



T.C. SAēLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ēİēLİ HAMİDİYE ETFAL SAēLIK UYGULAMA VE ARAēTIRMA
MERKEZİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİēİ

FASİYAL DERMATOZLARDA ALGILANAN STRES,
STRESLE BAēA ÇIKMA VE BEDEN ALGISI

Dr. Hazel Ezgi Kaya

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

**FASİYAL DERMATOZLARDA ALGILANAN STRES,
STRESLE BAŞA ÇIKMA VE BEDEN ALGISI**

Dr. Hazel Ezgi Kaya

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

TEŞEKKÜR

Hayatım boyunca beni koruyan, elimi bir an olsun bırakmayan, emeklerini hiç tereddüt etmeden bana sunan ve sevgilerini asla hakedemeyeceğim canım babam Mustafa Necati KAYA ve annem Türkan KAYA'ya

Dermatoloji eğitim sürecimde bilgi ve tecrüberini benimle paylaşan hocalarım Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay ve değerli bilgileri yanı sıra manevi desteğini de hiç esirgemeyen Doç. Dr. Aslı Aksu Çerman'a

Sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hazel Ezgi Kaya

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ 3	
2.1.1 Damgalanma	4
2.1.2 Beden Algısı.....	6
2.1.3 Fasiyal Dermatozların Psikososyal etkileri.....	8
2.2. BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ	9
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	12
3.1. ETİK KURUL	12
3.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN OLUŞTURULMASI.....	12
3.3. ÇALIŞMA YÖNTEMİ VE ÇALIŞMA VERİTABANININ HAZIRLANMASI.....	12
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	13
3.4.1. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi.....	13
3.4.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	13
3.4.3. Algılanan Stres Ölçeği	14
3.4.4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği.....	14

3.4.5. Beden Algısı Ölçeği.....	15
3.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....	15
3.6. ÇIKAR ÇATIŞMASI	16
4. BULGULAR	17
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....	17
4.2. GRUPLARDA ÖLÇEK SKOR KIYASLAMALARI	20
4.3. ÖLÇEK SKORLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ.....	26
4.4. ÖLÇEK SKORLARININ KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ	32
4.5. ÖLÇEK SKORLARI ARASINDA KORELASYON İLİŞKİLERİ....	37
4.6. ÇOK DEĞİŞKENLİ REGRESYON VE KOVARYANS ANALİZLERİ	41
4.7. ARACI VE DÜZENLEYİCİ ETKEN ANALİZLERİ	44
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR	57
KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	64
EK-1: HASTA BAŞVURU VE DEĞERLENDİRME FORMU	64
EK-2: DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTE İNDEKSİ	65
EK-3: HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	66
EK-4: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	67
EK-5: STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ.....	68
EK-6: BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ	70

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	: Adjustment to Chronic Skin disorders questionnaire
ARC	: Appearance Research Collaboration
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
BAÖ	: Beden Algısı Ölçeği
DAS24	: Derriford Appearance Scale 24
DYKİ	: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
GSA	: Genel Sağlık Anketi
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete Alt skoru
HAD-D	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon Alt skoru
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
SBCÖ	: Stresle Başa Çıkma Ölçeği
SCL-90	: Belirti Tarama Testi
VAS	: Görsel Analog Skala
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHOQoL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Skalası

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler	18
Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri.....	19
Tablo 3. Fasiyal dermatoz, gövde dermatozu ve kontrol grubunda DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları.....	20
Tablo 4. Gruplar arası HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorlarının istatistiksel kıyaslaması.....	24
Tablo 5. Cinsiyete göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları.....	26
Tablo 6. DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorlarının yaş, eğilim durumu, VKİ ve gelir durumu ile korelasyonları	28
Tablo 7. Medeni duruma göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları.	30
Tablo 8. Çalışma durumuna duruma göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları.....	31
Tablo 9. Hastalık süresi ve tutulum alanı yüzdesine göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları.....	32
Tablo 10. Hastalık gruplarında tutulum alanının santral/periferik olmasına göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları	33
Tablo 11. Hastalık alt tipine göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları	34
Tablo 12. Hasta gruplarında semptom varlığına göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları.....	35
Tablo 13. ASÖ ve SBÇÖ alt ölçeklerinin; HAD-A, HAD-D, DYKİ ve BAÖ ile korelasyonu	38
Tablo 14. BAÖ, DYKİ, HAD-A ve HAD-D skorlarının ilişkisi.....	40
Tablo 15. Bağımsız değişkenlerin DYKİ'ne etkileri	41
Tablo 16. Sosyodemografik özelliklere göre düzeltilmiş ölçek skorlarının istatistiksel anlamlılık düzeyleri.....	42

Tablo 17. Sosyodemografik ve klinik özelliklere göre düzeltilmiş ölçek skorlarının istatistiksel anlamlılık düzeyleri43

Tablo 18. BAÖ ve DYKİ ilişkisi üzerinde ASÖ'nin moderatör etkisi45



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hasta gruplarında DYKİ skor dağılımları.....	22
Şekil 2. Gruplarda HAD-A ve HAD-D skor dağılımları	22
Şekil 3. Gruplarda Algılanan Stres Ölçeği skor dağılımları.....	23
Şekil 4. Gruplarda Beden Algısı Ölçeği skor dağılımları	25
Şekil 5. Gruplarda Stresle Başa Çıkma Ölçeği skor ve alt skor dağılımları ..	25
Şekil 6. Cinsiyete göre Beden Algısı Ölçeği skor dağılımları	27
Şekil 7. Yaş ile BAÖ skorlar arasındaki korelasyon.....	29
Şekil 8. Medeni duruma göre SBÇÖ-Dine Sığınma alt skor dağılımları.....	30
Şekil 9. Çalışma duruma göre DYKİ skor dağılımları.....	31
Şekil 10. Tutulum Alanı yüzdesi ile DYKİ skorlarının korelasyonu	33
Şekil 11. Asemptomatik ve semptomatik hastalarda DYKİ, HAD-A skor ve SBÇÖ Kabul-Bilişsel (Yeniden Yapılandırma) alt skor dağılımları	36
Şekil 12. ASÖ ve DYKİ skorları arasındaki korelasyon.....	38
Şekil 13. ASÖ ve BAÖ skorları arasındaki korelasyon	39
Şekil 14. BAÖ ve Kaçma-Soyutlama (Duyusal-Eylemsel) alt skorları arasındaki korelasyon.....	39
Şekil 15. BAÖ ve DYKİ skorları arasındaki korelasyon	40
Şekil 16. Aracı ve Düzenleyici Etken analizleri.....	44
Şekil 17. DYKİ ile ASÖ skorları ilişkisine Beden algısının etkisi	45
Şekil 18. DYKİ ile ASÖ skorları ilişkisine Anksiyetenin etkisi	46

ÖZET

FASİYAL DERMATOZLARDA ALGILANAN STRES, STRESLE BAŞA ÇIKMA VE BEDEN ALGISI

Amaç: Dermatolojik hastalıklar ölümcül olmayan hastalıkların en yaygın dördüncü nedenidir ve önemli psikososyal komorbiditlere sahiptirler. Fasiyal tutulumu olan dermatozların saklanması güç doğası nedeniyle daha yüksek emosyonel strese neden oldukları ve psikososyal etkilerinin daha baskın olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda görünüm ilişkili psikolojik stresin beden algısı değişimlerindeki adaptasyon sürecine ve yaşam kalitesine etkilerinde bireysel varyasyonların başa çıkma stratejilerini ile açıklanabileceği üzerinde durulmaktadır. Çoğu dermatozun kronik ve tekrarlayıcı seyri, medikal tedavinin yanı sıra hastaların pozitif başa çıkma stratejileri konusunda da desteklenmesini gerektirmektedir. Bireylerde algılanan stresi azaltabilecek ve etkin başa çıkma stratejileri kullanmalarını sağlayabilecek yaklaşımlar geliştirmek açısından risk faktörlerinin iyi tanımlanması gerekmektedir. Bu çalışmada primer amaç fasiyal ve gövde dermatozları olan bireylerde algılanan stres, stresle başa çıkma stratejileri, anksiyete, depresyon ve beden algısı karşılaştırılmasıdır. Sekonder olarak bu faktörleri etkileyebilecek klinik ve demografik özellikleri belirlemek ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya en az 6 aydır fasiyal dermatozu olan 60, gövde dermatozu olan 60 olmak üzere toplam 120 hasta ve 60 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen her bir katılımcı Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) ve Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirildi.

Bulgular: Fasiyal dermatozu olan hasta grubunda ASÖ, HAD-A, HAD-D ve DYKİ skorları, gövde dermatozu grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,014$; $p=0,001$; $p=0,001$). BAÖ skor ortalaması fasiyal dermatoz grubunda $120,7\pm41,9$ iken; gövde dermatozu grubunda $101,6\pm30,2$ idi ve iki grup kıyaslanıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,005$).

SBÇÖ Kaçma-Soyutlama (Duyusal-eylemsel) ve Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal) alt skorları gövde dermatozu grubunda, fasiyal dermatoz grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (sırasıyla $p=0,006$; $p=0,001$). SBÇÖ alt skorlarından Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma) ise fasiyal dermatoz hastalarında, gövde dermatozu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0,037$). ASÖ ve DYKİ skorları pozitif yönde orta düzeyde korele ($r=0,521$; $p<0,001$); BAÖ skorları DYKİ skorları ile negatif yönde orta düzeyde korele saptandı ($r= -0,324$ $p<0,001$) ve BAÖ skorlarının DYKİ skorları üzerinde etkisine ASÖ skorlarının aracılık ettiği belirlendi [$F(2, 117)=25,7873$; $p<0,001$].

Sonuç: Bu çalışmada fasiyal ve gövde yerleşimli dermatozları olan hasta gruplarında beden algısında değişim bakımından anlamlı fark saptanmazken, gövde dermatozu olan hastaların daha fazla stres, anksiyete ve depresyon deneyimledikleri, yaşam kalitesindeki etkilenmenin fasiyal dermatozu olan hastalara göre daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Bu durumun fasiyal dermatoz hastalarından olumlu bir başa çıkma stratejisi olan Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma), gövde dermatozu olan hastaların ise Kaçma-Soyutlama stratejilerini daha fazla kullanmaları ile ilişki olduğu düşünülmüştür. Dermatolojik hastalıklarda altta yatan psikopatolojinin sadece medikal tedavi ile iyileştirilemeyeceği göz önünde bulundurularak, hastaların olumlu başa çıkma stratejileri geliştirmeye teşvik etmek gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: algılanan stres, başa çıkma stratejileri, beden algısı, fasiyal dermatoz

ABSTRACT

PERCEIVED STRESS, COPING STRATEGIES AND BODY IMAGE AMONG FACIAL DERMATOSES

Aim: Dermatological diseases are the forth most common cause of nonfatal diseases and have significant psychosocial comorbidities. Considering the visible nature that do not allow to be concealed easily, it is thought that dermatoses with facial involvement may result in higher emotional stress and more pronounced psychosocial effects. In recent years, it has been emphasized that individual variations in the effects of psychological stress related to appearance on adaptation process involved in body image changes and quality of life can be explained by coping strategies. The chronic and recurrent course in vast majority of dermatoses requires support of patients to develop positive coping strategies besides medical treatment. Risk factors should be defined in order to develop approaches that can reduce perceived stress in individuals and enable them to use effective coping strategies. The primary aim of this study is to compare perceived stress, stress coping strategies, anxiety, depression and body image in individuals with facial and trunk dermatoses. Secondly, it was aimed to determine clinical and demographic features that may affect psychological factors and to investigate their effects on quality of life.

Materials and Methods: A total of 120 patients, 60 with facial dermatosis and 60 with trunk dermatosis with duration for at least 6 months, and 60 healthy volunteers were included in the study. Each participant included in the study was evaluated with Dermatology Life Quality Index (DLQI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Perceived Stress Scale (PSS), Stress Coping Attitudes Inventory (SCAI) and Body Image Scale (BIS).

Results: In patient group with facial dermatoses the PSS, HAD-A, HAD-D and DLQI scores statistically significantly lower than the trunk dermatoses group ($p=0,001$; $p=0,014$; $p=0,001$; $p=0,001$ respectively). While the mean BIS score was $120,7\pm41,9$ in the facial dermatoses group; it was $101,6\pm30,2$ in the trunk dermatoses group and when the two groups compared, the difference was not

statistically significant ($p > 0,05$). Avoidance-Disengagement (Sensorial-actual) and Avoidance-Disengagement (Biochemical) subscores of the SCAI were statistically significantly higher in the trunk dermatoses group compared to the facial dermatoses group ($p = 0,006$; $p = 0,001$ respectively). Acceptance-Cognitive (Restructuring) subscore of the SCAI was found to be statistically significantly higher in facial dermatoses patients than the patients with trunk dermatoses ($p = 0,037$). The PSS and DLQI scores were moderately correlated in positive direction ($r = 0,521$; $p < 0,001$); BIS scores were moderately correlated with DLQI scores in negative direction ($r = -0,324$ $p < 0,001$) and effect on BIS scores on DLQI scores was found to be moderated by the PSS scores [$F(2, 117) = 25,7873$; $p < 0,001$].

Conclusion: In this study, it was shown that there was no significant difference in body perception in patient groups with facial and trunk dermatoses; while patients with trunk dermatosis experienced more stress, anxiety and depression, also the impact on quality of life was more pronounced than those with facial dermatoses. This situation was thought to be related to the fact that facial dermatosis patients used Acceptance-Cognitive (Restructuring) as a positive coping strategy and the Avoidance-Disengagement strategies used more common in patients with trunk dermatosis. Considering the incurable construction of underlying psychopathology in dermatological diseases only with medical treatment, it is necessary to encourage the patients to develop positive coping strategies.

Key words: body image, coping strategies, facial dermatoses, perceived stress

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dermatolojik hastalıklar, küresel anlamda bir sağlık problemi olarak değerlendirilmektedir ve ölümcül olmayan hastalıkların en yaygın dördüncü nedenidir [1]. Dermatolojik hastalıkların seyri, semptomatolojisi ve tedavi modaliteleri hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir [2]. Önemli ölçüde fiziksel, ekonomik ve toplumsal etkileri olan dermatolojik hastalıklar en belirgin komorbiditelerini psikososyal etkileri üzerinden gerçekleştirmektedir [3]. Deri ve zihin nöro-immuno-endokrin ve davranışsal mekanizmalar üzerinden birbiri ile bağlantı halindedir. Zihin ve deri arasındaki bu karmaşık ilişkiyi inceleyen psikodermatolojik çalışmalar, dermatolojik hastaların en az %40'ında psikiyatrik komorbidite olduğunu göstermiştir [4] ve bu bakımdan diğer kronik tıbbi hastalıklar ile karşılaştırılabilecek düzeydedir [5].

Deri; iletişim, ifade, estetik, algısal ve cinsel görevleri bulunan sosyal bir organdır ve görünümü ile ilgili değişiklikler bireyde azımsanamayacak miktarda emosyonel stres ve benlik algısı değişikliklerine neden olur [6]. Fasiyal bölge gibi görünen alan tutulumu olan dermatozların ise saklanması güç doğası nedeniyle ve toplumsal damgalanmanın katkısı ile daha yüksek emosyonel strese neden oldukları ve psikososyal etkilerinin daha baskın olduğu düşünülmektedir [7]. Ancak dermatolojik hastalıkların anksiyete, depresyon başta olmak üzere psikolojik stres, özgüven eksikliği, kendini suçlu ve değersiz hissetme, utanma/damgalanma hissi, sosyal izolasyon, cinsel sorunlar ve intihar düşüncesi gibi psikososyal komorbiditeler ve bunların yaşam kalitesine etkileri iyi tanımlanmış olsa da literatürde bireyler arası farklılıkların altında yatabilecek mekanizmalar açısından yeterli çalışma mevcut değildir.

Çoğu dermatozun kronik ve tekrarlayıcı seyri, medikal tedavinin yanı sıra hastaların pozitif adaptasyon konusunda da desteklenmesini gerektirmektedir [8]. Yaşam kalitesinin ayrıca tedaviye uyum üzerinde belirgin etkiler yaratabilecek psikososyal sonuçları, hasta bazında en aza indirmek medikal tedavinin de etkinliğini ve tedavi uyumunu arttıracaktır [9]. Bu bağlamda bireylerde algılanan stresi azaltabilecek ve etkin başa çıkma stratejileri kullanmalarını sağlayabilecek

yaklaşımlar geliştirmek açısından katkı sağlayan faktörlerin iyi tanımlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada primer amaç fasiyal ve gövde dermatozları olan bireylerde algılanan stres, stresle başa çıkma stratejileri, anksiyete, depresyon, beden algısı ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmasıdır. Sekonder olarak bu faktörleri etkileyebilecek klinik ve demografikleri özellikleri belirlemek ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

Duygu ve düşünceleri algılama ve ifade etme rolü ile sosyal iletişimin temel unsurunu oluşturan deri, genel sağlık durumunu yansıtmakla birlikte özgüven, benlik algısı ve başkaları tarafından algılanma biçimimizi de etkiler. Sosyal ilişki fonksiyonları yerine getirilemediğinde hasta bunu bir ifade kusuru olarak değerlendirmekte; utanç, reddedilme hissetmekte ve bu durum sosyal izolasyona neden olmaktadır.

Dermatolojik hastalıklar beden görüntüsünde bozulmaya neden olarak, negatif beden algısına katkıda bulunur ve bu durum sosyal fobi, hayal kırıklığı, sosyal rol kısıtlanması ve düşük özgüvene katkıda bulunabilir [10].

Toplumdan algılanan hoşnutsuzluk mesajları dermatolojik hastalarda anksiyete, depresyon, öfke gibi negatif duygusal reaksiyonlar ve kaçınma, gizlenme, kamuflej gibi davranışsal tepkilere neden olabilir, sonuç olarak reddedilme, dışlanma ve ayrımcılığa katkıda bulunur [11].

Dermatozlar ile emosyonel stresin çift yönlü ve kuvvetli ilişkisi pek çok çalışmada gösterilmiştir ve dermatolojik hastalar görünüm değişiklikleri ile başa çıkmaya çalışırken birey bazında değişken derecede psikolojik stres deneyimlemektedirler [12]. Deri hastalığı ile ilişkili algılanan stresi etkileyen psikososyal faktörler; predispozan faktörler (genetik faktörler, erken anne-bebek ilişkisi, bağlanma stilleri, kültürel stereotipler); deri hastalığı ile ilgili olanlar (lokalizasyonu, başlangıç şekli ve zamanı, kaynağı, süreci ve dış görünümde yarattığı etki, ilişkili semptomlar) ve bunlara immün sistem, hipotalamus-hipofiz-adrenal aks ve otonomik sinir sisteminin fizyolojik etkisi; bireysel faktörler (kişilik özellikleri, özgüven, inançlar ve bilişsel faktörler); sosyokültürel faktörler (sosyal destek/dışlanma, kültürel stigma, sosyal red öyküsü); başa çıkma stratejileri (bireyin duruma adaptasyon düzeyi) şeklinde kategorize edilebilir [13]. Psikolojik stresin pek çok psikiyatrik bozukluk için bir risk

faktörü olduğu bilinmektedir [14] ve birey algıladığı stresle başa çıkamaz ise anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları ve intihar düşünceleri geliştirir.

Genel popülasyonda yaşam boyu depresyon riski %10,8 iken [15] dermatolojik hastalıklarda depresyon prevalansı %22 olarak belirlenmiştir [16]. Benzer şekilde genel popülasyonda anksiyete prevalansı %18,1 iken dermatolojik hastalarda %28.8 olup neredeyse iki kat yüksektir [17]. Poliklinik hastalarında %8.6 olarak belirlenen intihar düşünceleri ise genel popülasyondan çok daha yüksektir [18].

Görünüm bozukluğu olan hastaların deneyimledikleri zorluklar birbiriyle örtüşen iki perspektif ile incelenebilir: sosyal algı ve ilişkileri görünümün nasıl etkilediği, sosyokültürel anlamda bireylerin dışarıdan nasıl göründükleri (damgalanma) ve görünümün bireyin emosyonel sağlık ve yaşam kalitesini nasıl etkilediği, içeriden nasıl göründükleri (beden algısı) [19].

2.1.1 Damgalanma

Dermatolojik hastalarda psikososyal sonuçlar ile ilişkili bir diğer faktör stigma (damgalanma) deneyimleridir. İlk olarak sosyalist Ervin Goffman [20] tarafından fiziksel özellikler veya nitelikler nedeniyle yaşanan onaylanmama, itibarsızlaştırma, değersizleştirme gibi olumsuz sosyal deneyimler ve başkalarının tepksinin normal kimliği bozduğu süreç şeklinde tanımlanan stigma, günümüzde bir farkın etiketlenmesi, olumsuz bir stereotip ile ilişkilendirilmesi, yarattığı iki grup arasında sosyal mesafe ve bireysel ayrımcılık ile sosyal statü kaybına neden olan ve doğrudan neden olduğu sosyoekonomik sonuçların eşlik ettiği red ve dışlanmayı içeren çok yönlü bir yapı olarak algılanır [21].

Toplumu damgalama davranışına iten pek çok etmen mevcuttur. Bunlardan ilki MÖ 106-43 yılları arasında yaşayan Yunan düşünür Cicero tarafından ortaya atılan yüz, ruhun aynasıdır ifadesinin yansıması olan görünüm bozukluğunun geçmiş günahlarının cezası olduğu düşüncesidir [22]. İkinci teori görünüm bozukluğunun nedeni ve doğasının bilinmemesine bağlı olarak bulaşıcı olduğunun düşünülmesidir. Bu teori eski çağlardan beri var olan hastalıktan korunma mekanizmasında temel bir içgüdüden kaynaklanır ve psikiyatride ‘Cüzzamlı Fenomeni’ olarak adlandırılır [23]. Görünüm bozukluğu olan insanlardan kaçınma, nasıl davranılacağını netleştirememesi

ile ilgili olabilir ve atipik yüzlerin izleyicide otizm-benzeri özelliklere neden oldukları gösterilmiştir [23, 24]. Günümüzde en çok kabul gören görüş ise tüm omurgalılarda mevcut olan toplumda yüksek statüde görülen çekici bireyler ile iletişim kurma eğilimidir [25]. İnfantlarda bile gözlenebilen erişkinlere benzer estetik algısı ve çekiciliği kategorize etme yeteneği, çekici yüzlere bakmayı tercih etmelerine sebep olmaktadır [26].

