

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**6-17 YAŞ GRUBU ŞARK ÇIBANI HASTALARINDA ŞARK ÇIBANI
TEDAVİSİ ÖNCESİ VE SONRASI PSİKOSOSYAL DURUM VE
YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİM İLE BUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Şule ALLAHVERDİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İbrahim KORUK

ŞANLIURFA
2020

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**6-17 YAŞ GRUBU ŞARK ÇIBANI HASTALARINDA ŞARK ÇIBANI
TEDAVİSİ ÖNCESİ VE SONRASI PSİKOSOSYAL DURUM VE
YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİM İLE BUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Şule ALLAHVERDİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İbrahim KORUK

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü tarafından tarih ve
Protokol numarası ile desteklenmiştir/desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA
2020

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımın bu evresinde pek çok farklı duyguyu bir arada yaşamak ve hissetmek, hem bitişlere, hem de farklı başlangıçlara yeni kapıların açılıyor olması benim için oldukça heyecan verici. İlkokul sıralarından itibaren atladığım her aşamada kendime yeni hedefler koymaya, yeni aşamalar kaydedip yeni bilgiler ve beraberinde yeni dostluklar edinmeye çalıştım. Her yaşananı hatırlanır kılıp anı tarihe bir not bırakmak istedim. Nitekim 4 yıllık uzmanlık eğitimi sürecimde de güzel hatıralar ve güzel dostluklar biriktirdim. Üzüntülü ve endişeli zamanlarımız da oldu, mutlu ve keyifli anlarımız da. Sevgili Prof. Dr. İbrahim KORUK hocamın bana hem akademik, hem kişilik, karakter ve sosyal anlamda tarifsiz katkıları oldu. Ona sonsuz teşekkürlerimi iletmek istiyorum. Değerli Burcu BEYAZGÜL hocam, uzmanlık eğitimim boyunca pek çok şey paylaştığım değerli bölüm arkadaşlarım başta Sonay GÖKÇEOĞLU ve Rüstem KUZAN, aramıza yeni katılan Ahmet GÜNDÜZALP ve Fatma Büşra ERBEN'e, sevgili Canan ÇELEBİ ve Ezgi TEMEL AFŞAR'a, Nur ALPARSLAN'a çokça teşekkür etmek istiyorum. İyi ki sizlerle karşılaşmışım.

Bu süreçte desteği her zaman yanımda olan sevgili aileme; daima bana güvenini, desteğini ve sevgisini hissettiren eşim Saidnur'a, küçüğüm Ayşe Melek'e o güzel gülücüklerini yüzünden asla esirgemediği ve evimize mutluluk sağtığı için teşekkür ediyorum.

Yeni hedeflere, yeni başarılarla ve yeni dostluklara...

Dr. Şule ALLAHVERDİ

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
KISALTMALAR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Layşmanyazis	2
2.2. Kutanöz Layşmanyazis	2
2.2.1. Tanım	2
2.2.2. Epidemiyoloji	2
2.2.3. Etyopatogenez	3
2.2.4. Klinik	5
2.2.5. Tanı	7
2.2.6. Tedavi	8
2.2.7. Korunma ve Kontrol	12
2.3. Psikodermatoloji	14
2.4. Anksiyete ve Depresyon Epidemiyolojisi ile Çocuklardaki Durumu	15
2.4.1. Dermatolojik Sorunlarla Anksiyete ve Depresyon İlişkisi	16
2.5. Yaşam Kalitesi	17
2.5.1. Yaşam Kalitesinin Epidemiyolojisi ve Çocuklarda Yaşam Kalitesi	18
2.5.2. Dermatolojik Sorunlarda Yaşam Kalitesi ve Damgalanma	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22

3.1. Araştırmanın temel özellikleri	22
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.3. Tanımlar	23
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu	23
3.4.2. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised)	23
3.4.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory)	24
3.4.4. Çocuklar İçin Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (Children's Dermatology Life Quality Index)	24
3.4.5. Damgalanma	25
3.4. Araştırmanın Uygulanması	25
3.5. Etik İzin ve Araştırma Giderleri	25
3.6. İstatistik Analizler	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
7. KAYNAKLAR	39
8. EKLER	48
Ek-1: Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu	48
Ek-2: Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised)	49
Ek-3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory-CDI)	50
Ek-4: Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (ÇDYKİ) (Children's Dermatology Life Quality Index-CDLQI)	54

Ek-5: G-Power Örnek Büyüklüğü Hesabı	56
Ek-6: Etik Kurul Kararı	57
Ek-7: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı	58
Ek-8: Turnitin Raporu	61



Tablo-1: Kutanöz layşmanyazis hastası çocuklarda lezyon özellikleri ve sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	27
Tablo-2: Kutanöz layşmanyazis hastası çocuklarda tedavi öncesi ve sonrası psikososyal durum ve yaşam kalitesi ve damgalanma düzeyleri	28
Tablo-3: ÇSAÖ-Y puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi	30
Tablo-4: ÇDÖ puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi	31
Tablo-5: ÇDYKİ puanlarının izlem aralıkların ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi	32
Tablo-6: Damgalanma puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA NO

Şekil-1: Layşmanyazis yaşam döngüsü

4

Şekil-2: KL Klinik Tanı ve Tedavi Uygulama Kılavuzu (Amerika Bulaşıcı Hastalıklar Derneği-
Infectious Diseases Society of America)

9

Şekil-3: KL hastası çocuklarda tedavi öncesi ve sonrası psikososyal durum, yaşam kalitesi ve
damgalanma düzeyleri

29



KISALTMALAR

TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CDC	: Center for Disease Control
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KL	: Kutanöz Layşmanyazis
VL	: Visseral Layşmanyazis
PKDL	: Post-kala-azar dermal layşmanyazis
ŞÇTTM	: Şark Çıbanı Tanı ve Tedavi Merkezi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
AD	: Atopik Dermatit
AA	: Alopesi Areata
ÇSAÖ-Y	: Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim
ÇDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇDYKİ	: Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi Indexi
SİYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
PCR	: Polymerase Chain Reaction
H&E	: Hematoksilen ve Eozin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
DEET	: N, N-diethylmetatoluamid
SbV	: Pentavalent antimon bileşikleri
SARS CoV-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2

ÖZET

6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisi Öncesi ve Sonrası Psikososyal Durum Ve Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişim İle Bunu Etkileyen Faktörler

Dr. Şule ALLAHVERDİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Amaç: Araştırma 6-17 yaş grubu şark çıbanı tanısı ile tedavi alan hastalarda; tedavi öncesine göre tedavi sonrasında psikososyal durum ve yaşam kalitesi düzeyindeki değişimi belirlemeyi ve bu değişime bazı sosyodemografik değişkenlerin etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Yarı deneysel tipte bir araştırmadır. Kasım 2019- Kasım 2020 tarihleri arasında Şanlıurfa Şark Çıbanı Tanı ve Tedavi Merkezi(ŞÇTTM)'nde yürütülmüştür. Araştırmaya KL şüphesi ile ŞÇTTM'ne başvuran ve KL tanısı alan, ŞÇTTM'inde 5 değerlikli antimon bileşikler ile yapılan rutin tedaviyi kabul eden 6-17 yaş grubunda bulunan 48 çocuk dahil edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan çocukların ortanca yaşı 11.5 (ortalama 11.4 $\pm$ 2.7) yıldır. Hastaların %41.7'sinde lezyonlar yüz bölgesinde bulunmaktadır. Hastaların ailelerinin %47.9'u mevsimlik tarım işçiliği yapmaktadır. Çalışmada sosyal anksiyetenin tedavi sonrası 3.ayın bitiminde azalmaya başladığı, tedavi sonrası 6.ayın bitiminde de devam ettiği gözlenmiştir. Depresyon puanının, tedavi sonrası 3.ayın bitiminde azaldığı ve tedavi sonrası 6. Ayın bitiminde de aynı düzeyde devam ettiği gözlenmiştir. Bu araştırmada, damgalanma puanı, tedavi sonrası 3.ayın bitiminde azalmış ve tedavi sonrası 6.ayın bitiminde de aynı düzeyde devam etmiştir($p \leq 0.05$).

Sonuç: Şark çıbanı hastası çocuklarda rutin tedavinin tamamlanması anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve damgalanmayı olumlu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: şark çıbanı, çocuklar, psikososyal, yaşam kalitesi, damgalanma, tedavi arama davranışı

ABSTRACT

Psychosocial Status and Changes in Quality of Life Level and the Factors Affecting This in 6-17 Age Group Cutaneous Leishmaniasis Patients Before and After Cutaneous Leishmaniasis Treatment

Dr. Sule ALLAHVERDI

Specialty Thesis, Department of Public Health

Objective: The study was conducted in 6-17 age group patients who were treated with the diagnosis of cutaneous leishmaniasis; It aims to determine the change in psychosocial status and quality of life after treatment compared to pre-treatment and to evaluate the impact of some sociodemographic variables on this change.

Method: It is a semi-experimental type of research. It was conducted between November 2019 and November 2020 at the Sanliurfa Cutaneous Leishmaniasis Diagnosis and Treatment Center (SCLDTC). The study included 48 children in the 6-17 age group, who applied to the SCLDTC with the suspicion of CL and were diagnosed with CL and accepted routine treatment with pentavalent antimony in the SCLDTC.

Results: The median age of the children participating in the study is 11.5 (mean 11.4 ± 2.7) years. In 41.7% of the patients, the lesions are on the face. 47.9% of the patients' families are engaged in seasonal agricultural work. It was observed in the study that social anxiety started to decrease at the end of the 3rd month after treatment and continued at the end of the 6th month after treatment. It was observed that the depression score decreased at the end of the 3rd month after treatment and continued at the same level at the end of the 6th month after treatment. In this study, the stigma score decreased at the end of the 3rd month after treatment and continued at the same level at the end of the 6th month after treatment ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Completion of routine treatment positively affects anxiety, depression, quality of life and stigma in children with cutaneous leishmania.

Keywords: cutaneous leishmaniasis, children, psychosocial, quality of life, stigma, treatment seeking behavior



1. GİRİŞ

Layşmanyazis hastalığı, enfekte dişi tatarcıkların ısırmasıyla bulaşan karaciğer tutulumundan cilt tutulumuna farklı vücut sistemlerini etkileyebilen bir hastalıktır. Dünyada yaklaşık 98 ülkede 12 milyona yakın insan layşmanyazise yakalanmış durumdadır, 350 milyon kişinin ise bulaşma riski ile karşı karşıya olduğu bildirilmektedir. Her yıl bu rakamlara 2 milyon yeni vakanın eklendiği, bu vakaların yaklaşık 1,5 milyonunun kutanöz layşmanyazis (KL) olduğu tahmin edilmektedir (1, 2).

Yeryüzünde genellikle sosyoekonomik durumları kötü insanları etkileyen layşmanyazisin en sık görülen formu kutanöz layşmanyazistir ve halk arasında ‘Şark Çıbanı’ olarak bilinmektedir (3, 4).

Türkiye’de, Güneydoğu Anadolu Bölgesi KL açısından endemik bir bölgedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Türkiye’de 1990-2010 yılları arasında saptanan bütün KL vakalarının yarısından fazlası Şanlıurfa ilinde belirlenmiştir(5). Bunların yaklaşık %70’ini 0-19 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklardaki lezyonların %50’ye yakını baş-boyun bölgesinde bulunmaktadır (6).

KL lezyonları aktif dönemde genellikle papül olarak başlayıp nodül ve plak aşamalarıyla seyretmektedir (7). Hastalık tek başına ciddi bir mortalite ve morbidite sebebi olmamakla birlikte KL lezyonları zamanla eritem, ödem ve hatta kronik ülseratif lezyonlara dönüşerek kalıcı skar ile iyileşme gösterebilmektedir. İstenmeyen bu skarlı görünüm yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte damgalanma gibi çeşitli sosyal problemlere ve psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir (8, 9).

Dermatolojik rahatsızlıkların çocukların psikososyal durumu ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir (10). KL hastalığı geçiren çocuk ve ergenlerde de anksiyete, depresyon gibi psikososyal problemlerin topluma göre daha sık gözlemlendiği bildirilmektedir (11).

Araştırma 6-17 yaş grubu KL tanısı ile tedavi alan hastalarda; tedavi öncesine göre tedavi sonrasında psikososyal durum ve yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin süresini belirlemeyi ve bu değişime bazı sosyodemografik değişkenlerin etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Layşmanyazis

“Layşmanyazis” vektör aracılı bir hastalıktır ve 20’den fazla *Leishmania* türünden protozoan parazitlerin yol açtığı hastalıkları tanımlar. Bu parazitler, enfekte dişi flebotom tatarcıklarının ısırıklarıyla insanlara bulaşır. Tatarcıklar 2-3 mm uzunluğundaki sivrisineklerdir. Parazitin tipine ve konağın immünolojik yanıtına göre hastalık kutanöz, mukokutanöz ve visseral layşmanyazis şeklinde üç farklı formda karşımıza çıkabilir. Layşmanyazisten sorumlu mikroorganizma bir asırdan fazla süredir keşfedilmesine rağmen özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Parazit kökenli hastalıklar içinde sıtmadan sonra tedavisi ve kontrolü zor olan ikinci hastalıktır. Hastaların büyük çoğunluğunun yoksulluk ve kırsal bölgelerde yaşama gibi nedenlerden dolayı tanı ve tedavi hizmetlerine yeterince ulaşamamaktadır (12).

2.2. Kutanöz Layşmanyazis

2.2.1. Tanım

Halk arasında Şark Çıbanı olarak bilinen kutanöz layşmanyazis (KL), kendiliğinden iyileştiğinde şekil bozukluğuna yol açabilen bir deri hastalığıdır. KL hastalığına yol açan parazitlerin farklı tiplerinin yol açtığı ve farklı coğrafik bölgelerde görülen iki temel klinik formu vardır. Orta ve Güney Amerika’da gözlenen klinik forma “Yeni Dünya KL”si, Güney Avrupa, Ortadoğu, Güneybatı Asya ve Afrika ve Türkiye’deki klinik forma ise “Eski Dünya KL”si adı verilmektedir (13).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 72’si gelişmekte olan ülkeler olmak üzere yaklaşık 98 ülkede 350 milyondan fazla insan aktif parazit bulaşmasının olduğu alanlarda yaşamaktadır. Bunların 20 milyondan fazlası aktif layşmanyazis hastası olup her yıl bu sayıya tahminen 1-1,5 milyonu kutanöz, 500 bin visseral ve mukokutanöz olmak üzere toplam 1,5-2 milyon hasta eklenmektedir. Layşmanyazisin yol açtığı mortalite ve morbidite tüm dünyada tahminen 2-4 milyon “sağlıksız olarak sürdürülen yaşam yılına” neden olmaktadır (14).

Ülkemizde yaklaşık 50 milyon kişi bu enfeksiyon açısından risk altındadır. Tahmini yıllık yeni olgu sayısı 5000 civarındadır. Bunların önemli bir kısmı hastalığın endemik olduğu Şanlıurfa,

Diyarbakır, Osmaniye, Mardin, Hatay, Kahramanmaraş, Adana, İçel ve Antalya'dan bildirilmektedir (5, 15). Bu yerleşimler vektöre, parazite ve rezervuar konağa etki eden benzer ekolojik özellikler göstermektedir(16). Bununla birlikte hastalık; insan hareketlerinin artması ile birlikte endemik bölgeler dışında da görülmeye başlamıştır. Nitekim, endemik bölgelerden endemik olmayan bölgelere doğru kalıcı veya mevsimlik tarım işçiliği, ticaret ve turizm amaçlı insan hareketleri olurken, endemik olmayan bölgelerden endemik bölgelere doğru tarım ve sulama projeleri, baraj ve petrol işletmeleri nedeniyle de giderek artan sayıda insan hareketleri gözlenmektedir. Ayrıca son yıllarda sayıları yaklaşık 3 milyona ulaşan Suriyeli mülteciler ile birlikte KL olgularında belirgin bir artış bildirilmektedir. Türkiye'nin çeşitli bölgelerine dağılan söz konusu mülteciler arasından 2013 yılında 2000'den fazla importe KL olgusu raporlanmıştır (13). Ancak bununla birlikte gerçek rakamların bildirilenden çok daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir (17).

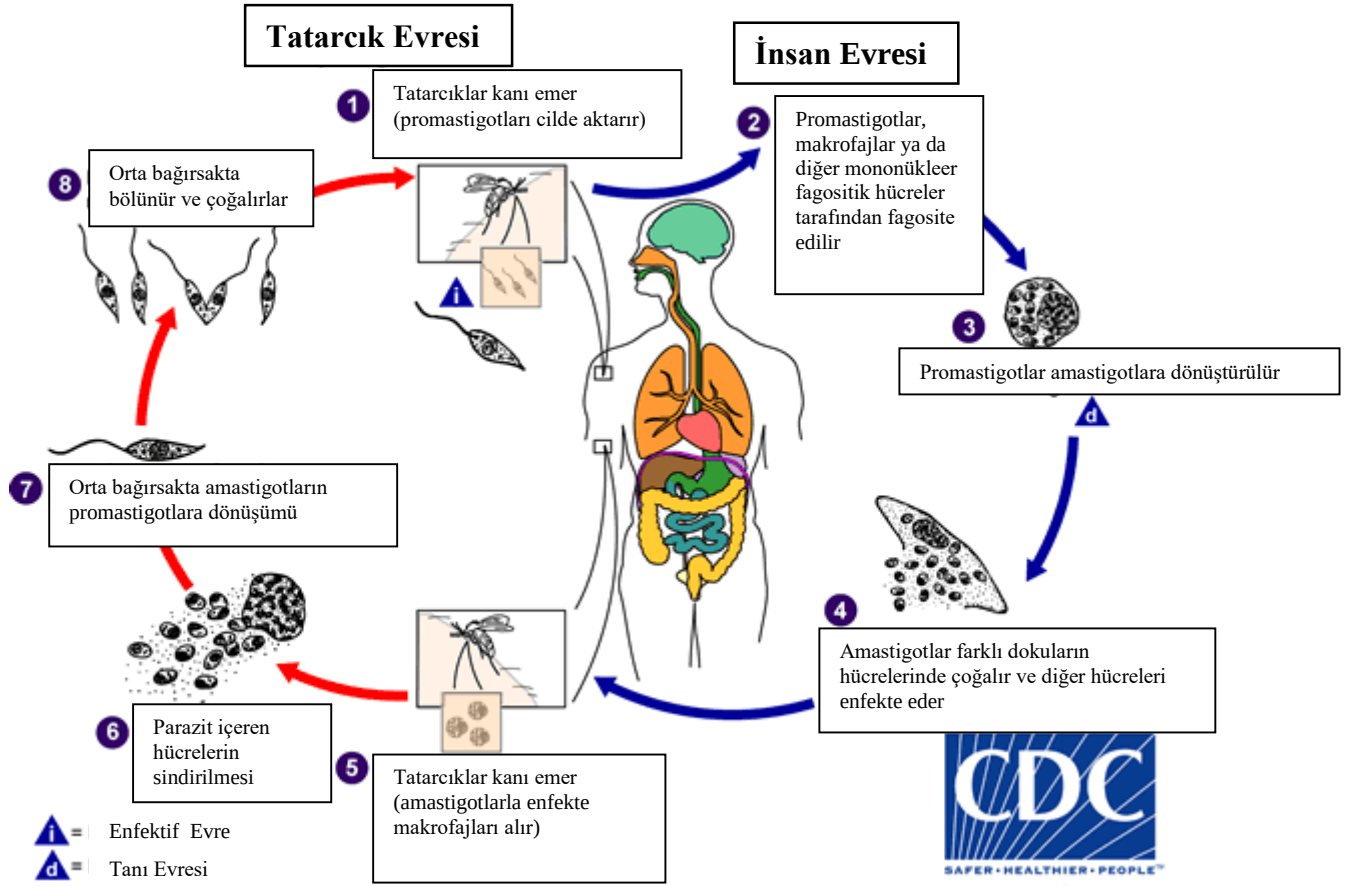
Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında son 20 yılda görülen KL vakalarının ortalama %45'i Şanlıurfa ili kaynaklı olup daha çok hayvan barınaklarının bulunduğu, alt yapının yetersiz olduğu, sosyoekonomik düzeyi düşük yerleşim yerlerinde daha sık görülmektedir. Bunun yanında vakalar çoğunlukla merkez ilçelerden olmak üzere her ilçeden bildirimler yapılmaktadır. KL vakalarının ortalama %65'i ilk ve orta öğretim dönemindeki çocuklarda görülmektedir. Bu durum okul taramalarına olan ihtiyacı arttırmıştır(15).

Türkiye'den bildirilen olgu sayıları son yıllarda yaklaşık 2500 düzeylerinde seyretmektedir (18).

2.2.3. Etyopatogenezi

Kutanöz layşmanyazis, dişi tatarcıkların ısırığı ile bulaşır. Tatarcıklar, enfekte cildi ısırıldığında bir havuz oluşturur. Kesik ve testere benzeri kenarları olan ağız kısımlarıyla, amastigotlarla dolu birkaç makrofaj içeren dermisin dokusunu çizer ve kanla karıştırırlar. Bu havuzlardan kanı emerek, sadece kanı değil, aynı zamanda amastigotlu makrofaj içeren dermisin dokusunu da bozarlar. Dişi tatarcıklar tarafından amastigot olarak enfekte canlılardan alındıktan sonra orta bağırsakta uygun sıcaklık ve pH koşullarında promastigot forma dönüşerek çoğalır. Orta bağırsakta epitel hücrelerine yapışan promastigotlar farklı morfolojik değişimler sonrası yaklaşık 1 haftada enfektif özellikte olan metasiklik promastigota dönüşür ve bu dönüşen promastigotlar tatarcığın yeniden kan emmesi sırasında da başka bir kişiye bulaştırılır. Dermiste makrofajlar tarafından fagositoza uğrayan parazit, kamçısını kaybederek amastigot forma dönüşür, sonrasında

çoğalarak makrofajları patlatıp hücre dışına hareket eden amastigotlar diğer makrofajları da enfekte ederler (Şekil1). Parazitler yeterli sayıya ulaştığında ve konağın bağışıklık sisteminin durumuna göre enfeksiyon yerleşir ve lezyon kızarıklık veya sivilce şeklinde başlar (19).



Şekil-1: Layşmanyazis yaşam döngüsü (20)

Layşmanyazis genel itibariyle bağışıklık sistemi ile yakından ilişkili bir enfeksiyon olduğu için birçok kişide parazit elimine edilip enfeksiyon başlamaz. Türkiye’de Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde en sık görülen etken tür *Leishmania tropica*’dır ve bu türde bulaş antroponotik olarak da isimlendirilen enfekte insan-vektör-insan döngüsü şeklinde gerçekleşmektedir. Vektör aracılı bulaşın olduğu bölgelerde, hastaların ayrı ayrı etkili tedavisi parazitin yayılmasının kontrolünde önemli bir yöntemdir (20).

Hastalığa taşıyıcılık yapan erişkin tatarcıkların aktiviteleri ilkbahar sonu ve yaz aylarının başlangıcında başlar ve havaların soğuduğu dönemlere kadar devam eder. Güneydoğu Anadolu için bu dönem genellikle Mayıs-Ekim aylarıdır ve bu sezona “bulaşım sezonu” adı verilir. İklim koşulları ve hava durumunun uygun olduğu alanlarda tatarcığın yaşam döngüsü bir sezonda 2-3 defa

gerçekleşebilir. Endemik bölgelerde bulaş, tatarcıkların aktif olduğu Nisan-Eylül ayları ile daha sıcak seyreden Haziran-Ağustos aylarında gerçekleşmektedir. İnkübasyon dönemi göz önünde bulundurulduğunda da lezyonlar daha çok Ekim ayı ile Şubat ayına kadar olan dönemde ortaya çıkmaktadır, hastaların sağlık merkezlerine başvuruları da çoğunlukla bu dönemde olmaktadır. Çukurova’da ise KL lezyonları daha erken dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu durum bulaşın daha erken dönemde görüldüğünü veya inkübasyon periyodunun daha kısa sürdüğünü düşündürmektedir (5).

İklimsel faktörlerin vektörün yaşam alanlarını artırabileceği ve beraberinde hastalığın kuzey bölgelere doğru ilerleyebileceği öngörülmektedir. Şanlıurfa’da gerçekleştirilen çalışmalarda 16 farklı tatarcık türü saptanmıştır. En sık görülen türler *Phlebotomus papatasi* ve *P. Perfiliewi* ve *P. sergenti*’dir ve Mayıs-Ekim ayları arasındaki dönemde tatarcık türlerinin popülasyonlarının en fazla sayıya ulaştığı ve kış aylarında aktif olmadıkları gözlenmiştir (21, 22). Yapılan çalışmalarda Şanlıurfa’da etkenin *L. tropica*, Çukurova’da ise *L. tropica* ve *L. infantum* olduğu biyolojik yöntemlerle gösterilmiştir(23).

Vektör aracılı kutanöz layşmanyazis salgınları, on yıllarca süren savaş ve iç huzursuzluğun, hastalığın yayılmasını destekleyen ve kontrolünü özellikle zorlaştıran koşullar yarattığı durumlarda endişe verici düzeylere ulaşmıştır. Bunlara örnek olarak; Afganistan’da tablo endişe verici düzeylere ulaşmış, 2002’de Kabil’de tahminen 100.000 vaka ile ciddi artışlar yaşanmıştır. Hastalığa karşı dirençlerinin düşük olması nedeniyle, geri dönen mülteciler ve Kabil’deki diğer yerlerinden edilmiş kişiler enfeksiyona açık yüksek risk gruplarına dönüşmüştür. Ayrıca 2004’ten bu yana Pakistan’ın güney illerinde, 2003’teki yıkıcı depremden sonra İran’da, İslam Cumhuriyeti İran’da, Çad’da Treguine kamplarında, 2007’de Halep ve Suriye’nin çeşitli illerinde kutanöz layşmanyazis salgınları görülmüştür (14).

2.2.4. Klinik

Hastalığın oluşum ve iyileşme sürecini, konağın ve parazitin özellikleri belirlemektedir. Layşmanyazis genel itibarıyla bağışıklık sistemi ile kişide elimine edilir ve klinik enfeksiyon gelişmez (24).

Klinik olarak birkaç farklı layşmanyazis formu bulunmaktadır. Bunlardan en sık görüleni kutanöz layşmanyazis (KL) olmak üzere, visseral layşmanyazis, mukokutanöz layşmanyazis ve post-kala-azar dermal layşmanyazistir (14, 20).

Visseral layşmanyazis; çoğunlukla iç organları (genellikle dalak, karaciğer ve kemik iliği) etkileyen ve yaşamı tehdit edebilen formdur. Hastalık tipik olarak tatarcık ısırtığının olduğu aylar içinde gelişir. Etkilenen kişilerde genellikle ateş, kilo kaybı, dalakta ve karaciğerde büyüme ve düşük kan sayımı (anemi, lökopeni, trombositopeni) vardır (20).

Mukokutanöz layşmanyazis; genellikle kutanöz enfeksiyonun belirgin iyileşmesinden sonra ortaya çıkar, ancak cilt tutulumu ile birlikte var olabilir. Lezyonlar normalde kutanöz enfeksiyondan sonra 2 yıl içinde ortaya çıkar, ancak 30 yıla kadar sürebilir. Enfeksiyon yayılma yolu hematojen veya lenfatik olabilir. Nazal ve mukozal boşluklar çoğunlukla etkilenirken; ülseratif lezyonlar orofarenks ve nefes borusuna kadar uzanabilir. Kıkırdak yapılar ve ses telleri parazite duyarlı iken; kemik yapılar korunur. Mukokutanöz layşmanyazis belirgin düzeyde şekil bozukluğuna yol açabilir ve hatta hayatı tehdit eden boyutlara ulaşabilir; hastalığı kontrol altına almak için tedavi şarttır. Endemik ülkelerde, sonradan mukozal tutulumu olan kutanöz layşmanyazis vakalarının yüzdesi yaklaşık % 3 ile % 5'tir, ancak bazı bölgelerde % 20 veya daha fazla olabilir (25).

Post-kala-azar dermal layşmanyazis (PKDL); visseral hastalık tedavisi sırasında veya tedaviden birkaç ay sonra yüz, boyun, gövde ve üst ekstremitelerde non-papüler döküntüler ortaya çıkar, sonrasında bu görünümü nodüller takip eder. İlk kez Hindistan'da visseral tutulumun tedavisi sonrası yaklaşık %20 hastada yıllar içerisinde ortaya çıkan kutanöz lezyonların belirlenmesi üzerine Bramachari tarafından tanımlanmıştır (26). Doğu Afrika'da visseral layşmanyazis sonrası yaklaşık %2 düzeyinde hastada PKDL görülmektedir (26). Bu form morfolojik bozukluk oluşturmamakla birlikte çoğunlukla kendiliğinden düzelme eğilimindedir. Benzer seyirde hastalıkların mevcut olması hastalığa yaklaşım ve tedavi süreci açısından ayırıcı tanıyı zorunlu kılmaktadır (27).

Kutanöz layşmanyazis lezyonu enfekte olmuş dişi tatarcıkların ısırıldığı yüz, eller, ayaklar gibi kıyafetle örtülü olmayan vücut bölgelerinde bir papül olarak başlar. Haftalar aylar sonra merkezinde yapışık kabukla kaplı ülser bulunan büyümüş bir nodül/plak görüntüsüne dönüşür. Ülserleşmiş lezyon üzerindeki kabuk kaldırıldığında alt kısımda çivi benzeri çıkıntılar bulunur, bu çıkıntılara Dr. Hulusi Behçet'in "çivi belirtisi" (Signe de clou)" adı verilir (14). Lezyon kenarlarının

sağlıklı deriden merkeze doğru krater şeklindeki yükselmesi ise “volkan belirtisi” olarak adlandırılır (15).

Çok sayıda ısırılma varlığında pek çok lezyon görülebilir ve bu lezyonlar çoğunlukla benzer özelliktedirler. Lenfatik yayılım neticesinde nodüler lenfanjit tablosu oluşabilir. İkincil bakteriyel enfeksiyon görülmedikçe genelde lezyonlar ağrısızdır. *L. tropica*’nın neden olduğu KL; daha çok kırsal olmayan alanlarda görülür. Yavaş bir seyirle ülserleşen lezyonlar çoğunlukla bir yıl ve daha uzun bir sürede skatris bırakarak iyileşir. İnkübasyon periyodu 2-8 aydır. *L. major*’ün yol açtığı KL ise kırsal alanlarda daha çok görülür. Lezyonlar şiddetli inflame ve ülser olup, 2-8 ayda iyileşirler. Lezyonlar fonksiyon bozukluğuna kadar gidebilen skatrize görünüme ulaşabilir. *L. infantum*’un yol açtığı KL, Akdeniz bölgesinde daha çok görülür. *L. infantum* çocuklarda visseral layşmanyazis tablosuna da neden olabilir. Akut KL lezyonları 1-2 yıllık bir süre içerisinde ciltten çökük skatris bırakarak iyileşir. 2 yıldan daha uzun süre devam eden lezyonlar kronik KL olarak gruplandırılır (19). Kronik KL, lupoid ve rezidivan layşmanyazis olarak gruplandırılır. Primer lezyonların iki yıldan uzun sürmesi lupoid layşmanyazisi, iyileşmiş primer lezyonun skatrisinin üzerinden aylar/yıllar sonra tekrar aktive olması ise rezidivan layşmanyazisi tanımlamaktadır. Rezidivan KL’ye genellikle *L. tropica* etkeninden kaynaklanmaktadır. Lezyonda amastigotların az bulunması tanıda gecikmelere yol açabilir (28). Özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde kutanöz form ilerleyerek dissemine (diffüz KL) hale gelebilir. Eski Dünya layşmanyazisinde mukozal lezyonlar daha nadir görülmektedir ancak yaşlı veya bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde mukozal yayılma olabilir (19).

2.2.5. Tanı

Endemik bölgelerde bulunan veya bu bölgelere seyahat öyküsü olanlarda gelişen ülser nodül ve/veya plak şeklindeki lezyonlar çoğunlukla tanı konulması daha kolay olmakla birlikte, farklı ve geniş klinik benzerlikler nedeniyle ayırıcı tanı önemlidir. Tanıda en önemli basamak klinik olarak KL hastalığı ihtimalini düşündürmektir. Ardından tanı uygun laboratuvar tekniklerinden birisi ile doğrulanmalıdır. Yüksek spesifitesi nedeniyle etkeni göstermek için kullanılan parazitolojik tanı altın standarttır (13).

1. Dermal kazıntı smear’i (Giemsa ile boyanır ve direkt mikroskopik inceleme yapılır)
2. Kültür (Nicolle Novy-MacNeal besi yerine biyopsi materyali ya da ince iğne aspiratı ekilir),

3. İnsizyonel biyopsi (H&E ve Giemsa ile boyanır),
4. PCR (lezyon aspiratlarında veya biyopsi materyalinde).

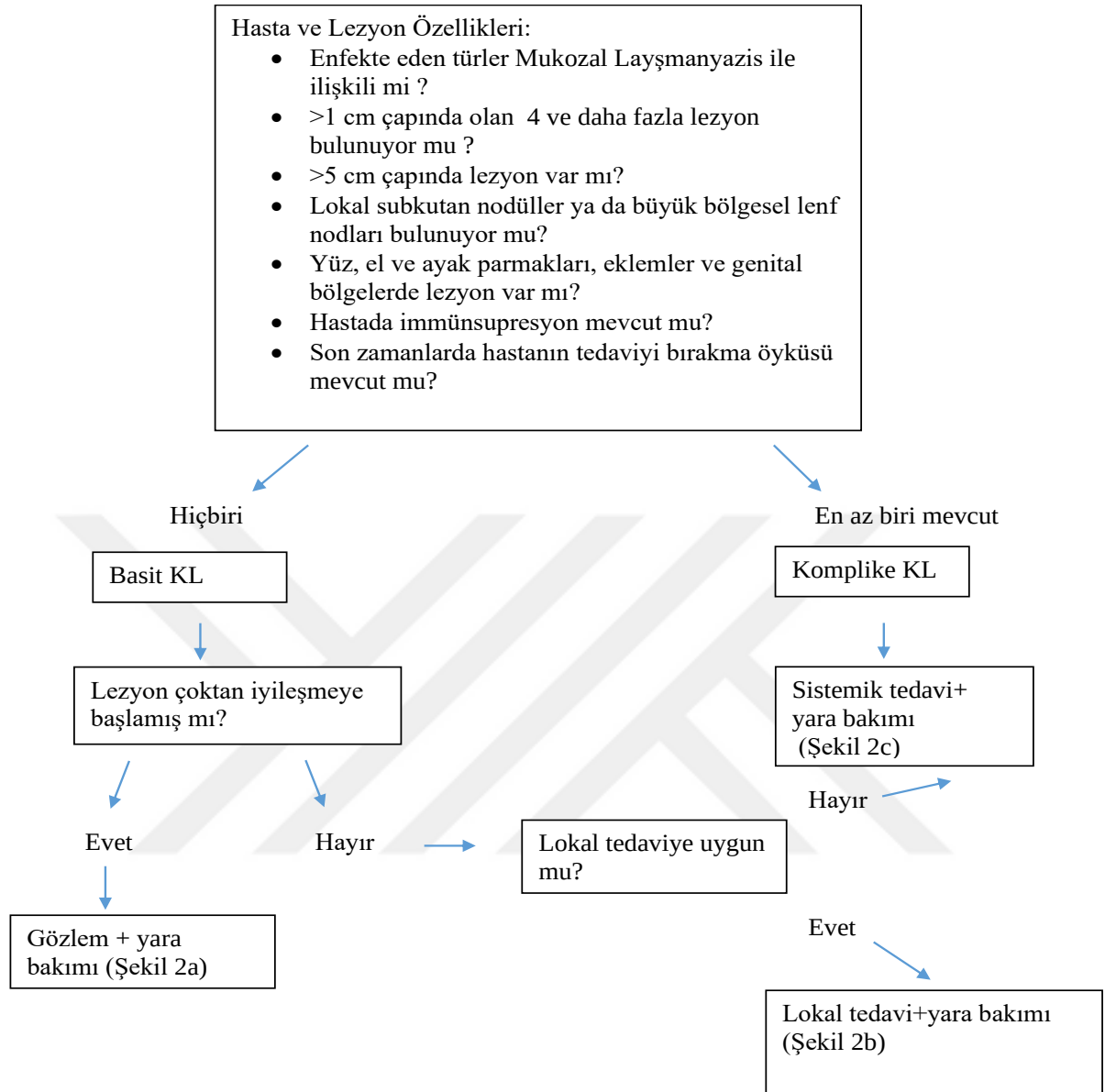
Yöntemler arasında kolay, hızlı, güvenilir ve ucuz olan mikroskopta smear bakısı en çok başvurulan tanı aracıdır. KL, ülkemizde bildirimi zorunlu hastalıklardandır ve tanısı kesinleştirilmiş her hastanın bildirimi yapılmalıdır (29).

KL tanısı için şüpheli lezyona sahip ve klinik bulguları mevcut bireylerde parazitolojik doğrulama yapılmalıdır. Yayma, kontamine olmamış, aktif ve yeni lezyondan alınmalıdır. Giemsa ile boyanan yaymalar mikroskopla incelendiğinde amastigotların belirlenmesi ile tanı doğrulanır. Erken dönem lezyonlarında amastigotlar fazla sayıda bulunurken, geç lezyonlarda amastigotlar daha az sayıda görülür. Kronik vakalarda amastigotlar sayıca çok az olduğundan, saptamak zordur (30).

Normal koşullarda kültürde pozitif örneklerin neredeyse %70'inde üreme olmaktadır. Bakteriyel kontaminasyonda ise üreme görülmez. Bu yüzden besi yerlerine aseptik şartlarda ekim yapılmalıdır (34). Parazite karşı antikor saptayan kan testleri de visseral leishmaniasis vakalarında tanı koymak amacıyla kullanılabilir (20).

2.2.6. Tedavi

KL; mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalık değildir, çoğunlukla kendiliğinden iyileşme görülür. Ancak tedavi uygulamalarıyla birlikte yaraların hızlı iyileşmesi, tekrarlama olasılığının azalması, skatris oluşumunun önlenmesi ve azaltılması, hastalığın yayılma riskinin (dissemine kutanöz, mukozal) ve hastalığa kaynak oluşturabilecek bireylerin azaltılması sağlanmış olur. KL'de uygulanacak tedavi yöntemleri hayatı tehdit edecek yan etkilere yol açmamalıdır. Hastalığın tanısı kesinleştirilmeden tedavi başlanmamalıdır. Tedavi başlangıcında her hasta için kar/zarar oranı dikkate alınmalıdır. Lokal, sistemik ve fiziksel olmak üzere farklı tedavi yöntemleri KL tedavisinde kullanılmıştır (Şekil 2). Parazitin cinsi, coğrafik bölge ve hastanın bağışıklık durumu tedavinin etkililiğini belirleyen faktörlerdendir (31).



Şekil-2: KL Klinik Tanı ve Tedavi Uygulama Kılavuzu (Amerika Bulaşıcı Hastalıklar Derneği-Infectious Diseases Society of America)(32)

a. Gözlem

Aşağıdakilerin tümünün geçerli olduğu durumlarda gözlem uygundur:

- Lezyonlar basit KL ile uyumlu ise,
- Sınırlı mukozal yayılım riski varsa (yani enfekte olan türler L mexicana, Eski Dünya KL türü veya türler bilinmiyorsa, Yeni Dünya KL lezyonu ise -Kosta Rika'nın kuzeyinde edinilmiş-),
- Lezyonlar tanı anında çoktan kendiliğinden iyileşme evresinde ise,
- Hasta, KL'nin doğal seyri ve tedavinin riskleri / yararları hakkında eğitilmiş ve gözlem şartlarına uyum sağlayabilecek durumda ise

b. Lokal tedavi

- Kriyoterapi
- Termoterapi
- Topikal Paromomisin
- İntralezyonel tedavi

Sodium stibogluconate

Meglumine antimoniate

c. Sistemik tedavi

Tüm KL türleri için kullanılabilir; ancak tedavinin ciddi yan etkileri vardır ve hasta özelliklerine göre dikkatlice uygulanmalıdır.

- Lokal tedaviye uygun olmayan basit lezyonlarda,
- Mukozal hastalık riski olduğunda,
- Hızlı iyileşme istendiğinde ve lezyon kozmetik veya fonksiyonel olarak önemli alanlarda olduğunda sistemik tedavi kullanılabilir
- Genellikle komplike KL ve nüks KL olguları için ilk tercihtir

Sistemik tedavide kullanılan ilaçlar;

- Azoller; Fluconazole, Ketoconazole, Itraconazole
- Miltefosine
- Pentamidine isethionate
- Pentavalent antimon bileşikleri(SbV); Sodium stibogluconate, Meglumine antimoniate
- Amphotericin

Çoğunlukla *L.tropica* ve *L.infantum*'un neden olduğu olgularda esas tedavi yöntemi yara bakımı ve lokal tedavidir (32). Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden lezyon temizliği önemlidir. Bakteriyel süper enfeksiyon varsa özellikle streptokok ve stafilokok gibi yaygın ajanlara etkili antibiyoterapi başlanmalıdır. Bu olgulara bakteriyel süper enfeksiyon tedavisi sonrası lokal tedavi başlanmalıdır (33).

KL tedavisinde en çok kullanılan ilaçlar pentavalent antimon (SbV) bileşikleridir ve bunlar içerisinde en çok kullanılanlar; meglumine antimonate (Glucantime®) ve sodium stibogluconate dır (Pentostam®). Bu ilaçlar intralezyonel ve sistemik olarak kullanılabilir. Özellikle sistemik tedavi alan hastalarda miyalji, artralji, karın ağrısı, mide bulantısı ve bazı durumlarda amilaz, pankreas lipazı, karaciğer transaminazları gibi enzim düzeylerinde yükselme; böbrek yetmezliği, lökopeni, anemi, trombositopeni ve kardiyotoksikite gibi advers olaylara neden olabileceği için hasta iyi takip edilmeli ve doz düzenlemesi semptomlara göre yapılmalıdır. Hafif-orta şiddetli durumlarda (kızarıklık, ödem, kabarcıklar) tedaviye anti-alerjik ilaçlar eklenip semptomlar ortadan kalkıncaya kadar antimon tedavisine ara verilmelidir. Semptomlar şiddetli ise (vücudu kaplayan genel döküntü, şok vb.) antimon tedavisi tamamen durdurulmalı ve alternatif tedavi yöntemleri denenmelidir (19).

Basit KL'de uygun yerleşimli papüllerde ve non-ülseratif nodüler lezyonlarda intralezyonel antimon tedavisi tercih edilmelidir (Şekil 2). Haftada 2 uygulama şeklinde olmak üzere toplamda yaklaşık 8 kez, her defasında lezyon solana kadar intralezyonel antimon tedavisi uygulanır. Bunun yanında parmaklar, burun, kulak, göz kapağı, dudak ve genital bölge gibi mukozal alanlarda uygulama zorluğu nedeniyle tedavi daha çok sistemik olarak yapılmalıdır (19).

KL hastalığında çok tercih edilen tedavi yöntemlerinin yanı sıra kullanılan farklı yöntemler de bulunmaktadır. Bunlar; sistemik azoller, termoterapi, topikal paromomycin, azithromycin, miltefosine ve pentamidine dir (34).

Tam iyileşme; deriden kabarık lezyonlarda düzleşme görülmesi, ülsere lezyonlarda ise ülserin kapanması olarak kabul edilmelidir. Lezyon büyüklüğünün 2/3 oranında küçülmesi, eritemin ve ödemin azalması kısmi iyileşme olarak değerlendirilmelidir. Kısmi iyileşme durumunda tedavisiz olarak bir ay sonra lezyon tekrar değerlendirilmelidir. Lezyon iyileşme eğiliminde ise tam iyileşme için izleme devam edilir. Ancak tam iyileşme görülmezse ikinci kür tedavi için hasta tekrar değerlendirilmelidir. Tedavisi tamamlanan olgular, nüks açısından bir yıl süreyle üç ayda bir kontrol edilmelidir (29).

Yapılan çalışmalarda KL hastalarında sistemik antimon tedavisi sonrası 2.ay izlemde yaklaşık %45 tam iyileşme, %40 kısmi iyileşme gözlenirken, 12.ay kontrollerinde tam iyileşme %80 düzeyine ulaşmış, kısmi iyileşme ise yaklaşık %8 oranında kalmıştır (35).

2.2.7. Korunma ve Kontrol

KL yayılımında ve kontrolünde hastalığın epidemiyolojisi, sosyoekonomik, politik, çevresel pek çok faktör belirleyici olmaktadır. Bu bağlamda 60. Dünya Sağlık Asamblesi'nde hazırlanan raporda layşmanyazis kontrolü yer almıştır. Raporda özellikle layşmanyazis vakalarının daha yoğun bulunduğu ülkelerde uygulanabilecek kontrol yöntemleri yer almıştır (36).

Bunlar;

1. Sürveyans sistemlerini de içeren ulusal kontrol programları oluşturulması,
2. Hastalık yükünü azaltmak ve yeni vakaların oluşumunu önlemek için aktif sürveyansla vakaların tespit edilmesi ve tedavilerinin yapılması,
3. Periferde yer alan sağlık merkezlerinin KL'ye yönelik birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunma kapasitesinin güçlendirilerek sentinel sürveyans merkezlerine dönüştürülmesi, tanı ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi, doğru prevalans ve insidans çalışmalarının yürütülmesi, sosyoekonomik etkilerin belirlenmesi, hastalıktan korunma ve tedaviye erişim durumlarının ortaya koyulması, yetersiz beslenme ve HIV gibi durumların hastalığın boyutuna etkisini ortaya koymak için epidemiyolojik değerlendirmeler yapılması,
4. Ortak odakları veya hastalık tehditlerini paylaşan ülkeler arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi, başlıca hastalık odaklarının bulunduğu alanlarda merkeziyetçi bir yapı kurulması, DSÖ işbirliğinin arttırılması, layşmanyazis kontrolü, tespiti ve tedavisinin tüm aşamalarında ulusal ve uluslararası düzeyde çeşitli aktörler ve kurumlar arası işbirliği oluşturulmasının sağlanması,
5. Sürveyans ve layşmanyazis kontrolünün sürdürülebilirliğinin desteklenmesi; bunu yaparken layşmanyazis hakkında bilgi ve hastalığı önleme becerilerinin geliştirilip, kırsal alanlardaki insanların sosyoekonomik durumu hakkındaki bilgilerin güncellenmesi,
6. Layşmanyazisin sürveyansı ve kontrolüne ilişkin çalışmaların desteklenmesi;
7. Layşmanyazisin önlenmesi ve kontrolüne ilişkin çalışmaların ve teknolojilerin geliştirilmesindeki deneyimlerin paylaşılması yer almaktadır.

Enfeksiyonu önleyecek herhangi bir aşı veya ilaç bulunmamaktadır. Kemoterapötik bir mücadele yöntemi de mevcut değildir. Hastalıktan korunma ve kontrol programlarının uygulanmasında enfeksiyon zincirine yönelik (kaynak-bulaş yolu- konak) müdahalelerin geliştirilmesi önemlidir.

Sağlam bireyler için enfeksiyonu önlemenin en iyi yolu kendilerini tatarcık ısırıklarından korumaktır. Isırılma riskini azaltmak için alınabilecek önlemler;

- Özellikle tatarcıkların en aktif olduğu gün batımından şafağa kadar olan zamanlarda açık havada bulunmaktan olabildiğince kaçınılması,
Açık alanlarda bulunan bireyler için;
- Açıkta kalan (örtülmemiş) cilt miktarı en aza indirmeli. İklim şartlarına uygun ölçüde, uzun kollu gömlekler, uzun pantolonlar ve çoraplar giyilmeli.
- Açıkta kalan cilt bölgelerine ve pantolon paçalarının altına böcek kovucu uygulanmalı. En etkili kovucular genellikle kimyasal DEET (N, N-dietilmetatoluamid) içerenlerdir (19, 20).
Kapalı alanlarda bulunan bireyler için;
- Korunaklı veya klimalı alanlarda kalınmalı,
- Tatarcıkların sivrisineklerden çok daha küçük olduğunu ve bu nedenle daha küçük deliklerden geçebilecekleri unutulmamalı,
- Böcekler için yaşam / uyku alanlarına etkili böcek ilacı kullanılmalı,
- İyi korunmuş veya klimalı bir alanda uyunmuyorsa insektisitli cibinlik kullanılmalı. İnsektisit kullanımı perdelere, çarşaflara ve giysilere de uygulanabilir (20).

Bulaş yolunu önlemeye yönelik hastalığı taşıyıcı tatarcık mücadelesi enfeksiyon zincirinin kırılmasında rol oynayan basamaklardan biridir. Bu aşamada yaşam alanı koşulları ve yaşam döngüleri, mevsimsellik, coğrafi ve ekolojik özellikler dikkate alınmalıdır (36).

- Ev içi tatarcık yaşam alanı olabilecek bölgelerin ilaçlanması,
- Toplumsal yerleşim alanlarının yakınında bulunan ve tatarcıklar için üreme ortamına yol açan bataklık, su birikintisi, hayvan barınakları gibi alanlarda ilaçlama yapılıp, hijyen konusunda gerekli çevre yönetim önlemlerinin alınması, bu önlemler alınırken vektör ekolojik dengesinin bozulmamasına dikkat edilmesi,
- Mümkün koşullarda vektör yaşam alanlarına yakın toplumsal yerleşim alanlarının kurulmaması bu şekilde vektör- konak temasının azaltılması,

Bangladeş, Hindistan ve Nepal’de yapılan çalışmalarda ev içi ilaçlama uygulamalarının etkili olduğu, insektisitli cibinlik kullanımı ve çevre düzenlemelerinin vektörle mücadelede olumlu sonuçlar verdiği bildirilmektedir(37).

Kaynak olabilecek kemirgen hayvanların kontrolü ve tedavisi de layşmanyazis mücadelesinde ön plana çıkmaktadır. Akdeniz ülkelerinde daha çok seyreden ve etkeni *L. infantum* olan zoonotik VL’nin ve kısmen KL’nin epidemiyolojisinde köpekler insanlara bulaşta önemli rol oynayan rezervuarlardır. Bu yolla taşınan layşmanyazis vakalarında barınaklara insektisit uygulamalarıyla etkili sonuçlar elde edilemez. İnsanlardaki hastalığın yayılımını kontrol etmek rezervuar köpekleri tedavi etmekle mümkündür. Hastalığa karşı etkin bir aşı bulunmamaktadır ve tedavi çok maliyetlidir. Bununla birlikte tedavi edilen vakalarda nüksler de görülebilmektedir. Köpeklerde deltamethrin emdirilmiş tasma uygulamaları mücadelede kullanılan yöntemler arasındadır, ayrıca özellikle köpeklerde layşmanyazis vakalarıyla alakalı aşı çalışmaları yoğun olarak yürütülmektedir (38).

Hastalıkla mücadelede **hasta bireylerin (kaynak)** aktif süveyansla tespit edilip tedavilerinin tamamlanması, bu şekilde parazit yükünün ve bulaş riskinin azaltılması oldukça önemlidir. Bu aşamada toplum katılımının sağlanması, hasta bireylerin tedavi arama ve tedaviyi tamamlama davranışı ve bilincinin kazandırılması ön plana çıkmaktadır. Özellikle hastalığın yoğun olarak görüldüğü yerleşimlerde, hastalıkla alakalı farkındalığın artırılması, doğru merkezlerden tedavi almalarının ve tedavi sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının süreci etkili yönetebilmeleri adına kurumlar tarafından eğitim programlarının güncellenmesi ve devamlı olarak yürütülmesi hastalıkla mücadeleyi kolaylaştıracaktır (36, 39)

Joshi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada layşmanyazis ile mücadele kapsamında beş basamaktan bahsedilmektedir. Bunlar; erken teşhis ve tedavinin tamamlanması, vektör yönetimi ve vektör süveyansının birlikte yürütülmesi, pasif ve aktif vaka tespiti yoluyla etkili hasta süveyansı, toplum katılımı ve kurumlar arası işbirliği, etkili uygulama için klinik çalışmaların güçlendirilmesi şeklindedir (40).

2.3. Psikodermatoloji

Bireylerin mevcut cilt hastalıkları psikolojik anlamda insanlarda olumsuz duygu durumlara neden olabilirken, duygusal etkilenimler de kişinin cildinde belirgin bulgulara yol açabilmektedir.

Stres; mevcut dermatolojik hastalığın semptomlarının şiddetlenmesinde etkili faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (41). Son yıllarda, kişinin ruhu ve cildi arasında benzersiz bir iletişim olduğu, geçici duygu durumlarının ötesinde, cilt ve zihnin, şu anda üzerinde çalışılan birçok hastalıkla etkileşim halinde olduğu kabul edilmektedir. Alopesi ve döküntü gibi duygusal strese neden olan durumlarda fiziksel rahatsızlığın tedavisi hastalığın neden olduğu psikolojik yükü hafifletebilmektedir. Diğerlerinin yanı sıra atopik dermatit (AD), psöriyazis ve akne gibi hastalık durumları, psikojenik faktörlerle artıp azalabilmektedir. Araştırmaların zihin ve beden arasında karşılıklı etkileşim halinde olduğunu öne sürdüğü bu durumlarda; tedavi seçenekleri daha karmaşıklaşmaktadır. Bu nedenle psikodermatolojik hastalıkların tedavisinde her hasta bireysel özellikleri, psikolojik duygudurumu ve mevcut cilt şikayetleri birlikte değerlendirilerek kişinin gereksinimine göre bir tedavi planlaması yapılması gerekmektedir (42).

2.4. Anksiyete ve Depresyon Epidemiyolojisi ile Çocuklardaki Durumu

Anksiyete; kişilerin beklenilmeyen korkunç bir olay olacaktı gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı haline girmesi; zaman zaman kaygı ve iç huzursuzluk yaşaması olarak tanımlanmaktadır. (43). Sosyal fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu, dış görünüşü etkileyen cilt hastalıklarına eşlik edebilir. Saç yolma ve bazı dermatitlere TSSB eşlik edebilir (44).

Depresyon ise; düşünceleri, ruh halini ve beden sağlığını etkileyebilen, yaygın görülen kronik tıbbi bir hastalıktır. Düşük ruh hali, enerji eksikliği, üzüntü, uykusuzluk ve hayattan zevk alamama ile karakterizedir (45).

Günümüzde anksiyete ve depresyon, en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardandır ve gün geçtikçe ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak daha çok karşılaşılmaktadır. Bununla birlikte suicidal girişimler ve daha çok genç popülasyonda görülen alkol ve madde bağımlılığı oranlarında da artış ortaya çıkmaktadır(46).

Yetişkinlerle kıyaslandığında çocuklarda anksiyete ve depresyon farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Çocukların bazıları kaygılandırıcı durumun üstesinden gelmek için içine kapanıp, arkadaş ortamlarına katılmazken, bazıları reddetme, gerileme, yansıtma ve bastırma gibi savunma mekanizmaları geliştirirler (47). Bunun yanında depresyon; büyüme ve gelişmeyi, okul performansını, akran veya aile ilişkilerini olumsuz etkileyip intihara yol açabilmektedir.

Yetişkinlerde ve çocuklarda psikososyal duruma etki eden pek çok biyolojik ve sosyal faktör bulunmaktadır (48).

Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuru yapan hastaların tanı dağılımlarına bakıldığında erkeklerde anksiyete bozukluğu tanısı konulan hasta oranı % 7.1, kadın hastalarda ise %12.7 olarak bulunmuştur (49). 6-14 yaş aralığında 417 katılımcıyla yapılan bir çalışmada da anksiyete bozukluğu yaygınlığı %13.9, duygu durum bozukluğu yaygınlığı ise %2.9 olarak bulunmuştur (50). Yine yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ilk depresyon ataklarının yaklaşık yarısının ergenlik döneminde meydana geldiği tahmin edilmektedir (51). Çocukluk döneminde(7-11 yaş) depresyon sıklığı %2-6 oranında iken, ergenlik döneminde(12-18 yaş) %4-6 düzeyindedir (52). Ertem ve arkadaşlarının(2004) lise öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada kız öğrencilerde major depresyon görülme oranı %9.6, erkek öğrencilerde ise %5.4 olarak saptanmıştır (53). Yaşam süresi boyunca depresyon sıklığı kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır. Bu durum cinsiyetler arası biyolojik, psikolojik farklılıklar ve çevresel faktörlerle açıklanmaya çalışılmaktadır (54).

2.4.1. Dermatolojik Sorunlarla Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Psikodermatolojik deri hastalıkları açısından baktığımızda strese en duyarlı organ deridir. Sosyal açıdan cilt hastalıklarının diğer hastalıklara kıyasla kolay farkedilir olması bireylerin psikososyal anlamda daha çok etkilenmesine ve yaşam kalitelerinde bozulmalara yol açmaktadır (55).

Vücudun görünen kısımlarında bulunan cilt hastalıkları bireylerde anksiyete, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Kutanöz layşmanyazisli yetişkin hastalarda yapılan bir çalışmada hastalığın psikolojik yükü değerlendirilmiştir. KL'li hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri sağlam bireylerle kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanında hastaların vücut memnuniyeti ve yaşam kalitesi değerleri sağlam bireylere göre azalmıştır. Yüz ve eller gibi bölgelerdeki lezyonların tedavi edilmediği durumlarda skar görünümüyle iyileşmesi, sosyal damgalanmaya yol açmaktadır (8). KL hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise hastalar bu durumdan psikososyal anlamda etkilenmekle beraber lezyonların yüz bölgesinde bulunması tedavi arama davranışını hızlandırmaktadır (56)

Çocuklarda atopik dermatit(AD) nedeniyle görülen ağrı ve kaşıntı, hastaların %60'ında uyku problemlerine neden olurken, bu durum yorgunluk, halsizlik, duygudurum değişiklikleri ve akademik

kabiliyetlerde gerileme gibi sorunlara neden olabilmektedir. Bu durumun sosyal izolasyon ve damgalanmayı beraberinde getirmesi, psikososyal yükün daha çok artmasına yol açmaktadır (57).

Kronik döküntülü çocuklarla yapılan bir çalışmada psikiyatrik bozuklukların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu, hasta grubunda depresyon, anksiyete skorlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (58). Kronik döküntülerin yetişkinlerde ve çocuklarda yaşam kalitesini belirgin olarak etkilediği ve bu durumun ruh sağlığındaki bozulma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (59).

Akne vulgaris ergenlik döneminde %80-90 düzeylerinde görülmekte ve vakaların %30-50'si psikolojik olarak bu durumdan etkilenmektedir (60). Etkilenme düzeyi hafif bir anksiyeteden, depresyon, utangaçlık, benlik saygısında düşüklük, sosyal olarak reddedildiğine inanma ve intihar girişimine dek varabilmektedir (61).

Psöriyazis; yaşam kalitesi ve psikososyal gelişimin üzerindeki olumsuz etkisi, birçok alanda psikolojik uyumsuzluğa neden olabilmektedir. Yetişkin ve pediatrik psoriasis hastalarında yapılan çalışmalar, yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı eğilimi bildirmiştir. Psöriyazis hastalığı olan çocuklar, duygusal, sosyal ve okul işleyişinde kayda değer bir bozulma sergilemekte, okulda sıklıkla damgalanma, alay edilme veya zorbalık yaşamaktadır (62).

2.5. Yaşam Kalitesi

DSÖ değişen yaşam olanaklarını değerlendirerek sağlık kavramını sadece hastalık halinin bulunmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam anlamıyla iyilik hali olarak tanımlamıştır (63). Bu tanımlama sonrası tam iyilik halinin nasıl ölçüleceği tartışılmış ve yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (64). Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu, hedeflerini, endişelerini ve beklentilerini, kültür ve değerler sistemi kapsamında algılayış şekli olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı kişinin ne hissettiğini ön plana çıkararak bireyi bir bütün olarak değerlendirmektedir (65).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) ise yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal anlamda etkilenen kısmını tanımlayan bir kavramdır. SİYK; hastalığın ve tedavinin hastada ortaya çıkardığı etkilerin birey tarafından algılanışdır (64). Bireyin SİYK'nin bilinmesi tedavi öncesi ve sonrasını inceleyebilmek, sağlık politikaları açısından planlama yapabilmek ve tıbbi araştırmalar

geliştirebilmek için önemlidir. Bu nedenle yaşam kalitesi alanında son yıllarda çok sayıda ölçek geliştirilmiştir (66).

2.5.1. Yaşam Kalitesinin Epidemiyolojisi ve Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Çocukluk çağı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilgili ilk araştırmalar 1980'li yıllarda yapılmıştır. Ağır yanıklı çocuklarda fiziksel işlevsellik, yanık izi düzeyi, psikososyal uyum alanlarında (67), imperfore anüs tanılı bebeklere uygulanan cerrahi müdahale sonrasında bu çocukların okul hayatı, sosyal ilişkileri ve fiziksel yeterlilikleri açısından yaşam kalitelerini değerlendirmişlerdir (68). Bu ilk araştırmalar daha basit düzeyde yapılmış olmakla birlikte günümüzde uygulanan ölçeklerin gelişimine ve hasta yaklaşımlarına öncülük etmiştir. Erken yaşlarda yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmaların erişkinlikte oluşabilecek sorunlardan korunma ve önleme açısından faydalı olabileceği düşüncesi çocuklardaki yaşam kalitesi göstergelerinin ve düzeylerinin belirlenmesinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymuş ve son yıllarda bu alanda çocuklara yönelik çalışmalar hızlandırılmıştır (69).

Çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirmesi erişkinlere göre bazı değişiklikler barındırmaktadır. Çocukların gelişim evreleri ile alakalı olan bu farklılıkların bilinmesi ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanımı açısından da önem taşımaktadır. Erişkinlerde yaşam kalitesini değerlendirirken fiziksel işlevsellik kapsamında iş hayatı, öz bakım, merdiven çıkabilme, ev işlerini yapabilme, aile içindeki görevler gibi aktiviteler sorgulanırken, çocuklarda kendi kendine tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, yemek yiyebilme, bazı gündelik işleri tamamlayabilme ve oyun oynama gibi aktiviteler sorgulanmaktadır. Erişkinlerde sosyal işlevsellik durumu değerlendirmesinde okul alanı veya arkadaş ilişkisi çok önemli bir değerlendirme aracı değilken, çocuklarda arkadaşları ile görüşme, birlikte oyun oynama, okula uyum oldukça önemli bir yere sahiptir. Duygusal ve bilişsel işlevsellik, gelecekte beklenenler, aile içi ilişkiler, özerklik gibi kategorilerin de erişkin ve çocuk yaş grubu için farklı farklı ele alınması gerektiği, bu nedenlerle erişkinlerde uygulanan ölçeklerin çocuklar için yeterli ve uygun olmadığı belirtilmektedir (69,70). Yapılan çalışmalarda çocuk veya ergenlerde kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin birçoğunun yaş gruplarına özel olarak geliştirildiği, ayrıca erişkinler için kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin çocuk ve ergenlere göre bilişsel ve dil kabiliyeti açısından yenilenip, yanıt seçeneği sayısı azaltılıp basit sözcüklerin seçilmesi, uygulama süresinin kısaltılması, değerlendirilen yaşam alanlarının değiştirilmesi gibi farklılıklar yapıldıktan sonra kullanımlarının olduğu da belirtilmektedir (71).

Bazı araştırmacılar çocuğun durumuyla ilgili değerlendirmelerde kendi ifadelerinin daha anlamlı olduğunu ileri sürmektedir (72). Bazı araştırmacılar ise ebeveyn formlarının geçerliliğinin nesnel sonuçlar vermesi açısından daha anlamlı olduğunu düşünmektedir (73). Bu görüş farklılıkları nedeniyle çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirmelerinde, ebeveynlerin mi yoksa çocukların kendilerinin mi yapması gerektiği konusunda, olabildiğince kendilerinin değerlendirmesinin daha etkili sonuçlar vereceği görüşü daha hakimdir (74). Hem ebeveynlerin, hem de çocukların eş zamanlı uygulayabileceği şekilde paralel geliştirilmiş ölçekler en uygun çözüm gibi görünmektedir, ancak bu ölçekler az sayıda olup her zaman ebeveyn ile çocuk arasında tutarlı sonuçlar verememektedir (75). Bunun yanında çocuk veya ergenlerin ölçek sorularına cevap veremeyecek kadar hasta olduğu, küçük ya da isteksiz olduğu durumlarda yaşam kalitesini ölçebilmek için ebeveyn formlarının kullanılması önerilmektedir (66).

Son yıllarda Matza ve ark. çalıştığı bir derlemede çocuklarda yaşam kalitesi ölçekleriyle alakalı;

1. Çocukların kendi öznel bakış açılarıyla yaşadıkları olayların yaşam kalitelerine nasıl etki ettiğini gerçekçi olarak ölçmeye,
2. Çocuklar için geliştirilecek olan ölçeklerde kullanılan maddelerin görsel bileşenli ve likert tipi olmasına,
3. Küçük yaş grubuna (8 yaş ve altı) yönelik ölçüm ve değerlendirmeyi kolaylaştıracak yaratıcı fikirlere,
4. Yeterli düzeyde veri toplamak ve bunların genel geçerliliği daha güçlü sağlayabilmesi için okul ve hastane arasında işbirlikçi bir yaklaşıma,
5. Klinisyen, hemşire, öğretmen, psikolog gibi farklı alanlardan profesyonellerin birlikte yürüteceği çalışmalara,
6. Çocukluk ve ergenlik çağı psikiyatrik bozuklukları için kullanılabilecek yaşam kalitesi ölçek ve anketlerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekilmektedir (70).

2.5.2. Dermatolojik Sorunlarda Yaşam Kalitesi ve Damgalanma

Günümüzde pek çok tıp alanında olduğu gibi dermatoloji alanında da yaşam kalitesini ölçmeye yönelik çalışmalar gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Tedavi başarısını artırmaya yönelik psikiyatrik hastalıkların belirlenmesinin ve erken psikolojik destek sağlamanın gerekli olduğu belirtilmektedir (76). Dermatolojik rahatsızlıklarda yaşam kalitesinin ölçülmesi; hastalığın kişinin

psikolojik ve sosyal yaşamına etkilerinin belirlenmesi, hastaların hastalığı nasıl tanımladıklarının anlaşılması ve tedavi sonuçlarının hastanın ruhsal durumu üzerinde ortaya koyduğu değişikliklerin belirlenmesi amacıyla uygulanmaktadır. Ayrıca hasta problemlerinin daha iyi anlaşılmasında, tedavi takibi, klinik gelişmelerin saptanması ve kronik hastalıklarda hastanın durumundaki değişikliklerin belirlenmesinde de kullanılmaktadır.

Yapılan çalışmalar; yaşam kalitesinin ölçülmesiyle tedavi seçeneklerinin belirlenmesinin ve özellikle yeni tedavi modellerinin uygulanmasının yaşam kalitesine etkilerini gözlemlemede önemli olduğunu göstermektedir (77). Atopik dermatitli 6-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada hastaların yaşam kalitelerinin; hastalık şiddeti, depresyon semptomları ve kaygı semptomlarından etkilendiği saptanmıştır (78). Gustavo ve arkadaşlarının 355 lise öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada akne vulgarisin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (79). Yine yaşları 5-16 aralığındaki atopik dermatit, psöriyazis, vitiligo hastası 118 kişide yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmüştür (80).

Dermatolojik rahatsızlıklar diğerlerinden farklı olarak genellikle hayati tehlikeye neden olmazken, özellikle çocuk ve ergen yaş gruplarında fiziksel görünüş bakımından, psikolojik ve toplumsal durumu, bununla birlikte işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilmektedir (81).

Damgalanma; bir bakıma sosyal olarak utanç verici bir durum yaşayanları sosyal yapı içinde diğerlerinden ayırt etmek ve aşağılamaktır. Günümüzde damgalama, aşağılama, hor görme süreçlerinin gerek bireysel gerekse toplumlar anlamda hala yaşandığı söylenebilir. Damgalanma etkisi çift yönlüdür. Halk tarafından ruhsal bozuklukları olan kişilere karşı yapılan toplumsal damgalama şeklinde olabileceği gibi, ruhsal rahatsızlığa sahip kişiler kendilerine karşı da damgalama geliştirebilirler (82). Damgalanan kişinin benliği de bu süreçten olumsuz etkilenmektedir. Bunun sonucunda dışlanma, kişinin hayat kalitesinin ve sosyal desteğin azalması, öz güven eksikliği ile sonuçlanabilir. Kişinin tam da sosyal anlamda desteklenmeye ihtiyaç duyduğu bir dönemde yalnızlaşması, hastalığını kabullenmesini ve üstesinden gelmesini daha da zorlaştırır(83).

Yapılan çalışmalarda KL lezyonu bulunan kadınlar bu durumun onlar için ciddi bir dezavantaj oluşturduğunu ve bu kadınların yaklaşık yarısı izlerin güzelliklerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (84). Bireyler bu süreçte duygusal izolasyondan, evde yaşayan aile bireyleri, arkadaşları ve akrabaları tarafından damgalanma ve ayrımcılığa varan süreçlere maruz kaldıklarını

belirtmişlerdir. Bu durum bireylerin iş bulma, çalışma veya evlilik şanslarını da olumsuz etkilemektedir (85).

Damgalanma; tüm yaş gruplarında görülür. Ergenlik ve çocukluk döneminde, ebeveynler, etkilenen çocuklarını, kendileri de dahil olmak üzere ailedeki diğer kişilerden izole etme eğilimindedir. Ebeveynin ilgisine ihtiyacı olan, henüz gelişmekte olan bir çocuk için bu kesinlikle travmatize edici bir dönemdir. Çocuklarda bazen bu durum lakap takmak, engellerine veya görünümüne göre bireyleri adlandırmak olarak karşımıza çıkabilir. Maalesef insanların küçük yaşlarda bazı fiziksel engellere göre isimlendirildiği yerlerde, bu isimler bazen yaşadıkları sürece devam edebilmektedir (86). KL hastalığının çoğunlukla çocuk yaş grubu ve vücutlarında da yüz bölgesi tutulumlarının olduğu, tedavi edilmediği durumlarda atrofik skar görünümüne yol açtığı göz önünde bulundurulduğunda bu durum sosyal damgalanma için önemli bir risk oluşturmaktadır (87).

KL ile ilişkili ciddi mortalite ve morbidite görülmemesine rağmen, şekil bozukluğu ve bunun sonucunda ortaya çıkan sosyal damgalanma, hastalıktan etkilenen bireylerin sosyal hayata katılımını kısıtlamanın yanı sıra psikolojik bozukluklara da neden olabilir. Bu nedenle KL, diğer şekil bozukluklarına yol açan hastalıklar gibi, sadece bireyin fiziksel refahını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ekonomik refahını da önemli ölçüde değiştirir (88).

Peter J. Hotez'in, *İhmal Edilen Tropikal Hastalıklar*'da belirttiği gibi, ihmal edilen tropik hastalıklardan bazıları sadece "sağlık ve ekonomik" etkilere neden olmakla kalmaz, aynı zamanda "ciddi sosyal damgalanma" ile de sonuçlanır(89).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Temel Özellikleri

Araştırma, Kasım 2019- Kasım 2020 tarihleri arasında Şanlıurfa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar Birimi'ne bağlı Şanlıurfa Şark Çıbanı Tanı ve Tedavi Merkezi (ŞÇTTM)'nde yürütülmüştür.

Şanlıurfa'da KL hastalarının yaklaşık %91.0'ı merkez ilçede bulunan Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Birimi'ne bağlı ŞÇTTM tarafından intralezyoner enjeksiyon yöntemi ile tedavi edilmektedir. Bu merkeze ilçelerden de başvurular yapılabilmektedir. Ayrıca, Bozova, Ceylanpınar, Suruç, Akçakale, Harran, Viranşehir, Birecik ilçelerinde de intralezyoner tedavi yapılmaktadır. Merkezde 3 sağlık personeli aktif olarak görev almaktadır. Yıllık yaklaşık 1000-1200 hasta takibi yapılmaktadır.

ŞÇTTM'inde beş değerlikli antimon bileşikleri ile standart intralezyoner tedavi uygulanmaktadır. Standart intralezyoner tedavi; 4 hafta süre(1 kür) ile haftada 2 kez sodium stibogluconate ya da meglumine antimoniate uygulaması şeklindedir. 1 kür tedavi tamamlandıktan 1 ay sonra lezyonlar kontrol edilmekte ve gerekli görüldüğünde 2. kür uygulama yapılmaktadır. Bu merkezde sistemik ilaç tedavisi uygulanmamaktadır. Gerekli olduğunda sistemik tedavi Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı ve Şanlıurfa Eyyübiye Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği tarafından yapılmaktadır.

Araştırma, yarı deneysel tiptedir. Ancak, araştırmada, doğrudan araştırmacılar tarafından bir müdahale yapılmamıştır. Araştırmaya, ŞÇTTM'ne KL şüphesi ile başvurup KLtanısı koyulan ve standart intralezyoner enjeksiyon tedavisi planlanan ancak tedavisine henüz başlanmamış 6-17 yaş grubundaki bireyler alınmıştır.

Pilot çalışma ile 10 kişilik bir grubun sosyal anksiyete durumunun 3 izlemi sonucunda, G power 3.1 istatistik programı kullanılarak 0,187 etki büyüklüğü, %95.0 güven düzeyinde, %80.0 güç ile örnek büyüklüğü 48 kişi olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılma koşulları; 6-17 yaş aralığında olmak, KL hastalığı tanısı konulması, KL tedavisi almamış olmak, araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, çocuklarda sosyal anksiyete durumu, depresyon durumu, damgalanma düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyidir.

Bağımsız değişkenler; hastanın yaşı, cinsiyeti, lezyon yeri, lezyon sayısı, sosyal güvence durumu, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba çalışma durumu, ailenin mevsimlik tarım işçisi olma durumudur.

3.3. Tanımlar

Mevsimlik tarım işçisi; tarımda mevsimlik istihdam edilen işçileri tanımlamaktadır.

Damgalanma; kişiye başkaları tarafından itibarını kaybettirici, gözden düşürücü, aşağılayıcı, hor görücü tavır veya olumsuz davranışta bulunulması olarak tanımlanmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması sırasında Sosyodemografik Özellikler Bilgi formu, Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği(Yenilenmiş Biçimi), Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar İçin Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Hastanın yaşı, cinsiyeti, lezyon özellikleri, sosyal güvence durumu, anne- baba eğitim durumu, anne- baba çalışma durumu, ailenin mevsimlik tarım işçiliği durumu sorgulanmıştır.

3.4.2. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised)

1988 yılında La Greca ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz bildirime dayalı bir ölçektir. 10 sorudan meydana gelen bu ölçek 1993'de gözden geçirilmiş ve 18 soruluk yeni bir ölçek formuna getirilmiştir (90). Yazarlar, maddelerin hazırlanmasında sosyal anksiyetenin iki bileşenini göz önünde bulundurduklarını bildirmektedirler: Olumsuz değerlendirilme korkusu ve sosyal ortamlarda duyulan

sıkıntı veya rahatsızlık. Ölçeğin 10 soruluk ilk biçimindeki tüm sorular ikincisinde de yer almaktadır. İlk biçim üç seçenekte yanıtlanmaktadır. İkinci biçimde beşli likert tipi tercih edilmiştir. Her soru minimum 1, maksimum 5 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 18-90 arasındadır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa yöntemine göre 0.81 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test korelasyonu yüksektir ($r=0.81$).

3.4.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory-CDI)

Çocukluk çağındaki depresyonu araştırmada sık kullanılan ölçeklerden birisi olan ÇDÖ, 1980'de Maria Kovacs tarafından geliştirilmiştir (91). 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede üç ifade vardır. Bu ifadeler sorgulanan belirtinin varlığına ve şiddetine göre 0, 1, 2 şeklinde puanlanır. Ölçek puanı 0-54 aralığında olabilir. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (92).

3.4.4. Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (ÇDYKİ) (Children's Dermatology Life Quality Index-CDLQI)

CDLQI, son bir haftayı değerlendiren, toplam on sorudan oluşan, dörtlü likert skalası ile yanıtlanan, 4-16 yaş arası çocuklarda kullanılabilen bir ölçektir. Yüksek skorlar yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin daha şiddetli olduğunu göstermektedir (93). Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Didar Balcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (94).

Ölçeğin 6 alt başlığı bulunmaktadır:

Başlıklar	Sorular	Maksimum Skor
Semptomlar ve Duygular	Soru 1 ve 2	6
Boş vakit	Soru 4, 5 ve 6	9
Okul ve Tatil	Soru 7	3
Kişisel ilişkiler	Soru 3 ve 8	6

Uyku	Soru 9	3
Tedavi	Soru 10	3

Skorlama

- 0-1 = çocuğun yaşamı üzerinde etkisi yok
- 2-6 = küçük etki
- 7-12 = orta düzeyde etki
- 13-18 = çok büyük etki
- 19-30 = oldukça büyük etki

3.4.5. Damgalanma

Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi sekizinci sorusu “Geçen hafta boyunca diğer kişilerin cilt sorununuzdan dolayı size isim takmaları, kızdırmaları, zorbalık yapmaları, sorular sormaları ya da sizden çekinmeleri gibi durumları ne ölçüde yaşadınız?” damgalanma durumunu da içeren özelliğe sahip olduğu için ayrıca damgalanma değişkeni olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada, 6-17 yaş grubunda ŞÇTTM’ne KL şüphesi ile başvuran ve KL tanısı alan ancak tedavisine henüz başlanmamış çocuk ve ergenlere, Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu, Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği- Yenilenmiş Biçim, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuklar için Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

8 hafta süren standart intralezyonel tedavi süreci sonrasında katılımcılara 1.ay, 3.ay ve 6.ay bitiminde Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği- Yenilenmiş Biçim, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuklar için Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

3.6. Etik İzin ve Araştırma Giderleri

Araştırma için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ nun 22.10.2019 tarihli-09 nolu oturumundan etik onay, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü’ nden

yazılı izin, katılımcılardan ise sözlü onam alınmıştır. Araştırma sürecinde tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.7. İstatistik Analizler

Tanımlayıcı istatistik olarak yüzde, ortanca, çeyrekler arası mesafe(ÇAM) kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının tedavi öncesi ve sonrası (1., 3., 6.ay) değerlendirilmesi tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile yapılmıştır. Ayrıca, ölçek puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası 6.ay arasındaki değişim yüzde olarak hesaplanmıştır. Değişim yüzdesi; tedavi öncesi ve tedavi sonrası 6.aydaki ölçüm arasındaki farkın tedavi öncesi puana bölünüp 100 ile çarpılması sonucunda elde edilmiştir. Değişim yüzdesinin bağımsız değişkenlerden nasıl etkilendiğini göstermek için tek değişkenli analizler yapılmıştır. Analizler sırasında SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler yüz yüze görüşme ile doğrudan çocuk ve ergen hastalardan elde edilmiştir. Bu nedenle verilerin güvenilirliği çocukların verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Araştırmanın yapıldığı dönemde ŞÇTTM'nin 2 aylık bir süre boyunca ilaç temin edememesi, SARS CoV-2 pandemisi kaynaklı zaman zaman sokağa çıkma yasağı uygulamaları, mevsimlik tarım işçisi olan ailelerin yaz aylarını il dışında geçirmeleri nedeniyle hem tedavinin tamamlanma sürecinde hem de veri toplama aşamalarında zorluklar yaşanmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların ortalama yaşı 11.5 (ortalama 11.4 ± 2.7) yıldır. Hastaların %62.5'i kadın cinsiyettir ve %41.7'sinde lezyonlar yüz bölgesinde bulunmaktadır. %56.3'ünde tek lezyon varken, %43.7'sinde 2 ve daha fazla lezyon bulunmaktadır. Hastaların annelerinin %68.8'i, babalarının %37.5'i ilkokul altı eğitim düzeyindedir. Hastaların %47.9'unun ebeveyni mevsimlik tarım işçisidir (Tablo1).

Tablo-1: Kutanöz layşmanyazis hastası çocuklarda lezyon özellikleri ve sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Özellikler	N	%*
Lezyon yeri		
Yüz	20	41.7
Diğer	28	58.3
Lezyon sayısı		
≤1	27	56.3
>1	21	43.7
Yaş		
7-11	24	50.0
12-18	24	50.0
Cinsiyet		
Kadın	30	62.5
Erkek	18	37.5
Babanın Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	2	4.2
Okur-yazar(ilkokulu bitirmemiş)	16	33.3
İlkokul	24	50.0
Ortaokul	4	8.3
Lise	1	2.1
Üniversite ve üzeri	1	2.1
Annenin Öğrenim Durumu		
Türkçe bilmiyor	3	6.3
Okur-yazar değil	22	45.8
Okur-yazar(ilkokulu bitirmemiş)	8	16.7
İlkokul	10	20.8
Ortaokul	5	10.4
Üniversite ve üzeri	0	0.0
MTİ Durumu		
Evet	23	47.9
Hayır	25	52.1
Toplam	48	100

*sütun yüzdesi, MTİ: Mevsimlik tarım işçiliği

Katılımcıların, ÇSAÖ-Y puan ortalaması tedavi öncesi 40.81 ± 1.54 , tedavi sonrası 1.ay bitiminde 37.50 ± 1.80 , tedavi sonrası 3.ay bitiminde 32.12 ± 1.75 ve tedavi sonrası 6.ay bitiminde 26.08 ± 8.91 olarak saptanmıştır. Tedavi sonrası 3. ayın bitiminden itibaren sosyal anksiyete düzeyinin belirgin olarak azaldığı bu azalmanın 6.ay bitiminden sonra da devam ettiği saptanmıştır ($p \leq 0.05$).

ÇDÖ puan ortalaması tedavi öncesi 9.64 ± 0.90 , tedavi sonrası 1.ay bitiminde 7.93 ± 0.94 , tedavi sonrası 3. ay bitiminde 5.81 ± 0.93 ve tedavi sonrası 6.ay bitiminde 4.17 ± 4.24 olarak saptanmıştır. Tedavi sonrası 3 ayın bitiminden itibaren depresyon puanının belirgin olarak azaldığı saptanmıştır ($p \leq 0.05$).

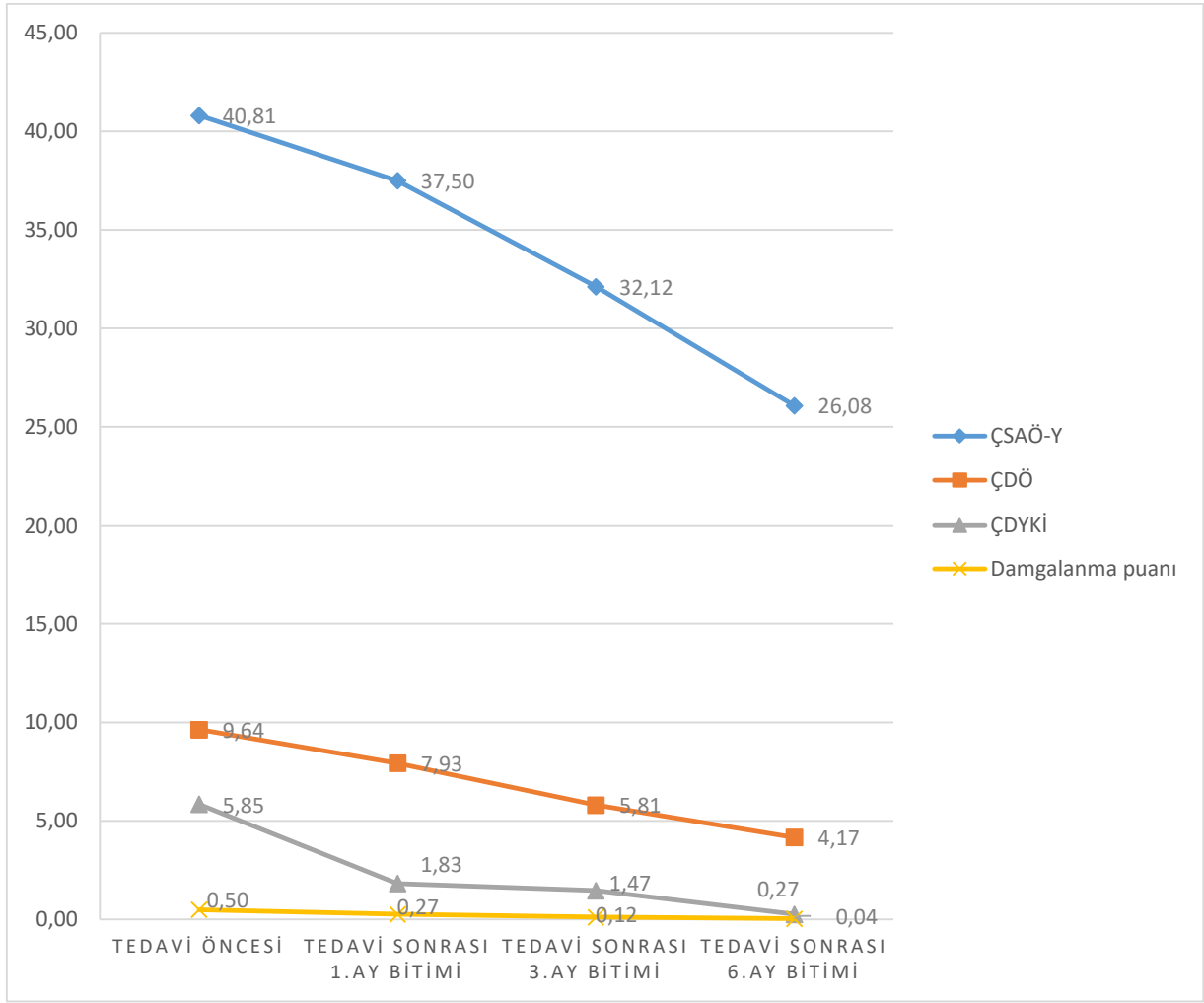
ÇDYKİ puanı ortalaması tedavi öncesi 5.85 ± 0.91 , tedavi sonrası 1.ay bitiminde 1.83 ± 0.50 , tedavi sonrası 3. ay bitiminde 1.47 ± 0.48 , tedavi sonrası 6.ay bitiminde 0.27 ± 1.49 olarak saptanmıştır. Tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1. aydan itibaren dermatoloji yaşam kalitesi algısı olumlu yönde değişmiş, 1. ve 3. aylarda olumlu yönde değişim devam ederken tedavi sonrası 6.aydan itibaren anlamlı değişiklik saptanmıştır ($p \leq 0.05$).

Damgalanma puanı ortalaması tedavi öncesi 0.50 ± 0.92 , tedavi sonrası 1.ay bitiminde 0.27 ± 0.73 , tedavi sonrası 3. ay bitiminde 0.12 ± 0.53 ve tedavi sonrası 6.ay bitiminde 0.04 ± 0.28 olarak saptanmıştır. Tedavi sonrası 3 ayın bitiminden itibaren damgalanma puanının belirgin olarak azaldığı saptanmıştır ($p \leq 0.05$) (Tablo2).

Tablo-2: KL hastası çocuklarda tedavi öncesi ve sonrası psikososyal durum, yaşam kalitesi ve damgalanma düzeyleri

	Tedavi öncesi ($\bar{x} \pm SD$)	Tedavi sonrası 1.ay bitimi ($\bar{x} \pm SD$)	Tedavi sonrası 3. ay bitimi ($\bar{x} \pm SD$)	Tedavi sonrası 6. ay bitimi ($\bar{x} \pm SD$)	F	p	Parsiyel Eta Kare
ÇSAÖ-Y	40.81 ± 1.54	37.50 ± 1.80	$32.12 \pm 1.75^*$	$26.08 \pm 8.91^*$	32.56	<0.001	0.685
ÇDÖ	9.64 ± 0.90	7.93 ± 0.94	$5.81 \pm 0.93^*$	4.17 ± 4.24	18.23	<0.001	0.549
ÇDYKİ	$5.85 \pm 0.91^*$	1.83 ± 0.50	1.47 ± 0.48	$0.27 \pm 1.49^*$	15.41	<0.001	0.507
Damgalanma puanı	0.50 ± 0.92	0.27 ± 0.73	$0.12 \pm 0.53^*$	0.04 ± 0.28	4.34	0.009	0.225

* $p < 0.05$ farklılık gösteren grup



Şekil-3: KL hastası çocuklarda tedavi öncesi ve sonrası psikososyal durum, yaşam kalitesi ve damgalanma düzeyleri

ÇSAÖ-Y puanı tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ay, tedavi sonrası 3. ay ve tedavi sonrası 6. ayda; lezyon yeri, lezyon sayısı, yaş, cinsiyet, annenin öğrenim durumu ve MTİ durumuna göre farklılık oluşturmamaktadır. ÇSAÖ-Y puanı tedavi sonrası 1. ayda babası ilköğretim ve üstü öğrenim durumunda olanlar, ilköğretim altı öğrenim durumunda olanlara göre olumsuz yönde etkilenmektedir ($p \leq 0.05$). Anksiyete yüzde değişim puanı bağımsız değişkenlere göre farklılık göstermemektedir (Tablo3).

Tablo-3: ÇSAÖ-Y puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi

	Tedavi öncesi Ortanca(ÇAM)	1.ay Ortanca(ÇAM)	3.ay Ortanca(ÇAM)	6.ay Ortanca(ÇAM)	Değişim yüzdesi Ortanca(ÇAM)
Lezyon yeri					
Yüz	39.00(16)	37.00(14)	30.00(16)	24.00(7)	36.03(29.26)
Diğer	43.00(20)	35.00(22)	28.50(17)	23.50(11)	36.17(29.18)
MWU	244.000	275.500	265.500	262.500	265.500
P	0.451	0.925	0.761	0.713	0.762
Lezyon sayısı					
≤1	39.00(14)	35.00(11)	29.00(13)	24.00(8)	36.36(31.50)
>1	44.00(23)	36.00(26)	26.00(22)	22.00(16)	35.71(24.45)
MWU	224.500	269.000	275.000	268.500	241.000
P	0.220	0.763	0.860	0.754	0.377
Yaş					
7-11	40.50(17)	34.50(25)	29.50(20)	24.50(8)	37.63(32.28)
12-18	42.00(18)	36.00(13)	28.50(14)	22.50(9)	36.03(26.33)
MWU	234.000	276.500	282.500	247.000	263.500
P	0.265	0.812	0.910	0.396	0.613
Cinsiyet					
Kadın	42.00(15)	35.00(20)	30.00(15)	24.50(7)	36.17(30.51)
Erkek	39.00(19)	37.00(23)	26.00(19)	21.00(13)	36.03(27.61)
MWU	260.500	259.000	223.000	222.500	259.000
P	0.840	0.815	0.316	0.310	0.815
Babanın Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	42.00(20)	41.00(13)	32.50(15)	22.00(8)	39.20(20.88)
İlkokul ve üstü	40.50(15)	33.00(19)	26.50(15)	25.50(13)	26.17(30.84)
MWU	265.500	175.000	205.000	195.500	184.000
P	0.924	0.043	0.166	0.111	0.067
Annenin Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	43.00(23)	36.00(21)	28.00(15)	23.00(10)	36.36(24.15)
İlkokul ve üstü	38.00(11)	35.00(20)	29.00(17)	26.00(7)	22.85(37.16)
MWU	198.500	229.000	244.500	208.500	192.000
P	0.275	0.680	0.947	0.384	0.217
MTİ Durumu					
Evet	44.00(19)	38.00(14)	33.00(15)	22.00(11)	37.93(28.66)
Hayır	39.00(16)	33.00(21)	27.00(15)	24.00(6)	31.70(29.92)
MWU	195.000	223.000	235.500	285.500	235.500
P	0.056	0.183	0.283	0.967	0.283

ÇDÖ puanı tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ay, tedavi sonrası 3.ay, tedavi sonrası 6.ayda ; cinsiyet, lezyon yeri, lezyon sayısı, annenin ve babanın öğrenim durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). ÇDÖ puanı tedavi sonrası 3.ay ve 6.ayda 12-18 yaş grubu, 7-11 yaş grubuna göre olumsuz yönde etkilenmektedir($p\leq 0.05$). Depresyon yüzde değişim puanı 12-18 yaş grubunda, 7-11 yaş grubundakilere göre daha az düzelme göstermektedir ($p\leq 0.05$). ÇDÖ puanı tedavi öncesinde ailesi MTİ olanlarda MTİ olmayanlara göre olumsuz yönde etkilenmektedir($p\leq 0.05$)(Tablo4).

Tablo-4: ÇDÖ puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi

	Tedavi öncesi	1.ay	3.ay	6.ay	Değişim
	Ortanca(ÇAM)	Ortanca(ÇAM)	Ortanca(ÇAM)	Ortanca(ÇAM)	yüzdesi Ortanca(ÇAM)
Lezyon yeri					
Yüz	9.00(8)	4.00(9)	5.00(9)	3.00(3)	63.33(47.89)
Diğer	8.00(7)	7.00(11)	2.50(7)	3.50(5)	50.00(60.76)
MWU	262.500	240.000	260.000	243.500	244.500
P	0.714	0.401	0.674	0.442	0.457
Lezyon sayısı					
≤ 1	9.00(8)	5.00(14)	3.00(7)	3.00(3)	50.00(46.49)
>1	8.00(7)	7.00(10)	6.00(9)	3.00(5)	60.00(68.67)
MWU	262.500	240.000	260.000	264.5	280.000
P	0.505	0.532	0.810	0.691	0.942
Yaş					
7-11	9.00(8)	5.50(7)	2.00(5)	2.00(3)	73.50(41.73)
12-18	7.00(12)	6.50(14)	6.50(8)	3.50(5)	44.15(53.18)
MWU	282.500	251.500	183.500	172.000	145.000
P	0.909	0.450	0.030	0.016	0.003
Cinsiyet					
Kadın	8.50(6)	5.50(8)	3.50(7)	3.00(3)	55.00(51.74)
Erkek	9.00(9)	7.00(13)	4.50(8)	4.00(5)	58.33(53.19)
MWU	242.500	231.500	263.000	245.000	263.000
P	0.557	0.411	0.881	0.591	0.881
Babanın Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	8.50(8)	6.00(11)	6.00(7)	2.50(4)	55.00(40.63)
İlkokul ve üstü	8.50(8)	5.50(11)	3.00(7)	3.50(4)	55.00(66.17)
MWU	269.500	223.000	252.000	237.000	237.000
P	0.991	0.315	0.700	0.479	0.481
Annenin Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	7.00(8)	6.00(11)	3.00(6)	3.00(4)	50.00(67.23)

İlkokul ve üstü	10.00(7)	6.00(13)	4.00(9)	4.00(4)	66.66(33.33)
MWU	207.000	245.000	243.000	243.000	202.000
P	0.366	0.956	0.920	0.920	0.311
MTİ Durumu					
Evet	11.0(12)	7.0(14)	6.0(9)	4.00(5)	66.66(45.24)
Hayır	6.0(6)	6.0(9)	3.0(9)	3.00(3)	50.00(69.17)
MWU	153.000	227.500	250.000	227.5	263.000
P	0.005	0.214	0.436	0.212	0.612

ÇDYKİ puanı tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ay, tedavi sonrası 3. ay ve tedavi sonrası 6.ayda; yaş, cinsiyet, annenin öğrenim durumu, babanın çalışma durumu ve MTİ durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). ÇDYKİ puanı tedavi sonrası 3. ay bitiminde yüz bölgesinde lezyon bulunanlar, diğer vücut bölgelerinde lezyon bulunanlara göre olumsuz yönde etkilenmektedir ($p\leq 0.05$). ÇDYKİ puanı tedavi öncesinde lezyon sayısı 2 ve daha fazla olanlar, 1 ve altında lezyonu olan hastalara göre olumsuz yönde etkilenmektedir ($p\leq 0.05$). Yine ÇDYKİ puanı tedavi öncesinde babanın öğrenim durumu ilkökul ve üstü olanlar, ilkökul altı olanlara göre olumsuz yönde etkilenmektedir($p\leq 0.05$). Cilt hastalıkları yaşam kalitesi yüzde değişim puanı MTİ yapmayanlarda, MTİ yapanlara göre olumlu yönde etkilenmektedir(Tablo5).

Tablo-5: ÇDYKİ puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi

	Tedavi öncesi Ortanca(ÇAM)	1.ay bitimi Ortanca(ÇAM)	3.ay bitimi Ortanca(ÇAM)	6.ay bitimi Ortanca(ÇAM)	Değişim yüzdesi Ortanca(ÇAM)
Lezyon yeri					
Yüz	2.00(7)	0.00(3)	0.50(3)	0.00(0)	100.00(13.24)
Diğer	4.00(8)	0.00(2)	0.00(0)	0.00(0)	100.00(0.00)
MWU	204.500	279.000	191.500	276.500	250.000
P	0.112	0.982	0.024	0.833	0.355
Lezyon sayısı					
≤1	3.00(5)	0.00(2)	0.00(0)	0.00(0)	100.00(0.00)
>1	5.00(12)	0.00(3)	0.00(6)	0.00(0)	100.00(0.00)
MWU	185.500	271.000	208.500	256.5	255.000
P	0.040	0.776	0.057	0.105	0.383
Yaş					
7-11	3.50(8)	1.00(3)	0.00(2)	0.00(0)	100.00(0.00)
12-18	3.00(6)	0.00(2)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(0.00)
MWU	278.500	230.000	267.500	287.500	275.000
P	0.844	0.191	0.606	0.976	0.693
Cinsiyet					
Kadın	3.50(8)	0.00(2)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(0)

Erkek	3.00(6)	0.00(3)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(24.60)
MWU	244.000	262.000	258.500	240.000	235.000
P	0.577	0.852	0.765	0.065	0.272
Babanın Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	2.00(4)	0.50(2)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(25.00)
İlkokul ve üstü	4.00(10)	0.00(2)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(0.00)
MWU	174.500	256.500	247.000	252.000	251.000
P	0.041	0.753	0.551	0.268	0.551
Annenin Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	4.00(10)	0.00(3)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(0.00)
İlkokul ve üstü	3.00(3)	0.00(2)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(17.65)
MWU	184.000	231.500	220.500	239.000	220.000
P	0.155	0.697	0.464	0.585	0.367
MTİ Durumu					
Evet	4.00(12)	0.00(2)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(100.0)
Hayır	3.00(5)	0.00(3)	0.00(1)	0.00(0)	100.00(0.00)
MWU	283.500	275.500	264.500	262.5	200.000
P	0.934	0.787	0.563	0.136	0.008

Damgalanma puanı tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ay, tedavi sonrası 3.ay, tedavi sonrası 6.ayda; cinsiyet, lezyon yeri, annenin ve babanın öğrenim durumu ile MTİ durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Damgalanma puanı tedavi sonrası 1.ayda ve 3.ayda lezyon sayısı 2 ve daha fazla olanlarda, 1 ve daha az lezyonu bulunanlara göre olumlu yönde etkilenmektedir($p\leq 0.05$). Damgalanma puanı tedavi sonrası 1.ayda 7-11 yaş grubu, 12-18 yaş grubundakilere göre olumsuz yönde etkilenmektedir($p\leq 0.05$). Damgalanma yüzde değişim puanı herhangi bir bağımsız değişkenlere göre farklılık göstermemektedir (Tablo6).

Tablo-6: Damgalanma puanlarının izlem aralıklarına ve sosyo-demografik özelliklere göre düzeyi

	Tedavi öncesi	1.ay bitimi	3.ay bitimi	6.ay bitimi	Değişim
	Ortanca(ÇAM)	Ortanca(ÇAM)	Ortanca(ÇAM)	Ortanca(ÇAM)	yüzdesi
					Ortanca(ÇAM)
Lezyon yeri					
Yüz	0.00(0.75)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)
Diğer	0.00(3.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.75)
MWU	264,000	253,000	275,000	270,000	280.000
P	0,668	0,358	0,803	0,398	1.000
Lezyon sayısı					
≤ 1	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)
>1	0.00(1.50)	0.00(1.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(100.00)

MWU	235,000	215,500	243,000	270,000	241.500
P	0,197	0,021	0,045	0,257	0.245
Yaş					
7-11	0.00(1.00)	0.00(0.75)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(100.00)
12-18	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)
MWU	231,000	226,000	252,000	276,000	240.000
P	0,132	0,037	0,077	0,317	0.187
Cinsiyet					
Kadın	0.00(1.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(100.00)
Erkek	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)
MWU	223.000	256.000	250.000	255.000	210.000
P	0.200	0.627	0.310	0.197	0.089
Babanın Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	0.00(0.25)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(25.00)
İlkokul ve üstü	0.00(1.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(100.00)
MWU	251,000	253,500	243,000	261,000	258.000
P	0,604	0,567	0,171	0,439	0.733
Annenin Öğrenim Durumu					
İlkokul altı	0.00(1.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(100.00)
İlkokul ve üstü	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)
MWU	219,000	243,500	225,000	240,000	229.500
P	0,417	0,885	0,233	0,500	0.594
MTİ Durumu					
Evet	0.00(2.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(100.00)
Hayır	0.00(0.50)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(50.00)
MWU	259,000	275,000	275,000	275,000	281.500
P	0,451	0,674	0,539	0,297	0.869

5. TARTIŞMA

Araştırma grubu 18 yaş altı çocuk ve ergenlerden oluşmakta ve yarısından fazlası kadın cinsiyette bulunmaktadır. Hastaların ebeveynleri çoğunlukla düşük eğitim düzeyindedir ve yaklaşık yarısı il dışında mevsimlik tarım işçiliği yapmaktadır. Lezyonlar çoğunlukla yüz bölgesindedir. Hastalığa çoğunlukla çocuk ve ergenlerin maruz kalması ve yüz bölgesinde daha fazla görülmesi psikososyal anlamda bu yaş gruplarının daha çok etkilenmelerine neden olmaktadır. Şanlıurfa’da yapılan diğer çalışmalarda da KL hastalarının bu özelliklere sahip olduğu gözlenmektedir (8, 16, 39). Benzer şekilde, İran’da bir çalışmada 2009-2016 yılları arasındaki vakaların %26.3’ü 0-9 yaş aralığında (95), Pakistan’da yapılan bir çalışmada da hastaların %82.7’si 1-20 yaş aralığında iken (96), Kolombiya’da Diego ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hastaların %81.4 öğrenci ve çocuklardır. Beklenildiği gibi hastaların %41.0’ında lezyon yüz bölgesindedir (97).

Kolombiya’da hastaların %93.3’ü kırsal alanda yaşamaktadır. Hastalanma sıklığı açısından %16.7 ile tarım işçileri ikinci sıradadır(98). Kırsal yaşam alanları, tatarcığa çok geniş çoğalma alanı sağlaması nedeniyle parazitlerle karşılaşma riskini arttırmaktadır(99, 100) Brezilya’da da KL hastaları, çoğu kırsal alanda yaşayan, eğitim düzeyi düşük, tarım işçilerinin çoğunlukta olduğu kişilerden oluşmaktadır (101).

Kırsal alanda yaşam ve özellikle mevsimlik tarım işçiliği, çocukluk döneminden yetişkinliğe uzanan yoksulluk, eğitimsizlik, sağlık hizmetlerine erişememe gibi pek çok olumsuzluğun bir kısır döngü içinde sürekli birbirini beslediği bir duruma yol açmaktadır (102). Bu yönüyle KL; sadece paraziter bir hastalık değil, yoksul ve kırsal bölgenin hastalığı olarak da günümüzde varlığını sürdürmektedir.

Kutanöz layşmanyazis yaşamı tehdit etmemekle birlikte tıbbi olmayan müdahalelerin sonucunda ya da başlanan tıbbi tedavinin tamamlanmaması durumunda iyileşme skar denilen estetik olmayan doku ile tamamlanmaktadır. Lezyonların sıklıkla yüz gibi vücudun görünen bölgelerinde olması skar dokusuna bağlı kozmetik morbiditeye ve bunun tetiklediği sosyal damgalanmaya ve psikolojik etkilere yol açabilmektedir (103). Enver ve arkadaşlarının KL hastası çocuk(7-12) ve adolesan(13-18) yaş gruplarıyla yaptıkları bir çalışmada depresyon skorları hasta bireylerde sağlam olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yaşam kalitesi düzeyi ise hastalarda sağlamlara göre daha düşük olarak saptanmıştır (11). Yine Zeynep ve arkadaşlarının 8-16 yaş grubunda psöriyazis hastası çocuklarda sağlamlara göre anksiyete düzeyleri 9.2 kat, depresyon düzeyleri ise 6.6 kat daha fazla

bildirilmektedir (104). Bu durum dermatolojik hastalıklarda olumsuz psikososyal etkilenmenin özellikle çocuk ve adölesan yaş grubu bireylerde sıklıkla ortaya çıktığını göstermektedir. Ancak, bu olumsuz psikososyal durumun zaman içinde nasıl değiştiğini gösteren yeterli çalışma da bulunmamaktadır. Nitekim bu araştırmada sosyal anksiyetenin tedavi sonrası 3.ayın bitiminde azalmaya başladığı, tedavi sonrası 6.ayın bitiminde de devam ettiği, depresyon puanı ile damgalanma puanının ise tedavi sonrası 3.ayın bitiminde azaldığı gözlenmiştir.

Tunus'ta Chahed ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, KL skarları olan 41 kadından oluşan bir örnekleme damgalanma düzeyi değerlendirilmiş ve çok çeşitli psikolojik etkiler bildirilmiştir. KL, çalışmaya katılan kadınlarda sürekli bir stres ve utanç kaynağı olmuştur. Kişi ne kadar gençse, KL'nin damgalanma açısından etkisi de o kadar fazla olmaktadır. Bununla birlikte birey hastalıkla alakalı ne kadar çok bilgi sahibi olursa bu durumdan olumsuz etkilenme oranı da azalmaktadır (84). 7-17 yaş aralığındaki vitiligo hastası çocuklarda yapılan bir çalışmada yüksek ÇDYKİ skorunun damgalanmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (105).

Olsen ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde atopik dermatitli çocuklarda ÇDYKİ skoru ortalama 8.5 ± 1.4 düzeyindedir(106). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise dermatolojik hastalıklarda ortalama 6.17 ± 5.17 düzeyinde bulunmuştur (94). Bu araştırmada tedavi öncesi ÇDYKİ skoru 5.85 ± 0.91 düzeyinde iken tedavinin başlamasına paralel olarak tedavi sonrası 1.ayın bitiminde azalmış(1.83 ± 0.50) ve aynı düzeyde tedavi sonrası 3.ayın bitiminde(1.47 ± 0.48) de devam etmiş, tedavi sonrası 6.ayın bitiminde(0.27 ± 1.49) yeniden azalmıştır.

Vücutlarının görünür bölgelerinde vasküler ve pigmente lezyonları bulunan 5-18 yaş aralığındaki 41 çocukta yapılan bir çalışmada çocuklara kozmetik kamuflej uygulamaları öğretilmiş ve uygulama sonrası 1. ve 6. ay dermatoloji yaşam kalitesi değerlendirmeleri yapılmıştır. Uygulama öncesi ÇDYKİ skoru ortalama 5.6 düzeyinden uygulama sonrası 6. ay değerlendirmesinde 2.1 düzeyine gerilediği saptanmıştır (107)

Yine vitiligo hastası 51 çocukla yapılan bir çalışmada Ultraviyole B (UVB) tedavi uygulaması sonrası 1. yıl değerlendirmesinde ÇDYKİ skorları tedavi öncesi 5.1 düzeyinden 2.1 seviyesine düşmüştür (108)

Nilforoushzadeh ve arkadaşlarının Isfahan’da(İran) 10 yaş üstü kadın KL hastası 80 bireyle yaptıkları çalışmada iki grup oluşturulmuş ve gruplardan birine sadece intralezyonel antimon tedavisi

diğer gruba ise antimon tedavisi beraberinde psikoterapi uygulanmış, tedaviden 8 hafta sonra dermatoloji yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Yapılan ölçümlerde dermatoloji yaşam kalitesi açısından psikoterapi alan bireyler sadece antimon tedavisi alan bireylere göre daha olumlu etkilenmiştir (109). Bu durum psikolojik anlamda sağlanan desteğin tedavi etkinliğini güçlendirdiğini ve hastalığın üstesinden gelme konusunda mevcut tedaviyle beraber ciddi kolaylaştırıcı özellik taşıdığını göstermektedir.

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası izlemlerde sosyal anksiyete, depresyon, dermatolojik yaşam kalitesi, damgalanma puanlarında baba öğrenimi, katılımcıların yaşı, ailenin mevsimlik tarım işçisi olması, lezyon yeri, lezyon sayısı değişkenlerine göre farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Ancak, nihai değerlendirme tedavi öncesi ve tedavi sonrası 6.ay puanları arasındaki değişim dikkate alınarak yapılmıştır. Sosyodemografik değişkenlerin tüm izlem boyunca olan etkisi puanlardaki değişim yüzdesi hesaplanarak incelenmiştir. Buna göre; depresyon puanı 7-11 yaş grubunda 12-18 yaş grubuna göre daha fazla azalmıştır. Muhtemelen, tedavi öncesi puanı daha yüksek olduğu için dermatolojik yaşam kalitesi puanındaki değişim mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında daha fazla gözlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- KL hastası çocukların çoğunun ailesi mevsimlik tarım işçiliği yapmaktadır. Anne babaların eğitim ve ekonomik düzeyi düşüktür.
- KL hastası çocukların tedavi öncesi anksiyete, depresyon ve dermatolojik yaşam kalitesi, damgalanma düzeyleri kötüdür. Ancak, tedavi sonrasında psikososyal durumlarında giderek olumlu yönde iyileşme görülmektedir.
- Araştırmada psikososyal durum, yaşam kalitesi ve damgalanma puanı değerlendirmelerinden en az birinde olumsuz etkinin 6 ay süreyle devam ettiği görülmüştür. Tedavi sürecinde özellikle çocuk ve ergen yaş grubu hastaların uzmanlar tarafından değerlendirilip psikolojik desteğin sağlanması ve sürdürülmesi önemlidir.
- Maruziyetin ve hastalıkla karşılaşma ihtimalinin yüksek görüldüğü çocuklarda ve ergenlerde aktif sürveyansla okul taramalarının artırılmasıyla erken dönemde tanı konulup tedavi başlanarak, ortaya çıkabilecek psikososyal yük azaltılabilir.
- Tedavi sürecinde psikososyal etkilenmenin daha fazla devamlılık gösterdiği 12-18 yaş grubunun özellikle önemsenmesi ve mti yapan ailelerinin çocuklarının risk grubu olarak alınıp izlenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Control of the leishmaniasis. World Health Organ Tech Rep Ser. 2010(949):1-186.
2. Organization WH. Leishmaniasis [updated 14.03.2019; cited 2019 15.08.2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>.
3. Organization WH. The leishmaniasis: timeline of facts and the formidable quest for disease control 2018 [cited 2019 15.08.2019]. Available from: https://www.who.int/neglected_diseases/news/Leishmaniasis-timeline-of-facts-and-the-quest-disease-control/en/.
4. Uzun S. Kutanöz Layşmanyazis Tanı ve Tedavi Rehberi. In: Tüzün Y GM, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, editor. Kutanöz Layşmanyazis Tanı ve Tedavi Rehberi. Nobel Kitabevi.2008. p. 659-77.
5. Gurel MS, Ulukanligil M, Ozbilge H. Cutaneous leishmaniasis in Sanliurfa: epidemiologic and clinical features of the last four years (1997-2000). International journal of dermatology. 2002;41(1):32-7.
6. Aksoy M, Doni N, Ozkul HU, Yesilova Y, Ardic N, Yesilova A, et al. Pediatric Cutaneous Leishmaniasis in an Endemic Region in Turkey: A Retrospective Analysis of 8786 Cases during 1998-2014. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(7):e0004835.
7. Bailey F, Mondragon-Shem K, Hotez P, Ruiz-Postigo JA, Al-Salem W, Acosta-Serrano A. A new perspective on cutaneous leishmaniasis-Implications for global prevalence and burden of disease estimates. 2017;11(8):e0005739.
8. Yanik M, Gurel MS, Simsek Z, Kati M. The psychological impact of cutaneous leishmaniasis. Clinical and experimental dermatology. 2004;29(5):464-7.
9. Toledo AC, Jr, da Silva RE, Carmo RF, Amaral TA, Luz ZMP, Rabello A. Assessment of the quality of life of patients with cutaneous leishmaniasis in Belo Horizonte, Brazil, 2009–2010. A pilot study. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2013;107(5):335-6.
10. Bilgic A, Bilgic O, Akis HK, Eskioglu F, Kilic EZ. Psychiatric symptoms and health-related quality of life in children and adolescents with psoriasis. Pediatric dermatology. 2010;27(6):614-7.
11. Turan E, Kandemir H, Yeşilova Y, Ekinici S, Tanrikulu O, Kandemir SB, et al. Assessment of psychiatric morbidity and quality of life in children and adolescents with cutaneous leishmaniasis and their parents. Postepy dermatologii i alergologii. 2015;32(5):344-8.

12. Okwor I, Uzonna J. Social and Economic Burden of Human Leishmaniasis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2016;94(3):489-93.
13. Harman M. Cutaneous Leishmaniasis. *Turk J Dermatol*. 2015;9:168-76.
14. WHO. Leishmaniasis 2020 [06.10.2020]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis>.
15. Gürel MS, Yesilova Y, Ölgün MK, Özbel Y. Türkiye’de Kutanöz Leishmaniasisin Durumu. *Türkiye Parazitol Derg*. 2012;36:121-9.
16. Uzun S TYG, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji'de Leishmaniasis: Nobel Kitabevi*; 2008.
17. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis Worldwide and Global Estimates of Its Incidence. *PLOS ONE*. 2012;7(5):35671-2.
18. Bakanlık TCS. Şark Çıbanı İstatistik Verileri 2017. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotikvektorel-sarkcibani/istatistik>.
19. World Health Organization ROftEM. Manual for case management of cutaneous leishmaniasis in the WHO Eastern Mediterranean Region. 2014;
20. CDC. Parasites-Leishmaniasis 2020 [updated February, 2020; cited 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/epi.html>
21. Alptekin D, Kasap M, Luleyap U, Kasap H, Aksoy S, Wilson ML. Sandflies (Diptera: Psychodidae) associated with epidemic cutaneous leishmaniasis in Sanliurfa, Turkey. *J Med Entomol*. 1999;36(3):277-81.
22. Simsek FM, Alten B, Caglar SS, Ozbel Y, Aytekin AM, Kaynas S, et al. Distribution and altitudinal structuring of phlebotomine sand flies (Diptera: Psychodidae) in southern Anatolia, Turkey: their relation to human cutaneous leishmaniasis. *J Vector Ecol*. 2007;32(2):269-79.
23. Gouzelou E, Haralambous C, Amro A, Mentis A, Pratlong F, Dedet J-P, et al. Multilocus microsatellite typing (MLMT) of strains from Turkey and Cyprus reveals a novel monophyletic *L. donovani* sensu lato group. *PLoS neglected tropical diseases*. 2012;6(2):1507-8.
24. Bari AU. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis. *J Pak Assoc Dermatol*. 2006;16:156-62.
25. Strazzulla A, Cocuzza S, Pinzone MR, Postorino MC, Cosentino S, Serra A, et al. Mucosal Leishmaniasis: An Underestimated Presentation of a Neglected Disease. *BioMed Research International*. 2013; 805108-9.

26. Kumar PV, Sadeghi E, Torabi S. Kala Azar with Disseminated Dermal Leishmaniasis. 1989;40(2):150-3.
27. Infectious diseases WDocont. The post Kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL) atlas. A manual for health workers 27 August 2012. 214-5
28. Douba MD, Abbas O, Wali A, Nassany J, Aouf A, Tibbi MS, et al. Chronic cutaneous leishmaniasis, a great mimicker with various clinical presentations: 12 years experience from Aleppo. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV. 2012;26(10):1224-9.
29. Uzun S, Gürel MS, Harman M. Kutanöz Layşmanyazis Tanı ve Tedavi Rehberi Galenos Yayınevi; 2017.14-26
30. Sellheyer K HE. Protozoan diseases and parasitic infestations. 9 ed: Lever's histopathology of the skin. Philadelphia:Lippincot; 2005;
31. Hodiamont CJ, Kager PA, Bart A, de Vries HJ, van Thiel PP, Leenstra T, et al. Species-directed therapy for leishmaniasis in returning travellers: a comprehensive guide. PLoS neglected tropical diseases. 2014;8(5):2832-3.
32. Cutaneous Leishmaniasis. Infectious Disease Clinics of North America. 2019;33(1): 101-17.
33. Leishmaniasis WHOECotCot, World Health O. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, Geneva, 22-26 March 2010. Geneva: World Health Organization; 2010;
34. Minodier P, Parola P. Cutaneous leishmaniasis treatment. Travel Medicine and Infectious Disease. 2007;5(3):150-8.
35. Aronson NE, Wortmann GW, Byrne WR, Howard RS, Bernstein WB, Marovich MA, et al. A randomized controlled trial of local heat therapy versus intravenous sodium stibogluconate for the treatment of cutaneous Leishmania major infection. PLoS neglected tropical diseases. 2010;4(3):628-9.
36. WHO. Report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, Geneva, 22-26 March 2010. WHO Technical Report Series. 2010;
37. Joshi AB, Das ML, Akhter S, Chowdhury R, Mondal D, Kumar V, et al. Chemical and environmental vector control as a contribution to the elimination of visceral leishmaniasis on the Indian subcontinent: cluster randomized controlled trials in Bangladesh, India and Nepal. BMC medicine. 2009;7:54.
38. Alexander B, Maroli M. Control of phlebotomine sandflies. Med Vet Entomol. 2003;17(1):1-18.

39. Koruk I, Beyazgöl B, Allahverdi S, Kuzan R. The State of Disease-Related Awareness Regarding Cutaneous Leishmaniasis Cases in Sanliurfa, Delay Level in Treatment and Reasons for Delay. *Saudi Journal of Medicine*. 2020;5(9):292-9.
40. Joshi A, Narain JP, Prasittisuk C, Bhatia R, Hashim G, Jorge A, et al. Can visceral leishmaniasis be eliminated from Asia? *Journal of vector borne diseases*. 2008;45(2):105-11.
41. França K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2013;88(5):842-3.
42. Turan S, Ozmen M. Treatment modalities for psycho dermatological diseases/Psikodermatolojik hastalıklarda tedavi modelleri. *Archives of the Turkish Dermatology and Venerology*. 2010;46+.
43. Öztürk MO UA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
44. N. K. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008.
45. Ranji C. Editorial (Thematic Selection: A Systematic Review of Depression). *Current Neuropsychopharmacology*. 2015;13(4):480-1.
46. Tamar M, Özbaran BJKP. Çocuk ve ergenlerde depresyon. 2004;2(1):84-92.
47. Çağdaş AvS, Z. Mutlu ve Sağlıklı Yarınlar İçin Anne-Baba Eğitimi. Konya: Eğitim Kitapevi 2004;
48. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*. 2007;75(1):73-80.
49. Araş Ş, Ünlü G, Varol Taş F. Symptoms, Diagnoses and Diagnostic Procedures of Patients who Presented to the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic. 2007;10(1):28-37.
50. Bilaç Ö, Ercan Es, Uysal T, Aydın CJTJoP. The Prevalence of Anxiety and Mood Disorders, and Demographic Characteristics in Elementary School Students. 2014;25(3).
51. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
52. Yüksel N. Paroksetin ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10:3-8.
53. Ertem Ü YS. Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon. *Aile ve Toplum*. 2004;3(9):7-12.
54. Kuehner CJTLP. Why is depression more common among women than among men? 2017;4(2):146-58.

55. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine* (1982). 2003;56(2):299-312.
56. Beyazgül B, Koruk I, Allahverdi S, Kuzan R. Psychosocial And Sociodemographic Factors That Affect Delays In Seeking Treatment For Cutaneous Leishmaniasis In Sanliurfa. *Ponte Academic Journal*. 2020;76(9).
57. Lewis-Jones S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *International journal of clinical practice*. 2006;60(8):984-92.
58. Hergüner S, Kiliç G, Karakoç S, Tamay Z, Tüzün U, Güler N. Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *The British journal of dermatology*. 2011;164(6):1342-7.
59. Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz M, Magerl M, et al. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *The British journal of dermatology*. 2006;154(2):294-8.
60. Jick SS, Kremers HM, Vasilakis-Scaramozza C. Isotretinoin use and risk of depression, psychotic symptoms, suicide, and attempted suicide. *Archives of dermatology*. 2000;136(10):1231-6.
61. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *Journal of paediatrics and child health*. 2006;42(12):793-6.
62. Lin VW. Tough-skinned kids: identifying psychosocial effects of psoriasis and helping pediatric patients and families cope. *Journal of pediatric nursing*. 2012;27(5):563-72.
63. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: The world health organization perspective. *Eur Psychiatry*. 1997;12 Suppl 3:263-6.
64. H Fidaner HE, C Fidaner, SY Eser, E Eser, E Göker. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. WHOQOL-100 VE WHOQOL-BREF 3P Dergisi. 1999;7:5-13.
65. McKenna S. Book Review: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd ed.). (1996). B. Spilker (Ed.). Lippincott-Raven, Philadelphia. Pp xlv+1259. £114.50. ISBN 0-7817-0332-8 (hardback). 1997;7(5):425-6.
66. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child*. 2001;84(3):205-11.
67. Herndon DN, LeMaster J, Beard S, Bernstein N, Lewis SR, Rutan TC, et al. The quality of life after major thermal injury in children: an analysis of 12 survivors with greater than or equal to 80% total body, 70% third-degree burns. *J Trauma*. 1986;26(7):609-19.

68. Ditesheim JA, Templeton JM, Jr. Short-term v long-term quality of life in children following repair of high imperforate anus. *J Pediatr Surg*. 1987;22(7):581-7.
69. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess*. 2001;5(4):1-157.
70. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health*. 2004;7(1):79-92.
71. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res*. 2001;10(1):59-70.
72. Eiser C, Cotter I, Oades P, Seamark D, Smith R. Health-related quality-of-life measures for children. *Int J Cancer Suppl*. 1999;12:87-90.
73. Rajmil L, Herdman M, Fernandez de Sanmamed MJ, Detmar S, Bruil J, Ravens-Sieberer U, et al. Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *J Adolesc Health*. 2004;34(1):37-45.
74. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *J Clin Psychol*. 2001;57(4):571-85.
75. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, French DJ, Kennedy D, Martin J, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness--a two year prospective study. *Qual Life Res*. 2004;13(7):1309-19.
76. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Aksu Arica D. Quality of Life, Anxiety and Depression Levels in Patients with Seborrheic Dermatitis. *TURKDERM*. 2012;46(1):39-43.
77. A Study On Impact Of Vitiligo On Psychiatric Manifestations Dissertation Submitted For Doctor Of Medicine Branch - XVIII (Psychiatry). Medical University Chennai. 2018.
78. Ocak ES. Atopik dermatitli çocukların ve ailelerinin yaşam kaliteleri ile hastalık şiddeti, sosyoekonomik statü, hasta depresyon ve kaygısı arası ilişkilerin incelenmesi: Marmara; 2013;
79. Vilar GN, Santos LA, Sobral Filho JF. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2015;90(5):622-9.
80. Manzoni APdS, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi ARdS, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2012;87:361-8.
81. A Ka. Bulaşıcı Dermatolojik Hastalıkların Kontrolü Ve Halk Sağlığı Açısından Önemi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019;4:82-9.

82. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16-20.
83. Sezer S, Kezer, F. Psikolojik Yardım aramada Yakın Çevre Damgalaması Ölçeği'niin Bir Türk Örnekleminde Geçerlilik ve Güvenirliliği Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi dergisi. 2013;46(1):181-201.
84. Chahed MK, Bellali H, Ben Jemaa S, Bellaj T. Psychological and Psychosocial Consequences of Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis among Women in Tunisia: Preliminary Findings from an Exploratory Study. *PLoS neglected tropical diseases*. 2016;10(10):5090-1.
85. Hugh Reyburn MK, Ahmad Shaffi Sharifi. Social and psychological consequences of cutaneous leishmaniasis in Kabul Afghanistan 2000. Available from: <http://afghandata.org:8080/xmlui/handle/azu/4484>.
86. Kassi M, Kassi M, Afghan AK, Rehman R, Kasi PM. Marring leishmaniasis: the stigmatization and the impact of cutaneous leishmaniasis in Pakistan and Afghanistan. *PLoS Negl Trop Dis*. 2008;2(10):259-60.
87. Chraiet-Rezgani K, Bouafif-Ben Alaya N, Habboul Z, Hajjej Y, Aoun K. [Epidemiological and clinical features of cutaneous leishmaniasis in Kairouan-Tunisia and characteristics in children]. *Bulletin de la Societe de pathologie exotique (1990)*. 2016;109(2):80-3.
88. Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. *Leprosy review*. 2005;76(2):119-26.
89. Hotez PJ. Stigma: the stealth weapon of the NTD. *PLoS neglected tropical diseases*. 2008;2(4):230-1.
90. Demir T, Eralp-Demir, D., Türksoy, N., Özmen, E. ve Uysal, Ö. . Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam Dergisi*. 2000;13(1):42-8.
91. Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*. 1985;21:995-7.
92. B. Ö. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk psikiyatri Dergisi*. 1991;2:132-6.
93. Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *The British journal of dermatology*. 1995;132(6):942-9.
94. Balcı DD, Sangün, Ö., İnandı, T. . Cross validation of the turkish version of Children's Dermatology Life Quality Index. *J Turk Acad Dermatol*. 2007;1(4):
95. Moein D, Masoud D. Epidemiological Trend of Cutaneous Leishmaniasis in an Endemic Focus Disease During 2009-2016, Central Iran. 2019;43(2):55-9.

96. Shaheen N, Qureshi NA, Qureshi MZ, Fatima H, Afzal M, Alhewairini SS. Molecular epidemiological survey of cutaneous leishmaniasis from Azad Jammu and Kashmir, Pakistan. *Acta tropica*. 2020;206:105434-5.
97. El Alem MMM, Hakkour M, Hmamouch A, Halhali M, Delouane B, Habbari K, et al. Risk factors and prediction analysis of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania tropica* in Southwestern Morocco. *Infection, genetics and evolution: journal of molecular epidemiology and evolutionary genetics in infectious diseases*. 2018;61:84-91.
98. Medina-Morales DA, Machado-Duque ME, Machado-Alba JE. Epidemiology of Cutaneous Leishmaniasis in a Colombian Municipality. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2017;97(5):1503-7.
99. Machado-Coelho GL, Assunção R, Mayrink W, Caiaffa WT. American cutaneous leishmaniasis in Southeast Brazil: space-time clustering. *International journal of epidemiology*. 1999;28(5):982-9.
100. de Freitas Rocha AT, Mira de Espindola G, Araujo Soares MR, de Ribamar de Sousa Rocha J, Nery Costa CH. Visceral leishmaniasis and vulnerability conditions in an endemic urban area of Northeastern Brazil. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2018;112(7):317-25.
101. Grangeiro Júnior CRP, Pimentel JVC, Teixeira Júnior AG, Jesus AFd, Galvão TCF, Souza LAAd, et al. American cutaneous leishmaniasis in a northeast Brazilian city: clinical and epidemiological features. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2018;51:837-42.
102. Havlioğlu S, Koruk İ. The quality of life and problematic behaviors among adolescent migrant seasonal farm workers. *Turkish Journal of Public Health*. 2015;11:11-.
103. Bennis I, Thys S, Filali H, De Brouwere V, Sahibi H, Boelaert M. Psychosocial impact of scars due to cutaneous leishmaniasis on high school students in Errachidia province, Morocco. *Infectious diseases of poverty*. 2017;6(1):46.
104. Kara T, Topkarcı Z. Pediatric patients with psoriasis and psychiatric disorders: premorbidity and comorbidity in a case-control study. *The Journal of dermatological treatment*. 2019;30(2):129-34.
105. Krüger C, Panske A, Schallreuter KU. Disease-related behavioral patterns and experiences affect quality of life in children and adolescents with vitiligo. *International journal of dermatology*. 2014;53(1):43-50.

- 106.**Olsen JR, Gallacher J, Finlay AY, Piguet V, Francis NA. Quality of life impact of childhood skin conditions measured using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): a meta-analysis. *The British journal of dermatology*. 2016;174(4):853-61.
- 107.**Ramien ML, Ondrejchak S, Gendron R, Hatami A, McCuaig CC, Powell J, et al. Quality of life in pediatric patients before and after cosmetic camouflage of visible skin conditions. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014;71(5):935-40.
- 108.**Njoo MD, Bos JD, Westerhof W. Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;42(2, Part 1):245-53.
- 109.**Nilforoushzadeh M, Roohafza H, Jaffary F, Khatuni M, editors. Comparison of Quality of Life in Women Suffering from Cutaneous Leishmaniasis Treated with Topical and Systemic Glucantime along with Psychiatric Consultation Compared with the Group without Psychiatric Consultation 2010.

8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Anket no:

Adı-Soyadı:

Adres:

Lezyonla İlgili Özellikler

1. Lezyonun sayısı ve bölgesi?

Lezyonun yeri	Sayısı
Yüz(yanak, burun, alın, göz kapağı, kulak, dudak, çene, kaş)	
Diğer bölgeler	

Sosyo- demografik özellikler

2. Hastanın yaşı?

3. Annenin eğitim durumu?

- | | | |
|--------------------|---------------------|------------------------------------|
| 1. Türkçe bilmiyor | 2. Okur-yazar değil | 3. Okur-yazar(ilkokulu bitirmemiş) |
| 4. İlkokul | 5. Ortaokul | 6. Lise 7. Üniversite ve üzeri |

4. Babanın eğitim durumu?

- | | | |
|--------------------|---------------------|------------------------------------|
| 1. Türkçe bilmiyor | 2. Okur-yazar değil | 3. Okur-yazar(ilkokulu bitirmemiş) |
| 4. İlkokul | 5. Ortaokul | 6. Lise 7. Üniversite ve üzeri |

5. Anne/Baba gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1.Evet. Ne iş yapıyorsunuz? 2.Hayır

6. Aileniz mevsimlik tarım işçiliği yapıyor mu?

- 1.Evet 2.Hayır

Ek-2: Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim) (ÇSAÖ-Y) (Social Anxiety Scale for Children-Revised)

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1= hiçbir zaman 2= çok az 3= bazen 4= çoğu zaman 5= daima

Rakamların altındaki uygun kutucuğa × işareti koyunuz	1	2	3	4	5
1. Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum					
2. Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3. Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4. Diğer çocuklar arkamdan konuşuyorlar diye düşünürüm					
5. Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6. Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7. Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8. İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9. Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecekler diye endişelenirim.					
10. Yeni tanıştığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11. Diğer çocuklar benden hoşlanmıyorlar diye üzülürüm.					
12. Bir grup çocukla birlikteyken sessiz kalırım.					
13. Diğer çocuklar benimle alay ediyor diye düşünürüm.					
14. Başka bir çocukla tartışırsam, onun benden hoşlanmayacağından korkarım.					
15. Başkalarını evime çağırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16. Bazı çocukların yanındayken rahatsız olurum.					
17. İyi tanıdığım çocukların yanındayken bile utanırım.					
18. Başka çocuklara birlikte oynamayı teklif etmek bana zor gelir.					

Ek-3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory-CDI)

Sevgili Öğrenciler,

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

I)

- 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
- 2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
- 3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.

II)

- 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
- 2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
- 3- İşlerim yolunda gidecek.

III)

- 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
- 2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
- 3- Herşeyi yanlış yaparım.

IV)

- 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
- 2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
- 3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

V)

- 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
- 2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
- 3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

VI)

- 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
- 2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
- 3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

VII)

- 1- Kendimden nefret ederim.
- 2- Kendimi beğenmem.

3- Kendimi beğenirim.

VIII)

1- Bütün kötü şeyler benim hatam.

2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

IX)

1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.

2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.

3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

X)

1- Her gün içimden ağlamak gelir.

2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.

3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

XI)

1- Herşey her zaman beni sıkar.

2- Herşey sık sık beni sıkar.

3- Herşey arada sırada beni sıkar.

XII)

1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

XIII)

1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.

2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.

3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

XIV)

1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.

2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.

3- Çirkinim.

XV)

1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.

3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

XVI)

- 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
- 2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
- 3- Oldukça iyi uyurum.

XVII)

- 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
- 2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
- 3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

XVIII)

- 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
- 2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
- 3- Oldukça iyi yemek yerim.

XIX)

- 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
- 2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- 3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

XX)

- 1- Kendimi yalnız hissetmem.
- 2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
- 3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

XXI)

- 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
- 2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
- 3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

XXII)

- 1- Birçok arkadaşım var.
- 2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
- 3- Hiç arkadaşım yok.

XXIII)

- 1- Okul başarıım iyi.
- 2- Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
- 3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

XXIV)

- 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

XXV)

1- Kimse beni sevmez.

2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

XXVI)

1- Bana söyleneni genellikle yaparım.

2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

XXVII)

1- İnsanlarla iyi geçinirim.

2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek-4: Çocuk Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (ÇDYKİ) (Children's Dermatology Life Quality Index-CDLQI)

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

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

5-Geçen hafta boyunca cilt sorununuz **dışarı çıkmamanızı, oynamamanızı veya sevdiğiniz uğraşları yapmanızı** ne ölçüde etkiledi?

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

7-Geçen hafta; **Okul zamanı** mı idi? _____ **Eğer okul zamanı ise:** Geçen hafta boyunca cilt sorununuz **okul çalışmanızı** ne ölçüde etkiledi?

- 3.Okulu engelledi
- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

Tatil zamanı mıydı? _____ **Eğer tatil zamanı ise:** Geçen hafta boyunca, cilt sorununuz **tatil eğlencelerinizi** ne ölçüde etkiledi?

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

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

- 3.Çok fazla
- 2.Oldukça fazla
- 1.Sadece biraz
- 0.Hiç

Ek-5: G-Power Örnek Büyüklüğü Hesabı

[1] -- Tuesday, July 14, 2020 -- 15:10:28

F tests - ANOVA: Repeated measures, within factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size $f = 0.1876078$

α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80

Number of groups = 1

Number of measurements = 3

Corr among rep measures = 0.5

Nonsphericity correction $\epsilon = 1$

Output: Noncentrality parameter $\lambda = 10.1366457$

Critical F = 3.0932659

Numerator df = 2.0000000

Denominator df = 94.0000000

Total sample size = 48

Actual power = 0.8078206

Ek-6: Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 09.09.2019
OTURUM	: 10
SAAT	: 13:00

19/10/27	Karar: Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesin Prof.Dr. İbrahim KORUK'un yürütücüsü olduğu "6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisi Öncesi ve Sonrası Psikososyal Durum ve Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişimi ile Bunu Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine Oy birliği ile karar verilmiştir.  ASLI GİBİDİR Prof. Dr. Zehra YILMAZ Etik Kurul Başkanı
----------	--

Ek-7: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ŞANLIURFA
TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ
24/10/2019 10:03 - 97910496 - 604.02 - E.213



Sayı : 97910496-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Araş.Gör.
Şule ALLAHVERDİ)

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Dekanlığına)

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Prof. Dr. İbrahim KORUK sorumluluğunda Araştırma görevlisi Dr. Şule ALLAH VERDİ tarafından yapılmak istenen" 6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisi Öncesi ve Sonrası Psikososyal Durum ve Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişim ile Bunu Etkileyen Faktörler " konulu araştırma için İl Sağlık Müdürlüğümüzün onay yazısı ekte sunulmuştur. Konuyla ilgili kişiye bilgi verilmesi hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr. M. Emre ERKUŞ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Onay Yazısı

İzzer BASKUT
Evrak Kayıt Memuru Güvenli
Elektronik İmza Aslı ile Aynıdır.
2019

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı ve Eğitim Hizmetleri Birimi
Yenişehir mah. Recep Tayyip Erdoğan Bulvarı T.Telekom Yanı 63300 Yenişehir
Şanlıurfa
Telefon: 04143187279 Faks No: 04143187234

e-Posta: nilgun.ay2@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eec33dd6-d76a-422f-b473-aaf991fe79e3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nilgün AY

EBE

Telefon No: (0 414) 318 72 34



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ŞANLIURFA
TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ
18/10/2019 22:49 - 97910496 - 604.02 - E.206



00103337894



GÖBEKLİTEPE
TARİHİN SIFIR NOKTASI

Sayı : 97910496-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Araş.Gör. Şule
ALLAHVERDİ)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Prof. Dr. İbrahim KORUK sorumluluğunda Araştırma görevlisi Dr. Şule ALLAH VERDİ tarafından yapılmak istenen "6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisi Öncesi ve Sonrası Psikososyal Durum ve Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişim ile Bunu Etkileyen Faktörler" konulu araştırma için İl Sağlık Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin İl Sağlık Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nu hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, Müdürlüğünüze bağlı şark çıbanı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmada, merkezin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, şark çıbanı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde tensiplerinize arz ederim

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı ve Eğitim Hizmetleri Birimi
Yenişehir mah. Recep Tayyip Erdoğan Bulvarı T.Telekom Yanı 63300 Yenişehir
Şanlıurfa
Telefon: 04143187279 Faks No: 04143187234
e-Posta: nilgun.ay2@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: Nilgün AY

EBE

Telefon No: (0 414) 318 72 34

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eec33dd6-d76a-422f-b473-aaf991fe79e3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

e-imzalıdır.
Dr.Öğr.Üys. Abdullah SOLMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

O L U R
.../.../2019
e-imzalıdır.
Doç.Dr. M. Emre ERKUŞ
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Anket Formu
2- Başvuru Formu
3- Etik Kurul Kararı
4- İbrahim KORUK Özgeçmiş ve Eserler Listesi
5- Şule ALLAHVERDİ Özgeçmiş ve Eserler Listesi
6- Yazı 3 (Sayfa)

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı ve Eğitim Hizmetleri Birimi
Yenişehir mah. Recep Tayyip Erdoğan Bulvarı T.Telekom Yanı 63300 Yenişehir
Şanlıurfa
Telefon: 04143187279 Faks No: 04143187234
e-Posta: nilgun.ay2@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: Nilgün AY

EBE

Telefon No: (0 414) 318 72 34

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eec33dd6-d76a-422f-b473-aaf991fe79e3 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-8: Turnitin Raporu



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin

T.C. : 40450949252

Adı, Soyadı : Şule ALLAHVERDİ

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tezin Adı : 6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisinin Psikososyal Durum Ve Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişim İle Bunu Etkileyen Faktörler

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU BAŞKANLIĞINA

Yukarıda başlığı belirtilen 6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisinin Psikososyal Durum Ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi adlı çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 48 sayfalık kısmına ilişkin, 30/11/2020 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından "TURNITIN" adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı % 12'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 6 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Mezuniyet Sonrası Eğitim Koordinasyon Kurulu tarafından kabul edilen Uzmanlık Tezinin orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, tüm hukuki yasal işlemleri kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 01/12/2020

Tezi Hazırlayan Uzmanlık Öğrencisi

Şule ALLAHVERDİ

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım 01/12/2020

Danışman

Prof. Dr. İbrahim KORUK

6-17 Yaş Grubu Şark Çıbanı Hastalarında Şark Çıbanı Tedavisi Öncesi ve Sonrası Psikososyal Durum ve Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişim ile Bunu Etkileyen Faktörler

ORJİNALLİK RAPORU

% **12**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **7**

YAYINLAR

% **4**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- | | | |
|----------|---|------------|
| 1 | www.journalagent.com
İnternet Kaynağı | % 2 |
| 2 | GÜREL, Mehmet Salih, YEŞİLOVA, Salih,
ÖLGEN, M. Kirami and ÖZBEL, Yusuf.
"Türkiye'de kutanöz leishmaniasisin durumu",
Türkiye Parazitoloji Derneği, 2012.
Yayın | % 2 |
| 3 | www.turkdermatolojidergisi.com
İnternet Kaynağı | % 1 |
| 4 | uhsk.org
İnternet Kaynağı | % 1 |
| 5 | www.retinavitreus.com
İnternet Kaynağı | % 1 |
| 6 | www.selcuktipdergisi.org
İnternet Kaynağı | % 1 |
| 7 | openaccess.maltepe.edu.tr
İnternet Kaynağı | % 1 |

8	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
9	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
10	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
11	BİLAÇ, Cemal, ÖZTÜRKCAN, Serap and BİLAÇ, Öznur. "Çocuklarda dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesi", Deri ve Zührevi Hastalıkları Derneği, 2014. Yayın	<% 1
12	mersin.mitosweb.com İnternet Kaynağı	<% 1
13	ded.dem.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
14	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
15	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
16	hemsireliknew.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1

www.scribd.com

18	İnternet Kaynağı	<% 1
19	Submitted to Mersin Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
20	KARS, Veysel, ARSLAN, Necmi, ERİK, Leyla, AVCI3 , Nuran, BUCAKTEPE, Pakize Gamze, CELEPKOLU, Tahsin and ŞAHİN, Hüseyin Avni. "Lise son sınıf öğrencilerinin meslek seçiminde karşılaştığı sorunlar ve bu sorunların anksiyete ve depresyonla ilişkisi", Dicle Üniversitesi, 2014. Yayın	<% 1
21	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<% 1
22	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
23	www.caybdergi.com İnternet Kaynağı	<% 1
24	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
25	senaymeralzeytin.com İnternet Kaynağı	<% 1
26	www.icqh.net İnternet Kaynağı	<% 1
27	Submitted to Dokuz Eylül Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

- 28 GÜLER, Hayal, TURHANOĞLU, Ayşe Dicle, İNANOĞLU, Kerem, İNANOĞLU, Deniz and ÖZER, Cahit. "Subakromiyal sıkışma sendromu olan hastalarda ketoprofen fonoforezi ile ketoprofen ve lidokain-prilokain fonoforez uygulamasının karşılaştırılması", Aves Yayıncılık, 2009.

Yayın

<%1

- 29 SERTELİN MERCAN, Çare and YAVUZER, Haluk. "BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMLA BÜTÜNLEŞTİRİLMİŞ SOSYAL BECERİ EĞİTİMİNİN ERGENLERİN SOSYAL KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ", Dicle Üniversitesi, 2017.

Yayın

<%1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat