
2– Kendimi beğenmem.
3– Kendimi beğenirim.
- H) 1– Bütün kötü şeyler benim hatam.
2– Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3– Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1– Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2– Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3– Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- İ) 1– Her gün içimden ağlamak gelir.
2– Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3– Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1– Her şey her gün beni sıkır.
2– Her şey sık sık beni sıkır.
3– Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1– İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2– Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3– Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1– Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2– Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3– Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1– Güzel/yakışıklı sayılırım.
2– Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
3– Çirkinim.
- N) 1– Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2– Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3– Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1– Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2– Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3– Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1– Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2– Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3– Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1– Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2– Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3– Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1– Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2– Çoğu zaman ağır ve sızılardan endişe ederim.
3– Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1– Kendimi yalnız hissetmem.
2– Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3– Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1– Okuldan hiç hoşlanmam.
2– Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3– Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1– Birçok arkadaşım var.
2– Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3– Hiç arkadaşım yok.

- U) 1– Okul başarıml iyi.
2– Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3– Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarımsızım.
- Ü) 1– Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2– Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3– Diğer ocuklar kadar iyiyim.
- V) 1– Kimse beni sevmez.
2– Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3– Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1– Bana söyleneni genellikle yaparım.
2– Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3– Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1– İnsanlarla iyi geçinirim.
2– İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3– İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-7:**Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği**

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ise **2**'yi, biraz ya da bazen doğru ise **1**'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise **0**'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünüyorsanız de, lütfen boş bırakmayın.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz görüldüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2

20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken huzursuz hissederim (ör. Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2

EK-8:**KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)**

Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0- Hiç yok

1- Biraz var

2- Orta derecede var

3- Epey var

4- Çok fazla var

1- İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2- Baygınlık ve baş dönmesi	0	1	2	3	4
3- Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4- Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6- Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7- Göğüs bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8- Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9- Yaşamınıza son verme duygusu	0	1	2	3	4
10- İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11- İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13- Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14- Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15- İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16- Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17- Hüzünlü, kederli hissetmek hali	0	1	2	3	4

18– Hiçbir şeye ilgi duymamak hali	0 1 2 3 4
19– Ağlamaklı hissetmek hali	0 1 2 3 4
20– Kolayca incinebilme, kırılmak hali	0 1 2 3 4
21– İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak hali	0 1 2 3 4
22– Kendini diğerlerinden daha aşağı görme hali	0 1 2 3 4
23– Mide bozukluğu, bulantı hali	0 1 2 3 4
24– Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu hali	0 1 2 3 4
25– Uykuya dalmada güçlük hali	0 1 2 3 4
26– Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0 1 2 3 4
27– Karar vermede güçlük hali	0 1 2 3 4
28– Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma hali	0 1 2 3 4
29– Nefes darlığı, nefessiz kalmak hali	0 1 2 3 4
30– Sıcak soğuk basmaları hali	0 1 2 3 4
31– Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0 1 2 3 4
32– Kafanızın ” bomboş” kalması	0 1 2 3 4
33– Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0 1 2 3 4
34– Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0 1 2 3 4
35– Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları	0 1 2 3 4
36– Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0 1 2 3 4
37– Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0 1 2 3 4
38– Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
39– Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0 1 2 3 4
40– Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0 1 2 3 4
41– Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0 1 2 3 4

42– Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0 1 2 3 4
43– Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0 1 2 3 4
44– Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0 1 2 3 4
45– Dehşet ve panik nöbetleri	0 1 2 3 4
46– Sık sık tartışmaya girmek	0 1 2 3 4
47– Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0 1 2 3 4
48– Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0 1 2 3 4
49– Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
50– Kendini değersiz görmek	0 1 2 3 4
51– Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0 1 2 3 4
52– Suçluluk duyguları	0 1 2 3 4
53– Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0 1 2 3 4

Derogadis LR. 1992, Şahin NH. 2002

EK-9:

COCUK DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ

Hastane Adı:

Tanı:

ÇYDKİ
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 değiştirdiniz?

- Çok fazla
Oldukça fazla
Sadece biraz
Hiç

5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz **dışarı çıkmamızı, oynamamızı** veya **sevdiğiniz uğraşları yapmamızı** 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 uyguladığımız **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.

EK-10a:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13–18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13–18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duyularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Varni JW, 1999; Memik NÇ, 2007

EK–10b:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU(13–18 YAŞ)

Çocuğunuzun Adı Soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne–Baba) (13–18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Varni JW,1999; Memik NÇ,2007

EK-11:

PIERS–HARRIS ÇOCUKLARDA ÖZ KAVRAMI ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Tarih:

KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM

AÇIKLAMA: Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları evet, tanımlamayanları ise hayır ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevaplayın. Aynı cümleyi hem evet, hem hayır şeklinde işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa evet, genellikle sizi anlatmıyorsa hayır olarak işaretleyeceksiniz. Cümlelerin size uygun olup olmadığını en iyi siz kendiniz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl görüyorsanız aynen öyle cevaplandırın. Cevaplarınızı işaretlerken, buradaki cümlelerin numarası ile cevap kağıdındaki numaranın aynı olmasına dikkat edin.

1. İyi resim çizerim.
2. Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer.
3. Ellerimi kullanmada becerikliyimdir.
4. Okulda başarılı bir öğrenciyim.
5. Aile içinde önemli bir yerim vardır.
6. Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar.
7. Mutluyum.
8. Çoğunlukla neşesizim.
9. Akıllıyım.
10. Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanırım.
11. Dış (fiziki)görünüşüm beni rahatsız ediyor.
12. Genellikle çekingenim.
13. Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum.
14. Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım.
15. Aileme sorun yaratırım.
16. Kuvvetli sayılmam.
17. Sınavlardan önce heyecanlanırım.
18. Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım.
19. Herkes tarafından pek sevilen biri değilim.
20. Parlak, güzel fikirlerim vardır.
21. Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim.
22. İstedğim bir şeyden kolayca vazgeçerim.
23. Müzikte iyiyim.
24. Hep kötü şeyler yaparım.
25. Evde çoğu zaman huysuzluk ederim.
26. Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar.
27. Sinirli biriyim.
28. Gözlerim güzeldir.
29. Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım.
30. Derslerde sık sık hayal kurarım.
31. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım.
32. Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir.
33. Başım sık sık belaya girer.
34. Evde büyüklerimin sözünü dinlerim.
35. Sık sık üzülür, meraklanırım .

36. Ailem benden çok şey bekliyor.
37. Halimden memnunum.
38. Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığım hissine kapılıyorum.
39. Saçlarım güzeldir.
40. Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım.
41. Şimdiki halimden daha başka olmayı isterdim.
42. Geceleri rahat uyurum.
43. Okuldan hiç hoşlanmıyorum.
44. Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.
45. Sık sık hasta olurum.
46. Başkalarına karşı iyi davranmam.
47. Okul arkadaşlarım güzel fikirlerimin olduğunu söylerler.
48. Mutsuzum.
49. Çok arkadaşım var.
50. Neşeliyim.
51. Pek çok şeye aklım ermez.
52. Yakışıklıyım/güzelim.
53. Hayat dolu bir insanım.
54. Sık sık kavgaya karışıyorum.
55. Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.
56. Arkadaşlarım bana sık sık sataşırılar.
57. Ailemi düş kırıklığına uğrattım.
58. Hoş bir yüzüm var.
59. Evde hep benle uğraşırılar.
60. Oyunlarda ve sporda başı hep ben çekerim.
61. Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.
62. Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.
63. Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyredirim.
64. Öğrendiklerimi çabuk unuturum.
65. Herkesle iyi geçinirim.
66. Çabuk kızarım.
67. Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.
68. Çok okurum.
69. Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım.
70. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim.
71. Vücutça güzel sayılırım.
72. Sık sık korkuya kapılırım.
73. Her zaman bir şeyler düşürür ve kırarım.
74. Güvenilir bir kimseyim.
75. Başkalarından farklıyım.
76. Kötü şeyler düşünürüm.
77. Kolay ağlarım.
78. İyi bir insanım.
79. İşler hep benim yüzümden ters gider.
80. Şanslı bir kimseyim.

EK –11:

PIERS–HARRIS ÇOCUKLARDA ÖZ KAVRAMI ÖLÇEĞİ
KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM CEVAP KAĞIDI

ADINIZ, SOYADINIZ: _____

YAŞINIZ:

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	62.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	63.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	64.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	65.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	66.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	67.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	68.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	69.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	70.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	71.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	72.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	73.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	74.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	75.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	76.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	77.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	78.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	79.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	80.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

EK-12:**ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL DESTEĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
(Ç-SDDÖ):**

Aşağıda çocuk ve gençlerin arkadaşları, aileleri ve öğretmenleriyle ilişkileri hakkında sorular bulunmaktadır. Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup, her bir soru için “her zaman”, “çoğu zaman”, “bazen”, “nadiren”, “hiçbir zaman” seçeneklerinden hangisi senin için doğruysa, o seçeneği işaretle. Lütfen hiç bir soruyu boş bırakma. Teşekkürler...

1. Bazı çocuklar arkadaşları tarafından dışlandıklarını hissederler, ama bazı çocuklar böyle hissetmezler. Sen, arkadaşların tarafından dışlandığını hisseder misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

2. Bazı çocuklar arkadaşları tarafından çok sevilir, ama bazı çocuklar o kadar sevilmezler. Sen, arkadaşların tarafından sevilir misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

3. Bazı çocukların arkadaşları onlara sataşır ya da takılır, ama bazı çocukların arkadaşları böyle yapmaz. Senin arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

4. Bazı çocukların arkadaşları, onlarla alay eder, ama bazı çocukların arkadaşları böyle yapmaz. Senin arkadaşların, seninle alay ederler mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

5. Bazı çocukların arkadaşları, onların düşüncelerini dinlemekten hoşlanırlar; ama bazı çocukların arkadaşları bundan hoşlanmaz. Arkadaşların, senin düşüncelerini dinlemekten hoşlanırlar mı?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

6. Bazı çocuklar ve arkadaşları, birbirleri için pek çok şey yaparlar; ama bazı çocuklar ve arkadaşları bunu yapmazlar. Sen ve arkadaşların birbiriniz için çok şey yapar mısınız?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

7. Bazı çocuklar kendilerini arkadaşlarına çok yakın hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen kendini arkadaşlarına çok yakın hisseder misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

8. Bazı çocuklar, sorunları olduğunda yardım ya da öneri almak için arkadaşlarına güvenebilir; ama bazı çocuklar arkadaşlarına güvenemez. Sen, sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak arkadaşlarına güvenebilir misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

9. Bazı çocuklar arkadaşlarının, kendilerine gerçekten önem verdiği düşünürler; ama bazı çocuklar böyle düşünmezler. Sence, arkadaşların sana önem verir mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

10. Arkadaşları, bazı çocukların kendilerini kötü hissetmelerine neden olur; ama bazı çocukların arkadaşları bunu yapmaz. Senin arkadaşların, kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

11. Bazı çocuklar, sorunları olduğunda yardım ya da öneri almak için ailelerine güvenebilir; ama bazı çocuklar ailelerine güvenemez. Sen, sorunların olduğunda yardım ya da öneri almak için ailene güvenebilir misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

12. Bazı çocuklar ve aileleri, birbirleri için pek çok şey yaparlar ama bazı çocuklar ve aileleri bunu yapmazlar. Sen ve ailen birbiriniz için çok şey yapar mısınız?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

13. Aileleri, bazı çocukların kendilerini kötü hissetmelerine neden olur; ama bazı çocukların aileleri bunu yapmaz. Senin ailen, kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

14. Bazı çocuklar, aileleriyle çok şey paylaşırlar; ama bazı çocuklar paylaşmazlar. Sen ailenle çok şey paylaşıyor musun?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

15. Bazı çocuklar, aileleriyle konuşmakta zorluk çekerler; ama bazı çocuklar zorluk çekmez. Sen, ailenle konuşmakta zorluk çeker misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

16. Bazı çocuklar, ihtiyaçları olduğunda, ailelerinin onların yanında olduğunu hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, onlara ihtiyacın olduğunda, ailenin senin yanında olduğunu hisseder misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

17. Bazı çocuklar, aileleri tarafından dışlandıklarını hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, ailen tarafından dışlandığını hisseder misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

18. Bazı aileler, çocuklarının düşüncelerini görmezden gelirler; ama bazı aileler böyle yapmaz. Ailen, senin düşüncelerini görmezden gelir mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

19. Bazı çocuklar aileleri içinde önemli bir yere sahiptir; ama bazı çocuklar böyle değildir. Sen, kendi ailen içinde önemli bir yere sahip misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

20. Bazı çocuklar, ailelerinin kendilerine gerçekten önem verdiğini düşünürler; ama bazı çocuklar, ailelerinin kendilerine gerçekten önem vermediğini düşünür. Sence, ailen sana önem verir mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

21. Bazı çocuklar, kendilerini ailelerinin bir parçası gibi hissederler; ama bazı çocuklar kendilerini ailelerinin bir parçası gibi hissetmezler. Sen kendini ailenin bir parçası gibi hissedersin mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

22. Bazı çocuklar ailelerinin kendilerine kötü davrandığını düşünürler; ama bazı çocuklar böyle düşünmez. Sen, ailenin sana kötü davrandığını düşünür müsün?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

23. Bazı çocuklar, kendilerini sınıflarının bir parçası gibi hissederler; ama bazı çocuklar kendilerini sınıflarının bir parçası gibi hissetmezler. Sen kendini sınıfının bir parçası gibi hissediyor musun?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

24. Bazı çocuklar, sınıfları tarafından dışlandıklarını hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, sınıfın tarafından dışlandığını hissedersin mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

25. Bazı çocuklar, sınıflarında hiç kimsenin, kendilerine değer vermediğini hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen, sınıfında hiç kimsenin sana değer vermediğini hissedersin mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

26. Bazı çocuklar, sınıf arkadaşları tarafından çok sevilir; ama bazı çocuklar o kadar sevilmez. Sen, sınıf arkadaşların tarafından çok sevilir misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

27. Bazı sınıflarda, çocuklar, birbirleri için pek çok şey yaparlar; ama bazı sınıflarda böyle olmaz. Senin sınıfında, çocuklar birbirleri için çok şey yaparlar mı?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

28. Bazı çocukların sınıf arkadaşları onlarla alay eder; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları böyle yapmaz. Senin sınıf arkadaşların, seninle alay ederler mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

29. Bazı çocukların sınıf arkadaşları, sorunları olduğunda onlara yardım ederler; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları etmez. Senin sınıf arkadaşların, sorunların olduğunda sana yardım ederler mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

30. Bazı çocukların sınıf arkadaşları, onlara sataşır ya da takılır; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları böyle yapmaz. Senin sınıf arkadaşların sana sataşır ya da takılırlar mı?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman

31. Sınıf arkadaşları, bazı çocukların kendilerini kötü hissetmelerine neden olur; ama bazı çocukların sınıf arkadaşları bunu yapmaz. Senin sınıf arkadaşların, kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

32. Bazı çocuklar kendilerini öğretmenlerine çok yakın hissederler; ama bazı çocuklar böyle hissetmez. Sen kendini öğretmenlerine çok yakın hisseder misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

33. Bazı öğretmenler, çocukların kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olur; ama bazı öğretmenler buna neden olmaz. Senin öğretmenlerin, kendini yetersiz hissetmene neden olur mu?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

34. Bazı çocuklar, öğretmenleriyle konuşmakta zorluk çekerler; ama bazı çocuklar zorluk çekmez. Sen, öğretmenlerinle konuşmakta zorluk çeker misin?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

35. Bazı çocuklar, öğretmenlerinin kendilerine gerçekten önem verdiğini düşünürler; ama bazı çocuklar, öğretmenlerinin kendilerine gerçekten önem vermediğini düşünür. Sence, öğretmenlerin sana önem verir mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

36. Bazı öğretmenlerden, herhangi bir sorun hakkında rahatlıkla yardım ya da öneri istenebilir; ama bazı öğretmenlerden istenmez. Senin öğretmenlerinden, herhangi bir sorun olduğunda, rahatlıkla yardım ya da öneri istenebilir mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

37. Bazı çocukların öğretmenleri, onlara kötü davranır; ama bazı çocukların öğretmenleri böyle davranmaz. Senin öğretmenlerin sana karşı kötü davranır mı?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

38. Bazı öğretmenler, öğrencilerine kendilerini önemli hissettirir; ama bazı öğretmenler böyle hissettirmez. Senin öğretmenlerin, sana kendini önemli hissettirir mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

39. Bazı öğretmenler, öğrencilerin kendilerini kötü hissetmesine neden olur; ama bazı öğretmenler buna neden olmaz. Senin öğretmenlerin, senin kendini kötü hissetmene neden olur mu?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

40. Bazı öğretmenler, öğrencilerine özel görevler verirler; ama bazı öğretmenler bunu yapmaz. Senin öğretmenlerin, sana özel görevler verirler mi?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

41. Bazı öğretmenler, öğrencilerin kendilerini tedirgin (huzursuz) hissetmelerine neden olur; ama bazı öğretmenler buna neden olmaz. Senin öğretmenlerin, senin kendini tedirgin (huzursuz) hissetmene neden olurlar mı?

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren (çok ender olarak) Hiçbir zaman
() () () () ()

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ ve Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç Dr. Yeşim TANELİ'ye; ayrıca Anabilim Dalımızın yeni öğretim üyesi Yrd. Doç Dr Pınar VURAL'a, Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca sadece rotasyon döneminde değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Doç. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Yrd. Doç. Dr. Saygın EKER'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm aşamalarında desteklerini esirgemeyen başta tez danışmanım, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ'ye, Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hayriye SARICAOĞLU ile Araştırma Görevlileri Dr. Sema İpek Üner ve Dr. Zübeyde Başar'a ve çalışmamın istatistiksel analizinin her aşamasında büyük yardımını gördüğüm Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Çağatay Büyükuysal'a teşekkürü bir borç bilirim.

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Ayrıca hayatımın her alanında en büyük destekçim olan eşime ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anne ve babama çok teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin Uslu

ÖZGEÇMİŞ

1 Mayıs 1980 tarihinde Kütahya'nın Tavşanlı ilçesinde doğdum. İlkokulu Tavşanlı Fevzipaşa İlkokulunda, ortaokul ve lise öğrenimimi Tavşanlı Yavuz Selim Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 1998 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Bölümü'nü kazandım. 2004 yılının Temmuz ayında mezun olduktan sonra 2005 Nisan TUS'u ile girdiğim Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 15 Haziran 2005'te Araştırma Görevlisi olarak uzmanlık eğitimime başladım.

Dr. Hüseyin USLU