

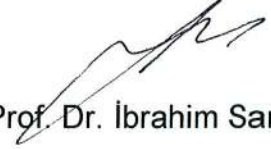
**DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİNİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Uzmanlık tezi

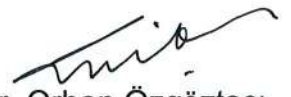
**Dermatoloji Anabilim Dalı
Gaziantep Üniversitesi**

**Dr. Halime Gülçin ERGÜVEN
Ocak 2004**

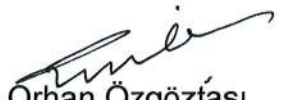
Tıp Fakültesi Dekanı Onayı


Prof. Dr. İbrahim Sarı

Bu tezin uzmanlık tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım


Prof. Dr. Orhan Özgöztası
Bölüm Başkanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Orhan Özgöztası
Tez Yöneticisi

Sınav Jüri Üyeleri

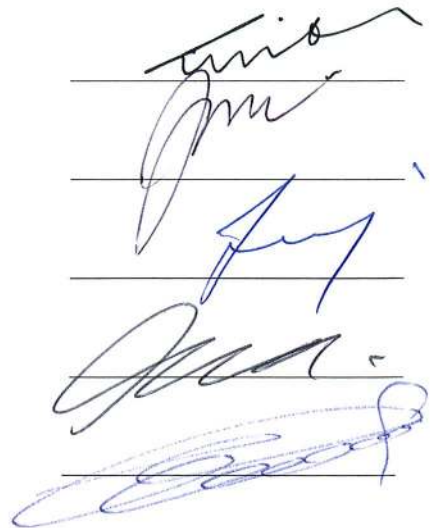
Prof. Dr. Orhan Özgöztası

Doç. Dr. Zülal Erbağcı

Doç. Dr. Serhat İnalöz

Doç. Dr. Salih Zoroğlu

Yrd. Doç. Dr. Necmettin Kırtak



ÖZ

DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

ERGÜVEN H. Gülçin

Uzmanlık Tezi, Dermatoloji Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Orhan Özgöztaş

Ocak 2004, 57 sayfa

Bu çalışmada 18 yaş ve üzerinde 357 olguya Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksinin (DYKI) Türkçe'ye uyarlanmış şekli uygulanarak bu formun geçerlik ve güvenirliği değerlendirildi. 357 olgunun 86'sı akne vulgaris, 53'ü psoriasis, 48'i kronik ürtiker, 30'u vitiligo, 30'u diğer dermatolojik hastalıklardan ve 104'ü sağlıklı gönüllülerden oluşuyordu.

Çalışmamızın sonucunda DYKI'nin Türkçe'ye uyarlanan şeklinin, Cronbach alfa ve Split Half testleri uygulandıktan sonra, oldukça güvenilir bir test olduğu gösterildi. Test-tekrar test metodu kullanılarak bir hafta sonra olguların verdikleri yanıtlarda hiç bir değişiklik olmadığı gözlemlendi.

DYKI'nin Türkçe'ye uyarlanmış şeklinin değişik hastalık gruplarını birbirinden ayırabildiği tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ve Post Hoc Tukey testi ile gösterildi.

Çalışmamızın sonucunda, DYKI'nin Türkçe'ye uyarlanan şeklinin, tüm dermatolojik hastalıklarda kolaylıkla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir test olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dermatolojik yaşam kalite indeksi, yaşam kalitesi, deri hastalıkları, geçerlik, güvenirlik

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY OF DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX

ERGÜVEN H. Gülçin
Residency in Dermatology
Supervisor: Prof. Dr. Orhan Özgöztası
January 2004, 57 pages

In this study, a Turkish version of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) was applied to 357 subjects aged over 18 in order to approve the validity and reliability of this form. The 357 subjects were consisted of 86 patients with acne vulgaris, 53 patients with psoriasis, 48 patients with chronic urticaria, 30 patients with vitiligo, 30 patients with the other dermatological disorders and 104 healthy volunteers.

In the result of our study, the Turkish version of the DLQI was shown to be a quite reliable test after applying Cronbach's alpha and Split half statistical tests. No difference was noted in the answers of the subjects after one week using the test- retest method.

Turkish version of the DLQI was shown to be able to distinguish different patient groups using one way variance analyses (one way ANOVA) and Post Hoc Tukey test.

As a result of our study Turkish version of the DLQI was found to be a valid and a reliable test that can be easily used in all dermatological disorders.

Key Words: Dermatology Life Quality Index, quality of life, skin diseases, validity, reliability

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince yetişmemde katkılarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Orhan ÖZGÖZTAŞI'na, Sayın Doç. Dr. Zulal ERBAĞCI'ya, Sayın Doç. Dr. H. Serhat İNALÖZ'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Necmettin KIRTAK'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Orhan ÖZGÖZTAŞI ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. S. Salih ZOROĞLU'na ve tüm asistan arkadaşlarıma ayrıca sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Halime Gülçin ERGÜVEN

İÇİNDEKİLER

KONU	Sayfa
ÖZ.....	I
ABSTRACT.....	II
ÖNSÖZ.....	III
KISALTMALAR.....	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
1-SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTE ÖLÇÜM	
YÖNTEMLERİNİN KULLANIM ALANLARI.....	5
1.1. Sağlık Ekonomisi.....	5
1.2. Klinik Araştırmalar.....	5
1.3. Klinik Çalışmaların Değerlendirilmesi.....	5
1.4. Denetim.....	6
1.5. Mali ve Politik Nedenler.....	6
2-ÖLÇÜM TEKNİKLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	6
2.1. Değişikliği Değerlendirme.....	6
2.2. Değerlendirmeyi Kimin Yapacağı.....	7
2.3. Ölçülen özelliklerin Tanımı.....	7
2.4. Güvenirlik.....	7
2.5. Geçerlik.....	9
2.6. Sensitivite.....	10
2.7. Kültürler Arası Geçerlik, Uyarlama.....	10
3-YAŞAM KALİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ.....	11
3.1. Genel Sağlığa Özgü Testler.....	11
3.1.1. Hastalık Etki Profili.....	12
3.1.2. İngiltere Hastalık Etki Profili.....	13
3.1.3. Kısa Form-36.....	13
3.1.4. Genel Sağlık Anketi.....	13

3.1.5. Nottingham Sağlık Profili.....	14
3.1.6. Patient Generated Index.....	14
3.2. Dermatolojiye Özgü Testler.....	14
3.2.1. Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi.....	14
3.2.2. Boş Zaman Değerlendirme.....	15
3.2.3. Deri Hastalıklarının Etki Skalası.....	16
3.2.4. Dermatoloji Spesifik Yaşam Kalitesi.....	16
3.2.5. Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası.....	16
3.2.6. Deri Hastalıklarına Bağlı Sıkıntıyı Değerlendirme Skalası...16	
3.2.7. Deri İndeksi.....	16
3.2.8. Dermatolojide Yaşam Kalitesi.....	17
3.3. Dermatolojik Hastalıklara Özgü Testler.....	17
3.3.1. Psoriasis.....	18
a. Psoriasis Yeti Yitimi İndeksi.....	18
b. Psoriasis Yaşam Stres Envanteri.....	19
3.3.2. Akne.....	19
a. Akne Yeti Yitimi İndeksi.....	20
b. Cardiff Akne Yeti Yitimi İndeksi.....	21
c. Aknenin Psikolojik Etkileniminin Değerlendirilmesi.....	21
3.3.3. Ekzema.....	21
a. Ekzema Yeti Yitimi İndeksi.....	21
b. Atopik Dermatit Yeti Yitimi İndeksi.....	22
3.3.4. Ürtiker.....	22
3.3.5. Onikomikozis.....	23
3.3.6. Bacak Ülserleri.....	23
3.3.7. Androjenetik Alopesi.....	23
4-YARARLILIK ÖLÇÜMLERİ.....	24
5- ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTE ÖLÇÜM TESTLERİ.....	24
5.1. Fonksiyonel Durum Ölçümü.....	25
5.2. Pediatrik Semptom Sağlık Kontrol Listesi.....	25
5.3. Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi	25
5.4. İnfant Dermatitlerinde Yaşam Kalite İndeksi	25
6- KULLANILACAK UYGUN TESTLERİN SEÇİMİ.....	26
3. MATERYAL VE METOD.....	28
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇLAR.....	48
8. KAYNAKLAR.....	49
9. EKLER.....	57

KISALTMALAR

ADI	:	Akne yeti yitimi indeksi
ADDI	:	Atopik dermatit yeti yitimi indeksi
APSEA	:	Aknenin psikolojik ve sosyal etkileniminin değerlendirilmesi
BASC	:	Deri hastalıklarına bağlı sıkıntıyı değerlendirme skalası
CADI	:	Cardiff akne yeti yitimi indeksi
ÇDYKI	:	Çocuklarda dermatolojik yaşam kalite indeksi (Children' s dermatology life quality index =CDLQI)
DYKI	:	Dermatolojik yaşam kalite indeksi (Dermatology life quality index =DLQI)
DSYK	:	Dermatoloji spesifik yaşam kalitesi (Dermatology specific quality of life=DSQL)
DYKS	:	Dermatolojide yaşam kalite skalası (Dermatology quality of life scale=DQOLS)
EDI	:	Ekzema yeti yitimi indeksi
GHQ	:	Genel sağlık anketi
IDQOLI	:	İnfant dermatitlerinde yaşam kalite indeksi
NHP	:	Nottingham sağlık profili
PDI	:	Psoriasis yeti yitimi indeksi
PLSI	:	Psoriasis yaşam stres envanteri
SF-36	:	Kısa form-36
SIP	:	Hastalık etki profili
UKSIP	:	United Kingdom hastalık etki profili
UVB	:	Ultraviyole B

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablolar	Sayfa
1) Grupların sayıları, cinsiyet dağılımları ve ortalama yaşları.....	31
2) Hastalık gruplarının yüzdeleri.....	31
3) Hasta ve kontrol gruplarının sayıları, ortalama DYKİ skorları ve DYKİ skor aralıkları.....	32
4) Gruplara göre total DYKİ skoru sıfır ve sıfırdan büyük olanların yüzdeleri.....	33
5) DYKİ korelasyon katsayıları.....	35
6) Cronbach Alfa ve Split Half değerlerinin gruplara ve tüm Popülasyona ait değerleri.....	35
7) Post Hoc karşılaştırmalar.....	36
8) Cinsiyet ve hasta/ kontrol gruplarına göre ortalama DYKİ Skorları.....	37

Şekiller	Sayfa
1) Gruplara göre ortalama DYKİ skorları.....	33
2) Hasta ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar.....	38
3) Akne ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar.....	38
4) Psoriasis ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar.....	39
5) Kronik ürtiker ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar.....	39
6) Vitiligo ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar.....	40

GİRİŞ VE AMAÇ

Deri kişinin iç ve dış ortamları arasında bir sınır oluşturan, duygularımızın ve reaksiyonlarımızın yansımasında önemli rolü olan bir organdır. Sevginin, şefkatin, öfkenin ifade yeri, bedensel cezaların başlangıç alanı ve en önemli cinsel uyarı kaynağıdır (1).

Dış görünüş kişinin yaşı ve yaşam şekli hakkında bilgi verir. Pek çok çalışmada kişinin fizik görünümüyle, psikolojik durum ve diğerleriyle ilişki kurduğu yol arasında sıkı bir bağlantı olduğu gösterilmiştir (2).

Deri hastalıklarının sosyal ilişkiler, psikolojik durum ve günlük aktiviteler üzerinde güçlü olumsuz etkileri vardır (3-5).

Pek çok yüzyıldır hakim olan görüş deri hastalıklarının etiolojisinde psikolojik faktörlerin rol oynadığı şeklindeydi. Ancak son 50 yıldır deri hastalıklarının kendilerinin psikolojik problemlere yol açtığı kabul görmektedir (4).

Yaşam kalitesi, hastalığın insanın iyilik hali üzerindeki etkisinin değerini gösterir ve iyi yaşam kalitesi ancak, kişilerin ümit ettikleriyle yaşadıkları birbirine uyduğu zaman vardır (5).

Yaşam kalite ölçüm testleri, hastanın biyolojik ve psikolojik sağlığı hakkında bilgi edinmek için oluşturulmuştur (6). Ana prensip sağlık durumunu, yaşam kalitesiyle ilişkili birkaç farklı boyutu içeren uygulanabilir bir anket vasıtasıyla tanımlamaktır (3). Bugüne kadar yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik pek çok anket geliştirilmiştir. Bunların geçerlik ve güvenilirlikleri genellikle oluşturuldukları çevre içinde değerlendirilmiştir. Ancak bir anket başka bir kültüre uygulanacağı zaman, anketin başka bir dile, bazı değişiklikler olmaksızın yapılan basit çevirisi, uygulanacağı yeni çevre veya toplum için uygun olmayabilir (3). Yine dermatolojik problemler sonucu görülebilen utanma, anksiyete, hayal kırıklığı, sıkıntı gibi

rahatsızlıklar etnik ve kültürel farklılıklardan etkilenebilir (6). Bu nedenle uygulanacak anketin, kültürler arası adaptasyonunun yapılması önemlidir. Ayrıca uyarlanmış formun geçerlik, güvenirlik ve standardizasyon çalışmalarının tamamlanması gerekir (7).

Bu çalışmada son yıllarda dermatolojide en sık kullanılan anketlerden birisi olan “Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi” nin Türkçe’ye uyarlanmış şeklinin geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiştir.

GENEL BİLGİLER

Deri fizyolojik fonksiyonlarının yanı sıra diğer insanlarla olan ilişki ve iletişimimizin de en önemli parçalarından biridir. Görsel ve dokunsal iletişimde önemli bir yer tutar. Psikodinamik açıdan da, organik egonun bir parçası, benliğin bir örtüsüdür (8). Kişiler arası iletişimde ilk izlenim ve bunda da deri ön planda yer tutar. İnsanlar bir topluluğa gireceği zaman temizlenir, saçlarına sakallarına özenle şekil verir, hatalı gördükleri yanlarını düzeltmek için makyaj yaparlar (9).

Sosyal ilişkilerde, pozitif bir kendi görüntünün önemli etkisi vardır. Diğerlerinin bakışları, sözcükleri veya yargılarıyla ilişkili itibar veya gurur, kişinin kendisinin tatmin olup olmamasını haklı çıkarır ve güçlendirir (2).

Deri hastalıkları, diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmese bile, kişinin görünüşünü etkiledikleri için sosyal, mesleki ve psikolojik açılardan olumsuz etkiler yapabilmektedirler. Örneğin deri üzerindeki yaralar, lekeler insanlar için itici etki yapar, bulaşıcı olabilir düşüncesiyle bu kişilerden uzak durmaya çalışırlar (10). Bu gibi durumlar, kişisel ilişkiler ve sosyal yaşamda olumsuzluklardan, davranış bozukluklarına kadar varabilen değişikliklere neden olabilir (4,11).

Hastalıkların oluşturduğu olumsuz görünüm kadar, tedavinin günlük yaşama getirdiği yük de yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir (11). Kronik ve tedaviye dirençli deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkileri subjektif olup kişisel durumlarla ilgilidir. Kimi hastalar ufak rahatsızlıkları büyütürken, diğerleri ciddi durumlardan dahi etkilenmeyebilirler (10). Bu nedenle dermatolojik hastalıkların klinik şiddetinin yanı sıra yaşantıya etkilerinin saptanması, hastaların hastalıklarını nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının psikososyal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerin belirlenmesi ve yine tedavi sonuçlarının hastanın gözüyle değerlendirilmesi önem taşımaktadır (12,13).

Dermatolojide son yıllarda, sık görülen dermatolojik hastalıkların yaşam kalitesine etkisiyle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Klinik araştırma, değerlendirme, denetleme ve sağlık ekonomisi ile ilgili harcamaların belirlenmesi de dahil olmak üzere pek çok amaçla kullanılabilecek yaşam kalite ölçüm testleri gittikçe artan oranda kullanılmaya başlanmıştır (12). Her geçen gün hasta memnuniyeti ve rahatı daha önemli görülmeğe başlandığı için, klinisyenlerin yaşam kalite ölçümüne duydukları ilgi de gittikçe artmaktadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık olmaması değil fakat psikolojik, fiziksel, sosyal iyilik halidir şeklinde tanımlamaktadır (14). Martial yaşam kalitesini "hayat sadece yaşamak değil, iyi yaşamaktır" şeklinde ifade eder (4). Aslında yaşam kalitesi çok geniş bir kavramdır. Fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkiler, çevreyle ilişkiler gibi pek çok farklı boyut içerir (3,15). Tamamen subjektif olan bu boyutları değerlendirmek rutin klinik, psikolojik, biyolojik ve radyolojik ölçümlere göre daha zordur (3). Dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesinin ölçülmesi, öncelikle hastalıkların kişinin psikolojik ve sosyal yaşantısına etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının hastanın psikososyal durumu üzerine yaptığı değişikliklerin belirlenmesi için uygulanmaktadır (13,16). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hastalığın günlük yaşama etkisi hakkında hastanın bakış açısından bilgi sağlar ve tedavinin faydasının değerlendirilmesinde sistematik ve bilimsel bir temel oluşturur (17). Bu nedenle yaşam kalite ölçüm testleri rutin, geleneksel klinik verilerle elde edilenden daha fazla ve derin bilgiler sağlayabilirler (3).

Deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin ölçülmesi, karşılanmayan gereksinimlerin anlaşılmasında ve sunulacak sağlık hizmetlerinde gerekli öncelik hakkında bilgi edinmek açısından da önemlidir (5,12). Hastaların aldıkları tıbbi tedaviden memnuniyetleri, hekimlerin hastalarının hastalıkları ile ilgili duygularını tam olarak anlayıp anlamadığı, hastane ve hekimin tıbbi açıdan yeterlilikleri, tanı, tetkik ve tedaviler hakkında hastalara yeterli bilgi verilip verilmediği gibi konular uygun sorulardan oluşan anketlerle anlaşılabilir (13).

1) SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİNİN KULLANIM ALANLARI

1.1 Sağlık Ekonomisi

Mediko-ekonomik çalışmalar; medikal yöntemlerin etkilerini kantitatif (etki ve tolerans) ve kalitatif (yaşam kalitesi) yönden değerlendirir, kaynak tüketimiyle ilişkisine bakar (3, 12).

1.2 Klinik Araştırmalar

Hastalıkların yaşam kalitesine etkisini ölçen testler, terapötik çalışmalar içerisinde, sıklıkla tamamlayıcı kalitatif ölçümler olarak yer almaktadırlar (3). Hastaların problemlerini daha iyi anlamak ve tedavi sonrası progresi takip etmek için kullanılabilirler (5). Çalışmalarda kullanılacak testin kullanım kolaylığı ve skorlaması önemlidir. Rutin kullanım için Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKI) (16) veya Çocuklarda Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKI) (18) gibi basit, dermatolojiye spesifik ölçüm testleri kullanılabilir. Genel sağlık ölçüm testleri konuyla ilgili olmayan pek çok soru içerirler (5). Eğer amaç farklı hastalıkları karşılaştırmaksa dermatolojiye spesifik ölçüm yöntemlerini seçmek uygun olacaktır. Eğer yeni bir tedavinin yaşam kalitesinde sağladığı düzelme değerlendirilecekse, hastalık spesifik veya dermatoloji spesifik testlerden biri seçilmelidir veya hastanın yaşam kalitesinin farklı boyutları çok ayrıntılı olarak tanımlanmak isteniyorsa, o zaman da genel sağlık ölçüm testleri tercih edilmelidir.

Yaşam kalite testleri çok sık olarak kullanılırsa hastanın başlangıçtaki ilgisi gittikçe azalır, daha az dikkatini verir ve yine hastalar daha önce verdikleri cevapları hatırlayabilirler. Üçten fazla kullanımı verimliliği azaltabilir (5).

1.3 Klinik Çalışmaların Değerlendirilmesi

Hasta ve doktorların hastalığa bakış açıları aynı olmayabilir (3,19). Bu nedenle medikal kararlar alınırken hastanın bakış açısı, değerleri ve tercihleri dikkate alınmalıdır. Doktorlar tarafından benign olduğu düşünülen bir durum hastanın yaşamını çok fazla etkiliyor olabilir. Örneğin rekürren genital herpes gibi. Öte yandan ciddi olan hastalıklarda hastanın yaşamını o an için çok fazla

etkilemiyor olabilir. Bu yüzden doktorlar için doğru terapötik stratejiyi belirlerken hastalarının isteklerini, beklentilerini anlamaları önemlidir (3).

1.4 Denetim

Dermatoloji kliniklerinin hastaların ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirirken, yaşam kalite ölçümleri de değerlendirilmelidir. Çünkü tek başına klinik değerlendirme yapılması, medikal tedavi sonucunu bütünüyle gösteremez (20). Klinik servislerin denetimi yapılacağı zaman hastalık spesifik en basit ölçümler kullanılabilir (5).

1.5 Mali ve Politik Nedenler

Bu amaçla genel sağlık ölçüm testleri kullanılabilir. Ancak eğer amaç dermatoloji servislerince veya spesifik tedavi ile yaşam kalitesinde nasıl bir düzelme olduğunu saptamaksa hastalık spesifik testler tercih edilebilir. Çünkü bu testler, değişiklikleri daha iyi gösterecektir (5).

2) ÖLÇÜM TEKNİKLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Geleneksel klinik ve biyolojik ölçüm testlerinin aksine yaşam kalite ölçüm testleri için temel bir referans yoktur. Bu testler bir dizi objektif soru içerir ve bunlar farklı boyutlarda gruplanmıştır. Soruların düzenlenmesi ve hedef popülasyonun seçimi ölçümün kalitesini etkiler. Bu yüzden bir anketin oluşturulması için bir dizi metodolojik basamak gerekir. Bunlar içinde başlıca geçerlik, güvenirlik ve sensitivite çalışmaları yer alır (3).

Bir ölçek seçerken aşağıdaki özellikler göz önüne alınmalıdır (7).

2.1 Değişikliği Değerlendirme

Bazı ölçme araçları semptomlardaki ya da davranışlardaki değişiklikleri belirlemek için tekrar tekrar kullanılabilirken, bazıları bu iş için hantal ve daha duyarsızlardır. Ölçeklerin küçük değişiklikleri belirlemedeki duyarlılığı ona üstünlük sağlamaktadır. Diğer önemli bir konu aracın pratikliğidir. Uygulaması saatler süren bir araç, mükemmel olsa bile, bir hastaya kısa aralarla birkaç kez verilemez. Eğer

araç, tanı koymaya yönelik çalışmalarda ya da epidemiyolojik araştırmalarda olduğu gibi, sadece bir kez kullanılacaksa uzunluk önemli değildir. Ancak böyle durumlarda bile uzun bir dizi soruyu yanıtlamak zorunda olmak sıkıcıdır ve sonuçlar çarpıtılabilir.

2.2 Değerlendirmeyi Kimin Yapacağı

Bunun için istenilen bilgiyi en iyi kimin sağlayabileceğine karar vermek gerekir. Bazı ölçekler sadece klinisyenler veya uzman kişiler tarafından kullanılabilir. Bu yaklaşımın temel mantığı, uzman bir klinisyenin gözlem ve görüşme sunucu elde ettiği klinik yargıyı nicel ve standart verilere dönüştürmektir.

Bazı ölçekler ise denek tarafından yanıtlanır (self report). Denek tarafından yanıtlanan ölçekleri uygulamak daha kolaydır. Böylece gruplara verilebilir ve geniş örneklerle çalışılabilir.

2.3 Ölçülen Özelliklerin Tanımı

Kişinin maddelere verdiği yanıtlar ya ikilidir (doğru ya da yanlış, var ya da yok) ya da sürekli bir boyut üzerinden kaydedilebilir. Sürekli maddelerde, değerlendirmeyi yapan kişiden, şiddeti (yok, hafif, orta, ağır) ya da sıklığı (hiçbir zaman, ara sıra, sıklıkla, her zaman) tanımlayan sözcüklerden birini seçmesi istenir.

Ölçülen özelliğin ne olduğu konusunda değerlendiriciler arasında bir görüş birliği olmadığında, ya da yanıtların nasıl değerlendirileceği açıkça tanımlanmadığında yapılan ölçümün güvenilirliği düşer.

En güvenilir derecelendirme ölçekleri, değerlendirme yapan kişinin yargısına en az gereksinim duyulandır. Bu nedenle ölçülen özelliğin açık ve anlaşılır bir tanımı ile, derecelendirme basamaklarının ne ifade ettiği, mümkünse klinik örneklerle açıklanmalı ve ölçeği kullanan herkes tarafından okunabilmelidir.

2.4 Güvenirlik

Bir ölçme aracının güvenilirliği, verdiği bilginin tutarlı oluşu ve aynı koşullar altında tekrar uygulandığında elde edilen sonuçların değişmemesi şeklinde ifade edilir. Bir uzunluk ölçüsü standart metrenin güvenilirliği yüksektir, çünkü belli bir

masanın uzunluğunu 10 ayrı zamanda ölçtüğümüz zaman birbirine çok benzer sonuçlar elde ederiz. Masanın uzunluğu ölçen kişiye göre değişmez, hata payı 1-2mm'yi geçmez. Psikolojik testler hiçbir zaman fiziksel ölçekler kadar güvenilir ya da tutarlı değildir. Hiç hatasız bir ölçme yapmak mümkün değildir. Her ölçmede, test maddelerinden, test ortamından, testi uygulayan ve puanlayan kişilerden kaynaklanan bir hata payı vardır. Güvenirlik dereceleri ve hata payları araştırmalarca ortaya konur.

Değişik yöntemlerle saptanan testin güvenilirliği, ölçümdeki bu hata payını gösterir.

- a) *Uygulayıcılar Arası Güvenirlik*: Bir deneğe farklı uygulayıcıların aynı puanı verip vermediklerini gösterir. Bu tip güvenirlik, kendini anlatma (self-report) ölçeklerinden çok, değerlendirmeyi bir gözlemcinin yaptığı ölçeklerde araştırılır.
- b) *Test-Tekrar Test Güvenirliği*: Ölçek puanının zaman içindeki tutarlılığını gösterir. Bu yöntemle güvenirlik hesaplanırken, ölçek aynı kişilere belli aralıklarla iki kez uygulanır ve puanlar arasındaki uyuşma değerlendirilir (7). Bu sağlık durumu zaman içinde değişmeden aynı kalıyorsa uygulanabilir. Belirli aralıklarla yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar alınmalıdır. Eğer sağlık durumu değişiyorsa ve test-tekrar test uygulamak mümkün değilse, Kappa test (testin tutarlılığının farklı gözlemciler tarafından denenmesi yoluyla) gibi bir yöntem uygulanabilir (3).
- c) *Cronbach Alfa*: Ölçeği oluşturan her bir maddeye ait ölçümler arasındaki ilişkiyi saptar (7). Değerler 0-1 arasında değişir. Bire daha yakın alfa değeri daha tutarlı ve bu nedenle daha güvenilir bir test olduğunu gösterir (3).
- d) *Gutman'ın İki Yarım Test Güvenirliği (Gutman Split-Half katsayısı)*: İçsel tutarlılık diye de ifade edilen bu yöntemde, ölçek iki eşit yarıya (tek ve çift sayılı maddeler gibi) bölünerek ölçümler arası ilişki saptanır. Bu durumda güvenirlik ölçek maddelerinin aynı şeyi ölçüp ölçmediğini gösterir (7).

2.5 Geçerlik

Bir aracın ölçmeyi amaçladığı özelliği ne denli “doğru” ölçtüğü geçerlik olarak ifade edilir. Testin geliştirilme amacına uygun olup olmadığını (7) ve yeni oluşturulan bir testin doğru olarak ölçüm yapabilme kapasitesini gösterir. Geçerlik daima çevreye ve şartlara bağlıdır ve bir testin kesin olarak tamamen geçerli olduğunu ispat etmek zordur (3).

Geçerliğin değerlendirilmesi farklı yöntemlerle yapılabilir (7).

a) *Kapsam Geçerliği*: Ölçeğin maddelerinin, ölçülmek istenilen özellikleri ya da davranışları kapsayıp kapsamadığını gösterir.

Ölçülmek istenen özellik soyut bir kavram olduğunda ve kapsamı iyi belirlenemediğinde, bu tip geçerliği belirlemek güçleşir. Kapsam geçerliğini araştırmanın en iyi yolu ölçmek istediğimiz özelliğin bir kavramsal haritasını çıkarmak ve maddelerin içeriğinin bu haritayı ne ölçüde temsil ettiğini incelemektir.

b) *Ölçüt Geçerliği*: Bir ölçme aracının, başka bir ölçütle farklı oldukları saptanmış iki kişiyi, ayırt etme derecesidir. Bir kendini anlatma aracının standart görüşmelerle benzer sonuçlar vermesi önemlidir. Ölçüt geçerliği, güvenilir bir dış kriterle aracımızın ayarlandığını gösterir.

c) *Yapı / Kavram Geçerliği*: Bir ölçeğin ölçülmek istenen bir kavramı ne ölçüde ölçtüğünü gösterir. Ölçülen kavrama ilişkin kuramsal açıklamaların ve varsayımların sınanmasını da içeren çok sayıda çalışmaların sonunda saptanabilir. Yapı geçerliğini araştırmanın bir yolu, ölçülen özellik ile ilişkili olduğunu düşündüğümüz değişkenleri ölçerek, ölçümler arasında beklendiği gibi yüksek bir korelasyon olup olmadığını değerlendirmektir. Bu işlem “birleşen (convergent) geçerlik” olarak adlandırılır. “Ayırt edici (discriminant) geçerlik” ise yaptığımız ölçümün, bizim kavramımızla ilişkili olmadığı bilinen yapılarla düşük korelasyon göstermesidir.

Testin ölçtüğü kavramın ya da boyutun açıklığa kavuşturulması için “faktör analizi” yönteminden de yararlanılır. Bu, testin maddeleri arasındaki ilişkiden hareketle, ölçülen kavramla ilişkili boyutları istatistiksel bir yaklaşımla ortaya koyma işlemidir. Birbirine benzeyen maddeler bir araya gelerek kavramla ilişkili temel boyutlar ortaya çıkarılır. Bunların dışında “iç tutarlılık”, yani alt test puanları ile toplam puan arasındaki korelasyon incelenerek de testin yapı geçerliği konusunda fikir edinilebilir.

- d) *Geçerlik Sağlaması*: Bu, belirli bir örnekleme geçerli sonuçlar veren bir aracın bir başka örnekleme uygulandığında ölçüt geçerliliğini koruyup korumadığını gösterir. Ölçeğin farklı örneklemelerde kullanıldığında da geçerli olduğunu kanıtlamak ve genellenebilirliğini göstermek için kullanılır (7).

2.6 Sensitivite

Testler geçerlik ve güvenirlik yanında sensitif de olmalıdır. Çünkü sensitivite testin değişiklikleri saptayabildiğini gösterir. Böylece yaşam kalite testleri, sağlık durumunda medikal tedavi sonucunda görülen değişiklikleri saptayabilir. Anketin çok uzun olması veya çok az soru içermesi sensitiviteyi azaltabilir (3). Amaç hastalar için en avantajlı sensitivite/ kabul edilebilirlik oranını bulmaktır.

2.7 Kültürler Arası Geçerlik, Uyarlama

Yaşam kalite testlerinin çoğu Anglo-Saxonlar tarafından geliştirilmiştir. Ve bu testleri değerlendirme çalışmaları da yine kendi sosyokültürel çevreleri içinde yapılmıştır. Bir anketin başka bir dile, bazı değişiklikler olmaksızın yapılan basit çevirisi uygulanacağı yeni çevre veya toplum için uygun olmayabilir (3). Yine dermatolojik problemler sonucu görülebilen utanma, anksiyete, hayal kırıklığı, sıkıntı gibi rahatsızlıklar etnik ve kültürel farklılıklardan etkilenebilir (4). Bu nedenle uygulanacak anketin, testin kültürler arası adaptasyonunun yapılması önemlidir. Bunun için başlangıç olarak test, anadili çevrilecek dil olan iki tercüman tarafından çevrilir. Bunu takiben başka bir tercüman tarafından tekrar eski dile çeviri yapılır. Böylece çeviri esnasında olabilecek değişiklikler önlenmiş olur. Orijinal belge

içinde eleştirel analiz; dil bilimciler, psikologlar, metodologlar ve klinisyenleri içeren bilimsel komite tarafından yapılır (3). Son olarak ta uyarlanmış formun geçerlik, güvenirlik, standardizasyon çalışmalarının tamamlanması gerekir (7).

3)YAŞAM KALİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Yaşam kalitesi ölçümünde çeşitli sorulardan oluşan testler kullanılmaktadır. Bunların tipleri son yıllarda hızla artmıştır. Bu testler başlıca üç grupta toplanabilir (12,13,17).

1-Genel sağlığa özgü testler: Dermatolojik ve dermatolojik olmayan tüm hastalıklarda uygulanabilen testlerdir.

2-Dermatolojiye özgü testler: Dermatolojik tüm hastalıklarda uygulanabilen testlerdir.

3-Hastalıklara özgü testler: Dermatolojideki bazı hastalıklarla ilgili olarak geliştirilen hastalıklara ait yaşam kalitesini değerlendiren testlerdir.

Bu testler ayrıca skortlama metoduna bağlı olarak ta sınıflandırılabilir. Örneğin “sağlık profili” veya “sağlık indeksi” gibi. Profil, testin her bir boyutuna ayrı bir skor verir. Örneğin Kısa form-36 (Short Form-36 (SF-36)). İndeks ise ele alınan her bir boyutun sonuçları toplamını sayısal bir değerle gösterir, yani yaşam kalitesini tek bir değerle gösterir. Örneğin Hastalık etki profili (Sickness Impact Profile (SIP)) (3).

3.1 Genel Sağlığa Özgü Testler

Genel sağlık ölçümleri hastalıkların yaşam kalitesine etkilerini geniş bir aralıkta tanımlar. Bunlara örnek olarak; SIP (21,22), Nottingham sağlık profili (Nottingham Health Profile (NHP)), Kısa form-36 (SF-36) (3), Genel sağlık anketi (General Health Questionnaire (GHQ)) (5) verilebilir. Genellikle fazla uzundurlar ve yoğun kliniklerde kullanımları zordur. Dermatolojik hastalıklarda kullanıldıklarında soruların çoğu ilişkisiz olacaktır (4). Bunlar genel popülasyona ve farklı patolojik

durumlar için uygulanabilir. En önemli avantajları farklı hastalıklar arasında karşılaştırma imkanı sağlamalarıdır (3). Örn SF-36 nın kullanıldığı bir çalışmada genital herpesli hastalar ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış ve bu hastalığın psikolojik durum, mental sağlık ve sosyal hayat üzerine olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır (23). Diğer bir avantajları ise hayatın çok spesifik alanları ile ilgili detaylı bilgi alınmasına olanak sağlamalarıdır. Genel sağlık anketleri araştırmalarda, özellikle karşılaştırmalı çalışmalarda oldukça iyi olmasına rağmen, yoğun kliniklerde kullanım amacıyla daha kısa, özet, hastalık spesifik ölçümler tercih edilmelidir (4).

3.1.1 Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile (SIP))

Sağlık durumu ile ilgili zaman içerisinde oluşan farklılıkları veya çeşitli gruplar arasındaki farklılıkları ölçen, kendi kendine cevaplandırılabilen bir testtir (5,24). 136 bölüm ve 12 günlük aktivite içinde gruplandırılmıştır. Fiziksel, psikososyal boyut, uyku ve dinlenme, iş, yemek, eğlence ve ev tedavisi gibi alanları kapsar (12,13,22,24). Bu alanlardan 3'ü (45 soru) fiziksel boyut (vücut bakımı, hareket ve gezme), 4'ü (48 soru) psikososyal boyut (emosyonel davranış, sosyal etkileşim, uyanıklılık ve iletişim), diğerleri ise uyku ve dinlenme (7 soru), ev tedavisi (10 soru), iş (9 soru), eğlence (8 soru), ve yemek (9 soru) konularıyla ilgili sorulardır. Hastalara o gün içindeki etkiler sorulur. SIP skoru, skala değerleri toplanarak hesaplanır. Bir maddenin skala değerinin toplamının, tüm maddelerin skala değerlerinin toplamına bölünüp 100 ile çarpılması sonucu SIP yüzde skoru elde edilir (24).

Farklı zaman ve farklı gruplardaki sağlık durumundaki değişiklikleri saptar. hipertansiyon, anjina ve çeşitli yeni sistemik tedavilerin yan etkilerinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda kullanılmıştır (25,26) Ayrıca bir çalışmada psoriasisli hastalarda psoriasis yeti yitimi indeksi (Psoriasis disability index (PDI)) ile karşılaştırılarak kullanılmıştır (24). Yine, bazal hücreli kanser (27), atopik dermatit (28) gibi hastalıklarda da kullanılmıştır.

3.1.2 İngiltere Hastalık Etki Profili (UK Sickness Impact Profile (UKSIP))

1996 yılında Salek ve ark. (29) tarafından Amerikan SIP nin U.K versiyonu olarak geliştirilen bir testtir. Kişilerin günlük aktiviteleri ile ilgili görüşleri, deri hastalıkları ile ilgili disfonksiyonların oluşturduğu spesifik durumlar ve sağlık problemlerine olan ilginin değerlendirildiği bir testtir (28). 136 sorudan oluşur. Sorularla yaşam kalitesinin 12 farklı boyutu incelenir. 3'ü (vücut bakımı, hareket ve gezme) fiziksel boyut (45 soru), 4'ü (emosyonel davranış, sosyal etkileşim, uyanıklılık ve iletişim) psikososyal boyut) (48 soru), diğerleri ise uyku ve dinlenme (7 soru), ev tedavisi (10 soru), iş (9 soru), eğlence (8 soru), ve yemek (9 soru) konularıyla ilgili sorulardır (3,12,28). Bu 136 soruya ek olarak hastalardan genel sağlıkları ile ilgili düşüncelerini, çok iyi-çok kötü arasında değişen 5 şıktan oluşan bir skala üzerinde göstermeleri istenir. UKSIP kendi kendine cevaplandırılabilen bir testtir. Toplam skor işaretlenen her bir sorunun skorlarının toplamı ile hesaplanır ve bu skor yüzdeye çevrilir. Böylece genel olarak olduğu kadar her bir kategori ve boyut için de yaşam kalitesi gösterilmiş olur (28).

3.1.3 Kısa Form-36 (Short Form-36 (SF-36))

En sık kullanılan genel yaşam kalite ölçüm testlerinden biridir. 1992'de Amerika'da geliştirilmiştir (30). Klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesi ve genel popülasyon araştırmalarında kullanılmak amacıyla planlanmıştır (5). Sekiz boyutu kapsayan 36 sorudan oluşur. Bunlar fiziksel fonksiyon, emosyonel durum, fiziksel kısıtlılıktan doğan sınırlanma, sosyal durum, mental sağlık, enerji ve canlılık, ağrı ve genel sağlığa bakış şeklindedir (5,30-32). Sıfır (en kötü sağlık durumu), 100 (en iyi sağlık durumu) arasında değişen bir skala kullanılır (30,31). Bir grup akneli ve alopesi areatalı hastada kullanılmıştır (32,33).

3.1.4 Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire)

Kendi kendine cevaplandırılabilen, tanı konulabilen psikiyatrik bozuklukları saptamayı amaçlayan bir testtir. 60, 30, 28, 12 maddelik versiyonları mevcut (34). 28 maddelik versiyonu somatik semptomlar, anksiyete ve insomnia, sosyal disfonksiyon ve ciddi depresyonu kapsayan 4 subskala içerir. 5 ve üstündeki

skorlar nonpsikotik psikiyatrik hastalığı olan vakaları gösterir (31). Oniki maddelik versiyonu genel dermatoloji kliniğinde (35), 28 lik versiyonu Port-Wine Stain hastalarda (36) ve psoriasisli hastalarda (37) kullanılmıştır.

3.1.5 Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)

Medikal ve sosyal müdahalelerin, genel populasyonun sağlığı üzerine etkilerini araştırır. Fiziksel mobilite ve ağrı ile ilgili 38, sağlık ile etkilenebilen diğer günlük aktivitelerle ilgili 7 bölüm içerir (5,12). Ekzemalı ve psoriasisli hastalar (38), bacak ülserleri (39) ve ürtikerli hastalarda (40) kullanılmıştır.

3.1.6 Patient Generated Index (PGI)

Hastalıkların insanlar üzerindeki etkilerini değerlendiren bir ankettir (41). Dermatolojik hastalıklar için henüz yeterince kullanımı yoktur (42). Pek çok anket hastalık etkilerinden hangisinin hasta için en önemli olduğuna dikkat çekmezken PGI’te hastalardan, hayatlarının hastalıktan etkilenen en önemli 5 yönünü listelemeleri istenir (5). Total skor 0-100 arasında değişir. Düşük skor kötü yaşam kalitesini gösterir (42). Atopik dermatitli hastalarda kullanılmıştır (5).

3.2 Dermatolojiye Özgü Testler

Tüm dermatolojik hastalıklarda kullanılabilen testlerdir. Hastalıklar arasında karşılaştırma yapma imkanı sağlarlar. İlk kez 1970’te deri hastalıklarının yaşam kalitesine etkisinin standart bir yolla saptanması konusuna değinilmiştir. Amerikan Medical Association, kalıcı deri hastalıklarının değerlendirilmesi için kriterler ortaya koymuştur ki bunlar tedavi gereksinimi ve günlük aktivitenin sınırlanma derecesini kapsamaktaydı. Bundan üç yıl sonra dermatolojide yeti yitiminin ölçümü için yeni bir sistem önerilmiştir (5).

3.2.1 Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)

(Dermatology Life Quality Index (DLQI))

İlk kez Finlay ve Khan (16) tarafından hazırlanmıştır. Çeşitli dermatolojik hastalıkları olan yaşları 15-70 arasında değişen toplam 120 hastaya, hastalıklarının ve tedavilerinin onların hayatlarını nasıl etkilediği sorularak , alınan

cevaplar doğrultusunda geliştirilmiştir. Daha sonra 200 dermatolojik hasta ve 100 sağlıklı denek üzerinde bu anket uygulanarak anketin geçerlik ve güvenilirliği araştırılmış, sonuçta anketin geçerli ve güvenilir bir test olduğu saptanmıştır (16).

DYKİ, on sorudan oluşur. Bu sorular hastanın hissettikleri, günlük aktiviteler, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi ile ilgili alanlardan oluşmuştur ve son bir haftayla ilgili durumu değerlendirirler. Genel olarak hastalığın son bir hafta içinde sosyal ve fiziksel aktivasyonları etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmaktadır (5, 12, 13)

Birinci ve ikinci sorular semptom ve hislerle, 3 ve 4. sorular günlük aktivite ile, 5. ve 6. sorular boş vakitle, 7. soru iş/okul ile, 8. ve 9. sorular kişisel ilişkilerle, 10. soru ise tedavi ile ilgili sorulardır. Her bir soru dört cevap seçeneği içerir (Ek 1). Cevaplar çok fazla, fazla, az, hiç seçeneklerinden biri seçilerek verilir. Bunların skorları sırasıyla 3,2,1,0 şeklindedir. Bunlara ek olarak bir de ilgili değil seçeneği vardır ve bunun da skoru 0'dır. Toplam DYKİ skoru her bir sorunun skorlarının toplanması ile hesap edilir. Toplam skor minimum 0, maksimum 30'dur. Toplam skor arttıkça hastalığın yaşam kalitesine etkisi de artmaktadır. Anket formatının tek bir sayfaya sığdırılabilir olması ve skorlamasının basit olması nedeniyle yoğun kliniklerde yapılan araştırmalar için pratik bir kullanım imkanı sağlar (5, 16)

DYKİ Fransızca, Almanca, İtalyanca, İspanyolca, Fince, Norveççe, İspanyolca, İsveççe, Türkçe gibi dillere de çevrilmiştir (5, 12)

Akne, psoriasis, kronik ürtiker, vitiligo, alopesi, bacak ülserleri, Behçet hastalığı, Darier hastalığı, hidradenitis süpürativa, atopik dermatit, bazal hücreli kanser gibi pek çok hastalıkta kullanılmıştır (16,31, 38, 43-48).

3.2.2. Boş Zaman Değerlendirme (Leisure)

Dokuz sorudan oluşur. Deri hastalıklarının son üç ay içinde farklı sosyal aktiviteler üzerindeki etkilerini tespit etmek amacıyla oluşturulmuştur (5,12). Fakat herhangi bir skarlama sistemi tanımlanmamıştır.

3.2.3. Deri Hastalıklarının Etki Skalası (Impact of skin disease scale (IMPACT))

Deri hastalıklarının psikiyatrik morbidite üzerine etkilerininin saptanması için kullanılır. Hastadaki değişimleri tespit eder (13). Deri hastalığının başlamasından itibaren olan her bir değişikliğe bir (+) skor verilerek değerlendirilir (5, 12)

3.2.4 Dermatoloji Spesifik Yaşam Kalitesi (DSYK)

Dermatology Specific Quality of Life (DSQL)

Klinik araştırma ve gözlemlerde kullanılabilecek basit anlaşılabilir bir testtir. Çok kısa sürede yardıma ihtiyaç olmadan cevaplanabilir (17). Fiziksel semptomlar ve somatik yakınmalar, günlük aktiviteler, sosyal aktiviteler, okul ve iş hayatı, kendi durumunun farkında olmak şeklinde beş ana ögeyi kapsar (12,17).

DSYK 43 sorudan oluşur. Her biri 9 soru kapsayan iki SF-36 skalası içerir. Yaşamın fiziksel, emosyonel ve sosyal boyutuyla ilgilidir (3,12). Akne ve kontakt dermatitli hastalardaki sıkıntıyı değerlendiren bir çalışmada kullanılmıştır (17).

3.2.5 Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası (DYKS) (Dermatology Quality of Life Scale (DQOLS))

Psikososyal boyutu değerlendiren 17 soru, fiziksel aktiviteyi değerlendiren 12 soru ve semptomların şiddetini saptamaya yönelik 12 soruyu içeren bir anket formudur (3,12).

3.2.6 Deri Hastalıklarına Bağlı Sıkıntıyı Değerlendirme Skalası (Bother Assesment in Skin Condition Scale (BASC))

Dermatolojik hastalığın, hasta üzerinde oluşturduğu sıkıntının değerini ölçmek için geliştirilmiş bir testtir (12). Hastaya mevcut dermatolojik probleminden ne kadar sıkıntı duyduğu sorulur ve cevabı elektronik horizontal visual analog skala kullanılarak kaydedilir. Tekrarlayan testlerde orijinal cevaba göre nisbi değişiklik hesaplanır (5).

3.2.7 Deri İndeksi (Skindex)

Deri hastalıklarının hepsinde kullanılabilen bir ankettir. Hastalıkların yaşam kalitesine etkileri değerlendirilirken kavramsal bir şablon oluşturulmuştur. Bu

şablon; psikososyal ve fiziksel etkilenim olarak iki ana öge altında beş farklı boyutta incelenir. Psikososyal etkilenim; düşünsel, ruhsal, sosyal olarak üç, fiziksel etkilenim ise fiziksel rahatsızlık ve fonksiyonel kısıtlama şeklinde iki alt gruba ayrılabilir. Ruhsal boyut, depresyon, korku, utanma, öfke gibi duygulanım bozukluklarını kapsamaktadır (5,12). Deri indeksi bu ögeleri kapsayan 61 farklı bölüm ve sekiz skaladan oluşan, hastaların kendilerinin yanıtladığı bir testtir. (12,38). Yüksek skor deri hastalığının yaşam kalitesine etkisinin daha fazla olduğunu gösterir (49).

Anket daha sonra yeniden düzenlenerek 29 farklı bölümden oluşacak şekilde sadeleştirilmiştir (12,49). Testin geçerliği ve doğruluğu korunarak daha kısa sürede, daha fazla sayıda hastaya uygulanacak şekilde hazırlanmıştır (12). Hastaların hastalıktan etkilenme derecelerinin saptanması, tedavi etkinliğinin belirlenmesi, farklı hastalıkların yaşam kalitesine etkilerinin saptanmasında kullanılabilir (13).

3.2.8 Dermatolojide yaşam kalitesi (VQ-Dermato)

Dermatolojide yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar; güvenilirliği, doğruluğu ve sensitivitesi korunarak farklı kültürel ortamlarda kullanılabilmesine rağmen, çoğu kez kültürel adaptasyon gerektirir. Bu yüzden alternatif olarak 1994 yılında Fransa’ da yapıldığı gibi kültür ve dile özgü yeni bir yöntem geliştirilebilir. Bu anket, bu amaçla geliştirilmiş; 28 soru ve yedi farklı temadan oluşan bir anket formudur. Yetişkinlerdeki kronik deri hastalıklarına yönelik hazırlanmış; DYKİ ve DYKS gibi, hastalardan fikir alınarak hazırlanmış bu testin ikinci yarısı ise klinisyenin düşüncelerini değerlendirir (12).

3.3 Dermatolojik Hastalıklara Özgü Testler

Tek bir hastalığın hasta yaşamına etkisini değerlendiren testlerdir. Genel ölçümlerden daha sensitiftirler (3). Dermatolojide hastalık spesifik ölçüm yöntemlerinin geliştirilmesindeki en önemli problem çok fazla deri hastalığının olmasıdır. Pek çok inflamatuvar deri hastalığı insan yaşamını benzer yollarla etkiler. Bu yüzden deri hastalıklarının sınıflandırılmasıyla oluşturulan anketlerin kullanımı

daha pratik ve duyarlı olacaktır. Tanımlanan ilk hastalık spesifik test Psoriasis Disability Index (PDI)'tir (4).

3.3.1 Psoriasis

Psoriasis, derinin, eritemli, üzeri skuamlı papül ve plaklarla karakterize çeşitli klinik tablolar oluşturabilen kronik, inflamatuvar bir hastalıdır (50-53). Her iki sekste eşit görülür (50,53). Populasyonun yaklaşık %1-5'ini etkiler. Bu oran ırklara göre değişebilir (52). Başlangıç yaşı birkaç aylıktan yetmişli yaşlara kadar değişebilen geniş bir aralığa sahiptir (50). Etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak genetik faktörler, fiziksel travmalar, infeksiyonlar, ilaçlar, endokrin ve metabolik faktörler, hastalığın gelişiminde veya alevlenmesinde rol oynayabilirler (50-53).

Psoriasisın klinik şiddetini değerlendirilmesinde pek çok metod vardır. Ancak bunlar hastalığın kişinin yaşamına olan etkisini değerlendiremezler (24). Dermatolojik hastalıklardan yaşam kalitesi üzerine etkisi en çok araştırılan hastalıklardan birisi psoriasistir ve psoriasisın yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla olumsuz etkileri vardır (12). Zaman alıcı, kozmetik olarak kabul edilemez olan ve stres yaratan psoriasis tedavisi başlıca problemdir (54,55). Psoriasisli hastaların hastalıkları ve tedavileri nedeniyle iş hayatları da etkilenebilmektedir (56). Psoriasisın hem yüksek bir prevalansa sahip olması hem de vücudun büyük bir kısmını etkileyebilmesi onun yaşam kalitesine etkisini artırır. Psoriasisli hastalar üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda psoriasisın iş hayatı ve sosyal hayata olan etkileri gösterilmiştir (4). Jowett ve Ryan (57) tarafından yapılan bir çalışmada da psoriasisın etkileri değerlendirilmiştir.

Psoriasisın yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çeşitli testler geliştirilmiştir. Bunlara örnek olarak; psoriasis yeti yitimi indeksi (Psoriasis Disability Index (PDI)), psoriasis yaşam stres envanteri (Psoriasis Life Stres Inventory (PLSI)) verilebilir.

a) Psoriasis Yeti Yitimi İndeksi (Psoriasis Disability Index (PDI))

Psoriasisli hastalarla hastalıklarının yaşam kalitelerine etkileri hakkında görüşülerek oluşturulmuştur (5). 15 soruluk bir testtir ve bu sorular son dört

haftayla ilgilidir. Cevaplar hiç- çok fazla arasında derecelendirilerek yapılan 1-7 lineer analog skala ile verilir. Bu 15 soru beş başlık altında gruplandırılır. Bunlar; günlük aktiviteler (beş soru), iş ve okul (üç soru), kişisel ilişkiler (iki soru), boş vakit (dört soru) ve tedavi (bir soru) ile ilgilidir (24).

Bu test UKSIP (U.K Sicknes Impact Profile) ve General Health Questionnaire gibi iki genel testle karşılaştırılmıştır. İngiltere ve Hollanda başta olmak üzere çeşitli ülkelerde kullanılmış, Almanca, İtalyanca, Norveççe, Japonca, Flemenkçe'ye çevrilmiştir (5). Yatarak tedavi sonrası yaşam kalitesindeki değişikliklerin değerlendirilmesi (5), siklosporin (58) ve UVB (59) tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi gibi çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır. PDI skorlamasında skor arttıkça yeti yitimi artar. Bir değerinde yeti yitimi görülmez (12).

b) Psoriasis Yaşam Stres Envanteri (Psoriasis Life Stres Inventory (PLSI))

Psoriasisın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinden kaynaklanan stresi ölçen bir testtir. Orijinal anket 41 maddeden oluşur. Sorular son bir ayı değerlendirir ve cevapları evet veya hayır şeklindedir. PLSI, psoriasisın yaşam kalitesine etkisinin yaş ve cinse göre değişip değişmediğini değerlendiren bir çalışmada kullanılmıştır. Bir de 15 maddelik versiyonu mevcuttur (5).

3.3.2 Akne

Akne pilosebace follikülün kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Özellikle adolesan çağda görülür. Komedon, papül, püstül, nodül ve aktif lezyonlardan sonra oluşabilen değişik türde skarların görülebildiği pleomorfik bir tablo ile karakterizedir (60-63). Oldukça sık görülen bir hastalıktır. Genellikle pubertenin erken bir bulgusudur (61). En yüksek insidans kızlarda 14-17, erkeklerde ise 16-19 yaşlarındadır (63). Nadiren prepubertal dönem veya yeni doğanda da görülebilir. Çoğunlukla 25 yaşından önce geriler (60). Ancak özellikle kadınlarda otuz yaş ve sonrasına kadar hatta daha uzun bir süre devam edebilir. Akne lezyonları başlıca yüz, göğüs, sırt ve kolların üst kısmını tutar (60-63).

Akne pek çok yıldır psikolojik morbidite ile ilişkili bulunmuştur (64,65). Çeşitli araştırmacılar "Akne kadar psişik travmaya yol açan ve çocuk aile arasındaki ilişkiyi bozan başka bir hastalık yoktur" diye belirterek aknenin oluşturduğu

olumsuzlukları vurgulamışlardır (4). Akneli hastalarda, kronik astma, epilepsi, diyabet, artritli hastalarda olduğu kadar yüksek oranda sosyal, psikolojik, ve emosyonel problemlerin olduğu görülmüştür (31). Emosyonel stres akneyi alevlendirebilir veya akneli hastalarda hastalıklarından dolayı psikiyatrik problemler gelişebilir (65). Çalışmalar aknenin dış görünümü, psikolojik durumu ve diğer insanlarla olan ilişkileri etkileyen, hatta intihar girişimine bile neden olabilen bir hastalık olduğunu göstermiştir (31). Özellikle yüz tutulumu gizlemenin mümkün olmadığı kozmetik problemlere neden olduğundan, bu pek çok genç için psikolojik sorun oluşturur ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Sırt, göğüs gibi bölgelerin tutulumunun ön planda olduğu hastalarda ise, bu bölgeler daha kolay saklanabildiği için, akneye bağlı psikiyatrik problemler de daha az görülmektedir (62,64,66,67). Akne, hayatın sıklıkla en zor dönemi olan adolesan çağda görülür. Bu dönem kendini algılama, grup uyumu ve ilişkilerinin çok yoğun olduğu en önemli sosyal öğrenme dönemidir (4,66,67). Bu da aknenin sebep olduğu psikolojik problemlerin daha fazla yaşanmasına katkıda bulunur. Akne ile ilgili başlıca psikiyatrik problemler; kendine güven, öz saygı ve vücut görüntüsü ile ilgili duyulan sıkıntılar, utanma, toplumdan soyutlanma, depresyon, anksiyete, öfke, zihnin akne ile sürekli meşguliyeti, asabiyet, mahcubiyet, yaşam tarzındaki kısıtlanmalar ve aile ve akraba ilişkilerinde bozukluklar şeklinde sıralanabilir (49,65). Adolesan kızlar aknenin psikolojik etkilerinden erkeklere göre daha fazla etkilenebilirler (67,65).

Aknenin yaşam kalitesine etkisini ölçmekte kullanılan testlerden bazıları şunlardır;

- Akne Yeti Yitimi İndeksi (Acne Disability Index (ADI))
- Cardiff Akne Yeti Yitimi İndeksi (Cardiff Acne Disability Index (CADI))
- Aknenin Psikolojik ve Sosyal Etkileniminin Değerlendirilmesi (Assessment of The Psychological and Social Effects of Acne (APSEA)):

a) Akne Yeti Yitimi İndeksi (Acne Disability Index (ADI))

ADI on sorudan oluşan bir testtir. Aknenin kişilik, sosyal yaşam üzerine etkileri ve psikolojik etkileri değerlendirilmeğe çalışılır (12). Farklı alanlardaki

aknelerin şiddeti ile aknenin oluşturduğu olumsuz etkiler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada kullanılmıştır (5).

b) Cardiff Akne Yeti Yitimi İndeksi (Cardiff Acne Disability Index (CADI))

DYKİ'nin Motley (66) tarafından akneye uyarlanmış şeklidir. ADI'nin temel alındığı, ancak kullanımı daha kolay olan ve beş sorudan oluşan bir testtir. Son bir ay içindeki yaşam kalitesinin özelliklerini değerlendirir. Her bir sorunun 4 alternatif yanıtı vardır. Ve bunlar 0-3 arasında skorlandırılır. Her bir sorunun puanı toplanarak toplam skor elde edilir (66). Rutin akne kliniklerinde kullanılabilir (5). CADI ve UKSIP ile yapılan karşılaştırmalı geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında iyi bir iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliği olduğu gösterilmiştir (68).

c) Aknenin Psikolojik ve Sosyal Etkileniminin Değerlendirilmesi (Assessment of The Psychological and Social Effects of Acne (APSEA))

Klinik hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi ile ilgili sorulardan elde edilen bilgilerin kombinasyonundan oluşur (4). Aknenin psikolojik ve sosyal etkilerini değerlendirir. 15 soru içerir. Bunlardan dokuzu visual analog skala (görsel skala) kullanılarak cevaplanır. Akneye spesifik sorular içerir (5).

3.3.3 Ekzema

-Ekzema Yeti Yitimi İndeksi (Eczema Disability Index (EDI))

-Atopik Dermatit Yeti Yitimi İndeksi (Atopic Dermatitis Disability Index (ADDI))

a) Ekzema Yeti Yitimi İndeksi (Eczema Disability Index (EDI))

PDI'den geliştirilerek oluşturulan, on beş sorudan oluşan kısa bir testtir. Bunlar; günlük aktivite (beş soru), okul/iş (üç soru), kişisel ilişkiler (iki soru), boş zaman aktiviteleri (dört soru) ve tedavi (bir soru) alanlarında hastalığın yaşam kalitesine etkisini araştırır (4,12,28). Cevaplar hiç-çok fazla arasında birden yediye kadar derecelendirilen lineer analog skala ile verilir (28).

b) Atopik Dermatit Yeti Yitimi İndeksi (Atopic Dermatitis Disability Index (ADDI))

Atopik dermatit, erişkin, çocuk ve infantların yaşamını önemli derecede etkileyen, sekonder olarak ta aileleri etkileyen kronik bir hastalıktır. Her bir yaş grubu farklı problemler yaşar. Atopik dermatitin akut etkileri yanında hastanın yaşamında uzun süreli devam eden etkileri de olabilir. Örneğin kariyer seçimi veya yakın ilişkiler gibi. Bu yüzden bu hastalığın insanların yaşamını ne kadar etkilediğinin anlaşılması önemlidir. Atopik dermatitin aktivitesini ölçen pek çok metod, yaşam kalitesine etkisini değerlendiremez (69). Çünkü hastalık aktivite verileri ile yaşam kalite verileri birbirinden farklıdır.

Atopik Dermatit Yeti Yitimi İndeksi, ekzema yeti yitimi indeksinin yerini almıştır (5,28). On beş soruluk PDI'nin basit ve uyarlanmış versiyonudur (5). Kronik bir hastalık olan atopik dermatitin yaşam kalitesine etkilerini ölçen geçerli ve güvenilir bir testtir (12).

3.3.4 Ürtiker

Ürtiker kaşıntı ve ürtikeryal plaklarla karakterize akut veya kronik olabilen bir hastalıktır. Popülasyonun %15'inin hayatın herhangi bir evresinde etkilenebildiği nisbeten yaygın bir hastalıktır (43). Kronik ürtiker en az altı hafta boyunca ürtiker plaklarının hemen her gün görülmesiyle karakterizedir. Diğer deri hastalıklarında olduğu gibi kronik ürtikerde de yaşam kalitesi etkilenir (43,70). Tedavi edilmeyen kronik ürtiker kişilerin ev ve iş hayatlarında zorluklara neden olabilir. Örneğin günlük aktiviteler, sosyal ilişkiler, uyku etkilenebilir (70). O'Donnell ve ark. (71) 142 ürtikerli hastaya uyguladıkları bir anket sonucunda kronik ürtikerin by-pass cerrahisi gerektiren koroner arter hastalığı olan hastalarınkiyle karşılaştırılabilecek kadar yaşam kalitesini etkilediğini göstermişlerdir. Diğer kronik hastalıklardan farklı olarak kronik ürtikerin seyri, semptomların sıklığı ve şiddeti gün içinde ve haftalar içinde değişebilir. Bu nedenle DYKİ gibi son bir haftadaki yeti yitimini değerlendiren testler bazen morbiditeyi tam olarak yansıtamayabilir. Ancak son hafta içerisinde aktif hastalığı olanlarda sonuç uygun olacaktır. Yapılan bir çalışmada kronik ürtikerin çeşitli tiplerinin yaşam kalitesine etkileri karşılaştırılmış, gecikmiş bası ürtikeri ile beraber olan kronik ürtikerde skor en yüksek

bulunmuştur, yine kolinerjik ürtikerde özellikle sportif faaliyetlerle ilgili skorlar daha yüksek saptanmıştır (43).

Genel olarak ürtikerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Nottingham Sağlık Profili ile paralellik gösteren, önceki dört haftayı değerlendiren 40 sorudan oluşan bir test kullanılabilir (5,12).

3.3.5 Onikomikoz

Onikomikozda kullanılmak üzere genel sağlık anketlerinden seçilen 55 soruluk bir test hazırlanmıştır (5). Onikomikoz sık görülen bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda; fiziksel, psikososyal, ve ekonomik yönden etkileri araştırılmış ve hastalığın utanma, ağrı, tırnak kesme ve ayakkabı giymede zorluk gibi çeşitli sıkıntılara yol açtığı gösterilmiştir (12).

3.3.6 Bacak ülserleri

Bacak ülserleri yavaş iyileşmeleri ve sık görülmeleri nedeniyle dermatologlar ve hastalar için problem oluşturabilmektedirler (4). Buna yönelik, 34 bölümden oluşan bir test kullanılmıştır. Bu bölümler ağrı, uyku, tedaviyle ve bacak ülserini düşünmekle harcanan vakit ve 29 genel sorudan oluşur (5,12).

3.3.7 Androgenetik Alopesi

Saçlar kişinin dış görünüşünü etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Kişinin başka insanlar tarafından güzel ve çekici bulunmasında rol oynarlar. Saç dökülmesi sonucu özgüven kaybı ve kendini yetersiz hissetme gibi psikososyal bozukluklar ortaya çıkabilir (12). Dermatolojiye spesifik anketler kullanılarak kişinin psikolojik durumu üzerinde oluşturduğu etki saptanabilir.

a) Women's Androgenetic Alopecia Quality of Life Questionnaire

Kadınlarda androgenetik alopesinin yaşam kalitesine etkisini değerlendiren bir testtir (12).

4-YARARLILIK ÖLÇÜMLERİ

Yararlılık ölçümleri, hastaların sağlıklarına verdikleri hipotetik varsayımsal değeri ölçmek amacıyla tasarlanmış sorulardan oluşur. Bu nedenle bunlar muhtemel sağlık durumu için kullanılan kantitatif ifadelerdir. Değerler para, zaman harcama veya diğer hastalıklarla karşılaştırma açısından ifade edilebilir. Örneğin maddi değer için hastalara hastalıklarının tedavisi için ne kadar para harcamaya hazır oldukları sorulur (4,5,41). Akne, psoriasis, atopik dermatitli erişkin hastalarda uygulanmıştır (5). Ciddi psoriasisli pek çok hasta hastalıklarının diabetes mellitustan daha kötü olduğunu düşünmektedirler. Gerçekten tesadüfen her iki hastalığın da beraber bulunduğu hastalar, psoriasisin daha kötü olduğunu belirtmişlerdir (4). Hastanın gelir kaynağıyla ilgili bilgilerle birleştirildiğinde sonuçlar daha anlamlı olacaktır (5). Erişkin atopik dermatitli hastalarda yapılan bir çalışmada, ciddi atopik dermatiti olan erişkin hastaların %49'u eğer atopik dermatitin tam tedavisi mümkünse 10000 £ (U.K) ve üstünü harcayabileceklerini belirtmişlerdir. Bu onların maaşlarıyla ilişkilendirildiğinde, ciddi atopik dermatiti olan hastaların tedavi için bir yıllık maaşlarının ortalama %77'sini harcayabilecekleri belirtilmiştir (41). Bu ölçümler hastaların hastalıklarına bakış açılarını değerlendirme ve çeşitli alanlara kaynak ayırmada öncelik gibi konularda bize yardımcı olabilir (4).

5-ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTE ÖLÇÜM TESTLERİ

Çocuklarda yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili erişkinlere göre daha az sayıda çalışma vardır. Çocuklarda yaşam kalitesinin ölçümü erişkinlere göre daha zordur. Yaşa göre değişen anlama kabiliyeti, çocukların bakış açısının ailelerinkinden ayrımında güçlük, yaş ile beraber normal aktivitelerin değişmesi ve ailelerin ve çocukların hastalıktan etkilenme derecelerinin farklılığı çocuklarda yaşam kalitesinin ölçümünü zorlaştırır (5,13). Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden bazıları şunlardır:

-Fonksiyonel Durum Ölçümü (Functional Status Measure)

-Pediatrik Semptom Sağlıklı Kontrol Listesi (Pediatric Symptom Check List)

- Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (Children's Dermatology Life Quality Index)
- İnfant Dermatitlerinde Yaşam Kalite İndeksi (Infant's Dermatitis Quality of Life Index =IDQOL)

5.1 Fonksiyonel Durum Ölçümü (Functional Status Measure)

"Yeti yitimi olmayan" çocukların sağlık durumunu değerlendirir (12).

5.2 Pediatrik Semptom Sağlıklı Kontrol Listesi (Pediatric Symptom Check List)

Pediatrik dermatoloji kliniklerinde psikososyal değerlendirme amacıyla kullanılmıştır. Anne, baba tarafından cevaplanan 35 kısa soru içerir. Elde edilen skor normal/disfonksiyonel ayrımını yapmayı sağlar (5,41).

5.3 Çocuklarda Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (ÇDYKİ) (Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI))

4-16 yaş grubundaki çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla hazırlanan bir testtir. Çocuklardan alınmış bilgiler ışığında hazırlanan 10 sorudan oluşur. Geçerlilik çalışmaları, test-tekrar test ile ve iki sağlıklı kontrol grubu kullanılarak yapılmıştır (18). Tüm dermatolojik hastalıklar için kullanılabilir (41). Yetişkin DYKİ ile 1,2,4,5,6,10. soruları aynıdır. Yetişkinlerdeki alışveriş yapma, ev ve bahçeyle uğraşma, partner yada yakın arkadaşlarla ilişki, cinsel zorluklarla ilgili sorular yerine , arkadaş ilişkileri, uyku bozukluğu, okul ve tatil aktiviteleri ile ilgili sorular eklenmiştir (12) Psoriasis ve atopik dermatitli yatan hastalarda ve akneli poliklinik hastalarında yapılan çalışmalarda tedaviyi takiben skorlarda düzelme saptanmıştır (5).

5.4 İnfant Dermatitlerinde Yaşam Kalite İndeksi (Infant's Dermatitis Quality of Life Index =IDQOLI)

Dört yaşından küçük çocuklar için kullanılan, ebeveynlerin yanıtladığı on soruluk bir testtir (12,72). İnfanta direkt olarak soru sormak mümkün olmadığı için onun bakımını üstlenen kişiye, genellikle anneye sorular sorularak hastalığın infant

yaşamına etkisi konusunda fikir sahibi olunur (73). Uyku, oyun, giyinme, banyo, ruh hali ile ilgili alanlardaki problemlerle ilgili sorular sorulur (41). Dermatolojik hastalığı olan, özellikle de atopik dermatit gibi kronik bir hastalığı olan çocukların en az kendisi kadar ailelerinin de yaşam kalitesi etkilenebilir. Bunu değerlendirmek amacıyla “**Dermatitis Family Impact Questionnaire**” adında bir anket geliştirilmiştir (74). Aynı konuda başka bir grup tarafından biraz daha uzun olan (24 madde) bir ölçüm yöntemi de geliştirilmiştir (41).

6-KULLANILACAK UYGUN TESTLERİN SEÇİMİ

Kullanılacak yaşam kalite ölçüm testlerine karar verirken, bunların nasıl kullanılacağı, amacı ve kullanım sebepleri düşünülmelidir. Seçilecek test, kullanım amacının klinik, araştırmaya yönelik, denetleme, politik veya mali sebepler olup olmamasına göre değişir (5). Bu testler en sık klinik araştırmaların değerlendirilmesinde kullanılır. Klinik araştırmalarda yaşam kalite ölçümü özellikle yeni tedavilerin değerlendirilmesinde kullanılır (12,13).

Genel sağlık anketleri arasında seçim yaparken orijinalinin amacı bizimkine en uygun olanını seçmek en mantıklıdır.

Anket içerisinde sorulan soruların kapsadığı zaman dilimi de önemlidir. Bazı yaşam kalite ölçüm testleri sadece anketin yapıldığı gün ile ilişkilidir. Bu durumda eğer hakkında sorulan aktiviteler günlük olarak yapılıyorsa doğru sonuç alınabilir, ancak bu aktiviteler daha az sıklıkla yapılıyorsa bilgi eksik alınmış olur. Ayrıca eğer hastalık örneğin kronik ürtikerdeki gibi zaman zaman oluşuyorsa yine yanlış sonuç alınabilir. Sadece bugünle ilgili sorulan soruların avantajı doğru olma ihtimallerinin daha yüksek olmasıdır.

Eğer sorular bir zaman dilimi içinde belirtilmezse, cevaplar uzun vadedeki deneyimleri yansıtır. Bu tekrar değerlendirmelerde anlamlı veri sağlamayı zorlaştıracaktır. Anket sorularının içerdiği zaman aralığı için bir hafta veya dört hafta en uygun zaman aralığıdır (5).

Anketin seçiminde, anketin yapılması için gerekli sürenin kısalığı, anlaşılabilirlik ve skorumanın kolaylığı da göz önünde bulundurulmalıdır (12).

Anket seçilirken eğer dermatolojik hastalıklar arasında fark saptanmak isteniyorsa dermatolojiye özgü olanlar, hastanın yaşam kalitesine özgü detaylı bilgi isteniyorsa hastalıklara özgü olanlar veya genel sağlık anketleri tercih edilmelidir (13,30).

MATERYAL VE METOD

Ölçek ile İlgili Bilgi

DYKİ; İlk kez 1994'te Finlay ve Khan tarafından geliştirilmiştir (16). Tüm dermatolojik hastalıklardaki yaşam kalitesini değerlendirebilen, yani dermatolojik hastalıklara özgü, kısa, pratik bir testtir. DYKİ, on sorudan oluşur. Bu sorular hastanın hissettikleri, günlük aktiviteler, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi ile ilgili alanlarda oluşturulmuştur ve son bir haftayla ilgili durumu değerlendirirler. Genel olarak hastalığın son bir hafta içinde sosyal, fiziksel aktivasyonları etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmaktadır (5,12,13).

Bir ve ikinci sorular semptom ve hislerle, üç ve dördüncü sorular günlük aktivite ile, beş ve altıncı sorular boş vakitle, yedinci soru iş/okul ile, sekiz ve dokuzuncu sorular kişisel ilişkilerle, onuncu soru ise tedavi ile ilgili sorulardır. Her bir soru dört cevap seçeneği içerir (Ek 1). Cevaplar çok fazla, fazla, az, hiç seçeneklerinden biri seçilerek verilir. Bunların skorları sırasıyla 3,2,1,0 şeklindedir. Bunlara ek olarak bir de ilgili değil seçeneği vardır ve bunun skoru da sıfırdır. Toplam DYKİ skoru her bir sorunun skorlarının toplanması ile hesap edilir. Toplam skor minimum sıfır, maksimum 30'dur. Toplam skor arttıkça hastalığın yaşam kalitesine etkisi de artmaktadır. Anket formatının tek bir sayfaya sığdırılabilir olması ve skorlamasının basit olması nedeniyle yoğun kliniklerde yapılan araştırmalar için pratik bir kullanım imkanı sağlar (5,16).

Denekler

Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Polikliniğine Ocak 2002-Ocak 2003 tarihleri arasında başvuran 6 gruptan toplam 357 denekle yapıldı. Akne vulgaris grubu 86, psoriasis grubu 53, kronik ürtiker grubu 48, vitiligo grubu 30, bu dermatolojik hastalıklar dışında diğer dermatolojik

hastalıkları olanların grubu 36, normal populasyondan oluşturulan sağlıklı kontrol grubu ise 104 denekten oluşuyordu. DYKİ erişkin hastalara yönelik bir anket olduğu için 18 yaşından küçükler çalışmaya alınmadı. Deneklerin 204 (%62)'ü kadın , 153 (% 38)'ü erkekti.

Tüm hastalık gruplarında tanı klinik olarak kondu. Tüm hastalara DYKİ verilerek hastaların buradaki soruları kendilerinin cevaplaması istendi. Sağlıklı kontrol grubu olarak 104 sağlıklı deneğe de aynı şekilde test uygulandı.

Ölçeğin Çevirisi

DYKİ'ni ilk geliştiren kişi olan Dr. Andrew Finlay'den Temmuz 2001 tarihinde alınan onayla, DYKİ'nin Türkçeye uyarlanmış şekli çalışmamızda kullanıldı.

Veri Analiz Yöntemleri

İstatistiksel işlemler; Tüm veri tabanı işlemleri ve istatistiksel işlemler için SPSS for Windows 10.0 (Statistical Packages for Social Sciences; Microsoft, USA) programı kullanıldı. Tüm istatistiksel işlemlerde 0.05'ten küçük p değerleri anlamlı olarak kabul edildi.

Ölçeğin Güvenirliği; Ölçeğin güvenilirliğini belirleyebilmek amacıyla test tekrar test güvenilirliği ve Cronbach alfa ve Gutmann's Split Half katsayıları ile ortaya konan ölçek iç tutarlılığı değerlendirildi. Test tekrar test yönteminde, herhangi bir dermatolojik hastalığı olmayan (n=30) veya stabil hastalığı bulunan (n=31) toplam 61 kişiye ölçek bir hafta sonra tekrar uygulandı. Test-tekrar test güvenilirliği için; Pearson bağıntı testi yöntemi kullanıldı.

Ölçeğin geçerliği; Total DYKİ skoru, testi oluşturan 10 soruya verilen cevapların skorlarının toplamı ile elde edildi. Gruplar arasında ortalama DYKİ skorlarının farklılık gösterip göstermediği, ikiden fazla grup bulunduğu için *tek yönlü varyans analizi* (One-Way ANOVA) ile değerlendirildi.

DYKİ skoruna cinsiyetin etkisinin de incelenebilmesi için; tanı ile cinsiyetin faktör olarak ve DYKİ skorunun bağımlı değişken olarak alındığı *iki yönlü varyans analizi* (Two-way ANOVA) yapıldı.

Varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık bulunduğunda ($p<0.05$) anlamlılığın nereden kaynaklandığını ortaya koyabilmek için *Post Hoc Tukey's* testi uygulandı.

BULGULAR

a) Demografik Veriler:

Tez çalışması 18 yaş ve üzerindeki, altı gruptan toplam 357 denek üzerinde yapıldı. Birinci grupta yaş ortalaması 22.5 ± 3.7 olan 86 akne vulgarisli hasta bulunmaktaydı ve bunların 19'u erkek, 67'si kadındı. İkinci grupta yaş ortalaması 35.3 ± 12.1 olan, 25 erkek, 28 kadından oluşan toplam 53 psoriasisli hasta, üçüncü grupta yaş ortalaması 31.3 ± 8.6 olan, 17 erkek, 31 kadından oluşan toplam 48 kronik ürtikerli hasta, dördüncü grupta yaş ortalaması 32.5 ± 12.7 olan, 19 erkek ve 11 kadından oluşan toplam 30 vitiligolu hasta, beşinci grupta diğer dermatolojik hastalıkları bulunan, yaş ortalaması 32.0 ± 12.7 olan, 16 erkek ve 20 kadından oluşan toplam 36 hasta ve altıncı grupta sağlıklı kontrol grubu olarak, yaş ortalaması 31.8 ± 8.4 olan, 57 erkek ve 47 kadından oluşan toplam 104 sağlıklı denek bulunuyordu. Tablo 1'de grupların tanımlayıcı verileri (sayı, cinsiyet dağılımı, ortalama yaş ($\pm$ standart sapma) verilmiştir.

Hasta grubunun %34'ünü akne vulgarisli hastalar, %20.9'unu psoriasisli hastalar, %19'unu kronik ürtikerli hastalar, %11.9'unu vitiligolu hastalar, %14.2'sini ise bu hastalıklar dışında diğer çeşitli dermatolojik hastalıkları bulunan hastalar oluşturmuyordu (Tablo2)

Tablo 1: Grupların sayıları, cinsiyet dağılımları ve ortalama yaşları.

Tanı	Hasta Sayısı	Cins (E /K)	Ortalama yaş± S.S
Sağlıklı kontrol	104	57E,47K	31.8±8.4
Hasta grubu (toplam)	253	96E,157K	29.39±10.7
Akne Vulgaris	86	19E,67K	22.5±3.7
Psoriasis	53	25E,28K	35.3±12.1
Kronik Ürtiker	48	17E,31K	31.3±8.6
Vitiligo	30	19E,11K	32.5±12.7
Diğer Dermatolojik Hastalıklar	36	16E,20K	32.0±12.7

Tablo 2: Hastalık Gruplarının Yüzdeleri

Tanı	%
Akne Vulgaris	34
Psoriasis	20.9
Kronik Ürtiker	19
Vitiligo	11.9
Diğer Dermatolojik Hastalıklar	14.2

b) Skorlar ile ilgili veriler:

Tüm gruplardaki yaşam kalite skorları Tablo3'te gösterildi. Akneli hastalarda en düşük DYKİ skoru 0, en yüksek skor 25, ortalama skor 9.5 (S.S±5.3, n=86),

psoriasisli hastalarda en düşük skor 0, en yüksek skor 29, ortalama skor 12.3 (S.S $\pm$ 7.8, n=53), kronik ürtikerli hastalarda en düşük skor 0, en yüksek skor 27, ortalama skor 11.7 (S.S $\pm$ 7.0, n=48), vitiligolu hastalarda en düşük skor 2, en yüksek skor 17, ortalama skor 5.8 (S.S 4.0, n=30), diğer dermatolojik hastalıklarda ise en düşük skor 0, en yüksek skor 25, ortalama skor 9.4 (S.S $\pm$ 6.7, n=36) olarak saptandı. Tüm hastalar için ortalama DYKİ skoru 10.03 (S.S $\pm$ 6.5, n=253) olarak saptandı.

Sağlıklı kontrol grubunda ise en düşük skor 0, en yüksek skor 8, ortalama skor 0.9 (S.S 1.4, n=104) olarak saptandı. En yüksek DYKİ skoru psoriasisli hasta grubunda bulundu (Tablo 3, Şekil 1)).

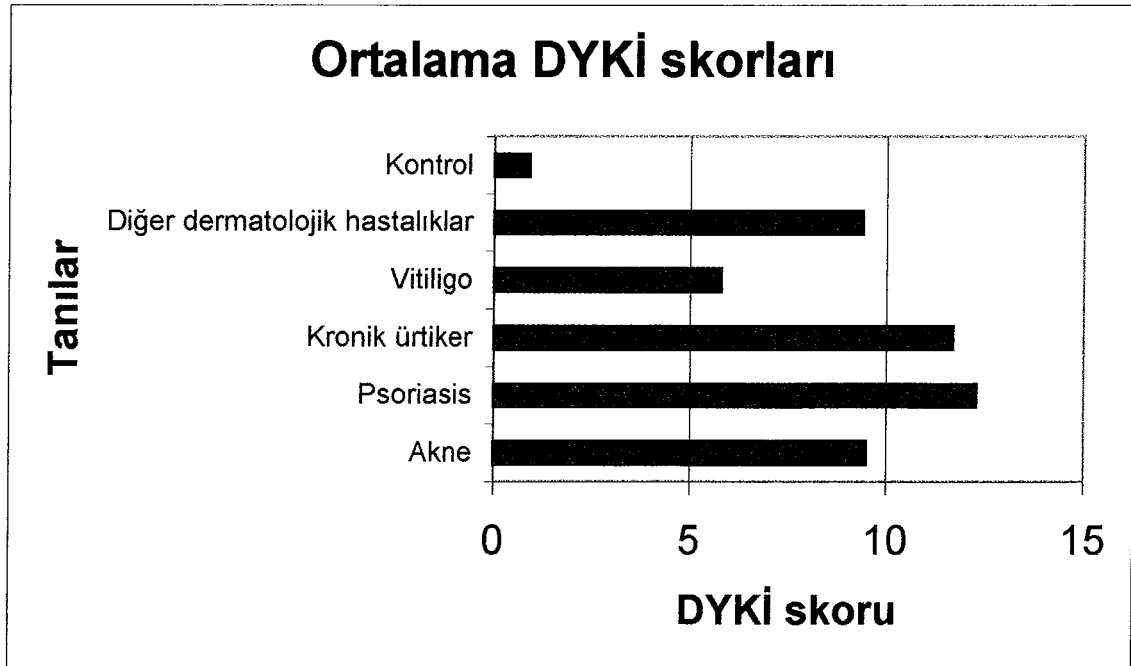
Toplam skoru sıfır olanların yüzdesi akne grubunda %1.2, psoriasis grubunda %1.9, kronik ürtiker grubunda %2.1, vitiligo grubunda %0, diğer dermatolojik hastalıkları olanlarda %2.8, sağlıklı kontrol grubunda ise %54.8 olarak saptandı (Tablo 4).

Tablo 3: Hasta ve kontrol gruplarının sayıları, ortalama DYKİ skorları ve DYKİ skor aralıkları.

Tanı	Hasta Sayısı	Ortalama DYKİ Skoru $\pm$ S.S	DYKİ Skor Aralığı (min-maks)
Sağlıklı kontrol	104	0.91 $\pm$ 1.4	0-8
Hasta grubu (toplam)	253	10.03 $\pm$ 6.5	0-29
Akne Vulgaris	86	9.5 $\pm$ 5.3	0-25
Psoriasis	53	12.3 $\pm$ 7.8	0-29
Kronik Ürtiker	48	11.7 $\pm$ 7.0	0-27
Vitiligo	30	5.8 $\pm$ 4.0	2-17
Diğer Dermatolojik Hastalıklar	36	9.4 $\pm$ 6.7	0-25

Tablo 4: Gruplara göre total DYKİ skoru sıfır ve sıfırdan büyük olanların yüzdeleri

Tanı	Total DYKİ skoru sıfır olanlar (%)	Total DYKİ skoru sıfırdan büyük olanlar (%)
Akne Vulgaris	1.2	98.8
Psoriasis	1.9	98.1
Kronik Ürtiker	2.1	97.9
Vitiligo	0	100
Sağlıklı Kontrol	54.8	45.2

**Şekil 1:** Gruplara göre ortalama DYKİ skorları

c) Ölçeğin Güvenirliği

Hastalığı göreceli olarak stabil seyreden hastalar (akne vulgaris, psoriasis, vitiligolu hastalar gibi) ve normal popülasyondan oluşan 61 deneğe bir hafta arayla iki kez uygulanan DYKİ skorları arasında çok yüksek seviyede bir uyum bulundu. Pearson bağıntı analizi ile elde edilen bağıntı katsayısı (r) 0,91'di. (Pearson korelasyon katsayısı=0,91; $n=61$ ve $p<0,0001$). Görüldüğu gibi ölçeğin test–tekrar test güvenirliği mükemmel düzeydedir ve belirli bir zaman aralığında deneklerin verdikleri yanıtlarda hemen hiç değişim olmamaktadır. Dolayısıyla farklı zamanlarda sabit kalan yüksek bir ölçme/değerlendirme gücüne sahiptir. Ayrıca sorulardan her birinden alınan puanın o soru dışta bırakılarak elde edilen DYKİ skoru ile bağıntı (doğerulanmış item–total ölçek skoru korelasyonu) katsayıları (tekrarlayan Pearson bağıntı analizleri ile) 0,51 ile 0,71 arasında değerismekteydi. Tüm korelasyonlar istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlıydı (tüm sorular için $p<0,001$).

Her bir soru için, ayrı ayrı diğer sorularla korelasyonu Tablo 5'te verilmiştir. Görüldüğu gibi korelasyon katsayıları 0,27 ile 0,62 arasında değerismekteydi. Sonuç olarak soruların tümü de ayrı ayrı diğer sorularla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon göstermektedir.

Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı tüm popülasyon göz önüne alındığında 0.89 olarak bulundu. Hasta grupları ayrı ayrı incelendiğinde (Tablo 6) alfa katsayılarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

İç tutarlılık ve güvenirliğin ölçümünde ikinci olarak "Guttman's Split Half" yöntemi uygulandı ve bu değer 0.87 olarak bulundu. Buna göre hem ayrı ayrı hem de tüm popülasyonda yüksek iç tutarlılık katsayıları elde edilmiştir.

Tüm deneklerde iç tutarlılığı değerlendiren diğer yöntemlerle de yüksek iç tutarlılık katsayıları elde edildi. Bunlardan Spearman-Brown katsayısı 0.87, Gutman Split Half katsayısı 0.87 olarak saptandı.

Tablo 5: DYKI Korelasyon Katsayıları

	DYKI1	DYKI2	DYKI3	DYKI4	DYKI5	DYKI6	DYKI7	DYKI8	DYKI9	DYKI10
DYKI1	1.00									
DYKI2	0.52	1.00								
DYKI3	0.50	0.48	1.00							
DYKI4	0.41	0.47	0.55	1.00						
DYKI5	0.43	0.49	0.53	0.62	1.00					
DYKI6	0.30	0.32	0.44	0.42	0.43	1.00				
DYKI7	0.49	0.40	0.58	0.45	0.49	0.50	1.00			
DYKI8	0.48	0.57	0.53	0.50	0.51	0.35	0.45	1.00		
DYKI9	0.27	0.33	0.38	0.42	0.33	0.31	0.39	0.42	1.00	
DYKI10	0.47	0.46	0.46	0.50	0.54	0.42	0.49	0.51	0.41	1.00

Tablo 6: Cronbach Alfa ve Split Half sayılarının gruplara ve tüm popülasyona ait değerleri

Tanımlar (n)	Cronbach'ın Alfa Değeri	Split Half Değeri
Hastalar (toplam) (253)	0.85	0.83
Akne Vulgaris (86)	0.78	0.65
Psoriasis (53)	0.89	0.90
Kronik Ürtiker (48)	0.86	0.84
Vitiligo (30)	0.70	0.75
Diğer Dermatolojik Hastalıklar (36)	0.85	0.84
Sağlıklı Kontrol (104)	0.54	0.46

e) Ölçeğin Geçerliği

Tek yönlü varyans analizi sonucunda DYKİ skorunun gruplar arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiği tesbit edildi ($F=49,33$; $p<0,0001$). Anlamlılığın nereden kaynaklandığını araştırmak amacıyla yapılan Post Hoc Tukey testi tüm hasta gruplarının kontrol grubundan çok ileri seviyede anlamlı bir şekilde ayrıldığını gösterdi ($p<0,0001$). Buna karşın hasta grupları vitiligo dışında birbirinden DYKİ skoru açısından ayrılmamaktadırlar ($p>0,05$). Sadece vitiligo yaşam kalitesi açısından nispeten daha az yakınmaya neden olmuş ve buna bağlı olarak diğer hasta gruplarından (psoriasis, akne ve kronik ürtiker gruplarından) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ayrılmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Post Hoc Karşılaştırmalar
(Ortalama farklılık katsayıları)

	Sağlıklı Kontrol	Akne Vulgaris	Psoriasis	Kronik Ürtiker	Vitiligo
Sağlıklı kontrol		-8.55***	-11.36***	-10.79***	-4.85***
Akne Vulgaris	8.55***		-2.81*	-2.24	3.69*
Psoriasis	11.36***	2.81*		0.57	6.51***
Kronik Ürtiker	10.79***	2.24	-0.57		5.94***
Vitiligo	4.85***	-3.69*	-6.51***	-5.94***	

* : Anlamlı fark ($p<0.05$)

***: Çok ileri seviyede anlamlı fark ($p<0.0001$)

Cinsiyetin DYKİ skoruna etkisi olup olmadığını incelemek için iki yönlü varyans analizi yapıldı. Bu istatistik için DYKİ puanı bağımlı değişken olarak alındı. Deneğin grubu (hasta ya da kontrol) ve deneğin cinsi (kadın ya da erkek) ise faktör olarak analize yerleştirildi. Sonuçta cinsin etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($F=0,137$; $p=0,71$). Cins-grup etkileşimi de yine anlamsızdı ($F=0.028$; $p=0.87$). Buna karşın grup (hasta ya da kontrol) etkisi çok ileri seviyede anlamlıydı ($F=189.01$; $p<0.0001$). Bu sonuç DYKİ skoru üzerine cinsiyetin bir etkisinin

olmadığını tüm etkinin tanı (hasta ya da kontrol) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yani ister kadın ister erkek olsun dermatolojik hastalığın oluşturduğu yaşam kalitesi bozukluğundan birey aynı düzeyde etkilenmektedir. Cinsiyetin etkiyi artırıcı ya da azaltıcı bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 8: Cinsiyet ve hasta/kontrol gruplarına göre ortalama DYKİ skorları.

	Erkek	Kadın
Kontrol Grubu	0.71 (S.S:1.40)	1.06 (S.S:1.37)
Hasta Grubu	9.94 (S.S:6.62)	10.08 (S.S:6.58)

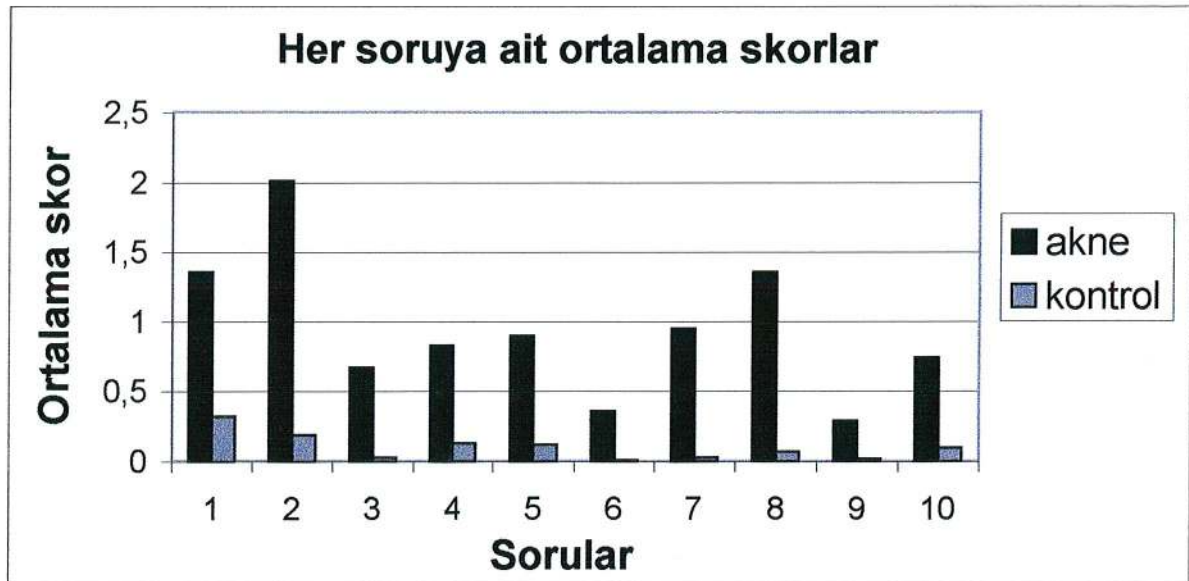
Cevapların Analizi

Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarındaki her bir sorunun ortalama skoru Şekil2 de gösterilmiştir. Tüm hasta grupları ele alındığında, özellikle 1., 2., 7. ve 8. sorularda skor daha fazla saptandı.

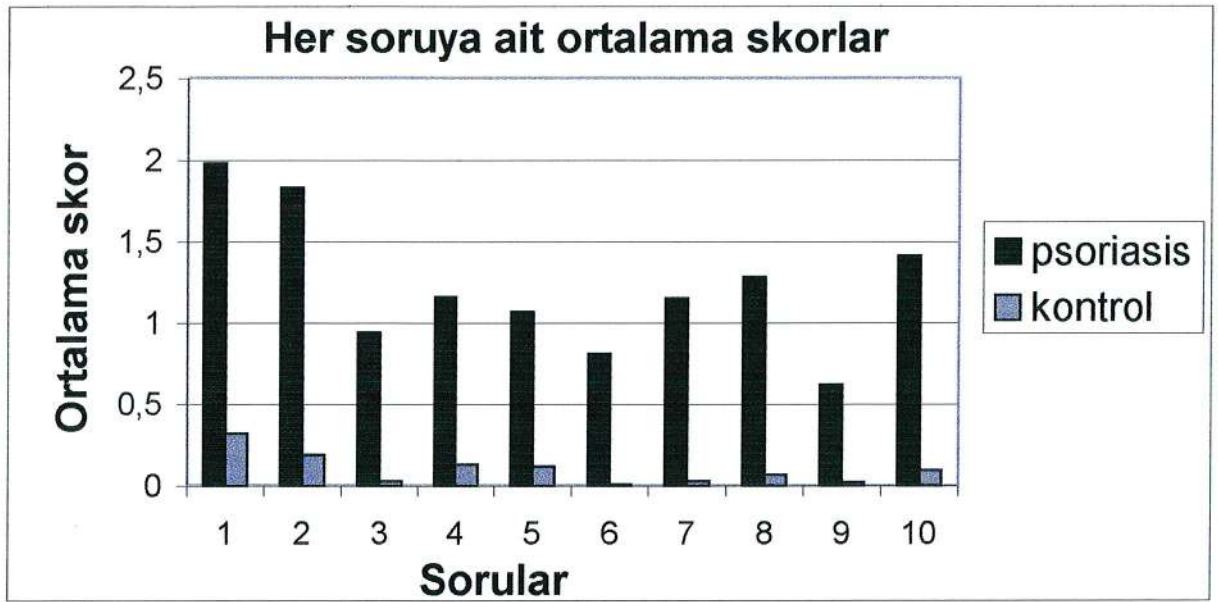
Akne vulgarisli hasta grubunda 1., 2., 8, psoriasis grubunda 1., 2., 8., 10., kronik ürtiker grubunda 1., 2., 7., 8., vitiligo grubunda ise 2. ve 8. soruların skorları diğerlerine göre daha yüksek olarak saptandı (Şekil 3,4,5,6).



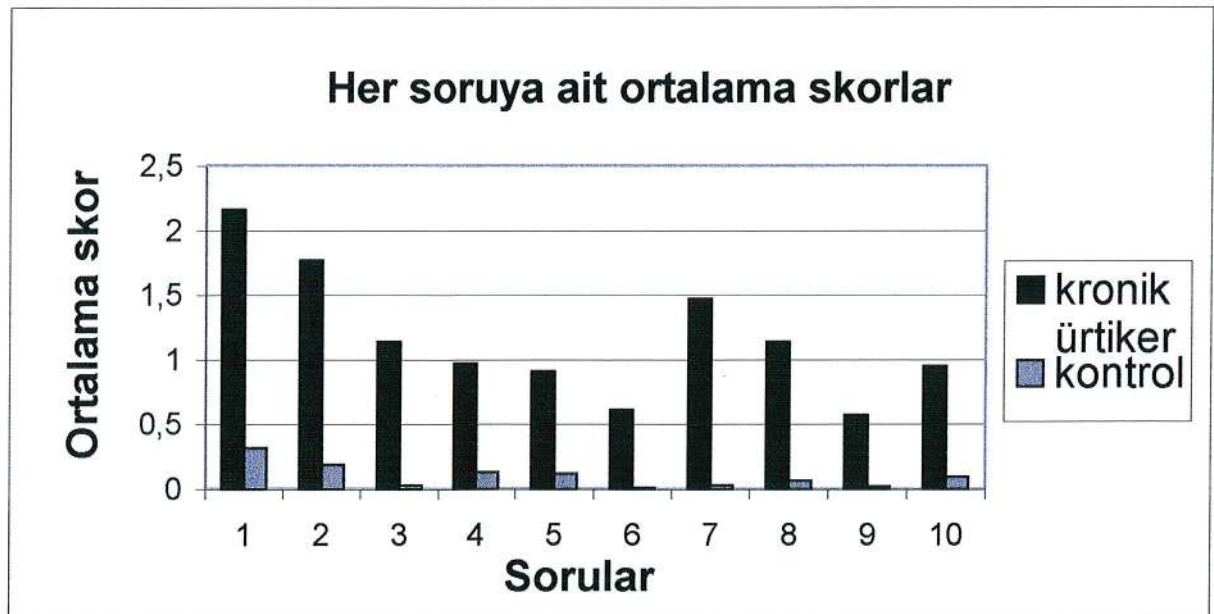
Şekil 2: Hasta ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar



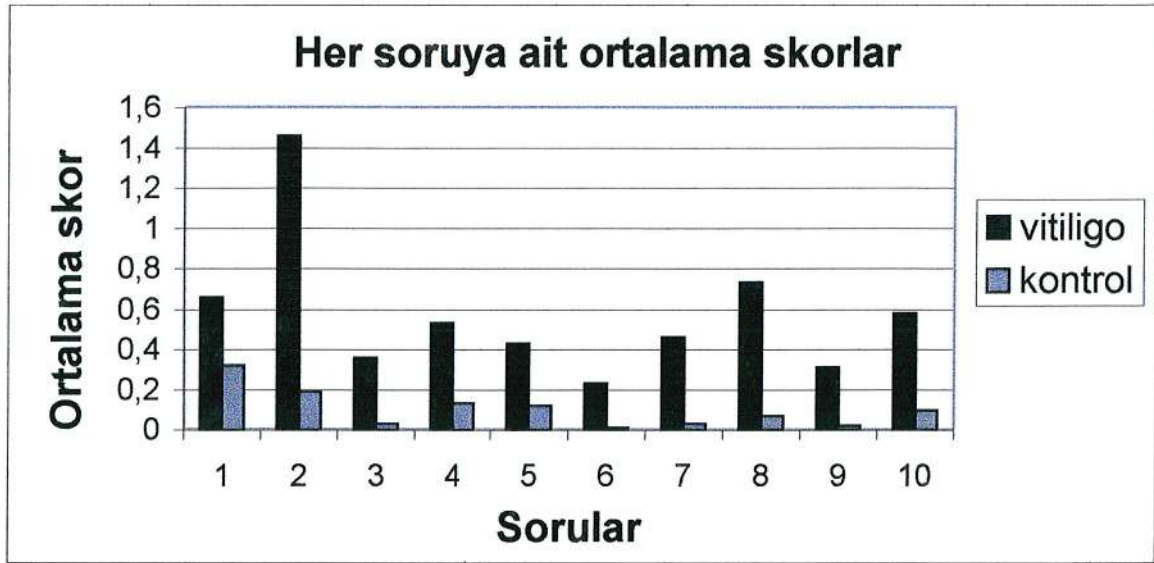
Şekil 3: Akne ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar



Şekil 4: Psoriasis ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar



Şekil 5: Kronik ürtiker ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar



Şekil 6: Vitiligo ve kontrol grubunda her bir soruya ait ortalama skorlar

TARTIŞMA

Geçmişte hastalıkların tedavi sonucu değerlendirmeleri genellikle sadece klinik değişiklikler göz önünde tutularak yapılıyordu. Ancak sadece bu boyutu değerlendirmek yeterli olmamaktadır. Bu nedenle buna ilaveten hastaların bakış açılarından çıkarılan sonuçları da değerlendiren yaşam kalite ölçüm testleri kullanılmalıdır. Hastalıkların optimal tedavisi için psikososyal etkilerin de göz önünde bulundurulması gerekliliği önemlidir. Gerçekten de hastalara verilen medikal tedavinin en önemli yönü onların fonksiyonel kapasiteleri yanında, iyilik hallerini de nasıl etkilediğidir (70).

Son yıllarda dünyada yaşam kalitesiyle ilgili pek çok çalışma yapılmaktadır. Ancak henüz ülkemizde bu konuda çok fazla çalışmaya rastlanmamaktadır. Hemen tamamı yabancı kültürler içerisinde hazırlanmış pek çok yaşam kalite ölçüm testi bulunmaktadır ve bu testlerin değerlendirme, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları da doğal olarak yine kendi kültürel çevreleri içerisinde yapılmaktadır

Özellikle dermatolojik hastalıkların kişilerde oluşturduğu psikolojik ve sosyal bozukluklar üzerinde, içinde yaşanılan toplumun yapısı, bu hastalıklara tepkileri ve tutumları oldukça etkili olmaktadır. Bu nedenle, bir hastalık her toplumda yaşam kalitesinin farklı boyutlarını etkileyebilmektedir.

Yaşam kalitesi ölçüm testleri oluşturulduğu toplum ve kültürel çevre dışında, başka bir topluma ve farklı bir kültürel çevreye uygulanacağı zaman bu durumlar da göz önüne alınmalıdır. Testin uyarlanması ilk yapılacak şey çevirisinin yapılmasıdır. Ancak başka bir dile yapılan basit çeviri uygulanacağı yeni çevre veya toplum için uygun olmayabilir (3). Bu nedenle uygulanacak test yeni dile çevrilirken kültürler arası adaptasyonunun yapılması ve daha sonra uyarlanmış formun, geçerlik, güvenirlik, standardizasyon çalışmalarının tamamlanması gerekir (7).

DYKİ, şimdiye kadar pek çok toplumda farklı dillere çevrilerek kullanılmıştır. Örneğin Fransızca, Almanca, İtalyanca, İspanyolca, Fince, Norveççe, İspanyolca, İsveççe gibi dillere çevrilmiştir (5,12). Ülkemizde de DYKİ kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalar mevcuttur (10,75). Ancak bu testin bizim toplumumuz içinde yapılan bir geçerlik ve güvenirlik çalışmasına rastlanmamaktadır.

DYKİ tüm dermatolojik hastalıklarda uygulanabilen oldukça pratik bir testtir (13). On sorudan oluşur ve sorular tek bir sayfaya sığdırılabilir. Bir-üç dakika gibi kısa bir sürede yardıma ihtiyaç olmadan cevaplanabilir ve skorlaması da çok basit bir şekilde yine kısa sürede yapılabilir. Bu nedenle yoğun dermatoloji kliniklerinde rahatlıkla, fazla zaman kaybı olmadan uygulanabilecek bir testtir.

DYKİ'nin sayılan avantajları nedeniyle, özellikle yoğun kliniklerde uygulama kolaylığını da düşünerek, bizim toplumumuz içinde uygun bir şekilde kullanılabilmesi amacıyla DYKİ'nin Türkçe'ye uyarlanmış şeklinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmayı uygun bulduk.

DYKİ ilk olarak 1994'te İngiltere'de Wales Üniversitesinde Finlay ve Khan (16) tarafından geliştirilmiş bir testtir. Finlay ve Khan (16) 120 hasta üzerinde yaptıkları ön çalışmayla geliştirdikleri bu testin, ilk geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaşları 15-75 arasında değişen, çok çeşitli dermatolojik hastalıkları olan 200 hasta grubu (84 erkek,116 kadın) ve 100 sağlıklı kontrol grubu (40 erkek, 60 kadın) üzerinde araştırmışlardır, ve sonuçta testin geçerli ve güvenilir bir test olduğunu bildirmişlerdir. DYKİ'ni oluşturan sorulardan 1. ve 2. sorular semptom ve hislerle, 3. ve 4. sorular günlük aktivite ile, 5. ve 6. sorular boş vakitle, 7. soru iş/okul hayatı ile, 8. ve 9. sorular kişisel ilişkilerle, 10. soru ise tedavi ile ilgili sorulardır. Bu çalışmada özellikle 1., 2., 4. ve 5. soruların skorları diğerlerine göre nispeten daha yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise 1., 2., 7. ve 8. soruların skorları en yüksek saptanmıştır. Görüldüğü gibi bir ve ikinci sorular her iki çalışmada da ortak olarak yüksektir. Diğer sorulardaki yüksekliklerin farklı olmasının sebebi hem toplumsal farklılıklar, hem de hastalık gruplarının tamamen aynı olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Finlay ve Khan'ın çalışmasında (16), atopik ekzema ve pruritustan sonra en yüksek skor psoriasiste bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da en yüksek skor psoriasiste saptanmıştır.

Çalışmamızda DYKİ skorunun kadın ve erkek grupları arasında belirgin bir fark göstermediği saptanmıştır. Yani cinsiyetin yaşam kalitesi skorunu artırıcı veya azaltıcı bir etkisi bulunmamaktadır. Bu sonuç Finlay ve Khan'ın çalışmaları ve yapılan diğer çalışmalarla da uyumludur (6,16,38,76).

Finlay ve Khan (16), yaptıkları test-tekrar test güvenilirlik değerlendirmesi sonucunda testin güvenilirliğini yüksek olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da DYKİ'nin Türkçe'ye uyarlanmış şeklinin test-tekrar test güvenilirliği mükemmel düzeyde saptanmıştır. Belirli bir zaman aralığında deneklerin verdikleri yanıtlarda hemen hiç değişim olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla bu test farklı zamanlarda sabit kalan yüksek bir ölçme/ değerlendirme gücüne sahiptir.

İlk geçerlik çalışmasında Finlay ve Khan (16), testin hasta ve sağlıklı grubu birbirinden anlamlı bir şekilde ayırdığını göstermişlerdir. Tüm hasta gruplarının ortalama skorları, bu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da kontrol grubundan anlamlı derece de yüksek bulunmuştur. Yani çalışmamızda tüm hasta grupları, kontrol grubundan çok ileri seviyede anlamlı bir şekilde ayrılıyordu ($p<0.0001$) ve yine gruplar arasında da önemli derecede farklılıklar olduğu saptandı. Bu da gösteriyor ki DYKİ farklı bir dilde uygulansa bile hasta kontrol grubunu birbirinden rahatlıkla ayırabilen geçerli ve güvenilir bir testtir.

Çalışmamızda testin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Bu da göstermektedir ki DYKİ Türkçe'ye uyarlanmış haliyle iç tutarlılığı çok yüksek olan (istatistiksel açıdan mükemmel düzeyde) bir ölçüm aracıdır.

Hasta ve kontrol grupları ayrı ayrı incelendiğinde görülmektedir ki DYKİ'nin sağlıklı bireylerdeki iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı:0.54) hasta gruptan (0.85) biraz daha düşüktür. Bu düşüklük kontrol grubundaki deneklerin yanıtlarının genellikle düşük puanlara ve hatta çoğunlukla sıfır (0) puana doğru polarize olmasından kaynaklanmaktadır.

DYKİ'nin İspanyolca versiyonu ile yapılan bir geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, 114 ekzemalı, 123 psoriasisli toplam 237 hasta ve 100 kontrol grubu üzerinde çalışılmıştır. Sonuçta Cronbach alfa katsayısı 0.83, test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır (38). Bulunan bu sonuçlar ile bizim sonuçlarımız birbiriyle uyumludur.

Güney Afrika'nın Cape kasabasında DYKİ'nin farklı etnik ve sosyal gruplardan oluşan 607 hasta ve 53 kontrol grubuna uygulanmasıyla yapılan bir çalışmada DYKİ toplumun kültürel ihtiyaçlarına göre düzenlenerek bu şeklinin geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda çeşitli dillere uyarlanan DYKİ' nin geçerli ve güvenilir bir test olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmayla elde edilen sonuçlar da Finlay ve Khan'ın orijinal çalışmasıyla uyumlu olarak bulunmuştur (76).

Amerika'da Indiana Üniversitesinde yapılan bir çalışmada 200 hastalık bir çalışma grubuna DYKİ'nin ingilizce formu uygulanmış ve bir anketin çeviri yapılmadan aynı dilde bile olsa, farklı bir kültürel çevreye uygulanacağı zaman geçerliğinin yeniden değerlendirilmesinin uygun olacağına dikkat çekilmiştir (6). Bu çalışma ile DYKİ'nin farklı kültürel ortamlarda uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir test olduğu gösterilmiş, uluslararası araştırmalarda kullanılabileceği ispat edilmiştir.

De Tiedra et al. (77) dermatolojide mevcut olan yaşam kalite ölçüm testlerini değerlendirmiş ve DYKİ'nin uluslararası çalışmalarda kullanıma uygun bir test olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca farklı kültürlere uygulanacak testlerin mutlaka adaptasyonunun yapılması gerektiğini de belirtmişlerdir.

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, DYKİ kullanılarak sık görülen bazı dermatolojik hastalıkların yaşam kalitesine etkileri karşılaştırılmıştır (10). Yüzeyel mantar hastalıkları, papüloskuamoz hastalıklar ve aknesi olan toplam 149 hastaya DYKİ uygulanarak yapılan bu çalışmada akneli hastalardaki ortalama skor 3.8 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki akne grubundaki ortalama skor ise 9.5 olarak saptanmıştır. Bu farklılık hastaların klinik olarak akne şiddetlerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Her üç grupta da en yüksek skor birinci soruda elde edilmiştir. Akne grubunda en yüksek skor sırasıyla 1., 2. ve 10. sorularda saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da akne grubunda 1., 2. ve 8. sorular diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Kent ve al-Abadie'nin (44) yaptığı bir çalışmada DYKİ kullanılarak vitiligo, akne vulgaris ve kontrol grubu karşılaştırılmış ve vitiligo ve akne vulgarisli hastaların ortalama skorları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

DYKİ, tedavi sonrası da değerlendirilerek tedavinin etkinliği hakkında daha sağlıklı bilgiler elde etmemize yardımcı olabilir. Ayrıca farklı tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesi üzerinde yaptıkları değişiklikleri saptamamıza da yardımcı olabilir.

Newton ve ark. (78) yaptıkları bir çalışmada, akneli hastalara tedavi öncesi ve sonrası DYKİ uygulanmış ve tedavi sonrasında akne kliniği ile beraber yaşam kalitesinde belirgin düzelme olduğu saptanmıştır.

Başka bir çalışmada orta ve hafif derecede aknesi bulunan 105 hastada adapalene %0.1 jel ve tretinoin %0.025 jelin etkinliği ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Akneli hastalardaki ortalama DYKİ skoru 4.6 olarak bulunmuştur. Adapalene kullanan grupta DYKİ ile elde edilen yaşam kalite skorunun tretinoin kullananlara göre daha hızlı düzeldiği saptanmıştır (79).

Poon ve ark. (43) yaptığı bir çalışmada, farklı ürtikeryal gruplardaki 170 hastanın yaşam kalitesi DYKİ ile değerlendirilmiş ve gecikmiş bası ürtikeri ile beraber olan kronik ürtikerli hastalarda yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği saptanmıştır. Tedavi sonrası ise hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir düzelme olduğu görülmüştür. Kolinjerjik ürtikerli hastalarda sportif faaliyetlerle ilgili sorunun skoru en yüksek olarak saptanmıştır. Bu da göstermektedir ki bir hastalığın farklı tipleri bile yaşam kalitesinin farklı yönlerini etkileyebilmektedir.

Bizim çalışmamızda da toplam 48 kronik ürtiker hastasına DYKİ uygulanmış ve kronik ürtikerin yaşam kalitesini oldukça fazla etkileyebilen bir hastalık olduğu gösterilmiştir.

Tedavi etkinliğinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada, kısa süreli siklosporin tedavisi alan kronik plak tip psoriasis olan hastalarda yaşam kalitesi üzerindeki değişiklikler araştırılmış ve sonuçta klinik olarak düzelmeye yaşam kalitesindeki düzelmenin paralel olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca yine bu çalışmada baş, kol, bacaklardaki lezyonların gövdede görülenlere göre yaşam kalitesini daha fazla etkilediği saptanmıştır. Bu da görünen vücut alanlarındaki lezyonların yaşam kalitesine etkisinin daha fazla olduğunu göstermektedir (58). Bu değerlendirme bize çeşitli hastalarda lezyonların dağılımına göre bile tedavi seçeneklerimizi düzenlememizin önemli olduğunu düşündürmelidir.

Dermatolojik hastalıklar genelde hayatı tehdit etmeyen hastalıklar oldukları için, hayatı tehdit eden diğer sistemik ve kronik hastalıklar kadar önemli

görülmeyebilmektedirler. Dermatolojik hastalıklara spesifik olan DYKİ'nin, tüm dermatolojik hastalıklarda uygulanabilen genel yaşam kalite ölçüm testleriyle beraber kullanılması, dermatolojik hastalıkların ve diğer hastalıkların yaşam kalitesine etkilerini karşılaştırılabilme imkanını sağlar.

Yapılan bir çalışmada 111 akneli hastaya DYKİ ve genel yaşam kalite ölçüm testleri uygulanmış sonuçta akneli hastalarda kronik astma, epilepsi, diyabet, artritli hastalarda olduğu kadar yüksek oranda sosyal, psikolojik ve emosyonel problemlerin olduğu saptanmıştır. Böylece aknenin diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında hiç te önemsiz bir hastalık olmadığı vurgulanmıştır. Bu çalışmada ortalama DYKİ skoru 7.5 olarak saptanmış ve akne şiddeti ile DYKİ skorları arasında bir korelasyon saptanmamıştır (31).

DYKİ tüm dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek kısa, kolay uygulanabilen, skarlama sistemi basit ve yoğun kliniklerde de rahatlıkla kullanılabilecek bir testtir. Yaptığımız bu çalışma ile DYKİ'nin Türkçe'ye uyarlanan formunun saptanan iç tutarlılık ve güvenilirliği, şimdiye kadar yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, onlarla büyük bir benzerlik göstermekte ve oldukça güvenilir bir test olduğu ortaya çıkmaktadır. Birbirlerini destekleyen bu sonuçlar DYKİ'nin geçerliği ve güvenilirliği oldukça yüksek bir test olduğunu, değişik toplum ve kültürlere de adaptasyonunun yapılarak rahatlıkla uygulanabileceğini göstermektedir.

SONUÇLAR

- 1- DYKİ'nin Türkçe'ye uyarlanmış şekli oldukça yüksek bir geçerlik ve güvenirliğe sahiptir. Cronbach alfa katsayısının 0.89 olarak yüksek bir iç tutarlılığa işaret ettiği ve 0.91 olarak saptanan test-tekrar test korelasyon katsayısı ile de aynı kişide farklı zamanlarda göreceli olarak sabit kaldığı gösterilmiştir. DYKİ farklı tanı ve kontrol gruplarını birbirinden anlamlı bir şekilde ayırabilmektedir. Tek yönlü varyans analizinde $F=49.33$, $p<0.0001$ olarak saptanmıştır.
- 2- Çalışma grubumuzda DYKİ skorunu etkileyen tek faktör tanı (hasta-kontrol) olmuştur. Cinsiyet gibi ikinci bir değişkenin bir etkisi yoktur (Two-way ANOVA; $F=0.137$; $P=0.71$) Dolayısıyla hastalıktan her iki cins eşit olarak etkilenecektir.
- 3- Tüm hastalar için ortalama DYKİ skoru:10.03 ($SS=6.5$, $n=253$) olarak saptanmıştır.En yüksek DYKİ skoru psoriasisli hasta grubunda (12.3, $S.S=7.8$, $n=53$), en düşük DYKİ skoru ise vitiligolu hasta grubunda bulunmuştur (5.8, $S.S=5.8$, $n=30$)
- 4- Tüm hasta gruplarında her bir sorunun skoru değerlendirildiğinde, özellikle 1., 2., 7. ve 8. sorunun skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 5- Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi tüm dermatolojik hastalıklarda kullanılabilecek, kısa, uygulaması kolay, skorlaması basit, Türkçe'ye uyarlanmış şekli ile geçerli ve güvenilir bir testtir.

KAYNAKLAR

- 1-Aydemir EH. Psikokutan Dermatozlar. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. Dermatoloji. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1994; 717
- 2-Picot-Lemassaon A, Decocq G, Aghassian F, Leveque J.L. Influence Of Hairdressing On The Psychological Mood Of Women. Int J Cosmetic Science 2001; 23: 161-164
- 3-Haliova B, Beumont MG. Quality of life in dermatology. Int J Dermatol 2000; 39: 801-806
- 4-Finlay AY, Ryan TJ. Disability and handicap in dermatology. Int J Dermatol 1996; 35: 305-311
- 5-Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. Br J Dermatol 1997; 136: 305-314
- 6-Hahn HB, Melfi CA, Chuang TY, Lewis CW, Gonin R, Hana MP et al. Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in midwestern US urban clinic. J Am Acad Dermatol 2001; 45: 44-48
- 7-Sorias O. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Ed. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997; 81-93
- 8-Küçüktürk E, Yorulmaz F, Pişkin S, Tuğlu C, Molla S, Tuğlu ZÖ ve ark. Psoriasisde psikiyatrik belirtiler ve aleksitimi. Türkderm 1996; 30: 183-186
- 9-Aydemir AH. İletişim organı olarak derinin önemi ve psikokutan hastalıkların etiği. T Klin Tıp Etiği- Hukuku-Tarihi 2002; 10: 77-80
- 10-Başak PY. Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması. T Klin Dermatoloji 2000; 10: 171-174

- 11-Onsun N. Atopik dermatit ve yaşam kalitesi. *Türkderm* 1998; 32: 7
- 12-Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. *Türkderm* 2003; 37: 16-23
- 13-Köse O, Gür AR. Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. *T Klin Dermatoloji* 2000; 10: 270-274
- 14-World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manuel of classification related to the consequences of disease. Geneva: 1980
- 15-Price P, Harding KG. Defining Quality of life. *J Wound Care* 1993; 2: 304-306
- 16-Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index; A simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210-216
- 17-Anderson RT, Rajagopalan R, Winston S. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 41-50
- 18-Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol* 1995; 132: 942-946
- 19-Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1998; 57: 109-112
- 20-Kurwa H, Finlay AY. Dermatology inpatient management greatly improves life quality. *Br J Dermatol* 1995; 133: 575-578
- 21-Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; 27(3 suppl): S217-S232
- 22-Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile; development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805

23-Taboulet F, Halioua B, Malkin JE. Quality of life and use of health care among people with genital herpes in France. *Acta Derm Venereol* 1999; 79: 380-384

24-Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. Validation of Sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *Br J Dermatol* 1990; 123: 751-756

25-Salek MS, VardenBurg MJ. Measuring the quality of life in angina pectoris. *J Drug Therapy Res* 1988; 13: 186-191

26-Salek MS, Luscombe DK, Walker SR. Cardiovascular disease and quality of life. *Br J Clin Pharmacol* 1998; 26: 628-632

27-Blackford S, Roberts DL, Salek MS, Finlay AY. Basal cell carcinomas and their treatment cause little handicap-the reason for delayed presentation? *J Dermatol Treat* 1994; 5: 248-251

28-Salek MS, Finlay AY, Luscombe DK, Allen BR, Berth-Jones J, Camp RD et al. Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1993; 129: 422-430

29-Salek MS, Khan GK, Finlay AY. Questionnaire techniques in assessing acne handicap:reliability and validity study. *Qual Life Res* 1996; 5: 131-138

30-Lundberg L, Johannesson M, Silverpaul M, Hermansson C, Lindberg M. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. *Br J Dermatol* 1999; 141: 1067-1075

31-Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic quastionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672-676

32-Güleç AT, Taşkıntuna N, Duru Ç, Saray Y, Akçalı C. Alopesi areatada psikolojik faktörlerin rolü ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkderm* 2002; 36: 178-181

33-Mallon E, Newton JN, Klassen A, Ryan TJ, Finlay A. Standart patient quality of life instruments can be used to measure the benefits of acne treatment. *Br J Dermatol* 1995; 133 (Suppl. 45): 35

34-Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychol Med* 1983; 13: 349-353

35-Wessely SC, Lewis GH,. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 686-691

36-Lanigan SW, Cotterill JA. Psychological disabilities amongst patients with port-wine stains. *Br J Dermatol* 1989; 121: 209-215

37- Root S, Kent G, al-Abadie MS. The relationship between disease severity, disability and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology* 1994; 189: 234-237

38-Badia X, Mascaro JM, Lozano R. Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensibility of change of the DLQI. *Br J Dermatol* 1999;141: 698-702

39-Lindholm C, Bjellerup M, Christensen OB. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol* 1993; 73: 440-443

40-O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J. Chronic urticaria: impact on quality of life. *Br J Dermatol* 1995; 133(Suppl.45): 27

41-Finlay AY. Quality of life in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45 (1 Suppl): S64-S66

42-Herd RM, Tidman MJ, Ruta DA, Hunter JAA. Measurement of quality of life in atopic dermatitis: correlation and validation of two different methods. *Br J Dermatol* 1997; 136: 502-504

43-Poon E, Seed PT, Greaves MW, Kobza-Black A. The extent and nature of disability in different urticarial conditions. *Br J Dermatol* 1999; 140: 667-671

44-Kent G, al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol* 1996;21: 330-333

- 45-Blackford S, Roberts DL, Finlay AY. What is the impact on quality of life of the skin manifestations of Behçet's Syndrome? Br J Dermatol 1995; 133(Suppl.45): 35-36
- 46-Harris A, Burge SM, Dykes PJ, Finlay AY. Handicap in Darier's disease and Hailey- Hailey disease. Br J Dermatol 1996; 135: 959-963
- 47-Von Der Werth JM, Jemec GBE. Morbidity in Patients with hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol 2001; 144: 809-813
- 48-Shum KW, Lawton S, Williams HC, Docherty G, Jones J. The British association of dermatologist audit of atopic eczema management in secondary care. Phase 3: audit of service outcome. Br J Dermatol 2000; 142: 721-727
- 49-Lasek JR, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. Arch Dermatol 1998; 134: 454-458
- 50-Odom RB, James WD, Berger TG. Andrews' diseases of the skin. Clinical Dermatology (9th ed). Philadelphia, W.B. Saunders Company 2000, 218- 235
- 51-Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis in: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds). Dermatology in General Medicine (5th ed). Vol.1. New York, MGrav Hill, 1999; 495- 521
- 52-Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHH. Dermatology (2th ed). Berlin, Springer-Verlag, 2000: 585-610
- 53-Aydemir EH. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Ed: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. Dermatoloji. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1994: 315-332
- 54-Mark C, Wahl A. Improved quality of life among patients with psoriasis after supervised climate therapy at the Canary Islands. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 314-316
- 55-Finlay AY. Psoriasis from the patient's point of view. Arch Dermatol 2001; 137: 352-353

56-Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rodstad T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol* 2001; 137: 280-284

57-Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 425-429

58-Touw CR, Hakkaart-Van Roijen L, Verboom P, Paul C, Rutten FF, Finlay AY. Quality of life and clinical outcome in psoriasis patients using intermittent cyclosporin. *Br J Dermatol* 2001; 144: 967-972

59-Parry EJ, Tillman DM, Long J. Audit of UVB phototherapy in the treatment of psoriasis. *Br J Dermatol* 1995; 133(Suppl.45) : 16

60-Odom RB, James WD, Berger TG. Andrews' diseases of the skin. *Clinical Dermatology* (9th ed). Philadelphia, W.B Saunders Company 2000, 284-306

61-Strauss JS, Thiboutot DM. Diseases of the Sebaceous Glands in: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds). *Dermatology in General Medicine* (5th ed). Vol. 1. New York, McGraw Hill, 1999; 769-784

62-Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHH. *Dermatology* (2th ed). Berlin, Springer-Verlag, 2000: 1051-1071

63-Savaşkan H, Acar MA, Memişoğlu HR. Yağ bezi hastalıkları. Ed: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. *Dermatoloji*. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1994; 483-494

64-Smithard A, Galezebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community-based study. *Br J Dermatol* 2001; 145: 274-279

65-Aktan Ş, Özmen E, Şanlı B. Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescent. *Int J Dermatol* 2000; 39: 354-357

66-Motley RJ, Finlay AY. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exp Dermatol* 1992; 17: 1-3

67-Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999; 140: 273-282

68-Salek MS, Khan GK, Finlay AY. Questionnaire techniques in assessing acne handicap: reliability and validity study. *Qual Life Res* 1996; 5: 131-138

69-Finlay AY. Measurement of disease activity and outcome in atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1996; 135: 509-515

70-Thompson AK, Finn AF, Schoenwetter WF. Effect of 60 mg twice-daily fexofenadine HCl on quality of life, work and classroom productivity and regular activity in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 24-30

71-O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997; 136: 197-201

72-Lewis Jones MS, Finlay AY, Adykes PJ. The Infants Dermatitis Quality of Life Index. *Br J Dermatol* 2001; 144: 104-110

73-Lewis Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. Measurement of the impact of atopic dermatitis in infants and their families' lives. *Br J Dermatol* 1999; 141(Suppl. 55): 105-106

74-Lawson V, Lewis Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG. The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *Br J Dermatol* 1998; 138: 107-113

75-Acıöz E. Yetişkin dermatoloji hastalarında hospitalizasyonun yaşam kalitesine etkisi (uzmanlık tezi) Şişli Etfal Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği 2002

76-Jobanputra R, Bachmann M. The effect of skin diseases on quality of life in patient from different social and ethnic groups in Cape Town, South Africa. *Int J Dermatol* 2000; 39: 826-831

77-De Tiedra AG, Mercadal J, Badia X, Mascaro JM, Lozano R. A method to select an instrument for measurement of HR-QOL for cross-cultural adaptation applied to dermatology. *Pharmacoeconomics* 1998; 14: 405-422

78-Newton JN, Mallon E, Klassen A, Ryan TJ, Finlay AY. The effectiveness of acne treatment: an assessment by patients of the outcome therapy. *Br J Dermatol* 1997; 137: 563-567

79-Grosshans E, Marks R, Mascaro JM, Torras H, Meynadier J, Alirezai M et al. Evaluation of clinical efficacy and safety of adapelene 0.1% gel versus tretinoin 0.025% gel in the treatment of acne vulgaris, with particular reference to the onset of action and impact on quality of life. *Br J Dermatol* 1998; 139 (Suppl.52): 26-33

DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ

Hasta No:

Tarih:

Yaş:

Süre:

DYKİ

Adı, soyadı :

Adres :

Tanı:

Skor:

Bu soru formunun amacı, GEÇEN HAFTA BOYUNCA cilt probleminizin yaşamınızı ne kadar etkilediğini ölçmektir. Lütfen her soru için bir kutucuğa ✓ işareti koyunuz.

- | | | | | |
|-----|--|-----------|--------------------------|---------------------------------------|
| 1. | Geçen hafta boyunca, cildinizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | |
| 2. | Geçen hafta boyunca, cildiniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahcup oldunuz? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | |
| 3. | Geçen hafta boyunca, cildiniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |
| 4. | Geçen hafta boyunca, cildiniz elbise giyiminize seçiminize ne kadar etkili oldu? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |
| 5. | Geçen hafta boyunca, cildiniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |
| 6. | Geçen hafta boyunca, cildiniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |
| 7. | Geçen hafta boyunca, cildiniz iş yapmanızı veya ders çalışmanızı engelledi mi? | Evet | ☐ | |
| | | Hayır | ☐ | İlgili değil ☐ |
| | Eğer yanıtınız "Hayır" ise, geçen hafta boyunca cildiniz, iş yapmanız ya da ders çalışmanızda ne kadar sorun yarattı? | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | |
| 8. | Geçen hafta boyunca, cildiniz eşiniz veya yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |
| 9. | Geçen hafta boyunca, cildiniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu? | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |
| 10. | Geçen hafta boyunca, cildinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu? (örn, evinizin kirlenmesi, veya zaman kaybı gibi) | Çok fazla | ☐ | |
| | | Fazla | ☐ | |
| | | Az | ☐ | |
| | | Hiç | ☐ | İlgili değil ☐ |