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılında [27] yayınladıkları ve psoriasis hastalarında algılanan damgalanmayı azaltmak için karşılanmamış ihtiyaca dikkat çektikleri raporundan beri pek çok psikodermatoloji çalışması görünen deri hastalıklarında damgalanma konsepti üzerine tasarlanmıştır [28, 29]. Lakuta ve ark'nın [30] psoriasis hastaları ile yaptığı stigmatizasyon çalışması, kronik dermatolojik hastalığı olan bireyler için kabul görmüştür. Buna göre reddedilme beklentisi, başkalarının görüşlerine duyarlılık, kusurlu olma hissi, suçluluk ve utanç, gizlilik ve sosyal alanda daha az olumlu tutum dermatolojik hastalarda görülebilen stigmatizasyonun altı boyutudur. Sosyal ilişkiler sağlık için önemlidir ve sosyal reddedilme; defensif, agresif, çekingenlik gibi davranışsal ve emosyonel problemleri beraberinde getirir. Damgalanmış hisseden dermatolojik hastaların kişisel görüşlere daha duyarlı, dışlanma beklentisinde oldukları, düşük özgüven ve suç-utanç hislerine sahip oldukları; çaresizlik göstergesi olarak paradoksik pozitif davranışlara, korku, şaşkınlık, küçümsemeye maruz kaldıkları ve hastalıklarını gizleme çabasında olduklarını göstermiştir [28]. Bu deneyimler yeteri kadar tanınmadığında düşük özgüven, sosyal anksiyete, sosyal kaçınma, zayıf duygusal gelişim, romantik ilişki kurmada zorluklar, iş hayatında zorluklar, depresyon, suisid düşünceleri ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilmektedir. Hastalar bu ön yargıları kabullenmek ve sosyal izolasyon ile ayrımcılık deneyimlerinin neden olduğu düşük özgüven ve özyeterlilik ile sonuçlanan bir kısır döngüyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında damgalanma hastalık ilişkili morbidite ve yaşam kalitesinde düşmeye katkıda bulunan bir stresördür ve stigmanın öfke, depresyon, suisid düşünceler, çaresizlik, kaygı, ümitsizlik, anksiyete, bastırılmışlık, sosyal ayrımcılık, yabancılaşma, dışlanma gibi pek çok olumsuz etkileri günlük, sosyal ve finansal işlevselliği etkileyerek yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Görünüm ile ilgili kaygıları belirgin olmayan bireylerde bile çevreden gelebilecek olumsuz tepkilere karşı

kaygılanma mevcuttur. Stigmanın kendini pekiştirici yapısı, çevreden gelen damgalayıcı reaksiyonlara karşı bireyin duyarlılığının artması ve reddedilme beklentisi oluşturmaya ile kendini gösterir. Çalışmalar bu etkiye vurgu yaparak somatik iyileşmenin, sosyal reddedilme ve damgalanma hissinde azalmaya neden olmadığını göstermektedir [31].

2.1.2 Beden Algısı

Beden algısı, bireyin bedeni ile ilgili duygu, düşünce, tutum ve davranışlarının zihindeki temsilini ifade eden; afektif, bilişsel, davranışsal ve algısal yönleri bulunan çok boyutlu bir kavramdır [32]. Gelişimsel, psikososyal, kültürel pek çok faktörden etkilenir; zihindeki benlik, kimlik algısı, özgüven ve sosyokültürel çevre ile sürekli etkileşim halinde olan dinamik bir süreçtir. Büyük ölçüde sosyal deneyimler ve iletişim ile oluştuğu için sosyal bir varlık olarak kabul gören beden algısı, iç psikolojik süreçler ile çevre arasında iletişim kurmamızı sağlayan bir sekonder mesajcı olarak görev alır ve yine yaşam tecrübelerimizi etkiler. Görünümün deneyimler ve kendini ifade etmede önemli rolü bulunmaktadır. Görünüm, bir bireyi tanımanın ve dış dünya ile iletişim kurmanın yoludur aynı zamanda iç dünyamızı algıladığımız ve yorumladığımız biçimde ifade etme alanıdır [33]. Bu bakımdan beden algısındaki değişimler psikolojik işlevsellik, kişiler arası ilişkiler, yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite, yemek tercihi, sosyal aktivite, ayna karşısında vakit geçirme, özbakım gibi pek çok davranışsal değişkeni etkiler. Sonuç olarak beden algısının sosyokültürel, nörofizyolojik ve bilişsel faktörler ile karmaşık ilişkisi psikoloji, olayların yorumlanma şekli ve davranışları belirler.

Price beden gerçekliği, beden sunumu ve beden idealinden oluşan beden algısı modelini önermiştir [34]. Buna göre, gerçeklik fenotipi ifade ederken, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenir; sunum davranış biçimi ve giyim şekli gibi bir çok parametre ile belirlenir; ideal ise kişinin nasıl görünmek istediğidir, fiziksel boyut ve vücut fonksiyonlarını da içerir. Price'e göre beden algısı özellikle görünüm ile ilgilidir ancak sadece görünüm ile ilgili algıyı içermez. Bilinçli olarak veya bilinç altı düzeyinde beden ideali, sürekli olarak gerçeklik ve sunum ile kıyaslanır. Beden ideali zaman, mekan ve duygu durumu ile değişkenlik gösterirken, bu üç faktör arasındaki denge bir komponentteki bozulma diğerlerinde kompensatuar değişimler ile tolere

edilir. Algılanan ve idealleştirilmiş beden algısı arasındaki tutarsızlık arttıkça beden memnuniyetsizliği oluşur [34].

Deri emosyonel, sosyal ve fizyolojik fonksiyonları bulunan bir organdır. Yaşamın ilk yıllarından itibaren dünya ile iletişimimizde, bağlanmada, sonraki yıllarda benlik algısı, kimlik ve özgüven gelişiminde önemli rol oynar. Beden algısında yadsınamaz önemi nedeniyle kusurlu bir deri, görünümü bozarak beden algısı ile ilgili kaygılara ve sonuçta emosyonel strese, stres üzerinden hastalık ilişkili psikiatrik komorbiditelere katkıda bulunur [35]. Beden algısı bedenın iç resmini tanımladığı için benlik kavramı, sosyal kimlik, özgüven ve benlik saygısı ile yakın ilişki içindedir. Olumsuz beden algısı özgüven ve özsaygı azalması gibi benlik değişimlere eşlik eder. Beden algısında herhangi bir değişiklik tehdit olarak algılanarak, anksiyete ve korkuyu tetikler [36]. Günlük hayattaki duygu, düşünce, tutum, davranışları ve en önemlisi sosyal ilişkileri etkileyerek izolasyona neden olabilir. Gelişimsel açıdan bakılırsa toplumsal yaşantının avantajları nedeni ile sosyal izolasyon ve dışlanma bireyler tarafından tehdit edici bir unsur olarak algılanır. Bu doğrultuda bireyler, toplum tarafından değer verilen özelliklere sahip olmak için uğraşırlar ve çekici olmayan özelliklerini gizlemeye çalışırlar [25]. Utanç, suçluluk ve özdeğerin azalmasının etki ettiği bu süreç beden algısının yaşam kalitesine etkisini artırır. Çalışmalar olumsuz beden algısına sahip olan bireylerin yaşanan andan daha az zevk aldıkları aynı zamanda görünüm ile ilgili uyaran ve stresörlere daha duyarlı olduklarını göstermiştir. Negatif sosyal algı ve ilişkiler hastanın görünümü ile daha çok meşgul olmasına neden olur ve hastayı sosyal izolasyona yöneltmek ulaşabileceği sosyal destek ağını küçültür. Bu durum sosyal izolasyon-olumsuz beden algısı kısır döngüsünü düzeltmenin önemini vurgular niteliktedir [37].

Görünümüne birey tarafından verilen değer arttıkça içselleştirme ve öztutarsızlık daha fazla beden memnuniyetsizliği yaratarak psikososyal işlevselliği etkiler. Ancak pozitif beden algısı, görünüm değişikliklerine ilişkin adaptasyon sürecine olumlu etki eder [19]. Diğer yandan özkarmaşıklık teorisine göre, benlik konsepti içerisinde algılanan olumlu bir özellik, beden algısındaki değişimi ve yarattığı stresi kompanse eder, ilk tanımıyla bilişsel düzeyde tamponlar [38].

2.1.3 Fasiyal Dermatozların Psikososyal etkileri

Sosyal iletişimin üçte ikisini oluşturan sözsüz iletişim çoğunlukla bilinç veya bilinç altından kaynaklanan fasiyal ekspresyonlar ile oluşur. Gündelik etkileşimler, duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi ve algılanması gibi kompleks sosyal rutinleri yerine getirmede santral rol oynayan yüz, dinamik bir sosyal iletişim aracı olmanın yanı sıra güzellik ve çekicilik kavramlarının ana unsuru ve insan sanat objelerinin belki de en önemlisidir. Bireylerin birbirini tanınması, kimlik oluşumu ve algısının temelidir [39].

Yüz, sosyal iletişim araçlarından en güçlü ve en zengin olanlarındandır. Herhangi bir yüze kısa bir bakış, gözlemciye; kimlik, cinsiyet, yaş, etnik köken, fiziksel sağlık, cinsel eğilim, çekicilik, duygular, karakter özellikleri, acı, fiziksel zevk, yalancılık hatta sosyal statü gibi birey hakkındaki pek çok özellik hakkında bilgi verebilir. Sosyal iletişim alanında yüz sadece duyguları ifade etmekle kalmaz aynı zamanda kişinin yaşantısı için önemli sonuçları olabilecek güvenilirlik, baskınlık, çekicilik gibi durağan özellikleri hakkında da bilgi verir. Bir başka deyişle sosyal algı, yüz özelliklerinin tanınmasını sağlayan görsel algı ile başlar. Bu özellikler eş seçimi, iş ve eğitim fırsatları, karar verme, siyasi seçim tercihleri gibi bireysel ve toplumsal davranışlarda etkili olabilecek faktörlerdir [40]. Bu nedenle yüz, çok boyutlu dinamik bir bilgi alanıdır. Sosyal ve gelişimsel psikologlar çekici bir yüzün 'halo etkisi' yaratarak, kişiye pozitif nitelik ve karakteristikler atfettiğini göstermişlerdir [33]. Fiziksel çekicilik stereotipik olarak güçlü bir şekilde sosyalleşebilirlik, girişkenlik, dominans, ruh sağlığı, zeka ve fiziksel sağlık ile ilişkilendirilir. Yüzü çekici olan bireylerin iş hayatında daha başarılı, daha popüler, daha iddali, daha yüksek özgüvene ve daha yüksek sosyal becerilere sahip olan, daha iyi uyum sağlayan bireyler olarak algılanma gibi sosyal avantajları olduğu bilinmektedir [40]. Buna göre fasiyal dermatozlar görünümü bozarak çekiciliği azaltır ve hastalar daha az çekici olmanın yanı sıra, daha az dürüst, daha az açık sözlü, daha az işe alınabilir, daha az güvenilir, daha az optimistik, daha az yetenekli ve daha az zeki olarak algılanırlar [41] ve işsizlik, samimiyet problemleri dahil hayatın epey geniş bir alanı etkilenmektedir. Buna göre hastaların günlük, sosyal, mesleki ve psikolojik işlevsellikleri, dolayısıyla yaşam kaliteleri etkilenir.

Price'in beden algısı modeline uyarlandığında yüz bölgesinin görünümündeki değişiklikler beden gerçekliğini değiştirir. Bireyler dinamik beden algısı konseptinde bu duruma beden ideali veya sunumunu değiştirerek adapte olurlar ve bu hastalarda görünüm ile beden algısı daha belirgin şekilde iç içe geçmiştir [34]. Bunun yanı sıra benlik algısı, toplumda insanların birbirini tanıma, emosyonel ifade ve sosyal ilişki görevlerini primer olarak üstlenen yüz etrafında oluşmaktadır [39]. Görünüşe takıntılı toplumumuzda, etkilenen kişiyi toplumsal normlardan ayıran bir yüze sahip olmanın kişinin beden algısının yanı sıra özsaygı, özgüven gibi benlik algısı komponentlerini etkilediği, aynı zamanda kimlik karmaşasına, hatta sosyal statü değişikliklerine ve sosyal rol kısıtlamasına neden olduğu öngörülmektedir [42]. Ancak en göze çarpan problem görünüm kaygısından kaynaklanan sosyal ilişki problemleridir ve olumsuz değerlendirmeden korkma, sosyal kaçınma ve sosyal anksiyete hastalarda gözlenen temel psikopatolojidir. Görünen vücut alanlarda lezyonları olan hastaların sosyal damgalanmaya daha açık oldukları ve daha fazla sosyal reddedilme korkusu yaşadıkları tahmin edilmektedir. Fasiyal görünüm bozukluğu olan hastaların %60'ında kendi hakkında negatif düşünceler, kaçınma, sosyal aktivitelere katılmada isteksizlik gibi gündelik hayata yansıyan etkiler mevcuttur [42]. Benzer şekilde hastalar sosyal kararlılık ve girişkenlik sergileme ve bireysel sınırlılıklarını ifade etmede daha çekingen davranış sergilemektedirler [43]. Aynı zamanda yüz yerleşimli lezyonlar saklanması güç doğası nedeniyle hastalarda toplumsal yargı ve negatif stereotiplerden kaçınma sonucu izole, mahçup, depresif , çaresiz hissetme ve hatta suisid eğilimine neden olabilmektedir [7].

2.2. BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ

Stres; bireyin fizyolojik, emosyonel ve bilişsel dengesini sürdürmesini sağlayan mekanizmaları bozan yaşam olaylarıdır. Başa çıkma ise bireyin erişebilir kaynaklarını kullanarak stresli bir durumun üstesinden gelmek için kullandığı yöntemlerin bilişsel sürecidir [44]. Stresli olaylar birey tarafından filtrelenir, bireyin yorumlama ve değerlendime sürecine göre algılanan stres belirlenir [45]. Stresörün tipi, kişinin erişebileceği kaynaklar ve bu kaynakları kullanma yeteneği, bireyin stresi algılama ve değerlendirme süreci, stratejinin etkinliği gibi pek çok faktör başa çıkma

çıkma stratejilerinin seçimini etkileyerek strese verilen cevaptaki bireysel farklılıkları ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda ortaya atılan pozitif duyguların genişletme ve inşa teorsine göre durum hakkında olumlu değerlendirme stresli durumlarda bile bireyin davranış repertuvarını genişletir; bireyin zihinsel, sosyal ve entellektüel kaynaklarını arttırarak sağlıkta iyilik halinin korunmasına yardımcı olur [46]. Tam tersine olumsuz bilişsel ön yargı, düşük özgüven ve bozulmuş öz algı etkin başa çıkma stratejilerini kullanma ihtimalini önemli ölçüde azaltabilmektedir.

Bozulan homeostazı tekrar düzenlemek için stres yönetim sürecinde oluşan yanıtlar temelde bireyin koşullarını değiştirmeye yönelik ‘problem-odaklı’ stratejiler ve bireyin koşullara tepkisine değiştirmeye yönelik ‘duygu-odaklı’ stratejiler olmak üzere ikiye ayrılır [44]. Problem-odaklı aktif stratejiler emosyonel stresi azaltmaya yöneltilen aktif mücadele süreçlerini tanımlar ve bilişsel yeniden yapılandırma, uyumlu stres yanıtı ve daha az anksiyete ile ilişkilidir [47]. Ancak duygu-odaklı, pasif stratejilerin kullanımının anksiyete, depresyon ve algılanan stres üzerinde prediktif rolü bulunmaktadır [48]. Çalışmalar algı, duygu ve düşünce gibi içsel deneyimlerin bireyin sağlığı ile olan ilişkisini başa çıkma stratejileri ile açıklanabileceğini öne sürmüştür. Toplum ve medya tarafından sunulan ideal beden figürüne sahip olmamak önemli bir emosyonel stres kaynağıdır ve beden algısındaki değişimlere adaptasyon süreci ve yaşam kalitesine etkilerindeki bireysel varyasyonlar başa çıkma stratejilerini ile açıklanmaktadır [49].

Dermatolojik hastaların %40’ı hastalıkları ile başa çıkamadıklarını belirtmişlerdir [50]. Bu oran, dermatolojik hastalarda görülen psikolojik komorbidite oranı ile örtüşmektedir. Günümüzde görünüm değişikliklerine özgün üç adet başa çıkma stratejisi tanımlanmıştır [51]. Bunlarda ilki kaçınmadır. Birey sosyal izolasyon tehdidi, damgalanma ve anksiyete nedeniyle sosyal ilişkilerden kaçınır. Newell’in korkudan kaçınma modeline göre [52], olumsuz deneyimlenen sosyal ilişkilerin sosyal anksiyete ve davranışsal kaçınmayı tetiklediği üzerinde durulmaktadır. Bu modelin temelinde davranışların anksiyetenin kendisinden ziyade anksiyete korkusu nedeniyle kaçınmaya yöneldiğini savunulmaktadır. Bir başka çalışmada fasiyal görünüm bozukluğu olan hastaların, sosyal fobisi olan hastalarla benzer sosyal kaçınma ve anksiyete-depresyon skorlarına sahip olduğu gösterilmiş ve görünüm bozukluklarında

jeneralize bir anksiyete bozukluğundan ziyade sosyal durumlara özgü fobik anksiyete görülebileceğini ileri sürmüştür [53]. Newell bu modelin fobi bozukluklarından geliştirdiğini ve tamamen spekülatif olduğunu vurgulamıştır. Bu fobik doğada davranışsal kaçınma kısa dönemde psikolojik stresin azalmasına katkıda bulunurken kaçınma davranışı uzun dönemde anksiyete-kaçınma kısır döngüsünü pekiştirir. Kaçınma davranışları zaman içerisinde gelişip pekişerek en küçük sosyal aktivitelerden bile kaçınma halini alır. Bu kısır döngü yanlış ele alınan düşüncelerin itibarını kaybetmesini güçleştirir ve etkin başa çıkma stratejileri oluşmasını engeller. Sonuç olarak kaçınma stratejisi yaşam değerleri ile çelişen ve sosyal izolasyona neden olan sonuçlar doğurabilir ve psikososyal işlevselliği bozarak yaşam kalitesini azaltır [54].

İkinci strateji görünüm sabitleme olarak adlandırılmakta ve beden algısını sabitlemek amacıyla giysi seçimini değiştirme, kamuflaj, gizleme, başkalarından görünüm ile ilgili güvence almayı kapsamaktadır. Kısa dönem olumlu etkilerinin yanı sıra uzun dönemde sosyal anksiyeteyi pekiştirerek beden algısına ilişkin duygu ve düşünceleri olumsuz yönde ekilediği vurgulanmaktadır [51]. Aynı zamanda olumsuz yaşam deneyimleri görünüm bozukluğu olan hastalarda negatif başa çıkma stratejilerinin seçiminde pekiştirici rol oynamaktadır [55]. Ancak dermatolojide medikal kamuflajın yaşam kalitesini iyileştirici etkilerine yönelik pek çok çalışma mevcuttur [56].

Son strateji rasyonel kabul şeklinde adlandırılır ve psikoterapötik yaklaşımlar rasyonel kabulü arttırmaya yönelik dizayn edilmektedir. Newell [53], görünüm anksiyeteleri ile yüzleşen bireylerin kaçınan bireylerden daha olumlu psikososyal sonuçlara sahip olduğunu ileri sürmüş ve yüzleşme-kaçınma sürekliliğinde yaşam olayları, beden algısı, başa çıkma stratejileri, kişilik, bedenin değişimden duyulan anksiyete, damgalanma, sosyal destek gibi kişisel ve çevresel faktörlerin davranışın hangi tarafta olacağını belirlediğini vurgulamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ETİK KURUL

Tez konusu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Akademik Kurulu tarafından onaylanmıştır **(EK-1)**.

Çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 3237 karar numarası ile onay almıştır **(EK-2)**.

3.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN OLUŞTURULMASI

Bu çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, bir dermatolog tarafından tüm vücut deri muayenesi ile izole fasiyal veya izole gövde dermatozu olduğu doğrulanan, en az 6 aydır şikayetleri devam eden, 18 yaşından büyük olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma düzeyi soruları yanıtlamaya yeterli olan hastalar dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, 18 yaşından küçük olan, okuma yazma düzeyi ölçekleri doldurmak için yetersiz olan, gebelik ve laktasyon döneminde olan, bilinen psikiatrik hastalık veya ilaç kullanımı olan, afekti etkileyebilecek dahili hastalığı bulunan, fasiyal ve gövde lokalizasyonları birlikte etkileyen dermatozu olan, el-ayak, saçlı deri gibi görünebilen başka alan tutulumu olan ve anogenital bölge tutulumu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu hastane personeli ve sağlık çalışanlarının gönüllü katılımları ile oluşturuldu.

3.3. ÇALIŞMA YÖNTEMİ VE ÇALIŞMA VERİTABANININ HAZIRLANMASI

Çalışma 01.09.2020-01.03.2021 tarihleri arasında yapılmış tek merkezli, prospektif kohort çalışmasıdır. Araştırma örneklemini oluşturan bireyler ile ilgili bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgiler ile birlikte hastalığın

süresi, yaygınlığı, dermatolojik muayene, eşlik eden semptomlar, hastalığın tipi gibi klinik bilgileri sorgulayan ‘Hasta Başvuru ve Değerlendirme Formu’ (EK-3) kullanıldı. Hastalığın yaygınlığını belirlemek için %0 ile %100 arasında değişen görsel analog skala (VAS), Vücut Kitle indeksini (VKİ) hesaplamak için kg/m^2 formülü kullanıldı. Her bir gruptaki bireyler ile yüz yüze görüşülerek ve bilgilendirme yapılarak Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (EK-4), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (EK-5), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK-6), Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ) (EK-7) ve Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) (EK-8) doldurtuldu.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

Tüm dermatolojik hastalıklara uygulanabilen bu ölçek, hastanın hastalığına bakış açısını ortaya çıkarmakta faydalıdır. Belirti, emosyonel durum, günlük aktivite, boş zaman aktiviteleri, okul-iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi temeline dayandırılarak düzenlenmiş olup, ‘hiç ya da hiçbiri’ cevabı (0) puana, ‘çok fazla’ cevabı (3) puana karşılık geldiği 10 sorudan oluşmaktadır [57]. Toplam puan 0-30 arasında değişmekte ve yüksek puanlar, yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında Öztürkcan ve ark [58] tarafından yapılmıştır.

3.4.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith [59] tarafından geliştirilen ölçek anksiyete ve depresyon seviyelerini değerlendirmek için tasarlanmış 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydermir ve ark [60] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 8 ve depresyon alt ölçeği için 8 olarak saptanmıştır.

3.4.3. Algılanan Stres Ölçeği

Cohen [45] tarafından geliştirilen, toplam olarak 14 madde içeren Algılanan Stres Ölçeği bireyin yaşamındaki bazı durumları ne miktarda stresli algılamaya sahip olduğunu değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Ölçek, her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişmekte olan beşli Likert tipi ölçek olarak tanımlanmaktadır. Ölçek maddelerinden pozitif anlam barındıran 7'si ters taraftan puan alarak hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve ark [61] tarafından yapılmıştır.

3.4.4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği

Özbay [62] tarafından geliştirilen, Özbay ve Şahin [63] tarafınca Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, çeşitli stres durumlarda bireylerin mücadele etme ve çaba seviyelerini hesaplamayı amaçlamaktadır. Puanlandırma beşli Likert tip derecelendirme ile yapılmakta ve artan puanlar ilgili başa çıkma stratejisinin yaygın kullanıldığını göstermektedir. Türkçe uyarlama yapılan çalışmada etmen analizi sonrasında 43 madde 6 etmen alt basamağında yer almaktadır. Her bir alt grup 0-4 arasında puan alabilmektedir.

Aktif Planlama: Etkin olacak şekilde bir şeyler meydana getirme, direk işleme başlangıca yönelme, mücadelecilik çaba durumlarında artış gösterme, hareket planları gerçekleştirme, odak noktası oluşturma ve sorun çözümüne yönelen sistematikliğin içerisinde bulunmayı sağlayan rasyonel adımları hedefleyen ve teknikleri kapsama alanına alan 10 maddeden meydana gelmektedir.

Dış Yardım Arama: Toplumsal desteğe başvurma iki yönü ile değerlendirilmektedir. Bunlar somut olan çözüm durumuna ilişkin (enstrümental) dış kısımdan yardım isteme ve duygusal dış yardım bulma çabasını ifade etmektedir. Bu alt ölçek türü yardım bulma davranışlarının emosyonel, fiziksel ve bilişsel boyut düzeylerinde değerlendirilmesini hedef alan 9 maddeden ortaya çıkmaktadır.

Dine Sığınma: Bu etmen alt basamağında yer alan maddeler genellikle bir ilahi güç etrafında olmayı istemeyi, dua etme ve inançlardan güç elde etmeyi savunmaktadır. Bu etmen 6 madde ile oluşmaktadır.

Kaçma-Soyutlama (Duygusal-Eylemsel): Kaçma-Soyutlama iki boyut ile faktöriyel biçimde bulunmaktadır. Bu maddeler bireyin stresle mücadele etme davranışlarını aktif olmayan anlamda durumdan kendini soyutlama şeklinde ortaya çıkarmaktadır ve 7 maddeden meydana gelmektedir.

Kaçma-Soyutlanma (Biyokimyasal): Bu boyut pasif bir strateji olarak metabolizmada fizyolojik değişim oluşturma eğilimi yönünde değerlendirilmektedir. Stresli durumlarda sigara, alkol, ilaç, uyuşturucu kullanmaya yönelim şeklinde tanımlanmaktadır. Etmen 4 madde ile ortaya çıkmaktadır.

Kabul-Bilişsel (Yeniden Yapılanma): Sorunun kabul edilip bilişsel düzeyde stresi ele alma ifade edilmektedir. Bu alt ölçek türü 7 madde içermektedir ve mücadele etmede bireysel durumun değiştirilmesi üzere bir süreçten çok bireyin bakış açısını ifade etmektedir.

3.4.5. Beden Algısı Ölçeği

Secord ve Jourand [64] tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hovardaoğlu [65] tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup bireyin beden kısımlarından ve beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmaktadır.

3.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca, çeyrekler arası aralık olarak verildi. Bağımsız gruplarda sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlandığında iki grupta Student t test, ikiden çok grupta OneWay

ANOVA testi ile normal dağılım koşulu sağlanmadığında iki grupta Mann Whitney U testi, ikiden çok grupta Kruskal Wallis testi ile yapıldı. Gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. Sayısal değişkenler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlandığında Spearman, koşul sağlanmadığında Pearson Korelasyon Analizi ile yapıldı. Gruplarda kovaryant etkileri ANCOVA ile incelendi. Dermatoloji Yaşam kalitesini etkileyen değişkenler multiregresyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.6. ÇIKAR ÇATIŞMASI

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

4. BULGULAR

Çalışmaya Eylül 2020-Mart 2021 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 60'ı fasiyal dermatoz, 60'ı gövde dermatozu olmak üzere toplam 120 hasta ve 60 sağlıklı gönüllü dahil edildi.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen fasiyal dermatoz hastalarının 30'u (%50) kadın, 30'u (%50) erkek, ortalama yaşları $40,5 \pm 14,5$; gövde dermatozu olan hastaların 30'u (%50) kadın, 30'u (%50) erkek, ortalama yaşları $40,4 \pm 14,0$; sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun 30'u (%50) kadın, 30'u (%50) erkek, ortalama yaşları $40,6 \pm 11,5$ idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımları açısından anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Gruplar arasında medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara/alkol kullanımları ve vücut kitle indeksleri (VKİ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Klinik özellikler açısından bakıldığında fasiyal dermatoz grubunda ortalama hastalık süresi $5,3 \pm 5,8$ yıl iken; gövde dermatozu olan hastalarda $6,5 \pm 7,4$ yıl idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0,636$). Fasiyal dermatozlarda yüz bölgesinin tutulum yüzdesi ortalama $31,3 \pm 27,1$ iken; gövde dermatozu olan hastalarda $31,7 \pm 24,7$ idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p = 0,655$).

Fasiyal dermatoz hastalarının 25'inde (%41,7) yüzün santral bölgesi olarak tanımlanan gözler ve ağız üçgeninde lezyon mevcut iken; 16'sında (%26,7) periferik alan tutulumu; 19'unda (%31,7) ise santral ve periferik alanların birlikte tutulumu mevcuttu. Gövde dermatozu olan hastaların 24'ünde (%40,0) vücut santrali olarak kabul edilen torso tutulumu; 14'ünde (%23,3) periferik olarak kabul edilen ekstremiteler tutulumu; 29 (%48,3) hastada ise hem santral hem periferik bölge tutulumu mevcuttu.

Santral/periferik tutulum açısından hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,830$).

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

		Yüz Dermatozu (n=60)	Gövde Dermatozu (n=60)	Kontrol Grubu (n=60)	p°
Cinsiyet n/n	Kadın/ Erkek	30 /30	30 /30	30 /30	
Yaş Ort. $\pm$ SD (Min-Maks)		40,5 $\pm$ 14,5 (18-60)	40,4 $\pm$ 14,0 (18-60)	40,6 $\pm$ 11,5 (18-60)	0,997 [#]
Medeni Durum	Bekar	31 (51,7)	23 (38,3)	31 (51,7)	0,059
	Evli	26 (43,3)	37 (61,7)	29 (48,3)	
n (%)	Dul veya boşanmış	3 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Eğitim Durumu	İlkokul	8 (13,3)	16 (26,7)	3 (5,0)	0,060
	Lise	22 (36,7)	17 (28,3)	21 (35,0)	
n (%)	Lisans	27 (45,0)	24 (40,0)	33 (55,0)	
	Yüksek Lisans	3 (5,0)	3 (5,0)	3 (5,0)	
Çalışma Durumu n	Hayır	27 (45,0)	21 (35,0)	20 (33,3)	0,362
(%)	Evet	33 (55,0)	39 (65,0)	40 (66,7)	
VKİ Ort. $\pm$ SD (Min-Maks)		23,4 $\pm$ 2,9 (18-32,3)	23,9 $\pm$ 4,0 (18-32,7)	24,1 $\pm$ 3,5 (17,5-31)	0,439*
Gelir Durumu	İyi	18 (30,0)	15 (25,0)	14 (23,3)	0,189
	Orta	32 (53,3)	30 (50,0)	40 (66,7)	
n (%)	Kötü	10 (16,7)	15 (25,0)	6 (10,0)	
Sigara n (%)		14 (23,3)	20 (33,3)	16 (26,7)	0,461
Alkol n (%)		5 (8,3)	2 (3,3)	8 (13,3)	0,140

^oKi Kare Test ^{*}One Way ANOVA [#]Kruskal Wallis Testi

Fasiyal dermatoz hastalarının 27'si (%45), gövde dermatozu olan hastaların ise 31'i (%51,7) semptomatikti. Semptom varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,465$). Semptom çeşitliliği açısından bakıldığında değerlendirmeye

alınan kaşıntı ($p=0,330$), ağrı ($p=0,246$) ve yanma/batma ($p=0,624$) açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Fasiyal grupta hastaların 30'u (%50,0) inflamatuvar tipte dermatoza, 12'si (%20) pigmentasyon bozukluğuna, 15'i (%25,0) tümöral oluşumlara sahipken; gövde grubunda inflamatuvar dermatoz 34 (%56,7), pigmentasyon bozukluğu 10 (%16,7), tümöral hastalık 12 (%20,0) hastada mevcuttu. Hastalık tipi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,844$). Hastaların klinik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri

		Fasiyal Dermatoz (n=60)	Gövde Dermatozu (n=60)	p
Hastalık Süresi (yıl)	Ort.±SD (Min-Maks)	5,3±5,8 (0,6-27)	6,5±7,4 (0,11-37)	0,636
	Medyan (ÇAA)	3 (2-6)	4 (2-8)	
Tutulum alanı yüzdesi	Ort.±SD (Min-Maks)	31,3±27,1 (0-100)	31,7±24,7 (5-90)	0,655
	Medyan (ÇAA)	20 (10-50)	20 (10-40)	
Tutulum alanı n (%)	Santral	25 (41,7)	24 (40,0)	0,830
	Periferal	16 (26,7)	14 (23,3)	
	Santral+Periferal	19 (31,7)	22 (36,7)	
Semptom n (%)	Yok	33 (55,0)	29 (48,3)	0,465
	Var	27 (45,0)	31 (51,7)	
	Kaşıntı	17 (28,3)	22 (36,7)	0,330
	Ağrı	9 (15,0)	14 (23,3)	0,246
	Yanma/Batma	9 (15,0)	11 (18,3)	0,624
Hastalık Tipi n (%)	İnflamatuvar	30 (50,0)	34 (56,7)	
	Pigmentasyon	12 (20,0)	10 (16,7)	
	Tumoral	15 (25,0)	12 (20,0)	0,844
	Diğer	3 (5,0)	4 (6,7)	

ÇAA: çeyrekler arası aralık

4.2. GRUPLARDA ÖLÇEK SKOR KIYASLAMALARI

Gruplar karşılaştırıldığında, tüm ölçek skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Fasiyal dermatoz, gövde dermatozu ve kontrol grubunda DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Fasiyal Dermatoz	Gövde Dermatozu	Kontrol Grubu	p [#]
DYKİ				
Ort.±SD (Min-Maks)	8,0±6,3 (0-25)	12,5±7,9 (0-29)		0,001
Medyan (ÇAA)	8 (3-11,75)	9,5 (6,25-12,75)		
HAD-A				
Ort.±SD (Min-Maks)	7,70±4,32 (0-18)	9,70±4,84 (0-20)	2,77±2,32 (0-10)	<0,001
Medyan (ÇAA)	7,5 (4-10)	9,5 (6,25-12,75)	2 (1-4)	
HAD-D				
Ort.±SD (Min-Maks)	7,52±4,51 (0-16)	10,55±4,62 (1-20)	2,98±2,26 (0-9)	<0,001
Medyan (ÇAA)	7,5 (3-11)	11 (7-14)	3 (1-4)	
ASÖ				
Ort.±SD (Min-Maks)	24,9±9,4 (5-43)	31,6±9,7 (7-53)	11,3±6,1 (3-28)	<0,001
Medyan (ÇAA)	25,5 (18,25-31)	30 (24,25-38,75)	10 (7,25-15)	
SBÇÖ				
Ort.±SD (Min-Maks)	1,87±0,54 (0,58-3,63)	2,09±0,46 (1,23-3,14)	1,45±0,46 (0,65-2,37)	<0,001*
Medyan (ÇAA)	1,85 (1,58-2,15)	2,07 (1,73-2,35)	1,40 (1,02-1,81)	
Aktif Planlama				
Ort.±SD (Min-Maks)	2,38±0,73 (1-3,7)	2,57±0,66 (1,1-3,9)	1,99±0,67 (0-3,20)	<0,001*
Medyan (ÇAA)	2,4 (1,83-2,8)	2,7 (2,03-3)	2,1 (1,43-2,5)	
Dış Yardım Arama				
Ort.±SD (Min-Maks)	2,14±0,80 (0,11-3,56)	1,97±0,92 (0,56-3,67)	1,32±0,83 (0-3,33)	<0,001

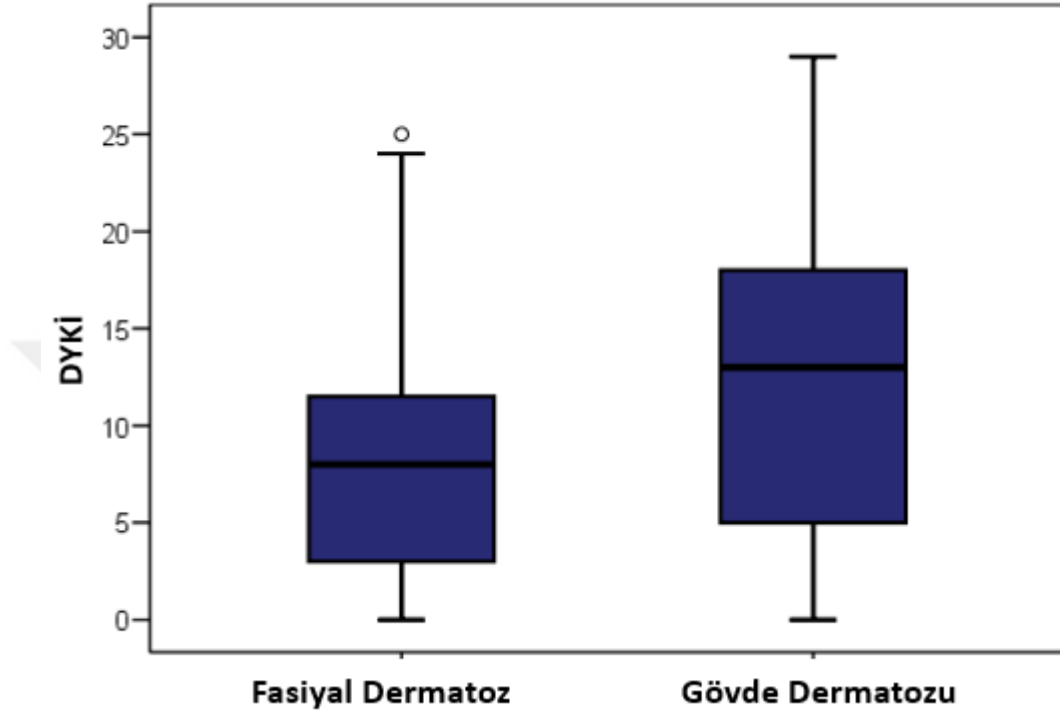
Medyan (ÇAA)	2,33 (1,69-2,67)	1,78 (1,25-2,67)	1,13 (0,58-2)	
Dine Sığınma				
Ort.±SD (Min-Maks)	1,80±1,38 (0-6)	2,13±1,01 (0-4)	1,01±1,00 (0-3,33)	<0,001
Medyan (ÇAA)	1,83 (0,83-2,67)	2,25 (1,33-3)	0,67 (0-1,67)	
Kaçma-Soyutlama (Duygusal-Eylemsel)				
Ort.±SD (Min-Maks)	1,79±0,81 (0-4)	2,23±0,85 (0,57-3,71)	0,85±0,68 (0-3,43)	<0,001
Medyan (ÇAA)	1,79 (1,29-2,29)	2,29 (1,46-2,86)	0,71 (0,29-1,29)	
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)				
Ort.±SD (Min-Maks)	0,33±0,55 (0-2,25)	0,66±0,71 (0-2,5)	0,17±0,37 (0-1,5)	<0,001
Medyan (ÇAA)	0 (0-0,5)	0,5 (0-1)	0 (0-0)	
Kabul-Bilişsel (Yeniden Yapılandırma)				
Ort.±SD (Min-Maks)	1,95±0,76 (0,57-3,43)	2,27±0,60 (0,86-3,43)	2,28±0,74 (0-3,64)	0,016*
Medyan (ÇAA)	2 (1,43-2,43)	2,29 (1,86-2,82)	2,14 (1,75-2,86)	
BAÖ				
Ort.±SD (Min-Maks)	120,7±41,9 (67-191)	101,60±30,20 (45-178)	152,5±29,5 (82-200)	<0,001
Medyan (ÇAA)	108,5 (85,8-160,3)	96 (80,75-128)	156,5 (137,25-174,5)	

*One Way ANOVA #Kruskal Wallis Testi

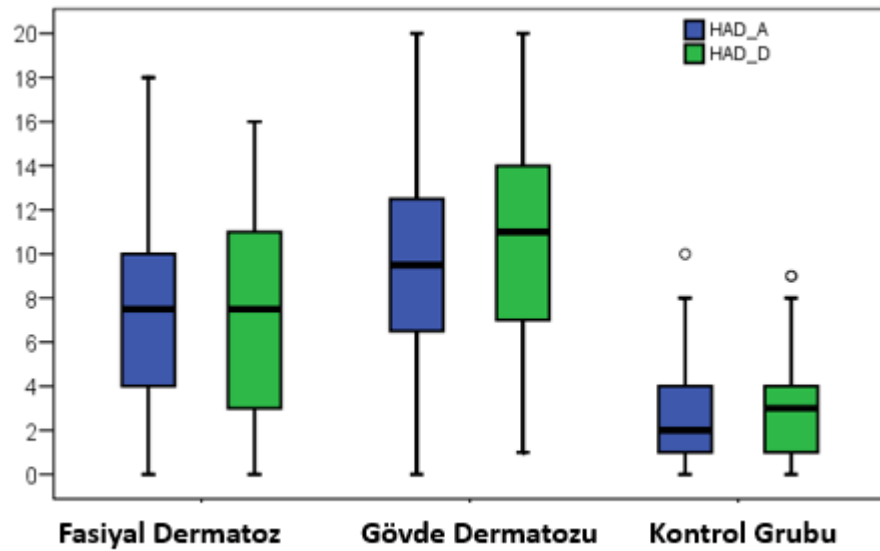
Gövde dermatoz grubunda ortalama DYKİ skoru (12,5±7,9) fasiyal dermatoz grubunun ortalama DYKİ skoruna (8,0±6,3) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,001) (Şekil 1).

HAD-A (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete Alt skoru) ortalaması gövde dermatozu grubunda 9,70±4,84; fasiyal dermatoz grubunda 7,70±4,32 ve kontrol grubunda 2,77±2,32 idi. HAD-D (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon Alt skoru) gövde dermatozu grubunda 10,55±4,62; fasiyal

dermatoz grubunda $7,52 \pm 4,51$ ve kontrol grubunda $2,98 \pm 2,26$ idi. HAD-A ve HAD-D skorları fasiyal ve gövde dermatozu olan hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek; gövde dermatozu olan hastalarda ise fasiyal dermatozu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (Tablo 4) (Şekil 2).

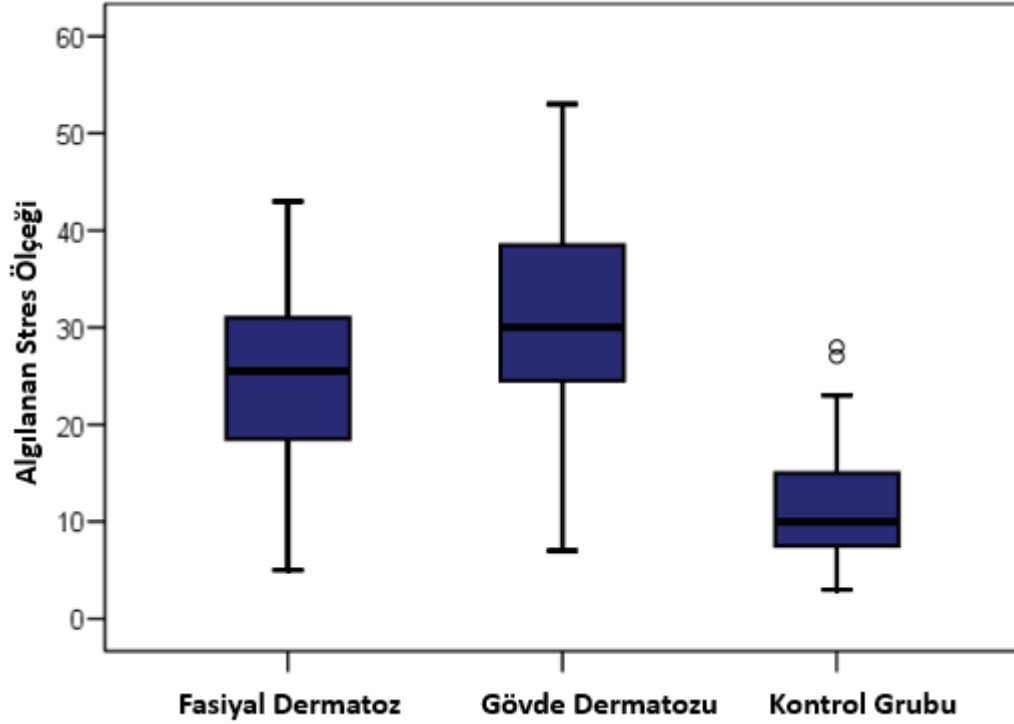


Şekil 1. Hasta gruplarında DYKİ skor dağılımları



Şekil 2. Gruplarda HAD-A ve HAD-D skor dağılımları

ASÖ skorları gövde dermatozu grubunda $31,6 \pm 9,7$; fasiyal dermatoz grubunda $24,9 \pm 9,4$; kontrol grubunda $11,3 \pm 6,1$ şeklinde olup, fasiyal ve gövde dermatozu olan hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek (her biri için $p < 0,001$); gövde dermatozu olan hastalarda ise fasiyal dermatozu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti ($p = 0,001$) (Şekil 3).



Şekil 3. Gruplarda Algılanan Stres Ölçeği skor dağılımları

BAÖ skorları gövde dermatozu grubunda $101,6 \pm 30,2$; fasiyal dermatoz grubunda $120,7 \pm 41,9$; kontrol grubunda $152,5 \pm 29,5$ şeklinde olup, fasiyal ve gövde dermatozu olan hasta gruplarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (her biri için $p < 0,001$). Fasiyal ve gövde dermatozu olan hastaların BAÖ skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p = 0,033$) (Şekil 4).

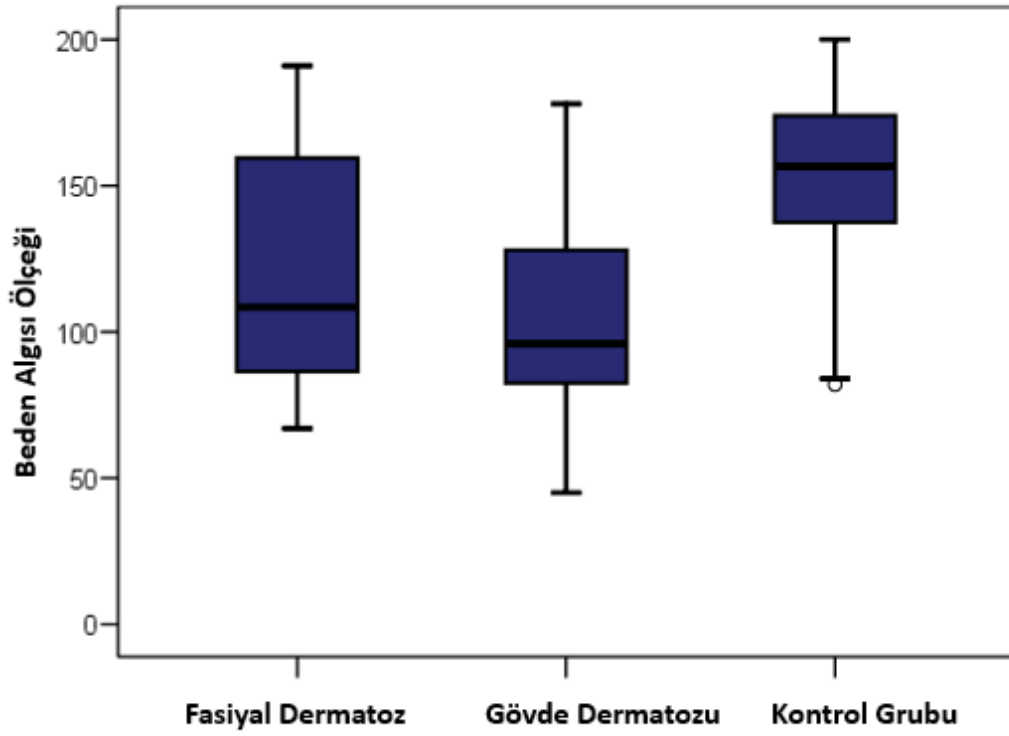
Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt skorlarına bakıldığında Kaçma-Soyutlama (Duyusal-Eylemsel) alt skoru gövde ve fasiyal dermatozu olan hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek (her biri için $p < 0,001$); gövde dermatozu olan hastalarda ise fasiyal dermatozu olan hastalara göre istatistiksel olarak

anlamli yüksekti ($p=0,006$). Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal) alt skorları gövde dermatozu grubunda fasiyal dermatoz ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yüksek (sirasıyla $p=0,001$; $p<0,001$); ancak fasiyal dermatoz ve kontrol grubunun skorları arasında istatistiksel olarak anlamli fark yoktu ($p=0,086$). Kabul-Bilişsel (Yeniden Yapılandırma) alt skoru fasiyal dermatoz hastalarında gövde dermatozu ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yüksek (sirasıyla $p=0,037$; $p=0,031$); ancak gövde dermatozu ile kontrol grubu skorları arasında istatistiksel olarak anlamli fark yoktu ($p=0,998$). Aktif planlama, Dış yardım arama ve Dine sığınma alt skorları her bir hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yüksek ancak hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamli fark yoktu (Tablo 4). Grupların SBÇÖ alt skor dağılımları Şekil 5’te gösterilmiştir.

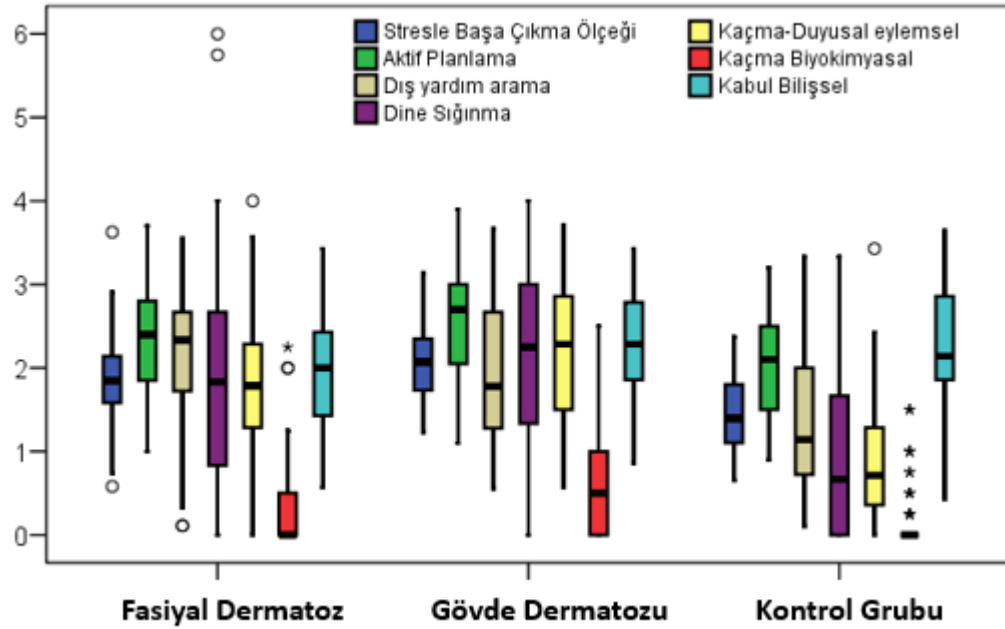
Tablo 4. Gruplar arası HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorlarının istatistiksel kıyaslaması

	Fasiyal Dermatoz		Gövde Dermatozu
	Gövde Dermatozu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
	p [#]	p [#]	p [#]
HAD-A	0,014	<0,001	<0,001
HAD-D	0,001	<0,001	<0,001
ASÖ	0,001	<0,001	<0,001
SBÇÖ*	0,041	<0,001	<0,001
Aktif Planlama*	0,256	0,007	<0,001
Dış yardım arama	0,146	<0,001	<0,001
Dine Sığınma	0,071	0,001	<0,001
Kaçma-Soyutlama (Duyusal eylemsel)	0,006	<0,001	<0,001
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	0,001	0,086	<0,001
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)*	0,037	0,031	0,998
BAÖ	0,033	<0,001	<0,001

*Tukey HSD #Mann Whitney U test (Bonferroni düzeltmesi $p<0,017$)



Şekil 4. Gruplarda Beden Algısı Ölçeği skor dağılımları



Şekil 5. Gruplarda Stresle Başa Çıkma Ölçeği skor ve alt skor dağılımları

4.3. ÖLÇEK SKORLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

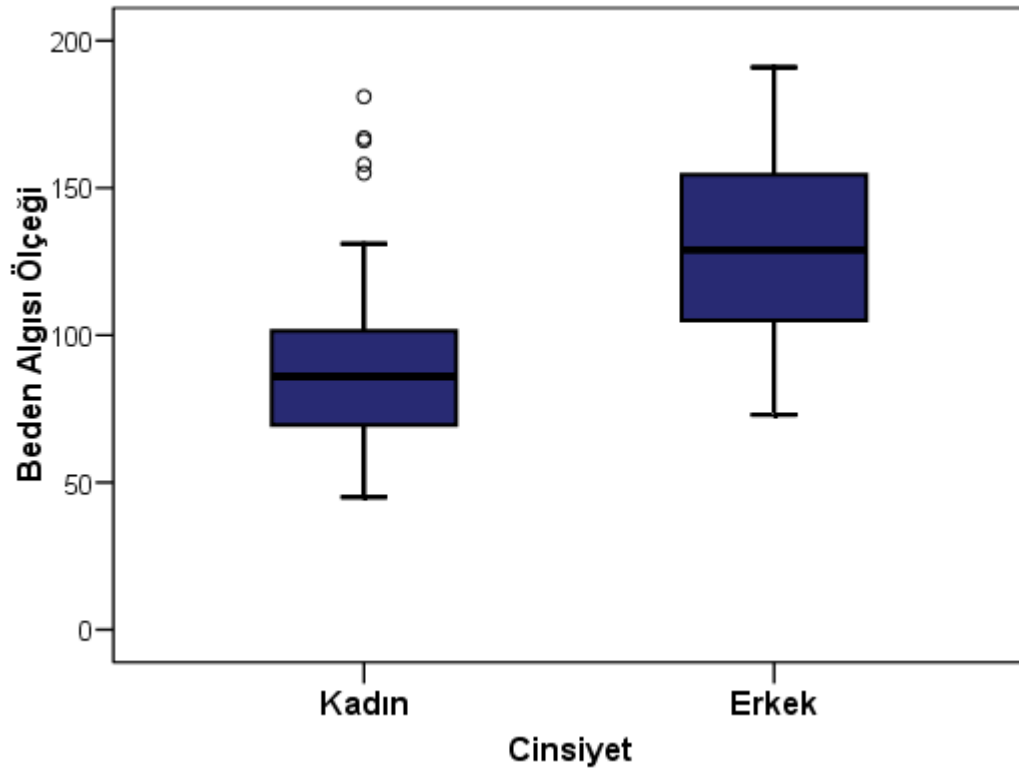
Ölçek skorları ile sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında, kadın ve erkekler arasında DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ alt skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p>0,005$). BAÖ skor ortalaması kadın cinsiyette $90,3\pm29,7$; erkek cinsiyette $132,1\pm32,9$ idi ve kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p<0,001$) (Tablo 5). Cinsiyete göre BAÖ skor dağılımları Şekil 6'da gösterilmiştir.

Tablo 5. Cinsiyete göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Cinsiyet		p*
	Kadın	Erkek	
DYKİ			
Ort.±SD	10,2±7,4	10,3±7,6	0,996 [#]
Medyan (ÇAA)	8,5 (4-14,75)	10 (3,25-14,75)	
HAD-A			
Ort.±SD	9,4±4,2	8,0±5,1	0,086
Medyan (ÇAA)	9 (7-12)	7 (4-11)	
HAD-D			
Ort.±SD	9,5±4,6	8,6±5,0	0,288
Medyan (ÇAA)	10 (6-13)	8 (4,25-13)	
ASÖ			
Ort.±SD	29,2±8,9	27,2±11,2	0,281
Medyan (ÇAA)	28,5 (23,25-35)	28 (19-35)	
SBÇÖ			
Aktif Planlama			
Ort.±SD	2,44±0,69	2,51±0,71	0,578
Medyan (ÇAA)	2,4 (1,925-2,9)	2,55 (2-3,18)	
Dış Yardım Arama			
Ort.±SD	2,12±0,91	1,99±0,81	0,441
Medyan (ÇAA)	2,33 (1,36-2,78)	2,11 (1,44-2,56)	
Dine Sığınma			
Ort.±SD	2,06±1,41	1,87±0,99	0,385

Medyan (ÇAA)	2 (1-3,17)	2 (1,33-2,5)	
Kaçma-Soyutlama (Duyusal Eylemsel)			
Ort.±SD	2,13±0,82	1,89±0,88	0,123 [#]
Medyan (ÇAA)	2,21 (1,57-2,71)	1,93 (1,29-2,54)	
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)			
Ort.±SD	0,45±0,64	0,54±0,67	0,410 [#]
Medyan (ÇAA)	0 (0-0,75)	0,25 (0-1)	
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)			
Ort.±SD	2,15±0,74	2,07±0,66	0,531
Medyan (ÇAA)	2,14 (1,71-2,82)	2,14 (1,57-2,57)	
BAÖ			
Ort.±SD	90,3±29,7	132,1±32,9	<0,001 [#]
Medyan (ÇAA)	86 (69,3-102,8)	129 (104,5-156,25)	

*Student t Test [#]Mann Whitney U Test

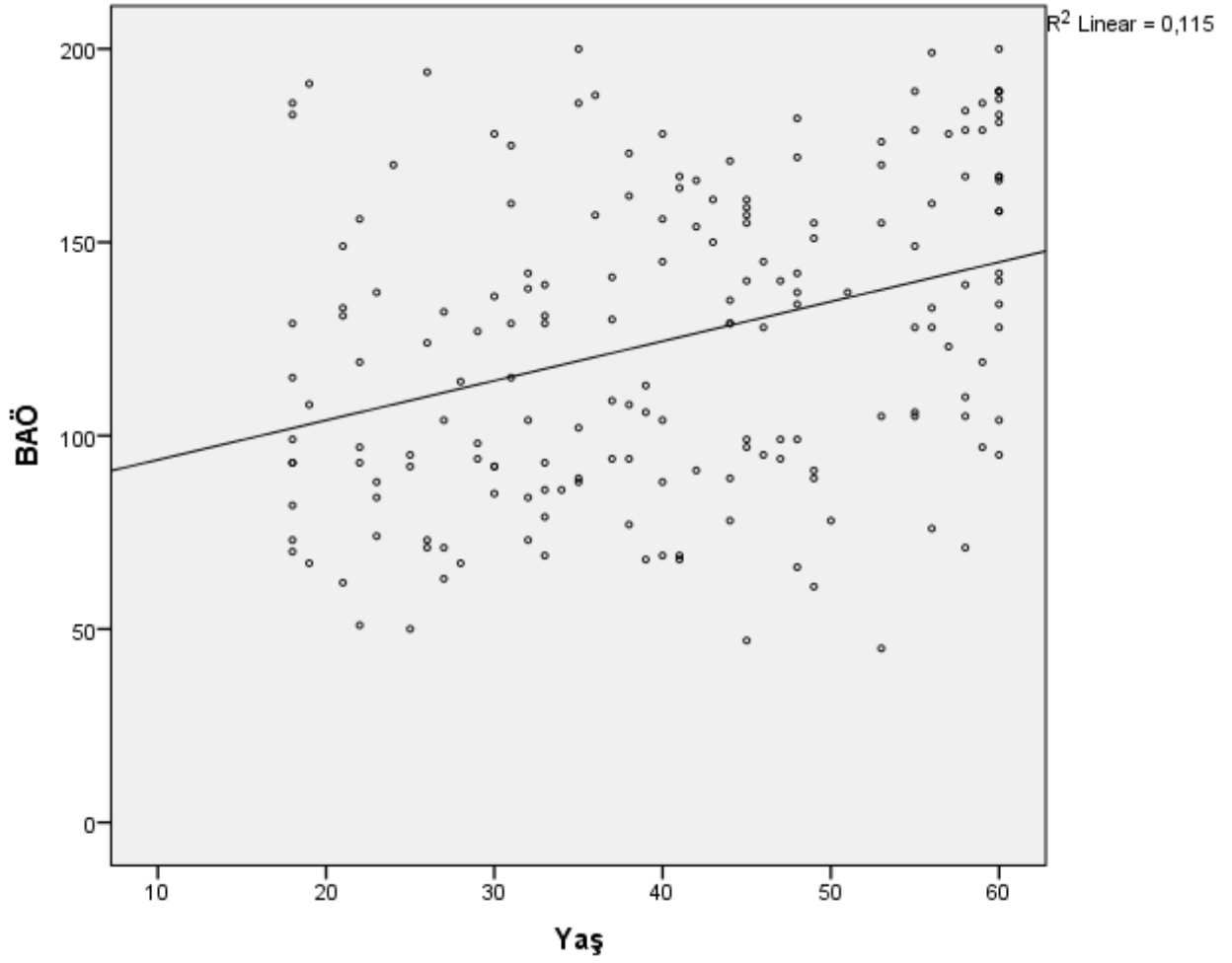


Şekil 6. Cinsiyete göre Beden Algısı Ölçeği skor dağılımları

Hastalarda DYKİ, HAD-A, HAD-D, ASÖ ve SBÇÖ alt ölçeklerinden Aktif planlama, Dış yardım arama, Kaçma-Soyutlama (Duyusal-eylemsel), Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal) ile yaş, eğitim düzeyi, VKİ, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). SBÇÖ'nin Dine Sığınma alt ölçeği eğitim düzeyi ile negatif yönde, gelir durumu ile pozitif yönde; Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma) alt ölçeği gelir durumu ile pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı (sırası ile $r = -0,389$, $p=0,009$; $r=0,254$, $p=0,005$; $r=0,244$, $p=0,007$). BAÖ yaş ile pozitif yönde orta düzeyde, VKİ ile zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı (sırasıyla $r=0,375$, $p<0,001$; $r=0,204$, $p=0,025$) (Tablo 6). BAÖ skorları ile yaş arasındaki korelasyon grafiği Şekil 7'de gösterilmiştir.

Tablo 6. DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorlarının yaş, eğilim durumu, VKİ ve gelir durumu ile korelasyonları

	Yaş		Eğitim Durumu		VKİ		Gelir Durumu	
	R	p	R	p	R	p	r	P
DYKİ	-0,069	0,451	-0,036	0,696	0,109	0,235	0,047	0,607
HAD-A	-0,054	0,561	-0,060	0,512	-0,105	0,255	0,065	0,481
HAD-D	0,003	0,974	-0,082	0,376	0,058	0,527	0,149	0,105
ASÖ	-0,059	0,521	-0,001	0,991	-0,034	0,709	0,077	0,401
SBÇÖ	0,114	0,217	-0,183	0,045	0,061	0,507	0,283	0,002
Aktif Planlama	0,174	0,058	-0,104	0,256	0,024	0,797	0,101	0,274
Dış yardım arama	0,033	0,719	-0,142	0,122	-0,048	0,601	0,149	0,105
Dine Sığınma	0,143	0,120	-0,239	0,009	0,108	0,241	0,254	0,005
Kaçma-Soyutlama (Duyusal eylemsel)	-0,046	0,621	-0,064	0,491	0,042	0,649	0,129	0,162
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	-0,067	0,469	-0,059	0,523	0,053	0,564	0,065	0,480
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)	0,016	0,862	-0,114	0,213	-0,050	0,591	0,244	0,007
BAÖ	0,375	<0,001	-0,030	0,746	0,204	0,025	-0,034	0,714



Şekil 7. Yaş ile BAÖ skorlar arasındaki korelasyon

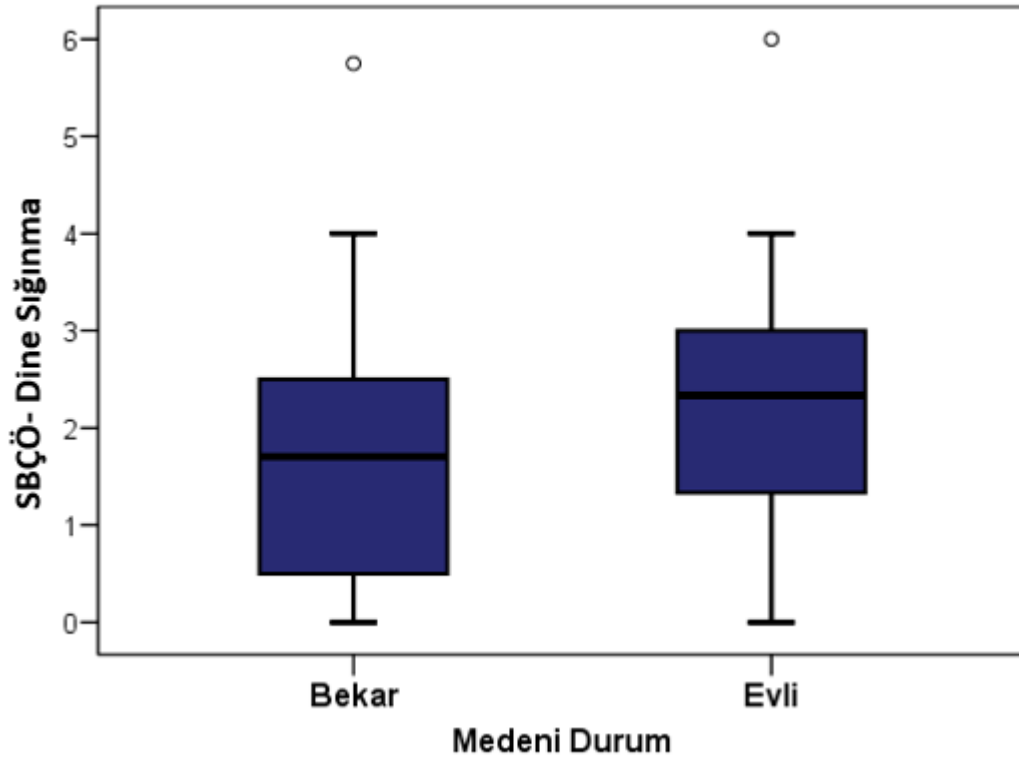
Medeni durum ile ölçek skorları arasındaki ilişki incelendiğinde ölçeklerden sadece SBCÖ'nin Dine Sığınma alt ölçeğinde istatistiksel fark saptandı; evli olanların Dine Sığınma alt skorları bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,016$) (Tablo 7) (Şekil 8).

Hastalarda değerlendirilen ölçeklerden DYKİ ortalaması ise çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,023$) (Tablo 8) (Şekil 9).

Tablo 7. Medeni duruma göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Bekar	Evli	
	Ort.±SD	Ort.±SD	P*
DYKİ	9,9±7,9	10,3±6,8	0,475 [#]
HAD-A	8,6±4,9	8,7±4,6	0,895
HAD-D	8,9±4,7	9,3±5,0	0,655
ASÖ	28,4±10,8	28,2±9,7	0,915
SBÇÖ			
Aktif Planlama	2,40±0,67	2,53±0,73	0,329
Dış Yardım Arama	2,09±0,81	2,01±0,92	0,586
Dine Sığınma	1,67±1,28	2,21±1,12	0,016
Kaçma-Soyutlama (Duyusal Eylemsel)	1,93±0,79	2,09±0,91	0,380 [#]
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	0,51±0,69	0,50±0,64	0,887 [#]
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)	2,13±0,72	2,10±0,69	0,822
BAÖ	106,2±36,1	114,4±38,3	0,272 [#]

Dul/boşanmış olan 3 kişi bu tablodaki istatistiksel analize dahil edilmedi *Student t Test [#]Mann Whitney U Test

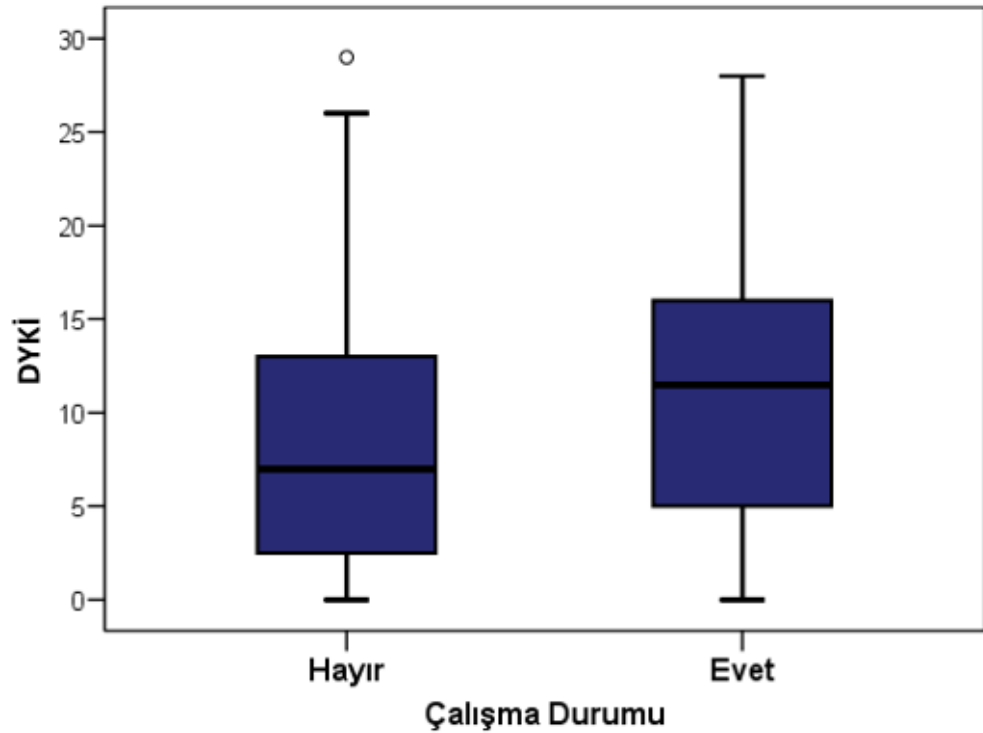


Şekil 8. Medeni duruma göre SBÇÖ-Dine Sığınma alt skor dağılımları

Tablo 8. Çalışma durumuna duruma göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Çalışmıyor	Çalışıyor	p*
	Ort.±SD	Ort.±SD	
DYKİ	8,6±7,6	11,4±7,2	0,023[#]
HAD-A	8,4±4,9	8,9±4,6	0,563
HAD-D	8,1±5,3	9,6±4,4	0,098
ASÖ	27,2±10,7	28,9±9,7	0,365
SBÇÖ			
Aktif Planlama	2,46±0,71	2,48±0,70	0,841
Dış Yardım Arama	2,15±0,90	1,99±0,84	0,325
Dine Sığınma	2,18±1,12	1,83±1,27	0,127
Kaçma-Soyutlama (Duyusal Eylemsel)	1,92±0,86	2,07±0,85	0,587 [#]
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	0,46±0,64	0,52±0,66	0,110 [#]
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)	2,22±0,71	2,04±0,69	0,156
BAÖ	110,8±40,6	111,4±35,8	0,325 [#]

*Student t Test [#]Mann Whitney U Test



Şekil 9. Çalışma duruma göre DYKİ skor dağılımları

4.4. ÖLÇEK SKORLARININ KLİNİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

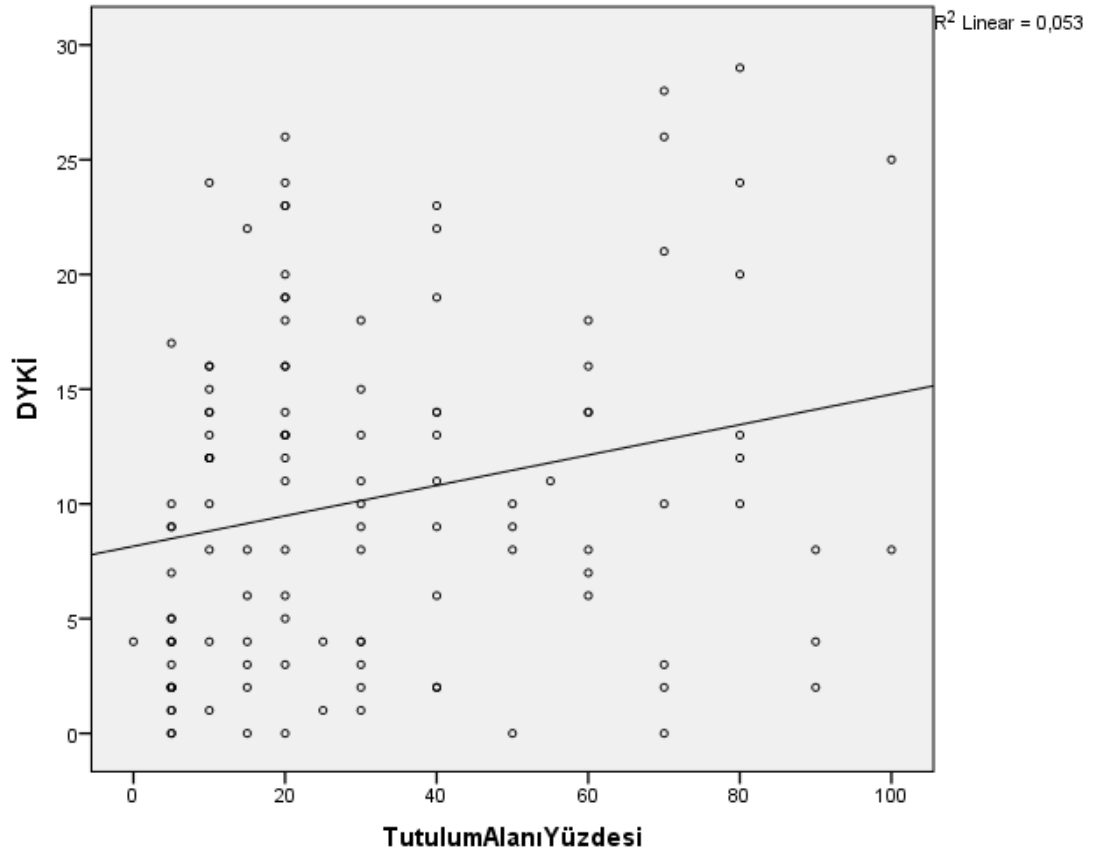
Hasta gruplarında klinik özellikler ile DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorlarının korelasyonu karşılaştırıldığında; DYKİ skorları ve tutulan alan yüzdesi zayıf düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı ($r=0,245$; $p=0,007$). Diğer ölçeklerin tutulum alanı yüzdesi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanmadı (Tablo 9) (Şekil 10).

Hastalık süresi; DYKİ, HAD-A, HAD-D, ASÖ ve SBÇÖ alt ölçek skorları ile karşılaştırıldığında; hastalık süresi ile değerlendirmeye alınan ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9. Hastalık süresi ve tutulum alanı yüzdesine göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Hastalık Süresi (yıl)		Tutulum alanı yüzdesi	
	R	P	r	P
DYKİ	0,048	0,600	0,245	0,007
HAD-A	-0,004	0,964	0,145	0,114
HAD-D	-0,046	0,618	0,119	0,195
ASÖ	-0,012	0,901	0,129	0,161
SBÇÖ				
Aktif Planlama	0,065	0,480	0,046	0,616
Dış yardım arama	0,006	0,952	0,128	0,162
Dine Sığınma	0,067	0,464	0,152	0,097
Kaçma-Soyutlama (Duyusal eylemsel)	-0,061	0,508	0,043	0,637
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	-0,062	0,500	-0,015	0,872
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)	0,049	0,594	0,073	0,427
BAÖ	0,056	0,546	-0,170	0,063

Hastalar, hastalık yerleşim bölgesinin santral/periferik olmasına göre gruplandırıldığında; değerlendirmeye alınan ölçek skorları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 10).



Şekil 10. Tutulum Alanı yüzdesi ile DYKİ skorlarının korelasyonu

Tablo 10. Hastalık gruplarında tutulum alanının santral/periferik olmasına göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Tutulum Alanı			p*
	Santral	Periferik	Santral+ Periferik	
	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	
DYKİ	8,9±6,6	9,6±8,0	12,4±7,7	0,093 [#]
HAD-A	8,9±6,6	9,6±8,0	12,4±7,7	0,361
HAD-D	8,2±4,5	8,4±4,7	9,5±4,8	0,627
ASÖ	8,6±4,7	9,7±4,6	9,1±5,2	0,391
SBÇÖ				
Aktif Planlama	2,00±0,59	2,05±0,45	1,91±0,45	0,166
Dış Yardım				
Arama	2,49±0,75	2,65±0,69	2,33±0,64	0,932
Dine Sığınma	2,03±0,91	2,03±0,81	2,10±0,87	0,737 [#]

Kaçma-Soyutlama (Duyusal Eylemsel)	1,90±1,29	2,07±1,43	1,97±0,98	0,329
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	2,00±0,88	2,10±0,79	1,96±0,89	0,334 [#]
Kabul-Bilişsel (Yeniden Yapılandırma)	0,58±0,70	0,49±0,62	0,39±0,61	0,329
BAÖ	2,10±0,71	2,26±0,61	2,01±0,74	0,173 [#]

*One Way ANOVA [#]Kruskal Wallis Testi

Hastalar, hastalık alt tiplerine göre inflamatuvar dermatoz, pigmentasyon bozukluğu, tumoral oluşum ve diğer şeklinde gruplara ayrıldığında değerlendirmeye alınan ölçek skorları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 11).

Tablo 11. Hastalık alt tipine göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Hastalık Tipi				p [*]
	İnflamatuvar	Pigmentasyon	Tumoral	Diğer	
DYKİ	11,4±8,4	9,7±6,7	7,8±5,5	10,6±6,0	0,387 [#]
HAD-A	9,3±4,9	7,6±3,9	8,3±5,1	8,4±2,4	0,518
HAD-D	9,3±5,0	8,2±5,2	8,7±4,4	10,6±3,7	0,656
ASÖ	29,1±10,7	25,6±9,6	27,3±9,7	32,0±5,4	0,365
SBÇÖ					
Aktif Planlama	2,45±0,65	2,34±0,76	2,59±0,69	2,73±1,00	0,480
Dış Yardım Arama	2,07±0,82	2,04±0,97	1,95±0,84	2,37±1,09	0,736
Dine Sığınma	2,06±1,08	1,71±1,46	1,81±1,39	2,52±0,80	0,164 [#]
Kaçma-Soyutlama (Duyusal Eylemsel)	1,94±0,83	1,99±0,92	2,02±0,85	2,69±0,85	0,207 [#]
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	0,51±0,66	0,34±0,62	0,53±0,60	0,71±0,89	0,409 [#]
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)	2,05±0,71	2,08±0,87	2,21±0,50	2,39±0,66	0,563
BAÖ	103,6±35,5	117,0±40,3	122,0±39,0	119,7±34,4	0,112 [#]

*One Way ANOVA [#]Kruskal Wallis Testi

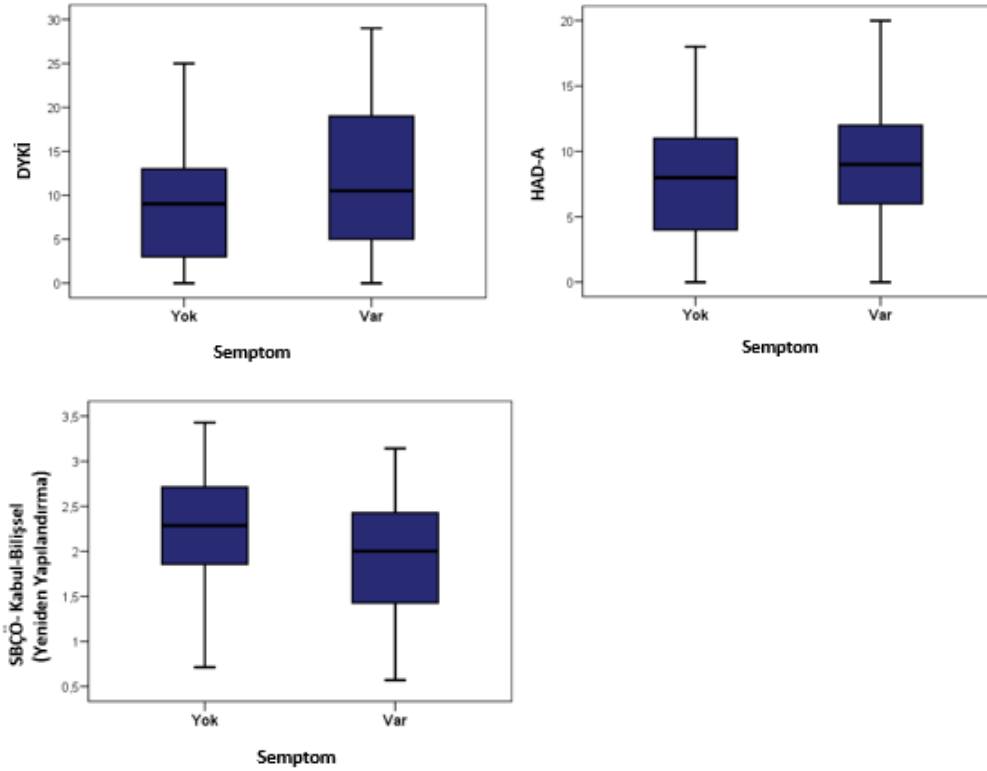
Kaşınma, ağrı, yanma-batma gibi semptomlardan en az birini tarifleyen hastalarda DYKİ ve HAD-A skorları ortalaması semptomu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (sırasıyla $p=0,034$; $p=0,040$). Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma) alt ölçek skor ortalaması ise semptomatik hastalarda, asemptomatiklere göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,008$) (Tablo12) (Şekil 11).

Tablo 12. Hasta gruplarında semptom varlığına göre DYKİ, HAD, ASÖ, SBÇÖ ve BAÖ skorları

	Semptom		p*
	Yok	Var	
DYKİ			
Ort.±SD	8,7±6,4	12,0±8,1	0,034 [#]
Medyan (ÇAA)	9 (3-9)	10,5 (4,75-19)	
HAD-A			
Ort.±SD	7,9±4,2	9,6±5,0	0,040
Medyan (ÇAA)	8 (4-11)	9 (6-12,25)	
HAD-D			
Ort.±SD	8,7±4,8	9,4±4,8	0,403
Medyan (ÇAA)	9,5 (4,75-12,25)	9 (5,75-14)	
ASÖ			
Ort.±SD	27,7±9,6	28,8±10,7	0,536
Medyan (ÇAA)	28 (21,25-35)	29 (23,5-35)	
SBÇÖ			
Aktif Planlama			
Ort.±SD	2,47±0,71	2,47±0,70	1,000
Medyan (ÇAA)	2,4 (1,9-3)	2,55 (2,1-2,925)	
Dış Yardım Arama			
Ort.±SD	2,03±0,86	2,08±0,87	0,744
Medyan (ÇAA)	2,11 (1,33-2,58)	2,17 (1,44-2,69)	
Dine Sığınma			
Ort.±SD	1,94±1,33	1,99±1,10	0,812
Medyan (ÇAA)	2 (0,96-2,67)	2 (1-3)	
Kaçma-Soyutlama (Duyusal Eylemsel)			
Ort.±SD	2,00±0,88	2,02±0,84	0,981 [#]
Medyan (ÇAA)	2,14 (1,29-2,71)	2 (1,39-2,60)	

Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)			
Ort.±SD	0,45±0,67	0,54±0,63	0,200 [#]
Medyan (ÇAA)	0 (0-0,75)	0,38 (0-1)	
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)			
Ort.±SD	2,27±0,66	1,94±0,71	0,008
Medyan (ÇAA)	2,29 (1,86-2,71)	2 (1,43-2,43)	
BAÖ			
Ort.±SD	117,4±38,7	104,5±35,5	0,084 [#]
Medyan (ÇAA)	117 (86-143,8)	97 (78,5-124,25)	

*Student t Test [#]Mann Whitney U Test



Şekil 11. Asemptomatik ve semptomatik hastalarda DYKİ, HAD-A skor ve SBÇÖ Kabul-Bilişsel (Yeniden Yapılandırma) alt skor dağılımları

4.5. ÖLÇEK SKORLARI ARASINDA KORELASYON İLİŞKİLERİ

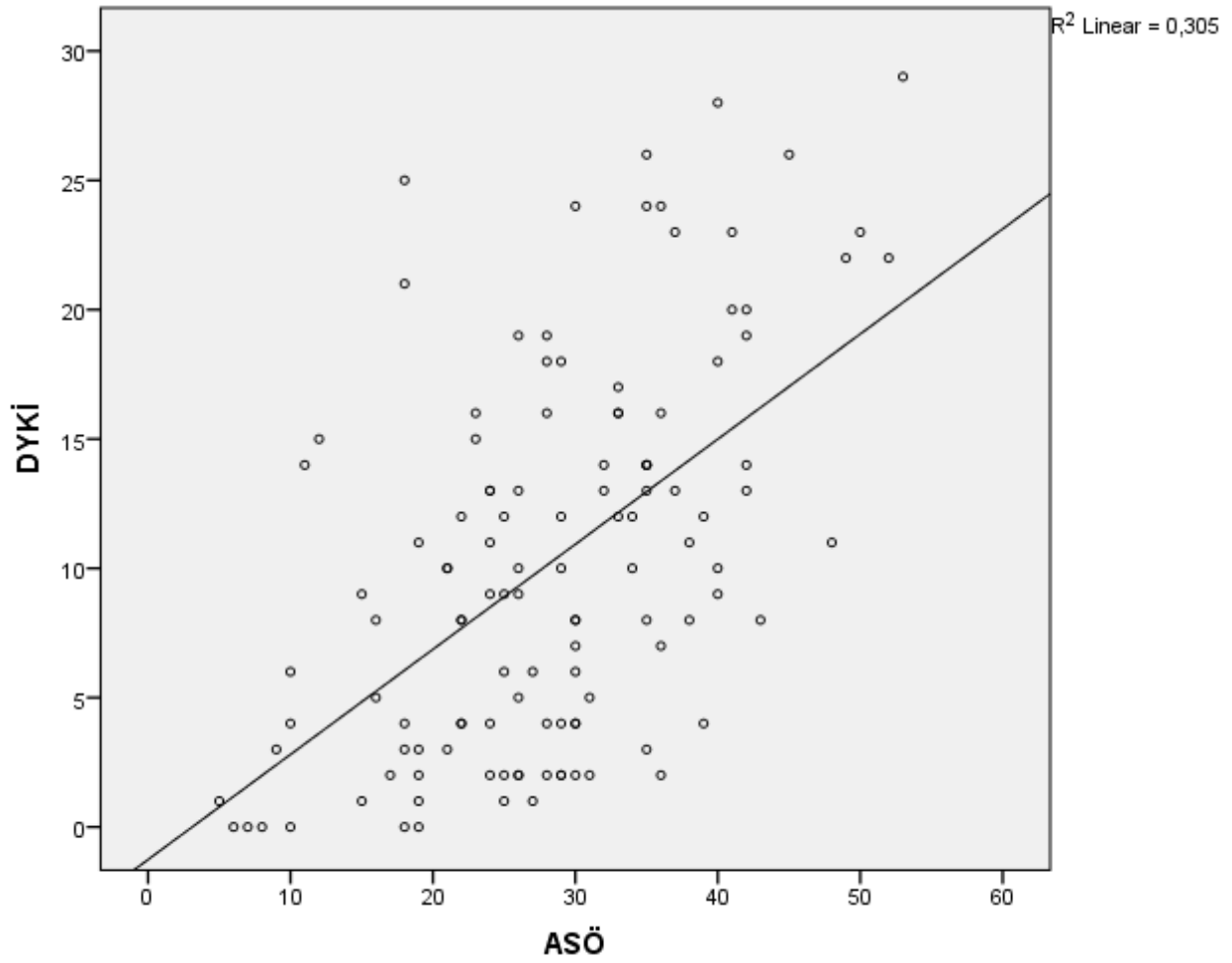
Algılanan Stres Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt parametreleri, diğer ölçeklerle kıyaslandığında; ASÖ skorları; HAD-A ve HAD-D skorları ile pozitif yönde yüksek düzeyde korele idi (sırasıyla $r=0,801$ $p<0,001$; $r=0,776$ $p<0,001$). SBÇÖ alt ölçek skorlarından Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma) ile HAD-A ve HAD-D skorları arasında korelasyon saptanmadı ($p>0,005$). HAD-A ve HAD-D skorları SBÇÖ alt skorlarından Aktif Planlama, Dış Yardım Arama ve Dine Sığınma ile pozitif yönde zayıf düzeyde korele iken; Kaçma-Soyutlama (Duyusal-eylemsel) ve Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal) alt skorları ile pozitif yönde orta düzeyde korele idi (Tablo 13).

DYKİ ve Algılanan Stres Ölçeği skorları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=0,521$; $p<0,001$) (Şekil 12). DYKİ ile SBÇÖ Kaçma-Soyutlama alt skorları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Duyusal-Eylemsel alt ölçek için $r=0,278$ $p=0,002$; Biyokimyasal alt ölçek için $r=0,245$ $p=0,007$). DYKİ ile diğer SBÇÖ alt skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 13).

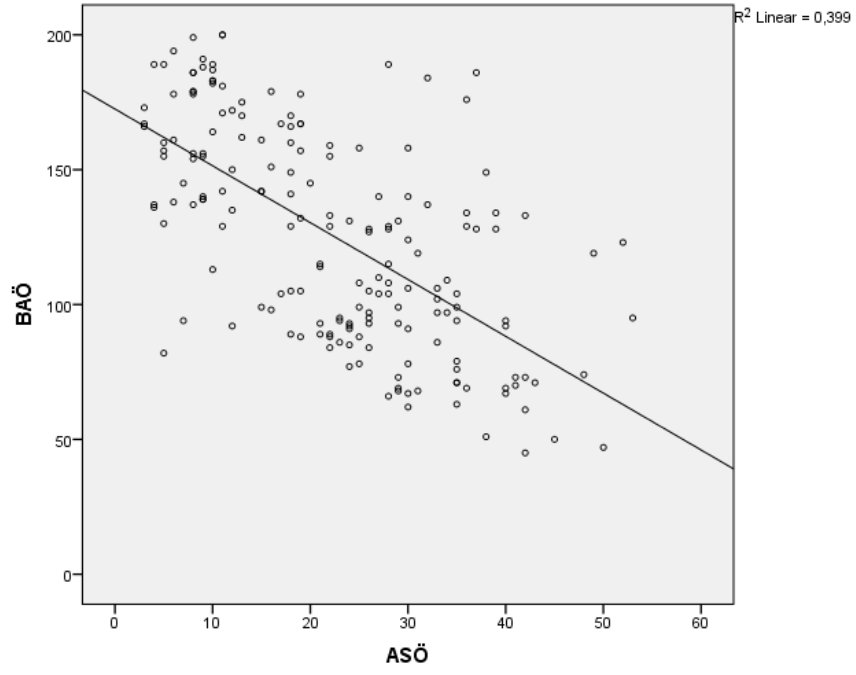
BAÖ skorları ile ASÖ skorları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r= -0,630$ $p<0,001$) (Şekil 13). BAÖ skorları ile SBÇÖ alt skorlarından Dış Yardım Arama, Dine Sığınma ve Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal) arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r= -0,285$ $p<0,001$; $r= -0,245$ $P=0,001$; $r= -0,238$ $p=0,001$). BAÖ; Kaçma-Soyutlama (Duyusal-Eylemsel) alt skoru ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korele idi ($r= -0,468$ $p<0,001$) (Şekil 14). BAÖ skorları ve SBÇÖ alt skorlarından Aktif Planlama ve Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 13).

Tablo 13. ASÖ ve SBCÖ alt ölçeklerinin; HAD-A, HAD-D, DYKİ ve BAÖ ile korelasyonu

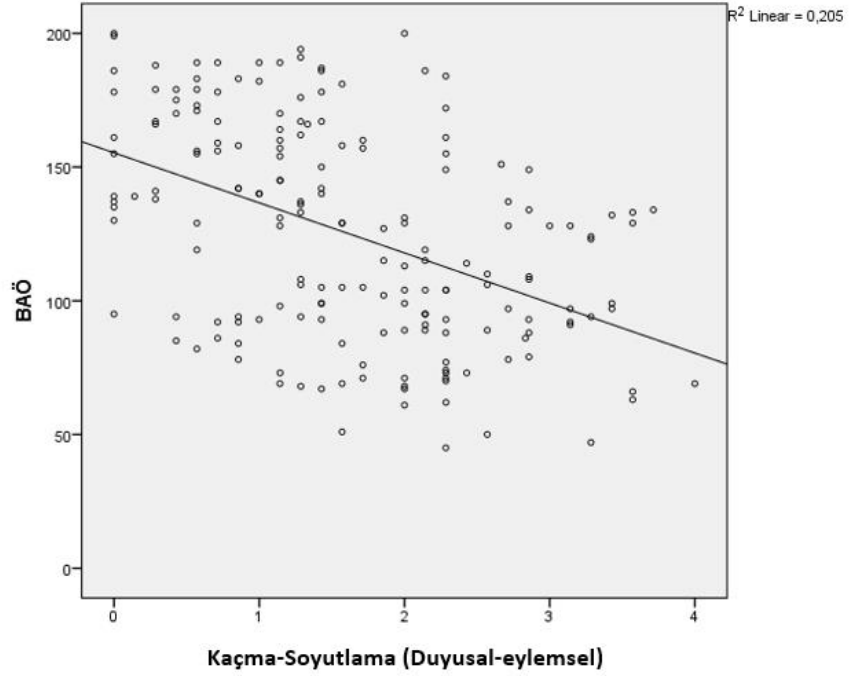
	HAD-A		HAD-D		DYKİ		BAÖ	
	r	p	R	P	R	p	r	P
Algılanan Stres Ölçeği	0,801	<0,001	0,776	<0,001	0,521	<0,001	-0,630	<0,001
Aktif Planlama	0,175	0,019	0,191	0,010	-0,091	0,324	-0,124	0,097
Dış yardım arama	0,224	0,002	0,261	<0,001	-0,029	0,751	-0,258	<0,001
Dine Sığınma	0,256	0,001	0,235	0,001	-0,008	0,930	-0,245	0,001
Kaçma-Soyutlama (Duyusal eylemsel)	0,528	<0,001	0,555	<0,001	0,278	0,002	-0,468	<0,001
Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	0,381	<0,001	0,385	<0,001	0,245	0,007	-0,238	0,001
Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma)	-0,068	0,365	-0,069	0,360	-0,025	0,789	0,034	0,648



Şekil 12. ASÖ ve DYKİ skorları arasındaki korelasyon



Şekil 13. ASÖ ve BAÖ skorları arasındaki korelasyon



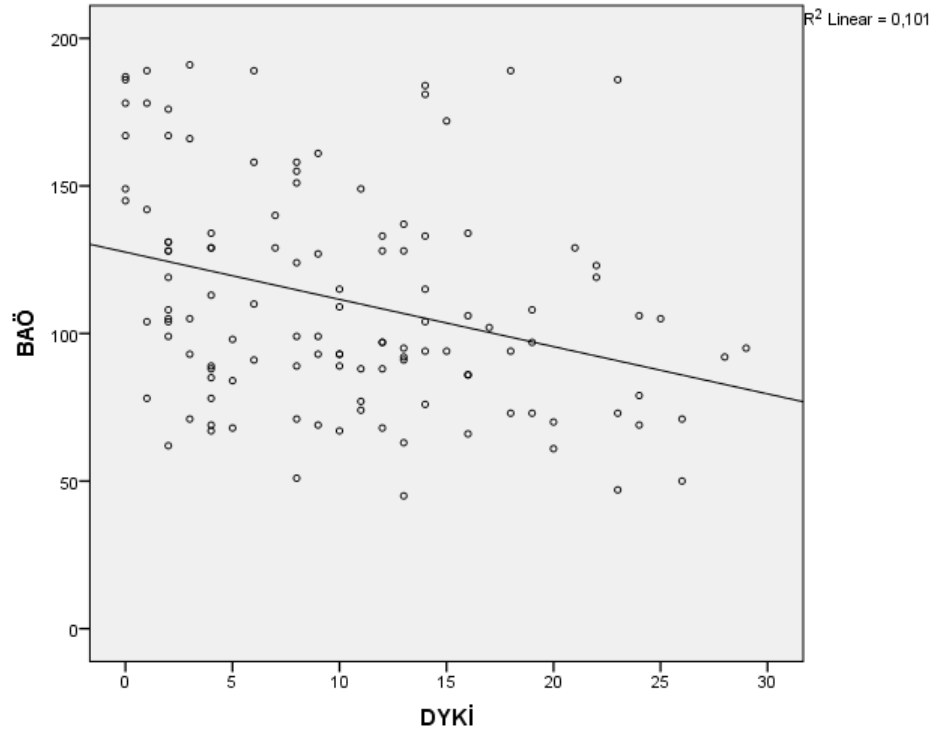
Şekil 14. BAÖ ve Kaçma-Soyutlama (Duyusal-Eylemsel) alt skorları arasındaki korelasyon

BAÖ skorları, DYKİ skorları ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korele idi ($r = -0,324$ $p < 0,001$) (Şekil 15). BAÖ skorları ile HAD-A ve HAD-D skorları arasında ise negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $r = -0,594$ $p < 0,001$; $r = -0,555$ $p < 0,001$).

DYKİ skorları ise HAD-A ve HAD-D skorları ile pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korele idi (sırasıyla $r = 0,544$ $p < 0,001$; $r = 0,561$ $p < 0,001$) (Tablo 14).

Tablo 14. BAÖ, DYKİ, HAD-A ve HAD-D skorlarının ilişkisi

	Beden Algısı Ölçeği		DLQI	
	R	P	r	P
DLQI	-0,324	<0,001		
HAD-Anksiyete	-0,594	<0,001	0,544	<0,001
HAD-Depresyon	-0,555	<0,001	0,561	<0,001



Şekil 15. BAÖ ve DYKİ skorları arasındaki korelasyon

4.6. ÇOK DEĞİŞKENLİ REGRESYON VE KOVARYANS ANALİZLERİ

Tek değişkenli analizlerde $p < 0,250$ saptanan değişkenlerden oluşturulan modelde HAD-A, HAD-D, tutulan alan yüzdesi ve çalışma durumu DYKİ skoruna etki eden en anlamlı faktörler olarak saptandı. Mevcut regresyon modeline göre; DYKİ skorlarındaki varyansın %46'sının ($R^2_{\text{adjusted}} = 0,460$) yukarıdaki dört değişken ile açıklanabileceği bulundu. Buna göre HAD-A, HAD-D, tutulum alan yüzdesi ve çalışma durumu değişkenleri; DYKİ skorlarını olumlu ve istatistiksel anlamlı olarak yordamaktadır (sırasıyla $\beta = 0,267$ $p = 0,020$; $\beta = 0,220$ $p = 0,039$; $\beta = 0,178$ $p = 0,013$; $\beta = 0,149$ $p = 0,037$) (Tablo 15).

Tablo 15. Bağımsız değişkenlerin DYKİ'ne etkileri

Bağımlı Değişken: DYKİ		B	Beta	p
Giriş Metodu	(Sabit)	-12,078		
	Algılanan Stres Ölçeği	0,128	0,174	0,129
	Kaçma-Soyutlama (Duyusal eylemsel)	0,150	0,017	0,833
	Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal)	0,305	0,027	0,742
	HAD-A	0,394	0,247	0,038
	HAD-D	0,333	0,215	0,052
	Beden Algısı Ölçeği	0,007	0,037	0,666
	Grup	1,112	0,075	0,346
	VKİ	0,201	0,097	0,201
	Tutulan alan yüzdesi	0,035	0,120	0,158
	Çalışma Durumu	1,948	0,129	0,078
	Fasiyal lokalizasyon	0,733	0,085	0,312
	Semptom	1,624	0,109	0,141
Geriye doğru eleme	(Sabit)	-9,600		
	Algılanan Stres Ölçeği	0,136	0,185	0,081
	HAD-A	0,425	0,267	0,020
	HAD-D	0,341	0,220	0,039
	VKİ	0,258	0,124	0,084
	Tutulan alan yüzdesi	0,051	0,178	0,013
	Çalışma Durumu	2,264	0,149	0,037

Enter Metod: $R^2_{\text{adjusted}} = 0,482$ Backward Metot $R^2_{\text{adjusted}} = 0,460$

Veriler kovaryans analizi ile değerlendirildiğinde tüm ölçeklerin her iki hasta ve kontrol gruplarında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumuna göre düzeltilmiş ortalamalarında da fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. Sosyodemografik özelliklere göre düzeltilmiş ölçek skorlarının istatistiksel anlamlılık düzeyleri

Bağımlı Değişken:												
	DYKİ	HAD-A	HAD-D	ASÖ	SBÇÖ	Aktif Planlama	Dış yardım arama	Dine Sığınma	Kaçma-Duyusal eylemsel	Kaçma-Biyokimyasal	Kabul-Bilişsel	BAÖ
Source	p	P	P	P	p	p	P	p	P	p	p	p
Düzeltilmiş Model	0,022	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,104	<0,001
Sabit	0,055	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,349	<0,001	0,133	0,001	0,042
Yaş	0,350	0,551	0,614	0,945	0,286	0,032	0,792	0,807	0,408	0,825	0,485	<0,001
Cinsiyet	0,597	0,029	0,054	0,096	0,447	0,877	0,309	0,605	0,074	0,773	0,927	<0,001
Medeni Durum	0,409	0,734	0,391	0,442	0,840	0,708	0,179	0,153	0,715	0,516	0,853	0,349
Eğitim Durumu	0,526	0,218	0,578	0,443	0,786	0,736	0,232	0,990	0,308	0,222	0,395	0,464
Çalışma Durumu	0,042	0,068	0,011	0,106	0,319	0,103	0,243	0,749	0,036	0,176	0,362	0,080
Gelir Durumu	0,906	0,831	0,188	0,747	0,022	0,821	0,277	0,059	0,699	0,708	0,079	0,606
Grup	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,017	<0,001

ANCOVA Test

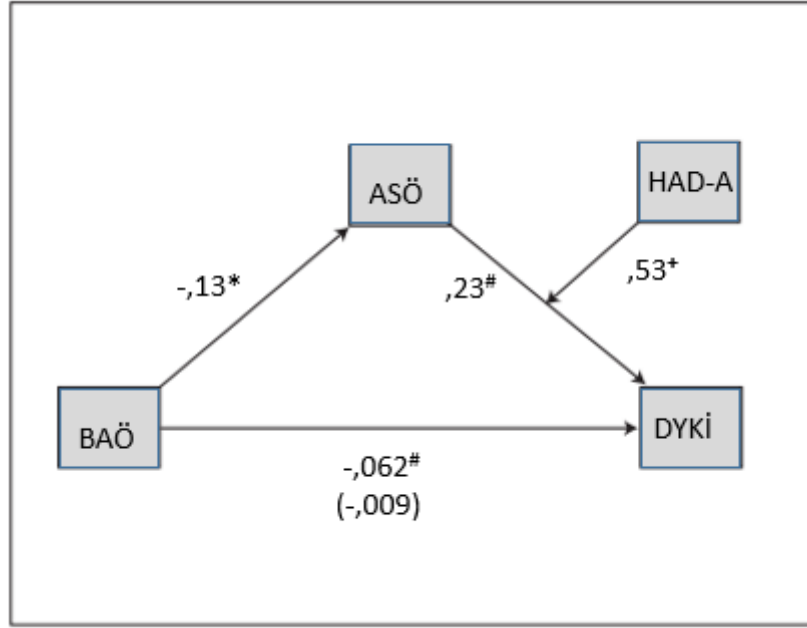
Kovaryans analizinde sosyodemografik ve klinik özellikler sabitlendiğinde; DYKİ, HAD-D, ASÖ, BAÖ ve SBÇÖ alt ölçeklerinden Kaçma-Soyutlama (Duyusal eylemsel), Kaçma-Soyutlama (Biyokimyasal), Kabul-Bilişsel (Yeniden yapılandırma) skorlarında; her iki hasta grubu için yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, tutulum alanı yüzdesi, fasiyal lokalizasyon, semptom öyküsü (kaşıntı, ağrı, yanma batma) ve hastalık alt tipine göre düzeltilmiş ortalamalarında da fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Sosyodemografik ve klinik özelliklere göre düzeltilmiş ölçek skorlarının istatistiksel anlamlılık düzeyleri

	Bağımlı Değişken:											
	DYKI	HAD-A	HAD-D	ASÖ	SBCÖ	Aktif Planlama	Dış yardım arama	Dine Sığınma	Kaçma-Duyusal eylemsel	Kaçma- Biyokimyasal	Kabul-Bilişsel	BAÖ
Source	P	P	P	p	p	P	P	p	p	p	p	p
Düzeltilmiş Model	<0,001	0,022	0,013	0,021	0,040	0,423	0,625	0,155	0,043	0,287	0,005	<0,001
Sabit	0,662	0,047	0,097	0,004	<0,001	0,002	0,006	0,775	0,001	0,125	0,001	0,226
Yaş	0,696	0,830	0,270	0,484	0,096	0,045	0,361	0,637	0,871	0,972	0,222	<0,001
Cinsiyet	0,395	0,028	0,045	0,075	0,478	0,941	0,359	0,587	0,034	0,538	0,720	<0,001
Medeni Durum	0,278	0,808	0,391	0,401	0,426	0,576	0,179	0,172	0,652	0,253	0,121	0,311
Eğitim Durumu	0,768	0,826	0,832	0,951	0,767	0,973	0,307	0,474	0,129	0,389	0,897	0,959
Çalışma Durumu	0,023	0,309	0,020	0,190	0,911	0,618	0,784	0,604	0,098	0,869	0,567	0,053
Gelir Durumu	0,702	0,892	0,243	0,463	0,047	0,569	0,370	0,111	0,733	0,732	0,045	0,439
Tutulum alanı yüzdesi	0,115	0,319	0,270	0,261	0,030	0,138	0,147	0,210	0,512	0,345	0,124	0,905
Fasiyal lokalizasyon	0,290	0,486	0,720	0,377	0,243	0,278	0,984	0,880	0,823	0,092	0,491	0,842
Kaşıntı	0,953	0,533	0,611	0,780	0,514	0,419	0,918	0,262	0,407	0,530	0,043	0,035
Ağrı	0,003	0,003	0,066	0,035	0,848	0,434	0,544	0,115	0,111	0,998	0,213	0,062
Yanma-batma	0,621	0,503	0,640	0,854	0,655	0,458	0,846	0,981	0,670	0,885	0,407	0,366
Hastalık Alt Tipi	0,724	0,584	0,368	0,369	0,162	0,300	0,235	0,925	0,029	0,453	0,222	0,153
Grup (Fasiyal ve Gövde Dermatozu)	0,008	0,071	0,003	0,001	0,022	0,121	0,202	0,205	0,012	0,007	0,003	0,004

ANCOVA Test

4.7. ARACI VE DÜZENLEYİCİ ETKEN ANALİZLERİ



*p<0,001; +p=0,002; #p=0,004

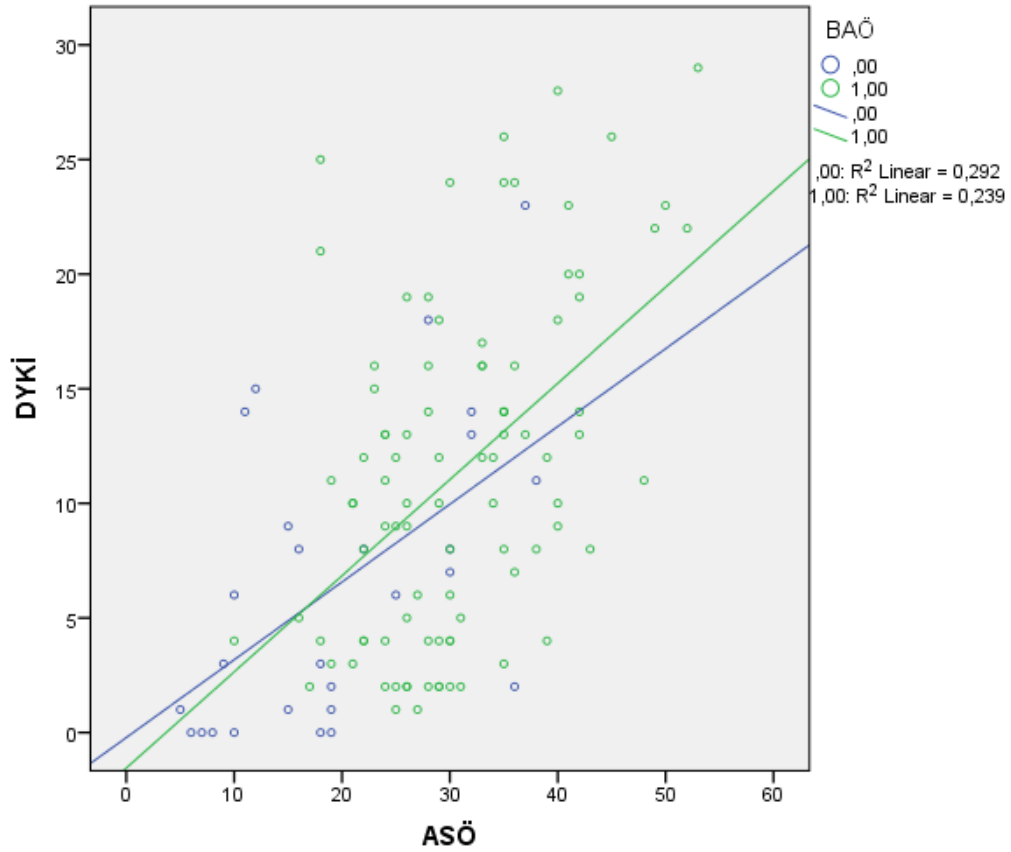
Şekil 16. Aracı ve Düzenleyici Etken analizleri

BAÖ skorlarının DYKİ üzerindeki etkisi ($\beta=-0,317$; $p<0,001$); ASÖ skorları ile aynı modelde değerlendirilince anlamlılığını yitirmekte olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Buna göre BAÖ skorlarının DYKİ skorları üzerindeki etkisine ASÖ skorlarının aracılık etmekte olduğu tespit edilmiştir [$F(2, 117)=25,7873$; $p<0,001$]. Aynı modele HAD-A skorlarının ASÖ ve DYKİ ilişkisine düzenleyici etkisi eklendiğinde modelin anlamlılığını koruduğu saptanmıştır [$F(4, 115)=18,3491$; $p<0,001$]. Model 2, DYKİ skorlarındaki varyansın %31'ini açıklarken; Model 3, DYKİ skor varyanslarının %39'unu açıklamaktadır (Tablo18). BAÖ skorlarına göre hastalar olumsuz beden algısı olan (≤ 135) ve olmayan (>135) şeklinde gruplandırıldığında ASÖ ile DYKİ skorları arasındaki ilişkiye etkileri Şekil 17'de gösterilmiştir. Hastalar HAD-A skorlarına göre anksiyöz (≥ 8) ve değil (<8) şeklinde gruplandırıldığında ASÖ ile DYKİ skorları arasındaki ilişkiye olan etkileri Şekil 18'de gösterilmiştir.

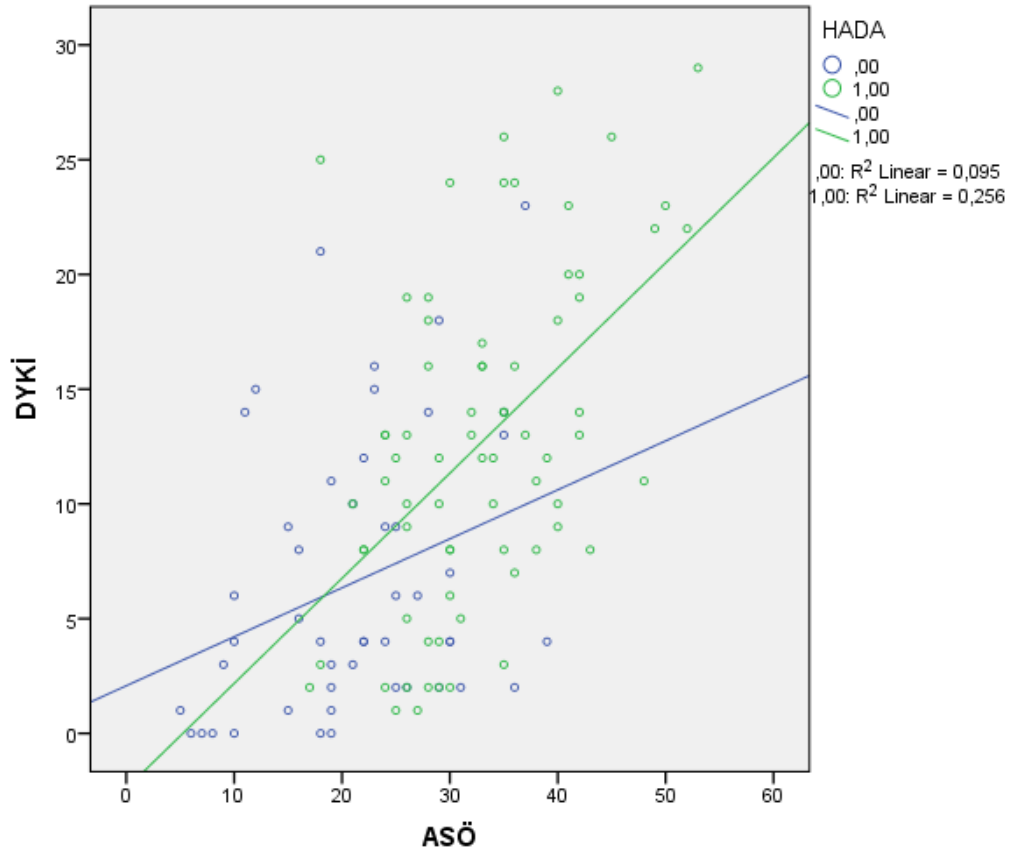
Tablo 18. BAÖ ve DYKİ ilişkisi üzerinde ASÖ'nin moderatör etkisi

	Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	t	p	R ²	F
Model 1	BAÖ	-,063	,017	-3,634	,000	,101	13,203*
Model 2	ASÖ	,3883	,0660	5,8831	,0000	,3059	25,7873*
	BAÖ	-,0095	,0178	-,5355	,5933		
Model 3	ASÖ	,2334	,0806	2,8967	,0045	,3896	18,3491*
	BAÖ	-,0043	,0175	-,2451	,8068		
	HAD-A	,5353	,1726	3,1015	,0024		

Bağımlı Değişken: DYKİ; * p<0,001



Şekil 17. DYKİ ile ASÖ skorları ilişkisine Beden algısının etkisi



Şekil 18. DYKİ ile ASÖ skorları ilişkisine Anksiyetenin etkisi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada fasiyal dermatozu olan hastaların gövde dermatozu olan hastalardan daha düşük algılanan stres, anksiyete, depresyon skorlarına sahip olduğu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinde düşmenin daha az belirgin olduğu gösterilmiş; ancak dermatozun lokalizasyonunun beden algısındaki bozulmaya istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Fasiyal dermatozu olan hastaların başa çıkma stratejilerinden bilişsel kabulü, gövde yerleşimli dermatozları olan hastaların ise kaçma-soyutlamayı daha fazla kullandıkları; sonuç olarak başa çıkma stratejileri seçiminin hastalık psikopatolojisinde sosyodemografik ve klinik özelliklerden daha belirgin rol oynadığı saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar görünüm bozukluğu ile algılanan stres arasında lineer bir ilişki bulunmadığını göstermiştir. Kostyla ve ark'nın [66] dermatolojik hastalığı olan 150 hasta ile yaptığı çalışmada; hastalar görünen alanlarda lezyonu olanlar, görünmeyen alanlarda lezyonu olanlar ve tüm vücutta lezyonu olanlar şeklinde üç gruba ayrılmış ve hastalar SCL-90 (Belirti Tarama Testi) ile değerlendirilmiştir. En düşük somatizasyon, anksiyete, öfke, fobi, paranoid düşünce ve psikotizm alt skorları sadece görünen alanlarda lezyonu olan hasta grubunda tespit edilirken, en yüksek skorlar tüm vücutta lezyonu olan hasta grubunda görülmüştür. Sadece kişilerarası duyarlılık alt skoru görünen alanlarda lezyonu olan hasta grubunda en yüksek, görünmeyen alanlarda lezyonu olan hasta grubunda en düşük saptanmıştır. Kişiler arası duyarlılık, anksiyete, öfke ve psikotizm alt grup skorları lezyonlarını gizleme ihtiyacı duyduğunu beyan eden hasta grubunda, gizleme ihtiyacı duymayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Bir başka çalışmada 82 skar hastası DAS24 (Derriford Appearance Scale 24) ve DYKİ ile değerlendirilmiş, çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde, kapalı alanlarda skarı olan hastaların, görünen alanlarda skarı olan hastalara göre daha yüksek psikolojik stres deneyimlemekte oldukları ve yaşam kalitesinin daha belirgin etkilendiği gösterilmiştir (DAS24 9.7 $p=0.046$; DLQI 4.2 $p=0.014$). Çalışmada aynı zamanda objektif şiddet ile algılanan stres arasında ilişki bulunamazken, subjektif şiddet ile psikolojik stres arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmış ve skar tipinin sonuçlar ile anlamlı ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir [67]. Bir başka çalışmada el ve yüz yerleşimli dermatozu olan 114 hasta,

vücudun diğer bölgelerinde dermatozu olan 64 hasta ile LISS (Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults) ve DYKİ kullanılarak kıyaslanmış; iki grup arasında algılanan stres düzeyi ve yaşam kalitesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [68]. Kadın cinsiyette melanomun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği 100 hasta ile yürütülen bir çalışmada ise distal ekstremitte yerleşimli lezyonların daha yüksek psikolojik stres ile ilişkili olduğu, fasiyal lokalizasyonun stres üzerinde belirgin etkisi olmadığı gösterilmiştir [69]. Psoriasis hastalarında görünen alan tutulumunun stigmatizasyona etkisini inceleyen bir çalışmaya 115 hasta dahil edilmiş; yüz, genital bölge ve plantar alan tutulumu ile hastalık şiddetinin algılanan stigmatizasyona istatistiksel anlamlı etkisi bulunmamıştır. El dorsumu tutulumu ve lezyonlarını saklama ihtiyacı hisseden hastalarda ise stigmatizasyon anlamlı şekilde yüksek saptanmış ve yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörler olarak ortaya konulmuştur [70]. Porto-şarap lekesi olan 247 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada ise en yüksek psikolojik stres fasiyal dışı lokalizasyonlarda lezyonu olan hastalarda tespit edilmiştir [71].

İngiltere'de Appearance Research Collaboration (ARC), vücudunun görünen alanlarında görünüm bozukluğu olan hastalarda stres ve psikolojik uyumu etkileyen faktörleri netleştirmek amacıyla 1265 hastanın katıldığı kesitsel bir çalışma dahil seri şeklinde 12 adet çalışma yapmış ve bunları tedavi önerilerini de sundukları bir kitap halinde toplamıştır [72]. Çalışmalar kapsamında sosyal kaçınma, anksiyete-depresyon, olumsuz değerlendirilme korkusu, normların üzerinde kötümserlik, sosyal kabul algıları, öz tutarsızlıklar, saldırganlık ve benlik kavramında görünümle ilişkili değer incelenmiş; katılımcıların %23 ile %50 arası ölçeklerden standartın üzerinde puan almıştır. Bu çalışmalardan birinde 535 plastik cerrahi hastası üzerinde algılanan stresin beklenilenin aksine yüz, baş-boyun, el gibi görünen alanlarda lezyonu olan hastalarda değil, gövde yerleşimli lezyonu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğunu saptamıştır. Bir başka çalışma özellikle kadın cinsiyette gövde yerleşimli lezyonların görünen alan lezyonlarından daha fazla psikolojik strese neden olduğunu göstermiştir. Ancak çalışma serisinde dikkate değer bulgu ölçeklerdeki ortalama puanlar veya lezyon lokalizasyonu ile ilişkisinden ziyade en çarpıcı sonuç katılımcıların psikolojik etkilenimlerindeki geniş dağılım ve bireyler arası varyanslardır.

Çalışmalar görünümü bozan hastalıkların psikolojik komorbiditeleri ve yaşam kalitesine etkileri üzerinde psikososyal faktörler ve süreçlerin; klinik şiddet, hastalık süresi ve lezyonların görünülür alanları tutmasından daha önemli rolü olduğu ortaya koymuştur [72, 73]. Buna göre etkilenmenin derecesinde bireyler arası farklılıklarını açıklayabilecek en değerli faktör hastanın psikososyal adaptasyon sürecidir ve hastaların birçoğu sosyal zorluklar ve bunlara ilişkin emosyonel stres bildirmesine rağmen, önemli bir kısmı etkin şekilde hastalıkları ile başa çıkarlar [74]. Benzer şekilde görünüme özgü algısal süreçlerin katkısı ile sosyo-bilişsel faktörlerin arasındaki dengeyi; başa çıkma ile stres arasındaki karmaşık ve dinamik ilişki belirler.

Görünümde bozulmaya özgü üç adet başa çıkma stratejisi tanımlanmıştır [51]. Bunlardan ilki kaçınmadır. Hastalar görünüm kaygısını sosyal reddedilme ile ilişkilendirerek; beden algısındaki bozulmanın yarattığı stresi sosyal kaçınma ile dengelemeye çalışırlar. Bu strateji üç önemli problemi beraberinde getirir. Hastalar reddedilmemek-dışlanmamak için sosyal aktivitelerden kaçınarak kendilerini izole ederler ve yaşam değerleri ile çekilişen ‘beklenmeyen aksiyon’da bulunurlar. Diğer yandan birey kaçınarak kendi egosunun var olabileceği sınırı kısıtlar ve ‘ego daralması’ olarak adlandırılan sürece girerek davranış repertuarını daraltır [54]. Zamanla, şu anki anla tam olarak iletişim kuramamayı ve yaşanan andan zevk alamamayı ifade eden ‘psikolojik katılık’ ortaya çıkar [75]. Tüm bunlar sosyofobik eğilimler, iletişim problemleri ve kısıtlı sosyal becerilere neden olmaktadır. Çalışmamızda gövde dermatozu olan hasta grubunun, fasiyal dermatozu olan hasta grubundan daha fazla kaçınma-soyutlama stratejileri kullandıkları gösterilmiştir. Thompson ve Kent görünüm bozukluğu ile ilgili stresin hastalığın kendisinden ziyade lezyonları saklama girişimi ve sosyal durumlardan kaçınmanın yarattığı gerginlikten kaynaklandığını belirtmiştir [76]. Fasiyal dermatoz hastaları lokalizasyon itibari ile bunu belli bir dereceye kadar gerçekleştirebilmektedirler ve etkin başa çıkma stratejileri geliştirebilmektedirler ancak gövde dermatozu olan hastalar yaşamlarını saklayarak idame ettirebilmektedirler ve bu durum kaçınmanın yarattığı stres ile pekiştirmektedir. Daha az görünen vücut alanları ile ilgili problemler daha farklı kişiler arası yönetim gerektirir ve bireyler durumu kime, neyle, nasıl açıklanacağına dair pratik çelişkiler ile karşı karşıya olmakla birlikte sır saklamanın psikososyal yükünü

de üstlenirler [77]. Sonuç olarak daha az kaçınma stratejisi daha uyumlu stres yanıtı için prediktiftir [78].

İkinci strateji görünüm sabitleme olarak tanımlanır ve gerçekliği bozulan beden algısı modelinde ideal veya sunumu değiştirerek tekrar dengeyi kurmayı hedefler. Bu strateji görünüm bozukluğunu gidermek amacıyla sunumu değiştiren makyaj, kamuflaj gibi yöntemler ile ideal ve gerçeklik arasındaki uyumsuzluğu gidermeyi amaçlayan güvence almayı kapsamaktadır. Uzun dönemde asıl stres kaynağını ortadan kaldırmadığı için olumsuz sonuçlar getirebileceği öne sürülmüş olan bu stratejisinin günümüzde yaşam kalitesine olumlu etkisi ve görünüm ile ilişkili anksiyeteyi regüle edebildiği pek çok çalışma ile gösterilmiştir [56, 79-81]. Çalışmalar özellikle fasiyal dermatoz hastalarında lezyonlarını gizlemek için kullanılan kozmetik ürünlerin beden algısını da olumlu yönde etkilediği konusunda istikrarlı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu bağlamda değerlendirecek olursak fasiyal dermatozlar kamuflaj ve lokalizasyon itibari ile güvence almak için daha müsaitlerdir. Porto-şarap lekesi nedeniyle tedavi edilen hastaların dahil edildiği bir çalışmada tedavi öncesi hastaların %47'sinde düşük özgüven tespit edilmiş, bu oran tedavi sonrası %8'e düşmüştür. Ancak hastaların %30'u tedavi sonrasında eskiden porto şarap lekesi bulunan bölgeye makyaj yapmaya devam etmiş ve bu şekilde kendilerini daha emniyette ve güvenilir hissettiklerini belirtmişlerdir [71]. Bu çalışma aynı zamanda Rumsey tarafından ortaya atılan görünüm değişikliğine neden olan durumları medikal ve cerrahi tedavilerin tamamen iyileştiremeyeceğini kanıtlar niteliktedir [82].

Üçüncü ve en etkin strateji ise olumlu rasyonel kabuldür. Çalışmamızda fasiyal dermatoz hasta grubunda bilişsel kabulün, gövde dermatoz hastaları ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek kullanıldığı saptanmıştır. Pek çok çalışma fasiyal görünüm bozukluğu olan hastaların güçlü başa çıkma stratejileri geliştirerek anormal görünümün yarattığı sorunlar ile proaktif olarak üstesinden geldiğini göstermiştir [82]. Hatta bazı çalışmalar, olumlu başa çıkma stratejilerinin etkisi ile fasiyal görünüm bozukluğu olan hastaların kontrol grubu ile benzer stres düzeylerine sahip olduğunu ortaya koymuştur [83, 84]. Bu çalışmalardan biri 118 fasiyal görünüm bozukluğu ve 120 sağlıklı kontrol ile dizayn edilmiş; çalışmada kişilerarası ilişkiden kaynaklanan stres ve sosyal anksiyete için gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, sosyal işlevselliğin tek prediktörünün hastanın subjektif görünümü olduğu tespit edilmiştir. Fasiyal görünüm bozuklukları için psikoterapistler tarafından hayata geçirilmiş ARC [72], Face it [42], Changing faces [83] gibi pek çok sosyal ve psikolojik destek ağı mevcuttur. Bu çalışma grupları temelde psikoeğitim ile deneyimsel kabullenmeyi hedefleyen, görünüme özgü farkındalık pratikleri kapsamında hastalara belli periyotlarda kendilerini önyargısız bir şekilde inceleme şeklinde ayna egzersizleri önermektedir ve bu egzersizlerin sosyal anksiyeti azaltmada etkili olduklarını belirtmektedirler. Bu egzersiz önyargılı bir şekilde gerçekleştirildiğinde ise görünüm ilişkili kaygıyı tetiklemektedir. Bu açıdan bakıldığında yüz aslında gündelik hayatta en az maruz kalınan vücut alanlarından biridir. Popülasyonun %10'unda belli derecede fasiyal görünüm bozukluğu olduğu göz önünde bulundurulduğunda [72] yine gündelik hayatta fasiyal görünüm problemi olan bireyler ile karşılaşma olasılığı görünen alan tutulumları nedeniyle fasiyal dermatozlarda daha fazladır ve bu bilişsel kabule olumlu etki edebilecek bir faktördür. Sosyal kıyaslama aslında emosyonel sonuçlardan korunma stratejisidir ve kişinin çaresiz ve yalnız olduğu hissiyatını azaltmaya hizmet eden, özsaygının devamlılığını sağlayan kognisyonlar şeklinde tanımlanmıştır [85].

Çalışmamızda aktif planlama ve dış yardım arama stratejilerinin lokalizasyondan bağımsız olarak hasta gruplarında kontrol grubuna göre daha yaygın kullanıldığı ve hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde 250 psoriasis hastasının sağlıklı kontrol ile karşılaştırıldığı bir çalışmada psoriasis hastalarının en sık aktif planlama ve dış yardım arama gibi pozitif başa çıkma stratejilerini kullandığı gösterilmiştir [86]. Ancak bu durum örneklem gruplarının tedavi arayışı içinde olan polikliniğe başvurmuş hastalardan oluşturulması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda BAÖ skor ortalaması kadın cinsiyette $90,3 \pm 29,7$; erkek cinsiyette $132,1 \pm 32,9$ olarak saptanmış ve kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Batı kültürlerinde kusursuz görünümüne ilişkin toplum baskısı kadın cinsiyette daha belirgindir ve tam tersine erkek cinsiyette beden görünümü hakkında kaygı duymanın bir zayıflık göstergesi olduğu sosyal normlarla oturmuştur, sonuçta bireyin beden algıları bu yönde şekillenir. Genel popülasyonda

bile kadın cinsiyette beden algısının daha düşük olduğu ve kadınların beden algısındaki bozulmalara, erkeklere göre daha duyarlı oldukları gösterilmiştir [87]. Bu durumun klinik olarak ta pek çok örneği mevcuttur [51, 72, 88]. Nonmelanom deri tümörü tanısı almış 80 hastada yapılan bir çalışmada kadın cinsiyette daha belirgin etkilenmiş beden algısı gözlenmiş, çalışmamıza benezer şekilde beden algısı değişiminin tümörün lokalizasyonu ve boyutu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır [88].

Çalışmamızda beden algısı ölçeği skorları ile yaşın orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel anlamlı ilişkisi saptanmıştır. Yaş ile birlikte duygusal zeka ve emosyonel düzenleme kapasitesinin arttığı pek çok çalışmada gösterilmiştir [51, 89]. Bir başka çalışmada DAS 24 (Derriford Appearance Scale 24) ile değerlendirilen görünüm kaygısı skorlarının yaş ile azaldığını göstermiş bu durum yaşla birlikte artan pozitif uyum ve görünüme ilişkin yeni içgörüler geliştirilmesine bağlanmıştır [72]. Bu açıdan genç bireylerin görünüm ile ilgili uyarılara daha duyarlı olması beklenen bir sonuçtur [51]. Çalışmamızda aynı zamanda dermatolojide yaşam kalite indeksi skorlarının çalışan bireylerde çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. İngiltere’de görünüm bozukluğu olan 458 hasta HAD, DAS 24 ve WHQoL (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Skalası) ile değerlendirilmiş ve katılımcıların %65’inin anksiyete, depresyon ve stres skorları ile korele şekilde yaşam kalitesinde orta veya şiddetli ölçüde etkilenme tespit edilmiş ve hastalar en sık neden olarak iş hayatındaki etkilenmeleri belirtmişlerdir [43]. Bu durum görünüm kaygısına bağlı olarak kaçınma eğiliminde olan bireylerin daha fazla sosyal ortamlarda bulunması ile birlikte artan sosyal anksiyete tetikleyicileri ve stigma maruziyeti ile açıklanabilir. Çalışmayan bireyler sosyal izolasyona daha müsaittir ve görünüm bozukluklarını saklama ilişkili anksiyete ile algılanan stigma deneyimlerinden kısmen korunmaktadırlar [76].

Bu çalışmada tutulum alanı yüzdesi ile DYKİ skorları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0,245$ $p=0,007$). Tutulum alanı yüzdesi ile diğer skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış; hastalık süresi, lezyon dağılımının santral/periferik olması ve hastalık alt tipi ile beden algısı, anksiyete-depresyon, algılanan stres, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma stratejileri arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. 96 vitiligo hastası ve 23

sağlıklı gönüllünün DYKİ ve ACS (Adjustment to Chronic Skin disorders questionnaire) ile değerlendirildiği bir çalışmada, çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde en yüksek DYKİ ve ACS alt skorları (sosyal kaçınma, algılanan stres, çaresizlik, anksiyöz-depresif mizaç) gövdede yaygın lezyonu olan hasta grubunda tespit edilmiş ve yüz dahil başka alan tutulumlarının ölçek skorlarına etki etmediği saptanmıştır. Benzer şekilde algılanan stresin hastalığın başlangıç yaşı ve hastanın cinsiyeti ile istatistiksel anlamlı ilişkisi bulunmamıştır [90]. Richards ve ark'nın [73] 115 psoriasis hastası ile gerçekleştirdiği bir çalışmada hastalığın süresi, klinik şiddet ve lezyon dağılımı ile lokalizasyonunun deneyimlenen stres, anksiyete-depresyon ve psikolojik işlevsellik ile ilişkisi bulunamamış; asıl belirleyici faktörün psikososyal süreçler olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu çalışmada aynı zamanda stigmanın görünen bölge tutulumundan, kaçınmanın ise kapalı alan tutulumundan kaynaklanıyor olabileceği yorumunda bulunulmuştur. Benzer şekilde Rumsey [43], görünümü değiştiren nedenin ve hastalığın tipinin süreç içerisinde oluşan psikopatolojiden bağımsız olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca hastalığı daha erken yaşlarda başlayan bireylerin duruma adapte olmak için daha fazla zamanının olması, stresle daha etkin başa çıkabildikleri anlamına gelmeyebilir. Fasiyal akne vulgaris hastaları ile yapılan bir başka çalışmada hastalığın süresi, yaygınlığı ve hastanın yaşından bağımsız olarak anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir [91]. Psychae çalışmasında ise 1580 hasta Genel Sağlık Anketi (GSA) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilmiş; psikolojik stres ve morbidite ile hastalık şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır ($p=0,399$) [92]. Sonuç olarak önceki çalışmalar tutarlı bir şekilde görünüm bozukluğunun şiddeti ve oluşum nedeni gibi klinik bileşenler ile yarattığı stres ve psikososyal sonuçlar arasında lineer bir korelasyon gösterememiştir [93]. Çalışmamız ayrıca hastalığın semptomatik olmasının algılanan stres düzeyinden bağımsız şekilde anksiyeteye ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğunu ve semptomatik hastalarda bilişsel kabulün asemptomatik hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğunu tespit etmiştir. Literatürde semptom varlığının başa çıkma stratejilerine etkisini inceleyen bir çalışma mevcut değildir.

Çalışmamızda algılanan stres ölçek skorları ile HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon alt skorları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon tespit

edilmiştir. Aynı zamanda HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon alt skorları, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt skorlarından Kaçma-Soyutlama ile pozitif yönde orta düzeyde korele iken; Kabul-Bilişsel alt skorları ile korelasyon tespit edilmemiştir. Hill ve ark [94]'nın 89 psoriasis hastası ile yürüttüğü bir çalışmada, çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon alt skorlarının olumsuz başa çıkma stratejileri ile pozitif yönde korelasyonu saptanmış; ancak anksiyete ve depresyonun olumlu başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile ilişkisi tespit edilmemiştir.

Bu çalışmada Beden Algısı Ölçek skorlarının; Algılanan stres Ölçek skorları ile negatif yönde orta düzeyde; Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt skorlarından Kaçma-Soyutlama ile negatif yönde düşük düzeyde, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon alt skorları ile negatif yönde orta düzeyde ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi skorları ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyonu saptanmıştır. Rogers ve ark [95] beden algısı esnekliği konseptinde tasarladıkları çalışmalarında olumsuz beden algısının algılanan stresi arttırdığı ve beden algısı bozulmuş bireylerin daha fazla olumsuz başa çıkma stratejisi kullandığını vurgulamıştır. Bu çalışmada ayrıca bozulmuş beden algısının negatif başa çıkma stratejisi olan kaçınma ile kuvvetli ve negatif yönde ilişkisi gösterilmiştir. Buna göre beden algısında bozulma, görünüm ilişkili stresi azaltmada daha fazla kaçınma gibi negatif stratejilerinin kullanılmasını beraberinde getirmektedir. Tam tersine olumlu beden algısı, adaptif başa çıkma stratejileri kullanarak fiziksel görünüm ile ilişkili psikolojik stresi düzenlemede benzersiz rol oynar [51]. Bir başka çalışmada deri tümörü olan 106 hasta Beden Algısı Ölçeği puanlarına göre iki gruba ayrılmış ve beden algısı ile ilgili kaygıları yüksek grupta daha çok negatif başa çıkma stratejisi kullanıldığı görülmüştür. [t(54) D 3.19; $p < 0.01$; $r D 0.398$]. HAD ölçeği ile psikolojik morbiditelerin değerlendirildiği bu çalışmada klinik anksiyete ve depresyonu olan hasta grubunda daha fazla bilişsel kaçınma stratejisi kullanıldığı gözlenmiştir. [t(54) D 3.06, $p < 0.01$; $r D 0.384$] [96]. Aynı zamanda çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde hasta yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, lezyonun lokalizasyonu, tümör tipi gibi sosyodemografik ve klinik özellikler ile başa çıkma stratejileri ve psikolojik sonuçlar arasında bir ilişki bulunamamıştır. Sonuç olarak bireyin sosyal işlevselliğini belirleyen en önemli faktör subjektif görünüm algısıdır [96]. Kaçma stratejisinin yaşam kalitesi, beden algısı ve psikolojik morbiditeye olumsuz etkisi iyi bilinmektedir [76]. Algılanan stresin anksiyete ve

depresyon gibi psikolojik semptomlarını ortaya çıkarmasında asıl belirleyici faktörün stresle başa çıkma stratejileri olduğu düşünüldüğünde bu ilişkide beden algısının rolü kullanılarak hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemek mümkün olabilmektedir [95].

Bu çalışmada Beden Algısı Ölçeği skorlarının, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi skorları üzerindeki etkisine Algılanan Stres Ölçeği skorlarının aracılık etmekte olduğu tespit edilmiştir [F (2, 117)=25,7873; p<0,001]. Pereira ve ark [96] Beden Algısı Ölçeği, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, Mini-MAC (mini mental adjustment to cancer scale) ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanarak tasarladıkları çalışmalarında beden algısı ve psikolojik morbiditelerin, olumsuz başa çıkma stratejileri ile yaşam kalitesi arasında mediyatör rol oynadığını tespit etmiştir. Çalışmamızda Algılanan Stres Ölçeği skorlarının, Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi skorlarını üzerinde etkisinde HAD-Anksiyete skorlarının düzenleyici rol oynadığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada aktif dermatolojik hastalığı olan 237 hasta değerlendirilmiş ve psikolojik stresin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde sosyal anksiyete duyarlılığının düzenleyici rol oynadığı belirlenmiştir [97].

Dermatolojik hastalıkların psikopatolojileri karmaşık ve birbiriyle etkileşim halinde pek çok psikososyal komponentin etkileşimini barındıran dinamik bir süreçtir. Sadece medikal tedavi ile iyileştirmesi mümkün olmayan bu kormorbiditeler dermatozun kendisi ortadan kalktığında da varlığını sürdürebilmekte ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedirler. Her hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal iyiliği aynı anda ele alınmalı ve her bir bileşen bir bütün halinde değerlendirilmelidir. Çoğu dermatozun kronik ve tekrarlayıcı yapısı, tedavinin hastaların etkin başa çıkma stratejileri geliştirerek uyum yeteneklerini arttırmayı hedefleyecek şekilde planlanmasını gerektirmektedir. Dermatolojik hastalıklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak, hasta bazında tedavi girişimleri planlamakta yardımcı olacaktır. Yaklaşımlar sosyal aktivitelere tam katılmaya teşvik gibi davranışsal ve görünüm ile ilgili negatif düşünceler ve kaygının azaltılması gibi bilişsel alanları da kapsamalıdır. Algılanan stresi azaltmak için dermatolog, psikolog ve psikiyatristten oluşan multidisipliner bir yaklaşım hasta yönetiminde altın standarttır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Hasta grupların polikliniğe başvurmuş, dermatolojik problemi için aktif yardım arayan bireylerden oluşturulması olması bunlardan birisidir. Katılımcılarda stresli yaşam olayları gibi kronik stresörleri sorgulanmamıştır ancak beden algısı ile algılanan stresin orta düzeyde korele olması; hasta gruplarında deneyimlenen psikolojik stresin önemli bir kısmının görünüm bozukluğundan kaynaklandığını düşündürmektedir. Ölçekler arası ilişkiler değerlendirilmesine rağmen çalışmanın kesitsel yapısı nedensellik hakkında yorum yapmaya imkan vermemektedir. Ayrıca sosyal destek, ev ve iş hayatı, kişilik özellikleri, sosyal beceriler gibi başa çıkma stratejilerinin seçimini etkileyebilecek faktörler çalışmanın değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Çalışmada kullanılan veriler özdeğerlendirmeye dayalı ölçekler ile elde edilmiştir. Bu metod katılımcıların bilgi verme istekleri ve kendini ifade etme yetenekleri ile sınırlıdır. Dermatozların geniş spektrumu, grupların heterojen yapısı ve az sayıda katılımcı ile gerçekleştirilmiş olması çalışmanın diğer kısıtlılıklarıdır. Olumlu başa çıkma stratejilerini desteklemek amacıyla tedavi yaklaşımları geliştirebilmek için risk gruplarını iyi tanımlayan geniş ölçekleri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamız fasiyal dermatozlarda algılanan stres, beden algısı ve başa çıkma stratejilerinin gövde dermatozları ile kıyaslanması bakımından oldukça değerlidir. Hastaların pek çok psikososyal parametre ve klinik özellik ele alınarak değerlendirilmiş olması ve bu faktörlerin arasındaki ilişkiyi ortaya koyması çalışmamızın güçlü yanıdır. Bilindiği kadarıyla beden algısının yaşam kalitesine etkisinde algılanan stresin mediyatör rolünü vurgulayan ilk çalışmadır.

6. SONUÇLAR

- Dermatozlar beden algısına olumsuz yönde etki etmektedir ancak fasiyal ve gövde lokalizasyonları arasında anlamlı fark yoktur.
- Gövde yerleşimli dermatozların, fasiyal dermatozlara göre stres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkileri daha fazladır.
- Bu durum fasiyal dermatozu olan hastaların olumlu bir başa çıkma stratejisi olan bilişsel kabulü; gövde dermatozu olan hastaların ise olumsuz bir başa çıkma stratejisi olan sosyal kaçınmayı daha fazla kullanmaları ile açıklanabilir.
- Dermatolojik hastalarda psikolojik morbiditeye yönelik daha etkin yaklaşımlar geliştirebilmek için daha kapsamlı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211–59.
2. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can. Fam. Physician*. 2002; 48: 712–716.
3. Balieva F, Kupfer J, Lien L, et al. The burden of common skin diseases assessed with the EQ5D™: a European multicentre study in 13 countries. *Br J Dermatol* 2017;176:1170–8.
4. Seale L, Gaulding JV, Porto D, et al. Implementation of a psychodermatology clinic at a major health system in Detroit. *Int J Womens Dermatol*. 2018; 4: 227–229.
5. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):54–9.
6. Zarek A. Factors influencing body image in individuals with selected dermatological diseases. *Ann Acad Med Stetin* 2014; 60: 75-87.
7. Alpsoy E, Polat M, FettahlioGlu-Karaman B, Karadag AS, Kartal-Durmazlar P, YalCın B, et al. Internalized stigma in psoriasis: A multicenter study. *J Dermatol*. 2017 Aug;44(8):885-891.
8. Jafferany M, Pastolero P. Psychiatric and Psychological Impact of Chronic Skin Disease. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 Apr 26;20(2):17nr02247.
9. Richards HL, Fortune DG, O’Sullivan TM, Main CJ, Griffiths CE. Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 581–583.
10. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin. Dermatol*. 2013; 31: 72–79.
11. Orion E, Wolf R. Psychologic consequences of facial dermatoses. *Clin. Dermatol*. 2014; 32: 767–771.
12. Magin P, Sibbritt D, Bailey K. The relationship between psychiatric illnesses and skin disease: a longitudinal analysis of young Australian women. *Arch Dermatol*. 2009 Aug;145(8):896-902.
13. Jafferany M, Patel A. Understanding psychocutaneous disease: psychosocial & psychoneuroimmunologic perspectives. *Int J Dermatol*. 2019; 59(1): 8-15.
14. Dumont IP, Olson AL. Primary care, depression, and anxiety: exploring somatic and emotional predictors of mental health status in adolescents. *J Am Board Fam Med*. 2012 May-Jun;25(3):291-9.
15. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018 Feb 12;8(1):2861.
16. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN & Koblenzer CS: Psychiatric evaluation of the dermatology patients. *Dermatologic Clinics* 2005; 23(4):591-599.

17. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GB, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015 Apr;135(4): 984–91.
18. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Mar;54(3):420-6.
19. Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clin Psychol Rev*. 2001 Jul;21(5):663-82.
20. Goffman E. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*: Penguin Books, 1963.
21. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363–385.
22. Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *J Pers Soc Psychol*. 1972 Dec;24(3):285-90.
23. Halioua B, Sid-Mohand D, Roussel ME, et al. Extent of misconceptions, negative prejudices and discriminatory behaviour to psoriasis patients in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:650–4.
24. Gilani SZ, Tan DW, Russell-Smith SN, Maybery MT, Mian A, Eastwood PR, Shafait F, Goonewardene M, Whitehouse AJ. Sexually dimorphic facial features vary according to level of autistic-like traits in the general population. *J Neurodev Disord*. 2015;7(1):14.
25. Gilbert P. The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *Br J Psychiatry*. 1997; 70: 113-147.
26. Ramsey JL, Langlois JH, Hoss RA, Rubenstein AJ, Griffin AM. Origins of a stereotype: categorization of facial attractiveness by 6-month-old infants. *Dev Sci*. 2004 Apr;7(2):201-11.
27. World Health Organization. Global report on Psoriasis. [Internet]. 2016. [Cited 2021 Apr 25] Available from; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204417/9789241565189_eng.pdf.psoriasis;jsessionid=B9E983B7A18ABA908EA712A62FD19214?sequence=1
28. Augustin M, Mrowietz U, Luck-Sikorski C, von Kiedrowski R, Schlette S, Radtke MA et al. Translating the WHA resolution in a member state: towards a German programme on 'Destigmatization' for individuals with visible chronic skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33: 2202– 2208.
29. Dimitrov D, Szepietowski JC. Stigmatization in dermatology with a special focus on psoriatic patients. *Postepy Hig Med Dosw* 2017; 71: 1115– 1122.
30. Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, et al. How does stigma affect people with psoriasis? *Postepy Dermatol Alergol*. 2017; 34: 36–41.
31. Hawro T, Janusz I, Miniszewska J, Zalewska A. Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u osób chorych na łuszczycę. In: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R. ed. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis; 2011, p. 42–51.
32. Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther* 1994;32:497-502.
33. Zebrowitz LA, Montepare JM. Social Psychological Face Perception: Why Appearance Matters. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008 May 1;2(3):1497.

34. Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs*. 1990 May;15(5):585-93.
35. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol* 2013; 31: 72–79.
36. Rochlin G. Aggression reconsidered: A critique of psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 1982; 2(1), 121-132.
37. Melnyk SE, Cash TF, Janda LH. Body image ups and downs: prediction of intra-individual level and variability of women's daily body image experiences. *Body Image*. 2004 Sep;1(3):225-35.
38. Linville PW. Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *J Pers Soc Psychol*. 1987 Apr;52(4):663-76.
39. Siemionow M, Sonmez E. Face as an organ. *Ann Plast Surg*. 2008 Sep;61(3):345-52.
40. Sutherland CA, Oldmeadow JA, Santos IM, Towler J, Michael Burt D, Young AW. Social inferences from faces: Ambient images generate a three-dimensional model. *Cognition* 2013;127:105–118.
41. Rankin M, Borah GL. Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Jun;111(7):2140-6.
42. Bessell A, Clarke A, Harcourt D, Moss TP, Rumsey N. Incorporating user perspectives in the design of an online intervention tool for people with visible differences: face IT. *Behav Cogn Psychother*. 2010 Oct;38(5):577-96.
43. Rumsey N, Clarke A, White P, Wyn-Williams M, Garlick W. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *J Adv Nurs* 2004;48:443-53.
44. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46(4):839–852.
45. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;385–96.
46. Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Rev. Gen. Psychol*. 1998; 2, 300–319.
47. Villada C, Hidalgo V, Almela M, Salvador A. Individual differences in the psychobiological response to psychosocial stress (Trier Social Stress Test): the relevance of trait anxiety and coping styles. *Stress Health* 2014; 32, 90–99.
48. Smith MM, Saklofske DH, Keefer KV, Tremblay PF. Coping Strategies and Psychological Outcomes: The Moderating Effects of Personal Resiliency. *J Psychol*. 2016;150(3):318-32.
49. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Roles of body image-related experiential avoidance and uncommitted living in the link between body image and women's quality of life. *Women Health*. 2018 Jan;58(1):38-50.
50. Kowalewska B, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Khvorik DF, Niczyporuk W. Quality of life in skin diseases as perceived by patients and nurses. *Postepy Dermatol Alergol*. 2020 Dec;37(6):956-961.

51. Cash TF, Santos MT, Williams EF. Coping with body-image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *J Psychosom Res.* 2005 Feb;58(2):190-9.
52. Newell RJ. Altered body image: a fear-avoidance model of psycho-social difficulties following disfigurement. *J Adv Nurs.* 1999 Nov;30(5):1230-8.
53. Newell R, Marks I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *Br J Psychiatry.* 2000 Feb;176:177-81.
54. Brakel LA. Ego constriction. *Am J Psychoanal.* 2004 Sep;64(3):267-77.
55. Mancuso SG. Body image inflexibility mediates the relationship between body image evaluation and maladaptive body image coping strategies. *Body Image.* 2016 Mar;16:28-31.
56. Kornhaber R, Visentin D, Thapa DK, et al. Cosmetic camouflage improves quality of life among patients with skin disfigurement: a systematic review. *Body Image.* 2018;27:98–108.
57. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37:41–50.
58. Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol.* 2006 Nov;45(11):1300-7.
59. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70.
60. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8(4):280-7.
61. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlilik analizi. *Yeni Symp* 2013; 51(3): 132-140.
62. Özbay Y. An investigation of the relationship between adaptational coping process and self-perceived negative feelings on international students. 1993; TTU, Lubbock, Texas: USA.
63. Özbay Y, Şahin B. Stresle başa çıkma tutumları envanteri: geçerlik ve güvenirlik çalışması. IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi 1997, Ankara.
64. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *J Consult Clin Psychol*, 1953;15: 343-347.
65. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1992; 1(2): 26-27.
66. Kostyla M, Stecz P, Wrzesińska M. Location of lesions versus intensity of psychopathological symptoms in patients with skin diseases. *Psychiatr Pol.* 2018 Dec 29;52(6):1101-1112.
67. Brown BC, Moss TP, McGrouther DA, Bayat A. Skin scar preconceptions must be challenged: importance of self-perception in skin scarring. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010 Jun;63(6):1022-9.
68. Ludwing MWB. O adoecimento da pele:um estudo de qualidade de vida, estresse e localização da lesão dermatológica. *Psicologia em Estudo*, 2007;14 (1): 93-9.
69. Atkinson TM, Noce NS, Hay J, Rafferty BT, Brady MS. Illness-related distress in women with clinically localized cutaneous Melanoma. *Ann Surg Oncol* 2013;20:675–679.

70. Hawro M, Maurer M, Weller K, Maleszka R, Zalewska-Janowska A, Kaszuba A et al. Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2017; **76**: 648– 654.e2.
71. Lanigan SW, Cotterill JA. Psychological disabilities amongst patients with port wine stains. *Br J Dermatol*. 1989; 121: 209-215.
72. Clarke A, Thompson A, Jenkinson E, Rumsey N, Newell R CBT for appearance anxiety: psychosocial interventions for anxiety due to visible difference. Chichester: WileyBlackwell; 2013.
73. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*. 2001 Jan;50(1):11-5.
74. Rumsey N, Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and intervention. *Body Image*. 2004;1:83–7.
75. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kellum KK. Assessment of Body Image Flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *J Contextual Behav Sci* 2013; 2 (1-2): 39–48.
76. Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different. *Clin. Psychol. Rev*. 2001; 21(5): 663–682.
77. Pachankis JE. The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychol Bull*. 2007 Mar;133(2):328-45.
78. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, Mathé AA. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013 Feb 15;7:10.
79. Kent G. Testing a model of disfigurement: Effects of a skin camouflage service on well-being and appearance anxiety. *Psychol Health* 2002; 17: 377–386.
80. Boehncke WH, Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM. Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin disease. *Eur J Dermatol* 2002; 12: 577-580.
81. Levy LL, Emer JJ. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: Personal experience and review. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol*. 2012; 5: 173–182.
82. Rumsey N, Harcourt D. Visible difference amongst children and adolescents: issues and interventions. *Dev Neurorehabil* 2007;10(2):113-123.
83. van den Elzen ME, Versnel SL, Hovius SE, Passchier J, Duivenvoorden HJ, Mathijssen IM. Adults with congenital or acquired facial disfigurement: impact of appearance on social functioning. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012 Dec;40(8):777-82.
84. Rumsey, Clarke, White, Wyn-Williams, Garlick: Altered body image: appearance related concerns of people with visible disfigurement. *J Adv Nurs* 2004; 48(5): 443e453.
85. Hemphill K, Lehman D. Social comparisons and their affective difference variables. *J Soc Clin Psychol*. 1991;52: 21-29.

86. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2002 May;27(3):177-84.
87. Tylka TL. Evidence for the Body Appreciation Scale's measurement equivalence/invariance between U.S. college women and men. *Body Image*. 2013 Jun;10(3):415-8.
88. Beal BT, White EK, Behera AK, Zavell AE, McGuinness AE, Blangger H, Armbrrecht ES, Maher IA. Patients' Body Image Improves After Mohs Micrographic Surgery for Nonmelanoma Head and Neck Skin Cancer. *Dermatol Surg*. 2018 Nov;44(11):1380-1388.
89. Sliter M, Chen Y, Withrow S, Sliter K. Older and (emotionally) smarter? Emotional intelligence as a mediator in the relationship between age and emotional labor strategies in service employees. *Exp Aging Res*. 2013;39(4):466-79.
90. Krüger C, Schallreuter KU. Stigmatisation, Avoidance Behaviour and Difficulties in Coping are Common Among Adult Patients with Vitiligo. *Acta Derm Venereol*. 2015 May;95(5):553-8.
91. Kokandi A. Evaluation of acne quality of life and clinical severity in acne female adults. *Dermatol Res Pract*. 2010;41:8-9.
92. Finzi A, Colombo D, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G, Simoni L, Sgarbi S, Giannetti A; PSYCHAE Study Group. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Oct;21(9):1161-9.
93. Moss TP. The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*. 2005 Jun;2(2):151-9.
94. Hill L, Kennedy P. The role of coping strategies in mediating subjective disability in people who have psoriasis. *Psychol Health Med* 2002; 7: 261– 269.
95. Rogers CB, Webb JB, Jafari N. A systematic review of the roles of body image flexibility as correlate, moderator, mediator, and in intervention science (2011-2018). *Body Image*. 2018 Dec;27:43-60.
96. Pereira MG, Baia V, Machado JC. Coping and quality of life in patients with skin tumors in the follow-up stage: The mediating role of body image and psychological morbidity. *J Psychosoc Oncol*. 2016 Sep-Oct;34(5):400-12.
97. Dixon LJ, Witcraft SM, McCowan NK, Brodell RT. Stress and skin disease quality of life: the moderating role of anxiety sensitivity social concerns. *Br J Dermatol*. 2018 Apr;178(4):951-7.

EKLER

EK-1: HASTA BAŞVURU VE DEĞERLENDİRME FORMU

HASTA BAŞVURU VE DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet: E/ K

Medeni Durum:

Çalışma Durumu: Çalışıyor/ Çalışmıyor

Eğitim Durumu:

Gelir Durumu: İyi/ Orta/ Kötü

Bilinen Hastalık:

Devamlı Kullanılan ilaçlar:

Bilinen psikiatrik hastalık:

Alışkanlıklar: Sigara:

Alkol:

Boy:

Kilo:

BMI:

Cilt hastalığının süresi:

Daha önce alınan tedaviler:

DM:

Gövde/ Yüzün yüzde kaçını kaplıyor:

Gövdenin/ Yüzün hangi bölgesinde lokalize: Santral/ Periferik/ Santral+Periferik

Ek semptom kaşıntı/ağrı/ yanma-batma:

Hastalık: İnflamatuvar/ Pigmentasyon Bozukluğu/ Tümör oluşum/ Diğer (.....)

EK-2: DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTE İNDEKSİ

Tablo 1: Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKI)
Adı:
Soyadı:
Yaş:
Cinsiyet:
Tanı:
Giriş Tarihi:
Çıkış Tarihi:
Kontrol Tarihi:
Son 1 haftadır, cildinizde kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz mi?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son bir haftadır cildiniz yüzünden kendinizi güvensiz hissettiniz mi veya utanç duygusuna kapıldınız mı?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son bir haftadır cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza engel oldu mu?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içinde cildiniz giyim şeklinizi etkiledi mi?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi etkiledi mi?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içerisinde, cilt problemlerinizi herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı engelledi mi?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta cildinizdeki durum iş hayatınızı ya da çalışmanızı etkiledi mi?
Evet Hayır
Eğer hayır ise, cildiniz iş hayatınızı veya çalışmanızda ne kadar problem olur?
Çok Biraz Hiç olmaz
Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz; partneriniz, yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınızla aranızda ne kadar problem olur?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son bir haftada, cildinizdeki durum cinsel zorluklar çekmenize neden oldu mu?
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son 1 haftada yapılan tedavilerden nasıl etkilendiniz? (zaman kaybı olması, evde karışıklık yaratması gibi)
Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

EK-3: HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- | | |
|---|---|
| ☐ 0 Çoğu zaman | ☐ 1 Zaman zaman, bazen |
| ☐ 2 Birçok zaman | ☐ 3 Hiçbir zaman |

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Aynı eskisi kadar | ☐ 1 Yalnızca biraz eskisi kadar |
| ☐ 2 Pek eskisi kadar değil | ☐ 3 Hiçbir zaman |

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- | |
|---|
| ☐ 0 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli |
| ☐ 1 Evet, ama çok da şiddetli değil |
| ☐ 2 Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor |
| ☐ 3 Hayır, hiç de öyle değil |

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 Her zaman olduğu kadar | ☐ 1 Kesinlikle o kadar değil |
| ☐ 2 Şimdi pek o kadar değil | ☐ 3 Artık hiç değil |

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- | | |
|---|---|
| ☐ 0 Çoğu zaman | ☐ 1 Zaman zaman, çok sık değil |
| ☐ 2 Birçok zaman | ☐ 3 Yalnızca bazen |

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ 0 Hiçbir zaman | ☐ 1 Bazen |
| ☐ 2 Sık değil | ☐ 3 Çoğu zaman |

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ 0 Kesinlikle | ☐ 1 Sık değil |
| ☐ 2 Genellikle | ☐ 3 Hiçbir zaman |

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 Hemen hemen her zaman | ☐ 1 Bazen |
| ☐ 2 Çok sık | ☐ 3 Hiçbir zaman |

9. Sanki içim pır pırdıyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Hiçbir zaman | ☐ 1 Oldukça sık |
| ☐ 2 Bazen | ☐ 3 Çok sık |

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- | |
|--|
| ☐ 0 Kesinlikle |
| ☐ 1 Gerektiği kadar özen göstermiyorum |
| ☐ 2 Pek o kadar özen göstermeye bilirim |
| ☐ 3 Her zamanki kadar özen gösteriyorum |

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Gerçekten de çok fazla | ☐ 1 Çok fazla değil |
| ☐ 2 Oldukça fazla | ☐ 3 Hiç değil |

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- | |
|---|
| ☐ 0 Her zaman olduğu kadar |
| ☐ 1 Her zamankinden biraz daha az |
| ☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az |
| ☐ 3 Hemen hemen hiç |

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Gerçekten de çok sık | ☐ 1 Çok sık değil |
| ☐ 2 Oldukça sık | ☐ 3 Hiçbir zaman |

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ 0 Sıklıkla | ☐ 1 Pek sık değil |
| ☐ 2 Bazen | ☐ 3 Çok seyrek |

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10 puan: sınırdan ||| 11 ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

EK-4: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

Son bir ay içinde ↓ ↓ ↓		Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1	Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sınırlı ve stresli hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başıyla geldiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenildiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktüğünü hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

ASÖ-10'a ait soru numaraları: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14

ASÖ-4'e ait soru numaraları: 2, 6, 7, 14

EK-5: STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

Stresle Başa Çıkma Ölçeği

Aşağıda günlük hayatta karşılaştığınız sorunlarla nasıl mücadele ettiğinize yönelik sorular yer almaktadır. Size uygun düşen ifadeleri X ile işaretleyiniz.

N o	BİR SORUNLA KARŞILAŞTIĞIM ZAMAN,	Hiçbir zaman (0)	Ara sıra (1)	Bazen (2)	Sık sık (3)	Genellikle (4)
1	Arkadaşlarım ve yakınlarımdan duygusal destek almaya çalışırım					
2	Asıl problemim üzerinde yoğunlaşır, gerekirse başka şeyleri bir kenara bırakırım					
3	Attığım her adımı ve yapacağım her hareketi çok iyi düşünürüm					
4	Baş'a gelenin çekileceğine inanırım					
5	Baş'ıma gelenden bir şeyler öğrenmeye çalışırım					
6	Baş'ıma gelenlere inanmak istemem					
7	Baş'ka şeylerden ziyade o problem üzerinde daha çok odaklaşıyorum					
8	Baş'kalarından ne yapabileceğim konusunda tavsiyeler alırım					
9	Baş'kalarından şefkat ve anlayış beklerim					
10	Benden yaşlı birine danışırım					
11	Benzer şeyleri yaşayan insanların tecrübelerinden yararlanırım					
12	Dini aktivitelere katılırım					
13	Dini inançlarımdan güç alarak kendimi güvende hissedirim					
14	Durum ile ilgili daha çok bilgi edinmek için baş'kalarına danışırım					
15	Duruma olduğu gibi alışmaya çalışırım					
16	Enerjimi yaptığım işler üzerinde yoğunlaştırırım					
17	Eskisinden daha fazla ibadet / dua ederim					
18	Gerginliğimi azaltmak için sigara içerim					
19	Her ne yapacaksam zamanında yaparım					
20	Her şeyimle ilahi bir güce sığınırım					
21	Huzuru dinimde bulmayı denerim					
22	Kendime bunun gerçek olmadığını söylerim					
23	Kendimi daha iyi hissedebilmek için uyuşturucu alırım					
24	Kendimi daha iyi hissetmek için ilaç alırım.					
25	Ne yapacağım konusunda bir plan hazırlarım					
26	Olanlara daha iyimser bir gözle bakmaya çalışırım					
27	Olayın daha olumlu gözükmesini sağlamak için farklı bir bakış açısı ile yaklaşırım					
28	Problem hakkında daha az düşünmek için içki içerim					

29	Problem hakkında hissettiklerimi başkaları ile tartışırım					
30	Problemi bütün geçekliğiyle olduğu gibi hissederim					
31	İlahi bir güçten yardım isterim					
32	Problemi çözmemi engelleyen diğer şeylerden kendimi alıkoymaya çalışırım					
33	Problemim hakkında somut bir şeyler yapabilecek birileri ile konuşurum					
34	Problemimden kurtulmak için değişik işlerle ilgilenirim					
35	Problemimden kurtulmak için üzerine direkt olarak giderim					
36	Problemimi daha az düşünmek için sinemaya giderim veya TV seyredirim					
37	Problemimi en iyi nasıl çözebileceğimi düşünürüm					
38	Problemim ile ilgili duygularımı başkalarıyla paylaşıyorum					
39	Problemimle yaşamayı öğrenirim					
40	Problemimi unutmak için ders çalışır veya başka farklı şeylerle ilgilenirim					
41	Rahatlamak için ağlarım					
42	Müzik dinleyerek birçok şeyi unuturum					
43	Sanki hiçbir şey olmamış gibi davranırım					

EK-6: BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

	Beden Algısı Ölçeği				
	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji /Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Cinsel Gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Ağırlığım					
40. Cinsel Organlarım					