



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

**AYDIN MERKEZ 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI
BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-17 YAŞ
ARALIĞINDA ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN
DERMATOLOJİYE VE ÇOCUKLARINDAKİ DERİ
HASTALIKLARINA BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MELEK NAGEHAN SANİÇ

DANIŞMAN
PROF. DR. EKİN ŞAVK

AYDIN-2009

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

**AYDIN MERKEZ 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI
BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-17 YAŞ
ARALIĞINDA ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN
DERMATOLOJİYE VE ÇOCUKLARINDAKİ DERİ
HASTALIKLARINA BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MELEK NAGEHAN SANIÇ

DANIŞMAN
PROF. DR. EKİN ŞAVK

AYDIN-2009

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen, mesleki bilgi ve becerilerimin artmasındaki katkılarından dolayı değerli hocalarımız Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Göksun Karaman'a, Prof. Dr. Neslihan Şendur'a, aynı zamanda tez danışmanım olan Prof. Dr. Ekin Şavk'a, Yrd. Doç. Dr. Meltem Uslu'ya teşekkürlerimi sunarım. Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan Uzm. Dr. Nermin Erol'a katkılarından dolayı teşekkür ederim. Ayrıca bölümümüze gelmeleri ile her birinin farklı bir renk kattıkları çalışma arkadaşlarım Dr. Eylem Yılmaz'a, Dr. Arzu Eraslan'a, Dr. Murat Harbutluoğlu'na ve yardımcı personele teşekkür ederim. İhtiyaç duyduğum her an sağladığı destek ve dostluk nedeniyle bir özel teşekkür de arkadaşım Uzm. Dr. Gonca Evcil için olacaktır.

Asistanlık eğitimim süresince bana güç veren, maddi manevi her türlü yardımını ve desteğini benden esirgemeyen eşim Ayhan Saniç'e, hayatımın neşe, heyecan ve mutluluk kaynağı, canım kızım Nihan'a, canım oğlum Efe'ye ve tüm aileme bu süreci benimle paylaştıkları için sonsuz sevgiler ve teşekkürler.

Dr. Melek Nagehan Saniç

Mayıs 2009

İÇİNDEKİLER

I- GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II- GENEL BİLGİLER.....	3
A. Çocuk ve yenidoğan derisi.....	4
B. Deri ve toplum.....	6
C. Pediatrik dermatoloji.....	9
D. Akne vulgaris.....	12
E. Alopesia areata.....	14
F. Hemanjiom.....	16
G. İmpetigo.....	17
H. Melanositik nevus.....	17
İ. Pedikülozis kapitis.....	18
J. Psoriazis vulgaris.....	19
K. Verruka vulgaris.....	20
L. Varisella (Su çiçeği).....	20
III- GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
IV- BULGULAR.....	25
A. Demografik veriler.....	25
B. Ebeveynlerin dermatoloji, deri hastalıkları ve çocuklarındaki deri hastalıklarıyla ilgili sorulara verdiği yanıtlar.....	28
V- TARTIŞMA.....	50
VI- SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
VII- ÖZET.....	70
VIII- İNGİLİZCE ÖZET.....	72
IX- KAYNAKLAR.....	74
X- EKLER.....	82

TABLO DİZİNİ

Tablo I: Araştırma evreni içinde yaş gruplarının dağılımı

Tablo II: Araştırmaya katılan anne-babaların demografik özelliklerinin (medeni durum, eğitim durumu ve işte çalışma durumları) dağılımı

Tablo III: Hane halkının sosyo-demografik bilgilerinin dağılımı

Tablo IV: Ebeveynlerin “Bildiğiniz üç deri hastalığını söyler misiniz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı

Tablo V: Ebeveynlerin eğitim durumu ile söyledikleri deri hastalığı sayısı arasındaki ilişki

Tablo VI: “Son altı ay içerisinde deriniz ile ilgili herhangi bir şikayetiniz oldu mu?” sorusuna “Evet” yanıtı verenlerin başvurduğu yöntemlerin dağılımı

Tablo VII: Ebeveynlerin son altı ay içerisinde deri şikayeti için dermatoloji uzmanına başvurmaları ile eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi arasındaki ilişki

Tablo VIII: Ebeveynlerce deri ve zührevi hastalıkları uzmanına başvurma nedeni olarak ifade edilen sebeplerinin dağılımı

Tablo IX: Yaşamı boyunca dermatoloji uzmanına gitme ile ebeveynin eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi arasında ilişki

Tablo X: Ebeveynlerin deri hastalıkları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı

Tablo XI: Ebeveynlerin deri hastalıkların nedenleri hakkında düşüncelerinin dağılımı

Tablo XII: Ebeveynlerin deri hastalıklarıyla ve deri sağlığıyla ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı

Tablo XIII: Çocukların deriyle ilgili şikayetlerinin dağılımı

Tablo XIV: Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarındaki deri ile ilgili şikayetleri için yapılan başvuruların dağılımı

Tablo XV: Ebeveynlerin deri şikayetleri olan çocukları için yapılan başvuruların çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Tablo XVI: Ebeveynlerin deri şikayetleri olan çocukları için başvurduğu hekim ile çocukların yaşı ve ebeveynlerin eğitim durumu arasındaki ilişki

Tablo XVII: Katılımcı ebeveynlere akne vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XVIII: Akne vulgaris hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

Tablo XIX. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda akne vulgaris hastalığı olması durumunda yapacakları

Tablo XX. Katılımcı ebeveynlere alopesia areata resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXI. Alopesia areata hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

Tablo XXII. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda alopesia areata hastalığı olması durumunda yapacakları

Tablo XXIII. Katılımcı ebeveynlere hemanjiom resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXIV. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda hemanjiom olması durumunda yapacakları

Tablo XXV. Katılımcı ebeveynlere impetigo resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXVI. İmpetigo hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

Tablo XXVII. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda impetigo hastalığı olması durumunda yapacakları

Tablo XXVIII. Katılımcı ebeveynlere melanositik nevus resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXIX. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda melanositik nevus olması durumunda yapacakları

Tablo XXX. Ebeveynlerin pediküloz resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar

Tablo XXXI. Pediküloz olanların başvurdukları yöntemler

Tablo XXXII. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda pediküloz olması durumunda yapacakları

Tablo XXXIII. Katılımcı ebeveynlere psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXXIV. Ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXXV. Verruka vulgaris hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

Tablo XXXVI. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda verruka vulgaris hastalığı olması durumunda yapacakları

Tablo XXXVII. Ebeveynlere varisella resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

Tablo XXXVIII. Varisella hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

Tablo XXXIX. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin çocuğunda varisella hastalığı olması durumunda yapacakları

Tablo XXXX. Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici toplantılara katılır mısınız ve “bilgilendirici kitap verilse okur musunuz?” sorularına verilen yanıtlar

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AD: Anabilim Dalı

ADÜTF: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

RESİMLER DİZİNİ

- Resim 1: Hasan Efendi Mahallesi'nde anket çalışmasına katılan bir babanın 14 yaşındaki kızı ile beraber resmi
- Resim 2: Meşrutiyet Mahallesi'nde anket çalışmasına katılan annenin 9 yaşındaki kızı ile beraber resmi
- Resim 3: Akne vulgaris resmi
- Resim 4: Akne vulgaris resmi
- Resim 5: Alopesia areata resmi
- Resim 6: Alopesia areata resmi
- Resim 7: Alopesia areata resmi
- Resim 8: Hemanjiom resmi
- Resim 9: Hemanjiom resmi
- Resim 10: Melanositik nevus resmi
- Resim 11: Melanositik nevus resmi
- Resim 12: İmpetigo resmi
- Resim 13: İmpetigo resmi
- Resim 14: Pediküloz resmi
- Resim 15: Pediküloz resmi
- Resim 16: Psoriazis vulgaris resmi
- Resim 17: Psoriazis vulgaris resmi
- Resim 18: Verruka vulgaris resmi
- Resim 19: Verruka vulgaris resmi
- Resim 20: Varisella resmi
- Resim 21: Varisella resmi
- Resim 22: Varisella resmi

EKLER DİZİNİ

Ek 1: Anket Formu

Ek 2: Bilgilendirilmiş Olur Metni

Ek 3: Bilgilendirilmiş Olur Formu

I- GİRİŞ VE AMAÇ

Toplum sağlığını korumaya yönelik sağlık politikalarını ölçme ve değerlendirmede en önemli göstergelerden biri çocuk sağlığına verilen önemin ve uygulanan yöntemlerin değerlendirilmesidir. Çocuk sağlığının toplumdaki durumunun saptanması mevcut aksaklıkların ortadan kaldırılarak geliştirilmesi, daha sağlıklı bir toplumun oluşturulması yolunda en önemli hedeflerden birisidir. Çocuk sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için temel sağlık hizmetlerinin tam olarak verilmesi kadar anne ve babaların tutum ve davranışları da önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk sağlığının korunma ve iyileştirilmesinde ailelerin bilinç durumu ve eğitilmesinin çok önemli olması nedeniyle ebeveynlerin işbirliği olmadan bu konuda başarı sağlamak mümkün olamamaktadır (1). Bireyin çocuklukta edindiği genel koruyucu sağlık önlemlerinin uygulanması, bir sağlık sorunu olduğunda bu konudaki yetkin kişi ve kuruluşlara başvurma alışkanlıklarının edinilmesinde ebeveynlerin önemli yönlendirici etkileri vardır.

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar, deri hastalıklarının çocuklarda ve adölesan dönemde yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Çocukluk çağı deri hastalıkları oldukça geniş spektrumludur ve özellikle son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalarla başarılı bir şekilde tanımlanmışlardır (2). Ebeveynlerin çocuklarının derisi ile ilgili sağlık sorunu olması durumunda, Dermatoloji uzmanına başvurmaları ve eğer gerekiyorsa hastalığın takibinin dermatoloji uzmanı tarafından yapılmasının sağlanması önemlidir.

Bu çalışma ile Aydın il merkezinde, 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 0-17 yaş arasında çocuk sahibi ebeveynlerin dermatoloji ve çocuklarındaki deri hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri, inanışları, yardım arama ve tedavi seçim davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin, hangi deri hastalıklarını olağan veya herhangi bir hekime başvurmayı gerektirmeyecek geçici bir durum olarak değerlendirdiklerinin, hangi durumları deri hastalığı olarak gördüklerinin, deri hastalığı olan çocukları için kime başvurdıklarının ve ne gibi tedaviler uyguladıklarının saptanması ve böylelikle ebeveynlere tarafımızdan uygulanan anket aracılığıyla çocukların deri sağlığı ile ilgili engellenebilir risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma ile elde edilen verilerin gelecekte ebeveynler başta olmak üzere tüm toplumun deri sağlığı konusunda eğitilmelerine yönelik olarak yazılı eğitim

materyallerinin hazırlanmasına ve bilgilendirici eğitim toplantılarının düzenlenmesine katkı sağlaması da hedeflenmiştir.

II- GENEL BİLGİLER

Bu araştırmanın ana eksenini çocuk ve çocukluk çağı deri hastalıkları ile ebeveynlerin çocuklarındaki deri hastalıklarına bakış açılarının değerlendirilmesidir. Bu bölümde öncelikle tüm dünyada genel olarak kabul edilen çocuk tanımlaması yapılacak, daha sonra ebeveynlerin çocuklarının sağlığı üzerindeki önemli rolüne değinilecektir. Daha sonra derinin yapısından bahsedilerek çocukluk çağı derisi ile yetişkin derisi arasındaki farklar belirtilecektir. Tüm bunlardan sonra deri sağlığının toplumdaki yeri ve deri hastalıklarını toplumda algılanma biçimleri hakkında bilgi verilecektir.

Birleşmiş Milletler Örgütü'nün 20 Kasım 1959 yılında yayınlanan “Çocuk Hakları Bildirisi” uyarınca on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’yi Türkiye 1994 yılında imzalamış ve Türkiye Büyük Millet Meclisi bu belgeyi 1995 yılında onaylamıştır. Çocuk haklarının uygulanmasına ilişkin koordinasyonun Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından yapılması ön görülmüştür. Sözleşme 18 yaş ve altındaki her bireyi çocuk kabul etmektedir. Bu sözleşmeye göre; çocuğun gelişimi ve değerlerine ilişkin başlıca sorumluluk aileye ait kabul edilmektedir (1).

Bir ülkenin çocuklarına nitelikli ve yaygın sağlık hizmeti sağlanması, ülke sağlığını olumlu yönde etkileyen en önemli öğedir (1). Çocuk sağlığının toplumda ne durumda olduğunun saptanması ve bunun geliştirilmesi, daha sağlıklı bir toplumun oluşturulmasında önemli hedeflerden biridir. Çocuğun sağlık düzeyi, çocuğun genotipi zemininde anne-babanın davranışı, bunun yanı sıra sosyal-fiziksel çevrenin etkileri, sağlık hizmetlerinin varlığı ve etkinliği, bu hizmetlere başvurma gibi etmenlerle ilişkilidir (1). Çocuk sağlığının iyileştirilmesinde ailelerin bilinç durumu ve eğitilmesi çok önemlidir. Çocuklara bakmakla sorumlu ebeveynlerin tutum ve davranışları, çocukların sağlık ve hastalık durumları üzerine belirleyicidir (3,4).

Ebeveynlerin her hangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında sağlık sorunlarını nasıl tanımladıkları, bu sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik bakış açıları çocukların sağlık durumlarını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bununla birlikte aile ortamında çocukların beslenme, güvenlik, alkol, sigara, madde kullanımı,

aktivite ve dinlenme biçimleri, stresle başa çıkma ve sağlık sisteminden yararlanma yollarına ilişkin davranış ve tutumları da şekillenir (4).

Kişilerin yaptığı sağlık tanımlarında; kültürel ve ekonomik durum, sosyal çevre, bireyin kendine verdiği değer, kişilik ve yaşam biçiminin etkili olduğu görülür. Hastalıktan korunma ve hastalığın sağaltımı, ancak hastalığın nedenleri ve bu nedenlerin nasıl algılandığının belirlenmesi ile gerçekleşebilir. Kişilerin inandıkları hastalık nedenleri, sağlık bilimlerinde belirlenen nedenlerden çok farklı olabilir. İnanılan hastalık nedenine göre birey yardım alma kararı aldığı anda, aile üyelerine, arkadaşlarına, geleneksel tedavi yöntemlerine ya da sağlık profesyonellerine başvurabilir. Birçok hastalığın temel nedenleri arasında, bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inançlar, eğitim yetersizliği ve ekonomik yetersizlikler yer almaktadır (4). Bireylerin algıladıkları sağlık durumları öğrenilerek, davranışları da değiştirilebilir. Sağlığı algılamayı etkileyen faktörler; sosyodemografik değişkenler, kişiler arası değişkenler, toplumsal normlardır (4).

Çocuklarda sağlık bakımı ile ilgili kararları ilk alan ve uygulayan bireyler, sağlık çalışanları değil, ebeveynler ya da aile büyükleridir. Annelerin sağlık inançlarını inceleyen Tinsley ve Holtgrave, sağlıkta iç kontrol sahibi olan annelerin çocuğun sağlığını kontrol etme anlayışlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu değerlendirmenin ışığında ailenin, sağlıklı çocuğun yaşantısına etkileri nedeni ile sağlık eğitim programlarında birinci hedef kitle haline getirilmesinin doğru bir yaklaşım olacağı belirtilmektedir (4).

Bireyin çocuklukta edindiği genel koruyucu sağlık önlemleri, bir sağlık sorunu olduğunda bu konudaki yetkin kişi ve kuruluşlara başvurma alışkanlıklarının edinilmesinde ebeveynlerin önemli yönlendirici etkileri vardır. Bu nedenle onların işbirliği olmadan çocuk sağlığı konusunda başarı kazanmak söz konusu değildir (1).

Çocuk ve yenidoğan derisi

Deri, konak ile çevresi arasında bir geçiş alanı oluşturur. Sıvı-elektrolit dengesi ve ısıнын düzenlenmesinde önemli rol oynar, mikroorganizmaların, toksinlerin, ultraviyole ışınlarının ve yerel olarak uygulanan ajanların sistemik emilimine karşı korur ve temas duyusunu sağlar (5). Fetusta deriye ait tüm anatomik yapıların ortaya çıkışı 22-24. gebelik haftalarında gerçekleştiği halde fonksiyonel,

biyokimyasal ve hatta yapısal maturasyona ancak doğumdan birkaç sene sonra ulaşılabilir (5).

Deri, ektoderm ve mezoderm olarak adlandırılan iki farklı germinal tabakadan köken alan iki katmandan oluşmaktadır (5).

1. Epidermis: Yüzey ektoderminden köken alan yüzeysel bir epitel dokusudur. Derinin ana fonksiyonlarını yerine getirmesinde en önemli rol epidermise düşmekte olup, doğumda epidermal bariyerin iyi gelişmiş olması fetusun ekstrauterin yaşama uyum sağlaması için gereklidir. Bariyer, tipik olarak intrauterin yaşamın 3. trimesterinde gelişir.

2. Dermis: Mezoderminden köken alan, daha derinde yerleşmiş, yoğun ve düzensiz olarak dağılmış bir bağ dokusudur.

3. Deri ekleri:

a-Kıllar; fetal yaşamın erken evrelerinde (9-12. gebelik haftası) başlayan kıl gelişimi ancak 20. gebelik haftasında belirgin hale gelir. Kıllar önce kaşlarda, üst dudak ve çenede belirir. Kıl folikülü gelişimi epidermisin stratum germinativum tabakasındaki hücrelerin çoğalması ile başlar ve dermise doğru uzanır (5-7).

b- Sebace bezler; 13-15. haftalarda differansiye olmaya başlarlar, zamanla boyutları büyür, fonksiyonel olurlar. Fetal hayatın sonlarında iyi gelişmiş durumda olan sebace bezler, doğumdan sonra hızla küçülürler; tekrar büyümeleri ve fonksiyonel olmaları puberteden sonra gerçekleşir (5-7).

c-Ter bezleri; Ekrin ter bezlerinin avuç içi ve ayak tabanlarında gelişmeye başlaması fetal hayatın 3. ayında başlamakla birlikte diğer vücut bölgelerinde fetal hayatın 5. ayında gelişmeye başlarlar. Apokrin ter bezleri gestasyonun 16. haftasında kıl foliküllerinin proksimal kısımlarından tomurcuklanırlar. Bu bezlerin aktif sekresyonu 17. haftada gerçekleşmeye başlamaktadır (5-7).

d-Tırnaklar; Ayak ve el tırnakları gebeliğin yaklaşık 10. haftasında belirmeye başlar. El tırnaklarının gelişimi ayak tırnaklarının gelişiminden 4 hafta önce başlar. Tırnakların öncüleri parmakların ucundaki epidermis alanlarının kalınlaşması şeklinde ortaya çıkar. El tırnakları parmak ucuna gebeliğin yaklaşık 32. haftasında; ayak tırnakları ise 36. haftada ulaşır (5-7).

Derinin maturasyonunda doğum eylemi önemli rol oynar ve epidermal maturasyon doğum esnasında büyük ölçüde hızlanır (5).

Yenidoğan derisi birçok yönden erişkin derisinden farklılık gösterir. Deri kalınlığı, deri bariyer fonksiyonu, perkutan absorpsiyon ve transepidermal su kaybı yenidoğan derisindeki bu farklılıkları ortaya koyan temel parametrelerdir ve bebeğin maturasyon düzeyiyle ilişkili olarak değişiklik gösterirler. Yenidoğan derisinin yüzeyi doğumda yaklaşık 0. 2 m², kalınlığı erişkin derisinin %40-60'ı kadardır. Yenidoğanda vücut yüzey alanının ağırlığa oranı erişkine göre 4-5 kat, prematürelde ise 7 kat daha fazladır (8). İnfant derisi adult derisinden daha ince ve daha az kıllıdır, ektrin ve sebase gland salgısı daha azdır, eksternal irritanlara daha duyarlıdır (8). Bu farklılıklar nedeniyle yenidoğanın deri bakımı da özellik taşımaktadır. Yenidoğanda deri özelliklerinin bilinmesi ve bu özelliklere uygun deri bakımı yapılması bebeğin intrauterin hayattan sonra karşılaştığı yeni çevresel şartlara uyum sağlamasını kolaylaştırırken perkutan enfeksiyon, toksisite, dehidratasyon, hidrasyon artışı, elektrolit dengesizliği ve ısı düzensizliği gibi yenidoğan için hayati önemi olan komplikasyonların gelişimini de büyük ölçüde engeller. Aynı zamanda bebeğin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı gelişimine de katkıda bulunulur (9).

Derinin gelişim evrelerindeki tek bir bozukluk, birçok farklı anlama gelebilir. Yenidoğan döneminde görülen deri bulguları genellikle aniden oluşur ve sıklıkla aileleri ve hekimlerini korkutur. Bazı Tablolar başlangıçta çok ciddi görünürse de, fizyolojik, geçici ve tedavi gerektirmeyen tablolar olabilir, fakat bir kısmı ciddi hastalıklardır. Bu nedenle yenidoğanda geçici olarak görülüp hızla kaybolan fizyolojik özelliklerin ve ciddi deri hastalıkları ayırımının iyi yapılması gerekir (8).

Deri ve toplum

Derideki problemlerin sosyal ilişkileri büyük ölçüde etkilemesi kaçınılmazdır. Hastalıkla ilgili sosyokültürel tavır ve tutum hastanın etiketlenme (stigmatizasyon) duygusunu yaşamasına yol açabilir. Stigma bir bireyi diğerlerinden ayıran ve değerini düşüren bir belirti, bir işaret olarak tanımlanmıştır. Deri hastalığına sahip olan kişiler sıklıkla hastalığın kendisinden çok başka insanların görünür özellikteki hastalığa gösterdikleri tepkilerden kaynaklanan sıkıntıları ifade etmektedirler. Bu duygunun en güçlü olduğu hastalıklardan biri psoriasis vulgaristir. Akne vulgaris, vitiligo, atopik dermatit ve plan angioma olan hastalar da sık olarak stigmatizasyon duygusunu geliştirebilirler (10-14).

Toplumda, deri hastalıkları olan kişilerin bu durumlarının bulaşıcı olabileceği, kirlilik, hijyen eksikliği gibi nedenlerle ortaya çıkabileceği gibi yanlış inançlarla önyargı oluşurken hastada utanç, kendini suçlama ve cezalandırma, hatta agresif düşünce ve davranışlar gelişebilir (10,11,14).

Toplum tarafından deri hastalıkları olan kişilere olan olumsuz yaklaşımın en fazla belirgin olduğu etkileşim yollarının başında medya gelmektedir. Günümüz yaygın medyasının, bugünkü sosyal vurguyu görünüşe yapmakta olması deri rahatsızlığı olan hastalar için oldukça sıkıntılı bir durumdur. Başkalarına nasıl göründükleri konusunda özellikle ergenlerin daha hassas olmalarına rağmen, daha küçük çocuklarda bile çekici bir görünüme sahip olma isteği oldukça yaygındır. Yanıklar sebebiyle biçimlerini değiştirmiş çocuklardan edinilen verilere göre dış görünüşlerindeki değişiklik, sonraki arkadaşlıklarını da ciddi biçimde etkilemektedir. Gözle görülebilen deri hastalıkları özellikle arkadaşlarıyla bir araya geldikleri zaman hastada belirgin sıkıntıya sebep olur (15).

Deri rahatsızlıkları olan çocukların davranışındaki olumsuz değişimin temel nedeni ilk izlenim ve çekimin çoğunlukla görünüşle olması ve kişisel iletişimi etkileyen bu önemli faktörün çocuklarda daha baskın olarak etkili olmasıdır (16,17). Deride meydana gelen her hangi bir değişiklik farklı yaş gruplarında değişik algılanır (15). Deri hastalığının ortaya çıkış zamanı ruhsal gelişim periyotlarını etkilemektedir (16,17). Örneğin ekzema hasta tarafından iki yaşında farklı, on yaşında farklı, onyediy yaşında daha farklı algılanır (15). Derinin kişisel saygı ve karakter oluşumunda, kültürel ve kişiler arası ilişkilerde son derece önemli rolü olması nedeniyle deri hastalıklarının doğru tanı ve tedavisi önemlidir.

Derinin kültürel önemi tarzın ve güzelliğin ötesine gider. “Tanrı’nın antik Mısır’a karşı dağıttığı on beladan, sadece bir organ sistemi saldırıya uğramıştır; deri. Derideki çıbanlar üzüntünün sebebi olarak tarihteki yerini almıştır” (18). Tüm insanlık tarihi boyunca temiz beyaz bir deri saflığın sembolü olagelmıştır (15). Kişinin derisinin durumuna bağlanan anlam, bireyin kültürel perspektifinden kişisel tecrübesine kadar çok farklı etmenlere bağlı olarak değişir (15).

Adölesan ya da genç erişkin döneminde seksüel kimlik, benlik algısı ve kendine güven, kişilik şekillendiğinden, hastalığın kronik olması halinde, tüm bu gelişimsel süreçler zarar görebilir. Bunun en iyi örneklerinden biri atopik dermatittir.

İnfant ve çocukluk döneminde çocuğun beden algısını ve emosyonel gelişimini önemli ölçüde etkiler. Atopik dermatitli çocukların anne ve babaları da moral çökkünlüğü, tükenmişlik ve geri çekilme duyguları yaşarlar (15-17).

Deri hastalığının görsel algısının bir başka olumsuz sonucu başkaları tarafından bulaşıcı gibi düşünülmesi ve hastadan uzaklaşılmasıdır. Görünür olma özelliği ile derideki hastalık başka hastalıklara göre daha fazla etiketlenme/stigmatizasyon etkisi yaratmaktadır ve bu durum sonuçta depresyon hatta intihara yol açacak kadar ciddi bir boyut kazanabilmektedir. Objektif özelliklerin yanında hastalığın neden olduğu semptomların da ciddi psikososyal sonuçları olduğunu gözardı etmemek gerekir. İnatçı kaşıntıların neden olduğu uykusuzluk, yorgunluk ve bazı deri hastalıklarında ağrı, yanma ve hassasiyet stres, depresyon ve sosyal geri çekilmeye neden olabilir (17,19-21).

Deri hastalıklarının gerek genel sağlık sorunlarının bir yansıması olabilmesi, gerek psikososyal davranış değişikliklerine neden olabilmesi nedeniyle deri sorunu olan çocukların dermatoloji uzmanlarınca görülmelerinin sağlanması ve eğer gerekiyorsa izlemlerinin dermatoloji uzmanları tarafından yapılması önemlidir.

Yaş ve cinsiyet deri hastalıklarından etkilenmede önde gelen iki faktördür. Genç yaşlardaki olumsuz etkilenme ileri yaşlara göre daha fazladır. Örneğin benlik algısı ve kişiliğin gelişim sürecinde olan bir ergenin görüntüsünü bozan psoriasis vulgaris gibi bir deri hastalığına sahip olması, 70 yaşındaki bir kişiden daha çok psikososyal sonuç yaratabilir. Tipik olarak ergenlik ve genç erişkin dönemlerinde duyguların vücut imajı ve cinsel kimlik üzerinde yoğunlaşması nedeniyle öz-saygı, kendine güven ve kişilerarası ilişkilerin deri hastalığından olumsuz etkilenmesi çok mümkündür. Benzer bir şekilde erken çocukluk dönemlerinde de deri hastalıklarından çocuğun vücut imajı ve psikolojik gelişim süreçleri zarar görebilir. Bunun en iyi örnekleri atopik dermatit, hemanjiomlar, akne vulgaris, psoriasis vulgaris, vitiligo, alopesi areata gibi kronik hastalıklardır (22-26).

Pediatric dermatoloji

Çocuklar, yetişkinlerin küçük bir modelleri değildir. Hastalıkların klinik görünüşleri, çocukların vücut metabolizmaları, ilaç etkileri yetişkinlerden tamamen farklıdır. Özellikle yenidoğan döneminde ve prematüre bebeklerde tanı ve tedavi daha da zordur (1,27).

Pediatric dermatoloji 1973 yılından bu yana Avrupa ve Amerika'da bağımsız bir bilim dalı olarak gelişmektedir. Bazı ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak resmen kabul edilmiştir (28). Ülkemizdeki çocuk nüfusun Avrupa ülkelerine kıyasla ne kadar çok olduğu göz önüne alınırsa pediatric dermatolojinin önemi ve gerekliliği de ortaya çıkmaktadır (28).

Ülkemizde Pediatric dermatoloji alanında dermatologların uzun zamandır mevcut olan bireysel girişimleri Erciyes Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı öncülüğünde 2004 yılında Pediatric Dermatoloji Derneği'nin kuruluşu ile bir çatı altında toplanmıştır. Yine ülkemizde 2004, 2006, 2008'de üç büyük Pediatric Dermatoloji Kongresi düzenlenmiştir (28).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağı dermatolojik hastalıklarının epidemiyolojisine yönelik çalışmalar az sayıdadır. Bölgemizde çocukların sağlık durumlarına ilişkin yapılmış çalışma sayısı az olup, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi (ADÜTF) Dermatoloji Anabilim Dalınca yapılan 'Aydın ilinde ilköğretim çağındaki çocuklarda pedikülozis kapitis sıklığı', 'Aydın il merkezindeki çocuklarda melanositik nevus prevalansı ve ebeveynlerin melanositik nevuslar ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi', 'Aydın il merkezinde akne: adolesanlarda prevalans, bilgi düzeyi ve ruhsal durum üzerine etkiler' gibi örneklerle sınırlıdır.

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda, Çocuk Hastalıkları Kliniklerine başvuran hastaların %6-24'ünün deri hastalıkları nedeni ile başvurdukları rapor edilmiştir (29,30).

Retrospektif bir çalışmada ise Dermatoloji Polikliniğine başvuran 0-16 yaş grubu hastalarda en çok %17.9 sıklıkla allerjik hastalıklar, ikinci sıklıkta ise %15.8 viral deri hastalıkları bildirilmiştir (31).

Okul öncesi eğitim merkezlerinde deri hastalıkları prevalansı ile ilgili yapılan bir çalışmada 4-6 yaş arasında 1084 çocuk deri hastalıkları yönünden

değerlendirilmiş ve 327'sinde (%30.2) en az bir veya daha fazla deri hastalığı veya bulgusu tespit edilmiştir. En sık görülen deri bulguları; 97 çocukta (%8.9) melanositik nevüs, 33 çocukta (%8.3) keratozis pilaris, ve 22 çocukta (%22) konjenital pigmente nevüsler olarak bildirilmiş (32).

Derisindeki şikayet nedeni ile çocuk hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilen hasta ya başvurduğu hekim tarafından tedavi edilmekte veya dermatoloji polikliniğine yönlendirilmektedir. Aileler çocuklarındaki deri şikayetleri için doğrudan dermatoloji polikliniğine başvurmadıkları için her iki durumda da hastanın tanısında ve tedavisinde belli bir süre geçirilmiş olmaktadır. Bazen geçen bu süre nedeniyle bazen de hastanın daha önce aldığı tedaviler nedeni ile mevcut şikayetin kliniği değişmekte, bu durum tanı konma konusunda dermatoloji uzmanını zor durumda bırakabilmektedir. Deri hastalığı nedeni ile kendisine başvuran pediatrik yaş grubu hastanın ek sistemik problemi olduğunda dermatoloji uzmanı tarafından sıklıkla pediatri uzmanına konsülte etmekte veya yönlendirebilmektedir.

Deri hastalıkları konusunda halkımızın yeterli bilince sahip olmaması ve özellikle düşük sosyoekonomik seviyede olan ebeveynlerin bazı hastalıkları aileden ve çevreden edindikleri farklı ve yanlış metodlarla tedavi etmeye çalışmaları; yenidoğan döneminde bebeklerin tuzlanması veya açık yaraya tuz basılması gibi örneklerini artırabileceğimiz pek çok değişik uygulamalar şeklinde biz hekimlerin karşısına çıkabilmektedir. Bu uygulamalardan bazıları Dr. Niyazi Köymen'in 1970 yılında "Çocuk Hastalıklarında Folklor-Batıl İnanç-İlkel Tedavi" isimli kitabında derlenmiş ve yayımlanmıştır. Bu kitapta deri hastalıkları ile ilgili yer alan bazı uygulamaların günümüz toplumu tarafından da benimsendiğini ve halen tedavi amacıyla kullanılmakta olduğunu görebilmekteyiz. Bu uygulamalardan bazıları şöyledir: "Ülker vurması; haziran ayında başlamak üzere sabahları güneşle beraber çıkar çocukların yüzlerinde kırmızılık ve yaralara neden olurmuş. Buna ülker vurması deniliyormuş. Ülker görünmeden bileklere bilezik gibi kırmızı paçavra bağlanırsa ülker dokunmaz, çocuklar hasta olmazmış." Burada anlatılan belirtiler muhtemelen güneş ışınına hassasiyetten kaynaklanmaktadır. "Pişikte mersin otu yaprakları kurutulur, taşla ezilerek toz haline getirilir. Tülbentten eze eze geçirilirmiş. Alttaki ince mersin tozundan pişik bölgesi üzerine sabah akşam kullanılırmış. Bu tedaviden kırmızılıklar üzerindeki kayganlıklar kaybolduğu için az da olsa fayda görülür ağrı kısmen

azalır mış.” Bu uygulama ile çocukların pişik sorununa çözüm bulunmaya çalışılmış. “Çocuğun yaradan korunması için; bebeğin mekonyumu çocuğun bulunduğu kapının önünde serili kilim veya halının altına konur, bu şekilde çocuğun yüzü, vücudu yaradan korunurmuş”. Bu uygulamaya mantıklı bilimsel bir açıklama yapmak zor. “Arpacıkta it üzümü (böğürtlen) suyunu göze sürmek veya özel yetiştirilen köpeğe yalatmak gibi çok sayıda bazıları telafisi olmayan zararlar verebilecek değişik uygulamalar çok eski zamanlardan beri sadece bizim değil hekimin olmadığı veya hekime ulaşmanın zor olduğu toplumlarda görülebilir” (33).

Yine aynı kitapta Ord. Prof. Dr. A. Süheyl Ünver bu tür uygulamalar için “Halkımız memleketin hekimsiz yerlerinde kendi kendine tababet yapar. Bütün dünyada da bu böyledir. Zıyan vermez usullere göre yaparlar. Bir taraftan folklorun hepimize iyi telkinlerde bulunan mistik tarafı da vardır ve güzeldir. Bu tür uygulamaların çoğuna batıl dememeli de iptidai demeli ve bunlar araştırılmalı.” diyerek bu konudaki kendi bakış açısını belirtmiştir (33).

Pediyatrik Dermatolojinin giderek önem kazanması, bu konuda halkımızın bilinç düzeyinin artırılması ve tanı tedavi başarısının yükseltilmesi amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı’nda 2 Ağustos 2007 tarihinden itibaren pediyatrik dermatoloji polikliniği açılmış ve bu tarihten Ocak 2007’ye kadar 71 hasta, Ocak 2007-Ocak 2008 tarihleri arası 282 hasta, Ocak 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında da 894 hasta görülmüştür. Bu zaman diliminde pediyatrik dermatoloji polikliniğine başvuran hastalara atopik dermatit, verruka vulgaris/plana, akne vulgaris, vitiligo, kontakt dermatit, alopesia areata, psoriasis vulgaris gibi dermatoloji pratiğinin sık görülen hastalıklarının yanında, SLE gibi çocukluk döneminde nadir görülen hastalık tanıları konulmuş ve tedavi edilmiştir.

Bu anket çalışması pediyatrik hasta grubunda sıklıkla görülen ve ebeveynler tarafından kişisel deneyimler, sosyal çevrenin önerileri ve batıl inançlar ışığında tedavi edilmeye çalışılan hastalıkların saptanması ve bu genel yaklaşımdan yola çıkılarak ebeveynlerin pediyatrik yaşta görülen deri hastalıkları hakkında bilinç düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu anket çalışmasında ebeveynlere gösterilen resimler ADÜTF Pediyatrik Dermatoloji polikliniğine başvuran 0-16 yaş arasındaki hastaların hastalıkları da göz önüne alınarak hazırlanmış ve Pediyatrik Dermatoloji polikliniğinde en sık gördüğümüz, akne vulgaris, alopesia areata,

hemanjiom, impetigo, nevus, pedikülosiz kapitis, psoriazis vulgaris, verruka vulgaris, ve varisella resimleri ebeveynlere sorulmak üzere seçilmiştir. Ebeveynlerin belirlenen bu hastalıklarla ilgili bilgi birikimi ve davranışları araştırıldığı çalışmamızda kısaca bu hastalıkların klinik bulguları, etyopatogenezi ve tedavilerinden bahsedilecektir.

Akne vulgaris

Akne vulgaris sık görülen deri hastalıklarından biridir. Ergenlik döneminde bireylerin büyük bir kısmında farklı şiddette akne vulgaris görülmektedir (34). Prevelansı %17.3 ile %95 arasında değişmektedir (35-37). Akne vulgaris komedon, eritemli papüller, püstüller, nodüller ve bazen de sikatrislerle seyreden kronik inflamatuvar bir pilosebace ünite hastalığıdır. Lezyonlar en sık yüz, boyun, gövde üst kısım ve kolların üst kısmı gibi sebace bezlerin yoğun olduğu alanlarda görülür (38).

Akne vulgaris genellikle ergenlik çağında başlar ve sıklıkla 20'li yaşların ortasında geriler. Ergenlik çağındaki erkeklerde belirgin olarak yüksek prevalans bildirilmiştir (38). Akne prevelansı ve şiddeti kızlarda 14-17 yaş arasında en yüksek seviyeye ulaşır ve bu dönemde kızların %40'ında akne tespit edilir. Erkeklerde ise 16-19 yaşlarında en üst seviyeye ulaşır ve bu dönemde erkeklerin %35'inde görülür (34).

Akne vulgaris etiyolojisinde rol oynayan 4 önemli faktör bulunmaktadır. Bunlar;

1. Androjenlerin uyarması sonucu sebum üretiminde artış olması: Androjenlerin etkisi ile sebace bezlerin hipertrofiye uğraması ve sebum üretiminde artış görülmesi akne oluşumuna neden olan ilk olaydır.
2. Folikül epitelinde görülen anormal deskuamasyon sonrasında sebace folikülde oluşan tıkanma ve hiperkeratinizasyon: Aknenin etkilediği folliküllerde keratinosit proliferasyonunun artmış olduğu, boynuzsu tabakadaki hücrelerin birbirine sıkıca bağlı olduğu ve düzenli bir şekilde deskuame olmadığı görülür. Bunun sonucunda gelişen retansiyon-proliferasyon hiperkeratozu, başlangıçta gözle görülmeyen mikrokomedon oluşumuna sonra da komedon oluşumuna neden olur.
3. *Propionibacterium acnes* proliferasyonu: Sebore ve folliküler hiperkeratoz *Propionibacterium acnes* proliferasyonunu artırır. Onbir-yirmi yaş

aralığındaki akneli gençlerde *Propionibacterium acnes* konsantrasyonunun aynı yaş grubundaki aknesi olmayanlardan dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur (39).

4. İnflamasyon: Akne patogeneğinde rol oynayan dördüncü ve son faktör inflamasyondur. Komedonların parçalanıp içeriklerinin dermise boşalması sonucu inflame papüller, püstüller ve nodüller oluşur. Dermise sızan sebum içeriğindeki lipidler, keratin ve kıl burada yabancı cisim reaksiyonu şeklinde bir inflamasyon başlatır (40).

Diğer faktörler:

1. Nörojenik faktörler: Emosyonel stres sonrasında akne lezyonlarında alevlenme görülebilir. Sinir sistemi ve psikolojik faktörler akne sürecini etkileyebilir (41).

2. Genetik yatkınlık: Klinik deneyimlerden aknenin ailesel bir hastalık olduğu bilinmektedir (42-45).

3. Diyet: yeni çalışmalarda diyetin akne patogeneğinde rol oynayabileceği bildirilmektedir (46). Kronik hiperinsülinemi akne gelişimi ile beslenme arasındaki ilişkide anahtar faktör olabilir (46). Düşük glisemik yükü olan diyetin akneye etkisini araştıran bir çalışmada 12 hafta düşük glisemik yükü olan diyet alan grupta toplam akne sayısında kontrol grubuna göre anlamlı azalma saptanmıştır (47,48). Süt ürünleri tüketimi ile akne arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (49).

Akne neonatorum ve akne infantum

Hayatın ilk dört haftasında ortaya çıkan ya da doğuştan var olan akne, akne neonatorum olarak adlandırılmaktadır. Eğer az sayıda komedon da dikkate alınırsa yenidoğanların yaklaşık %20'sinde akne neonatarum görüldüğü söylenebilir (50). Akneli bebeklerde komedon, papül ve püstüller bir arada görülürken nodüllerin görülmesi nadirdir. Lezyonlar en fazla burun ve yanaklarda görülür. Hastalık kendiliğinden gerileme eğilimindedir. Adrenal bezlerden fazla androjen salgılanması ve sebace bezlerin androjenlere artmış cevabının bu Tabloya neden olduğu düşünülmektedir (51).

Akne infantum tipik olarak bir yaşından sonra ortaya çıkar ve genellikle yanaklarda görülür. Papül ve püstüllere ek olarak sıklıkla derin nodüller de görülmektedir. Nedeni bilinmemektedir ancak androjen seviyelerine bakılmalıdır. Akne neonatorumun tersine akne infantumda tedavi gereklidir. Genellikle başlangıçta

topikal benzoil peroksit kullanılır. Tedaviye yanıt vermeyen olgularda sistemik eritromisin kullanılabilir (51).

Akne vulgaris tedavisine başlamadan önce hasta geniş bir şekilde değerlendirilmelidir. Özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulanmalı, daha önce kullanılan tedaviler ve bu tedavilere yanıt not edilmelidir. Dikkatli bir fizik inceleme yapılmalıdır (52).

Akne tedavisinin etkili olabilmesi için hastalığın patogenezinde rol oynayan faktörlerin hedef alınması gerekir. Amaç primer klinik lezyon olan ve diğer lezyonların öncüsü olan mikrokomedonun azaltılması ve yok edilmesidir (38).

Hafif ve orta şiddetli akne vulgarisli hastalarda topikal tedavi kullanılır. Topikal tedavi ajanlarının etkinliği aknenin patogenetik faktörleri üzerindeki doğrudan ya da dolaylı etkilerine bağlıdır. Hastada baskın olan lezyon türüne göre topikal ajan seçilmelidir. Farklı topikal ajanlar kombine edilerek tedavinin etkinliği artırılabilir ve yan etkiler azaltılabilir.

Topikal tedavide kullanılan ajanların başında topikal retinoidler, topikal antibiyotikler, azelaik asit ve benzoil peroksit gelir (53).

Oral antibiyotikler inflamatuvar akne de oldukça etkilidir ve klinik pratikte sıkça kullanılırlar. Oral retinoidler şiddetli akne de özellikle diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalarda kullanılır (54).

Alopesia areata

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %2'sinde görülen, saçlı deri, yüz veya vücudun herhangi bir bölgesinde veya yaygın, sınırları belirgin, yuvarlak ya da oval saç/kıl kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Hastalık sıkatrissiz alopesiler içinde yer alır. Çocuk döneminde saç kaybına neden olan hastalıklar içinde sıklık bakımından tinea kapitisten sonra ikinci sıklıktadır (55). Hastalık dünyanın her yerinde yaygındır ve tüm ırklarda görülür. Her iki cins eşit olarak tutulur. Hastalığın insidansı kesin olarak bilinmemekle beraber %1-2'dir. İlk atak genellikle çocukluk döneminde görülür ve %24-%50 oranında 16 yaşından önce başlar (56). Olguların %1-2'si de 2 yaşın altında görülür. Edinsel hastalık grubunda kabul edilmekle beraber konjenital alopesi areatalı olgu bildirimleri bulunmaktadır (57). Yama şeklinde olabildiği gibi alopesi totalis ve alopesi universalis diye adlandırılan ve daha geniş

saç kaybına yol açan iki farklı biçimde de görülebilir. Farklı şekillerde görülebilen bu dökülmelere genellikle tırnak bozuklukları da eşlik etmektedir (58).

Hastalığın etyopatogenezi bilinmemektedir. Genetik ve immunolojik faktörler, infeksiyöz ajanlar, emosyonel stres, keratinosit ve melanositlerde anomaliler ve nörolojik faktörlerin hastalıkla ilişkileri araştırılmaktadır (59). Alopesia areata etiyolojisinde özellikle T-lenfositlerin rol aldığı otoimmün etkenler düşünülmektedir. Ayrıca sitokinlerin de patogeneze belirgin etkisi görülmüştür (59).

Alopesia areatalı olgulara çeşitli otoimmün hastalıklar eşlik edebilir. Tiroid fonksiyonundaki değişiklikler 16 yaşından küçüklerde daha sıktır ve %7-25 oranında görülür. Alopesia areata hastalığına özgü laboratuvar bulgusu yoktur. Eşlik edebilecek hastalıklara yönelik olarak tetkik istenebilir (58).

Çocukluk döneminde alopesia areatada saçlar, olguların 1/3'ünde altı ay içinde yerine gelir. 1/3 olguda bu süre bir yılı bulur; 1/3 olguda ise bir yılın sonunda hastalığın devam ettiği görülür. Yeniden çıkan saçlar bazen beyaz veya gri olabilir. Olguların yarısından çoğunda beş yıl içinde nüks görülür (59-61).

Az sayıda ve yayılma eğiliminde olmayan alopesik lezyonlarda prognoz iyidir ve bu çocukların %95'inde bir yıl içerisinde iyileşme beklenir. Yine prognoz kız çocuklarında erkek çocuklara göre daha iyidir. En kötü prognoz ise beş yaş altındaki çocuklardaki alopesi totalis ya da alopesi universaliste görülür. Erken yaşta başlayan olgularda prognoz daha kötüdür ve %40-50'sinde nüks görülür ve bu nükslerin %25'inde hastalık kalıcı bir hal alır (55,56).

Tanısı klinik olarak konulmaktadır. Çocukluk döneminde hastalık en çok trikotillomani ile olmak üzere tinea kapitis, traksiyon/travmatik alopesiler ve konjenital triangüler alopesia ile karışır.

Günümüzde tüm tedavi seçenekleri, hastalığı kontrol altına alarak palyatif tedavi sağlamakta, kür mümkün olmamaktadır. Mevcut tedavilerle iyileşme sağlanabilmekle birlikte, hastalığın ileride tekrarlaması ya da yayılması engellenememektedir. Alopesia areata spontan olarak da iyileşebileceğinden her hasta için en uygun tedavi seçeneği planlanmalıdır. Ebeveynlere hastalık ve seyri hakkında detaylı bilgi verilmeli ve nüksler geliştiğinde bunun çocuk için düş kırıklığı olması engellenmelidir. Özellikle diffüz formlarda çocukların medikal tedavi yanında psikiatrik destek almaları gereklidir (58).

Hemanjiom

Çocukluk çağının en sık görülen benign vasküler tümörleridir. Genel olarak yenidoğanda görülme sıklığı %1-2.6 arasında değişir (62,63).

Kızlarda erkeklerden üç-dört kat fazla görülür. Prematür doğanlarda ve doğum kilosu 1000 gr altında olanlarda siktir. Yaklaşık olarak yarısı doğumda bulunur, diğer yarısı da doğumdan sonraki birinci ayda belirgin hale gelmektedir. İnfantil hemanjiomlar sporadiktir fakat otozomal dominant kalıtım gösteren ailelerde de saptanan olgular bildirilmiştir (63). Karakteristik büyüme fazı ortalama 6-12 ay devam eder. Nadiren doğumda tam olarak bulunabilir. Bu tür lezyonlar hayatın ilk aylarında hızlı bir şekilde geriler. Çoğu hemanjiomlar soliterdir, birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar olan boyutlardadır. Baş ve boyun en sık etkilenen bölgelerdir. Hemanjiomların en sık görülen komplikasyonu enfeksiyon, ağrı ve/veya sikatrileşme ile sonuçlanabilen ülserasyondur. Ülsere hemanjiomlar spontan veya minör travmanın ardından kanamaya meyillidir. Her ne kadar kanama lokal basınç uygulama ile kolayca kontrol altına alınabilirse de çocuğun anne ve babasının en büyük korkularından biridir.

Hemanjiomlar genellikle çocuk 18 aylık olana kadar büyürler. Spontan gerileme 2-6 yaşlarında oluşur. İnfalltil hemanjiomların %50'si beş yaşında, %70'i yedi yaşında tam gerileme gösterir. Hemanjiomların çoğu çocuklar on yaşına geldiğinde gerileme fazını tamamlar (63).

Çocukların %40'ında sikatris, atrofi, renk değişikliği ve telenjiyektazi gibi kalıcı deri değişiklikleri oluşabilir.

Hemanjiomlar nadir görülen bazı sendromlar ile beraber olabilir, bu nedenle hastanın iyi bir fizik muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Yüzde yerleşmiş geniş, nodüler, süperfisiyel hemanjiomlar görüntü bozukluğuna yol açan sikatrileşme için özellikle risk taşır (63).

Tedavisinde komplike olmayan hemanjiomlar spontan gerileme kural olduğundan tedavi müdahalesiz izlemdir. Korku ve panik içinde olan ailelere doğal süreç anlatılmalı, özellikle hızlı büyüme fazında hastalar yakın takip edilerek ebeveynlere ruhsal destek sağlanmalıdır (63). Geniş, ülseratif veya hayati yapılara bası yapan lezyonlarda sıklıkla medikal yaklaşıma gerek duyulur (63).

İmpetigo

Epidermisde lokalize süperfisyel, bulaşıcı, bakteriyel bir enfeksiyondur. Derinin en bulaşıcı yüzeysel piyoderma tipidir. Hem *Staphylococcus aureus* hem de A grubu beta hemolitik streptokoklar tarafından oluşturulabilir. İki klinik formu vardır; non-büllöz impetigo (impetigo kontaginoza) ve büllöz impetigo. Non-büllöz impetigo olguların %70'ini oluşturur (64-66).

İmpetigo özellikle çocuklarda endemilere yol açabilmektedir. İmpetigo insidansı genellikle yaz sonlarında pik yapar. Okul öncesi ve erken okul dönemi çocukları daha çok etkilemektedir.

Nonbülloz impetigoda başlangıç lezyonu eritemli zemin üzerinde ince duvarlı veziküldür. Vezikül rüptüre olur ve bül içeriği sarı- kahverengi kuruta dönüşür. Bu lezyonlar sikatris bırakmadan iyileşir. Yüzde burun çevresi ve perioral alanlar ile ekstremiteler en sık etkilenen alanlardır. İmpetigodan sonra lenfanjit, süpüratif lenfadenit, guttat psoriasis, kızıl, ürtiker, eritema multiforme gelişebilir.

İmpetigo tanısı çoğunlukla klinik olarak konulur. Yayma ve kültür, bül sıvısında ya da krut kaldırıldıktan sonra lezyon kenarından elde edilen sıvıdan yapılır. Gerekli durumlarda kan kültürü yapılmalıdır. Hastalığın en ciddi komplikasyonu, akut poststreptokoksik glomerülonefritdir.

Tedavide hafif ve lokalize enfeksiyon varlığında topikal antibiyotikler tek başına yeterli olur. Enfeksiyon yaygın ve ciddi seyrettiğinde, lenfadenit varlığında sistemik antibiyoterapi tedavisi verilmelidir (67).

Melanositik Nevus

Melanositik nevuslar 2-3 mm çapında kahverengi maküller olarak görülen, renkleri ve makroskopik özellikleri histolojik yapılarına göre değişen farklılaşmış melanositlerden oluşan benign proliferasyonlardır. Melanositik nevuslar süt çocukluğu döneminde itibaren görülmeye başlamakla birlikte sayıları genellikle okul öncesi çocukluk döneminden ve puberte sonlarında artış gösterir. Melanositik nevus gelişimini etkileyen faktörler her yaşta olduğu gibi UV maruziyeti, genotipik özellikler ve açık tendir. Melanositik nevus sayısını ve dağılımını ayrıca genetik, hormonal ve çevresel faktörler etkiler (68).

Melanositik nevusların oluşumunda rol oynayan başlıca etken ultraviyole'dir. Çocukluk döneminde, özellikle de kronik veya akut ultraviyole hasarı yaratabilecek şekilde güneşe maruz kalmanın melanositik nevus gelişimini arttırabildiği bildirilmektedir. 1-4 yaş arası güneşe maruz kalmanın özellikle sırt ve kol gibi lokalizasyonlarda melanositik nevus ve atipik nevus gelişme riskini arttırdığı ve çocukluk döneminde görülen malign melanomların nevusların daha çok yerleştiği bölgelerde gelişebildiği gösterilmiştir. Melanositik nevusların prevalansını etkileyen diğer etkenler arasında genotipik özellikler ve açık ten de önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle özellikle açık tenli çocuklarda güneşe maruziyet süresinin azaltılması, geniş spektrumlu ve en az 30 koruma faktörlü güneşten koyucuların kullanılması önemlidir (68) .

Erkek çocuklarda ve ailesinde fazla sayıda melanositik nevusu olanlarda melanositik nevus sayısı daha fazladır. Melanositik nevus sayısı puberteyle birlikte artar.

Pedikülozis kapitis

Etkeni *Pediculus humanus capitis*'dir. Baş bitinin konağı insandır. Saçta saçla direkt temas veya saç için kullanılan eşyaların ortak kullanımı ile bulaş söz konusudur. Hijyenin pedikülozis kapitisde önemi bulunmamaktadır. Hastalıktan özellikle 3-10 yaş arası çocuklar etkilenir (69). Daha büyük yaşlarda kızlarda daha sık olarak görülür (70). Erişkin dişi bitin ömür süresi 9-30 gün arasında değişir. Erişkin dişi bit saçlı deride yaşar ve günde 7-10 tane olmak üzere kıl gövdesinin deriye yakın kısımlarına yumurtalarını bırakır. Bit bu yumurtalardan 8-10 gün sonra çıkar. Yumurtalar kıla sıkı bir şekilde yapışıktır. Bu yumurtalara halk arasında sirke denilir (71). Canlı bitler birkaç saatte bir deriyi delerek beslenmeleri için gerekli kanı alırlar.

Klinik olarak saçlı deride kaşıntı vardır. Ancak kaşıntı her zaman bulunmayabilir. Saçlı deri muayenesinde ekskoriasyonlar, bitin dışkısı olan siyah noktalar görülebilir. En çok kulak arkası ve ensedeki kıllarda bulunur. Diğer sık bir bulgu servikal lenfadenopatidir (71).

Tanı genellikle kıl gövdesine yapışmış sirkelerin varlığı ile konulur. Tedavinin esasını pedikülozilerin lokal olarak uzaklaştırılması oluşturur. Sirkelerin mekanik temizliği de tedaviye kombine edilmelidir. Bunlarla beraber bulaşmış olması muhtemel olan saç eşyaları ve giysilerinin de temizlenmesi gereklidir (71).

Psoriasis vulgaris

Papüloskuamöz hastalıklar pediatrik dermatoloji polikliniklerinde %10 oranında görülmektedir (72). Psoriasis; diz, dirsek, sakral bölge, ekstremitelerin ekstensör yüzleri ve genital bölge ile saçlı deri ve tırnaklarında tutulduğu, eritemli ve skuamlı papül ve plaklarla karakterize, yaygın, kalıtsal bir papüllü-skuamlı hastalıktır (73). Tüm dermatozlar içerisinde psoriasis vulgarisin toplumdaki sıklığı %1-3 arasında değişir. Psoriasis vulgaris 16 yaşından önce %4 oranında görülebilir (72).

Çocukluk çağında görülen psoriasis olguları erişkinlerde görülen psoriasisden kısmen farklılık gösterir (73). Çocukluk çağı psoriasisinde kız/erkek oranı yaklaşık 3/2' dir. Psoriasisde genel olarak hastalığın başlangıç yaşı hastaların %35'inde 20'nin altındadır. Psoriatik çocukların %2'si yenidoğan, %8'i çocuk, %25'i ergendir. Bu da hastaların 1/3'ünün pediatrik yaş grubunda bulunduğu anlamına gelmektedir. Erken başlangıç yaşı kötü prognozu göstermez. Psoriasis 15 yaşın altında başlayanların, çocuklarında psoriasis görülme oranı 30 yaşın üzerinde başlayanlara göre dört kat artmaktadır (73).

Çocuklarda psoriasis en çok plak tipinde (%84) görülür bunu guttat tip izler. Başlangıç bölgesi en sık %22 saçlı deri olmaktadır. Yenidoğanlar da psoriasis vulgaris genellikle çocuk bezi alanından başlar. Çocuklarda başlatıcı olay üst solunum yolu enfeksiyonu olabilir. Hastaların %35'inde aile öyküsü vardır (73).

Psoriasis vulgarisde klinik olarak klasik gümüş rengi skuamla kaplı papül veya plaklar gözlenir. Plak tip psoriasis çocuklarda %53 oranında görülür. Guttat psoriasis %34 oranında görülür. Guttat psoriasis genellikle 3-4 ay sürer ve spontan olarak gerileyebilir. Tırnak tutulumu %25-50'sinde görülür. Saçlı deri çocuklarda en sık tutulan yerlerden biridir. Hastaların yaklaşık %80'inde görülür. En fazla erişkin yaşta görülmesine rağmen çocukluk çağı psoriasisinde de artrit görülebilir (73). Bebekliklerinden beri psoriasis bulunan hastaların 7/9'unda psoriasis atakları ileride de devam ederken, çocukların 2/7'sinde ilk ataktan sonra tamamen kaybolabilir (73).

Spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur (72). Çocuklarda tedavide en önemli nokta, streptokoksik veya diğer infeksiyon odaklarının tedavisi, psoriasis alevlendiren ilaç kullanımının kısıtlanmasıdır (73).

Verruka vulgaris

Verrukalar Human Papilloma Virus'lere (HPV) bağılı olarak deri ve mukozalarda gelişen benign proliferasyonlardır. Herhangi bir yaşta görülebilir. Ancak 12-16 yaş arasındaki okul çağı çocuklarda daha sıklırlar. Yirmili yaşlarda hastalığın insidansı düşer. Nongenital verrukalar en sık çocuklar ve genç erişkinlerde olur ve insidansı yaklaşık %10 kadardır (74-76).

Verrukalar direkt ve indirekt olarak kontamine yüzey ve eşyalarla temas ile bulaşır. Normal epitelyal bariyeri bozan predispozisyon faktörleri önemlidir. Nüksler nedeni ile tedavi güç olabilir. Bazı verrukalar ise birkaç yıl içerisinde spontan olarak gerileyebilir. Enfeksiyon epitelde sınırlıdır ve sistemik yayılım göstermez. Hastalık yüzeyinde irregüler skuamlı bir görünüm olan sert papüllerle karakterizedir. Bu papüllerin boyutları 1 mm'den 1 cm'ye kadar değişebilir. Herhangi bir deri bölgesinde görülebilirse de en sık el dorsalleri ve ayaklarda görülür. Spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur (77).

Verrukaların tedavisinde hastanın yaşı, lezyonların yaygınlık ve süresi, hastanın bağışıklık durumu ve hastanın tedavi isteğı gibi faktörlere bağılı olarak yaklaşılmalıdır (78). Erkek çocuklarda daha sık olmak üzere 2 yıl içerisinde %65 oranında spontan gerileme görülebildiğinden tedavi gerekemeyebilir (77).

Verrukalar olguların çoğunda kendini sınırlayan bir enfeksiyon olmaları nedeniyle, tedavilerinde sikatris gelişiminden, agresif ve ağırlı yöntemlerden kaçınılmalıdır. Tedavi verilmeden önce hasta ve hasta yakınlarına hastalığın hiç iz bırakmadan spontan olarak iyileşebileceğı açıklanmalı ve tedavi yöntemlerinin dezavantajları hakkında bilgi verilmelidir (78).

Ancak tedavi yapılmadığında hastaların lezyonlarının daha geniş bir alana yayılma riski vardır. Tedavide topikal ve sistemik tedavi ajanlarının yanı sıra, cerrahi yöntemler ve bu yöntemlerin kombinasyonları kullanılabilir (78).

Varisella (Su çiçeğı)

Varisella Zoster Virusun neden olduğı primer enfeksiyon olan varisella deride karakteristik veziküler erüpsiyona neden olan, sıklıkla ateşin eşlik ettiğı, başlıca küçük çocukları etkileyen, çocukluk çağının çok bulaşıcı döküntülü hastalıklarındandır. Varisella insidansı 1-6 yaşında en yüksektir (77).

İnsanlar bilinen tek rezervuardır. Kişiden kişiye geçişi, deri lezyonlarının veziküler sıvısından direkt temas, damlacık ve aerosollerle veya solunum yolundan sekresyonlar yolu ile olur. Çocuklar döküntünün başlangıcından iki gün öncesinden, beş gün sonrasına kadar bulaştırıcıdır. İnkübasyon süresi 10-14 gündür. Küçük çocuklarda prodromal dönem çok belirgin değildir. Baş bölgesinden başlayan erüpsiyon giderek tüm vücuda yayılır. Tipik olarak hastalarda şiddeti kaşıntı, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, öksürük ve boğaz ağrısı olur. Her lezyon kırmızı makül olarak başlar ve papül, vezikül, püstül ve kurut aşamalarından geçer. Lezyonların değişik aşamalarındaki polimorf görünümü tipiktir. Lezyon genellikle bir haftada kurutlanır ve iki haftada tamamen iyileşir. Kurutlanma gelişinceye kadar bulaşıcılığını korur. Hastaların sadece %2'si erişkindir. Bununla beraber komplikasyon erişkinlerde yüksektir. Hastalığın geçirilmesi ile koruyucu bağışıklık gelişmektedir (77).

Hastalığın tedavisi immunsüprese olmayan hastalarda semptomatiktir (76). Çocuklarda varisella komplikasyonları nadir olduğundan tedavi önerilmez; tedavi kararı her olgu kendi içinde değerlendirilerek verilir. İmmunsüprese hastalarda ise hospitalizasyon yapılır asiklovir tedavisi uygulanır. Özellikle atopik dermatit, Darier hastalığı, konjenital iktiyoziform eritroderma gibi hastalıklar ve kronik steroid tedavisi gerektiren hastalıkları olan çocukların asiklovir ile tedavi edilmesi gereklidir, çünkü bu hastalarda varisella ile beraber altta yatan hastalıklarda alevlenmeler ve komplikasyonlar ortaya çıkabilir (79).

III- GEREÇ VE YÖNTEM

Aydın merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-17 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarındaki deri hastalıklarına ve dermatolojiye bakış açılarının değerlendirilmesi anketi Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi (ADÜTF) Dermatoloji Polikliniği, Pediatrik Dermatoloji Polikliniği ve Dermatoloji Servisinde yatırılarak izlenen hasta verileri ile konuya ilişkin literatürlerin değerlendirilmesiyle hazırlandı. Anket formunun içerik, dil ve görünüm açısından kolay anlaşılabilir olmasına özen gösterildi. Bu çalışmanın oluşturulması aşağıda görüldüğü şekilde planlandı ve basamaklandırıldı.

1- Bu çalışmanın hedef kitlesini 0-17 yaş arasında çocuğu bulunan ebeveynler oluşturdu. 0-17 yaş aralığının seçilmesinin nedeni; Birleşmiş Milletler Örgütü'nün 20 Kasım 1959 yılında yayınlanan Çocuk Hakları Bildirisi uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insanın çocuk sayılmasıdır.

2- Aydın ilini temsil etmek açısından çalışma bölgesi olarak Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem Müdürlüğü tarafından heterojen bölge olarak bildirilen 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesi seçildi. Aydın merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı'nın hizmet bölgesi beş büyük mahalle (Hasan Efendi, Köprülü, Mesudiye, Meşrutiyet ve Veysi Paşa) ve dört köyden oluşmaktadır.

3- Temmuz 2008 tarihinde Aydın İl Sağlık Müdürlüğü ve Aydın Valiliğinden izin alınmıştır.

4- Araştırmanın Tipi: Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

Evren ve Örnek seçimi:

Evren: Araştırma evrenini Aydın İli Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı kentsel bölgede yaşayan 0-17 yaş arası 5725 çocuk oluşturdu.

Örnek Büyüklüğü: Bu çalışmada örnek büyüklüğü %50 prevalans ile %95 güvenlik aralığında %5 hata payı esas alınarak Epiinfo 2000 programı kullanılarak 360 kişi olarak hesaplandı. Çalışmaya kaynak oluşturan Ev Halkı Tespit Fişleri (EFT) 2008 yılı haziran ayında güncellenmişti. Saha çalışması yaz aylarında olacağı için evde bulamama durumunun yüksekliği göz önüne alınarak %30 yedek seçildi. Farklı

yaş gruplarında bulunan çocuk sayısına göre her yaş grubu için tespit edilen ebeveyn sayısı sistematik tabakalandırma ile bilgisayar ortamında belirlendi.

Örnek seçme tekniği: Tabakalama örnekleme yöntemi kullanıldı. Ankete cevap verecek ebeveynlerin çocukların yaşı ile orantılı dermatolojik olaylarla karşılaşması farklı olabileceğinden yaş gruplarına göre tabakalanma yapıldı (0-4 yaş, 5-9 yaş, 10-14 yaş ve 15-17 yaş).

Tabakalama aşamaları:

a- Excel programında 0-17 yaş grubu çocuklardan çalışma evreni oluşturuldu (n=5725)

b- Evren içinde her tabakadaki çocuk sayısı belirlendi ve her tabakadaki çocuk sayısının evren içindeki oranı bulundu. Bu oranlar örnek sayısı ile çarpılarak her yaş grubundan örneğe alınacak çocuk sayısı hesaplandı.

c- Tabakalanmanın her biri bağımsız kabul edilerek örneğe gireceği hesaplanan sayıda kişi körlemesine başlanan bir sayıdan 1/16 oranında (5725/360:16) Excel veri tabanlı ETF kartlarından sistematik örnekleme ile seçildi.

Tablo I. Araştırma evreni içinde yaş gruplarının dağılımı

Yaş Grupları	Evren	Evren içinde oranı	Örnek sayısı	Yedek Sayısı	Toplam
0-4	1023	17.9	64	19	83
5-9	1481	25.9	93	28	121
10-14	1937	33.8	122	37	158
15-17	1284	22.4	81	24	105
Toplam	5725	100.0	360	108	468

5- Aynı aileden çocukların seçilmesi durumunda ikinci seçilen çocuğun ebeveynleri yerine bir sonraki sırada bulunan çocuğun ebeveynleri örneğe dahil edildi.

6- Belirlenen ebeveynler evlerinde ziyaret edilerek anket yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu.

7- Bu ankette ebeveynlere, demografik bilgilere ilişkin 12 soru, ebeveynlerin dermatoloji ve deri hastalıkları ile ilgili görüşünü içeren 8 soru,

ebeveynlerin çocuklarındaki deri hastalıkları ve tedavisi ile ilgili 1 soru yöneltildi. ADÜTF Dermatoloji AD pediatrik dermatoloji polikliniğinde sık görülen hastalıkların fotoğrafları gösterilerek ebeveynlerin bu hastalıkları tanıyıp tanımadıkları, bu hastalıklar karşısında tutum ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik 9 soru, anket ile ilgili düşüncelerine yönelik 3 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşturuldu.

8- Anket evde bulunan ebeveyn tarafından dolduruldu. Evde her iki ebeveynin de bulunduğu durumlarda hangi ebeveyn doldurmak istediye anket onunla dolduruldu.

9- Eğer çocuk doğduğundan beri anne ve/veya babası tarafından değil de diğer yakınları tarafından (anneanne-babanne-hala- teyze) bakılıyorsa not alınarak anket bu kişiler ile yapıldı.

10- Belirlenen bir eve 3 defa 1'er hafta ara ile gidilmesine rağmen ebeveynlere veya ebeveynlik görevini üstlenen kişilere ulaşılamaması durumunda bulunamadığı kaydedildi, yedek gruptan yeni ebeveyn belirlendi.

11- Anket yapılmasının reddedilmesi durumunda not alındı.

12- Düzenlenen bu anketin Aydın Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 10 ebeveyn üzerinde pilot çalışma yapılarak uygulanabilirliği değerlendirildi. Çalışmada oluşturulan yaş grupları göz önüne alınarak 0-4 yaş grubu için iki, 5-9 yaş grubu için üç, 10-14 yaş grubu için üç ve 15-17 yaş grubu için de iki ebeveynle anket yapıldı. Pilot çalışma sonrası 18 numaralı soru anlaşılamadığı için değiştirildi. Bunun dışında anketin uygulanabilirliği ile ilgili bir sorun olmadığı görüldü.

13- Sosyodemografik özelliklere ilişkin ham veriler tanımlayıcı tablolara dönüştürüldü.

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini ölçmek üzere parametrik analiz koşullarının karşılandığı durumlarda "Pearson korelasyon analizi" uygulandı. 0.05'in altındaki p değerleri anlamlı kabul edildi.

Veri tabanının oluşturulmasında ve istatistiksel analizlerde SPSS for Windows v. 14 istatistik programı kullanıldı.

IV- BULGULAR

A. Demografik veriler

Çalışmaya 312 ebeveyn katıldı. Hedeflenen örnek büyüklüğünün %86'sına ulaşıldı. Anketin %92.9'u (n=290) annelerle, %3.2'si (n=10) anne-baba beraber, %2.9'u (n=9) evde yaşayan ve çocuğa bakan diğer kişilerle, %1.0'i (n=3) babalarla yapıldı. Tablo II'de ankete katılan ebeveynlerin medeni ve eğitim durumu ile işte çalışma durumlarıyla ilgili bilgiler verildi. Tablolarda kalın yazılmış olan değerler o grubun en yüksek değerini göstermektedir.

Tablo II. Araştırmaya katılan anne-babaların demografik özelliklerinin (medeni durum, eğitim durumu ve işte çalışma durumları) dağılımı

	Anne		Baba	
	n	%	n	%
Anne ve babaların medeni durumu				
Evli	292	93.6	296	94.8
Boşanmış	10	3.2	8	2.6
Dul	9	2.9	0	0
Ölmüş veya ayrı yaşıyor	1	0.3	8	2.6
Toplam	312	100.0	312	100.0
Anne ve babaların eğitim durumu				
Okur- yazar değil	8	2.6	2	0.6
Okur- yazar	23	7.4	13	4.2
İlkokul mezunu	155	49.7	116	37.2
Ortaokul mezunu	24	7.7	30	9.6
Lise ve dengi okul mezunu	91	29.2	110	35.3
Yüksek okul/fakülte mezunu	11	3.5	41	13.1
Toplam	312	100.0	312	100.0
Gelir getirici işte çalışma durumu				
Çalışıyor	41	13.1	273	87.5
Çalışmıyor	271	86.9	39	12.5
Toplam	312	100.0	312	100.0

Ankete katılan annelerin %2.6'sının (n=8), babaların ise %0.6'sının (n=2) okur-yazar olmadığı görüldü. Babaların %13.1'nin (n=41) yüksek okul veya fakülte mezunu iken, annelerin %3.5'nin (n=11) yüksek okul veya fakülte mezunu olduğu görüldü.

Hane halkının ortalama kişi sayısı 4.13 ± 1.07 , hanede yaşayan ortalama çocuk sayısı 2.02 ± 0.75 olarak bulundu.



Şekil 1



Şekil 2

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hane halkının sosyo-demografik bilgileri

Tablo III'de verildi.

Tablo III. Hane halkının sosyo-demografik bilgilerinin dağılımı

	n	%
<u>Sosyal güvence durumu</u>		
SSK	157	50.3
Emekli sandığı	50	16.0
Bağ-kur	42	13.5
Güvence yok	40	12.8
Yeşil kart	22	7.1
Özel sigorta	1	0.3
Toplam	312	100.0
<u>Aylık gelir düzeyi</u>		
Orta	212	67.9
Düşük	80	25.6
Çok düşük	20	6.5
Toplam	312	100.0
<u>Hanede yaşayan kişi sayısı</u>		
Üç kişi	73	23.4
Dört kişi	171	54.8
Beş kişi	40	12.8
Altı kişi ve üzeri	27	8.6
Toplam	312	100.0
<u>Evde yaşayan çocuk sayısı</u>		
Bir çocuk	67	21.5
İki çocuk	188	60.3
Üç çocuk	42	13.5
Dört çocuk	13	4.2
Beş çocuk	2	0.6
Toplam	312	100.0
<u>Çocukların beraber yaşadığı kişiler</u>		
Anne-babası ile yaşayanlar	268	85.9
Anne-babası ve akrabalarıyla yaşayanlar	39	12.5
Yalnız annesi ile yaşayanlar	5	1.6
Toplam	312	100.0

B. Ebeveynlerin dermatoloji, deri hastalıkları ve çocuklarındaki deri hastalıklarıyla ilgili sorulara verdiği yanıtlar:

Ebeveynlerin “Bildiğiniz üç deri hastalığını söyler misiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar söylenme sıralarına uygun olarak Tablo IV’de verildi. Soruya yanıt veren ebeveynlerin ilk sırada söyledikleri hastalıklar mantar, ekzema, sedef hastalığı şeklinde sıralanırken, söylenen tüm hastalıklara bakıldığında en çok söylenen üç hastalığın aynı şekilde mantar, ekzema, sedef hastalığı olduğu görüldü.

Tablo IV. Ebeveynlerin “Bildiğiniz üç deri hastalığını söyler misiniz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı

	1. sıradaki		2. sıradaki		3. sıradaki		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mantar	84	26.9	35	11.2	11	3.5	130	41.6
Ekzema	44	14.1	42	13.5	15	4.8	101	32.4
Sedef hastalığı	27	8.7	27	8.7	10	3.2	64	20.6
Kaşıntı	14	4.5	9	2.9	10	3.2	33	10.6
Sivilce	10	3.2	2	0.6	6	1.9	18	5.7
Ala	5	1.6	2	0.6	1	0.3	8	2.5
Kurdeşen	4	1.3	3	1.0	3	1.0	10	3.3
Temrek	3	1.0	3	1.0	0	0	6	2.0
Kuruluk	2	0.6	0	0	0	0	2	0.6
Güneş lekesi	2	0.6	0	0	2	0.6	4	1.2
Siğil	1	0.3	5	1.6	3	1.0	9	2.9
Allerji	1	0.3	0	0	3	1.0	4	1.2
Kızamık	1	0.3	1	0.3	1	0.3	3	0.9
Gece yanığı	1	0.3	1	0.3	0	0	2	0.6
Pişik	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
Kepek	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
Çil	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
Gül hastalığı	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
Beyazlık	1	0.3	1	0.3	2	0.6	4	1.2
Deri kanseri	0	0	3	1.0	2	0.6	5	1.6
Saç kıran	0	0	2	0.6	0	0	2	0.6
Uyuz	0	0	2	0.6	2	0.6	4	1.2
Diğer	5	1.6	3	1.0	1	0.3	14	5.3

Ankete katılan ebeveynlerin eğitim seviyesinin artması ile söyledikleri deri hastalığı sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,00$) (Tablo V).

Tablo V. Ebeveynlerin eğitim durumu ile söyledikleri deri hastalığı sayısı arasındaki ilişki

	Deri hastalığı sayısı										Test İstatistiği
	0		1		2		3		Toplam		p/χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	0.00/21,369
İlkokul ve altı	77	41.1	43	23.1	38	20.4	28	15.1	186	100.0	
Ortaokul ve üstü	27	21.4	25	19.8	32	25.4	42	33.3	126	100.0	

(0: Hiçbir deri hastalığı söylemeyen, 1: Bir deri hastalığı söyleyenler, 2: İki deri hastalığı söyleyenler, 3: Üç deri hastalığı söyleyenler)

Katılımcı ebeveynlerin “Son altı ay içerisinde deriniz ile ilgili herhangi bir şikayetiniz oldu mu?” sorusuna %20.8’i (n=65) “Evet”, % 79.2’si (n=247) “Hayır” yanıtı verdi. Ebeveynlerden “Evet” yanıtı verenlerin bu şikayetleri için başvurduğu yöntemler Tablo VI’da verildi.

Tablo VI. “Son altı ay içerisinde deriniz ile ilgili herhangi bir şikayetiniz oldu mu?” sorusuna “Evet” yanıtı verenlerin başvurduğu yöntemlerin dağılımı

	n	%
Dermatoloji uzmanına başvurmuş	33	50.8
Sağlık ocağına başvurmuş	8	12.4
Eczaneye başvurmuş	4	6.2
Diğer branş uzmanlarına başvurmuş	2	3.1
Hiçbir şey yapmamış	18	27.5
Toplam	65	100.0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin son altı ay içerisinde deri şikayetleri için dermatoloji uzmanına gitmeleri ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ($p=0.62$), ortalama aylık gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0.04$) (Tablo VII).

Tablo VII. Ebeveynlerin son altı ay içerisinde deri şikayeti için dermatoloji uzmanına başvurmaları ile eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi arasındaki ilişki

	Ne yaptınız?						Test istatistiği
	Dermatoloji uzmanı		Diğer Merkezler				
	n	%	n	%	n	%	p/χ^2
Ebeveyn eğitim durumu							
İlkokul ve altı	15	46.9	17	53.1	32	100.0	0.62/0.382
Ortaokul ve üstü	18	54.5	15	45.5	33	100.0	
Aylık gelir düzeyi							
Çok düşük/Düşük	5	29.4	12	70.6	17	100.0	0.04/4.201
Orta	28	58.3	20	41.7	48	100.0	

Ankete katılan ebeveynlere yöneltilen “Yaşamınız boyunca herhangi bir nedenle deri ve zührevi hastalıkları uzmanına gittiniz mi?” sorusuna %22.8’i ($n=71$) “Evet”, %77.2’si ($n= 241$) “Hayır” yanıtı verdi. Soruya “Evet” yanıtı veren ebeveynlerin deri ve zührevi hastalıkları uzmanına gitme nedenleri Tablo VIII’de verildi. Ebeveynlerin %54.0’nın ($n=39$) deri ve zührevi hastalıkları uzmanına başvuru nedenlerinin kaşıntı, mantar, ekzema ve sivilce olduğu görüldü.

Tablo VIII. Ebeveynlerce deri ve zührevi hastalıkları uzmanına başvurma nedeni olarak ifade edilen sebeplerinin dağılımı

	n	%
Kaşıntı	15	21.1
Mantar	9	12.7
Ekzema	8	11.3
Sivilce	7	9.9
Güneş lekesi	5	7.0
Siğil	4	5.6
Kurdeşen	4	5.6
Gece yanığı	2	2.8
Güneş allerjisi	2	2.8
Rozase	2	2.8
Diğer	13	18.2
Toplam	71	100.0

Yaşamı boyunca dermatoloji uzmanına gitme durumu ile ebeveynin eğitim durumu ($p=0.04$) ve aylık gelir düzeyi ($p=0.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo IX).

Tablo IX. Yaşamı boyunca dermatoloji uzmanına gitme ile ebeveynin eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi arasında ilişki

	Yaşamı boyunca dermatoloji uzmanına gitme durumu				Toplam		Test istatistiği
	Evet		Hayır				
	n	%	n	%	n	%	p/χ^2
Ebeveyn eğitim durumu							
İlkokul ve altı	35	18.8	151	81.2	186	100.0	0.04/4.066
Ortaokul ve üstü	36	28.6	90	71.4	126	100.0	
Aylık gelir düzeyi							
Çok düşük/Düşük	12	12.0	88	88.0	100	100.0	0.00/9.687
Orta	59	27.8	153	72.2	212	100.0	

“Dermatoloji uzmanı hangi yaş grubu hastalara bakar?” sorusuna araştırmaya katılan ebeveynlerin %96.8’inin ($n=302$) verdiği yanıt “Tüm yaş grubu hastalar” şeklindeydi. Ebeveynlerin deri hastalıkları hakkındaki düşünceleri Tablo X’da verildi.

Tablo X. Ebeveynlerin deri hastalıkları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı

		n	%
Deri hastalıklarının geçici veya kalıcılığı için düşünceleri	Bazı deri hastalıkları geçici, bazıları kalıcıdır	241	77.2
	Tüm deri hastalıkları kalıcıdır	26	8.3
	Tüm deri hastalıkları geçicidir	9	2.9
	Fikrim yok	36	11.5
	Toplam	312	100.0
Deri hastalıklarının bulaşıcılığı için düşünceleri	Bazı deri hastalıkları bulaşıcıdır	231	74.0
	Hiçbir deri hastalığı bulaşıcı değildir	24	7.7
	Tüm deri hastalıkları bulaşıcıdır	6	1.9
	Fikrim yok	51	16.3
	Toplam	312	100.0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin deri hastalıklarının nedenleri hakkındaki düşünceleri Tablo XI’de verildi.

Tablo XI. Ebeveynlerin deri hastalıkların nedenleri hakkında düşüncelerinin dağılımı

	n	%
Stres ve ruhsal bozukluklar	232	75.7
Derinin kirliliği	174	55.8
Beslenme	123	39.4
Karaciğer hastalıkları	65	20.8
Derinin yapısı	64	20.5
Ailevi-genetik yatkınlık	53	17.0
Kan hastalıkları	35	11.2
Kanser	29	9.3
Diğer	22	7.1

Araştırmaya katılan ebeveynlerin “Deri sağlığınız ve deri hastalıklarıyla ilgili bilgiyi en çok nereden/nerelerden alıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XII’de verildi.

Tablo XII. Ebeveynlerin deri hastalıklarıyla ve deri sağlığıyla ilgili bilgi kaynakları

	n	%
Yazılı ve görsel basın	183	58.6
Aile-akrabalar	164	52.6
Dermatoloji uzmanı	127	40.7
Sağlık ocağı doktoru	94	30.1
İnternet	18	5.8
Eczacı	18	5.8
Aktar	16	5.1
Diğer	10	3.2

Ankete katılan ebeveynlerin %81.4'ü (n=254) “Çocuğunuzun bugüne kadar deri ile ilgili bir hastalığı oldu mu?” sorusuna “Hayır”, %18.6'sı (n=58) “Evet” yanıtı verdi. Soruya “Evet” yanıtı verenlerin çocuklarındaki deri şikayetleri Tablo XIII’de verildi.

Tablo XIII. Çocukların deriyle ilgili şikayetlerinin dağılımı

	n	%
Sivilce	17	29.3
Pişik	6	10.3
Ekzema	3	5.2
İsilik	3	5.2
Beyaz leke	3	5.2
Döküntü	3	5.2
Kuruluk	3	5.2
Allerji	2	3.4
Kaşıntı	2	3.4
Saç dökülmesi	2	3.4
Siğil	2	3.4
Diğer	12	20.4
Toplam	58	100.0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarındaki deri şikayetleri için başvurdukları yerler Tablo XIV’de verildi.

Tablo XIV. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarındaki deri ile ilgili şikayetleri için yapılan başvuruların dağılımı

	n	%
Dermatoloji uzmanına	25	43.1
Çocuk doktoruna	7	12.1
Sağlık ocağına	6	10.3
Hiçbir merkeze başvurmamış	20	34.5
Toplam	58	100.0

Araştırmaya katılan ebeveynlerden çocuğunda deri şikayeti olanların başvurduğu yerlerin, çocukların yaş grubuna göre dağılımı Tablo XV’de verildi. Çocuklarını dermatoloji uzmanına götüren ebeveynlerin %45.8’inin (n=25) sosyal güvencelerinin olduğu görüldü. Ebeveynlerin deri şikayetleri olan çocukları için başvurduğu hekim ile çocukların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p=0.00) (Tablo. XVI). Ebeveynlerin deri şikayetleri olan çocukları için başvurduğu hekim ile ebeveynlerin eğitim durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p=0.00) (Tablo. XVI).

Tablo XV. Ebeveynlerin deri şikayetleri olan çocukları için yapılan başvuruların çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

	Dermatoloji uzmanı		Çocuk uzmanı		Sağlık Ocağı hekimi		Başvuru yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş grupları								
0-4	0	0.0	4	28.6	3	21.4	7	50.0
5-9	5	45.5	1	9.1	1	9.1	4	36.4
10-14	12	66.7	2	11.1	1	5.6	3	16.7
15-17	8	53.3	0	0.0	1	6.7	6	40.0

Tablo XVI. Ebeveynlerin deri şikayetleri olan çocukları için başvurduğu hekim ile çocukların yaşı ve ebeveynlerin eğitim durumu arasındaki ilişki

	Dermatoloji uzmanı		Diğer		Toplam		Test İstatistiği
	n	%	n	%	n	%	p/ χ^2
Yaş grupları							
0-9	5	20.0	20	80.0	25	100.0	0.00/9.563
10-17	20	60.6	13	39.4	33	100.0	
Ebeveynin eğitim durumu							
İlkokul ve altı	18	62.1	11	37.9	29	100.0	0.00/8.507
Ortaokul ve üstü	7	24.1	22	75.9	29	100.0	

Akne vulgaris hastalığının resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %80.4'ünün (n=251) hastalığı doğru tanıdığı, %19.6'sının (n=61) tanımadığı görüldü. Ankete katılanlara akne vulgaris hastalığının resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar Tablo XVII'de verildi.

Tablo XVII. Katılımcı ebeveynlere akne vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Sivilce	235	75.3
Akne	16	5.1
İsilik	7	2.2
Yara	5	1.6
Allerji	3	1.0
Döküntü	3	1.0
Gece yanığı	3	1.0
Gençlik yarası	2	0.6
Gül hastalığı	2	0.6
Diğer	4	1.2
Bilmiyorum	30	9.6
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %42.6'sı (n=133) "Akne vulgaris hastalığı sizde veya çocuğunuzda oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin başvurdukları yöntemler Tablo XVIII' de verildi. Ankete katılan ebeveynlerin %57.4'ü (n=179) "Akne vulgaris hastalığı sizde veya çocuğunuzda oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin "Akne vulgaris hastalığı olursa ne yaparsınız?" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XIX'da verildi.

Tablo XVIII. Akne vulgaris hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

	n	%
Topikal uygulamalar	58	43.6
Gül suyu veya gül suyu pudra sürmüştü	13	9.8
Kükürtlü sabun ile yıkamış	7	5.3
Lezyonları sıkılmış	7	5.3
Yüzünü temiz tutmuş	7	5.3
Kozmetik ürün kullanmış	5	3.8
Aktardan krem almış	4	3.0
Evdeki kremlerden sürmüştü	3	2.3
Yüzüne maske uygulamış	3	2.3
Salyangoz kremi sürmüştü	2	1.5
Limon suyu sürmüştü	2	1.5
Tuz basmış	2	1.5
İnek sütü sürmüştü	1	0.8
Sülük yapıştırmış	1	0.8
Çamaşır suyu sürmüştü	1	0.8
Aspirin ve limon kolonyası sürmüştü	1	0.8
Hiçbir şey yapmamış	39	29.3
Dermatoloji uzmanına gitmiş	27	20.3
Eczaneden ilaç almış	6	4.5
Sağlık ocağına gitmiş	3	2.3
Toplam	133	100.0

Tablo XIX. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda akne vulgaris hastalığı olması durumunda yapacaklarının dağılımı

	n	%
Dermatoloji uzmanına başvururum	145	81.0
Hiçbir şey yapmam	14	7.8
Ne yapacağımı bilmiyorum	10	5.6
Eczaneye başvururum	3	1.7
Sağlık ocağına başvururum	2	1.1
Yüzümü temiz tutarım	2	1.1
Gül suyu sürerim	1	0.6
Lezyonları sıkırım	1	0.6
Lezyonları sıkmam	1	0.6
Toplam	179	100.0

Ankete katılan ebeveynlere alopesia areata hastalığının resmi gösterildiğinde hiçbir ebeveyn alopesia areata ismi ile hastalığını tanıyamadı. Ankete katılan ebeveynlerin alopesia areata lezyonunun resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar Tablo XX’de verildi.

Tablo XX. Katılımcı ebeveynlere alopesia areata resmi gösterildiğinde verilen yanıtların dağılımı

	n	%
Saç kıran	196	62.8
Kellik	82	26.3
Bilmiyorum	23	7.4
Saç dökülmesi	5	1.6
Mantar	4	1.3
Irsi	1	0.3
Yara izi	1	0.3
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %8.3’ü (n= 26) “Sizde veya çocuğunuzda alopesia areata hastalığı oldu mu?” sorusuna “Evet” yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin başvurdukları yöntemler Tablo XXI’de verildi. Ankete katılan ebeveynlerin %91.7’si (n=286) “Sizde veya çocuğunuzda alopesia areata hastalığı oldu mu?” sorusuna “Hayır” cevabı verdi. Bu ebeveynlerin “Sizde veya çocuğunuzda alopesia areata hastalığı olursa ne yaparsınız?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXII’de verildi.

Tablo XXI. Alopesia areata hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

	n	%
Dermatoloji uzmanına başvurmuş	7	26.9
Sarmısak sürmüştü	7	26.9
Berber ilaç sürmüştü	6	23.1
Hiçbir şey yapmamış	3	11.5
Eczaneye başvurmuş	2	7.7
Kozmetik ürün kullanmış	1	3.8
Toplam	26	100.0

Tablo XXII. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda alopesia areata hastalığı olması durumunda yapacakları

	n	%
Dermatoloji uzmanına başvururum	233	81.5
Bilmiyorum	42	14.7
Sağlık ocağına başvururum	4	1.4
Sarmısak sürerim	4	1.4
Berbere başvururum	1	0.3
Dahiliye doktoruna başvurum	1	0.3
Hiçbir şey yapmam	1	0.3
Toplam	286	100.0

Ankete katılan ebeveynlere hemanjiom lezyonunun resmi gösterildiğinde hiçbir ebeveyn hemanjiom ismi ile hastalığı tanıyamadı. Ankete katılan ebeveynlere hemanjiom resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar Tablo XXIII’de verildi.

Tablo XXIII. Katılımcı ebeveynlere hemanjiom resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Bilmiyorum	101	32.4
Yara	63	20.2
Et beni	53	17.0
Doğum lekesi	37	11.9
Ciğer beni	24	7.7
Gül lekesi	10	3.2
Çilek beni	5	1.6
Yanık	5	1.6
Kanama	4	1.3
Kırmızı leke	2	0.6
Beze	5	1.6
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %1.3’ü (n=4) “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna “Evet” yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin %25.0’ı (n=1) çocuk doktoruna gittiğini, %75.0’ı (n=3) hiçbir şey yapmadığını söyledi.

Ankete katılan ebeveynlerin %98.7’si (n=308) “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna “Hayır” yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXIV’de verildi.

Tablo XXIV. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda hemanjiom olması durumunda yapacakları

	n	%
Çocuk doktoruna başvururum	225	73.1
Dermatoloji uzmanına başvururum	45	14.6
Bilmiyorum	30	9.7
Tedaviye gerek görmüyorum	6	1.9
Sağlık ocağına başvururum	1	0.3
Lezyonu aldırırım	1	0.3
Toplam	308	100.0

Ankete katılan ebeveynlere impetigo hastalığının resmi gösterildiğinde %3.2'sinin (n=10) hastalığı doğru tanıdığı %96.8'inin (n=302) tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere impetigo resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar Tablo XXV'de verildi.

Tablo XXV. Katılımcı ebeveynlere impetigo resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Uçuk	192	61.5
Yara	55	17.6
Bilmiyor	33	10.6
Enfeksiyon	10	3.2
Gece Yanığı	8	2.6
Allerji	2	0.6
Mantar	2	0.6
Vitamin eksikliği	2	0.6
Diğer	6	1.9
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %21.5'i (n=67) "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin başvurdukları yöntemler Tablo XXVI'da verildi. Ankete katılan ebeveynlerin %78.5'i (n=245) "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXVII'de verildi.

Tablo XXVI. İmpetigo hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

	n	%
Topikal uygulamalar	28	41.8
Evdeki kremlerden sürmüş	10	14.9
Uçuk kremi sürmüş	8	11.9
Arko krem sürmüş	2	3.0
Diş macunu sürmüş	2	3.0
Gül suyu ve pudra sürmüş	2	3.0
Nivea krem sürmüş	1	1.5
Yüzünü temiz tutmuş	1	1.5
Vicks sürmüş	1	1.5
Yoğurt sürmüş	1	1.5
Eczaneye başvurmuş	26	38.8
Hiçbir şey yapmamış	7	10.4
Sağlık ocağına başvurmuş	4	6.0
Çocuk doktoruna gitmiş	1	1.5
Dermatoloji uzmanına gitmiş	1	1.5
Toplam	67	100.0

Tablo XXVII. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda impetigo hastalığı olması durumunda yapacakları

	n	%
Çocuk doktoruna başvururum	112	45.7
Dermatoloji uzmanına başvururum	76	31.0
Sağlık ocağına başvururum	21	8.6
Bilmiyorum	17	6.9
Eczaneye başvururum	11	4.5
Evdeki kremlerden sürerim	4	1.6
Hiçbir şey yapmam	4	1.6
Toplam	245	100.0

Ankete katılan ebeveynlere melanositik nevus resmi gösterildiğinde %59.0'nın (n=184) doğru tanıdığı, %41.0'nın (n=128) tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere melanositik nevus resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar Tablo XXVIII'de verildi.

Tablo XXVIII. Katılımcı ebeveynlere melanositik nevus resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Ben	184	59.0
Leke	60	19.2
Bilmiyor	32	10.3
Doğum lekesi	25	8.0
Et beni	3	1.0
Ciğer beni	2	0.6
Diğer	6	1.8
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna %15.1'i (n=47) “Evet” yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin %100.0'ü (n=47) hiçbir şey yapmadığını söyledi. Ankete katılan ebeveynlerin %84.9'u (n=265) “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna “Hayır” yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXIX'da verildi.

Tablo XXIX. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda melanositik nevus olması durumunda yapacakları

	n	%
Hiçbir şey	120	44.9
Dermatoloji uzmanına giderim	67	25.3
Bilmiyor	50	18.9
Çocuk doktoruna giderim	26	9.8
Plastik cerraha giderim	2	0.8
Toplam	265	100.0

Ankete katılan ebeveynlere pediküloz resmi gösterildiğinde %82.4'nün (n=257) doğru tanıdığı %17.6'sının (n=58) tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere pediküloz resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar Tablo XXX'da verildi.

Tablo XXX. Ebeveynlerin pediküloz resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar

	n	%
Bit	183	58.7
Sirke	74	23.7
Kepek	28	9.0
Bilmiyor	19	6.0
Saç kıran	3	1.0
Beyazlık	3	1.0
Sedef	2	0.6
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %54.5'i (n=170) "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin başvurdukları yöntemler Tablo XXXI'de verildi. Ankete katılan ebeveynlerin %45.5'i (n=142) "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız?" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXXII'de verildi.

Tablo XXXI. Pediküloz olanların başvurdukları yöntemler

	n	%
Eczaneye başvurmuş	130	76.5
Sağlık ocağına başvurmuş	9	5.3
Gaz yağı dökmüş	8	4.7
Sıcak su ile yıkamış	6	3.5
Hatırlamıyormuş	5	2.9
Temizlemiş	5	2.9
Saçı kesilmiş	2	1.2
Böcek ilacı sürmüştü	1	0.6
Dermatoloji uzmanına başvurmuş	1	0.6
Çocuk doktoruna başvurmuş	1	0.6
Komşusu ilaç vermiş	1	0.6
Okuldan ilaç yollanmış	1	0.6
Toplam	170	100.0

Tablo XXXII. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda pediküloz olması durumunda yapacakları

	n	%
Eczaneye başvururum	92	64.8
Sağlık ocağına başvururum	31	21.8
Dermatoloji uzmanına başvururum	8	5.6
Bilmiyorum	4	2.8
Çevreme danışırım	3	2.1
Saçımdan temizlerim	3	2.1
Gaz yağı dökerim	1	0.7
Toplam	142	100.0

Ankete katılan ebeveynlere psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %26.0'nın (n=81) hastalığı doğru tanıdığı, %74.0'nın (n=231) tanımadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlerin psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar Tablo XXXIII'de verildi.

Tablo XXXIII. Katılımcı ebeveynlere psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Bilmiyorum	126	40.4
Sedef hastalığı	81	26.0
Ekzema	53	17.0
Yanık	28	9.0
Mantar	12	3.8
Yara	8	2.6
Beyazlık	2	0.6
Ürtiker	1	0.3
Kanser	1	0.3
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %1.0'ı (n=3) “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna “Evet” yanıtı verdi. Bu üç ebeveynde dermatoloji uzmanına başvurduğunu söyledi. Ankete katılan ebeveynlerin %99.0'ı (n=309) “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna hayır şeklinde yanıt verdi. Bu ebeveynlere “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız” sorusu yöneltildiğinde %96.1'i (n=297) dermatoloji uzmanına giderim, %3.2'si (n=10) bilmiyorum, %0.6'sı (n=2) ılıcalara gideceğini söyledi.

Ankete katılan ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %79.5'nin (n=248) hastalığı doğru tanıdığı, %20.5'nin (n=64) tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar Tablo XXXIV'de verildi.

Tablo XXXIV. Ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Siğil	238	76.3
Bilmiyor	39	12.5
Nasır	15	4.8
Tavuk götü	10	3.2
Sedef hastalığı	3	1.0
Pütürlük	3	1.0
Mantar	2	0.6
Temrek	1	0.3
Döküntü	1	0.3
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %30.1'i (n=94) "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin başvurdukları yöntemler Tablo XXXV'de verildi.

Tablo XXXV. Verruka vulgaris hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

	n	%
Lezyonları okutmuş	43	45.7
Hiçbir şey yapmamış	15	16.0
Dermatoloji uzmanına başvurmuş	13	13.8
Lezyonları kesmiş	8	8.5
Lezyonları yakmış	6	6.4
Lezyonlara ip bağlamış	3	3.2
Eczaneye başvurmuş	2	2.1
Lezyonları aspirin suyu ile eritmiş	1	1.1
KBB uzmanına başvurmuş	1	1.1
Kocakarı ilacı kullanmış	1	1.1
Sağlık ocağına başvurmuş	1	1.1
Toplam	94	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %69.9'u (n=218) "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız?" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXXVI'da verildi.

Tablo XXXVI. "Hayır" yanıtı veren ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda verruka vulgaris hastalığı olması durumunda yapacakları

	n	%
Dermatoloji uzmanına başvururum	172	78.9
Bilmiyorum	19	8.7
Lezyonları okuturum	11	5.0
Sağlık ocağına başvururum	7	3.2
Eczaneye başvururum	6	2.8
Cerrahi doktoruna başvururum	1	0.5
Hiçbir şey yapmam	1	0.5
Plastik cerrahi uzmanına başvururum	1	0.5
Toplam	218	100.0

Araştırmaya katılan ebeveynlere varisella resmi gösterildiğinde %67.6'sının (n=211) hastalığı doğru tanıdığı, %32.4'nün (n=101) tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere varisella resmi gösterildiğinde verdikleri yanıtlar Tablo XXXVII'de verildi.

Tablo XXXVII. Ebeveynlere varisella resmi gösterildiğinde verilen yanıtlar

	n	%
Su çiçeği	211	67.6
Kızamık	30	9.6
Ürtiker	2	0.6
Sedef hastalığı	2	0.6
İsilik	2	0.6
Allerji	2	0.6
Böcek ısırığı	1	0.3
Bilmiyorum	62	19.9
Toplam	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlerin %65.1'i (n=203) "Çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin başvurdukları yöntemler Tablo XXXVIII'de verildi. Ankete katılan ebeveynlerin %34.9'u (n=109) "Çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin "Çocuğunuzda bu hastalık olursa ne yaparsınız?" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo XXXIX'da verildi.

Tablo XXXVIII. Varisella hastalığı olanların başvurdukları yöntemler

	n	%
Sağlık ocağına başvurmuş	103	50.7
Çocuk doktoruna başvurmuş	41	20.2
Ne yaptığını unutmuş	38	18.7
Hiçbir şey yapmamış	15	7.4
Dermatoloji uzmanına başvurmuş	3	1.5
Lezyonları kaşımamış	3	1.5
Toplam	203	100.0

Tablo XXXIX. “Hayır” yanıtı veren ebeveynlerin çocuğunda varisella hastalığı olması durumunda yapacaklarının dağılımı

	n	%
Çocuk doktoruna başvururum	75	68.8
Sağlık ocağına başvururum	16	14.7
Dermatoloji uzmanına başvururum	11	10.1
Bilmiyorum	5	4.6
Hiçbir şey yapmam	2	1.8
Toplam	109	100.0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin “Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici toplantılara katılmak ister misiniz?” ve “Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici kitap verilse okur musunuz?” sorusu verdikleri yanıtlar Tablo XXXX’ta verildi.

Tablo XXXX. “Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici toplantılara katılır mısınız ve bilgilendirici kitap verilse okur musunuz?” sorularına verilen yanıtlar

	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici toplantılara katılmak ister misiniz?	298	95.5	14	4.5	312	100.0
Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici kitap verilse okur musunuz?	287	92.0	25	8.0	312	100.0

Ankete katılan ebeveynlere anket için ne düşündükleri sorulduğunda; %64.4’ü (n=201) “Güzel”, %14.7’si (n=46) “Bilgileniyoruz”, %9.0’ı (n=28) “Kolay”, %8.0’ı (n=25) “Anlamadım”, %2.2’si (n=7) “Teşekkür ederim”, %1.0’ı (n=3) “Zor”, %0.6’sı (n=2) “Gereksiz” şeklinde yanıtlar verdiler.

V- TARTIŞMA

Bu çalışma ile Aydın il merkezinde, 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 0-17 yaş arasında çocuk sahibi ebeveynlerin dermatoloji ve çocuklarındaki deri hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri, inanışları, yardım arama ve tedavi seçim davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma sırasında ebeveynlerin dermatolojiye ve çocuklarındaki deri hastalıklarına bakış açısı ile ilgili sınırlı sayıda, özellikle atopik dermatit gibi belli bazı dermatolojik hastalıklarda yoğunlaşan literatür çalışmalarına ve kaynak kitap bilgilerine rastlanmıştır.

Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-17 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin dermatolojiye ve çocuklarındaki deri hastalıklarına bakış açılarının değerlendirilmesi ile ilgili bu bölgede ve ilk kez yapılan bu çalışmanın kısıtlılıkları; Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı kentsel bölgesindeki 0-17 yaş arasında çocuğu bulunan ebeveynleri temsil etmesi ve ankete katılan ailenin ortalama aylık gelir düzeyi, ebeveynlerin kendi beyanları esas alınıp ayrıca bir ölçüm yapılmamış olmasıdır.

Bu bölümde öncelikle çalışma grubunu oluşturan ebeveynlerin ve ailelerin demografik özellikleri değerlendirilecek; ardından ebeveynlerden elde edilen veriler tartışılacaktır.

A. Demografik veriler

Anket çalışmasının %92.9'u annelerle, %3.2'si anne ve baba ile, %2.9'u evde yaşayan ve çocuğa bakan diğer kişilerle, %1.0'i de babalarla yapıldı. Bu durum çalışmanın babaların işte oldukları hafta içi günlerde, çalışma saatlerinde yapılmasına bağlanabilir. Annelerin çocukları ile ilgili anket sorularına doğruya daha yakın yanıtlar verme olasılığı nedeniyle anketin büyük kısmının anneler ile yapılmasının çalışmaya olumlu katkısı olabilir. Bununla beraber anketin büyük kısmının annelerle yapılması ve sadece 12 babanın ankete katılabilmesinin; babaların görüşlerinin tam olarak belirlenememesine yol açtığı düşünülebilir.

Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı verilerine göre bölge nüfusunun %57.2'si ortaokul ve üzeri okullardan mezun olmuşlardır. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin eğitim düzeylerine bakıldığında; annelerin ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi %40.4 olarak tespit edildi. Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde daha

önce yapılan Erol'un (80) çalışmasında da kadınlarda ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi %42.9 olarak tespit edilmişti. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün gerçekleştirdiği Türkiye nüfus ve sağlık araştırması verilerine göre Türkiye genelinde ortaokul ve üzeri eğitime sahip kadınların oranı kentsel bölgede %31.7 olduğundan bölgemizde annelerin eğitim düzeyinin Türkiye genelinin üzerinde olduğu söylenebilir (81). Çalışmamızda babalarda ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların oranı %58.0 olarak tespit edildi. Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde daha önce Erol' un (80) yaptığı çalışmada da erkeklerde ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların oranı %55.0 olarak tespit edilmişti. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün gerçekleştirdiği Türkiye nüfus ve sağlık araştırması verilerine göre Türkiye genelinde ortaokul ve üzeri eğitime sahip erkeklerin kentsel bölgedeki oranı %49.3 olduğundan anket çalışmamıza katılan babaların eğitim düzeyi Türkiye genelinin üzerinde olarak kabul edilebilir (81). Katılımcı ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yüksek olması anket sorularının daha iyi anlaşılması ve buna bağlı olarak da daha doğru yanıtların verildiği şeklinde yorumlanabilir.

Ebeveynlerin gelir getirici bir işte çalışma durumuna bakıldığında annelerin %13.1'nin, babaların %87.5'nin çalışıyor oldukları, annelerin çalışmıyor olmaları araştırmanın büyük kısmının anneler ile yapılmış olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Türkiye'de 2003 yılı itibariyle nüfusun %86.4'ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanlarında %57.1'nin SSK'lı olduğu bilinmektedir (80). Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyal güvence durumlarına bakıldığında %12.8'sinin sosyal güvencesinin olmadığı, %87.2'sinin sosyal güvencelerinin olduğu ve sosyal güvencesi olan ebeveynlerin yarısının da (%50.3) SSK'lı oldukları görüldü. Bu veriler araştırmaya katılan ebeveynlerin çok büyük bir bölümünün sosyal güvencelerinin olduğunu ve ülkemizde uygulanmakta olan sosyal yasalara göre bu ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunu durumunda istediği sağlık kurumuna başvurabileceğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %67.9'u ortalama aylık gelir düzeylerini "Orta" olarak değerlendirdi (Tablo III). Erol'un Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaptığı çalışmasında ortama aylık gelir düzeyi %61.1 oranında "Orta" olarak tespit edilmiştir (80). Orta gelir düzeyi olarak yorum yapan ebeveynlerin bu yorumu kendi bakış açılarına ve gelir ile giderlerinin birbirini karşılamasına göre

yaptıkları düşünülebilir. Bu anket çalışmasını yaparken kendilerine ait evi, arabası olan ve durumunun iyi olduğu açıkça görülen bir ebeveynle, sadece tek eşin çalıştığı kirada oturan, durumunun iyi olmadığı görülen ebeveynin her ikisinin de aylık gelir düzeylerini orta olarak değerlendirmesi ailelerin bakış açılarını ortaya koyması yönünden belirtilmesi gereken önemli bir gözlemdir.

Ankete katılan ebeveynlerin evlerinde yaşayan kişi sayısı ortalama 4.13 ± 1.07 olarak hesaplandı. Ankete katılan ebeveynlerin ortalama çocuk sayısı 2.02 ± 0.75 olarak hesaplandı. Bu veriler çalışmanın yapıldığı bölgede daha çok çekirdek aile yaşam biçiminin bulunduğunu destekler niteliktedir.

B. Ebeveynlerin dermatoloji, deri hastalıkları ve çocuklarındaki deri hastalıklarıyla ilgili sorulara verdiği yanıtlar

“Bilddiğiniz üç deri hastalığını söyler misiniz?” sorusuna yanıt veren ebeveynlerin söyledikleri tüm deri hastalıklarının toplamına bakıldığında; en çok söylenen deri hastalıklarının %41.6’sının “mantar”, %32.4’ünün “ekzema”, %20.6’sının “sedef hastalığı” olduğu görüldü. Bununla beraber toplumda sık görülen bazı dermatolojik hastalıkların örneğin; verruka vulgaris, pedikülozis, çocukluk çağı döküntülü hastalıklarının, melanositik nevusların çok az sayıda ebeveyn tarafından söylenmesi dikkati çekmiştir (2,70,75,78,79). Sık görülen bu hastalıkları ebeveynlerin dermatolojik hastalık olarak değerlendirmedikleri ya da bilmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Sonuç olarak “mantar”, “ekzema” ve “sedef hastalığının” toplumda isim olarak en çok bilinen dermatolojik hastalıklar olduğunu düşünülebilir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin eğitim seviyesi ile söyledikleri deri hastalığının sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,00$) (Tablo V). Bu durum da eğitim seviyesi yükseldikçe ebeveynlerin deri hastalıklarına yönelimlerinin, algılamalarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Katılımcı ebeveynlerin “Son altı ay içerisinde cildiniz ile ilgili herhangi bir şikayetiniz oldu mu?” sorusuna “Evet” yanıtı veren ebeveynlerin %50.8’nin dermatoloji uzmanına başvurduğu, %27.5’nin hiçbir şey yapmadığı, %21.7’sinin de sağlık ocağına, eczaneye ve farklı uzman doktorlara başvurdukları görüldü (Tablo VI). Ebeveynlerin deri şikayetleri için dermatoloji uzmanına gitmeleri ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ($p=0.62$), ortalama

aylık gelir düzeyleri ile deri şikayetleri için dermatoloji uzmanına gitmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0.04$) (Tablo VII). Bu durum son altı ay içerisinde derisi ile ilgili şikayeti olan ebeveynlerin dermatoloji uzmanına başvurmasında ortalama aylık gelir düzeyinin, eğitim seviyesinin yüksek olmasından daha etkili bir faktör olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Hastaların tercih ettikleri sağlık kurumunun başta ekonomik faktörler olmak üzere pek çok başka faktörden etkilenmesi olasıdır. Bu çalışmada deri şikayeti için dermatoloji uzmanına başvuran ebeveynlerden %97.0'nın sosyal güvencesinin olması da bu faktörlerden biri olabilir. Son altı ay içerisinde derisi ile ilgili şikayeti olan fakat “hiçbir şey yapmadığını” söyleyen ebeveynlerin bu şikayetlerini önemsemedikleri “Geçer”, “Her zaman vardı”, “Bana bir zararı yok”, “Bulaşıcı değil” gibi söylemler içinde oldukları görüldü ve bunlar anket üzerine not alındı. Bu anket çalışması sırasında ayağında tinea pedisi olan bir ebeveyn bu durumun bulaşıcı olabileceğini bilmeden “Geçer, bu zaman zaman akıntı yapıp vücudumdaki pisliği atıyor eğer kesilirse başka bir hastalık olup içime yayılır” derken başka bir ebeveyn de birkaç yıldır yüzünde bulunan lezyon için “Bana bir zararı yok” diyerek lentigo malignasını gösterdiği yine anketler üzerine not alınmıştır. Ankete katılan ebeveynlere mutlaka bir dermatoloji uzmanı tarafından görülmeleri gerektiği, tarafımızdan söylendiğinde en kısa zamanda dermatoloji uzmanına gideceklerini söylemişlerdir. Örnekleri çoğaltılabilecek benzer durumlar, toplumda insanların deri rahatsızlıklarının ciddiyeti hakkında çok bilinçli olmadıklarını düşündürmüştür.

Araştırmaya katılan ebeveynlere yöneltilen “Yaşamınız boyunca herhangi bir nedenle deri ve zührevi hastalıkları uzmanına gittiniz mi?” sorusuna “Evet” yanıtı veren ebeveynlerin deri ve zührevi hastalıkları uzmanına gitme nedenleri Tablo VIII’de verildi. Bu ebeveynlerin %54.0’nın deri ve zührevi hastalıkları uzmanına başvuru nedenlerinin “kaşıntı”, “mantar”, “ekzema” ve “sivilce” olduğu görüldü. Bu başvuru nedenlerinin ADÜTF Dermatoloji polikliğine en sık başvuru nedenleri olarak belirlenen akne vulgaris, tinea pedis, onikomikoz, kontakt dermatit, pruritus ile uyumlu olduğu görüldü. Adışen ve arkadaşlarının (82) yaptığı çalışmada da üniversite hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların ilk üç başvuru nedenini; mantar hastalıklarının, akne grubu hastalıkların ve ekzemaların oluşturduğu görülmüştür. Yaşamı boyunca dermatoloji uzmanına gitme durumu ile ebeveynin

eğitim seviyesinin artması ($p=0.04$) ve aylık gelir düzeyi ($p=0.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (Tablo IX). Ayrıca yaşamı boyunca herhangi bir nedenle dermatoloji uzmanına başvuran hastaların %90.1'nin sosyal güvencelerinin olduğu görüldü. Bu durum ebeveynlerin dermatoloji uzmanına başvurmalarında gelir düzeylerinin ve sosyal güvencelerinin bulunmasının önemli etkenler olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %77.2'si "Bazı deri hastalıklarının geçici, bazılarının kalıcı olduğunu", %74.0'ı "Bazı deri hastalıklarının bulaşıcı, bazı deri hastalıklarının bulaşıcı olmadığını" düşündüğünü söyledi. Bu durumda katılımcı ebeveynlerin büyük kısmının deri hastalıklarına karşı doğru bir yaklaşım içinde oldukları düşünülebilir. "Dermatoloji uzmanı hangi yaş grubu hastalara bakar?" sorusuna katılımcı ebeveynlerin %96.8'inin verdiği yanıt "Tüm yaş grupları" şeklindeydi.

Ankete katılan ebeveynlerin $\frac{3}{4}$ 'ü (%75.7) stres, ruhsal bozuklukların deri hastalıklarının nedeni olabileceğini düşünmekteydi. Dermatolojik hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki uzun zamandır araştırılmaktadır. Bu araştırmaların bir yönü psikolojik etmenlerin dermatolojik hastalıklardaki rolü ve etkisi ile ilgilidir ve bu konuda yapılan pek çok çalışma bu türden bir ilişkiyi desteklemiş görülmektedir (83-87). Gupta ve arkadaşlarının (88) yaptığı çalışmalara göre, psikiyatrik ve psikolojik faktörler dermatolojik hastalıkların en az %30'unda rol oynamaktadır. Yıldız ve arkadaşlarının (89) yaptıkları çalışmada rekürren aftöz stomatit gibi dermatolojik hastalığı bulunanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk görülme ve kronik major depresif bozukluk bulunan hastalarda herhangi bir dermatoz görülme oranı %73.3 bulunmuştur. Deri hastalığı olan bireylerin ayrıntılı psikiyatrik değerlendirmesiyle ruhsal etkenler belirlenebilir ve prognoz üzerindeki olumsuz etkileri giderilebilir. Deri ve ruhun ilişkisi birçok araştırmaya konu olmuş ve farklı şekillerde açıklanmaya çalışılmıştır (90). Stres bazı dermatolojik hastalıkları tetikleyebildiği gibi bazı kronik deri hastalıklarında da artışa neden olabilmektedir. Örneğin yapılan bir çalışmada kronik plak psoriazisi olan hastaların kanlarında, uygulanan psikolojik stres sonrasında, psoriazis lezyonlarında artışa neden olan moleküler değişiklikler tespit edilmiştir (91). Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların büyük bölümü özellikle mevcut deri şikayetlerinin stresten kaynaklanıp

kaynaklanmadığını öğrenmek istemektedir. Burada dermatoloğun tutumu son derece önemlidir. Çoğu zaman yoğun poliklinik şartlarında çalışmakta olan hekimler tarafından hastanın sorusuna verilen kısa ve yetersiz yanıtlar hastalar tarafından yanlış algılanabilmektedir. Bu durum hastalığına bir sebep bulmaya çalışan hasta tarafından çevresine hastalığının stresten kaynaklandığını söylemesine neden olmaktadır. Bu da toplumda o hastalığın nedeni ile ilgili yanlış bilgilenmeye neden olabilir. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük kısmının stresi ve ruhsal bozuklukları deri hastalıklarının nedeni olarak görmesinde dermatoloji uzmanlarının da katkısı olabilir. Burada dermatoloji uzmanlarına düşen görev hastaya, her dermatolojik hastalığın stres veya ruhsal bozukluktan kaynaklanmadığını mutlaka söylemek ve hastaya mevcut hastalığı için gerekli ve yeterli açıklama yapmak, hastada yanlış bir kanının oluşmasına izin vermemektir.

Deri yüzeyi ekzojen materyaller, mikroorganizmalar, vücut sekresyonları ile kirlendiği için sosyal ve kültürel farklılıklara göre değişik sıklıkta yıkanma ihtiyacı gösterir (92). Deri şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların büyük bir bölümü de temizliğine çok dikkat ettiğini, sık sık yıkandığını veya lezyon bölgesini yıkadığını ya da temizlik amacıyla kolonya gibi maddeler ile sildiğini söylemektedir. Anket çalışmasına katılan ebeveynlerin de %55.8'i deri kirliliğinin deri hastalıklarının neden olabileceğini belirtti. Ebeveynlerin deri hastalıklarının nedenleri hakkındaki düşünceleri Tablo XI'de verildi. Toplumda, deri hastalıkları olan kişilere karşı bu durumlarının bulaşıcı olabileceği, kirlilik gibi nedenlerle ortaya çıkabileceği gibi yanlış inançlarla önyargı oluşurken, hastada utanç, kendini suçlama ve cezalandırma, hatta agresif düşünce ve davranışlar gelişebilir (10,11,14). Örneğin psoriasis vulgarisi olan hastalar kendilerini kirli hissedebilirler (93). Psoriasis vulgarisi olan hastaların, başkalarının ayaklarını kirli zannetmeleri nedeniyle açık ayakkabı giymemeleri, kısa kollu gömlek, etek giymemeleri, başka insanlarla toklaşmadan kaçınmaları, "Benim ellerimle yaptığım yemeği yakın çevremdeki insanlar yemiyor" dedikleri dermatoloji uzmanlarının sık karşılaştığı durumlardır. Deri ile ilgili şikayetlerinin kirlilikten kaynaklandığını düşünen veya çevresinden bu şekilde telkinler alan hastalarda daha sık yıkanma, lezyonlu bölgeleri bir takım temizleyici maddeler ile silme yoluna gitmektedir ki bu durum derinin kuruluşunu arttırarak, hastanın şikayetlerinde artışa neden olmaktadır. Burada dermatoloji uzmanlarına düşen görev aşırı temizliğin deri

için zarar verici olduğunu üzerine basarak söylemek, mevcut deri hastalığının kirlilikle ilişkisini gerekli ve yeterli bir şekilde hastaya açıklamaktır.

Katılımcı ebeveynlerin %39.4'ü beslenmenin deri hastalıklarının nedenleri olabileceğini söylemiştir. Dermatoloji uzmanlarının sık karşılaştıkları sorulardan biri de “Bu hastalık için herhangi bir perhiz uygulamam gerekiyor mu?” sorusudur. Çok az sayıdaki dermatolojik hastalığın beslenme ile ilişkisi varken çok büyük bir kısmının da yoktur.

Katılımcı ebeveynlerin %20.8'i karaciğer hastalıklarının deri hastalıklarının nedenleri olabileceğini söyledi. Özellikle pruritus şikayeti olan hastaların “Bu ciğerden mi geliyor?” sorusu dermatoloji polikliniklerinde karşılaşılan sorulardandır. Kişilerin inandıkları hastalık nedenleri, sağlık bilimlerinde belirlenen nedenlerden çok farklı olabilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 3/5'i (%58.6) “Deri sağlığınız ve deri hastalıklarıyla ilgili bilgiyi en çok nereden/nerelerden alıyorsunuz?” sorusuna deri sağlıkları ile deri hastalıkları hakkındaki bilgileri görsel ve yazılı basından aldıklarını söyledi (Tablo XII). Kitle iletişim araçlarının yaygın olarak kullanıldığı çağımızda, gazete, dergi, radyo, televizyon ve internet gibi yazılı ve görsel yayın organlarının insanlar üzerindeki etkinliği de artmaktadır. Medyanın sağlık üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra zaman zaman uzmanlara yeterince danışılmadan verilen ve abartılan haberler nedeniyle dolaylı olarak insanların sağlığıyla da oynanabildiği bilinmektedir. Gökdemir ve arkadaşlarının yaptıkları “Türk Toplumunda Deri Bakımı ile ilgili bilgi seviyesinin değerlendirilmesi” başlıklı çalışmada “Deri bakımı ile ilgili bilgileri nereden ediniyorsunuz?” sorusuna %43.2'si yazılı ve görsel basından bilgi aldığını belirtmişti (94). Bu durum da yazılı ve görsel basından verilen bilgilerin düzeyinin ve doğruluğunun çok önemli olduğunu düşündürmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %52.6' sısı da deri sağlıkları ile deri hastalıkları hakkındaki bilgileri aile ve akrabalarından aldıkları belirtti. Yine aynı çalışmada %15.6'sısı deri bakımı ile bilgiyi dermatoloji uzmanından aldığını belirtirken, bu çalışmada ise ebeveynlerin %40.7'si deri sağlığı ve hastalığı ile ilgili bilgiyi dermatoloji uzmanından aldığını söyledi (94). Bu durum anketi yapanın ADÜTF Dermatoloji AD' da çalışan dermatoloji uzmanlık öğrencisi bir hekim olduğunu ve amacını anketin başında açık ve anlaşılır bir şekilde söylemiş olmasının ebeveynleri etkilenmiş olabileceğine bağlanabilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %18.6'sı "Çocuğunuzun bugüne kadar deri ile ilgili bir hastalığı oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. "Evet" yanıtı veren ebeveynlerin %29.3'ü bu şikayetin "sivilce" olduğunu belirtti (Tablo XIII). Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğunda deri ile ilgili şikayeti olanların %43.1'i bu şikayet için dermatoloji uzmanına başvurduğunu söyledi (Tablo XIV). Araştırmaya katılan ebeveynlerin derisi ile ilgili şikayeti olan çocuklarını dermatoloji uzmanına götürmeleri ile çocukların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.02$) (Tablo XVI). Derisi ile ilgili şikayeti olan çocuğun yaşı büyüdükçe dermatoloji uzmanına başvurma oranlarının arttığı görüldü. Deri ile ilgili şikayeti olan çocukların 10-17 yaş grubunun %60.0'ı dermatoloji uzmanına başvururken 0-9 yaş grubunu %20'sinin dermatoloji uzmanına başvurduğu belirlendi. Ebeveynlerin çocuklarını dermatoloji uzmanına götürmeleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Çocuklarını dermatoloji uzmanına götüren ebeveynlerin %45.8'nin sosyal güvencelerinin olduğu saptandı. Ebeveynlerin çok büyük bir kısmının dermatoloji uzmanlarının "tüm yaş gruplarına" baktığını söylemelerine rağmen özellikle 0-9 yaş grubu çocukların deri şikayetleri için çocuk doktoruna götürülmeleri ikilemi burada çok belirgin olarak görülmektedir bu da doğruyu bilme ile pratik uygulamanın farklı olduğunu düşündürmektedir. Bu sonucu açıklamaya bazı deri rahatsızlıklarının endişe verici olmasına bağlı olarak acil tanı ve tedavi isteği nedeni ile ebeveynlerin çocuk doktorlarına dermatoloji uzmanından daha kolay ulaşmaları, başka bir nedenle çocuk doktoruna gidildiğinde deri şikayetin de çocuk doktoruna gösterilebileceği düşünceleri ya da çocuk doktorunu tanıdıkları için öncelikle onun fikrini alma gereksinimini duymaları gibi nedenlerin katkısı olabilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlere akne vulgaris hastalığının resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %80.4'nün hastalığı doğru tanıdığı görüldü (Tablo XVII). Bu durum en sık görülen dermatolojik hastalıklardan olan akne vulgarisin toplumda büyük oranda tanındığını göstermektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %42.6'sı "Akne vulgaris hastalığı sizde veya çocuğunuzda oldu mu?" sorusuna "evet" yanıtı verdi. "Evet" yanıtı veren ebeveynlerin %43.6'sı tedavi amacıyla kendilerince topikal uygulamalar yaptıklarını söyledi (Tablo XVIII). Ebeveynlerin kendilerince tedavi amacıyla yaptıkları bu topikal uygulamalardan bazıları; gül suyu veya gül suyu ile pudra sürmek, kükürtlü sabun ile yüzü yıkamak, yüzdeki lezyonları sıkmak, aktardan

alınan kremi kullanmak, evdeki kremlerden rastgele sürmek, basın yayın organlarından öğrendiği maskeleri yüzüne uygulamak, yüze salyangoz kremi sürmek, yüze limon suyu sürmek, yüzdeki lezyonlara tuz basmak, inek sütü sürmek, yüze sülük yapıştırmak, yüzdeki lezyonlara çamaşır suyu sürmek, aspirin ve limon kolonyası sürmek gibi işlemlerin yapıldığı araştırmaya katılan ebeveynler tarafından dile getirildi. Yüze çamaşır suyu sürmek, yüze sülük yapıştırmak, yüzdeki lezyonlara tuz basmak gibi bazı uygulamalar yüz derisinde kalıcı olabilen hasara yol açabilmektedir. Bu durum her şeyin yüze sürülmemesi, basın yayın organlarında verilen önerilerin herkes için uygun olmayacağı, akne vulgarisin dermatolojik bir hastalık olduğu ve tedavi amacıyla dermatoloji uzmanına gidilmesi gerektiği konusunda toplumumuzun bilinçlendirilmesi gerektiğini düşündürdü. Ankete katılan ebeveynlerden %57.4'ü "Akne vulgaris hastalığı sizde veya çocuğunuzda oldu mu?" sorusuna "Hayır" yanıtı verdi. Bu ebeveynlerin %81.0'ı akne vulgaris hastalığı olursa dermatoloji uzmanına gideceğini belirtti. Bu oranın yüksek olmasında anketi yaparken kimlik açıklanmış olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Yine bu ebeveynlerin %7.8'i akne vulgaris hastalığı olursa hiçbir şey yapmayacağını, hastalığın bir süre sonra kendiliğinden gerileyeceğini ve kaybolacağını söyledi (Tablo XIX).

Araştırmaya katılan ebeveynlere alopesia areata hastalığının resmi gösterildiğinde hastalığı tanımlamak için alopesia areata terimini kullanan ebeveyn olmadı. Ankete katılan ebeveynlerin %62.8'i bu durumu "Saç kıran", %26.3'ü "Kellik", %1.6'sı "Saç dökülmesi" şeklinde tanımladı (Tablo XX). Bu isimlendirmelerin toplumda alopesia areata için kullanılan doğru tanımlamalar olduğu kabul edilirse araştırmaya katılan ebeveynlerin %90.7'sinin alopesia areata hastalığını tanıdığı düşünülebilir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %8.3'ü "Sizde veya çocuğunuzda alopesia areata hastalığı oldu mu?" sorusuna "Evet" yanıtı verdi. "Evet" yanıtı veren ebeveynlerin %26.9'u dermatoloji uzmanına gitmiş, %26.9'u sarmısak sürmüş, %23.1'ne gittiği berber ilaç sürmüş idi (Tablo XXI). Alopesia areata şikayeti olanlardan tedavi için dermatoloji uzmanına gidenler ile sarmısak sürenlerin oranının aynı olduğu görüldü. Dermatoloji uzmanına gidenlerin bir kısmının da tedavi amacıyla önce sarmısak sürdükleri fayda görmeyince dermatoloji uzmanına gittikleri anketin yapılması sırasında not alınmıştı. Alopesia areata olan bu kişilerin davranışlarından

tedavi amacıyla önce çevrelerine danıştıkları ve önerilen tedavi yöntemlerini denedikleri sonucunu çıkarabiliriz. Ankete katılan ebeveynlerin %91.7'si "Sizde veya çocuğunuzda alopesia areata hastalığı oldu mu?" sorusuna "Hayır" cevabı verdi. Bu ebeveynlerin %81.5'i "Sizde veya çocuğunuzda alopesia areata hastalığı olursa ne yaparsınız?" sorusuna dermatoloji uzmanına gideceğini, %0.3'ü berbere gideceğini söyledi (Tablo XXI). Burada da çalışmanın kısıtlayıcı bir yönü olan anketi yapan kişinin kimliğinin açıklanmış olmasının verilen yanıtlar üzerine etkili olduğunu, alopesia areata hastalığı olması durumunda dermatoloji uzmanına başvuracağını belirten ebeveynlerin de alopesia areata şikayeti olan ebeveynlerin yaptıklarından farklı tutum ve davranış sergilemeyecekleri düşünülebilir.

Araştırmaya katılan ebeveynleri hemanjiom resmi gösterildiğinde hastalığı tanımlamak için hemanjiom terimini kullanan hiçbir ebeveyn olmadı. Hemanjiom resmini gördüklerinde araştırmaya katılan ebeveynlerin %17.0'ı annenin hamile iken ciğer eti vücuduna sürdüğü için etin değiştiği yerde bu şekilde et beni olduğunu, %7.7'si yine annenin hamile iken vücuduna ciğer süründüğü için ciğerin değiştiği yerde bu şekilde ciğer beni olduğunu, %3.2'si bu lezyonun gül lekesi, %1.6'sı çilek beni olduğunu söyledi. Ebeveynlerin %11.9'u ise bunun doğum lekesi olduğunu söyledi (Tablo XXIII). Yapılan bu tanımlamaların hepsi de ebeveynlerin anne karnında iken meydana gelen bir olayın bu tür lezyonlara neden olduğunu, çocuğun doğumu ile ortaya çıktığını ve doğumsal bir durum olduğunu düşündüğünü göstermektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlere hemanjiom resmi gösterilerek sorulan "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna %1.3'ü evet, %98.7'si hayır yanıtı verdi. Ankete katılan ebeveynlerden hemanjiyomu olanların %25.0'ı çocuk doktoruna gittiğini, %75.0'i hiçbir şey yapmadığını çocuk büyüdükçe lezyonun küçüldüğünü söyledi. Ankete katılan ebeveynlere "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız" sorusu yöneltildiğinde %73.1'i çocuk doktoruna gideceğini, %14.6'sı dermatoloji uzmanına gideceğini söyledi (Tablo XXIV). Hemanjiyom resmi araştırmaya katılan ebeveynlere çocuk hastanın üzerinde gösterildiği için çocuk doktoruna başvurmayı düşündükleri söylenebilir. Bu tercih ebeveynlerin özellikle on yaş altı çocuklarının deri ile ilgili bir şikayeti olunca çocuk doktoruna başvurma durumunu açıklayabilir.

Ankete katılan ebeveynlere impetigo hastalığının resmi gösterildiğinde sadece %3.2'sinin hastalığı doğru tanıdığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlerin %61.5'i resimde görülen lezyonun "Uçuk" olduğunu söyledi (Tablo XXV). Resimde gösterilen impetigo lezyonunun yerinin herpes labiyalisin sık görülen yerleşimine uyması nedeniyle ya da ebeveynler, uçukun daha çok impetijine şeklini gördükleri için impetigoyu herpes simpleks olarak değerlendirmiş olabilirler. Araştırmaya katılan ebeveynlere impetigo resmi gösterilerek sorulan "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna %21.5'i "Evet" yanıtı verdi. "Evet" yanıtı bu ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda impetigo hastalığı olduğunu söyleyenlerin aslında "Uçuk" lezyonlarını söyledikleri anketler üzerine kaydedildi. Bu ebeveynlerin %41.8'i tedavi amacıyla kendilerince topikal uygulamalar yaptıklarını söyledi (Tablo XXVI). Bunlardan bazıları; evdeki kremlerden rastgele sürmek, evdeki uçuk kreminden sürmek, diş macunu sürmek, gül suyu ve pudra sürmek, Vicks sürmek, yoğurt sürmek gibi bir takım topikal uygulamalar sayılabilir. Uçuk olarak adlandırılan herpes simpleks infeksiyonu yaygın görülen, genellikle belirgin sağlık sorunu yapmayan, tekrarlayıcı bir hastalıktır. Ebeveynlerin, kendisinin veya çocuğunun yüzünde uçuk olarak değerlendirdiği lezyonu fazla önemsemediği ancak tedavisiz de bırakmadığı, kendilerince bir takım topikal tedaviler uyguladıkları görülmektedir. Ebeveynler uyguladıkları bu topikal tedavi yöntemlerinden fayda görüp görmediklerini hatırlamadıklarını, şikayetlerinin kısa sürede kuruyup kaybolduğunu söylemektedirler. İmpetigonun herpes infeksiyonu olarak değerlendirilip antiviral kremler veya farklı kremler ile tedavi edilmeye çalışılması lezyonun morfolojisini değiştirebilir ve bulaşıcı özelliğinden dolayı evde veya okulda küçük endemiler yapabilir. Yüzdeki her yaranın uçuk olmadığı hakkında toplumlumuz bilinçlendirilmeli ve dermatoloji uzmanına gitme konusunda daha duyarlı olmaları sağlanmalıdır. Araştırmaya katılan ebeveynlere impetigo resmi gösterilerek sorulan "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna hayır yanıtı veren ebeveynlere "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız" sorusuna %45.7'si çocuk doktoruna gideceğini, %31.0'ı dermatoloji uzmanına gideceğini söyledi (Tablo XXVII). İmpetigo resmi araştırmaya katılan ebeveynlere çocuk hastaların üzerinde gösterildiği için çocuk doktoruna başvurmayı düşündükleri söylenebilir. Bu tercihleride ebeveynlerin özellikle on yaş altı

çocuklarının deri ile ilgili bir şikayeti olunca çocuk doktoruna başvurma durumunu açıklayabilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlere melanositik nevus resmi gösterildiğinde %59.0'nın doğru tanıdığı %41.0'nın tanımadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere melanositik nevus resmi gösterildiğinde %59.0'ı lezyonu "ben" olarak tanımladı (Tablo XXVIII). Araştırmaya katılan ebeveynlerin %15.1'i "Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?" sorusuna evet, %84.9'u hayır yanıtı verdi. Ankete katılan ebeveynlerin kendisinde veya çocuğunda melanositik nevusu olanlara "Ne yaptınız" sorusu yöneltildiğinde %100.0'ı hiçbir şey yapmadığını söyledi. Bu ebeveynlerin bir bölümünün vücutta bulunan benleri "uğur" olarak gördükleri not edildi. Ankete katılan ebeveynlerin %44.9'u "Sizde veya çocuğunuzda nevus olsa ne yaparsınız?" sorusuna hiçbir şey yapmayacağını, %25.3'ü dermatoloji uzmanına gideceğini söyledi (Tablo XXIX). Halk arasında 'ben' olarak bilinen nevuslar hemen herkesin vücudunda, gövde ve ekstremitelerde daha sık olmak üzere en azından birkaç adet bulunur. Yaygın varlıkları ve çoğu zaman sağlık ya da estetikle ilgili sorun oluşturmamaları nedeni ile genellikle üzerlerine çok fazla dikkat yönelmemiştir. Oluşum mekanizmaları, çevresel faktörlerden etkilenmeleri ve neden olabilecekleri bazı daha 'ciddi' sağlık sorunları ise herkesin bir dereceye kadar fikir sahibi olduğu ancak daha çok hekimlerin, özellikle de dermatologların ilgi alanındaki konulardır. Dermatolog nevusları genellikle hasta başvurusu ile görüp değerlendirir. Ancak tıbbın her alanında olduğu gibi, dermatolojide de koruyucu hekimlik yönünden dermatologlara düşen görev; nevusların geçirdikleri doğal evrim sırasında, sözü edilen istenmeyen değişimleri geçirebilmelerinden dolayı, mümkün olduğunca erken aşamalarda mevcut risk ve klinik durumlardan haberdar olmak, gerekli hallerde hastaları izleme almak ve halkın bunlar konusunda bilinçli ve gerekli durumlarda girişimci olmasına katkıda bulunmaktır (95). Bu çalışma göstermiştir ki çalışmanın yapıldığı bölgede de nevuslar hakkında şu andaki bilgi, düşünce ve davranışları öğrenilmesi, bilgi eksiklerinin giderilmesi, yanlış inanışları önlenmesi, ebeveyn ve çocuklarda gerekli davranış biçimlerinin kazandırılması gereksinimi bulunmaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlere pediküloz resmi gösterildiğinde %82.4'nün doğru tanıdığı %17.6'sının tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere pediküloz resmi gösterildiğinde %58.7'sinin "bit", %3.7'sinin "sirke" olarak isimlendirdiği görüldü

(Tablo XXX). Pedikülozis kapitis değişik sıklıklarda olmak üzere dünyanın her yerinde yaygındır. Gelişmiş ülkelerde de yüksek oranlarda saptanabilmektedir. Enfestasyonun toplumdaki sıklığı bilinmemekle beraber, %0-80 arasında değişiklik göstermektedir (96). Karaman ve arkadaşlarının (96) yaptığı “Aydın ilinde ilkököl çağındaki çocuklarda pedikülozis kapitis sıklığı” çalışmasında %20 olarak bildirilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlere pediküloz resmi gösterilerek sorulan “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna %54.5’i “Evet”, %45.5’i “Hayır” yanıtı verdi. Ankete katılan ebeveynlere pediküloz için ne yaptıkları sorulduğunda %76.5’i eczaneden ilaç aldığını, %5.3’ü sağlık ocağına başvurduğunu, %4.7’si gaz yağı döktüğünü, %3.5’i sıcak su ile yıkadığını söylerken %0.6’sı da böcek ilacı sürdüğünü söyledi (Tablo XXXI). Bu durum pedikülozisle karşılaşan ebeveynlerin büyük kısmının danışmaya ihtiyaç duymadan kendisinin sorunu çözmeye çalıştığını göstermektedir. Bunun nedeni pediküloz ve skabies gibi infestasyonların ebeveynlerde bu hastalıkların kirlilikten kaynaklandığını düşünmelerin dolayı, rahatsız edici bir takım duygulara neden olması olabilir. Ebeveynlerin bunu yaparken gaz yağı dökmek veya böcek ilacı sürmek gibi insan sağlığı için tehlikeli yollara da başvurdukları görülmektedir. Ankete katılan ebeveynlere pediküloz resmi gösterilerek sorulan “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna hayır yanıtı verenlere “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız?” sorusu yöneltildiğinde %64.8’i eczaneden ilaç alacağını söylerken %0.7’si gaz yağı dökeceğini söyledi (Tablo XXXII). Burada ebeveynlerin büyük bölümü eczaneden ilaç alacağını söylerken yine küçük bir bölümü de gaz yağı dökeceğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlere psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %26.0’nın hastalığı doğru tanıdığı, %74.0’nın tanımadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlerin psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde %26.0’ı bunun “sedef hastalığı”, %17.0’ı “ekzema” olduğunu söyledi (Tablo XXXIII). Ankete katılan ebeveynlere psoriasis vulgaris resmi gösterildiğinde çoğunun resimden rahatsız oldukları, bir kısmının irkildikleri, bir kısmının tiksindiği, bir kısmının da öğrendiği anketler üzerine not alınmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlere psoriasis vulgaris resmi gösterilerek sorulan “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna %1.0’ı “Evet”, %99.0’ı “Hayır” şeklinde yanıt verdi. “Sizde veya çocuğunuzda bu

hastalık oldu mu?” sorusuna evet yanıtı veren üç kişi de dermatoloji uzmanına başvurduğunu söyledi. “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna hayır yanıtı veren ebeveynlere “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız” sorusu yöneltildiğinde %96.1’i dermatoloji uzmanına gideceğini, %3.2’i ne yapması gerektiğinin bilmediğini, %0.6’sı ilıcalara gideceğini söyledi. İlıcalara gideceğini söyleyen ebeveynlerin bu görüşü televizyonda yayınlanan programlardan edindikleri öğrenildi. Bu durum basın yayın organlarının toplum üzerindeki etkisini göstermektedir. Dermatoloji uzmanına gideceğini söyleyen ebeveynlerin büyük bölümünün de hiç vakit kaybetmeden başvuracağını özellikle vurguladığı görüldü. Sedef hastalığının rahatsız edici ve korkutucu bir hastalık olarak görüldüğü saptandı. Psoriasis vulgaris toplumda “sedef hastalığı” adı ile bilinmektedir. Yaptığımız anket çalışmasında söylenen ilk üç deri hastalığından biri olduğu görülmüştür. Anket çalışmasına katılan ebeveynlerin isim olarak bildikleri psoriasis vulgarisi resim olarak gösterildiğinde çok az bir bölümünün tanıması (%26.0) bu hastalıkla ilgili toplumun çok bilgili olmadığını düşündürmektedir. Ebeveynlerin kendilerinde veya çocuğunda bu hastalığı olması durumunda %96.1’nin dermatoloji uzmanına gideceğini söylemesi sedef hastalığının dermatoloji uzmanınca tedavi edilen bir hastalık olduğunun bilindiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %79.5’nin hastalığı doğru tanıdığı, %20.5’nin tanıyamadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterildiğinde %76.3’ü siğil olduğunu söyledi (Tablo XXXIV). Verruka vulgaris toplumda sık görülen bir dermatolojik hastalıktır fakat ebeveynlerden bildikleri deri hastalıklarını söylemeleri istendiğinde ebeveynlerin çok az bir bölümünce dile getirilmiştir. Bu durum ebeveynlerin verruka vulgarisi ciddi bir dermatolojik hastalık olarak görmediği şeklinde yorumlanabilir. Araştırmaya katılan ebeveynlere verruka vulgaris resmi gösterilerek sorulan “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna %30.1’i “Evet”, %69.9’u “Hayır” yanıtı verdi. “Evet” yanıt veren ebeveynlerin %45.7’si lezyonları okutmuş, %16.0’ı bu şikayeti için hiçbir şey yapmamış, %13.8’i dermatoloji uzmanına başvurmuştu (Tablo XXXV). Verruka vulgaris şikayeti olan ebeveynlerin az bir bölümü dermatoloji uzmanına tedavi amacıyla başvurduğu, çok büyük bir kısmının ise farklı tedavi arayışlarına girdiği öğrenildi. Bazı ebeveynler de dermatoloji

uzmanına başvurdukları halde önerilen tedavileri uygulamayıp siğil olarak adlandırılan lezyonları okuttuklarını veya elma kabuğunu sarmak gibi değişik topikal uygulamalar yaptıklarını söyledi. Araştırmaya katılan ebeveynlerin “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna “Hayır” yanıtı verenlere “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık olursa ne yaparsınız?” sorusu yöneltildiğinde %78.9’u dermatoloji uzmanına başvuracağını söylerken, %5’i lezyonları okutacağını söyledi (Tablo XXXVI).

Varisella çocukluk çağı döküntülü hastalıklarının en sık görülenlerden biridir. Araştırmaya katılan ebeveynlere varisella resmi gösterildiğinde ebeveynlerin %67.6’sının doğru tanıdığı, %32.4’nün tanımadığı görüldü. Ankete katılan ebeveynlere varisella resmi gösterilerek sorulan “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu?” sorusuna %65.1’i “Evet”, %34.9’u “Hayır” yanıtı verdi. Bu durum çok sık görülen bu çocukluk çağı hastalığının ankete katılan ebeveynlerin çocuklarında yaklaşık 2/3 oranında görüldüğünü ve ebeveynlerin bu hastalığı gayet iyi tanıdıklarını göstermektedir. “Evet” yanıtı veren ebeveynlerin %50.7’si çocuklarını sağlık ocağına götürdüğünü, %20.2’ si çocuk doktoruna başvurduğu, %1.5’i sadece çocuğun kaşımamasını engelleyerek hastalığı geçirdiğini söyledi. Yaygın olarak görülen bu hastalık için ebeveynlerin yarısının çocuklarını sağlık ocağına götürmeyi tercih ettikleri görüldü (Tablo XXXVIII). “Sizde veya çocuğunuzda bu hastalık oldu mu” sorusuna “Hayır” yanıtı veren ebeveynlere “Çocuğunuzda bu hastalık olsa ne yaparsınız” sorusu yöneltildiğinde; %68.8’i çocuk doktoruna başvuracağını söyledi (Tablo XXXIX). Bu durum varisellanın çocukluk çağı hastalığı olarak bilinmesine bağlanabilir. Bu da ebeveynlerin özellikle on yaş altı çocuklarında deri ile ilgili bir şikayeti olunca çocuk doktoruna başvurma (%60) eğilimi içinde olduklarını göstermektedir. Varisella çocukluk çağının sık görülen döküntülü bir deri hastalığı olup hem dermatoloji hem de çocuk uzmanlığının ana konularından biridir. Deride görülen döküntülü bir hastalık olması nedeniyle dermatolojinin, çocuk (0-17) yaş grubunun bir hastalığı olması nedeniyle de çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığının alanına girmektedir. Varisella sadece kutan değil aynı zamanda sistemik semptomları da olan bir hastalıktır. Kutan ve sistemik semptomlar bir arada tedavi edilmelidir. Ebeveynler varisella için dermatoloji uzmanı dışındaki hekimlere başvurduğunda bu hekimlerin deri şikayetleri için dermatologlar ile iş birliği içinde olmaları

gerekmektedir. Sağlık ocağı ve çocuk doktorlarının deri semptomları için çocuk çağındaki hastaları dermatoloji uzmanına yönlendirmeleri uygun olacaktır. Bu durum da hem pediatri hem de dermatoloji konusunda bilgi sahibi olmayı gerektiren dermatolojinin alt bilim dallarından biri olan pediatrik dermatolojiyi karşımıza çıkarmaktadır.

Birçok pediatrik dermatoloji kitabı şu sözlerle başlamaktadır: “Çocuklar, yetişkinlerin küçük modelleri değildir. Hastalıkların klinik görünüşleri, metabolizmaları, ilaç etkileri yetişkinlerden tamamen farklıdır” (28). Pediatrik dermatolojinin önemli bir özelliği, deri hastalıklarının çocuklarda nisbeten sık görülmesi ve bunun da hasta yakınlarını telaşlandırmasıdır. Ancak bu durum çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının, ne tanısının zor olduğunu, ne de tedavide güçlük yaşandığını göstermektedir (97). Hangi yaş grubunda olursa olsun dermatolojik hastalıkların tanısı anamnez, dermatolojik muayene ve laboratuvar testlerine dayanmaktadır. Anamnezde döküntünün veya lezyonun başlangıcı, süresi, seyri, eşlik eden bulgu ve semptomlar ve uygulanan tedavilere cevabı sorgulanmalıdır. Dermatolojik muayene derinin inspeksiyonu ve palpasyonunu kapsar. Deri dışında mukozalar, tırnak ve saç da muayene edilmelidir. Laboratuvar yöntemlerinden en çok yararlanılanları ise deri sürüntülerinin mikroskopik incelenmesi, vezikül ve büllerle seyreden deri hastalıklarında sitolojik incelemeler ve deri biyopsisi olup tanıya yönelik serolojik tetkiklerden ve radyolojik araştırmalardan da yararlanılmaktadır (98).

Barcelona’da 2002 yılında yapılan Avrupa Pediatrik Dermatoloji Kongresi’nde bir oturum tamamiyle pediatrik dermatoloji eğitime ayrılmış ve bazı standart eğitim koşulları belirlenmiştir. Bu eğitimin bir yıl pediatri ve bir yıl genel dermatoloji eğitimini takiben pediatrik dermatoloji servisi bulunan bir klinikte iki yıl olmak üzere toplam dört yıl olması kabul edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları için bir yıl Dermatoloji ve bir yıl Pediatrik Dermatoloji; Dermatologlar için bir yıl genel Pediatri ve bir yıl Pediatrik Dermatoloji olmak üzere 2 yıl ek süre ile yan dal uzmanlığı almasını tasarı olarak kabul edilmiştir. Memleketimizde ise dermatopatoloji, dermatoallerji, dermatocerrahi gibi üst uzmanlık statüsünü çoktan hak eden yan dallara rağmen ne yazık ki henüz dermatologlara bu olanak sağlanmamıştır (28). Oysa çocuk hastalarımızın Avrupa ülkelerine kıyasla ne

kadar çok olduğunu göz önüne alırsak pediatrik dermatoloji eğitiminin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (28).

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda 2 Ağustos 2007 tarihinden itibaren Pediatrik Dermatoloji Polikliniği açılmış ve bu tarihten Ocak 2007'e kadar 71 hasta, Ocak 2007- Ocak 2008 tarihleri arasında 282 hasta, Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında da 894 hasta muayene edilmiştir. Muayene edilen bu hastalara atopik dermatit, verruka vulgaris/plana, akne vulgaris, vitiligo, kontakt dermatit, alopesia areata, psoriasis vulgaris gibi dermatoloji pratiğinin sık görülen hastalıklarının yanında, SLE gibi çocukluk döneminde nadir görülen hastalıkların tanıları konulmuş ve tedavi edilmiştir (99).

Üniversitemizde Dermatoloji AD'den istenen ayaktan ve yatan hasta konsültasyonlarında 2005 yılında en fazla 133 hasta ile Pediatri AD'den, 2006 yılında da en fazla konsültasyon 96 hasta ile Pediatri AD'den istenmiştir. 2007 yılında bu sayı 13, 2008'de 15 olmuştur. Bu durum Dermatoloji AD'de Pediatrik Dermatoloji Polikliniğinin açılmış olmasıyla açıklanabilir.

ADÜTF Dermatoloji AD' de Pediatrik Dermatoloji Polikliniği açılması ile beraber bazı çocuk hastalarımız deri şikayetleri için ilk defa başvururken, bir kısım hastamız daha önce başka bir hekim tarafından muayene edilmiş ve tedavi almış fakat şikayetleri gerilememiş veya şikayetleri tekrarlamış olarak başvuran çocuk hastalardı. Özellikle ikinci gruptaki hastaların klinikleri daha önce kullanmış oldukları tedaviler nedeni ile değişmiş veya mevcut lezyonların klinik tanı için gerilemiş olduğu görülmekteydi.

Ülkemizde altı yıllık temel tıp eğitimi bir ay süren dermatoloji eğitime olanak tanımaktadır. Dermatologlar dışındaki hekimlerin deri hastalıkları konusundaki bilgileri de bu eğitime dayanmaktadır. İngiltere'de deri problemlerinin %75'inin çözümünün primer sağlık ünitelerinde gerçekleştiği düşünüldüğünde, hastaların genellikle pratisyen hekimler tarafından değerlendirildiği ortaya çıkar (100). Pediatrik dermatolojik hastalıklar dermatolog, çocuk doktoru ve pratisyen hekimler tarafından görülmekte ve kimi zaman tanı ve tedavilerinde ortaya çıkan bilgi eksiklikleri nedeniyle etkili sağaltım yapılamamaktadır (101). Özellikle çocuk hastaların ilk başvurdıkları merkezlerin; sağlık ocağı hekiminin veya pediatri uzmanının, çocuklardaki deri şikayetleri için dermatoloji uzmanından görüş alması, hastayı

dermatoloji uzmanına yönlendirmesi önemlidir. Birçok yayın en sık görülen deri hastalıklarında bile dermatologlar ve dermatolog olmayanlar arasındaki belirgin klinik tanısal doğruluk farkını belgelemektedir (102,103). Yine bu durum, dermatolog olmayan hekimler tarafından sıklıkla dermatolojik öykünün doğru sağlanmayışı veya “deri döküntüsü”, “yakın zamanda değişiklik” veya “deri anomalisi” gibi özgün olmayan tanımlarla ve literatürde iyi gözlemlenmiş dökümanlarla da desteklenmektedir (104). Ülkemizde bu konunun araştırıldığı çalışma bulunmamaktadır. Toplumumuzun deri sağlığı ve deri hastalıkları hakkında doğru kaynaklardan bilgi alması gereklidir. Bu konuda en önemli görev hem dermatologlara hem de yazılı ve görsel medyaya düşmektedir (94).

Araştırmaya katılan ebeveynlere “Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici toplantılara katılmak ister misiniz” sorusu yöneltildiğinde %95.5’i evet, %4.5’i hayır cevabı vermiştir. Bu araştırma yapılırken ebeveynlerin büyük bölümünün anket yapma isteğini olumlu karşılamaları ve bu konuda ilgili davranışları, tarafımızdan yapılabilecek bilgilendirici toplantılara halkımızın büyük ilgi göstereceğini düşündürmüştür. Ebeveynlerin “Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici kitap verilse okur musunuz?” sorusuna %92.0’i “Evet”, %8.0’i “Hayır” yanıtı vermiştir. Deri sağlığı veya deri hastalıkları ile ilgili bilgilendirici kitapların toplumumuz tarafından okunacağı sonucu çıkarılabilir. Bu tür materyallerin hazırlanması da dermatologların koruyucu hekimlik alanında yapacağı girişimlerdenidir. Dermatologlar yalnız tedavi edici değil, koruyucu hekimlik de yapmalıdır. Bu ve benzeri çalışmalarla hem toplum, hem de dermatoloji camiasına bu görev hatırlatılmış olacaktır.

Araştırmaya katılan tüm ebeveynlere anket için ne düşündükleri sorulduğunda; %64.4’ü “güzel bulduğunu”, %14.7’si “bilgilendiklerini”, %9.0’ı “kolay olduğunu”, %8.0’i “anlamadıklarını”, %2.2’si “böyle bir anketi kendisi ile yaptığımız için teşekkür ettiğini”, %0.6’sı “anketi gereksiz bulduğunu”, %1.0’ı “anketi zor bulduğunu” söyledi. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin %99.4’ü olumlu görüş bildirmiştir. Ebeveynlerin anket hakkındaki düşüncelerini rahat bir şekilde ifade ettikleri görüldü. Bu durum ebeveynlerin anketin diğer sorularını da rahat bir şekilde yanıtladıklarını düşündürmüştür.

VI- SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin eğitim seviyeleri Türkiye genelinin üzerinde olmasına rağmen dermatoloji ve çocuklarındaki deri hastalıkları konusunda bilgi seviyelerinin yetersiz olduğunu görülmektedir. Son altı ay içerisinde derisi ile ilgili şikayeti olduğu halde, ebeveynlerin %27.5'inin hiçbir şey yapmadığı ve şikayetlerini önemsemedikleri görülmektedir. Ebeveynlerin şu andaki bilgi, düşünce ve davranışlarını öğrenmek, bilgi eksikliklerini gidermek, yanlış inanışları önlemek ve ebeveynlerin kendilerinde veya çocuklarında deri ile ilgili bir sorun olduğunda dermatoloji uzmanına başvurma davranışlarının geliştirilmesi gereklidir.

Anketimize katılan ebeveynlerin %58.6'sı deri sağlıkları ile deri hastalıkları hakkındaki bilgileri görsel ve yazılı basından aldıklarını söylemiştir. Bilim ve sağlık alanındaki gelişmelerin halka ulaşmasında basın önde gelen araçlardan biridir. İyi bir sağlık ortamının oluşabilmesi, hastaların ve yakınlarının zarar görmemesi, yasal ve etik ihlallerin olmaması için, sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşlarla basının iş birliği yapması bir gerekliliktir. Deri sağlığı ve deri hastalıkları ile ilgili bilgilendirici kampanyaların düzenlenmesinde ve tanıtımlarının yapılmasında, özellikle yazılı basının katkısının halk sağlığı açısından yararlı olacağı gerçektir.

Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin %75.7'si stres ve ruhsal bozuklukların, %55.8'i deri kirliliğinin, %39.4'ü beslenmenin deri hastalıklarının nedenleri olabileceğini söylemiştir. Bu da bize deri sağlığı ve hastalıkları ile ilgili bazı yanlış bilgilerin yaygın olduğunu düşündürmektedir.

Ebeveynlerin çok büyük bir kısmının dermatoloji uzmanlarının tüm yaş gruplarına baktığını söylemelerine karşın özellikle 0-9 yaş grubu çocukların deri şikayetleri için çocuk doktoruna götürmeleri doğruyu bilme ile pratik uygulamanın toplumda farklı olabileceğini düşündürmektedir. Ebeveynlerin özellikle derisi ile ilgili şikayeti olan çocuğunu dermatoloji uzmanına götürme davranışlarının geliştirilmesi, toplumun bu yönde bilinçlendirilmesi gereklidir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin, sık görülen dermatolojik hastalıklardan bazılarının resimleri gösterilerek yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde bu dermatolojik hastalıkları doğru tanıyamadıkları görülmüştür. Ebeveynlerin bu hastalıkları tedavi amacıyla, bazıları geri dönüşümü olmayacak şekilde yüz ve vücut derisine zarar verme olasılığı olan bir takım topikal uygulamalar

yaptıkları görülmektedir. Tüm bunlar toplumda deri sağlığı ve hastalıkları ile ilgili yanlış inanç ve yanlış tedavi davranışlarının yaygın olduğunu göstermektedir. Ulaşılan verilerin ailelerin bu konulardaki eğitime ve gerekli sağlık hizmetlerinin verilmesine altyapı oluşturup, dermatoloji uzmanlarına yönlendirilme sağlayabileceği düşünölmüştür.

Deri sağlığı ve deri hastalıkları ile ilgili toplumun güvenilir ve doğru bilgi alması için dermatoloji uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Dermatologların aktif rol üstleneceği eğitici toplantılarla, basın-yayın yoluyla doğru bilgilendirme ve doğru yönlendirmeyeyle toplumumuzun deri sağlığı ve deri hastalıkları konusunda bilincinin arttırabileceği düşünölmüştür.

VII-ÖZET

Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-17 Yaş Aralığında Çocuğu Olan Ebeveynlerin Dermatolojiye Ve Çocuklarındaki Deri Hastalıklarına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma ile Aydın il merkezinde, 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde 0-17 yaş arasında çocuk sahibi ebeveynlerin dermatoloji ve çocuklarındaki deri hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri, inanışları, yardım arama ve tedavi seçim davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin, hangi deri hastalıklarını olağan veya herhangi bir hekime başvurmayı gerektirmeyecek geçici bir durum olarak değerlendirdiklerinin, hangi durumları deri hastalığı olarak gördüklerinin, deri hastalığı olan çocukları için kime başvurdıklarının ve ne gibi tedaviler uyguladıklarının saptanması hedeflenmiştir.

Yöntem: Araştırma evrenini Aydın İli Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı kentsel bölgede yaşayan 0-17 yaş arası 5725 çocuk oluşturmuştur. Ankette demografik bilgilere ilişkin 12 soru, ebeveynlerin dermatoloji ve deri hastalıkları ile ilgili görüşünü içeren 8 soru, ebeveynlerin çocuklarındaki deri hastalıkları ve tedavisi ile ilgili 1 soru, ADÜTF Dermatoloji AD pediatrik dermatoloji polikliniğinde sık görülen hastalıkların fotoğrafları gösterilerek ebeveynlerin bu hastalıkları tanıyıp tanımadıkları, bu hastalıklar karşısında tutum ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik 9 soru, anket ile ilgili düşüncelerine yönelik 3 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşturulmuştur.

Bulgular: Hazırlanan anket 312 ebeveynle yapılmıştır. Hedeflenen örnek büyüklüğünün %86'sına ulaşılmıştır. Anketin %92.9'u annelerle, %1.0'i babalarla yapılmıştır. Ebeveynler "Bildiğiniz üç deri hastalığını söyler misiniz?" sorusuna ilk sırada söyledikleri hastalıklar mantar, ekzema, sedef hastalığı şeklinde sıralanırken, söylenen tüm hastalıkların toplamına bakıldığında en çok söylenen üç hastalığın aynı şekilde mantar, ekzema, sedef hastalığı olduğu görülmüştür. Aynı zamanda ankete katılan ebeveynlerin eğitim seviyesinin artması ile söyledikleri deri hastalığı sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmaya katılan ebeveynlerin son altı ay içindeki deri şikayetleri için dermatoloji uzmanına gitmeleri ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken, son altı ay içindeki deri şikayetleri için dermatoloji uzmanına gitmeleri ile ortalama aylık gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ebeveynlerin deri

şikayetleri olan çocukları için başvurduğu hekim ile çocuklarının yaşı ve ebeveynlerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ankete katılan ebeveynlerin %75.7'si stres ve ruhsal bozuklukların, %55.8'i kirliliğin deri hastalıklarının nedenleri olabileceğini söylemiştir.

Anket çalışmasına katılan akne vulgaris hastalığı olan ebeveynlerin %43.6'sı, impetigo hastalığı olanların %41.8'i, verruka vulgarisi olan ebeveynlerin de %45.7'si tedavi amacıyla kendilerince topikal uygulamalar yaptıklarını söylemiştir.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %73.1'inin çocuğunda hemanjiyom benzeri lezyon olması durumunda çocuk doktoruna başvuracağını söylerken, impetigo benzeri lezyon olması durumunda %45.7'si, çocuğunda varisella olması durumunda da ebeveynlerin %68.8'i çocuk doktoruna başvuracağını söylemiştir. Psoriasis vulgaris benzeri lezyonlar olması durumunda ebeveynlerin %96.1'i dermatoloji uzmanına gideceğini söylemiştir.

Sonuç: Çalışmaya katılan ebeveynlerin dermatoloji ve çocuklarındaki deri hastalıkları konusunda bilgi seviyelerinin yetersiz olduğu, toplumda deri sağlığı ve hastalıkları ile ilgili yanlış inanç ve yanlış tedavi davranışlarının yaygın olduğu görülmüştür. Ulaşılan bu verilerin, gerekli sağlık hizmetlerinin verilmesine ve ebeveynlerin eğitime altyapı oluşturarak, ebeveynlerin dermatoloji uzmanlarına yönlendirilmelerine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Ebeveyn, pediatrik dermatoloji

İletişim adresi: Dr. Melek Nagehan Saniç
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı
Aydın/ Türkiye
nagehansanic@hotmail.com

VIII-İNGİLİZCE ÖZET (SUMMARY)

Evaluation of the parental perspective with regards to dermatology and pediatric skin disease in Aydın

Purpose: This study aims primarily to evaluate parents of children ages 0-17 years in Aydın for their knowledge, beliefs and behaviour regarding paediatric skin disease, their attitudes about seeking treatment and their therapy preferences.

Methods: Study population consisted of 5725 children whose ages ranged between 0 to 17 living in Aydın city center and who were registered at the 2nd Health Office of the municipality of Aydın. The questionnaire used in this study consisted of a total of 33 questions with 12 questions regarding demographic information, 8 questions regarding opinions of parents about dermatology and dermatological diseases, 1 question regarding dermatological diseases of children and their treatment, 9 questions with pictures depicting most common diseases seen in Adnan Menderes University Dermatology Department and 3 questions regarding thoughts about this questionnaire.

Findings: The questionnaires were answered by 312 parents and this represents 86% of the targeted population. The questionnaires were answered 92,9% by mothers and 1,0% by fathers. The most common answers to the question “Can you name three skin diseases?” were fungal disease, eczema and psoriasis in decreasing order. The relationship between the patient’s education level and the number of known dermatological diseases was found to be statistically significant. Attendance to a dermatology department because of skin related problems in the last 6 months was not related with the education level, however average monthly income was related significantly with this attendance. Frequency of attendance to a dermatologist increased with increase in age of children. Preference to be seen by a dermatologist increased as the level of parental education increased.

Stress and psychological disorders were thought to be causes of skin diseases by 75.7% of parents and %55.8 of parents stated that low personal hygiene could yield dermatological diseases.

Various self styled topical remedies were used by 43.6% of the parents for acne vulgaris, 41.8% for impetigo and 45.7% for verruca vulgaris. Parents stated that they would take their children to a pediatrician if they were to see lesions of hemangiomas (73.1%), impetigo (45.7%) and varicella (68.8%). On the other hand

96.1% of parents stated that they would take their children to a dermatologist if they were to see psoriasis lesions.

Conclusion: This study has shown that knowledge about dermatology and dermatological diseases among parents is scarce and erroneous beliefs and therapy approaches about dermatological diseases are common. Results of this study show the need of guidance of parents to dermatologists and may provide a database for the education of parents about skin diseases.

Key words: Parents, pediatric dermatology

Communication adress: Dr. Melek Nagehan Saniç
Adnan Menderes University Faculty of Medicine Department of Dermatology
Aydın/ Turkey
nahegansanic@hotmail.com

IX- KAYNAKLAR

- 1- Neyzi O. Sosyal pediatri. Pediatri. Ed. Neyzi O, Ertuğrul T. 2. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 1993; 9-102.
- 2- Williams HC. Epidemiology of skin diseases. Textbook of dermatology'de. Ed. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breatnach SM. 6. baskı, Oxford, Blackwell Science; 1998;139-158.
- 3- Amen MM, Clark VPJ. The Influence of mothers' health beliefs on use of preventive child health care services and mothers' perception of childrens health status. Issues in Copenhensive Pediatric Nursing 2001; 24:153-163.
- 4- Sunmaz D. Ebeveyn sağlık inanç ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans tezi, İzmir: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD 2003.
- 5- Acunaş B. Yenidoğan derisinin gelişimi ve özellikleri. Pediyatrik Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 17-25.
- 6- MvGrath JA, Eady RAJ, Pope FM. Anatomy and organization of human skin. Rook's Textbook of Dermatology'de. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. 7. Baskı. Masscashusetts, Blacwell Science, 2004; 3.1-7.
- 7- Braun-Falco O, Plewing G, Wolff H.H,Burgdorf H.C. Dermatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2000: 2-3.
- 8- Eşrefoğlu M. Yenidoğan derisi ve sorunları. XV. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu Ana Konular- II. T Klin J Dermatol 2002,12; 213-219.
- 9- Müştak PK. Yenidoğanda deri yapısı ve deri bakımı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 3(17): 1-6).
- 10- Schmid-Ott G, Kuensebeck HW, Jaeger B, Werfel T, Frahm K, Ruitman J, Kapp A, Lamprecht F. Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. Acta Derm Venereol 1999; 79: 443-447.
- 11-Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. Int J Dermatol 1993; 32: 587-591.
- 12-Kent G, Al'Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 895-898.

- 13-Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease. An overview. *Dermatol Clin* 1996; 14: 473- 484.
- 14- Chaturvedi SK, Singh G, Gupta N. Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective. *Dermatol Clin* 2005; 23: 635-642.
- 15- Rauch PK, Jellinek MS. Psychosocial Developmen in Children with Cutaneous Disease. *Pediatric dermatology'de*. Eds Schachner LA, Hansen RC. 3. Baskı. Edinburg, Mosby, 2003; 45-57.
- 16-Hawkins C. The effects of eczema on children and their families: a review. *Paediatr Nurs* 2005; 17: 35-39.
- 17- Moore K, David TJ, Murray CS, Child F, Arkwright PD. Effect of childhood eczema and asthma on parental sleep and well-being: a prospective comparative study. *Br J Dermatol* 2006;154: 514-518.
- 18-Norton SA, Lyons C. Blistr beetles and the ten plagues. *The lancet*. Vol 359.june 1, 2002;1950.
- 19- Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846- 850.
- 20-Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 188- 190.
- 21-Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 420- 426.
- 22-Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized *Br J Dermatol* 2000; 14: 983-91.
- 23-Woodruff PW, Higgins FM, du Vivier AW, Wessley S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 29-35.
- 24-Barutçuoğlu B, Altunay IK, Mercan S, Köşlü A. Androgenetik alopeside depresyon ve anksiyete. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2005; 15: 59- 64.
- 25-Kahveci Ş, Kıvanç Altunay I, Mercan S, Köşlü A. Akne vulgarisli hastalarda depresyon ve anksiyete üzerine bir araştırma. *Araştırma Tezi*. İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2000.

- 26-Ginsburg IH, Link BG. Feelings of stigmatization in psoriasis. J Am Acad Dermatol 1989; 20: 53- 63.
- 27- Ukşal Ü. Pediatrik dermatoloji eğitimi. Türkderm 2003; 37:15.
- 28- Ukşal Ü. Pediatrik Dermatolojide Bugün ve Yarın. Türkderm 2008; 42: 1-2.
- 29- Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. A one-year prospective study. Am J Dis Child 1985; 139: 36- 38.
- 30-Tunnessen WW. A survey of skin disorders seen in pediatric general and dermatology clinics. Pediatr Dermatol 1984; 1: 219- 222.
- 31- Oruk Ş, İter N, Atahan ÇA, Gürer MA. Çocuklarda dermatolojik problemler. T Klin Dermatol 2002; 12: 1-4.
- 32- Karaca Ş, Kulaç M, Demirel R, Köken R, Özel H, Çetişli A. Afyonkarahisar okul öncesi eğitim merkezlerinde deri hastalıkları prevalansı. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007; 17: 4-8.
- 33- Köymen N. Çocuk Hastalıklarında Folklor-Batıl İnanç-İlkel Tedavi. Neden Böyleyiz? Niçin Kurtulamıyoruz? Karınca Matbaacılık ve Ticaret Koll. Şti. 1970. İzmir
- 34- Cunliffe WJ, Simpson NB. Disorders of the sebaceous gland. Textbook of dermatology. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. 7. baskı. Massachusetts, Blackwell Science, 2004; 43:1-75.
- 35- Chen GY, Cheng YW, Wang CY, Hsu TJ, Hsu MML, Yang PT, Chen WC. Prevalence of Skin Diseases Among Schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan. A Community-based Clinical Survey. J Formos Med Assoc 2008; 107: 21-29.
- 36-Collier CN, Harper JC, Cantrell WC, Wang W, Foster W, Elewski BE. The prevalence of acne in adults 20 years and older. J Am Acad Dermatol 2008; 58: 56-59.
- 37-Tan HH, Tan AWH, Barkham T, Yan XY, Zhu M. Community-based study of acne vulgaris in adolescents in Singapore. Br J Dermatol 2007; 157: 547-551.
- 38- Acar MA, Aksungur VL. Akne ve Benzeri Hastalıklar. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. Nobel tıp kitabevleri İstanbul, 2008; 1189-1216.
- 39- Zouboulis CC, Eady A, Philpott M, Goldsmith LA, Orfanos C, Cunliffe WC, Rosenfield R. What is the pathogenesis of acne? Exp Dermatol 2005; 14: 143–152.

- 40- Toyoda M, Morohashi M. Pathogenesis of acne. *Med Electron Microsc* 2001; 34: 29-40.
- 41- Schafer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger, Ring J. Epidemiology of acne in the general population the risk of smoking. *Br J Dermatol* 2001; 145: 100-104.
- 42- Ganceviciene R, Graziene V, Böhm M, Zouboulis CC. Increased in situ expression of melanocortin-1 receptor in sebaceous glands of lesional skin of patients with acne vulgaris. *Clin Exp Dermatol* 2007; 16: 547-552.
- 43-Bataille V, Snieder H, MacGregor AJ, Sasieni P, Spectorn TD. The influence of genetics and environmental factors in the pathogenesis of acne: A twin study of acne in women. *J Invest Dermatol* 2002; 119: 1317-1322.
- 44-Goulden V, Mcgeown CH, Cunliffe WJ. The familial risk of adult acne: A comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol* 1999; 141: 297-300.
- 45-Xu SX, Wang HL, Fan X, Sun LD, Yang S, Wang PG, Xiao FL, Gao M, Cui Y, Ren YQ, Du WH, Quan C, Zhang XJ. The familial risk of acne vulgaris in Chinese Hans – a case-control study. *JEADV* 2007; 21: 602-640.
- 46-Cordain L. Implications for the role of diet in acne. *Semin Cutan Med Surg* 2005; 24: 84-91.
- 47- Wolf R, Matz H, Orion E. Acne and diet. *Clin Dermatol* 2004; 22: 387–393.
- 48-Cordain L, Lindeberg S, Hurtado M, Hill K. Acne vulgaris: A disease of western civilization. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1584-1590.
- 49- Smith RN, Braue A, Varigos GA, Mann NJ. The effect of a low glycemic load diet on acne vulgaris and the fatty acid composition of skin surface triglycerides. *J Dermatol Sci* 2008; 50: 41-52.
- 50- Katsambas AD, Katoulis AC, Stavropoulos P. Acne neonatorum: A study of 22 cases. *Int J Dermatol* 1999; 38: 128–130.
- 51- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 2. Baski, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2000: 1051-1081.
- 52- Layton AM. A review on the treatment of acne vulgaris. *Int J Clin Prac* 2006; 60: 64-72.
- 53- Rigopoulos D, Ioannides D, Kalogeromitros D, Katsambas AD. Comparison of topical retinoids in the treatment of acne. *Clin Dermatol* 2004; 22: 408-411.

- 54- Gollnick H, Schramm M. Topical therapy in acne. JEADV 1998;11:8-12.
- 55- Atton AV, Tunnessen WW Jr. Alopecia in children the most common causes. Pediatr Rev 1990;12:25-30.
- 56- Sharma VK, Kumar B, Dawn G. A Clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India. Pediatr Dermatol 1996;13:372.
- 57- Crowder JA, Friedn IJ, Prince VH. Alopecia areata in infants and newborns. Pediatr Dermatol 2002;19:155-158.
- 58- Önder M, Özsoy E. Alopesi areata. Pediatrik Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 501-508.
- 59- Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol. 2000; 42: 549- 566.
- 60- Erdal E. Viral hastalıklar. Pediatrik Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 607-644.
- 61-Leung AK, Robson WL, hair loss in children. J R Soc Health 1993; 113: 252-256.
- 62- Gürer MA. Deri tümörleri ve nevuslar. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. Nobel tıp kitabevleri İstanbul, 2008; 1759-1962.
- 63-Turanlı AY, Aydın F. Çocukluk Çağının Kutanöz Vasküler Lezyonları. Pediatrik Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 487-492.
- 64- Öztürkcan S, Şahin MT. Piyodermalar. Pediatrik Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 575-590.
- 65-Darmstadt GL, Galen WK, Fische G. Bacterial Infections. Pediatric dermatology'de. Ed .Schachner LA, Hansen RC. 3. Baskı. Mosby 2003; 989-1057.
- 66-Alper S. Bakteryel Deri Hastalıkları. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. Nobel tıp kitabevleri İstanbul, 2008; 383-432.
- 67- Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Burgdorf HC. Dermatology. Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2000: 1014-1042,1407-1422, 1511-1558.

- 68- Oğuz O. Melanosit hastalıkları ve pigmentasyon bozuklukları. *Pediatric Dermatology*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 305-317.
- 69- Tüzün Y. Bitlenme. *Pediatric dermatology*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 658-663.
- 70- Tüzün Y, Parlak AH. Uyuz, Bitlenme ve Diğer Paraziter Hastalıklar. *Dermatology*. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. Nobel tıp kitabevleri İstanbul, 2008; 683-728.
- 71- Hogan PA. Papulosquamous Disease. *Pediatric Dermatology*'de. Ed .Schachner LA, Hansen RC. 3. Baskı. Mosby 2003; 643-681.
- 72- Tüzün B, Tüzün Y. Psoriasis Vulgaris. *Pediatric Dermatology*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 161-170.
- 73- Farber EM, Mullen RH, Jacobs AH, Nall L. Infantile psoriasis: a follow-up study. *Pediatr Dermatol*. 1986; 3: 237-243.
- 74- James WD, Berger TG, Elston DM. Viral diseases. *Andrew's Diseases of Skin Clinical Dermatology*. 10. Baskı. Toronto, Saunders Elsevier, 2006; 367-415.
- 75-Şahin E, Şendur N. Çocuklarda verruka. *Hipokrat*. 2006; 162: 557-565.
- 76-Mancini AJ, Bodemer C. Viral Infections. *Pediatric Dermatology*'de. Ed .Schachner LA, Hansen RC. 3. Baskı. Mosby 2003; 1059-1092.
- 77- Öztürkcan S. Derinin Viral Hastalıkları. *Dermatology*. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. Nobel tıp kitabevleri İstanbul, 2008; 554-650.
- 78- Erdal E. Viral Hastalıklar. *Pediatric Dermatology*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 607-644.
- 79- Odom RB, James WD, Berger TG. Viral diseases. *Andrew's Diseases of the skin* 9. baskı. Philadelphia: WB Saunders company, 2000: 473-525.
- 80- Erol N. Aydın merkez 2 nolu sağlık ocağı bölgesindeki evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı ve bunu etkileyen etmenler. Uzmanlık tezi, İzmir: Halk Sağlığı AD 2005.

- 81- Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara. 1999. Bölüm 13-33:18.
- 82- Adışen E, Güner MA, Keseroğlu Ö. Dermatoloji hasta profili. *Türkderm*. 2008;42: 82-86.
- 83-Garg A, Chren MM, Sands LP. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol*, 2001;137: 53-59.
- 84-Tausk FA. Stress and the skin. *Arch Dermatol*,2001;137: 78-82.
- 85-Koo JYM. Neurologic and psychiatric disorders. Eds. Sams W Mitchell, Lynch PJ. Principles and practice of Dermatology. Churchill Livingstone. Newyork.1996:895-905.
- 86-Gupta MA, Voorhees JJ: Psychosomatic Dermatology, is it relevant? *Arch Dermatol* 1990;126:90-93.
- 87-Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Physician*, 2002; 48: 712-716.
- 88- Gupta MA, Gupta AK Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*, 2003;4(12): 833-842.
- 89- Yıldız M, Ünal G. Yineleyen aftöz stomatitte psikiyatrik komorbidite ve depresyonla ilişki. *Türkderm* 2003;37: 28-31.
- 90- Kayaalp M.L, İşçimen A, Hasanoğlu A. Karaçetin G, Çakıl B. Çocukluk çağı psikodermatozları. *Dermatose*.2008;1: 30-41.
- 91- Shmid-Ott G, Jaeger B, Langer K, Stephan M, Raap U, Werfel T. İmmunological effects of stres in psoriasis. *British journal of dermatology* 2009; 160:782-785.
- 92- Ünal İ. Deri temizliği. *Türkiye klinikleri J Cosmetol* 2004; 5: 101-105.
- 93- Aydemir EH, Sukan M. Psoriasiste psikosomatik faktörler, psikolojik durum ve psoriasisli hastaya yaklaşım. *Türkderm* 2008;42 özel sayı 2:26-30.
- 94- Gökdemir G, Arı S, Köşlü A. Türk toplumunda deri bakımı ile ilgili bilgi seviyesinin değerlendirilmesi. *Türkderm* 2008; 42: 60-63.
- 95-Özdoğan M. Aydın il merkezindeki çocuklarda melanositik nevus prevalansı ve ebeveynlerin melanositik nevuslar ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Aydın: Dermatoloji AD 2004

- 96-Karaman G, Bozkurt E, Şendur N, Başak O. Aydın ilinde ilköğretim çağındaki çocuklarda pedikülozis kapitis sıklığı. T Klin Dermatoloji 1999; 9: 15-21
- 97- Serdaroğlu S, Tüzün Y, Engin B. Pediatrik dermatolojide tanıya ulaşma. Pediatrik Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM. 1. baskı, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul. 2005; 33-35.
- 98- Emel Bülbül Başkan, Şükran Tunalı. Sık rastlanan pediatrik deri hastalıkları. Güncel Pediatri 2004;2:157-164.
- 99- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD Pediatrik Dermatoloji Poliklinik Kayıtları 2008.
- 100- Acıköz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. Türkderm 2003; 37: 16-23.
- 101- Osman Köse, Ali Rıza Gür. Pediatrik dermatolojide yeni tedavi yöntemleri. T Klin Dermatoloji 2001, 11:105-111.
- 102- Federman DG, Kirsner RS. The abilities of primary care physicians in dermatology: implications for quality of care. Am J Manag Care 1997;3:1487-92.
- 103- Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. Arch Fam Med 1999;8:170-172.
- 104- Sellheyer K, Bergfeld WF. Dermatoloji ile farklı uzmanlıkların sık görülen deri hastalıklarında klinik tanı doğruluğunun karşılaştırmalı retrospektif biyopsi çalışması. J Am Acad Dermatol 2005;52:823-30.

X- EKLER

Ek 1: Anket Formu

Anket No:

Tarih:

Not:

ADÜTFTF DERMATOLOJİ AD AYDIN MERKEZ 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-17 YAŞ ARALIĞINDA ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARINDAKİ DERİ HASTALIKLARINA VE DERMATOLOJİYE BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Anketi Dolduran kişi: 1-Anne

2-Baba

3-Anne-Baba beraber

4-Diğer

Telefon No:

Anne

1-Doğum Tarihi: .../.../...

2-Medeni durumu:

1-Evli a-Resmi b- İmam nikahı

2-Boşanmış

3-Dul

4- Diğer

3-En son hangi okuldan mezun oldunuz?

1-Okur-yazar değil

2-Okur-yazar

3-İlkokul mezunu

4-Ortaokul mezunu

5-Lise mezunu

6-Yüksek okul veya fakülte mezunu

7- Diğer

4-Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1- Evet (.....)

2- Hayır

Baba

5-Doğum Tarihi: .../.../...

6-Medeni durumu:

1-Evli a-Resmi b- İmam nikahı

2-Boşanmış

3-Dul

4- Diğer

7-En son hangi okuldan mezun oldunuz?

1-Okur-yazar değil

2-Okur-yazar

3-İlkokul mezunu

4-Ortaokul mezunu

5-Lise mezunu

6-Yüksek okul veya fakülte mezunu

7- Diğer

8-Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1-Evet (.....)

2-Hayır

9-Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

10-Evde kimler yaşıyor?

1-Anne 2-Baba 3-Anneanne 4-Dede

5-Babanne 6-Büyükbaba 7-Diğer

1. Çocuk K E Yaş:

2. Çocuk K E Yaş:

3. Çocuk K E Yaş:

4. Çocuk K E Yaş:

5. Çocuk K E Yaş:

6. Çocuk K E Yaş:

11-Ailenizin ortalama aylık geliri sizce nasıl?

1-Çok Düşük 2-Düşük 3-Orta

4-Yüksek 5-Çok yüksek

12-Sosyal güvence durumunuz

saydıklarımın hangisine uyuyor?

1-Yok 2- Bağkur 3- Emekli sandığı

4-SSK 5-Yeşilkart 6- Özel Sigorta

7-Diğer

13- Bildiğiniz üç deri hastalığını söyler misiniz?

1-

2-

3-

4- Bilmiyorum.

14- Son 6 ay içerisinde cildiniz ile ilgili herhangi bir şikayetiniz oldu mu?

1-Evet Ne yaptınız? (.....)

2-Hayır

15-Yaşamınız boyunca herhangi bir nedenle Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanına gittiniz mi?

1- Evet (.....) 2-Hayır

16- Deri hastalıkları için aşağıdakilerden hangisini düşünüyorsunuz?

1- Tüm deri hastalıkları geçicidir.

2- Bazı deri hastalıkları geçici bazıları kalıcıdır.

3- Bütün deri hastalıkları kalıcıdır.

4- Fikrim yok.

17- Deri hastalıkları için aşağıdakilerden hangisini düşünüyorsunuz?

1- Tüm deri hastalıkları bulaşıcıdır.

2- Bazı deri hastalıkları bulaşıcıdır.

3- Hiçbir deri hastalığı bulaşıcı değildir.

4- Fikrim yok.

18- Sizce aşağıda sayacaklarımla hangisi/hangileri deri hastalıklarının nedeni/nedenleri olabilir?

1-Derinin yapısı

6-Kan hastalıkları

2-Ailevi-Genetik yatkınlık

7-Karaciğer hastalıkları

3-Beslenme

8-Kanser

4-Derinin kirliliği

9-Stres

5-Ruh hali, ruhsal bozukluklar

10-Diğer

19- Aşağıdaki yaş gruplarından hangisi Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı tarafından muayene edilir?

1- Bebekler

4- Orta yaşlılar

2- Çocuklar

5- Tüm yaş grupları

3- Gençler

20-Deri sağlığınız ve deri hastalıkları ile ilgili bilgiyi en çok nereden/nerelerden alıyorsunuz?

1- Aile-Akrabalar

5- Aktar

8- Deri ve Zührevi

2- Radyo-Televizyon

6- Eczacı

Hastalıklar Uzmanı

3- Gazete-Dergi

7- Sağlık ocağı doktoru

9- Diğer

4- İnternet

21-Çocuğunuzun bugüne kadar deri ile ilgili bir hastalığı oldu mu?

1- Evet. Neydi?.....Ne yaptınız?

(.....)

2- Hayır.

22-30. sorular arka sayfadadır.

31-Deri-Dermatolojik hastalıklar ile ilgili bilgilendirici toplantılar düzenlense katılmayı düşünür müsünüz?

1- Evet

2- Hayır

32- Bu anket hakkında ne düşünüyorsunuz?

33-Dermatoloji ile ilgili bilgilendirici kitap verilse okur musunuz?

	a-Sizce bu nedir?	b-S/Ç hastalık oldu mu?	c- Ne yaptınız?	d- Olsa ne yapardınız?
22-Akne vulgaris		Evet Hayır		
23-Alopesia areata		Evet Hayır		
24-Hemanjiom		Evet Hayır		
25-İmpetigo		Evet Hayır		
26-Nevus		Evet Hayır		
27- Pedikülozis kapitis		Evet Hayır		
28-Psoriasis vulgaris		Evet Hayır		
29-Verruka vulgaris		Evet Hayır		
30- Varisella		Evet Hayır		



Resim 3



Resim 4



Resim 5



Resim 6



Resim 7



Resim 8



Resim 9



Resim 10



Resim 11



Resim 12



Resim 13



Resim 14



Resim 15



Resim 16



Resim 17



Resim 18



Resim 19



Resim 20



Resim 21



Resim 22

Ek 2: Bilgilendirilmiş Olur Metni

**AYDIN MERKEZ 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 0-17 YAŞ
ARALIĞINDA ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN DERMATOLOJİYE VE
ÇOCUKLARINDAKİ DERİ HASTALIKLARINA BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı tarafından; 0-17 yaş arasında çocuk sahibi ebeveynlerin, hangi deri hastalıklarını normal veya herhangi bir hekime başvurmayı gerektirmeyecek geçici bir durum olarak değerlendirdikleri, neleri deri hastalığı olarak gördüklerini, deri hastalığı olan çocukları için kime başvurdıkları, deri hastalıkları için ne gibi tedaviler uyguladıklarını saptamak amacı ile düzenlenmiştir. Bu çalışma ile elde edilen bilgiler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla sözkonusu ankete kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı;

İmzası;

Tarih;

Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih,

Görevi:

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecektir.

Ek 3: Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “Aydın merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-17 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin Dermatolojiye ve çocuklarındaki deri hastalıklarına bakış açılarının değerlendirilmesi” başlıklı anket çalışmasına katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Dr. Nagehan Saniç anketin amacı ve ne yapmam istendiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Dr. Nagehan Saniç’e anketle ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini ediyorum.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Adı, Soyadı, Adresi.

İmza, tarih:

Doktorun adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

Tanığın adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek