

163736

T.C.
OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

SKİNDEKS-29'UN TÜRKÇE UYARLAMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. A. Esra Koku Aksu

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. S. Murat Ürer

ESKİŞEHİR 2005

ÖNSÖZ

Dermatoloji uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. İlham Sabuncu'ya; hocalarım Doç. Dr. Z. Nurhan Saraçoğlu'na ve Yrd. Doç. Dr. S. Murat Ürer'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. M. Margaret Chren'e orijinal çalışmasını çevirmemize izin verdiği ve çeviri aşamasında gösterdiği özen ve yardımları için teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca uyum içinde çalıştığımız bölümümüzdeki asistan arkadaşlarıma ve tüm diğer çalışanlara teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanması sürecindeki katkılarından dolayı çevirmenlere ve ağabeyim Buğra Koku'ya teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince ve tez çalışmam sırasında anlayış ve yardımlarını esirgemeyen eşim Murat'a ayrıca teşekkür ederim.

Dr. A. Esra Koku Aksu

KISALTMALAR

YK	Yaşam Kalitesi
SİYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
PYYİ	Psoriasis Yeti Yitimi İndeksi
PYSE	Psoriasis Yaşam Stres Envanteri
EYYİ	Ekzema Yeti Yitimi İndeksi
CAYYİ	Cardiff Akne Yeti Yitim İndeksi
DYKİ	Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
DYKS	Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası
DÖYKÖ	Dermatolojiye Özel Yaşam Kalite Ölçütü
NSP	Nottingham Sağlık Profili
KF36	Kısa Form-36
PASI	Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
MASI	Melazma Alan Şiddet İndeksi

1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI.....	2
2.2. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLME NEDENLERİ.....	4
2.3. YAŞAM KALİTE ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	5
2.4. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTE ÖLÇEKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	8
2.5. ÖLÇEK SEÇİMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR.....	17
2.6. SKİNDEKS-29'UN KÜLTÜREL ADAPTASYON İÇİN SEÇİLME NEDENLERİ.....	18
2.7. KÜLTÜREL UYARLAMA NEDENLERİ.....	19
2.8. ÖLÇEKLERİN KÜLTÜREL ADAPTASYONU.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. BİRİNCİ AŞAMA: SKİNDEKS-29'UN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI.....	23
3.2. İKİNCİ AŞAMA: İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER KULLANARAK TESTİN ÖLÇÜM ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI.....	24
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇLAR.....	55
7. ÖZET.....	58
8. KAYNAKLAR.....	60
9. EK-1 SKINDEX-29.....	71
10. EK-2 SKİNDEKS-29'UN TÜRKÇE UYARLAMASI.....	72

1. GİRİŞ

Dış görünümünü etkilediği için dermatolojik hastalıkların hastaların yaşantılarına sosyal ve emosyonel etkileri diğer hastalıklardan daha farklı ve karmaşık olabilir¹. Psoriasisli hastaların hipertansiyon, anjina pektoris hatta kalp yetmezliği hastaları kadar kendi hastalıklarından etkilendikleri gösterilmiştir². Geleneksel olarak tedavi etkinliği, kişinin hastalığı ile ilgili doktorun yorumuna dayanmaktadır^{3,4}. Hastalığın ciddiyetine ilişkin doktorun yargısı hastalığın kişinin yaşam kalitesi üzerine etkisi ile örtüşmeyebilir^{1,3,5,6}. Önemli olan hastanın sağlığı ile ilgili kendi bakış açısının yansıtılmasıdır⁷.

Son yıllarda yaşam kalitesi klinik incelemelerde önem kazanmış ve dermatolojide yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar artmıştır^{1,3,5-11}. Çoğunlukla İngilizce olarak geliştirilen bu testlerin diğer kültürlerde kullanımı için çeviri ve adaptasyon gereklidir. Kültürel adaptasyonun yeni bir test geliştirmeye kıyasla pek çok avantajı vardır. Birincisi pahalı ve zaman alıcı bir süreç önlenmiş olur. İkincisi kültürler arası karşılaştırma mümkün hale gelir¹². Adaptasyon süreci orijinal testin semantik eşdeğerinin oluşturulması, çevirisinin yapılması ve ölçüm özelliklerinin değerlendirilmesinden oluşur^{3,5,11,12}.

Skindeks-29 deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçen bir testtir. Chren ve ark.ları tarafından oluşturulmuştur^{1,8}. Semptomatik, emosyonel ve fonksiyonel olarak üç bölümden oluşmaktadır. Bu çalışmanın amacı semantik eşdeğerliliğini koruyarak Skindeks-29'u Türkçe'ye adapte etmek ve Türkçe versiyonun ölçüm özelliklerini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Genel olarak kalite iyilik durumunun sınıflandırılmasıdır¹³. İyi bir yaşam kalitesi (YK) için kişinin sağlıklı olması ön koşuldur¹⁴. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hasta veya sakat olmama durumu değil, bireyin üretken ve eğlenceli yaşayabilme yeteneği olarak tanımlamıştır. Bu geniş kapsamıyla sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) tüm yaşam kalitesi kavramını içerir hale gelir. Kişinin sosyal ilişkilerini, iş hayatını, günlük hayatını, psikolojik durumunu ve semptomatik şikayetlerini (ağrı, acı gibi) ve yaşamdan memnuniyetini içine alır. Bireyin hastalığına ilişkin kendi bakış açısını yansıtır^{1,13}.

Son 50 yıldır cilt hastalıklarının psikolojik problemlere yolaçtığı kabul edilmiş ve bu konuyla ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Çoğu zaman yaşamı tehdit etmemelerine rağmen hastanın psikososyal durumu, sosyal ilişkileri ve günlük aktivitelerinde önemli etkileri mevcuttur. Sulzberg ve Zaiden 1948 yılında hiçbir hastalığın akne kadar ebeveyn ve çocuk arasında fiziksel travma ve anlaşmazlığa yol açmadığını belirlemişlerdir. 1970 yılında Whitmore cilt bozukluklarını tanımlamış, yılda milyonlarca dolar ekonomik kayba yolaçtığını saptamıştır. Yine 1970 yılında Amerikan Tıp Birliği kalıcı cilt hasarlarını tariflemiş ve bulgulara, tedavi ihtiyacına, günlük aktivitedeki performans kısıtlamasına dayanarak sınıflandırmıştır¹⁶.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesiyle ilgili aşağıdaki tanımlamaları yapmıştır.

Hasar (Impairment): Psikolojik, fizyolojik, anatomik yapı veya fonksiyonda anormallik veya kayıp olmasıdır. Hastalığın organ üzerindeki etkisidir. Örneğin ekzemalı bir hastanın elinde oluşan ragat, skuam, bül o hastalığın oluşturduğu hasardır.

Yeti Yitimi (Disability): Hastalığın oluşturduğu hasar nedeniyle bireyin normal sınırlarda yapabileceği aktivitenin sınırlandırılmasıdır. Hasarın oluşturduğu fonksiyonel etkidir. Elindeki ekzema nedeniyle hastanın klavye kullanamaması örnek olarak gösterilebilir.

Sakatlık (Handicap): Bireyin toplum içindeki normal görevini hasar veya yeti yitimi nedeniyle yapamamasıdır. Sekreterlik yapan bir hastanın elindeki ekzema nedeniyle işine devam edememesi hastalık nedeniyle oluşan sakatlıktır^{15,16}.

Fries, Spitz ve Young 1982'de romatoid artiritli hastalarda yeti yitimini ölçmeyi hedefleyen bir ölçek geliştirmişlerdir. 1985 yılında Jowett ve Ryan psoriasisli, ekzemalı ve akneli hastalarda yeti yitimini farklı açılardan değerlendirmiş ve sıklığını ölçmüştür. 1986 yılında Finlay ve Kelly psoriasisli hastalarda yeti yitimini ölçen bir ölçek geliştirmiştir. Bu çalışma dermatoloji hastalarının yaşam kalitesini ölçmeye yönelik ilk çalışmadır¹⁷.

Hastalıkların bireylerin yaşantılarına olan etkileri sosyal ve psikolojik durumlarına göre farklılık gösterir. Elinde ekzema olan sekreterin iş hayatı kısıtlanabilirken, postacılık yapan bir hastayı aynı lezyon fazla etkilemeyebilir. Aynı lezyonun ayakta yer alması ise postacının iş hayatını kısıtlayabilir. Sadece görüntü değil dokunma da sosyal iletişim ve kabullenme için güçlü bir araçtır. Bulaşıcı olduğu düşüncesiyle insanların dermatoloji hastalarına dokunmak istememeleri bu hastaları sosyal hayattan soyutlayabilmektedir¹⁸. Cilt hastalıkları hastanın dış görünümünü etkilediği için hastaların hayatlarına etkisi diğer hastalıklardan farklı ve karmaşık olabilir. Adolesan dönemde yüz lokalizasyonunda aknesi olan bir hasta akne sebebiyle evden dışarı çıkmamayı tercih edip sosyal yaşantısını

kısıtlarken, aynı şiddet ve lokalizasyonda hastalığı olan bir diğer hasta hastalığını kabullenip yaşantısını normal sınırlarda devam ettirebilir. Doktor bu iki hastayı klinik şiddetlerine göre değerlendirerek aynı tedaviyi uygun görebilir. Fakat ilk hastada yaşam kalitesinin ne kadar etkilendiği ölçülür ve gözönünde bulundurulursa tedavi stratejisinde değişiklikler yapma imkanı da oluşur.

YK testleri hastanın bakış açısından hastalığın günlük yaşamına etkisi ile ilgili bilgi toplar. Hastanın verdiği değerlendirmeye göre tedavinin yararını gösteren sistematik ve bilimsel temel oluşturur. Deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkisi hayatı tehdit eden hastalıklar kadar ciddi olabilir. Bu etki, hastalığın ciddiyetini gösteren klinik ölçümlerle uyumlayabilir¹⁹⁻²². Psikolojik stres, utanç, fiziksel rahatsızlık bu etkilerden bazılarıdır²³⁻²⁵. Zamanla bunlar emosyonel iyiliği, sosyal fonksiyonları, üretkenliği ve kendine bakımı etkileyebilir²⁶⁻²⁸.

2.2. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLME NEDENLERİ

SİYK deney ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması, doktorun klinik kararları vermesinde yardımcı olması, kaynakların paylaşılmasında yol gösterici olması ve yeni ilaçların onaylanma sürecinin hızlandırılması amacıyla ölçülmektedir²⁹.

Klinikte en çok tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde YK ölçütleri kullanılmaktadır. Klinik tedavide amacımız sadece hastalığı olan organı tedavi etmek değil hastanın günlük aktivitelerini yapmasını ve kendini daha iyi hissetmesini sağlamak olmalıdır³⁰. Tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde klinik parametreler dışında temel alma ihtiyacı YK ölçeklerine verilen önemi arttırmıştır. Yeni yapılan çalışmalarda tedavi

etkinliği klinik ölçümler ve hastanın yaşam kalitesindeki değişiklikler ile birlikte deđerlendirilmektedir³¹⁻³³.

2.3. YAŞAM KALİTE ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.3.1. İç Yapı Özellikleri :

İç yapı özellikleri, yapısal ve ölçüm özelliklerinden oluşur. Ölçeğin yapısal özellikleriyle ilgili olarak maddelerin nasıl oluşturulduğu, nasıl skala haline getirildiği; ölçüm özellikleriyle ilgili olarak anketi doldurmak için gereken süre, doldurma sırasında en fazla boş bırakılacak madde sayısı, deneklerin yaş sınırları, skala puanlaması tanımlanmalıdır³⁴.

2.3.2. Güvenirlik:

Bir ölçeğin kullanılabilmesi için mutlaka olması gereken bir özelliktir. Aynı koşullar tekrarlandığında güvenilir bir ölçek aynı sonucu vermelidir. Güvenirlik, anket puanının değişimindeki (varyansındaki) hata oranını belirler. Güvenirlik katsayısı, anket puanlarına yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklılara, ne oranda hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir. Güvenirlik katsayısı 0.78 olan bir anketten elde edilen puanlar %78 oranında gerçek farklıları, %22 oranında da hatayı yansıtır. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, ölçülen farklıların gerçek farklıları yansıttığı düşünülür. Güvenirlik farklı şekillerde test edilir³⁵.

A) İçsel Tutarlık (Güvenirlilik):

İçsel tutarlık ölçek maddelerinin birbiriyle olan uyumunu gösterir. Ölçeği oluşturan maddeler aynı teorik yapıyı desteklemelidir. Bir ölçek güvenilir ise maddelerden elde edilen puan ve toplamda elde edilen puan arasında ilişki saptanmalıdır. Genellikle Cronbach alfa katsayısıyla hesaplanır. Sonucun 0.7 veya 0.7'den büyük olması içsel tutarlılığı gösterir³⁶.

B) Test Yeniden-Test Güvenirliliği:

Ölçeğin aynı birey tarafından, aynı koşullar altında iki ayrı zamanda tamamlandığında aynı sonucu vermesidir. İntraklas veya Pearson korelasyon katsayısıyla hesaplanır. Sonucun 0.7 veya 0.7'den büyük olması test yeniden-test güvenirliliğini gösterir³⁴.

C) Eşdeğerli Ölçek (Paralel Ölçek) Güvenirliliği:

Farklı ama eşdeğer iki ölçek kullanılarak hastanın anımsama riski azaltılır ve hastanın değerlendirilmesine olanak sağlar. Örneğin iki farklı ölçekten farklı puanlar alınması o hasta için hata durumu oluşturur.

D) Madde Toplam Puan Korelasyonları:

Her bir maddenin varyansı (değişimi) toplam anket puanının varyansı ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılır. Böylece her madde hakkında bir ölçüm elde edilir. Ölçek geliştirme aşamasında bu ölçümler değerlendirilerek toplam puana katkısı az olan maddeler değerlendirme dışı bırakılır³⁵.

2.3.3. Geçerlik

Geçerlik anket geliştirilirken ölçülmesi hedeflenen amacın ne dereceye kadar lüldüğüünün göstergesidir³⁶. Örneğın, amacımız dermatoloji hastalarındaki yaşam kalitesini lemekse anketimiz dermatolojik hastalıkların, hastaların yaşantısına her alanda olan etkisini ölçebilmelidir. lekle ölçülmek istenen niteliğın ne denli isabetli lüldüğüünün göstergesi, geçerlik katsayısıdır. Geçerlik alışması yapılırken ölçek puanı ile ölçtüğü nitelik hakkında başka bir ölçüt ele alınarak, bu ikisi karşılaştırılır³⁵. Dört farklı şekilde değerlendirilir.

A) İçsel Geçerlik:

Anket geliştirilmesinde anahtar rolü oynar. Kurulan teorik yapıyla soruların ne kadar örtüştüğü, maddelerin teorik yapıya uygun temsil edilip edilmediğı değerlendirilir. En yaygın kullanılan yöntemlerden biri yüzey geçerliğidir. Ölçek o alanın uzmanı tarafından incelenip, hedef konuyu araştırıp araştıramayacağı yargısına varılır.

B) Deneysel Geçerlik:

Ölçek ile ilgili etkinliğın ortaya konmasını sağlar. En yaygın kullanılan yöntemlerden biri birlikte geçerliktir. Geerliğı değerlendirilen ölçek, aynı alanda geerliğı gösterilmiş başka bir ölçekle birlikte kullanılır. Aralarındaki bağlantı saptanarak geçerlik gösterilir^{35,36}.

C) Yapısal Geçerlik:

Ölçek bir modele veya teoriye dayandırılmalıdır. Altta yatan model yoksa yapısal geçerlik ölçülemez. Yapısal geçerlikte teorik yapının ölçek tarafından uygun ölçülüp lülmediğı değerlendirilir. Klinik olarak; yapıdan oluşturulan hipotezin doğrulanması,

psikometrik olarak; faktör yapısının gösterilmesiyle ölçülür^{34,35}. Faktör analizi ölçek maddelerinin arasındaki ilişkilerden çıkartılan ortak boyutların saptanması işlemidir. Aralarında yüksek ilişki gösteren, birbirine benzeyen maddelerin öbekleşmesi ile toplam ölçek puanını etkileyen temel boyutlar ortaya çıkar. Böylece eldeki ölçek kapsamı birkaç ortak faktöre indirgenerek bu kavramın içeriği (faktör yapısı) hakkında bilgi edinilir. Bir başka yöntem de örtüştürücü (convergent) ve ayrıştırıcı (discriminative) geçerliktir. Farklı tanı gruplarına, benzer özellik gösteren değişik ölçekler uygulanarak söz konusu ölçeğin ne ölçüde ayırt edici özellik taşıdığı ve ne ölçüde diğer ölçeklerle örtüştüğü belirlenir. Eldeki ölçek puanları, benzer değişkenlerle veya ölçümlerle yüksek korelasyon verdiğinde, örtüştürücü geçerlik; benzer olmayan değişkenler veya ölçümlerle düşük ya da anlamsız korelasyon verdiğinde ayrıştırıcı geçerlik saptanmış olur³⁶.

D) Değişikliklere Cevap Verebilirlik:

Ölçeğin zaman içindeki değişikliklere ne derece cevap verdiğinin göstergesidir³⁴. Örneğin hastalığının düzeldiğini ifade eden bir hastanın test sonuçlarında da düzelme görülmelidir.

2.4. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTE ÖLÇEKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

2.4.1. ÖLÇÜM METODUNA GÖRE SINIFLANDIRILMASI

SİYK ölçümü, ölçüm metoduna göre ikiye ayrılır. SİYK tek bir sayı (indeks ölçüt) veya profil ile ölçülür.

İndeks Ölçüt:

Ölçüm, görsel eşdeğerlilik ölçekleri (Visual Analog Scales) veya tercihe dayalı ölçeklerle ölçülür. Görsel eşdeğerlilik ölçeğinde en az ve en fazlayı ifade eden seçeneğin

birer uçta olduğu çizgi mevcuttur. Birey cevabını bu çizgi üzerinde işaretler. Tercihe dayalı ölçeklerde ise birey kendisi için uygun olan şıkkı işaretler.

Profil lüt:

Ölçüt, alan (domain) denilen altbölüm ve bölüm (facet) denilen alanların da alt bölümünden oluşur. Anketin toplam puanı yoktur. Alanların puanlarının toplanmasıyla elde edilen, her bir bölümün kendine ait toplam puanı vardır³⁷.

leklerde sıklıkla bahsedilen skala kavramı ölçeğin alt bölümlerini tanımlayan alanları ve alan alt bölümlerini ifade etmektedir¹.

2.4.2. ÖLÇEK İÇERİĞİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

Dermatolojide sık rastlanılan hastalıklar ve bu hastalıklarda kullanılan YK ölçeklerine ait yaşam kalite ölçümleri içeriğine göre üç bölümde incelenir.

2.4.2.1. Dermatolojik Hastalıklara Özel YK Ölçekleri:

Dermatolojik hastalıklar içerisinde en çok psoriasis, atopik dermatit, ekzema ve akne ile ilgili yaşam kalitesi araştırılmıştır.

Psoriasis:

Populasyonun %1-2'sini etkileyen, farklı klinik özelliklerle seyreden kronik, tekrarlayan cilt hastalığıdır³⁸. Psoriasis'e özel YK ölçeği olarak en sık kullanılan Psoriasis Yeti Yitimi İndeksi (PYYİ) ve Psoriasis Yaşam Stres Envanteridir (PYSE). Ayrıca psoriasisli hastalarda kullanılmak üzere bir Türkçe YK ölçeği de geliştirilmiştir.

Psoriasis Yeti Yitimi İndeksi (PYYİ): Psoriasisli hastalarla hastalığın yaşantılarını ne kadar etkilediğine dair yapılan görüşmelerle oluşturulmuştur. Psoriasis'e bağlı oluşun

fonksiyonel yetersizlikleri sorgulayan anketteki sorular son bir aya göre cevaplandırılır. Günlük aktivite, iş hayatı, insan ilişkileri ve tedaviyi içeren dört ana başlıktan oluşur. Cevaplar 4'lü likert skalayla değerlendirilir, toplam skor her soruya verilen cevabın toplanmasıyla elde edilir. Maksimum skor en yüksek yeti yitimini gösterir¹⁷. On beş soruluk versiyonu İngiltere Hastalık Etki Profili (UKSIP =UK Sickness Impact Profile)² ve Genel Sağlık Anketi (GHQ: General Health Questionnaire) ile karşılaştırılmıştır. PYYİ yatan hasta takibinde, UVB, calcipotriol ve siklosporin tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçmekte kullanılmıştır. Almanca, İtalyanca ve Norveççe'ye çevirilmiştir³⁹.

Psoriasis Yaşam Stres Envanteri (PYSE): Psoriasisin yaşam kalitesi üzerindeki stres etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal test son bir ayı içeren evet veya hayırla cevaplandırılan 41 maddeden oluşmaktadır. Hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisinin yaş ve cinsiyetten etkilenip etkilenmediği araştırılmıştır. 18-45 yaş arasında hastalığın yaşam kalitesini daha fazla etkilediği fakat cinsler arasında fark olmadığı gösterilmiştir. On beş soruluk yeni versiyonu 4 skalayla değerlendirilmektedir. Toplam skor her soruya verilen cevabın toplanmasıyla elde edilir³⁹.

Psoriasis Özel Türkçe Yaşam Kalite Ölçeği: Psoriasisli hastalarda kullanılmak üzere Türkçe olarak geliştirilmiştir. Yirmi beş hasta, 25 hasta yakını ve 25 doktora psoriasisin günlük yaşamda neden olduğu problemlerin sorulması ve sonucunda en sık belirtilen 17 maddenin bir ölçekte toplanması yoluyla geliştirilmiştir. İlk 3 soru günlük yaşama ilişkin zorlukları, 11 soru psikososyal sorunları, son 3 soru da tedaviye ilişkin zorlukları içerir. Cevaplar 4'lü likert skalayla değerlendirilir, toplam skor her soruya verilen cevabın toplanmasıyla elde edilir. Maksimum skor en yüksek yeti yitimini gösterir. Ölçeğin

doldurulması için gereken süre 5-15 dakikadır. Yüz elli altı psoriasisli hastaya uygulanmıştır. Güvenirlik için içsel tutarlık ve test-yeniden test güvenirligi; geçerlik için yapısal geçerlik ve birlikte geçerlik test edilmiştir. Ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur⁴⁰.

Ekzema:

En sık karşılaşılan deri hastalıkları arasında yeralır, ekzojen veya endojen ajanlara karşı gelişen inflamatuvar yanıt sonucu oluşur. Bu dermatozun etyoloji ve klinik özellikleri farklı çok sayıda tipi vardır. İrritan kontakt dermatit, allerjik kontakt dermatit, atopik dermatit, nummuler ekzema, asteotik ekzema, liken simpleks kronikus en sık rastlanılan tipleridir⁴¹.

Ekzema Yeti Yitim İndeksi (EYYİ): PYYİ'den uyarlanmış olan 15 soruluk bir ölçektir. Günlük aktivite, okul, iş, kişisel ilişkiler, boş zaman aktiviteleri ve tedaviyi içine alan 5 ana konuda hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırmaktadır⁴².

Allerjik kontakt dermatitin yaşam kalitesine olan etkisi Skindeks'e meslekle ilgili 5 sorunun ilavesiyle oluşan 21 soruluk bir anketle araştırılmıştır. En fazla etki emosyonel skalada saptanmıştır. Yüz tutulumu olan hastalar daha fazla etkilenmiştir⁴³.

Atopik dermatitli hastalarda kullanılmak üzere EYYİ'den ölçek geliştirilmiştir. Yapılan çalışmalarda hastaların hastalıklarından utanç duydukları, atopik dermatit yerine diyabetes mellitus veya hipertansiyon hastası olmayı tercih ettikleri gösterilmiştir⁴⁴.

Akne:

Akne vulgaris, kıl follikülü ve buna bağı yağ bezlerinin kronik, inflamatuvar hastalığıdır. Başlıca adolesan dönemde olmak üzere her yaşta görülebilir. En sık yerleşim yeri yüzdür⁴⁵.

Aknenin anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik etkileri incelenmiş olmasına rağmen yaşam kalitesiyle ilgili yapılmış çalışma azdır. Aknenin emosyonel etkisi daha ciddi bir hastalık olarak düşünülen psoriasis benzerdir. Yapılan araştırmalarda akneli erişkin hastaların yaşam kalitesinin adolesanlardan daha fazla etkilendiği gösterilmiştir⁴⁶.

Akne Yeti Yitim İndeksi (AYYİ) ve Cardiff Akne Yeti Yitim İndeksi (CAYYİ) akneye özel yaşam kalite ölçeklerinden en sık kullanılanlardır.

Akne Yeti Yitim İndeksi (AYYİ): Aknenin kişilik, sosyal ilişkiler ve psikolojik etkilerini belirlemeye yöneliktir. 10 sorudan oluşan bir testtir. Cilt bakımı ve akne tedavi maliyetiyle ilgili maddeler içerir⁴⁷.

Cardiff Akne Yeti Yitim İndeksi (CAYYİ): Aknenin psikolojik ve sosyal etkisini araştıran 3 soruya ek olarak lokalizasyon ve hastanın akne ciddiyetini kendisinin belirttiği birer adet soruyla birlikte toplam 5 sorudan oluşur. EYYİ'den geliştirilen, uygulanması kolay bir testtir. Yüzdeki aknenin ciddiyetinin hastayı psikolojik ve sosyal açıdan etkilediği gösterilmiştir⁴⁸.

Onikomikoz:

Tırnak yatağının kronik, tekrarlayan mantar infeksiyonudur⁴⁹. Onikomikozla ilgili YK ölçeği genel sağlık ölçütünden alınan 55 sorudan oluşur. Onikomikozların sosyal yaşantı ve iş hayatına belirgin etkisi olduğu saptanmıştır³⁹.

Melazma:

Sıklıkla bayanlarda güneş gören alanlarda oluşan hiperpigmentasyondur. Güneş, hamilelik, oral kontraseptif kullanımı ve bazı antiepileptik ilaçların kullanımıyla alevlenir⁵⁰.

Melazma için psikososyal yöne ağırlık veren bir test geliştirilmiştir. Bu spesifik test Skindeks'den alınan 7 madde ve renk değişikliği ölçeğinden alınan 3 maddeyle toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Güvenirliği, içsel tutarlıkla; geçerliği Skindeks ve DYKİ kullanılarak ayrıştırıcı ve örtüştürücü geçerlikle gösterilmiştir⁵¹.

2.4.2.2. Dermatolojiye Özel Yaşam Kalite Ölçekleri:

Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ): Finlay ve Khan tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, basit, kısa, anlaşılır bir ankettir. Klinik çalışmalarda en sık kullanılan ölçektir. Günlük klinik çalışmalarda kullanılan 10 sorudan oluşur. Cevaplar 4'lü bir skalayla değerlendirilir. Yüksek skor yaşam kalitesinin fazla etkilendiğini gösterir. 200 hastaya uygulanmış, içsel tutarlı ve güvenilir bulunmuştur. Anket indeks tip olarak düzenlenmiştir. Toplamda tek bir sonuç elde edilir ve skala içermez. Psikososyal alana ait soru sayısı azdır, limitasyonlara ağırlık verilmiştir⁷.

Skindeks: Chren ve ark. tarafından 1996 yılında Skindeks-61, 1997 yılında Skindeks-29 geliştirilmiştir. Orijinal olarak 61 maddeden oluşan Skindeks-61'in ölçüm özellikleri korunarak psikometrik analizlerle 29 maddeye indirilmesi ile Skindeks-29

oluşturulmuştur. Semptomatik, emosyonel ve fonksiyonel olmak üzere 3 skaladan oluşmaktadır. Cevaplar beşli bir skalayla değerlendirilmektedir. Skindeks-61'deki maddeler ve skalalar literatürün gözden geçirilmesi ve hasta, doktor ve hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucu oluşturulmuştur. Ön uygulama 46 dermatoloji hastasında yapılmıştır. Skindeks-29'da madde ve skalalar, Skindeks-61 temel alınarak yapılan psikometrik analizler sonucu oluşturulmuştur. Skindeks-29'un hasta gruplarını ayırdedici özelliği ve değişikliklere cevap verebilirliğinin Skindeks-61'e göre artmış olduğu gösterilmiştir. Her iki Skindeks versiyonu da içsel tutarlı ve güvenilir bulunmuştur. Skindeks-29'un içsel tutarlığı Cronbach alfa ile test edilmiş, sonuçlar 0.87 ve 0.96 arasında bulunmuştur. Test yeniden-test güvenilirliği Pearson katsayısı ile test edilmiş, sonuçlar 0.88 ve 0.92 arasında bulunmuştur. Yapısal geçerliğin test edilmesi için inflamatuvar lezyonların izole lezyonlardan daha fazla skor alacağı hipotezi kurulmuştur. Gruplar arası skorlar karşılaştırılmış ve hipotezle uyumlu bulunmuştur. Yapısal geçerliğin psikometrik olarak test edilmesi için faktör analizi yapılmış ve kurulan modele uygun olarak 3 faktör bulunmuştur. Bu üç faktörün toplam varyansın % 97'sini karşılamakta olduğu saptanmıştır. İçsel geçerliğin değerlendirilmesi için hastalara anketin sonunda cilt rahatsızlığıyla ilgili olarak onları en çok rahatsız eden şey sorulmuş ve cevapların anketteki sorularda karşılandığı görülmüştür. Değişikliklere cevap verebilirlik, 3 aylık periyot sonrasında hastalığının arttığını, azaldığını, aynı kaldığını söyleyen 3 hasta grubunda skorların da benzer değişikliği göstermesiyle saptanmıştır^{1,8}. İspanyolca³, İtalyanca⁶, Almanca⁵² ve Fransızca'ya⁵³ çevrilmiştir.

Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası (DYKS): 1996 yılında Morgan ve ark. tarafından oluşturulmuştur. Kırk bir maddeden, fiziksel, psikososyal ve aktivite olmak üzere üç

skaladan oluşmaktadır. Cevaplar beşli skala ile değerlendirilir, anketi doldurmak için gereken süre ortalama beş dakika kadardır. Maddelerin geliştirilmesinde 50 dermatoloji hastasından cilt hastalıklarının onları nasıl etkilediğine dair yazılı bilgi istenmiştir. Ölçütün 3 skalası başlık olarak verilmiş ve hastalardan dermatolojik problemlerinin kendilerini rahatsız eden yönlerini bu üç başlık altında belirtmeleri talep edilmiştir. Deneklerden gelen geri bildirim sonucunda 17'si psikososyal, 12'si fiziksel aktivite ve 12'si de semptom skalasında olmak üzere toplam 41 soru oluşturulmuştur. İçsel tutarlığı, güvenilirliği, yapısal geçerliği değerlendirilmiştir. Yapısal geçerlik ekzema, akne ve keratinizasyon bozukluklarının yüksek skor, benign ve malign tümörlerin düşük skor alacağı hipotezi test edilerek gösterilmiştir. Ancak skalaların değişikliklere cevap verebilirliği değerlendirilmemiştir¹¹.

Dermatolojiye Özel Yaşam Kalite Ölçütü (DÖYKÖ): 1997 yılında T. Anderson ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Son bir ayı sorgulayan ölçek 43 dermatolojiye özel, 9 Kısa Form 36'dan alınan toplam 52 sorudan oluşmaktadır. Akne hastaları için düzenlenen versiyonuna özel olarak yağlı cildi sorgulayan bir madde eklenmiştir. Dermatolojiye özel 5 skalası fiziksel semptom, günlük aktivite, sosyal aktivite, iş ve okul performansı ve kendine bakım başlıklarından oluşur. Kısa Form 36'dan alınan iki genel skalasında eklenmesiyle ölçek toplam 7 skaladan oluşan bir yapıya kavuşmuştur. Literatürün gözden geçirilmesi ve klinik tecrübe, 7 akneli hastayla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bilgilerle birleştirilerek ölçek maddeleri şekillendirilmiştir. Akne vulgarisli 60 hastada ön uygulama yapılmıştır. İçsel tutarlığı, güvenilirliği, yapısal geçerliği test edilmiştir. Yapısal geçerlik klinik ciddiyet ve hastaların kendi hastalıklarını değerlendirdikleri skorlarla ölçüt skorlarının uyumlu bulunmasıyla gösterilmiştir. Dermatolojiye özel bir ölçek olmasına

rağmen psikometrik özellikler sadece akneli hastalar üzerinde test edilmiştir. Ayrıca değişikliklere cevap verebilirliği test edilmemiştir²⁶.

2.4.2.3. Genel Sağlık Ölçekleri:

Nottingham Sağlık Profili (NSP): Yedi adedi iş, ev işleri, sosyal hayat, aile ilişkileri, cinsel hayat, hobiler ve ilgi alanları, tatil ile ilgili birer maddeyi de içeren toplam 38 maddeden oluşmuştur. Altı skalası vardır. Bunlar fiziksel hareketlilik, uyku, ağrı, emosyonel tepkiler ve sosyal izolasyondur. Cevaplar evet/hayır ile ifade edilir. Ortalama 5-10 dakikada doldurulur³⁹. Küçükdeveci ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Güvenirliğin değerlendirilmesi için içsel tutarlık, test-yeniden test güvenirligi; geçerlik için yapısal geçerlik test edilmiş, NSP'nin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bulunmuştur⁵⁴.

Kısa Form 36 (KF36): 36 maddeden oluşur. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel ve emosyonel problemlerin limitasyonlardaki rolü, ağrı, enerji, mental sağlık, genel sağlık bakış açısı başlıkları altında toplam 8 skaladan oluşmuştur. Cevap seçenekleri evet/hayır ve altılı Likert skala ile gösterilmiştir. Ortalama 5 dakikada doldurulabilmektedir. Koçyiğit ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. İlk aşamada Kısa Form 36'nın İngilizce versiyonu yabancı dil bilen bir psikiyatri uzmanı ve iki fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geri çeviri bir psikiyatri uzmanı tarafından yapılmıştır. Araştırma romatizmal bel hastalığı olan 100 hasta ile yürütülmüştür. Güvenirlik çalışmasında içsel tutarlık ve madde toplam puan güvenirlilik katsayılarına bakılmış, her bir alt ölçek için o ölçekteki maddelerle ayrı ayrı madde-toplam puan korelasyon katsayısı hesaplanmıştır³⁹. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklere göre daha düşük

düzye elde edilmiştir. Geçerlik, birlikte geçerlikle değerlendirilmiştir. Sonuç olarak geçerli ve güvenilir bulunmuştur⁵⁵.

2.5. ÖLÇEK SEÇİMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

Genel, dermatolojiye özel veya hastalığa özel ölçeklerden çalışmaya uygun olanı seçilmelidir. Klinik çalışmalarda basit, hızlı bir ölçek gerektiğinde hastalığa özel; diğer hastalıklarla cilt hastalıklarının karşılaştırılması gerektiğinde genel sağlık ölçütü kullanımı uygundur².

Yaşam kalitesi ölçümü için geliştirilmiş olan pek çok genel test mevcuttur. Geçerliği ve güvenilirliği geniş çaplı araştırmalarla ölçülen bu testler cilt hastalıklarıyla diğer hastalıkları karşılaştırmaya olanak sağlar ve hastanın genel sağlık durumu ile ilgili bilgi verir. Fakat bu testler deri hastalıklarıyla ilişkisi olan pek çok faktörü kapsamaz, dolayısıyla tedaviye verilen yanıtı değerlendirmede tek başına yetersiz kalır^{11,26}. Genel ve cilt hastalığına özel sağlık ölçütleri cilt hastalıklarının etkisini ölçmekte farklı, fakat birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Özellikle tedavi etkinliğinin değerlendirildiği araştırmalarda bu özelliği sebebiyle genel ve hastalığa özel sağlık ölçütünün birlikte kullanımı uygundur¹².

Ayrıca genel sağlık ölçeklerinin geliştirilmesi dermatolojiye özel olanlara göre daha uzun bir süreç içerdiği için geçerlik ve güvenilirlikleri geniş kapsamlı çalışmalarda araştırılmıştır. Dermatolojiye özel ölçekler ise gelişiminin daha erken aşamasındadır. Bu sebeple, dermatolojiye özel ölçeklerin cilt hastalıklarının etkisini ölçmekte üstünlüğü olsa da tek başına değil, genel ölçeklerle birlikte uygulanması tercih edilmelidir⁵⁶.

Hastalığa özel ölçek o hastalığa özel yaşam kalitesini, dermatolojiye özel ölçekten daha hassas olarak ölcer. Ayrıca zaman içerisindeki değişikliklere karşı daha hassastır. Fakat farklı cilt hastalıkları ile karşılaştırma yapılmasına imkan sağlamaz. Eğer belirli bir hastalık üzerinde araştırma yapılıyorsa kullanımı uygundur⁵⁷. Bunu destekleyen çalışmalar olmasına rağmen^{51,58} psoriasis özel ölçeklerle, dermatolojiye özel ölçeklerin etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada psoriasis özel ölçeklerin diğerine karşı üstünlüğü saptanmamıştır⁵⁹. Psoriasis özel ölçeklerin incelendiği bir başka çalışmada bu hastalıkta en sık kullanılan PYYI'nin bazı noksanlıkları olduğu; fonksiyonel limitasyonlara ağırlık verildiği ancak emosyonel ve sosyal maddelerin yeterince kapsamadığı saptanmıştır⁵⁶. Oysa psoriasis yaşamın her yönünü etkilediği⁶⁰ için, psoriasis için geliştirilen ölçekte hastalığın hayatın her yönüne olan etkisini değerlendirebilmelidir. Bu çalışma sonucunda psoriasisli hastalarla yapılan çalışmaların psoriasis özel ölçeklerle değil dermatolojiye özel ölçeklerle yapılması önerilmiş; dermatolojiye özel ölçeklerin de psikometrik özellikleri değerlendirilerek içlerinden Skindeks-29'un psoriasisli hastalar için en uygun olduğu yargısına varılmıştır⁵⁶.

2.6. SKİNDEKS-29'UN KÜLTÜREL ADAPTASYON İÇİN SEÇİLME NEDENLERİ

Dermatolojiye özel ölçekler içinde en çok kullanılan dolayısıyla en çok araştırma yapılan DYKİ'dir. Bu sebeple Türkçe'ye uyarlanması için bu ölçeğin tercih edilmesi ilk bakışta daha öncelikli görülebilir. Ancak psikometrik özellikleri en iyi incelenen ölçek Skindeks'dir. Ölçek geliştirilmesinde öncelikle ölçülmesi amaçlanan konuyla ilgili model ortaya konmalıdır³⁵. Dermatolojik hastalıkların yaşamın hangi yönlerini etkilediği belirlenip, maddeler bu skalalar üzerinde geliştirilmelidir. Oysa DYKİ'de hastalarla

yapılan görüşmeler sonucu maddeler oluşturulmuş fakat model ortaya konmamıştır. Anket sonucunda tek bir puan elde edilmektedir. Skala içermediği ve skalalara ait ortalama puan elde edilemediği için dermatolojik hastalıkların yaşamın hangi yönünü etkilediği belirlenmemektedir^{7,56}. Skindeks-29'un geliştirilmesi sırasında ise dermatolojik hastalıkların fiziksel, sosyal ve fonksiyonel olarak hastaları etkilediği hipotezi kurulmuş ve sorular buna uygun olarak geliştirilmiştir. Anket değerlendirilirken yapılan faktör analizi sonucu bu üç skalayla uyumlu bulunmuştur^{1,8}. DYKİ'nin kullanımını sınırlayan bir özellikte psikososyal alanla ilgili az sayıda soru içermesidir¹¹. Oysa cilt hastalıkları psikososyal açıdan da hastaları etkilemektedir⁴³.

Dermatolojiye özel ölçeklerden DYKS ve DÖYKÖ Skindeks-29 gibi bir modele dayandırılmıştır. Sonuçlar skala ortalaması ile belirlenmektedir. Ölçek geliştirilmesi için gereken kriterleri karşılamaktadır. Yapısal geçerlik DÖYKÖ ve Skindeks-29'da psikometrik ve klinik, DYKS'de ise sadece klinik olarak gösterilmiştir. DÖYKÖ'nün geçerlik çalışması sadece akne ve kontakt dermatitli hastalarda yapılmıştır. Dolayısıyla bütün dermatoloji hastalıklarında kullanımı için daha ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir. Ölçeklerin değişikliklere cevap verebilirliği sadece Skindeks-29'da test edilmiştir. Psikometrik testlerin en ayrıntılı incelendiği ölçek ise yine Skindeks-29'dur. Bütün bu sebepler gözönünde bulundurularak bu çalışmada kültürel uyarlama için Skindeks-29 seçilmiştir.

2.7. KÜLTÜREL UYARLAMA NEDENLERİ

Yaşam kalite testlerinin pek çoğu İngilizce olarak geliştirilmiştir. İngilizce konuşulmayan ülkelerde kullanılmak üzere hazırlanmış ölçütlere de ihtiyaç vardır⁶¹. Türkiye'de dermatoloji alanında yaşam kalite ölçümü ve ölçek uyarlaması son

zamanlarda önem kazanmaya başlasa da psikiyatri başta olmak üzere fizik tedavi ve rehabilitasyon ve romatoloji bölümlerinde YK ölçeklerinin uyarlaması uzun zamandır yapılmaktadır^{54,55,62,63}.

Yeni bir ölçek geliştirilmesi zor ve zaman alan bir süreçtir. Kavramsal yapının oluşturulması, madde seçimi, madde geliştirilmesi gibi ölçek geliştirme aşamalarından geçilmesi gerekir^{35,61}. Ayrıca ölçek geliştirme aşamasından sonra güvenirlik ve geçerliğinin geniş çaplı araştırmalarla, farklı yöntemlerle gösterilmesi gerekir^{1,6,8,9,12}. Kültürel adaptasyon ile geçerliği ve güvenirliği test edilmiş ve uzun süredir klinik çalışmalarda kullanılan bir ölçek elde edilmiş olur. Böylece normalde uzun süre ve yoğun emek gerektiren bir süreç daha az emek harcanarak ve daha hızlı olarak aşılmış olur.

Pek çok dile uyarlanan bir ölçek kullanıldığı zaman aynı ölçeğin uygulandığı araştırmalar arasında karşılaştırma yapılabilir. Bu da bize kültürlerarası değişiklikleri değerlendirme olanağı sağlar; son zamanlarda tedavi etkinliğinin değerlendirildiği uluslararası yürütülen çalışmalarda da bu tür ölçekler kullanılmaktadır⁶¹.

2.8. ÖLÇEKLERİN KÜLTÜREL ADAPTASYONU

YK ölçeklerinin kültürel adaptasyonu iki aşamalı bir süreç olarak değerlendirilir.

- 1) Kaynak ölçekle hedef ölçeğin semantik eşdeğerliğinin sağlanması;
- 2) Hedef kültüre uyarlanmış ölçeğin ölçüm niteliklerinin değerlendirilmesi.

Bu noktada genellikle kaynak ve hedef kültürlerde YK ölçeği içeriği ve kavramlarında farklılıklar olmadığı ya da ihmal edilebilecek kadar az olduğu ön kabulü yapılır. Bu aynı zamanda çeviriye gösterilecek özel dikkatin kaynak kültür için geliştirilen bir ölçeğin hedef kültür içinde, ölçüm niteliklerinin doğrulanması koşuluyla,

kullanılabilir olmasını sağlayacağı temel kabulünü de içerir. Ancak çeviriye gösterilecek dikkat kültürel adaptasyonun sağlıklı bir şekilde yapılabilmesini garanti etmez. Adaptasyon kültürel içeriğe ve farklılıklara, deyimlerin hedef dilde ifadesine ve hedef kültürdeki hayat tarzına da ölçeğin uyarlanmasını içerir.

Kültürlerarası Adaptasyonda İzlenmesi Tavsiye Edilen Metod:

Çeviri: En az iki adet birbirinden bağımsız çeviri yapılmalıdır. Bu çeviride yapılması olası hataların ya da kaynak dildeki ifadenin ve/veya kelimenin hedef dilde anlamca bağımsız birden fazla çevirisinin olması durumunun ortaya çıkarılmasını sağlar. Dolayısıyla çeviri sayısının ve çevirmenlerin profillerindeki çeşitliliğin artırılması çeviri kalitesi ve tutarlığının da artırılmasını sağlar.

Çevirmenlerin nitelikleri ve seçimi de ayrıca önemlidir. Çevirmenlerin kendi ana dillerine çeviri yapıyor olmaları tercih edilir. Çevirinin orijinalde ölçekte amaçlanan hedeflere mümkün olduğunca yakın olmasını sağlamak açısından çevirmenlerden bir kısmının çevirinin profesyonel içeriği ve amacı hakkında bilgi sahibi olmaları tavsiye edilir. Benzer şekilde beklenmedik anlam ve algılama farklılıklarının ortaya çıkarılabilmesi için de bazı çevirmenlerin profesyonel içeriğe uzak olmaları ve çevirinin amacından haberdar olmamaları önerilir.

Geriye Çeviri: Hedef dilden kaynak dile yapılan çevirilerin (ters/geriye çeviri) çeviri kalitesini arttırdığı bilinmektedir. İlk çevirideki yanlış anlaşılmalara, anlam kaymaları ve algılama farklılıklarının ters çeviriye büyüterek yansımaları olasıdır. Bu ayrıca kültürel olarak algılanması problemlili olabilecek ifade ve maddelerin ortaya çıkarılmasını ve kaynak ölçekteki yeterince net olmayan noktaların ayırt edilebilmesini de sağlar. Hedef

dile çeviriyi yapanlara benzer olarak ters çeviriyi yapanların da kendi ana dillerine çeviriyor olmaları tavsiye edilir. Ayrıca bu kişilerin her iki dilin inceliklerine, deyimsel ifadelerine ve anlatım özelliklerine de hakim olmaları önemlidir. Genellikle ters çeviriyi yapan çevirmenlerin orijinal kaynak ve orijinal kaynağın hedefleri konusunda bilgi sahibi olmaması tercih edilir.

Kaynak ve Hedef Versiyonların Gözden Geçirilmesi: Kaynak ve hedef versiyonların, çeviri ve tersine çevirilerin bir komite tarafından gözden geçirilerek hedef çeviriye son halinin verilmesi önerilir. Bu komite üyeleri farklı disiplinlerden olmalıdır.

Ön Uygulama: Hedef dile yapılmış adaptasyonun son şeklinin kaynak ölçeğe eşdeğerliğinin bir ön doğrulama aşamasından geçirilmesidir. Ön uygulamada dar kapsamlı bir örnek gruba anket verilir. Amaç çevirideki hata ve orijinalden sapmaları tespit edebilmektir. Maddelerinin anlaşılabilirliğinin test edilmesi sonrasında gerekli değişiklikler yapılır ve ölçeğin son şekli oluşturulur^{61,64}.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu klinik çalışma prospektif, randomize planlanarak 419 hasta (175 erkek, 244 kadın; yaş ortalaması 35.6 ± 14.2 ; yaş aralığı 18-80) üzerinde yapıldı. Çalışma iki aşamada gerçekleşti. Birinci aşamada ölçek Türkçe'ye uyarlandı. İkinci aşamada Osmangazi Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'na başvuran hastalar arasında ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği test edildi.

3.1. BİRİNCİ AŞAMA: SKİNDEKS-29'UN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI

Türkçe'ye uyarlama 6 adımda tamamlanmıştır.

1. Skindeks-29 ana dili Türkçe olan beş çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Çevirmenlerden ikisi medikal İngilizce'ye hakim tıp doktoru ve dermatolog, ikisi 5 yıl İngilizce'nin ana dil olduğu bir ülkede kalmış ve lisans sonrası dereceleri almış ancak tıbbi literatüre uzak kişilerdi. Sonuncu çevirmen Yabancı Diller Fakültesinde Öğretim Görevlisi idi.
2. Bütün çevirilerin gözden geçirilmesi ve farklı çeviriler üzerinde fikir birliğine varılması yoluyla Türkçe çeviriye son hali verildi. Üzerinde fikir birliği sağlanmış bu Türkçe çeviri ana dili İngilizce olan iki çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevirildi.
3. İngilizce'ye yapılan geri çeviriler Skindeks'in orijinal yazarları tarafından gözden geçirildi. Her bir maddenin semantik eşdeğerliği üçlü bir skala kullanılarak orijinal ölçütün yazarı tarafından değerlendirildi;

- a) Tatmin edici, anlamsal bütünlüğün sağlandığı çeviri;
 - b) Sadece bir ya da iki sözcükten emin olunamayan hemen hemen tatmin edici çeviri;
 - c) Şüpheli çeviri olduğunu ifade ediyordu.
4. b) ve c) olarak sınıflandırılan maddelerin her birisi için çeviri geri çeviri prosesi her madde için tatmin edici yakınlıkta çeviri elde edilinceye kadar tekrar edildi.
 5. Son şeklini almış çevirinin anlaşılabilirliği ve amaca uygunluğu pilot bir grup üzerinde denenerek gözden geçirildi. Bu aşamada cilt hastalığı olan ve olmayan 20 birey her bir maddenin anlamı ve anlaşılabilirliği hakkında görüş bildirdiler.
 6. Sorunlu olduğu görülen maddeler çeviri geri çeviri ve ön uygulama aşamalarından tekrar geçirildi ve Skindeks-29'un Türkçe versiyonu oluşturuldu.

3.2. İKİNCİ AŞAMA: İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER KULLANARAK TESTİN ÖLÇÜM ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI

3.2.1 Örneklem Grubu

Örneklem grubunu Haziran-Ağustos 2004 tarihleri arasında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı'na başvuran 18 yaş üzerinde, ölçeği doldurabilecek yeterliliği olan, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra katılmayı kabul eden 439 hasta oluşturdu. Cilt hastalığı olmayan, dermatoloji polikliniğine başvuran hasta yakınlarından oluşan 104 sağlıklı birey de kontrol grubunu oluşturdu.

3.2.2. Çalışma Yöntemi

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar 29 sorudan oluşan, cevapların 5'li Likert skalayla değerlendirildiği Skindeks-29'u ortalama 5 dakikada tamamladı. Anketin

sonunda hastalar “Cilt rahatsızlığınızla ilgili sizi en çok rahatsız eden şey nedir?” açık uçlu sorusuna yazılı olarak cevap verdi.

Hastayı muayene eden doktor cilt hastalığının ciddiyeti ile ilgili aşağıdaki soruyu cevaplayarak kendi yargısını belirtti: “Bugüne kadar olan tecrübenize dayanarak, bu hastalığı taşıyan diğer hastalarla karşılaştırıldığında bu hastanın ciddiyeti nedir?” Doktor bu soruyu en hafifin 1, en şiddetlinin 5 ile ifade edildiği 5’li skalayla cevaplandırdı. Hastanın demografik özellikleri de (yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, tanı, hastalık süresi ve lezyon yeri) hastayı muayane eden doktor tarafından kaydedildi.

Ölçekteki cevaplar ‘hiçbir zaman’ seçeneği 0, ‘her zaman’ seçeneği 100 olacak şekilde lineer skalaya çevrildi. Her bir skalanın ortalaması alınarak emosyonel, fonksiyonel ve semptom skalasına ait 3 ayrı sonuç elde edildi.

Güvenirlilik içsel tutarlıkla gösterildi. İçsel tutarlık Cronbach’s α katsayısı ile ölçüldü. Geçerlik içsel ve yapısal geçerlikle değerlendirildi.

Yapısal geçerlik iki hipotezle test edildi. Cilt hastalığı olanların skala ortalamalarının sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun ortalamalarından ve inflamatuvar hastalığı (psoriasis, ekzema, akne vb.) olanların skala ortalamalarının izole hastalığı (nevus, verruka vb.) olanların skala ortalamalarından yüksek olacağı hipotezi test edildi. Gruplar arası fark Student’s t test kullanılarak test edildi.

İçsel geçerliğin belirlenmesi için anketin sonunda hastalara sorulan açık uçlu soruya verilen cevapların Skindeks-29’daki maddelerle karşılanıp karşılanmadığı değerlendirildi.

İstatiksel analizler SPSS for Windows 11.5 paket programı ile yapıldı. İstatiksel analizde Student's t testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, tekyönlü varyans analizi, Spearman testi kullanıldı; Cronbach's α katsayısı hesaplandı.



4. BULGULAR

456 hastadan 17'si (%3.7) çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılan 439 hastadan 20'si (%4.4) soruların %10'undan fazlasını cevapsız bıraktıkları için anketleri geçersiz olarak değerlendirildi. 419 (%91.9) hastanın sonuçları değerlendirilmeye alındı. Çalışmaya dahil edilen ve soruların %10'undan fazlasını cevapsız bıraktığı için değerlendirme dışı bırakılan hastalar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı araştırıldı. İki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark saptanmazken eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.001$) bulundu. İlkokul mezunlarının lise ve üniversite mezunlarına göre daha fazla cevapsız soru bıraktığı saptandı.

Tablo 1: Hastaların Yaş, Cinsiyet, Medeni Hal ve Eğitim Düzeyleri

	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları Dağılımı		
30 yaş altı	189	45.1%
30-39	70	16.7%
40-49	78	18.6%
50-59	52	12.4%
60 yaş üstü	30	7.2%
Cinsiyet		
Erkek	175	41.8%
Kadın	244	58.2%
Medeni Hal		
Evli	224	53.5%
Bekar	184	43.9%
Dul	9	2.1%
Boş	2	0.5%
Eğitim Durumu		
İlköğretim	77	18.4%
Lise	107	25.5%
Üniversite	227	54.2%
Boş	8	1.9%

Hastaların yaş ortalaması 35.6 ± 14.2 'dir. Ankete katılanlar içerisinde 30 yaş altındaki hastalar, kadınlar, evliler ve üniversite mezunları en büyük grubu oluşturmuştur.

Tablo 2: Lezyon Bölgesinin Dağılımı

Lezyon Yeri	Sayı	%
Görünen Bölge	178	42.5
Görünmeyen Bölge	235	56.1
Boş	6	1.4

Yüz ve el görünen bölge, diğer lokalizasyonlar ise görünmeyen bölge olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 3: Hastalık Süresinin Sınıflandırılması

Hastalık Süresi	Sayı	%
0-1 ay (1 ay dahil)	50	11.9
1-12 ay (12 ay dahil)	128	30.5
12 aydan uzun	238	54.4
Boş	13	3.1

Hastalık süresi açısından en büyük grubu 1 yıldan uzun süreli hastalığı olanlar oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, lezyon yeri ve hastalık süresine göre Skindeks-29 skala ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Cinsiyet iki değişken olduğu için Mann-Whitney U testi ile diğerleri değişken sayısı ikiden fazla olduğu için Kruskal-Wallis ile test edildi. Sadece cinsiyet ile Skindeks-29'un semptom ve emasyon skala ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı. Sonuçlar tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4: Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Analizi Sonuçları

Skala	Cinsiyet	N	P	
Semptom	Kadın	244	.009*	Kadın>Erkek
	Erkek	175		
	Toplam	419		
Fonksiyon	Kadın	244	.435	
	Erkek	175		
	Toplam	419		
Emosyonel	Kadın	244	.019*	Kadın>Erkek
	Erkek	175		
	Toplam	419		

* İstatistiksel olarak fark anlamlıdır.

Tabloda görülen sonuçlara göre semptom ve emosyon skalalarında kadınlar erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır.

Tablo 5: Hastalık Tanıları

Tanı	Sayı	Yüzde
Akne rozesea ve akne vulgaris	58	13.8
Alopesi	8	1.9
Alopesi areata	3	0.7
Anjiyoödem	1	0.2
Pasini ve Pierini'nin atrofoderması	1	0.2
Bakteriyel infeksiyonlar	13	3.1
Behçet	2	0.5
Benign oluşum	35	8.4
Dermatitis herpetiformis	1	0.2
Displastik nevus	1	0.2
DLE	1	0.2
Ekzema	24	5.7
Eritema nodozum	1	0.2
Hidroadenitis süpürativa	1	0.2
Hiperhidrosis	7	1.7
Hirsütizm	1	0.2
İlaç erupsiyonu	3	0.7
İnsekt bite	2	0.5
Intertrigo	9	2.1
Keilitis	2	0.5
Keratinizasyon bozuklukları	10	2.4
Liken planus	4	1.0
Makuler amiloidoz	3	0.7
Milium	4	1.0
Morfea	1	0.2
Mikozis fungoides	1	0.2
Nevus	6	1.4
Nörodermatit	5	1.2
Onikodistrofi	6	1.4
Onikomikoz	17	4.1
Parapsoriasis	3	0.7
Pemfigoid	1	0.2
Pemfigus	1	0.2
Pigmentasyon değişiklikleri	23	5.5
Pitriyazis verzikolor	10	2.4
Pitted keratolizis	1	0.2
PLE	7	1.7
Pruritus	1	0.2
Pseudeofollikülit barbea	2	0.5
Psoriasis	41	9.8
PUPPP	1	0.2
Pyoderma gangenozum	1	0.2
RAS	6	1.4
Skabies	1	0.2
Seberoik dermatit	12	2.9
Subkorneal püstüler dermatoz	1	0.2
Travmatik bül	26	6.2
Ürtiker	1	0.2
Venöz yetmezlik	12	2.9
Viral infeksiyon	1	0.2
Yüzeyel mantar infeksiyonu	36	8.6

Çalışma grubumuz hastalık tanıları açısından değerlendirildiğinde 51 ayrı grup saptanmıştır (Tablo 5).

Güvenirlilik için ölçeğin iç tutarlığı Cronbach's α katsayısı ile hesaplanmıştır. Testin tümünün ve skalaların ayrı ayrı iç tutarlık ve güvenirlilik katsayıları hesaplanmıştır. Sonuçlar tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6: Skindeks Skalaları İç Tutarlık ve Güvenirlilik Katsayıları

Skala	Soru Sayısı	Cronbach α
Semptom	7	0.76
Fonksiyon	12	0.92
Emosyon	10	0.88
Ölçek Bütünü	29	0.94

Skindeks-29'un her bir skalasının ve ölçeğin tamamının Cronbach's α katsayıları sınır değer olan 0.70'den yüksektir. Skindeks-29'un bütünü ve her bir skalası içsel tutarlı ve güvenilirdir.

Kontrol grubunun hasta grubundan ve inflamatuvar hastalığı olanların izole hastalığı olanlardan daha yüksek skor alacağı hipotezi test edildi. Gruplar arası farklılık Student's t testi ile gösterildi. Analiz sonuçlarına göre hasta grubunun skala ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.0001$).

Tablo 7: İnflamatuvar ve İzole Lezyonlarda Skala Ortalamaları

	n	Semptom Skalası Ortalaması	Fonksiyon Skalası Ortalaması	Emosyonel Skala Ortalaması	Ölçek Toplamı Ortalaması
İnflamatuvar	249	38.23	22.56	34.58	95.37
İzole	81	22.37	7.95	21.76	52.08

Gruplar arası farklılık Student's t testi ile değerlendirildi. İnflamatuvar hastalığı olanların skala ortalamaları izole hastalığı olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.0001$).

Türk hastaların Skindeks-29 skala ortalamaları İspanyol ve Amerikan hastaların skala ortalamaları ile karşılaştırıldı ve sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi. Sonuçlar tablo 8, 9.1 ve 9.2’de verilmiştir.

Tablo 8: Türk, İspanyol ve Amerikan Skindeks-29 Skala Ortalamaları

Ankete Katılan Hasta Sayısı	Skala Sonuçları		
	Semptom	Fonksiyon	Emosyon
İzole lezyonu olan hastalar			
Türk (81)	22 ± 16	8 ± 11	22 ± 19
İspanyol (42)	18 ± 14	4 ± 5	14 ± 10
Amerikan (76)	22 ± 20	9 ± 17	21 ± 21
İnflamatuvar lezyonu olan hastalar			
Türk (249)	38 ± 18	23 ± 21	35 ± 21
İspanyol (41)	41 ± 19	21 ± 20	39 ± 21
Amerikan (358)	40 ± 22	23 ± 24	39 ± 26

Tablo 9.1: İzole ve İnflamatuvar Cilt Hastalıkları Skala Ortalamaları ANOVA Sonuçları

İzole Lezyonlar	F	P
Semptom	0.89	>0,05
Fonksiyon	1.19	>0,05
Emosyon	38.32	<0,01*
İnflamatuvar Lezyonlar		
Semptom	0.86	>0,05
Fonksiyon	0.15	>0,05
Emosyon	2.65	>0,05

* İstatistiksel olarak fark anlamlıdır.

ANOVA sonuçları izole lezyonu olan hastaların emosyon skalası sonuçlarının Türk, İspanyol ve Amerikan gruplarında farklılık gösterdiğine işaret etmektedir. Diğer skala sonuçlarında bu üç farklı kültürden gelen hasta gruplarının sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir. İzole lezyonu olan hastaların emosyon skalası sonuçlarının hangi grupta farklılık gösterdiğini belirlemek için yapılmış Student’s t testinin sonuçları Tablo 9.2’de verilmiştir.

Tablo 9.2: İzole Cilt Hastalıkları Emosyon Skala Ortalamaları Student's t Testi Sonuçları

İzole Lezyonlar Emosyon Skalası	t	P
Türk – İspanyol	1,605	>0,05
Türk – Amerikan	0,12	>0,05
İspanyol - Amerikan	2,04	<0,05*

* İstatistiksel olarak fark anlamlıdır.

Student's t testinin sonuçları izole lezyonu olan hastaların emosyon skalası sonuçlarının sadece İspanyol ve Amerikan hasta grupları arasında istatistiksel olarak farklı olduğunu göstermiştir.

419 hastadan cilt rahatsızlıklarının onları ne şekilde rahatsız ettiğini belirtmeleri istendi. Bunlardan 66'sı soruyu boş bıraktığı veya ilgisiz cevap verdiği için değerlendirilmedi. Geriye kalan 353 hasta 566 şekilde cilt rahatsızlıklarının onları rahatsız ettiğini ifade etti. Bunların %63'ü Skindeks 29'da karşılanmaktaydı. Cevaplar içinde en fazla ifade edilenler sırasıyla 88 kez kaşıntı (%21.0), 56 defa görüntü (%13.4), 30 adet iz bırakmasından dolayı endişe (%7.2), 27 kere hastalığın kronikliği (%6.4) ve 21 yanıtta belirtilmiş olan acı hissidir (%5.0).

Tablo 10: Doktor Yargısıyla Skindeks 29 Skorlarının Karşılaştırılması

		Doktor Yargısı	Semptom	Fonksiyon	Emosyon
Doktor Yargısı	Korelasyon Katsayısı	1.000	.182	.219	.269
Semptom	Korelasyon Katsayısı	.182	1.000	.542	.484
Fonksiyon	Korelasyon Katsayısı	.219	.542	1.000	.757
Emosyon	Korelasyon Katsayısı	.269	.484	.757	1.000

Doktor yargısı ile Skindeks-29 skorları arasındaki korelasyon Spearman korelasyon testiyle değerlendirildi. Düşük düzeyde korelasyon saptandı ($p<0.01$).

Yaşam kalitesinin en fazla araştırıldığı 3 hastalık; psoriasis, ekzema ve akne ayrı olarak incelendi. Doktor değerlendirmesine göre hastalık şiddetinin dağılımı tablo 11’de görülmektedir.

Tablo 11: Psoriasis, Ekzema ve Akne Vakalarında Doktor Yargısı Dağılımı

PSORİASİS			EKZEMA			AKNE VULGARİS		
Doktor yargısı	n	%	Doktor yargısı	n	%	Doktor yargısı	n	%
1	9	22.0	1	9	37.5	1	18	37.5
2	21	51.2	2	10	41.7	2	20	41.7
3	9	22.0	3	4	16.7	3	9	18.8
4	1	2.4	4	1	4.2	4	1	2.1
5	1	2.4						
Toplam	41	100.0	Toplam	24	100.0	Toplam	48	100.0

Psoriasis, ekzema ve akneli hastaların %70’den fazlası hafif şiddeti ifade eden 1 ve 2’inci grupta yereldi.

Psoriasis, ekzema ve akne tanısı alan hastaların skala ortalamaları ve skala ortalamalarının tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları tablo 12 ve 13’de görülmektedir.

Tablo 12: Psoriasis, Ekzema ve Akne Skala Ortalamaları

	n	Semptom Skalası Ortalaması	Fonksiyon Skalası Ortalaması	Emosyonel Skala Ortalaması
Psoriasis	41	40.21	25.21	36.68
Ekzema	24	43.97	23.11	32.29
Akne	48	34.00	19.33	34.95

Tablo 13: Psoriasis, Ekzema ve Akne Skala Ortalamalarının Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Skala	F	P
Semptom	2.775	.067
Fonksiyon	.821	.443
Emosyon	.316	.730

Sonuçlara göre psoriasis, ekzema ve akneli hastaların skala ortalamaları birbirine yakındır, aralarında istatistiksel olarak fark yoktur. Sadece semptom skalasında istatistiksel farklılık $p=0.067$ sonucuyla anlamlılık sınırı olan $p<0.05$ 'e yakındır.

Psoriasis, ekzema ve akneli hastaların semptom, emosyon ve fonksiyon skalalarındaki sorulara verdikleri cevaplar ayrı ayrı incelendi. "Hiçbir zaman" seçeneği haricinde olanlar "evet" olarak değerlendirildi. Tablo 14, 15, ve 16'da semptom, emosyon ve fonksiyon skalalarındaki sorulara verilen 'evet' yanıtlarının % dağılımı görülmektedir.

Tablo 14: Psoriasis, Ekzema ve Akne Semptom Skalası Sorularının % Dağılımı

Soru Numarası	Psoriasis %	Ekzema %	Akne %
1	76	88	65
7	59	88	69
10	98	100	81
16	39	63	17
19	88	96	96
24	88	96	100
27	54	50	56

Semptom skalasında cildin kaşındığını, tahriş olduğunu ve hassas olduğunu belirten sırasıyla 10, 19 ve 24. maddelere hastaların %80'ninden fazlası "evet" yanıtını vermiştir.

Tablo 15: Psoriasis, Ekzema ve Akne Fonksiyon Skalası Sorularının % Dağılımı

Madde Numarası	Psoriasis %	Ekzema %	Akne %
2	63	50	38
4	71	71	56
5	71	71	71
8	27	21	31
11	61	50	40
14	44	21	31
17	37	33	21
20	41	42	38
22	39	42	48
25	37	42	38
29	39	38	25
30	61	54	58

Fonksiyon skalasında hastaların en fazla, çalışma ve hobileriyle uğraşmaları ve sosyal hayatları (madde 4 ve 5) cilt hastalıkları nedeniyle etkilenmektedir.

Tablo 16: Psoriasis, Ekzema ve Akne Emosyon Skalaları Sorularının % Dağılımı

Madde Numarası	Psoriasis %	Ekzema %	Akne %
3	90	92	85
6	68	67	60
9	80	71	100
12	49	38	48
13	88	92	90
15	63	58	67
21	49	46	38
23	54	42	42
26	15	13	21
28	88	83	94

Emosyon skalasında hastaları en fazla etkileyen hastalığın ciddi olmasından, iz bırakmasından, kötüye gitmesinden dolayı duyulan endişeyi ifade eden 3, 9 ve 13. maddelerdir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı yaşam kalite ölçütü olan Skindeks-29'un Türkçe'ye adaptasyonu ve Türkçe formun geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması ile Türkiye'de ileride yapılacak yaşam kalite ölçümü çalışmalarında kullanılabilir olacak geçerli ve güvenilir bir ölçüt sağlamaktır.

Skindeks-29 Chren ve ark. tarafından dermatoloji hastalarında yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sosyal, emosyonel ve fonksiyonel olmak üzere 3 skalası vardır. Her bir skalanın sonucu ayrı ayrı elde edilmekte ve değerlendirilmektedir. Yüksek puan yaşam kalitesinin fazla etkilendiğini göstermektedir^{1,8}.

Çalışmanın birinci aşamasında Skindeks-29'un Türkçe versiyonu oluşturulmuştur. Çeviriler sırasında bazı kelimelerin çevirisinde zorluk yaşanmıştır. Çeviriler sırasında "depressed" (soru 6) kelimesine Türkçe'de bulunan en yakın tercüme depresif olmuştur. Depresif kelimesinin anlaşılabilirliğinden emin olmak için ön uygulama ve uygulama sırasında rastlantısal olarak seçilmiş hastaların kelimeyi anlayıp anlamadıkları sorgulanmıştır. Deneklerin tamamı "depresif" sözcüğünü anlayabilmiştir. Ancak yine de, özellikle eğitim seviyesi düşük hastaların zorlanma ihtimali göz önünde tutularak, açıklayıcı olması amacıyla "ruhsal çöküntü içinde" ifadesinin parantez içerisinde kullanılması yoluna gidilmiştir.

İngilizceye Türkçe'den yapılan ilk çevirilerde özellikle soru 7 ve 16'da "my skin condition" veya "my skin problem" yerine sadece "my skin" ifadesinin kullanılmış olmasına Skindeks-29 yazarı (Mary-Margereth Chren) dikkat çekmiş ve anket boyunca hastanın cildinin genel durumunun değil sadece cilt rahatsızlığının, cilt lezyonunun

yaşam kalitesine olan etkisinin araştırıldığını belirterek bu yönde değişiklik yapılması tavsiyesinde bulunmuştur.

“Skin Condition” cildin hastalığından etkilenmiş bölgeleri yani cilt hastalığını/cilt rahatsızlığını/lezyonunu/cilt problemini ifade eder. Ancak Türkçe’de genellikle cilt hastalığı yerine kısaca cildim demekle yetinilir. Bu sebeple Türkçe çevirinin ilk versiyonunda 7. ve 16. maddelerde “cildim”, “my skin condition” ifadesinin çevirisi olarak kullanılmıştır. Ancak Prof. Chren’in tavsiyeleri doğrultusunda Türkçe çeviride gerekli değişiklikler yapılarak “cildim” sözcüğünün tek başına kullanımından vazgeçilmiştir. Son çeviri sonrası yapılan geri çeviriler Prof. Chren tarafından tatmin edici olarak sınıflandırılmıştır.

Türkçe’ye çevirisinde en büyük zorlukla karşılaşılan İngilizce kelime ise “frustrated” olmuştur. Kelime hiçbirşeyin işe yaramaması sebebiyle duyulan rahatsızlığı ve hafif kızgınlığı ifade eder. Merriam Webster⁶⁵ sözlüğünde kelime “filled with a sense of frustration: feeling deep insecurity, discouragement, or dissatisfaction” olarak tariflenir. Türkçe çevirinin ilk versiyonunda kelime “engellenmiş hissetmek” olarak çevrilmiştir. Ancak İngilizce’ye yapılan geri çeviriler sırasında “engellenmiş hissetmek” ifadesinin kavramı tam olarak karşılayamadığı görülmüş ve “çaresiz kalmak, cesareti kırılmak” ifadeleri kullanılarak kavram anlatılmıştır.

Madde 12’de “ashamed” ve madde 21’deki “embarrassed” utanma ve mahcubiyeti ifade eden kelimelerdir. Kişinin kendini suçlu görerek utanç duymasını ifade eden “ashamed” daha yoğun, güçlü bir sıfattır. Sözcüklerin anlamları arasındaki farkı Türkçe’de tam olarak karşılayacak kelimeler olmadığından Türkçeden İngilizce’ye

yapılan ilk çevirilerde iki çevirmen arasında fikir birliği sağlanamamış ve çeviri tersine çeviri işleminin iki kez tekrarlanması gerekmiştir. Sonuçta Türkçe'den İngilizce'ye yapılan çevirilerde "ashamed" "utanç", "embarrassed" "mahcubiyet" kelimeleri ile Türkçe'ye çevrilmişlerdir.

Çalışmanın ikinci aşaması Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalına Temmuz-Ağustos 2004 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarda yapılmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Bu bölümde araştırmamızdan elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Çalışmada örneklem grubu 18 ile 80 yaşları arasında (ortalama 35.6 ± 14.2) toplam 419 hastadan oluşmuştur. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, lezyon yeri ve lezyon süresi sorgulanmıştır.

Ankete katılan fakat soruların %10'nundan fazlasını cevapsız bırakan 20 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu grubun çalışmaya katılanlarla sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Yaş açısından değerlendirildiğinde 2 grup arasında fark görülmemiştir ancak literatürde farklılık raporlanmıştır. Skindeks-29'un orijinalinde ve İtalyanca versiyonunda soruların %10'nundan fazlasını cevapsız bırakanların yaş ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir^{6,8}. Allerjik kontakt dermatitli hastalarda yapılan bir çalışmada ise soruların %10'nundan fazlasını cevapsız bırakanların göreceli olarak daha genç oldukları saptanmıştır⁴³. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde boş bırakan ve ankete katılan grup arasında fark görülmemiştir. Bu sonuçla uyumlu olarak iki çalışmada fark saptanmazken^{6,8}, Deana ve ark. çalışmasında soruların %10'nundan

fazlasını cevapsız bırakan erkeklerin sayısı kadınlardan daha fazladır⁴³. Bu iki grubu eğitim durumu açısından değerlendirdiğimizde soruların %10'nundan fazlasını cevapsız bırakan hastaların daha az eğitilmiş olduğu saptanmıştır. Deana ve ark. çalışmasında da benzeri bir sonuç ortaya çıkmıştır⁴³. Literatür incelenmesinde boş bırakanların sosyodemografik özellikleri ile ilgili farklı bilgiler mevcuttur. Bu çalışmada daha az eğitilmiş olanların daha fazla cevapsız soru bırakması soruların yeterince anlaşılmasına bağlı olabilir. Bu da anketin anlaşılabilirliği ile ilgili şüphe oluşturabilir. Ancak hastaların büyük çoğunluğu anketi kolaylıkla tamamlayabilmiştir. Soruların %10'undan fazlasını boş bırakanların oranı ise oldukça düşüktür (%4.6).

Çalışmaya katılan kadınların oranı %58.2, erkeklerin oranı %41.8'dir. Eğitim durumu incelendiğinde 77 (%18.4) ilköğretim, 107 (%25.5) lise ve 227 (%54.2) üniversite mezununun değerlendirildiği görülmektedir. Sekiz (%1.9) ankette bu bölüm boş bırakılmıştır. Medeni durum incelendiğinde 224 (%53.5) evli, 184 (%43.9) bekar ve 9 (%2.1) dul olduğu saptanmıştır. İki (%0.5) ankette bu bölüm boş bırakılmıştır.

Lezyonlar yüz ve elde ise görünen, vücudun diğer yerlerinde ise görünmeyen bölgede olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre 178 (%42.5) görünen bölge, 235 (%56.1) görünmeyen bölgede lezyonu olan hasta bulunmuştur. Altı (%1.4) ankette bu bölüm boş bırakılmıştır. Hastalık süresi 0-1 ay, 1-12 ay ve 12 aydan uzun süreli olmak üzere 3 grupta incelenmiştir. Çalışmada hastalık süresi 0-1 ay arasında 50 (%11.9) hasta, 1-12 ay arasında 128 (%30.5) hasta ve 12 aydan uzun süreli olan 228 (%54.4) hasta saptanmıştır. On üç ankette (%3.1) hastalık süresi boş bırakılmıştır. Bu çalışmada yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, lezyon yeri ve süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki

bulunmazken, cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre dermatolojik hastalıklardan daha fazla etkilenmektedirler ($p < 0.001$).

Literatür araştırması sonucunda bu çalışmayla uyumlu olarak atopik dermatit⁶⁶ ve psoriasisli⁴⁸ hastalarda yapılan iki ayrı çalışmada yaş ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Dermatoloji hastalarında yapılan bir çalışmada⁶⁷ gençlerin, akneli hastalarda yapılan bir çalışmada⁴⁶ ise erişkinlerin yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Cinsiyet ve yaşam kalitesini incelediğimizde bu çalışmada kadınların semptom ve emosyon skalalarında erkeklere oranla daha fazla etkilendikleri gösterilmiştir. Bu sonuçla uyumlu olarak Zachariae ve ark. yaptığı çalışmada da kadınların erkeklere oranla daha fazla etkilendikleri saptanmıştır⁶⁷. Fakat çalışmaların çoğunda yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında ilişki olmadığı yönünde sonuçlar bulunmuştur. Atopik dermatit⁶⁶, psoriasis⁴⁸, akne⁴⁶, vitiligo⁶⁸ ve ekzema⁶⁹ hastalarda yapılan çalışmalarda cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada medeni hal ve yaşam kalitesi arasında ilişki gösterilememiştir. Medeni hal sadece bir çalışmada araştırılmış ve bu çalışmayla uyumlu olarak ilişki saptanmamıştır⁶⁸. Lezyon yeri ve yaşam kalitesi arasında da bu çalışmada ilişki gösterilememiştir. Bu sonuçla uyumlu olarak ekzema⁷⁰ ve psoriasisli hastalarda⁷¹ yapılan çalışmalarda da ilişki saptanmamıştır. Akne⁴⁸ ve kontakt dermatitli⁴³ hastalarda yapılan çalışmalarda ise yüz tutulumu olan hastaların yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. Lezyon süresi ile olan ilişkisi incelendiğinde; bu çalışmada elde edilen sonuçlarla uyumlu olarak vitiligo⁶⁸, ekzema⁶⁹ ve psoriasisli⁷¹ hastalarda lezyon süresinin yaşam kalitesine etkili olmadığı bulunmuştur. Dermatoloji hastalarında Zachariae ve ark. yaptığı çalışmada ise uzun süreli hastalığı olanların yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir⁶⁷.

Yaşam kalitesine etkili olan faktörlerle ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Farklı ülkelerde elde edilen bu sonuçlar kültürel farklılığa bağlı olabilir fakat örneklem gruplarının sayıları bu genellemeyi yapmak için yeterli değildir. Ayrıca çalışmaların pek çoğu bu çalışmada olduğu gibi genel olarak dermatoloji hastalarını kapsamamaktadır, belirli bir hastalığa özeldir. Bu çalışmada kadınların yaşam kalitesinin daha fazla etkilenmesi kadınların görünümüne daha fazla önem vermesiyle açıklanabilir.

Çalışmamıza dermatoloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden bütün hastalar dahil edilmiştir. Sonuçta 51 farklı tanı konan, dermatolojik tanı açısından heterojen bir grup anketi doldurmuştur. Anketin geçerlik ve güvenirlik çalışması belirli bir tanı grubunda değil birçok dermatolojik hastalığı kapsayan geniş bir grupta yapılmıştır.

Doktor yargısı ve skala skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testiyle araştırılmış ve düşük düzeyde korelasyon ($p < 0.01$) saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. İtalya'da 2242, Amerika'da 692 dermatoloji hastasında yapılan çalışmalarda hastalık ciddiyetine ilişkin doktor yargısı ve Skindeks-29 skorları arasında düşük düzeyde ilişki bulunmuştur^{6,10}. Benzer bir sonuç dermatoloji hastalarında yapılan bir diğer çalışma sonucunda elde edilmiş ve yaşam kalitesi ile hastalık şiddeti arasında düşük düzeyde ilişki saptanmıştır²⁰. Akneli hastalarda yapılan bir çalışmada da yaşam kalitesi ve akne ciddiyeti arasında belirgin ilişki saptanmamıştır¹⁹. Hastalığın ciddiyetini değerlendirmede psoriasis için PASI (Psoriasis Alan Şiddet İndeksi) ve melazma için MASI (Melazma Alan Şiddet İndeksi) gibi doktor yargısına göre daha objektif kriterler kullanıldığında da PASI ve MASI ile yaşam kalite ölçekleri arasında düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır^{21,33,51,59}.

Doktorlar tedavi seçeneklerini veya tedavi etkinliğini değerlendirirken hastanın klinik durumuna göre karar vermektedir. Fakat hastalığın, hastanın yaşamı üzerine olan etkisini saptamakta bu yargı yetersiz kalabilir. PASI ve MASI gibi daha objektif kriterler kullanıldığında bile bu etki ölçülemeyebilir. Hastaların durumunu değerlendirirken hastalığın şiddeti dışındaki faktörler de önem kazanır. Bu sebeple klinik durum ve yaşam kalitesini birebir ilişkili olmayan fakat birbirini tamamlayıcı özellik gösteren iki farklı kavram olarak kabul etmek gerekir. Klinik yargı ve yaşam kalite ölçeklerinin birlikte kullanılmasıyla tedavi seçeneklerinin ve tedavi etkinliğinin daha doğru değerlendirilmesi sağlanabilir.

Çalışmada iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (Cronbach's α) 0.94 bulunmuştur. Bu sonuç testin iç tutarlığı olduğunu göstermektedir. Skindeks-29'un skalalarına ait iç tutarlık güvenilirlik katsayıları da (Cronbach's α) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Semptom skalası 0.76, emosyonel skala 0.88, fonksiyonel skala 0.92 olarak saptanmıştır.

Skindeks-29'un orijinalinde iç tutarlık güvenilirlik katsayısı; fonksiyon skalası için 0.96, emosyonel skala için 0.94, semptom skalası için 0.88 bulunmuştur⁸. Skindeks-29'un İspanyol versiyonunda iç tutarlık güvenilirlik katsayısı fonksiyon skalası için 0.78, emosyonel skala için 0.87, semptom skalası için 0.70'tir³. Skindeks-29'un İtalyan versiyonun iç tutarlık güvenilirlik katsayısı ise fonksiyonel skala için 0.90, emosyonel skala için 0.87, semptom skala için 0.86'dır⁶. Bu değerler sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Testin güvenilirliği için iç tutarlık güvenilirlik katsayısının (Cronbach's α) 0.7'nin üzerinde olması gerekir. Bu çalışmada her bir skalanın ve genel toplamın sonucu 0.7'nin üzerindedir. Dolayısıyla Skindeks-29'un Türkçe versiyonu güvenilirlidir.

Yapı Geçerliliği Sonuçları: Yapı geçerliliği klinik olarak yapıdan kurulan hipotezin doğrulanmasıyla gösterilmiştir. Hastaların kontrol grubundan daha yüksek skor alacağı, hasta grubunda ise inflamatuvar hastalıkların (psoriasis, ekzema gibi), izole lezyonlardan daha yüksek skor alacağı hipotezi kurulmuştur. Kontrol grubu ile hasta grubunun, inflamatuvar hastalık ile izole hastalıklar grubunun karşılaştırılmasında Student's t testi kullanılmıştır. Sonuçta hipotezle uyumlu olarak hasta grubu skorları kontrol grubundan ($p<0.001$), inflamatuvar hastalıkları olanların skorları da izole hastalıkları olanlardan ($p<0.001$) yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar Skindeks-29'un İspanyol versiyonu ($p<0.01$) ve İtalyan versiyonu ($p<0.001$) ile uyumludur^{3,6}. Skindeks-29'un Türkçe versiyonu yapısal olarak geçerlidir.

İçerik Geçerliliği Sonuçları: Skindeks-29'un sonunda hastalara "Cilt rahatsızlığınızla ilgili olarak sizi en çok rahatsız eden şey nedir?" sorusu yöneltildi. Cevaplar Skindeks-29'daki maddelerle karşılaştırıldı. Altmış altı hasta (%15.8) soruyu boş bıraktığı veya ilgisiz yanıt verdiği için değerlendirilmedi. Geriye kalan 353 hasta (%84.2) toplam 566 farklı açıklama yaptı. En sık ifade edilenler kaşıntı 88 (%21.0), görüntü 56 (%13.4), iz kalmasından dolayı duyulan endişe 30 (%7.2), hastalığın uzun sürmesi 27 (%6.4), acıma 21 (%5.0) olarak saptandı. Sık ifade edilen görüntü ve hastalığın uzun sürmesi kavramlarını Skindeks-29 kapsamazken cevapların hepsi değerlendirildiğinde %63'ünün Skindeks-29'un maddeleri tarafından karşılandığı görüldü. Skindeks-29'un orijinalinde bu oran %66, İspanyol versiyonunda ise %65 olarak bulunmuştur. Orijinal ölçekte en sık ifade edilen rahatsızlık kaşıntıdır (%27)⁸. Skindeks'in Japon versiyonunda en sık ifade edilenler sırasıyla üzüntü (%34), görüntü (%27) ve kaşıntıdır (%21)⁵. Elde edilen sonuç diğer versiyonların sonuçlarına yakındır. Bu da Skindeks-29'un türkçe versiyonunun

içerik olarak geçerli olduğunu göstermektedir. Bu değerler cilt rahatsızlıklarının farklı kültürlerde benzer sonuçlara yolaçtığını düşündürmektedir. Bu sonucu destekleyen bir bulguda Skindeks-29'un Türk, İspanyol ve Amerikan skala ortalamalarının birbirine yakın olmasıdır. Türk hastaların skala ortalamaları ile Amerikan ve İspanyol hastaların skala ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p<0.05$).

Geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesinin sonunda gelecekteki çalışmalar için de yol gösterici olması açısından iki noktanın vurgulanması önemlidir. Birincisi anket hastalar tarafından anlaşılır bulunmuş ve kısa sürede tamamlanmıştır. Fakat bu çalışma üniversite hastanesinde yapıldığı için hastaların eğitim düzeyi yüksektir (üniversite mezunlarının oranı %54.2). Çok odaklı, eğitim düzeyi daha düşük olan örneklem gruplarıyla testin anlaşılabilirliğinin tekrar edilmesi uygundur. İkincisi geçerliği ve güvenilirliği gösterilen Skindeks-29'un değişikliklere cevap verebilirliği ve genel sağlık ölçeğiyle birlikte geçerliği çalışılmamıştır, ilerideki çalışmalarda bu özelliklerin test edilmesiyle Skindeks-29'un bütün psikometrik özellikleri doğrulanmış olacaktır.

Çalışmadaki en sık karşılaşılan üç hastalığın (psoriasis, ekzema, akne) emosyonel, fonksiyonel ve semptom skalasındaki sonuçları, bu skaladaki sorulara hastaların cevapları, hangi hastalığın hayatın hangi yönünü daha çok etkilediği ve birbirleriyle olan ilişkileri incelendi.

Akneli hastaların emosyonel skaladaki sorulara yanıtları değerlendirildi. Hastaların %48'i hastalıklarından dolayı utandığını, %67'si kızgın, %42'si cesaretlerinin kırıldığını ve çaresiz kaldığını, %21'i ise kendini küçük düşmüş hissettiğini ifade etmiştir. Hastalığa dair taşınan endişenin boyutlarına bakıldığında ise hastaların %85'i hastalığının ciddi

olabileceğinden, %90'ı kötüye gitmesinden, %100'ü ise iz bırakmasından dolayı endişeli olduğunu ifade etmiştir. Jowet ve Ryann'ın yaptığı çalışma akneli hastaların %70'inin hastalıklarından dolayı utandığını, %67'sinin kendine güvenlerinin azaldığını göstermiştir¹⁵.

Psoriasis ve ekzema ile karşılaştırdığımız zaman akneli hastaların emosyonel olarak benzer şekilde etkilendiği görülmektedir. Hatta bu hastalar psoriasis ve ekzemalı hastalara göre daha kızgınlar, hastalıklarının iz bırakmasından daha fazla endişe ediyorlar ve kendilerini daha fazla küçük düşmüş hissetmektedirler.

Aknenin fonksiyonel skalaya ait soruları da incelendiğinde hastaların %38'i diğer insanlarla birlikte olma isteğinin azaldığını, %31'i evde kalmayı tercih ettiğini, %48'i sevdiği insanlar için hastalığın problem olduğunu belirtmiştir. Bunların sonucu olarak %56'sı çalışma ve hobileriyle uğraşmalarının, %71'i ise sosyal hayatlarının akne dolayısıyla etkilendiğini bildirmiştir. Jowet ve Ryan'ın çalışmasında akneli hastaların %25'i boş vakitlerini değerlendirmede güçlük çektiğini, %71'i hastalıklarının sosyal yaşantılarını etkilediğini belirtmiştir¹⁵. Psoriasis ve ekzema el, ayak tutulumu nedeniyle fiziksel kısıtlamalara yol açabilir. Akneli hastalarda böyle bir kısıtlama olmadığı halde hayatları fonksiyonel alanda da akne nedeniyle etkilenmektedir. Hastalık emosyonel alandaki etkilerinin sonucu olarak hastaların arkadaşlarıyla ve aileleriyle olan ilişkilerini ve sosyal yaşantılarını etkilemektedir. Akne; psoriasis veya ekzema da olduğu gibi toplum tarafından bulaşıcı olduğuna dair yanlış algılama olmamasına rağmen toplumun yargısından bağımsız olarak bireyin kendiyle ilgili yargısı yüzünden hastanın toplum içindeki rolünü etkilemekte, sınırlamaktadır.

Akne hastaları sadece emosyonel ve fonksiyonel alanda değil semptomatik olarak da etkilenmektedir. Hastaların semptom skalası sonuçları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Akneli hastaların %65'i acıma, %56'sı lezyonlarında kanama olduğunu, %100'ü ciltlerinin hassas olduğunu ifade etmiştir. Sonuç olarak akne hastanın hayatını bütn yönleriyle etkilemektedir.

Çalışmada akneli hastaların doktor yargısına göre klinik şiddetinin dağılımı 1 (%37.5), 2 (%41.7), 3 (%18.8), 4 (%2.1), 5 (%0.0) şeklinde-dir. Genel olarak doktor yargısına göre belirlenmiş hastalık şiddeti fazla olmamasına rağmen hastalar 3 skalada da psoriasis ve ekzemalı hastalara yakın oranda etkilenmiştir. Bu üç hastalığın skala ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Akne, klinik şiddeti hafif olmasına rağmen hastaların hayatını psoriasis ve ekzema kadar etkilemektedir. Psoriasisli ve akneli hastalarla yapılan bir çalışmada, bu çalışmayla da uyumlu olarak, akneli hastaların emosyonel açıdan psoriasisli hastalar kadar hastalıklarından etkilendikleri saptanmıřtır⁴⁶.

Akne sıklıkla adolesan dönemde görülür. Kişinin birey olarak toplumdaki kabul görmeye çalıştığı, karakterinin şekillendiği bu dönemde akne hastayı genellikle saklamasını da imkansız hale getiren yüz lokalizasyonunda etkilemektedir. Doktorlar tarafından basit bir hastalık olarak görlebilmesine rağmen hastalık şiddetinden bağımsız olarak hastada derin izler bırakmaktadır. Hastalık şiddeti ne kadar hafif olursa olsun hastanın hastalığından ne kadar etkilendiği göznnde bulundurulmalıdır. Hekimin hastayı anlaması, hastanın tedavi uyumunu ve tedaviye yanıtını da arttıracaktır.

Ekzemalı hastaların skala sonuçları incelendiğinde en yüksek ortalamanın semptom skalasında olduğu saptandı. Hastaların %88'i lezyonlarında acıma, yanma ve batma, %100'ü kaşınma, %96'ı tahriş olma, %63'ü ise suyun ciltlerini rahatsız ettiğini bildirmiştir. Psoriasis ve akne ile karşılaştığımız zaman semptom skalasına ait yukarıda belirttiğimiz bütün maddelerde ekzemalı hastaların etkilenme oranları göreceli olarak daha yüksektir. Skala ortalamaları ANOVA ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmayan fakat anlamlılık sınırına yakın bir değer elde edilmiştir ($p < .06$).

Jowett ve Ryan'ın çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Hastaların hepsi bu çalışmada olduğu gibi lezyonların kaşıntılı olduğunu ifade etmiştir. "Cilt rahatsızlığınızla ilgili sizi en çok rahatsız eden şey nedir?" sorusuna hastaların üçte biri irritasyon cevabını vermiştir¹⁵.

Emosyonel skalada ciddi olabileceğine dair duyulan endişe (%92) ve hastalığın kötüye gitmesinden dolayı duyulan endişe (%92) yoğundur. Akneli ve ekzemalı hastaların büyük kısmı hastalıklarının ciddi olabileceğinden endişe etmektedirler. Elde edilen sonuçlar tekrarlayıcı ve uzun süreli olmalarına rağmen hayati ciddiyet taşımayan bu hastalıklarla ilgili hastaları bilgilendirmenin önemini göstermektedir.

Fonksiyonel skalada hastalar (%71) çalışma ve hobilerinin etkilendiğini bildirmiştir. Jowett ve Ryan'ın çalışmasında hastaların %33'ü boş vakit değerlendirmelerini hastalıklarının etkilediğini belirtmiştir¹⁵. Bu oran hem akneli hem ekzemalı hastalar da Jowett ve Ryan'ın çalışmasında daha düşüktür. Fakat soruların içeriği farklılık göstermektedir. Skindeks-29'daki madde hobilerle uğraşma dışında çalışmayı da içerdiği için daha geniş kapsamlıdır. Bundan dolayı çalışmanın sonuçları daha yüksek saptanmış

olabilir. Hastaların %71'i sosyal hayatlarının etkilendiğini bildirmiştir. Bu sonuçla uyumlu olarak Jowett ve Ryan ekzemalı hastaların %62'sinin sosyal hayatlarının etkilendiğini bildirmiştir¹⁵. Ekzema da akne gibi hayatın her yönünü etkilemektedir. Bu çalışmada ekzemalı hastalar semptom skalasından daha yüksek skor almışlardır. Jowett ve Ryan'da ekzemalı hastaların semptom skalasına dahil olan irritasyonun ön planda olduğunu bildirmiştir¹⁵. Allerjik kontakt dermatitli hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise hastaların semptom ve emosyonel skalalarından en yüksek skor aldıkları saptanmıştır⁴³.

Psoriasisde emosyonel ve fonksiyonel skalaya ait ortalamalar akne ve ekzemalı hastaların ortalamalarından daha yüksektir fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Psoriasisin emosyonel skalaya ait sorularının incelenmesinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların %49'u hastalıklarından dolayı utanmakta, %54'ü çaresiz kaldığını, cesaretinin kırıldığını hissetmektedir. Hastaların %90'ı rahatsızlıklarının ciddi olabileceğinden, %80'i iz bırakmasından, %88'i kötüye gitmesinden dolayı endişe etmektedir. Jowett ve Ryan'ın çalışmasında psoriasisli hastaların % 89'u hastalıklarından dolayı utanç duyduğunu ifade etmiştir¹⁵. Bildirilen sonuçlar bu çalışmada görüldenden çok daha yüksek değerlerdir. Aynı çalışmada ekzemalı ve akneli hastaların da hastalıklarından dolayı duydukları utanç daha fazladır. Bu sonuç iki toplum arasındaki kültürel farklılıkla açıklanabilir. Çaresiz kalma ve cesaretin kırılmasının psoriasisli hastalarda ekzema ve akneli hastalara göre daha yüksek oranda olması psoriasisin daha kronik seyirli, tedaviye daha dirençli olması nedeniyle olabilir. Hastalığın ciddi olmasından, kötüye gitmesinden ve iz bırakmasından dolayı duyulan endişe her üç hastalık için de çok yüksek oranlardadır. Hasta hekim ilişkisinde bu konuya önem

verilmelidir. Hastalara psoriasis ve ekzema gibi hastalıkların iz bırakmayacağı açıklanarak bu konudaki olası endişeleri giderilmeye çalışılmalıdır.

Fonksiyonel skala sonuçlarını incelediğimizde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların %39'u hastalıklarının sevdikleri kişiler için problem teşkil ettiğini, %44'ü hastalıkları nedeniyle bir çok şeyi yalnız yapmayı tercih ettiklerini, %63'ü uyku kalitelerinin, %71'i sosyal hayatlarının, çalışma ve hobileriyle uğraşmalarının, %39'u cinsel hayatlarının etkilendiğini belirtmiştir.

Jowett ve Ryann psoriasisli hastalarda ailevi sorunların %26 oranında olduğunu belirtmiştir¹⁵. Bu çalışmada hastalıklarının sevdikleri için problem teşkil ettiğini ifade eden hastaların oranı ise % 39'dur. Psoriasisli hastalar akne ve ekzemalı hastalara göre işlerini yalnız yapmayı daha çok tercih etmekte ve uyku kaliteleri daha çok etkilenmektedir. Psoriasisli hastalarda yapılan bir çalışmada %35'inde uyku bozukluğu saptanmış, %60.3'ü sosyal aktivitelerinin etkilendiğini belirtmiştir²⁷. Psoriasisli hastalarda yapılan bir başka çalışmada hastaların %79'u hastalıklarının hayatlarına olumsuz etkisi olduğunu bildirmiştir⁷². Hastaların sosyal hayatları, çalışma ve hobileriyle uğraşmaları akne ve ekzemalı hastalarda olduğu gibi yüksek oranda etkilenmektedir. Jowett ve Ryann'ın çalışmasında da aynı sonuç elde etmiştir. Psoriasisli hastaların %71'i sosyal hayatlarının etkilendiğini ifade etmiştir¹⁵. Sosyal dışlanmanın psikolojik etkileri 137 psoriasisli hastada incelenmiş, hastaların %26.3'ü son bir ay içerisinde bulaşıcı olduğu düşüncesi veya itici görüntüsü nedeniyle insanların kendilerine dokunmamak için özel çaba harcadığını farketmiştir. Bu deneyimi yaşayan grupta depresyon oranı diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur³⁹. Psoriasis ve ekzema gibi hastalıkların toplum tarafından bulaşıcı olduğuna dair yanlış yargısı, hastaların sosyal yaşantısını

olumsuz etkilemektedir. Hastalıkla ilgili toplumun bilinçlendirilmesi ve hastanın kendi hastalığını kabul etmesi psoriasisli hastaların yaşam kalitesinin düzelmesine yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada psoriasisli hastaların %39'u hastalıkları nedeniyle cinsel hayatlarının etkilendiğini belirtmiştir. Literatür incelemesinde benzer sonuçlar mevcuttu. Gupta ve ark. psoriasisin cinsel hayata etkisini araştırmış, hastaların %40.8'i cinsel hayatlarının etkilendiğini belirtmiş, etkilenen grubun %85'i bunu hastalığın görüntüsüne bağlamıştır⁷³. Ramsay ve ark. yaptığı çalışmada ise hastaların %50'sinin cinsel hayatlarının etkilendiğini saptanmıştır²⁸.

Semptom skalasında hastaların %98'i ciltlerinde kaşınma, %88'i tahriş olma, %76'ı acıma olduğunu belirtmiştir. Jowett ve Ryann'ın çalışmasında psoriasisli hastalarda kaşınma oranı %87 olarak saptanmıştır¹⁵. Psoriasisli hastalarda yapılan bir başka çalışmada kaşıntı %63.8, tahriş olma %59.7 oranında bulunmuştur²⁵.

Psoriasis yaşam kalitesinin bütün alanlarını etkilemektedir ve hastalık yaşam kalitesini belirgin olarak azaltmaktadır. Psoriasisli hastalarla diğer kronik hastalıkların karşılaştırıldığı bir çalışmada psoriasisin mental ve fiziksel olarak yaşam kalitesini diğer kronik hastalıklar (artrit, kanser, kronik akciğer hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus) kadar etkilediği gösterilmiştir⁶⁰. Psoriasisin yaşam kalitesine olan etkisinin genel sağlık ölçütü kullanılarak kronik hastalıklarla karşılaştıran başka bir çalışmada, psoriasisin yaşam kalitesini hipertansiyon ve anjina pektorisden fazla, kalp yetmezliğine yakın oranda etkilediği gösterilmiştir². Psoriasisli olan 369 hastaya psoriasis yerine diyabetes mellitus, astım, bronşit gibi kronik bir hastalığa sahip olmayı tercih edip

etmeyecekleri sorulmuştur. Kronik hastalığı olmayan psoriasisli hastaların büyük çoğunluğu kronik hastalık yerine psoriasis olmayı tercih ederken, kronik hastalığı olanların % 77'si psoriasis yerine kronik hastalığı olmasını tercih etmiştir⁷⁴.

Sonuç olarak akne, ekzema ve psoriasisin yaşam kalitesine etkisi belirgindir. Bu hastalıklar yaşam kalitesinin üç alanını da etkilemektedir.

Psoriasis, ekzema ve akneli hastaların “cilt rahatsızlığım nedeniyle kendimi depresif hissediyorum” sorusuna verdikleri cevap, cilt hastalıkları ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisi vurgulanmak istendiği için ayrı olarak incelendi. Psoriasisli hastaların %68'i, ekzemalı hastaların %67'si, akneli hastaların %60'ı kendilerini hastalıklarından dolayı depresif hissetmektedirler. Jowett ve Ryann'ın çalışmasında ise bu çalışmaya göre kendilerini depresif hissedenlerin oranı daha düşüktür. Psoriasisli hastaların %24'ü, ekzemalı hastaların %38'i, akneli hastaların %27'si kendilerini depresif hissettiklerini ifade etmiştir¹⁵. Yazıcı ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada akneli hastalarda depresyon oranı %29.5²², yine Türkiye'de psoriasisli hastalarda yapılan bir çalışmada %79 oranında⁷⁵ depresyon saptanmıştır. Khan ve ark. tarafından akneli hastalarda yapılan çalışmada ise depresyon oranı %34 olarak bulunmuştur⁷⁶. Başka bir çalışmada psoriasisli hastalarda depresyon oranlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu gösterilmiştir⁷⁷. Elde edilen bu sonuçlar bize dermatoloji hastalarında depresyonun yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir. Bu çalışmada klinik olarak depresyon tanısı koyulmadığı için Jowett ve Ryann'ın çalışması dışındaki çalışmalarla oranları karşılaştırmak mümkün olmamıştır. Ancak yine de hastaların yarısından fazlası cilt rahatsızlığından dolayı kendini depresif hissetmektedir. Bu cilt rahatsızlıklarının olumsuz etkisi ile ilgili bilgi vermektedir.

Dermatoloji hastalarında psikiyatrik rahatsızlıklara daha yüksek oranda rastlanmaktadır. Türkiye’de dermatoloji hastalarında yapılan bir çalışmada psikiyatrik morbidite %41 olarak saptanmıştır⁷⁸. Dermatoloji polikliniğine başvuran 2579 hastada yapılan bir başka çalışmada ise hastaların %25’inde belirgin psikiyatrik morbidite saptanmıştır⁷⁹. Psikiyatrik morbidite ve yaşam kalite ölçeklerinin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda elde edilen ortak sonuç aralarında korelasyon olduğu yönündedir^{71,79,80,81}. Hastalık şiddeti ve psikiyatrik morbidite arasında ise korelasyon bulunmamıştır⁷⁹. Doktorun klinik yargısı psikiyatrik morbiditesi olan hastaları saptamada yardımcı olamayabilir. Yaşam kalite ölçeklerinden yüksek puan alan hastalar psikiyatrik morbidite açısından değerlendirilmelidir. Psikiyatrik morbiditenin saptanması ve bu hastalara standart tedavinin yanında psikiyatrik desteğin sağlanmasının klinik düzelmeye katkısı olabilir^{82,83}.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmaya katılan 419 hastanın 175'i (%41.8) erkek, 244'ü (%58.2) kadındır. Hastaların yaşları 18-81 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 35.6 ± 14.2 'dir.
2. Ankete katılan fakat soruların %10'undan fazlasını boş bıraktığı için değerlendirilmeye alınmayan hastaların eğitim düzeyi daha düşüktür ($p < 0.001$).
3. Ankete katılan kadınların semptom ve emosyon skalalarında yaşam kaliteleri erkeklere göre daha fazla etkilenmiştir ($p < 0.01$).
4. İç tutarlık güvenilirlik katsayısı (Cronbach's α) Skindeks-29'un Türkçe versiyonu için 0.94 bulunmuştur. Skindeks-29 için güvenilirlik katsayısı semptom, emosyon ve fonksiyon skalaları için sırasıyla 0.76, 0.88 ve 0.92'dir. Bu sonuçlar Skindeks-29'un Türkçe versiyonunun iç tutarlı olduğunu göstermektedir.
5. Hastaların "Cilt rahatsızlığınızla ilgili sizi en çok rahatsız eden şey nedir?" sorusuna verdikleri cevaplar %63 oranında Skindeks-29 tarafından karşılanmaktadır. Bu sonuç içsel geçerliğinin olduğunu göstermektedir.
6. Cilt hastaları kontrol grubundan ($p < 0.001$) ve inflamatuvar hastalıkları olanlar izole hastalıkları olanlardan daha yüksek ($p < 0.001$) puan almışlardır. Ölçeğin Türkçe versiyonu yapısal olarak geçerlidir.
7. Emosyon ve fonksiyon skalasında psoriasisli hastalar, semptom skalasında ekzemalı hastalar en yüksek puanı almışlardır. Skala ortalamaları akne, ekzema ve psoriasisli hastalar için birbirine yakın orandadır ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

8. Akne, ekzema ve psoriasisli hastaların skala sonuçları, bu üç hastalığın yaşamı emosyon, semptom ve fonksiyon alanlarında etkilediğini göstermektedir.
9. Ankete katılan akneli hastaların akne şiddetleri fazla olmamasına rağmen hastalıklarından psoriasisli hastalara yakın oranda etkilenmişlerdir, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Bu sonuç akneli hastaların tedavi ile ilgili kararlarını verirken hastalık şiddeti hafif olduğu zaman bile yaşam kalitelerinin yüksek oranda etkilenmiş olabileceğini gözönünde bulundurmanız gerektiğini göstermektedir.
10. Akne hastaların sosyal yaşantılarını (%71), çalışma ve hobileriyle uğraşmalarını (%56) büyük oranda etkilemektedir.
11. Ekzemalı hastaların en yüksek skala ortalaması semptom skalasına aittir. Semptom skala ortalaması akne ve psoriasisli hastalardan yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değil fakat anlamlılık sınırına yakındır ($p<0.06$). Emosyon ve fonksiyon skala sonuçlarında da psoriasisli hastaların sonuçlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).
12. Ekzemalı ve psoriasisli hastalar büyük oranda sosyal hayatlarının (%71) etkilendiğini ifade etmiştir. Bulaşıcı olduğu yargısı ekzema ve akneli hastaların sosyal ortamdan dışlanmasına neden olmaktadır. Toplumun hastalıkla ilgili bilinçlendirilmesinin hastaların yaşam kalitesine olumlu etkisi olacaktır.
13. Akne, ekzema ve psoriasis hayatı tehdit etmeyen hastalıklar olmasına rağmen hastalar, hastalıklarının ciddi olmasından ve kötüye gitmesinden (%80'in üzerinde)

endiŖe etmektedir. Psoriasis ve ekzema iz bırakmamasına rağmen hastalar iz bırakmasından dolayı endiŖelidir (%80).

14. Tüm hastalar büyük oranda kendilerini depresif (%60'ın üzerinde) hissetmektedir. Dermatoloji hastalarında eşlik eden psikolojik morbiditenin saptanması ve standart tedavinin yanında psikolojik desteğin sağlanması tedaviye olan yanıtı arttırabilir.



7. ÖZET

Cilt hastalıklarının insan yaşantısı üzerine etkisi diğer hastalıklardan daha farklı ve karmaşıktır. Bu etkiyi değerlendirmek için yaşam kalite ölçekleri geliştirilmiştir. İngilizce olarak geliştirilen bir ölçeğin diğer kültürlerde kullanımı için çeviri ve adaptasyonu gereklidir. Bu çalışmada dermatolojiye özel bir yaşam kalite ölçeği olan Skindeks-29'un Türkçe'ye çevirisi, adaptasyonu ve bu Türkçe versiyonun geçerlik, güvenilirliği test edilmiştir. Adaptasyon işlemi kültürler arası adaptasyon için kabul edilen uluslararası kriterlere uyularak yapılmıştır.

Klinik çalışma prospektif, randomize planlanarak Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalına başvuran 419 hasta (175 erkek, 244 kadın, ortalama yaş 35.6 ± 14.2) üzerinde çalışılmıştır. Çalışmamıza katılmayı kabul eden hastalar Skindeks-29 formunu ortalama 5 dakikada tamamlamıştır. Sosyodemografik özellikler hastayı muayene eden doktor tarafından kaydedilmiş ve elde edilen veriler , Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Student't, Spearman testi ve tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Skindeks-29'un Türkçe versiyonunun güvenilirliği içsel tutarlıkla gösterilmiştir (ölçeğin genelinde 0.94, skalalar için 0.7 ve 0.9 arasında bulunmuştur). Geçerlik yapı ve kavram geçerliği ile test edilmiştir. Hipotezle uyumlu olarak dermatoloji hastalarının skorları sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubundan yüksektir ($p < 0.001$). İnflamatuar hastalığı olan grubun skala ortalamaları izole hastalığı olan gruptan yüksektir ($p < 0.001$). Skindeks-29'un maddeleri açık uçlu soruya verilen cevapların çoğunu kapsamaktadır.

Sonuç olarak Skindeks 29'un Türkçe semantik eŐdeęeri oluşturulmuştur. Geçerliği ve güvenirliği dermatoloji hastalarından oluşan örneklem grubunda gösterilmiştir. Bu alıŐma sonucunda Türkiye'de dermatoloji hastalarında yaşam kalite ölümünde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek saęlanmıŐtır.



8. KAYNAKLAR

1. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: Reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996;107:707-713.
2. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *Br J Dermatol* 1990;123:751-756.
3. Jones-Caballero M, Penas PF, Garcia-Diez A, Badia X, Chren MM. The Spanish version of Skindex-29. *Int J Dermatol* 2000;39:907-912.
4. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen H, Mortensen JT, Wulf HC. Dermatology life quality index: Data from Danish inpatients and outpatients. *Acta Derm Venereol* 2000;80:272-276.
5. Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Horikawa N, Kawashima M, Chren MM. The Japanese version of Skindex-16: A brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J Dermatol* 2002;29:693-698.
6. Abeni D, Picardi A, Pasquini P, Melchi CF, Chren MM. Further evidence of the validity and reliability of the Skindeks-29: An Italian study on 2242 dermatological outpatients. *Dermatol* 2002;204:43-49.
7. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) – A Simple practical measure for routine clinical use. *Clin and Exp Dermatol* 1994;19:210-216.

8. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997;133:1433-1440.
9. Chren MM, Lasek RJ, Sahay AP, Sands LP. Measurement properties of Skindex-16: A Brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J. Cutan Med Surg* 2001;5:105-110.
10. Mork C, Wahl A, Moum T. The Norwegian version of the dermatology life quality index: A Study of validity and reliability in psoriatics. *Acta Derm Venereol* 2002;82:347-351.
11. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales – A Measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997;136:202-206.
12. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Covinsky KE. Convergent and discriminant validity of a generic and a disease-specific instrument to measure quality of life in patients with skin disease. *J Invest Dermatol* 1997;108:103-107.
13. Bowling A. The Conceptualization of functioning, health and quality of life. In: Bowling A (eds.). *Measuring Health*. 2nd edition, Buckingham: Open University Press, 1997:1-7.
14. Tekeli İ, Güler Ç, Vaizoğlu S, Algan N, Dündar AK. Sağlık merkezli yaşam kalitesi kavramı. *Yaşam Kalitesi Göstergeleri: Türkiye İçin Bir Veri Sistemi Önerisi Kitabında*. 1. baskı, Ankara: Tübitak Matbaası, 2003:15-17.

15. Jowett S, Ryann T. Skin disease and handicap: An Analysis of the impact of skin conditions. *Sos Sci Med* 1985;20:425-429.
16. Andrew Y, Finlay AY, Terence J. Disability and handicap in dermatology. *Int J Dermatol* 1996;35:305-311.
17. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis-an index of disability. *Clin and Exp Der* 1987;12:8-11.
18. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: An Index of the stigma experienced cause of dermatological disorders. *Cutis* 1998;61:339-342.
19. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ. The Quality of life in acne: A Comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999;140:672-676.
20. Jayaprakasam A, Darvay A, Osborne G, McGibbon D. Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous disease. *Clin Exp Dermatol* 2002;27:306-308.
21. Heydendael VM, de Borgie CA, Spuls PI, Bossuyt PM, Bos JD. The Burden of psoriasis is not determined by disease severity. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004;9:131-135.
22. Yazıcı K, Baz K, Yazıcı AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D ve ark. Disease spesific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:435-439.

23. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Voorhees JJ. Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Adv Dermatol* 1990;21-30.
24. Baldin HE. The Interaction between acne vulgaris and the psyche. *Cutis* 2002;70: 133-139.
25. Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, Amerio P, Girolomoni G, Abeni A. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol* 2004;151:594-599.
26. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:41-50.
27. Yasuda H, Kobayashi H, Ohkawara A. A Survey of the social and psychological effects of psoriasis.(abstract) *Nippon Hippuka Gakkai Zasshi* 1990;100:1167-1171.
- 28 Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart -Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The Quality of life in acne: A Comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999;140:672-676.
29. Doward L. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı; 1. Baskı, İzmir, Emek Matbaacılık;2004:13-14.
30. Juniper EP. Assessment of health related quality of life in asthma and rhinitis using disease-specific instruments. In: Chanez P, Bousquet J, Godard P (eds.). *From Genetics to Quality of Life*. 1st ed, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1996:209-215.

31. Wall AR, Doyner TF, Munday AP. A Comparison of treatment with dithranol and calcipotriol on the clinical severity and quality of life in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:1005-1011.
32. Salek MS, Finlay AY, Luscombe DK, Allen BR, Berth-Jone J, Camp RDR, et al. Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis: A Randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol* 1993;129:422-430.
33. Touw CR, Roijen LH-V, Verboom P, Paul C, Rutten FFH, Finlay AY. Quality of life and clinical outcome in psoriasis patients using intermittent cyclosporin. *Br J Dermatol* 2001;144:967-972.
34. Aydemir Ö. Değerlendirme araçlarının psikometrik özellikleri. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabında; 1. Baskı, İzmir, Emek Matbaacılık;2004:7-9.
35. Öner N. Psikolojik testler hakkında genel bilgiler. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Kitabında. 3.baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1997:10-12.
36. Aydemir Ö. Psikiyatride değerlendirme araçları: Özellikleri, türleri, kullanımı. Aydemir Ö, Kökenli E (editörler). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler Kitabında. 1. baskı, Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği, 2000:21-30.
37. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam kalite ölçeklerinin değerlendirilmesi. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı; 1. Baskı, İzmir, Emek Matbaacılık, 2004: 4-6.

38. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds.). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition, Newyork: McGraw-Hill Inc, 2003:407-427.
39. Finlay AY. Quality of life measurment in dermatology: A Practical guide. Br J Dermatol 1997;136:305-314.
40. İnanır I, Aydemir A, Gündüz K, Danacı A, Ermertcan A. Psoriasisli hastalarda yaşam kalite ölçeğinin geliştirilmesi. Türkderm 2003;37:189-195.
41. Baykal C. Ekzema grubu hastalıklar. Dermatoloji Atlası. 1.baskı, İstanbul: Argos AŞ, 2000:180-198.
42. Köse O, Gür A. Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. T Klin Dermatoloji 2000;10:270-274.
43. Kadyk DL, McCarter K, Achen F, Belsito D. Quality of life in patients with allergic contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 2003;49:1037-1048.
44. Onsun N. Atopik dermatit ve yaşam kalitesi. Türkderm, 1998;32: 7.
45. Zaenglein AL, Thiobutot DM. Acne vulgaris. In: Horn TD, Mascaro JM, Mancini AJ, Salasche ST, Saurat JH, Stingl G (eds.). Dermatology. 1st edition, Spain: Mosby Elsevier Limited, 2003:531-545.
46. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. Arch Dermatol 1998;134:454-458.

47. Motley RC, Finlay AY. How much disability is caused by acne? *Clin and Exp Dermatol* 1989;14:194-198.
48. Motley RJ, Finlay AY. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin and Exp Dermatol* 1992;17:1-3.
49. Sobero OJ, Elewski BE. Fungal diseases. In: Horn TD, Mascaró JM, Mancini AJ, Salasche ST, Saurat JH, Stingl G (eds.). *Dermatology*. 1st edition, Spain: Mosby Elsevier Limited, 2003:1171-1199.
50. Ortonne JP, Bahadoran P, Fitzpatrick TB, Mosher DB, Hori Y. Hypomelanosis and hypermelanosis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds.). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th edition, New York: McGraw - Hill Inc, 2003:836-881.
51. Balkrishnan R, McMichael AJ, Camacho FT, Saltzberg F, Housman TS, Grummer S et al. Development and validation of a health related quality of life instrument for women with melasma. *Br J Dermatol* 2003;149: 572-577.
52. Augustin M, Wenninger K, Amon U, Schroth MJ, Küster W, Chren M et al. German adaptation of the Skindex-29 questionnaire on quality of life in dermatology: Validation and clinical results. *Dermatol* 2004;209:14-20.
53. Leplege A, Ecosse E, Zeller J, Revuz J, Wolkenstein P. Version française du Skindex (Skindex - France): Adaptation et évaluation des propriétés psychométriques. *Ann Dermatol Venerol* 2003;130:177-183.

54. Kkdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Grsel Y, Whalley D, Arasıl T. The Development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehab Res* 2000;23:31-38.
55. Koyigt H, Aydemir , Fişek G, lmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Trke versiyonunun gvenirliği ve geerliği. *İla ve Tedavi Dergisi* 1999;12:102-106.
56. Korte J de, Mombers FMC, Sprangers MAG, Bos JD. The Suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: A Systematic literature review. *Arch Dermatol* Sept 2002;138:1221-1227.
57. Wright J, Young M. A Comparison of different indices of responsiveness. *J Clin Epidemiol.* 1997;50:239-246.
58. Chen SC, Yeung J, Chren MM. Scalpdex: A Quality-of-life instrument for scalp dermatitis. *Arch Dermatol* 2002;138:803-807.
59. Sampogna F, Sera F, Abeni D. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: A Cluster analysis. *J Invest Dermatol* 2004;122:602-607.
60. Rapp SR, Feldman SR, Exum L, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:401-407.
61. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1417-1432.

62. Kutlay S, Küçükdeveci AA, Gönül D, Tennant A. Adaptation and validation of the Turkish version of the rheumatoid arthritis quality of life scale. *Rheumatol Int* 2003;23:21-26.
63. Kılıç C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Özgen G, Sağduyu A, Öztürk MO. General health questionnaire (GHQ12&GHQ28): Psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1997;32:327-331.
64. Herdman M, Fox - Rushby J, Badia X. A Model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The Universal approach. *Quality of Life Res*;7:323-335.
65. Merriam-Webster Medical Dictionary, © 2002 Merriam-Webster, Inc.
66. Linnet J, Jemec GBE. An Assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999;140:268-272.
67. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen H, Mortensen JT, Wulf HC. Dermatology life quality index: Data from Danish inpatients and outpatients. *Acta Derm Venereol* 2000;80:272-276.
68. Kent G, Al - Abadie M. Factors affecting responses on dermatology life quality index items among vitiligo sufferers. *Clin and Exp Dermatol* 1996;21:330-333.
69. Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: A Structured review of literature. *Br J Dermatol* 2003;149:452-456.

70. Thomson KF, Wilkonson SM, Sommer S, Pollock B. Epidemiology and health services research eczema: Quality of life by body site and the effect of patch testing. *Br J Dermatol* 2002;146:627-630.
71. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The Contribution of stigmatisation to disability with psoriasis patients. *J Psychosom Res* 2001;50:11-15.
72. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad A. The Impact of psoriasis on quality of life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient - membership survey. *Arch Dermatol* 2001;137:280-284.
73. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: A Study of moderately to severely affected people. *Int J Dermatol*. 1997;36:259-262.
74. Finlay AY, Coles EC. The Effect of severe psoriasis on quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995;132:236-244
75. Şirin A, Seber G, Tekin D, Erkmen H, Sabuncu İ, Özüntürk E. Psöriyasis ve alopesia areatalı olgularda depresyon. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Ankara; Eylül 1988.
76. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2001;13:7-8.
77. Devrimci - Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The Depression, anxiety, life satisfaction and effective express levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:267-271.

78. Aktan S, Özmen E, Sanlı B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology clinic. *Dermatol* 1998;197:230-234.
79. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An Issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000;143:983-991.
80. Sampagno F, Picardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Masini D. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med* 2004;66:620-624.
81. Wittkowski A, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. The Impact of psychological and clinical factors on quality of individuals with atopic dermatit. *J Psychosom Res* 2004;57:195-200.
82. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths C. A Cognitive - behavioural management programme and adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002;146:458-465.
83. Seng TK, Nee TS. Group Therapy: A Useful and supportive treatment for psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1997;36:110-112.

9. EK-1 SKINDEX-29

1. My skin hurts. (sx)
2. My skin condition affects how well I sleep. (fn)
3. I worry that my skin condition may be serious. (em)
4. My skin condition makes it hard to work or do hobbies. (fn)
5. My skin condition affects my social life. (fn)
6. My skin condition makes me feel depressed. (em)
7. My skin condition burns or stings. (sx)
8. I tend to stay at home because of my skin condition. (fn)
9. I worry about getting scars from my skin condition. (em)
10. My skin itches. (sx)
11. My skin condition affects how close I can be with those I love. (fn)
12. I am ashamed of my skin condition. (em)
13. I worry that my skin condition may get worse. (em)
14. I tend to do things by myself because of my skin condition. (fn)
15. I am angry about my skin condition. (em)
16. Water bothers my skin condition (bathing, washing hands). (sx)
17. My skin condition makes showing affection difficult. (fn)
19. My skin is irritated. (sx)
20. My skin condition affects my interactions with others. (fn)
21. I am embarrassed by my skin condition. (em)
22. My skin condition is a problem for the people I love. (fn)
23. I am frustrated by my skin condition. (em)
24. My skin is sensitive. (sx)
25. My skin condition affects my desire to be with people. (fn)
26. I am humiliated by my skin condition. (em)
27. My skin condition bleeds. (sx)
28. I am annoyed by my skin condition. (em)
29. My skin condition interferes with my sex life. (fn)
30. My skin condition makes me tired. (fn)

10. EK-2 SKİNDEKS-29'UN TÜRKÇE UYARLAMASI

1. Cildim acıyor.
2. Cild rahatsızlığım uyku kalitemi etkiliyor.
3. Cilt rahatsızlığımın ciddi olabileceğinden endişeleniyorum.
4. Cild rahatsızlığım, çalışmamı ve hobilerimle uğraşmamı güçleştiriyor.
5. Cild rahatsızlığım sosyal hayatımı etkiliyor.
6. Cild rahatsızlığım yüzünden kendimi depresif (ruhsal çöküntü içinde) hissediyorum.
7. Cild problemimde yanma veya batma hissediyorum.
8. Cild problemim yüzünden evde kalmayı tercih ediyorum.
9. Cild rahatsızlığımın iz bırakmasından endişe ediyorum.
10. Cildim kaşınıyor.
11. Cild problemim sevdiğilerimle yakınlaşmama engel oluyor.
12. Cild rahatsızlığımdan dolayı utanıyorum.
13. Cild rahatsızlığımın daha kötüye gitmesinden endişe ediyorum.
14. Cild rahatsızlığım yüzünden birçok şeyi yalnız yapmayı tercih ediyorum.
15. Cild rahatsızlığımdan dolayı kızgınım.
16. Su cild problemimi rahatsız ediyor (banyo yapmak, ellerimi yıkamak vs.)
17. Cild rahatsızlığım duygularımı ifade etmemi güçleştiriyor.
19. Cildim tahriş oluyor.
20. Cild rahatsızlığım diğer insanlarla ilişkilerimi etkiliyor.
21. Cild problemimden dolayı mahcubiyet duyuyorum.
22. Cild rahatsızlığım sevdiğim insanlar için problem oluyor.
23. Cild rahatsızlığım yüzünden çaresiz kaldığımı, cesaretimin kırıldığımı hissediyorum.
24. Cildim hassas.
25. Cild rahatsızlığım insanlarla birlikte olma isteğimi azaltıyor.
26. Cild rahatsızlığım yüzünden kendimi küçük düşmüş hissediyorum.
27. Cild problemimde (lezyonumda) kanamalar oluyor.
28. Cild problemim beni rahatsız ediyor.
29. Cild rahatsızlığım cinsel hayatımı etkiliyor.
30. Cild rahatsızlığım beni yoruyor.

Cild probleminizle ilgili sizi en çok rahatsız eden şey nedir? (Lütfen detaylı olarak yazınız)

1-30 numaralı sorular için kullanılan beşli seçenek grubu:

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman

