VİTİLİGO HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN DEPRESYON VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Yeliz Yalvaç
181180202

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şarlak

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022

VİTİLİGO HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN DEPRESYON VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Yeliz Yalvaç

181180202

Orcid: 0000-0001-6137-0206

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şarlak

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Şubat, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Bu meşakketli yolculukta bana eşlik ve rehberlik eden birçok kişi oldu, bu kişileri tek tek saymam mümkün olmasa da, hepsinin bende ayrı bir yeri vardır, ancak bazıları var ki bunları ismen zikredemeden geçmek, onlara haksızlık olurdu.

İlk olarak eğitimim süresince ve bu araştırmayı yürütürken gösterdiği destek, cesaret ve inanç için, akademik ve mesleki gelişimimi destekleyen, teşvik eden hem süpervizörüm hem de tez danışmanım olan Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK'a özverisi için minnettarım. Bu meşakkatli yolda onun rehberliği olmadan ilerleyemezdim.

Tez komitemin üyelerine; Dr. Öğr. Üyesi Gülçin Karadeniz, Dr. Öğr. Üyesi Özlem Özden Tunca, Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci ve Dr. Öğr. Üyesi Kübra Yılmaztürk Yıldırım hocalarıma saatlerce süren gözetimi, teşvikleri, tavsiyeleri, anlayışları, hoşgörüleri ve sabırları için teşekkür ederim.

Araştırmama katılan ve katkı sunan katılımcılara en içten teşekkürlerimi sunarım.

Değerli yardımları için sevgili arkadaşlarım S. Merve Mavral'a, Nadide Çiftçi ve Kübra Türkel'e; son olarak, emekleri, fedakarlıkları ve paha biçilemez destekleri için anneme ve babama, Kaygusuz ve Aşaner ailelerine en derin teşekkürlerimi sunarım. Her zaman bana inandığınız ve hedeflerime ulaşmam için beni motive ettiğiniz için minnettarım.

Yeliz Yalvaç

Şubat, 2022

ÖZ

VİTİLİGO HASTALARINDA BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN DEPRESYON VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Yeliz Yalvaç
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şarlak
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu çalışma pigmenter bir rahatsızlık olan vitiligoya sahip bireylerin bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve kaygı düzeylerine etkisini araştırmaktadır. Araştırma nicel olarak yürütülmüş ve veri toplama süreci elektronik ortamda gerçekleşmiştir.

Çalışmada 18-65 yaş aralığında yaş ortalamaları 36 olan 141 vitiligo hastası ve 125 sağlıklı katılımcı yer almıştır. Her iki grubun katılımcılarına Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği uygulanmıştır. Analizlerde normallik dağılımı, demografik değişkenlere göre ortalama değer ve standart sapma skorları hesaplanmıştır. Gruplar arası farklılıkların anlamlandırılabilmesi için Bağımsız Örneklem T-Testi, Mann-Whitney U Testi, ANOVA ve Kruskal-Wallis Testleri kullanılmıştır. Vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmaları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik Pearson Korelasyon Analizi, vitiligo grubunun bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini yordamaya yönelik ise Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Vitiligo hastalarının %50.4'ünün erkek, %72.3'ünün evli, %48.9'unun üniversite mezunu olduğu ve %69.5'inin çalıştığı saptanmıştır. Vitiligo tanısı alan hastaların %73'ünün en az bir tane kronik rahatsızlığı olduğu, %36.2'sinin ilaç, %42.6'sının sigara ve %24.8'inin alkol kullandığı bulunmuştur. Kontrol grubu katılımcılarının %51.2'sinin kadın, %56'sının evli, %68'inin üniversite mezunu olduğu, %75.2'sinin bir işte çalıştığı, %70.4'ünün sigara ve %75.2 alkol kullanmadığı görülmüştür.

Vitiligo hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçekleri'nden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skorlar elde etmiştir. Hastaların demografik özelliklerine göre Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği puanlarının medeni durum değişkeni ile bilişsel çarpıtma umutsuzluk alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüş ($p<.05$), vitiligo grubundaki bekarların umutsuzluk puanları evlilerin umutsuzluk puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Hasta grubunun ölçek puanları kronik rahatsızlık değişkenine göre incelendiğinde; vitiligo haricinde kronik rahatsızlığı bulunan hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanları kronik rahatsızlığı bulunmayan vitiligo hastalarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Vitiligo grubu ölçek puanları psikiyatrik rahatsızlık değişkenine göre incelendiğinde; psikiyatrik tanısı bulunan hastaların tüm ölçeklerden aldıkları puanların psikiyatrik tanısı bulunmayan vitiligo hastalarından istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ile Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçekleri arasındaki ilişkiye bakılmış olup, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği değişkenleriyle bilişsel çarpıtma düzeyleri arasındaki ilişkide istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<.01$). Vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyleri artmakta, bilişsel çarpıtmalar düzeyleri azaldıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin de azalmakta olduğu görülmüştür. Ayrıca Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Umutsuzluk alt boyutunun Beck Depresyon Ölçeği'ni; Yaşamı Tehlikeli Görme alt boyutunun ise Beck Anksiyete Ölçeği'ni pozitif yönde yordadığı saptanmıştır. Çalışmaya dair bulgular ilgili literatür doğrultusunda incelenmiş olup; sınırlılıklar, güçlü yönler ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Vitiligo, Bilişsel Çarpıtma, Depresyon, Anksiyete.

ABSTRACT

THE EFFECT OF COGNITIVE DISTORTION ON DEPRESSION AND ANXIETY IN VITILIGO PATIENTS

Yeliz Yalvaç
Yüksek Lisans Tezi
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Deniz Şarlak
Maltepe University Graduate School, 2022

This study investigates the effects of cognitive distortions on depression and anxiety levels of individuals with vitiligo, a pigmentary disorder. The research was carried out quantitatively and the data collection process was carried out electronically.

In the study, 141 vitiligo patients with an average age of 36 and 125 healthy participants were included in the 18-65 age range. Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Cognitive Distortion Scale were administered to the participants of both groups. Normality distribution, mean value and standard deviation scores according to demographic variables were calculated in the analyses. Independent Sample T-Test, Mann-Whitney U Test, ANOVA and Kruskal-Wallis Tests were used to make sense of the differences between groups. Pearson Correlation Analysis was used for the relationship between the cognitive distortions of vitiligo patients and their depression and anxiety levels, and Multivariate Linear Regression Analysis was used to predict the depression and anxiety levels of the cognitive distortions of the vitiligo group.

It was determined that 50.4% of vitiligo patients were male, 72.3% were married, 48.9% were university graduates and 69.5% were working. It was found that 73% of the patients diagnosed with vitiligo had at least one chronic disease, 36.2% used drugs, 42.6% smoked cigarettes and 24.8% used alcohol. It was observed that 51.2% of the control group participants were women, 56% were married, 68% were university graduates, 75.2% were employed, 70.4% did not smoke and 75.2% did not use alcohol.

Vitiligo patients achieved statistically significantly higher scores on Beck Depression, Beck Anxiety and Cognitive Distortion Scales compared to the healthy control group. According to the demographic characteristics of the patients, there was a statistically significant difference between the marital status variable of the Beck Depression, Beck Anxiety, and Cognitive Distortion Scale scores and the cognitive distortion hopelessness sub-dimension ($p<.05$), the hopelessness scores of singles in the vitiligo group were statistically significant compared to the hopelessness scores of married people found high. When the scale scores of the patient group were examined according to the chronic disease variable; Beck Depression Scale scores of patients with chronic diseases other than vitiligo were found to be statistically significant and higher than vitiligo patients without chronic disease ($p<.05$). When the vitiligo group scale scores were analyzed according to the psychiatric disorder variable; the scores of patients with psychiatric diagnosis from all scales were found to be statistically significant and higher than vitiligo patients without psychiatric diagnosis ($p<.05$). The relationship between patients' cognitive distortions and Beck Depression and Beck Anxiety Scales was examined, and it was found that there was a statistically significant positive difference in the relationship between Beck Depression and Beck Anxiety Scale variables and cognitive distortion levels ($p<.01$). It has been observed that as the cognitive distortion levels of vitiligo patients increase, their depression and anxiety levels increase, and as the cognitive distortions levels decrease, their depression and anxiety levels decrease. In addition, it was found that the Cognitive Distortion Scale's Hopelessness subdimension positively predicted the Beck Depression Scale, and the sub-dimension of Preoccupation with Dangerous positively predicted the Beck Anxiety Inventory. The findings of the study were examined in line with the relevant literature; limitations, strengths, and suggestions for future work are given.

Keywords: Vitiligo, Cognitive Distiortion, Depression, Anxiety.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
KISALTMALAR LİSTESİ xiii
ÖZGEÇMİŞ xiv
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Problem 1
1.2. Araştırmanın Amacı 6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri 7
1.4. Araştırmanın Önemi 7
1.5. Varsayımlar 8
1.6. Tanımlar 8
1.7. Sınırlılıklar 9
1.8. Ulusal ve Uluslararası Yapılan Çalışmalar 9
1.8.1. Yurtiçinde Yapılan Çalışmalar 9
1.8.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar 10
BÖLÜM 2. İLGİLİ LİTERATÜR 13
2.1. DERİ 13
2.2. VİTİLİGO 14
2.2.1. Vitiligonun Tanımı ve Tarihçesi 14
2.2.2. Epidemiyoloji 15
2.2.3. Etiyoloji 16
2.2.4. Klinik Görünüm 18
2.2.5. Sınıflandırma 18
2.2.6. Tedavi 20
2.2.7. Beden ve Ruh Sağlığı 23
2.2.8. Vitiligo ve Ruh Sağlığı 25
2.2.9. Depresyon 26
2.2.10. Anksiyete 30
2.2.11. Bilişsel Çarpıtma 33
BÖLÜM 3. YÖNTEM 41
3.1. Araştırma Modeli 41
3.2. Evren ve Örneklem 41
3.3. Veriler ve Toplanması 41

3.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 42
3.3.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu 42
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 42
3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 43
3.3.5. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği (BÇÖ) 43
3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 44
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR 45
4.1. BULGULAR 45
4.2. YORUMLAR 64
4.2.1. Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 65
4.3.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 67
4.2.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması 70
4.2.4. Vitiligo Hastalarının Bilişsel Çarpıtmalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması 71
BÖLÜM 5. SONUÇ 75
5.1. Özet 75
5.2. Yargı 77
5.3. Araştırmanın Klinik Uygulamalara Katkıları 77
5.4. Öneriler 78
EK'LER 79
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU 79
EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU 80
EK 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ 82
EK 4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ 86
EK 5: BİLİŞSEL ÇARPITMA ÖLÇEĞİ 87
KAYNAKÇA 90

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Vitiligo Tedavisinde Kullanılan Yöntemler (Demirel ve Borlu, 2010). 22
Tablo 2. Vitiligo Hastaları ve Kontrol Grubu Değişkenlerinin Normallik Dağılımı..... 45
Tablo 3. Vitiligo Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyo- Demografik Bilgilerine Göre Dağılımları 46
Tablo 4. Vitiligo Hastalarının ve Kontrol Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 47
Tablo 5. Vitiligo Hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları 49
Tablo 6. Vitiligo Hasta Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları 50
Tablo 7. Vitiligo Hasta Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Durum Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları 51
Tablo 8. Vitiligo Hasta Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) Sonuçları 52
Tablo 9. Vitiligo Hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Kronik Rahatsızlık Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları 53
Tablo 10. Vitiligo Hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Psikiyatrik Rahatsızlık Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları 54
Tablo 11. Vitiligo Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puanları ile Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 55
Tablo 12. Vitiligo Hastalarındaki Bilişsel Çarpıtma Alt Boyutlarının Beck Depresyon Düzeylerini Yordamaya Yönelik Çoklu Regresyon Analizi 56
Tablo 13. Vitiligo Hastalarındaki Bilişsel Çarpıtma Alt Boyutlarının Beck Anksiyete Düzeylerini Yordamaya Yönelik Çoklu Regresyon Analizi 57

Tablo 14. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları 58
Tablo 15. Kontrol Grubunun Cinsiyet Değişkeni Açısından Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puan Ortalamalarının T-Test Bulguları 58
Tablo 16. Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre T-Test Sonuçları 59
Tablo 17. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları . 60
Tablo 18. Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Durum Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları 61
Tablo 19. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları 61
Tablo 20. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları 62
Tablo 21. Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Anova Testi Sonuçları 63

KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ **:** Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ **:** Beck Anksiyete Ölçeği

BÇÖ **:** Bilişsel Çarpıtma Ölçeği

APA **:** Amerikan Psikiyatri Birliği

SPSS **:** Statistical Package for the Social Sciences

ANOVA **:** Tek Yönlü Varyans Analizi

DSM-5 **:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

WHO **:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZGEÇMİŞ

Yeliz YALVAÇ

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2019-2022	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji
Ls.	2013-2017	Çankaya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2009-2013	Yahya Kemal Beyatlı Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*	
2021-	*Psikolog.*	Erzincan Sosyal Hizmet Merkezi

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Deride beyaz lekelere neden olan bir hastalık olan vitiligo, dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkilemektedir (Whitton ve ark., 2016). Tedavilerin bazıları pigmenti geri kazandırabilirken hiçbiri hastalığı iyileştirememektedir. Literatürde vitiligo hastalarında duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen, hastalarda bilişsel çarpıtmalara yönelik çalışmalar sınırlıdır. Psikiyatrik morbidite hastaların yaklaşık üçte birinde rapor edilmiştir (Papadopoulos, 1998). Sonuç olarak, bu araştırma vitiligo hastalarında bilişsel çarpıtmalar ile ilgili kapsamlı bir model sunarken, hastalığın belirtilerinde koruyucu ve risk faktörlerine dikkat çekmektedir. Ayrıca bu çalışma, vitiligolu ve vitiligosuz kişilerin bilişsel çarpıtmalar ve duygudurum açısından nasıl farklılaştığını incelemektedir. Hollanda'daki birçok doktor, bu durumu tedavisi olmayan küçük bir estetik sorun olarak görmektedir (Njoo, Bossuyt ve Westerhof, 1999). Deri hastalıklarında sergilenen bilişsel çarpıtmalar ile anksiyete ve depresyon arasında bir bağlantı olduğunu ve bu bireylerde anksiyete ve depresyonun dikkatli bir şekilde teşhis edilmesinin sorunun çözülmesine yardımcı olacağını söylemek mümkündür. Bu hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için ölçeklerin kullanılması, doğru tanı koymak ve etkili tedavi planlarını uygulamak için kritik öneme sahiptir.

1.1. Problem

Bedenimiz ruhumuzun aynası ve yansımasıdır. Ruh sağlığı ve beden birbirinden ayrı düşünülemez. Ruh sağlığı bozulduğunda vücut sinyal vermeye başlar ve bu sinyaller de çeşitli deri hastalıklarıyla ortaya çıkabilir. Platon da vücudun sağlıklı olması için öncelikle ruh sağlığının tedavi edilmesi gerektiğini ve ruh ve beden bütünlüğünü vurgulamıştır (Derbeder, 2007).

En basit haliyle bir cilt hastalığı olan vitiligo konusunda doğru bir sonuca veya çözüme ulaşmak için öncelikle deri hastalıklarından ne anlaşılması gerektiğini, derinin bireyler ve toplumlar için öneminin veya değerinin ne olduğunu, insanların hayatını nasıl

etkilediğini değerlendirdikten sonra özel olarak vitiligo hastalığı ile değerlendirmeler yapılması gerekmektedir.

İnsan derisi, yüzeyi gereği insan vücudundaki en büyük organdır ve ortalama olarak vücut ağırlığının %16'sını oluşturur (Harris, 2009). Duyusal uyaranlara cevap veren, vücut imajını ve benlik saygısını etkileyen bir duyu organıdır (Koblenzer, 1983; Gupta ve ark., 1990). Çevreyi ve dünyayı algılamak için hayati bir fonksiyona sahip olmakla birlikte kendimiz ve dış dünya arasında bariyer görevi görür (Yılmaz, 2011). Ayrıca trans-epidermal su kaybını ve vücut ısısını düzenler. D3 vitamini sentezler ve önemli kozmetik, sosyal ve cinsel işlevlere sahiptir (Proksch ve ark., 2008; Menon, 2015). Ek olarak deri hem epidermiste hem de dermiste bulunan bir dizi hücresel bağışıklık bileşenini kapsadığı için immünolojik sistemimizde önemli bir rol oynar (Tay ve ark., 2014).

Deri, geçmiş deneyimlerin bir arşivi, bir kimlik kartografisi, dış dünya ile kişi arasındaki en önemli iletişim aracı ve dokunsal algıların kaynağıdır (Lafrance, 2018). Bebeklikten başlayıp yaşlılık süreci dahil bireye eşlik ederek öfke, tiksinme, korku, utanç ve kaygı gibi duyguların ifadesinde, iç ve dış uyaranlara tepki verebilmede, benlik imajının korunmasında etkisi bulunur (Domonkos, 1971; Koblenzer, 1983). Dünya ile ilişki ve benliğin sınırları bedeni saran deri aracılığıyladır (Pallasmaa, 2012). Kişilerin görüntüsü ilk izlenim için çok önemlidir ve görüntüde en önemli pay vücudumuzu tamamen kaplayan doku astarı deriye aittir. Birçok çalışma, insanların bir yabancının kişilik özelliklerine ilişkin algılarının fiziksel görünümlerinden etkilendiğini ve fiziksel olarak güzel bulunan insanların diğerlerinden sosyal olarak daha fazla arzu edilebilir özelliklere sahip olduğuna inanıldığını göstermektedir (Dwyer ve Mayer, 1968). Bir kişinin fiziksel görünümü, kişinin nasıl algılandığı konusunda temel bir rol oynamaktadır (Westfall, Millar ve Lovitt, 2019). Belirgin fiziksel engelleri veya şekil bozukluğu olan insanlar, sosyal güzellik normuyla açıkça çelişen bir görünüme sahiptirler ve araştırmalar engelli insanların fiziksel görünümlerinin bir sonucu olarak önyargı veya reddedilme ile karşılaşabileceğini göstermektedir. Bazı tıbbi durumlar veya fiziksel engeller doğrudan sosyal mesafeye neden olarak sosyal etkileşimlerde hemen görünmektedir (Rodat, 2020).

Deri hastalıklarının psikoloji bilimi ile ilişkisi literatürde geniş yer bulmuştur. Psikodermatoloji alanı, cilt hastalıkları ve çeşitli psikolojik faktörler arasındaki ilişkinin

araştırılmasında artan ilginin bir sonucu olarak gelişmiştir (Koo ve ark., 2000). Bu alan git gide popülerlik kazanmakta ve araştırmacılar zihin-beden bağlantısıyla daha fazla ilgilenmektedir (Jafferany, 2020). Derinin ruhsal büyümedeki önemi dermatoloji alanında vurgulanmış; görsel, dokunsal ve bedensel duyularda bu kadar önemli bir rol oynayan bu organın hastalığı nedeniyle cilt bozukluğu olan kişilerin önemli ruhsal sorunlar yaşadığı öne sürülmüştür (Aydemir, 2002). Deri hastalığının diğer başka hastalıklardan en önemli farkı onun görünür olma özelliğidir. Dermatolojik hastalıkların çoğu ölümcül olmasa da ruhsal çöküntüye sebebiyet verdiği ve hastaların hayat doyumları üzerindeki tahrip edici etkiye sahip olduğu yadsınamaz. Deri hastalıklarına psikolojik faktörlerin eşlik ettiği yaygın bir kanıdır. Yani, deri hastalıkları psikolojik sorunlardan kaynaklanabilir, belirli kişilik özellikleri ile ilişkili olabilir ya da psikiyatrik hastalıklar ile bir arada görülebilir (Millard, 2000). Dermatolojik hastalarda duygudurum bozukluklarının prevalansı yüksek bulunmuştur (Dalgard ve ark., 2015).

İnsan bedeninin beden ve ruh arasındaki etkileşimde bir bütün olarak görülmesi milattan önceye dayanmaktadır. Psikosomatiği tanımlamak kolay değildir. Çünkü hastalığın psikolojik ve somatik nedenleri her zaman tartışılmıştır (Jafferany, 2020). Ruh ve beden arasındaki ilişki çok karmaşıktır ve Hipokrat'tan bu yana tıpta önemli tartışma konularından biri olmuştur (Parman, 2005). Beden ve zihin birbirine bağlıdır. Fiziksel sağlık, duyguları ve bilişi etkilemektedir. Olumsuz düşünce ve duygular daha fazla semptomatolojiye neden olmakta ve zayıf bir fiziksel durumun sağlıksız biliş ve duyguları tetiklediği bir kısır döngü yaratmaktadır (Pozzar ve ark., 2020). Duyguları, çatışmaları ve ruhsal ihtiyaçları beden üzerinden ifade etmeye somatizasyon denmektedir. Deri fiziksel duyuların ötesinde psikolojik faktörlerden etkilenebilmekte ve bu faktörlerin neden olduğu dermatozlar psikosomatik veya somatoform bozukluklar olarak adlandırılmaktadır (Gieler ve ark., 2020). DSM V'e göre ise somatoform bozukluklar organik etiyolojinin yokluğunda veya orantısız olarak yüksek düzeyde bedensel semptomların farkındalığı/yaşanması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Istıraplarını başka türlü ifade edecek kelime dağarcığına sahip olmayan insanlarda, bedensel şikayetler şeklinde "ruhsal ağrının" dışsallaştırılması olarak kabul edilir. Psikosomatik hastalıkların etiyolojisine bakıldığında semptomların alevlenmesi veya yatışmasında psikolojik faktörlerin önemli belirleyiciler olduğu düşünülmektedir (Çevik ve Tatlıdil, 2008). Duygusal ve mental acı çeken hastalar psikopatolojilerini

kabullenmede zorlanabilir ve zorlantılarını bedenlerine yansıtabilirler (Ehsani ve ark., 2009). Ruhsal etkenlerin etkili olduğu deri hastalıklarıyla yapılan çalışmalarda depresyonun, aleksitiminin ve anksiyetenin deri hastalıklarına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmiştir (Acar, Ayyıldız ve Camkurt, 2016). Bütüncül görüş, zihin-beden-çevrenin birbirine bağlı olduğunu ve bu nedenle zihni etkileyen her şeyin bedeni etkilediğini söylemektedir. Bu nedenle psikosomatik faktörler, ruhsal sıkıntıların yanı sıra fiziksel işlev bozukluklarına da neden olabilir, deri dokusunda hasar görülebilir. Deri ve psişe arasındaki fizyolojik bağlantıların yanı sıra deri ve deri hastalığının görünür olmasının psikososyal sonuçları nedeniyle, deri hastalığı olan hastalarda psikolojik bozuklukların sıklığı oldukça yüksektir (Gieler ve ark., 2020).

Vitiligo, sebebi bilinmeyen ve sık rastlanılan pigment kaybına bağlı olarak açık renkli alanların meydana geldiği bir tür deri hastalığıdır. Hastalığın cinsiyet ve ırk fark etmeksizin herkesi etkileyebildiği ve 10 ile 30 yaş arasında tavan yaptığı bilinmektedir. Doğumdan itibaren her yaşta görülebilir (Mosher, 1993; Odom ve ark., 2000). Vitiligo, psikolojik olarak yıkıcı bir cilt hastalığıdır (Ezzedine ve ark., 2015). Vitiligolu hastalarda ruhsal bozukluklar sıklıkla saptanabilmektedir (Balaban ve ark., 2011). Bu hastalarda yaşam doyumunun oldukça düşük olduğu (Mechri ve ark., 2006), yapılan bazı çalışmalarda kontrol grubuna kıyasla nicelik bakımından çok daha fazla stresli yaşam olayları yaşadıkları bulunmuş ve psikolojik stresin hastalık başlangıcında etkisi olduğu bildirilmiştir (Manolache ve Benea, 2007; Papadopoulos ve ark., 1999). Deri hastalıklarında beliren şekil bozukluğu açık bir şekilde ruhsal etki oluşturabilmektedir. Hastalığın doğurduğu görüntü; anksiyeteye, özgüven problemlerine ve ruhsal hastalıkların artışına yol açmaktadır (Balaban ve ark., 2011). Vitiligo, vücut dismorfik bozukluğu, akne, sedef hastalığı olan hastaların ve özellikle yüz bölgesinde rahatsızlığı olanların depresyona sahip olma ve intihar riski altında olma olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Gupta ve ark., 1993; Cotterill, 1996; Cotterill ve Cunliffe, 1997). Çalışmalara göre vitiligoya en sık uyum bozuklukları, duygu-durum ve anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bulunmuştur (Kent ve Al-Abadie, 1996; Mattoo ve ark., 2001; Ongenae ve ark., 2006; Korabel ve ark., 2008). Patel ve ark.'nın (2019) çalışmalarında vitiligo ile anksiyete, depresyon, intihar riski, kişilik bozukluğu ve madde ile ilişkili bozukluklar arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır.

Zihin ve cilt arasında bir bağlantı olduğu uzun süredir varsayılmaktadır. Nitekim bazı araştırmalar çeşitli deri hastalıklarının patogenezinde ve seyrinde psikososyal faktörlerin rol oynayabileceğini öne sürerken; tersine, diğer çalışmalar ise, psikiyatrik bozuklukların ve psikososyal zorlukların, birincil bir deri hastalığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir (Gupta ve Gupta, 2003; Vallerand, 2019) Epidemiyolojik çalışmalar dermatolojik hastalıklarda psikiyatrik bozuklukların yüksek bir prevalansını bulmuştur. Bu bir endişe kaynağıdır. Çünkü psikiyatrik morbidite acı, düşük yaşam kalitesi, dermatolojik tedaviye daha az uyum ve kendine zarar verme riskinin artması gibi zorlantılarla ilişkilidir. Cilt hastalığı, kozmetik bir rahatsızlıktan çok, hastaların yaşamlarını ciddi şekilde etkileyerek anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik sorunlara neden olabilir (Barankin ve DeKoven, 2002). Sawant ve arkadaşlarına (2019) göre, deride etkilenen bölgeler belirgin ve görünür olduğunda depresyon gibi zihinsel problemler riskinin yüksek olduğunu; hatta en kötü senaryoda, intihar girişimlerine ve intihara yol açabildiğini vurgulamışlardır (Sawant, Vanjari ve Khopkar, 2019). Bu geniş bulgular topluluğu, psikososyal konuların dermatolojik uygulamalarda daha fazla ilgiyi hak ettiğini öne sürmekte ve tedavide biyopsikososyal bir yaklaşıma olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bu amaca ulaşmak için dermatoloji ve ruh sağlığı uzmanlarının etkili bir şekilde iş birliği yapmasına olanak sağlayan etkin hizmetler gerekmektedir (Picardi ve Pasquini, 2007).

Vitiligo yalnızca dermatolojik bir hastalık değil, aynı zamanda ruh sağlığını da tehdit eden ve multidisipliner tedavi gerektiren bir cilt problemidir. Hastaların bu açıdan değerlendirilmesi ve bu konuda destek almaları amacıyla multidisipliner bir yaklaşımın öneminin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Weber ve ark., 2012). Kısacası vitiligo, psikolojik nedenlerle de ortaya çıkabilen ve ruhsal sıkıntılara yol açabilen bir deri hastalığı olmasına karşın, genel kanı bunun bir cilt hastalığı olduğu, tedavisinin de psikolojik veya psikiyatrik müdahaleler yerine dermatolojik müdahalelerle yapılması gerektiğidir. Hastalar hastalığın nedeni, gelişimi ve tedavisi hakkında genellikle yetersiz bilgi sahibidirler. Hastaların hastalığı kabul etmesini sağlayacak stratejiler geliştirilmesi ve sosyal destek çok önemlidir. Birçok cilt hastalığında olduğu gibi hastalar çoğunlukla ilk önce dermatolojiye başvurmaktadırlar ve hastalara öncelikle dermatolojik tedaviler önerilmektedir (Çalıkuşu, 1998). Vitiligo, akne, sedef hastalığı gibi hastalıkları olan hastalar genellikle dermatologlara yönlendirilir ve hastalıkların psikiyatrik bozukluklarla

ilişkisi önemsenmemektedir (Jafferany, 2010). Tedavinin psikolojik boyutu göz ardı edilmektedir. Bu sebeple hastalarda çökkün ruh hali, umutsuzluk, utanç ve dışlanmışlık hissi yaygındır. Psikolojik müdahaleler de tedavinin bir parçası olarak görüldüğünde bu belirtiler elimine edilecektir. Psikosomatik hastalıklardan olan vitiligoya sahip olan bireylerin ayrıntılı ve çok yönlü bir şekilde değerlendirilmesi etiyolojik açıdan bu hastalıkların daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır. Beden imajı, bedenle ilgili gelişim, algı ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen algıları, düşünceleri ve duyguları kapsar (Sarcu ve Adamson, 2017). Vitiligolu pek çok hasta fiziksel görünümle ilgili olumsuz algılarını ortadan kaldırmak umuduyla hiçbir sonuç alamadıkları kozmetik tedavi arayışı içerisindedirler. Hastalar fiziksel görünümleri ve hastalığın gidişatının belirsizliği sebebi ile bazı çarpıtılmış düşüncelere sahip olabilirler. Düşünce ve duyguları hayatlarında yıkıcı etkilere neden olabilmektedir. Araştırmalar bilişsel çarpıtmanın psikopatolojiler üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir (Riley ve ark, 2019). Çeşitli sağlık sorunlarına bağlı psikosomatik etkiler son zamanlarda bilimsel araştırmaların konusu olmakta ve bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların sayısı günden güne artmaktadır (Dyussenova ve ark., 2018). Konuyla ilgili literatür gözden geçirildiğinde; vitiligonun depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, yurtiçinde yapılan çalışmalarda vitiligo-bilişsel çarpıtma ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada vitiligo hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi, bilişsel çarpıtmalar ile ilişkisinin incelenmesi ve bilişsel çarpıtmaların depresyon ve anksiyete düzeylerine olan etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Vitiligo hastalığı bilişsel davranışçı kuram ışığında açıklanmaya çalışılacaktır. Bu sebeple, yapılan bu çalışmada vitiligodan muzdarip bireylerin tedavi protokollerinin belirlenmesine ve literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada vitiligo hastaları ile vitiligo hastası olmayan bireylerin bilişsel çarpıtmalarına göre depresyon ve anksiyete düzeyleri belirlenmiştir. Araştırmanın genel amacı, insanlarda pigmenter durum olan vitiligonun psikolojik boyutu ile ilgili daha fazla bilgi edinmektir.

Araştırmanın özel hedefleri şunlardır:

1. Vitiligo hastalarının klinik özelliklerini incelemek.

2. Vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarının ve emosyonel durumlarının etkilerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmak.

3. Vitiligo hastalarını ve sağlıklı bireyleri karşılaştırarak vitiligo patogenezinin depresyon ve anksiyete üzerindeki rolünü belirlemek.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmaları ve vitiligo hastası olmayan bireylerin bilişsel çarpıtmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

2. Vitiligolu hastaların depresyon düzeyleri ve vitiligo hastası olmayan bireylerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3. Vitiligolu hastaların anksiyete düzeyleri ve vitiligo hastası olmayan bireylerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

4. Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmaları, depresyon ve anksiyete puanları cinsiyet, eğitim ve medeni durum, kronik ve psikolojik rahatsızlığının varlığına göre farklılaşması beklenmektedir.

5. Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmaları ile depresyon düzeyleri arasındaanlamlı düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

6. Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmaları ile anksiyete düzeyleri arasındaanlamlı düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki vardır.

7. Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmaları depresyon ve anksiyete düzeyleriniönemli düzeyde yordamaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Araştırmanın üzerinde durduğu nokta, vitiligo hastalarının zihinsel ve fizyolojik durumlarının birbirini dışlamadığıdır. Vitiligoda zihinsel ve fizyolojik durumlar arasındaki bağlantı üzerine bir dizi araştırma yapılmıştır. Vitiligolu hastalar hastalıklarının gelişimi, seyri ve semptomları hakkında farklı bakış açılarına sahiptirler. Bu tutumlar demografik faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Cilt hastalıkları ile

çalışan klinik psikologlar ve psikolojik danışmanlar, dermatologlar, hemşireler, pratisyen hekimler ve cilt deformasyonu ile etkileşim içinde olan diğer sağlık profesyonelleri için bu araştırmanın hastaları biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan ele alacak olması sebebi ile ilgi çekici olabileceği düşünülmektedir.

1.4. Varsayımlar

Araştırma prosedürü boyunca, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllüler veri toplamak için kullanılan form ve ölçeklere duygu ve düşüncelerini yansıtarak içtenlik ve dürüstlükle cevap vermişlerdir. Araştırmanın katılımcı sayısı, 18-65 yaş aralığına sahip vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyeteye olan etkilerini belirlemek için yeterli sayıdadır ve araştırmadaki örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır. Seçilen araştırma yöntemi ve ölçekler araştırmanın amacına, konusuna ve soruların çözümüne uygundur.

1.5. Tanımlar

Vitiligo: Deride pigment eksikliğinden kaynaklanarak ortaya çıkan beyaz lekeler olup; lökoderma olarak da bilinen bir deri hastalığıdır (Nestor ve ark., 2014).

Depresyon: Bireyin fiziksel, bilişsel duygusal ve davranışsal işleyişini etkileyen bir duygudurum bozukluğudur (Kneisl, Wilson ve Trigoboff, 2004). Çökkün duygudurumu, konsantrasyon güçlüğü, yavaş düşünme, dikkatin kolayca dağılması gibi bilişsel belirtilerle kendini gösterir ve bunların tümüne suçluluk ve değersizlik duyguları eşlik eder. Baş ağrısı ve vücut ağrılarının yanı sıra iştahsızlık, uykusuzluk ve yorgunluk gibi somatik belirtiler ve enerji seviyesinde dramatik bir düşüş depresyonun belirtilerindendir (Oltmanns, Emery ve Taylor, 2002).

Anksiyete: Bir kişinin bir durumu tehlikeli veya öngörülemez olarak algılaması sonucunda ortaya çıkan yoğun endişe veya ajitasyon durumudur (Bay ve Algase, 1999). Kalp çarpıntısı, terleme, titreme, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve mide bulantısı gibi bedensel belirti ve semptomların tümü anksiyete örnekleridir (Oltmanns ve ark., 2002).

Bilişsel Çarpıtma: İşlevsel olmayan tutumlar, benlik ve dünya hakkındaki mutlak ve katı inançlar tarafından desteklenen, bilgiyi organize eden ve yönlendiren şemalar veya bilişsel yapılardır (Beck, 1979).

Olumsuz Benlik Algısı: Kendini eleştirme ve değersizleştirme.

Kendini Suçlama: Kişinin hayatındaki olumsuz ve istenmeyen olaylar için kendini suçlaması.

Çaresizlik: Kişinin hayatının önemli kısımları üzerinde kontrol sahibi olamama düşüncesi.

Umutsuzluk: Geleceğin karanlık ve başarısızlıklarla dolu olduğuna inanmak.

Yaşamı Tehlikeli Görme: Dünyayı tehlikeli görme eğilimidir (Briere, 2000).

1.6. Sınırlılıklar

Literatürde vitiligo, depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtmalar ile ilgili çok fazla araştırma yapılmış olmasına karşın, bu ilişkileri birlikte ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Literatürde vitiligo, depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki kapsamlı bir şekilde araştırılırken, bu faktörlerin bilişsel çarpıtmalar yoluyla ilişkisi araştırılmamıştır. Fakat bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmış olup nedensellik ilişkisinden söz edilemez. Araştırma sadece Türkiye'de sosyal medya yolu ile ulaşılan vitiligo hastaları ile yürütülmesi ve boylamsal çalışma yapılamaması araştırmanın bir sınırlılığı olarak göz önünde bulundurulabilir. Araştırma 266 kişilik bir örneklem üzerinden incelendiği için genelleme imkânı sunulamamaktadır. Ayrıca yapılan çalışma, kullanılmış olan ölçme araçlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlı bir yapıdadır.

1.7. Ulusal ve Uluslararası Yapılan Çalışmalar

1.8.1. Yurtiçinde Yapılan Çalışmalar

Literatürde vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarını değerlendiren tek bir araştırmaya rastlanılmasa da hastaların vitiligoya dair algılarına ve vitiligoya eşlik eden psikiyatrik morbiditelere ilişkin çalışmalar mevcuttur.

Sukan ve Maner'in vitiligo ve kronik ürtiker hastalarıyla yaptığı çalışmada; hasta gruplarının kendilik saygısı puanının kontrol grubuna kıyasla önemli derecede düşük ve distimi ile yaygın anksiyete bozukluğunun kontrol grubuna oranla yüksek olduğu saptanmıştır (Sukan ve Maner, 2006).

Balaban ve Arıcan'ın yaptığı çalışmalara göre; vitiligo hastalarında ruhsal hastalık oranının sağlıklı bireylere nazaran daha yüksek olduğu gösterilmiş, majör depresyonun ve anksiyetenin en sık karşılaşılan tanılar olduğu belirtilmiştir (Balaban ve ark., 2011; Arıcan ve ark., 2008).

2014-2015 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde Topal ve ark. (2016) tarafından kesitsel, tanımlayıcı, prospektif bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya toplam 100 vitiligo hastası dahil edilmiş ve hastalara vitiligo ile ilgili bilgi, görüş ve tutumları hakkında sorular içeren bir anket uygulanmıştır. Bulgulara göre; hastaların %36'sı hastalıklarının ciddi bir hastalık olduğuna inandığını, %46'sı hastalıklarının kendilerini kaygılı hissettirdiğini, %29'u hastalığın kendilerini sinirlendirdiğini ve %12'si hastalıklarını düşündüklerinde depresyona girdiklerini bildirmişlerdir (Topal ve ark., 2016).

Acar ve ark. (2016) vitiligo ve aleksitimi isimli araştırmalarında vitiligo grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre anksiyete ve depresyon seviyeleri daha yüksek oranda bulunmuştur.

1.8.2. Yurtdışında Yapılan Çalışmalar

Bir kişinin ruh hali, fiziksel hastalığa karşı doğal ve anlaşılır bir duygusal tepki olabilir (MacHale, 2000). Moffic ve Peykel (1975) yaptıkları çalışmada depresyon ve fiziksel hastalığı olan kişilerde artan umutsuzluk, kaygı, psikomotor yavaşlama, ajitasyon ve kendine acıma belirtileri olduğunu; herhangi bir fiziksel rahatsızlığı bulunmayanlarda somatik anksiyete semptomları veya suçluluk duyguları açısından herhangi bir farklılık olmadığını keşfetmişlerdir (Moffic ve Peykel, 1975).

Meyer (1968)'e göre, yatarak tedavi gören hastalar arasında depresyon oldukça sık görülen; fiziksel rahatsızlıkların kaynağı ve hastalığa karşı en yaygın tepkidir. Bir araştırmaya göre, felç geçirmiş hastaların felç geçirmemiş kişilere göre daha fazla vejetatif semptomlara sahip oldukları bulunmuştur (Paradiso ve ark, 2008). ABD'de yapılan bir araştırmada çeşitli fiziksel hastalıklarla anksiyete bozuklukları güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Araştırmaya göre; fiziksel hastalık ve anksiyete bozukluklarının bir arada bulunmasının daha fazla yeti yitimi yaratabileceği sonucu çıkarılmıştır (Sareen ve ark., 2005).

Lai ve ark. (2017) dünya çapındaki vitiligo hastalarında depresyon sıklığını ve genel sağlık durumlarını araştırmak için sistematik bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya göre; vitiligo hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek depresyon riskine sahip olduğu bulunmuştur.

Nasser ve ark. (2021) çalışmasında hastaların 38'inde (%76) orta-şiddetli stres, 39'unda (%78) orta-ağır düzeyde anksiyete ve 40'ında (%80) orta-ağır düzeyde depresyon saptanmıştır. Nikam ve ark. (2020) vitiligonun psikiyatrik bozukluklarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Vernwal (2017) vitiligo psikolojik rahatsızlığa neden olduğunda ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilediğinde bir stres-vitiligo döngüsünün ortaya çıkacağını belirtmiştir.

Mattoo ve ark. (2002) 113 vitiligo olgusu ve 55 sağlıklı bireyin genel sağlık anketi ile inceledikleri araştırmada vitiligo olgularında psikiyatrik morbidite prevalansını %25 olarak bulmuşlardır. Vitiligo'nun yüksek psikiyatrik morbidite ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Ahmed ve ark. (2007), vitiligolu hastaların herhangi birinin psikiyatrik sorunları olup olmadığını gözlemlemek için 100 hasta ile çalışmışlardır. Çalışmada 15 majör depresif bozukluk vakası, 10 genel anksiyete vakası ve diğer anksiyete/depresyon, sosyal fobi, agorafobi ve cinsel işlev bozukluğu vakası saptamışlardır. Psikiyatrik bozuklukların muhtemelen vitiligo ile ilişkili olduğu ve sıklıklarının hastalık ve yaşam durumlarından etkilendiği; majör depresyon ve anksiyetenin hastalar arasında en yaygın psikiyatrik bozukluklar olduğu sonucuna varmışlardır.

Mechri ve ark. (2006) 60 vitiligo hastası ile yaptıkları olgu kontrollü bir çalışmada Asberg-Montgomery Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği kullanarak vitiligo hastalarında ortalama depresyon ve anksiyete oranlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Porter ve ark. (1990) vitiligonun hastaların cinsel yaşamları üzerindeki etkisine baktığında, muayene edilen 100 hastanın %23'ü dermatozun cinsel aktivitelerini olumsuz etkilediğini, bazılarının kendi utanmalarına neden olduğunu söylemiştir.

Soni ve ark. (2011)'nın Kronik Deri Hastalığının Psikolojik Profili isimli çalışmalarındaki sonuçlara göre, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği'nin beş alt boyutunun tamamında vitiligo hastaları ile deri hastalığı olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık

bulunduğu, vitiligo hasta grubunun ölçek puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmektedir.

Papadopoulos (1999), hekimler yeni lekelerin çıkmasının nasıl önleneceğini ve ne şekilde ilerleyeceğini tahmin edemediklerinden vitiligo hastalarının korku ile hayatlarını sürdürdüklerini belirtmiştir. Çalışmasının bulguları, danışmanlık sürecinin vitiligolu kişilerin vücut imajlarını, benlik saygılarını ve yaşam kalitelerini geliştirmelerine yardımcı olabileceğini göstermiştir. Katılımcılar, durumları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olduklarını ve ortaya çıkan zorluklarla başa çıkmak için daha donanımlı hissettiklerini söylemişlerdir. Ön kanıtlar ayrıca danışmanlık yoluyla kazanılan kazanımların durumun ilerlemesini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Deney grubundaki katılımcılar, vitiligo lezyonlarını gösteren giysiler giymek, kamuflaj makyajı yapmadan dışarı çıkmak ve tedaviden sonra hastalıkları hakkında daha özgürce konuşmak gibi önceden kaçınılan davranışlarda bulunabilmişlerdir. Ayrıca, tedavinin bitiminden sonra benlik saygısı ölçüsünde artış meydana gelmiştir. Çalışmada kullanılan BDT'nin, olumsuz düşüncelerin azalmasında (danışma sırasında önemli bir iyileşme görüldüğü belirtilmiştir) olumlu düşüncelerde bir artıştan çok daha fazla etkisi olduğunu göstermiştir.

BÖLÜM 2. İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. DERİ

Ten renginin önemi ve ten renginin çeşitliliğinin popülasyonlar üzerindeki etkisi, yıllardır incelenmektedir. Tarihsel araştırmalara göre, kölelik ve ırklar arası ilişkiler, istihdam, ailevi ve kişiler arası ilişkiler, benlik kavramı ve sosyal statü dâhil olmak üzere yaşamın birçok yönü üzerinde bir etkiye sahiptir (Breland-Noble, 2013).

Sağlıklı bir deri görünümü zihinsel ve fiziksel esenliğimizle bağlantılıdır; zihinsel ve fiziksel sağlığımız bozuldukça derimiz de bozulur ve bize bir uyarı işareti verir. Derimiz kendimizi ifade etmek için sessiz bir araçtır. Deri, vücut kütlesinin yaklaşık on ikide birini oluşturan (Millington ve Wilkinson 1983) ve dış ortamda bulunan fiziksel saldırı, kimyasal tehlikeler ve patojenlere karşı etkili bir bariyer görevi gören karmaşık bir organdır (Proksch ve ark., 2008; Jensen ve Proksch, 2009). Aynı zamanda sıvı kaybını önleme ve vücut ısısını düzenleme işlevi görür (Proksch ve ark., 2008).

Deri rengine göre insanlar, Afrikalılar, Afrikalı Amerikalılar, Çinliler ve Japonlar, Kızılderililer, Hispanikler ve belirli açık tenli insan grupları dahil olmak üzere çok çeşitli ırksal ve etnik gruplara ayrılır (Taylor, 2002). Araştırmalara göre ten renginin fiziksel ve zihinsel sağlık, kişilerarası etkileşimler, kariyer olanakları, sosyoekonomik durum, ayrımcı algılar ve deneyimler ve romantik partnerlerin mevcudiyeti ve türü üzerinde etkisi vardır (Hunter 1998; Qian ve Cobas 2004; Ross 2004).

Deri; epidermis (üst deri), dermis (alt deri) ve subkutis (deri altı)ten oluşmaktadır. Epidermis derinin en dış tabakasıdır ve "Keratinositler" olarak bilinen hücrelerden oluşur. Epidermis cilt savunmasında rol oynayan Meckel hücreleri, Langerhans hücreleri ve lenfositlerin yanı sıra cilde rengini veren "melanositler" olarak bilinen pigment üreten hücreleri içerir. Dermis, epidermisi besin ve dayanıklılık sağlayarak destekler. Sinirler, kan damarları ve hücresel sızıntılar ile liflerden ve öğütülmüş maddeden oluşur. Papiller dermis, gelişigüzel düzenlenmiş ince kollajen lifleri, ince elastik lifler ve temel madde ile karakterize edilen epidermisin altındaki üst kısımdır. Alt kısım, cilt yüzeyine paralel kaba elastik liflerden ve kalın kollajen demetlerinden oluşan retiküler dermiştir. Deri altı dokuda kan damarlarının, sinirlerin ve lenf damarlarının geçtiği bağ dokusu perdeleriyle birbirine bağlanan yağ dokusu (lobüller) topakları vardır. İnsanlar yaşlandıkça derinin

gelişimi tersine döner. Epidermis ve dermis incelir ve melanosit yoğunluğu azalır. Yaşla birlikte kıl folikülleri, yağ bezleri, apokrin ve ekrin bezleri, dermisteki damar ağı ve adneks zayıfladığında ve elastin fibrilleri arttığında atrofi olur. Cildin koruyucu, duyusal ve iletişim özellikleri zamanla bozulur. Cilt yaşlandıkça doğal esnekliğini kaybeder ve artık yeterince yağ ve su depolayamadığı için incelir (İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, 2014).

2.2. VİTİLİGO

2.2.1. Vitiligonun Tanımı ve Tarihçesi

Cilt rahatsızlıkları tarihin çok eski dönemlerinden beri görülmesi ve bilinmesine rağmen çağlar boyunca sorunlara neden olmuş ve bu da cilt hastalıklarından muzdarip olan kişilerin damgalanmasına yol açmıştır. Cüzzam ve vitiligo gibi deri hastalıkları dünyanın bazı bölgelerinde halen yaygın olan kozmetik sorunlara ve endişelere yol açan toplumsal bir meseledir (Millington ve Levell, 2007). Hem bu hastalara karşı toplumda eksik bilgiler olmasından dolayı toplumda önyargıların olduğu, olumsuz tepkilerle karşılaştıkları, toplumdan soyutlandıkları, bunların da hastalar üzerinde zararlı ve yıpratıcı etkiler yarattığı hem de bu tür hastalıklara sahip insanların toplumda kendilerini gizleme gayretine girdikleri bilinmektedir.

Benekli cilt veya lökoderma olarak da bilinen vitiligo cilde rengini veren melanin pigmentini üreten hücreler olan melanositlerdeki pigment kaybı nedeniyle cildin beyaza dönüştüğü bir durumdur. Melanositler yok edilir ve depigmente cilt lekeleri bırakır. Vitiligodan etkilenen bölgelerde büyüyen saçlar da beyazlaşabilir ancak cilt başka türlü zarar görmez. Tarihin çok eski dönemlerinden beri bilinen ve yaklaşık 3000 yıldan daha önceye dayanan bir hastalıktır. Eski Vedik ve Mısır metinlerinde ve kutsal kitaplarda bahsedilmiştir. Vücuttaki lekelerden bahseden ilk yazılara Firavunların zamanında Mısırlıların tıbbi yazıları olan Ebers Papirüsleri'nde rastlanılmıştır (Ebbell, 1937). Burada iki tür hastalık tanımlanmıştır, bunlardan birinin cüzzam, diğerinin ise vitiligo olduğu düşünülmektedir. Uzak Doğu'da "Shira bitu" yani "beyaz adam" olarak adlandırılmıştır. Büyük tarihçi Heredot, yazılarında bu hastalığın nedeni olarak hastalığa yakalananların güneşe karşı günah işlemiş olmalarını öne sürmüş, bu günahkâr olduğu düşünülen tenleri lekeli kişilerin bir an önce ülkeyi terk etmelerini istemiştir.

Tarih boyunca Shwetakustha, Sutra ve Baras gibi isimler kullanılmıştır (Kovacs,

1998). Schwetakustha, Hindu kutsal kitabı Antharva Veda'da bahsedilmiştir. Yine, Hindistan Manusmriti'si, "Svitra"dan (beyazlığın yayılmasından) muzdarip olanlara toplum tarafından saygı duyulmaması gerektiğini buyurmuştur. Budist yazıtlarına göre ise Kilas'tan muzdarip olanların Tanrı tarafından kutsanamayacağına inanılmaktaydı (Whitney, 1905). Arapçada "bohak" ve "baras" vitiligo için kullanılmıştır. Baras 'beyaz ten' anlamına gelir ve Kuran'da İsa'nın bu durumdaki hastaları iyileştirebilmesiyle ilgili olarak bahsedilmiştir (bölüm 3, ayet 48 ve bölüm 5, ayet 109). Vitiligo, buzağı anlamına gelen Latince "vitellius" sözcüğünden türemiştir. Bu terimin ilk olarak M.S. II. yüzyılda Romalı Doktor Aulus Cornelius Celsus'un tarafından kullanıldığı, Latince "vitium" (leke) veya "vitulum" (küçük leke) kelimelerinden meydana geldiği düşünülmektedir (Ortonne, Mosher ve Fitzpatrick, 1983). Dr. Celsus'un "De Medicina" adlı eseri, vitiligo kelimesinin kullanıldığı ilk belgedir (Sehgal ve Srivastava, 2007).

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında ise Louis Brocq, vitiliginöz lezyonları pigment kaybı olarak açıklamıştır. Moritz Kaposi ise vitiligonun ilk histopatolojik bulgularını tanımlayan kişidir (Mosher, 1999; Sharquie, 1984; Koranne, 1988).

2.2.2. Epidemiyoloji

Vitiligo epidemiyolojisinin gerçek resmini yansıtmak son derece zor olsa da 1964 ile 2017 yılları arasında yapılan çalışmalar yaklaşık %0,06-8,8 global prevalansı ile vitiligonun en yaygın görülen depigmentasyon bozukluğu olduğunu ileri sürmektedir. Krüger'in 2012 yılında 50'den fazla araştırmayı incelediği derlemesinde vitiligo prevalansının %0,06-%2,28 arasında değiştiğini bulmuştur (Krüger ve Schallreuter, 2012; Zhang ve ark., 2016). Ülkemizde ise bu oran %0,15-0,32 olarak bildirilmiştir (Arıcan ve ark., 2003). Vitiligo cinsiyete ve etnik kökene bakmaksızın meydana gelen ve her cinsiyeti eşit oranda etkileyen bir hastalıktır. Daha çok çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülmesine karşın bebeklik dönemi dahil olmak üzere yaşamın herhangi bir döneminde görülebilir (Osinobi ve ark, 2018).

Vitiligo olgularının %50'si 20 yaşından önce görülmektedir (Iacovelli ve ark., 2005). Fakat coğrafi bölgelere göre vitiligo prevalansında farklılıklar bulunmaktadır.

Hindistan (%8,8), Meksika (%2,6-4) ve Japonya'nın en yüksek prevalansa sahip ülkeler olduğu bildirilmiş ise de bu oranlar bu ülkelerde vitiligonun diğer ülkelere kıyasla

yüksek olduğunu göstermez. Nitekim George (1989) ve Martis (2002), damgalanmanın ve ayrımcılığın yoğun olduğu yahut koyu ten rengine sahip bireylerin çoğunluğu oluşturduğu bölgelerde vitiligonun belirgin ve rahatsız edici görüntüsü sebebi ile hastaneye başvurma oranının fazla olmasının prevalans verilerindeki farklılıkların sebebi olabileceğini belirtmişlerdir. (George, 1989; Martis ve ark., 2002).

2.2.3. Etiyoloji

Vitiligo uzun zamandır bilinen bir hastalık olmasına rağmen hastalığın nedeni hala aydınlatılamamıştır. Yaygın kanı vitiligolu deride fonksiyonel melanosit hücrelerinin bulunmayışıdır (Ortonne, 2008). Bu sebeple vitiligo patogenezine yönelik ileri sürülen teoriler melanositlerin hasarlanması üzerine odaklanmıştır. Vitiligonun etiyolojisi halen belirsizdir; ancak stres dahil olmak üzere nöral anormallikler, melatonin reseptör disfonksiyonu ve genetik faktörler gibi birçok faktör vitiligonun sebepleri arasında sayılabilir (Kent ve Al'Abadie, 1996). Vitiligo patogenezinin nedeni için önerilen birtakım teoriler bu bölümde tartışılacaktır.

2.2.3.1. Stres

Bazı çalışmalar vitiligonun aşırı stres koşulları altında gelişebileceğini ortaya koymuştur (Lerner 1959; Papadopoulos ve ark. 1998). Bununla birlikte, vitiligonun her zaman stresli durumların bir sonucu olarak değil, öngörülemeyen olaylarla başarılı bir şekilde baş edememenin bir sonucu olarak geliştiği de ortaya konmuştur (Picardi ve ark. 2003). Fizyolojik stresin melanosit ölümüne yol açan bir dizi immünolojik reaksiyonu tetikleyebilen nöropeptid Y'nin sentezini artırabileceği düşünülmektedir. (Al'Abadie ve ark., 1994b; Tu ve ark., 2001; Karia ve ark., 2015).

2.2.3.2. Köbner Fenomeni

Sağlıklı ciltte kutanöz hasar bölgelerinde önceden var olan bir dermatozdan yeni cilt lezyonlarının ortaya çıkması vitiligo hastalarının lezyonsuz derisi fiziksel travmaya maruz kaldığında, melanositler epidermisin bazal hücre tabakasından ayrılır ve ardından melanosit ölümü gerçekleşir (Gauthier ve ark., 2003). Koebner fenomeninin nedeni belirsizdir. Mevcut teoriler, Koebner fenomeninin hem epidermisin hem de dermisin aynı bölgede yaralanmasını gerektirdiğini öne sürmektedir. İlk vitilijinöz lezyonların yerinin sürtünme bölgeleriyle ilgili olduğu kaydedilmiştir (Gauthier, 1995, van Geel ve diğerleri,

2011b). Vitiligoda Koebner fenomeninin prevalansının %21-62 arasında değiştiği bildirilmiştir (Barona ve ark., 1995, Gauthier, 1995, van Geel ve ark., 2011b, Khurrum ve ark., 2017).

2.2.3.3. Otoimmun Teori

Bu kurama göre, melanositlere karşı gelişen sitotoksik antijenlere bağlı melanosit yıkımı olmaktadır. Vitiligo tanısı konulmuş bireylerde immun sistem kökenli bazı hastalıklar daha sık görülmektedir. Örneğin; Addison hastalığı, diabetes mellitus, tiroid hastalıkları özellikle de Hashimato tiroiditi ve Graves hastalığıyla birliktelik göstermektedir (Rezaei ve ark, 2007).

2.2.3.4. Nöral Teori

Lerner tarafından ortaya atılan kuram, vitiligodaki depigmentasyonun, derideki periferik sinir terminallerinde pigmenti hafifleten ve yeni melanin sentezini azaltan spesifik bir maddenin (örn; melatonin) salınımındaki artıştan kaynaklandığını iddia etmektedir (Malhotra ve Dytoc, 2013).

2.2.3.5. Özyıkım (Otositotoksik) Teorisi

Vitiligonun sitotoksik melanin hücresini oluşturacak öncü hücreye karşı, melanositlerdeki koruyucu mekanizmaların kendi kendini yıkım sürecinden kaynaklanmasıdır (Gupta ve ark, 2002).

2.2.3.6. Genetik Faktörler

Vitiligo insidansını ele alan birkaç epidemiyolojik ve ailesel çalışma, vitiligonun genel popülasyonun %1-2'sini etkilediğini ve hastalığa sahip birinci derece akrabaları (FDR) olan kişilerin daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (Katz & Harris, 2021).

Yapılan aile temelli bir çalışma, vitiligodan etkilenen bireylerin yaklaşık %20'sinin vitiligolu en az bir birinci derece akrabası olduğunu göstererek bu fikri doğrulamıştır (Nath ve ark., 1994). Mohr, Siemens ve Vogel vitiligodan eş zamanlı etkilenen monozigotik ikizleri incelemişler ve genetik faktörlerin önemine işaret etmişlerdir (Mohr, 1951; Siemens, 1953 ve Vogel, 1956). Vitiligo hastalarının birinci

derece akrabalarında yüzde 11 ila 38 oranında vitiligo sıklığı bildirilmiştir ve genetik faktörlerin önemi vurgulanmıştır (Spritz ve Andersen, 2017).

Avrupa kökenli beyazlarda, probandların birinci derece akrabalarındaki genel vitiligo sıklığının %7 olduğunu, probandların ebeveynlerinde %7,8 ve kardeşlerinde %6,1 riskinin, poligenik, multifaktöriyel kalıtım ve vitiligo başlangıcının yaşa bağımlılığı ile tutarlı olduğunu göstermiştir (Alkhateeb ve ark., 2003).

2.2.4. Klinik Görünüm

Vitiligolu bireylerde lezyonlar süt beyazı veya tebeşir beyazı rengindedir. Epidermal değişikliklerin eşlik etmediği vitiligo lezyonlarında seyrekçe eritem izlenebilir. Hastalardaki lezyonlar sıklıkla simetrik ve iyi sınırlı olup merkezden çevreye doğru genişlemektedir (Halder ve Chappell, 2009). Vitiligo lezyonları vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir; fakat sıklıkla yüz, elin arkası, meme uçları, koltuk altı, göbek, sakrum, kasık ve cinsel organlar gibi görece daha hiperpigmente vücut bölgelerinde görülür (Bolognia ve ark. Events, 2018). Koyu tenli hastalarda ya da bronzlaşma sonrasında vitiligo ve normal deri arasındaki kontrast farkı belirginken, açık tenli hastalarda lezyonların tanınması zordur. Bu sebeple, tanı koyarken Wood lambasından faydalanılır. Wood lambası 365 nm (nanometre)'de UVA ışığı yayan depigmente ve hipopigmente lezyonların ayrımında kullanılan bir el cihazıdır (Denli ve ark; 2008), (Alikhan ve ark, 2011). Wood lambası özellikle çıplak gözle ayırt edilemeyen, soluk olan lezyonlar ve açık tenli kişilerde, bu hastalığın teşhisi için kullanılır (Gawkrodger, 2008). Normal deri ile lezyonlu deri arasındaki kontrast Wood ışığı ile artıyorsa lezyon amelanotik, kontrastta artış yoksa lezyon hipomelanotiktir (Tüzün ve ark, 2008). Vitiligo, dermoskopi kullanılarak diğer depigmente edici hastalıklardan ayırt edilebilir. Diğer hipopigmentasyon bozukluklarında bulunmayan rezidüel perifoliküler pigmentasyon ve telenjiektazi gösterir (Thatte ve Khopkar, 2014). Daha da önemlisi, vitiligoda hastalık aktivitesinin ve evrim evresinin değerlendirilmesinde yararlı olabilir (Kumar ve ark., 2018).

2.2.5. Sınıflandırma

2011-2012 yıllarında Vitiligo Global Issues Consensus Conference'ta yapılan incelemeye göre Vitiligo; Non-Segmental, Segmental ve Sınıflandırılamayan tür olmak

üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Non-Segmental Vitiligo (NSV) nadir formların yanı sıra akrofasyal, mukozal, jeneralize, üniversal, miks vitiligoyu içerir.

1. Non-Segmental Vitiligo: Akrofasyal: Yüz, baş, el ve ayakları etkileyebilir. Ağız çevresini ve parmak ekstremiteleri en sık etkilenen bölgelerdir.

Mukozal: Oral ve/veya genital mukozayı tutar. Jeneralize vitiligonun bir parçası olarak veya izole bir durum olarak ortaya çıkabilir. Oral veya genital mukozadaki tutulumu ifade eder.

Jeneralize: Maküller/yamalar genellikle simetriktir. Başta eller, parmaklar, yüz ve travmaya maruz kalan bölgeler olmak üzere tegumentin herhangi bir bölümünü etkileyebilir.

Üniversal: Hem erişkinlerde hem de çocuklarda görülen tiptir ve hastalığın en yaygın halidir. Depigmentasyon vücut derisinin neredeyse tamamını veya %80'den fazlasını kaplar. Sıklıkla basınç, friksiyon ya da travmaya eğilimli bölgeleri etkileme eğilimindedir. Yüz, boyun, gövde, ekstremitelerin ekstansör bölgeleri ve kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde simetrik olarak dağılım gösterir.

Miks: Segmental ve Non-Segmental Vitiligonun birlikte tutulumudur.

Nadir formlar: Punktata, minör ve foliküler vitiligoyu içerir. Bu türler sınıflandırılamayan vitiligo türleri içerisinde de değerlendirilmiştir.

2. Segmental Vitiligo: Beyaz lekeler vücudun sadece bir bölgesini etkiler. En yaygın varyant, vücudun bir tarafında, genellikle vücut orta hattına paralel bir veya daha fazla beyaz makülden oluşan ve hastalığın hızlı başlamasına ek olarak vücut kıllarını (lökotrikya) içeren unisegmentaldir.
3. Sınıflandırılamayan/Belirlenemeyen Formlar:

Fokal: Segmental olmayan bir veya daha fazla beyaz yama ile karakterizedir. Segmental veya Non-Segmental formlara dönüşebilir.

Mukozal: Oral veya genital mukozadaki tutulumu ifade eder.

2.2.6. Tedavi

Vitiligonun erken ve yoğun tedavisi hastalığın daha iyi sonuçlanması ile ilişkilidir; ancak genel olarak tedavi yalnızca orta derecede etkilidir (Harris & Rashighi, 2018). Bazı hastalar kişisel tercihleri nedeniyle tedaviden kaçınmayı seçse de, tedavi tüm hastalara sunulmalıdır (Rodrigues ve ark., 2017). Şu anda, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan vitiligoda repigmentasyonu indükleme endikasyonu olan hiçbir tedavi yoktur. Bilinen ve onaylanmış bir tedavi yöntemi olmadığından hastaların alternatif tıbbi tedavi yöntemlerine yöneldiği görülmektedir. Bu yöneliş bilimsel bir bilgiye değil, çaresizliğe ve çözüm bulma isteğine dayanmaktadır. Aynı zamanda hastalar, estetik kaygı yaşamaları sebebi ile kozmetik ürünler veya estetik müdahalelerle dış görünüşlerini değiştirmek istemektedirler. Günümüzde kullanılan tedavilerin çoğu, inflamasyonu spesifik olmayan bir şekilde hedefler (Rodrigues ve ark., 2017). Vitiligo için FDA onaylı tek tedavi, nadir görülen ciddi inatçı vitiligo vakalarında etkilenmemiş cildi kalıcı olarak aydınlatmak için kullanılan bir pigment giderici ajan olan hidrokinon kreminin monobenzil eteridir.

Vitiligoyu tedavi etmenin en iyi yolu, hastalığın alt tipini, etkilenen vücut yüzey alanının (BSA) yüzdesini, yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ve hastanın risk-fayda oranını dikkate almaktır (Rodrigues ve ark., 2017). Bir tedavi planına karar verirken, hastalığın yeri ve aktivitesi dikkate alınmalıdır. Tedavinin amacı, melanositlerin birbirini yok etmesini durdurmak ve mevcut melanositlerin büyümesini ve çoğalmasını uyararak repigmentasyona yol açmaktır (Bishnoi ve Parsad, 2018). Lezyonların görünürlüğünü azaltmayı mümkün kılan herhangi bir müdahale ruh üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.

2.2.6.1. Terapötik Müdahale

Çoğu dermatozun görünürlüğünün psikolojik sonuçları vardır. Sıklıkla bulaşma veya hijyen eksikliği gibi hastalık çağrışımları taşıyabilir (Papadopoulos ve Walker, 2003). Bu da hastaların dışlanmış hissetmelerine neden olabilir ve sonucunda kendini değersizleştirme düşünceleri, utanç ve kaygı gibi duygular ortaya çıkabilir. Yaygın bir pigment bozukluğu olan vitiligolu insanlar da sosyal reddedilme hissettiğini bildirmişlerdir (Oaten, Stevenson ve Case, 2011). Dismorfik bozukluk, öznel bir çirkinlik hissi, kozmetik kusur veya vücuttaki deformite ile karakterizedir.

Vitiligo görünüm üzerinde önemli etkisi olan ve genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan kronik bir deri hastalığıdır (Nyfors & Lemholt, 1975; Nioo & Westerhof, 2001). Bu hastalığın kronikliği, öngörülemezliği ve etkili tedavilerin eksikliği, bireyin hastalığa uyumunu olumsuz etkilemektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi, olumsuz bilişlere meydan okuyan bir müdahale yöntemidir. Papadopoulos, Bor ve Legg (1999), vitiligo tedavisinde BDT'nin etkinliğini ve ayrıca durumun benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Vitiligo katılımcıları ile sekiz kişiden oluşan iki örneklem grubu oluşturularak eşleştirilmiş, oluşturulan bir grup haftalık bir saat süren sekiz haftalık seanslar için BDT almış iken, diğer grup (kontrol grubu) tedavi görmemiştir. Hem kontrol hem de tedavi grubunda PUVA (ışık tedavisi) tedavisine devam eden iki katılımcı olmuştur. Yaş, cinsiyet ve etnik köken, çalışmanın başlangıcında iyi bir şekilde eşleştirilmiş, kurs beş aylık bir takip ile sekiz hafta sürmüş ve araştırmada Beck'in geleneksel BDT yöntemi (1979) kullanılmıştır. Sonuçlar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında; hastaların benlik saygısı, beden imajı ve yaşam kalitesinde bir iyileşme gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmacılar, bireylerin görünüşleri hakkında çok sayıda olumsuz fikre sahip olmasına rağmen, BDT terapi grubundakilerin kontrol grubuna kıyasla benlik saygısı, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olduğunu keşfetmişlerdir.

2.2.6.2. Medikal Müdahaleler

Vitiligo'nun bilinen bir tedavisi yoktur. Medikal tedavinin amacı, rengi eski haline getirerek (repigmentasyon) veya derideki diğer pigmentleri ortadan kaldırarak (depigmentasyon) tek tip bir cilt tonu yaratmaktır (Whitton ve ark, 2015). Vitiligo tedavisinde kullanılan yöntemler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Vitiligo Tedavisinde Kullanılan Yöntemler (Demirel ve Borlu, 2010).

Geleneksel tedaviler	Fototerapi
	Fotokemoterapi
	Kortikosteroidler
	Depigmentasyon
Yeni tedavi yöntemleri	Topikal immunmodilatörler
	Vitamin D3 analoglar
	Excimer lazer
	Dar bant UVB mikrofototerapi
Cerrahi tedaviler	Doku greftleri
	Punch greftler
	Emme bülü epidermal grefti
	Split-thickness greftler
	Hücresel greftler
	Epidermal, otolog epidermal hücre süspansiyonu transplantasyonu (Kültüre edilmemiş melanosit graftı)
	Otolog kültüre epitelyal greft
Deneysel tedaviler	Fenilalanin ve UVA
	Khellin ve UVA
	Alfa lipoik asit
Ek tedaviler	Kozmetik kamuflaj
	Güneşten korunma
	Yardımcı tedaviler

Cochrane (2015) çalışmasında, topikal tedaviler, cerrahi yöntemler ve psikolojik tedaviler dahil olmak üzere çeşitli müdahaleler incelenmiştir. Çalışmaların çoğu 50'den az katılımcı ile gerçekleşmiştir ve yine bu çalışmaların çok azı özellikle çocukları içermektedir (Whitton ve ark., 2016). Bireysel çalışmalardan elde edilen en iyi kanıtlar, topikal kortikosteroidlerden (TCS'ler) ve topikal preparatlarla birlikte çeşitli UV radyasyon formlarından kısa vadeli faydalar gösterdiğini ortaya koymasıdır (Whitton ve

ark., 2016); ancak psikolojik müdahaleleri değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2.2.7. Beden ve Ruh Sağlığı

Antropoloji, insanların genellikle cildini süsleyerek, üzerini örterek veya çeşitli şekillerde tedavi ederek cildine özen gösterdiğini ve bu şekilde değer verdiğini göstermektedir (Mascia-Lees, 2011). Herhangi bir canlıya doğal haliyle baktığımızda ilk gördüğümüz şey derisidir. Deri bizi birbirimizden ayırır ve derinin rengi, sosyal gruplar arasındaki sınıflandırmaların temelini oluşturabilir. Pigmentasyon oranı nedeniyle ırklara göre ayırt edilebilir. Belirtmek gerekir ki, günümüzde bile Hindistan gibi bazı ülkelerde, bu pigmentli ayrım hâlâ toplumsal dağılımın politik bir ölçütüdür (Bamali ve ark., 2021).

Cilt dış dünya ve başkalarıyla olan ilişkimizde, ruhumuzun yapılanmasında ve davranışlarımızın oluşumunda önemli rol oynarken görünüşümüzü de belirler. Deri vücudu kaplayan tek organdır ve zihinden ayrı düşünülemez. İç ve dış ortamları birbirinden ayıran, bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak dış etkenlerden koruyan bir duyu organıdır. Derinin bedeni korumak, duyguları iletmek ve geribildirim almak, dış dünya ile iletişim kurmak; sıcak, soğuk, kaşıntı, ağrı hislerini iletmek gibi birçok hayati fonksiyonu vardır. Deri hastalıkları ağrı dahil olmak üzere kaşıntı, yanma, batma, kabarma, kalınlaşma, cilt pigmentasyonunda değişiklikler veya ten rengi ve saç veya kaş kaybı gibi birçok farklı semptomla ortaya çıkabilir. Lezyonlar görülebilir ve kozmetik hasara veya şekil bozukluğuna neden olabilir (Sharon, 2021).

Bebek, anne karnındayken bile korunduğunu hissettiği bir zar (plasenta) ile çevrilidir. Bu zarın iç tarafı anne ile ten tene temas sağlar. Doğumdan sonra annenin bebeğine verdiği bakım ve gösterdiği özen (emzirmesi, yıkaması, kıyafetlerini değiştirmesi vb.) sayesinde bebek ile anne arasındaki ilk ilişki deri aracılığıyla kurulmuş olur (Anzieu, 1989; Aydemir, 2002). Dermatologlar, cilt hastalığıyla ilgili semptomlar ciltte ortaya çıktığı için, hastalığa sahip kişilerin dokunsal ve görsel iletişimde ciddi ruhsal sorunlar yaşayacaklarını söylemişlerdir. Görmeden, duymadan, tat veya koku duyusu olmadan yaşam mümkün ise de, derinin büyük bir bütünlüğü olmadan yaşamak imkansızdır.

Deri; beyinden sonra en büyük ikinci cinsel uyarılma ve zevk kaynağı olarak kabul edilir. Ayrıca bedensel ceza, acı ve ıstırabın da başlangıç noktasıdır (Szwec, 2006). Tepkilerimizin ve duygularımızın yansıdığı yerdir. Anzieu'ya göre deri, iç ortamımızın dengesini dış etkenlerden korur, ancak bu etkenlerin izlerini kendi dokusunda, renginde ve yaralarında gizler. Bu içsel durumu koruduğu ve gizlediği düşünülen deri, sağlığımız ve ruhumuz için bir aynadır ve içsel durumu büyük oranda dışa vurur.

Güzellik uzmanları, kozmetikçiler, fizyoterapistler, dermatologlar dahil olmak üzere birçok profesyonelin dikkatini çekmiş ve birçok meslek dalı deri ile ilgili çalışmalar yapmıştır (Anzieu, 1989). Aydemir'e göre iç ve dış çevre arasında sınırlar oluşturan ve vücudumuzu sınırlayan deri bir bakıma benliğimizi de sınırlar (Szwec, 2006).

Anzieu yapısal olarak derinin diğer tüm duyulardan önce geldiğini belirtmiştir. Öncelikle, tüm vücudu kaplayan tek duyu organıdır. Kendi içinde ısı, temas, acı, baskı gibi birçok duyuyu yansıtır. 1923'te Freud dokunmanın beş duyu arasındaki tek yansıtıcı duyu olduğunu söylemiştir. Çocuk parmaklarıyla vücudun farklı bölgelerine dokunur ve iki duyu birbirini tamamlar; deri hem dokunan hem de dokunulandır yani hem etken hem edilgendir (Anzieu, 1989).

Szwec ise derinin üzerindeki hasarları bilinçdışındaki bastırılmış çatışmalar ile ilişkide olan bedenin dili olarak yorumlamış ve deri hastalıklarının travmatik bir olaydan sonra meydana geldiğini söylemiştir (Aydemir, 2002).

Deri, dokunsal iletişimdeki işlevinin yanı sıra insan görüntülerinin önemli bir bölümünü kapsadığı için görsel iletişimde de çok önemlidir. Çünkü; insanlara baktığımızda tenlerinin kapladığı bedenlerini görürüz ve onlara dokunduğumuzda tenimizle-derimizle hissettiğimiz şey diğer kişinin tenidir-derisidir (Szwec, 2006). Deri hastalığına sahip kişilerde hastalığın semptomlarının deride meydana gelmesi ve görünür olması bireylerde yalnız, yabancılaşmış, aşağılanmış, damgalanmış ve dışlanmış hissetmelerine yol açmaktadır (Aydemir, 2002).

Cildin ve beynin çeşitli şekillerde etkileşimi birçok araştırmaya konu olmuştur ve bu konuda araştırmalara devam edilmektedir. Yapılan bu çalışmalar üç gruba ayrılabilir:

1. Stres çalışmaları,
2. Psikosomatik hastalıkların analitik ve dinamik çalışmaları ve

3. Psikosomatik dermatolojik araştırmaların klinik değerlendirmesi ve tedavisi

Psikodermatoloji psikiyatri ve dermatoloji disiplinlerinin birlikte çalışmasını gerektiren disiplinlerarası ve bütüncül yaklaşılması gereken bir alandır. Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması ilk olarak dermatolog ve psikanalist Caroline Koblenzer tarafından yapılmıştır. Günümüzde yaygın olarak kabul edilen sınıflandırmalardan biri Koo ve Lee'ninki diğeri ise etiyolojiyi esas alan Harth ve arkadaşlarınınkidir (Altunay, 2010).

Vitiligo görünüm üzerinde önemli etkisi olan ve genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlayan kronik bir deri hastalığıdır (Nyfors & Lemholt, 1975; Nioo & Westerhof, 2001). Bu hastalığın kronikliği, öngörülemezliği ve etkili tedavilerin eksikliği, bireyin hastalığa uyumunu olumsuz etkilemektedir.

2.2.8. Vitiligo ve Ruh Sağlığı

Vitiligo, ciltte pigment üreten hücrelerin belirgin bir şekilde tahrip edilmesi sonucu oluşan bir cilt hastalığıdır. Etkilenen bölgeler pigmentasyonlarını kaybeder ve ciltte düzensiz beyaz lekeler ortaya çıkar. Vitiligo, hastanın genel görünümünü etkilemekle birlikte hastalar genellikle ağrı veya rahatsızlık bildirmezler (Lerner ve Nordlund, 1978; Porter ve ark., 1990). Bu nedenle, birçok insan vitiligoyu tıbbi bir durumdan ziyade "kozmetik bir sorun" olarak görür.

Vitiligonun duygusal etkileri ve sosyal sonuçları 1970'lerin sonlarında rapor edilmiştir. Etkilenenlerin üçte ikisi utandıklarını ve endişeli olduklarını ifade etmişlerdir. Derinin sosyal önemi nedeniyle (Nadelson, 1970; Porter ve ark., 1990), başkaları tarafından görülebilen cilt hastalıkları olan kişilerin yaşadığı damgalanma, diğer vücut rahatsızlığı olan kişilerin yaşadığından daha şiddetli olabilir (Porter ve ark., 1990). Buna ek olarak izleniyor hissi, yabancılarla tanışırken kendilerini rahat hissetmedikleri ve iş yerlerinde de ayrımcılığa maruz kaldıkları rapor edilmiştir. Hastalığın cinsellik üzerinde de olumsuz bir etkiye sahip olduğu, bunun sebebinin ise öznenin diğerinden utanması olduğu düşünülmektedir. Çok sayıda hastanın hastalığın görünürlüğü sebebi ile kamuflaj çabasına girdiği görülmektedir (Kluger, 2008).

Deri hastalıklarına eşlik eden yaygın psikososyal problemler arasında "stres, anksiyete, depresyon, intihar düşüncesi, korkular, düşük özgüven, hayal kırıklığı, düşük

benlik saygısı, beden imajı bozuklukları, sanrısal inançlar, beden dismorfizmi, duygusal problemler, uyku problemleri, ilişki sorunları, öfke, utanç, olumsuz düşünceler, damgalanma, sosyal ayrımcılık, sosyal izolasyon ve sosyo-mesleki işlevsellikte bozulma" sayılabilir (Green, L., 2010).

Vitiligo, kozmetik ve estetik açıdan bozulmaya sebep olarak kişileri psikososyal açıdan etkilemektedir (Schmid-Ott ve ark., 2007). Görünürlüğü ve süreğenliği sonucunda hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir yüke neden olmaktadır (Obgenae ve ark., 2005). Vitiligo hastaları fiziksel görünümlerinden dolayı damgalanma ve utanç yaşayabilirler; bu da düşük benlik-saygısına ve sosyal izolasyona yol açabilir (Kent ve Al-Abadie, 1996; Ongenae ve ark., 2005). Araştırmalar özellikle kadınların düşük benlik saygısı olduğunu söylemektedir (Kluger, 2008).

2.2.9. Depresyon

Depresyon kelimesi özünü Türkçeden alan bir kelime değildir. Fakat gündelik hayatımıza yerleşmiş ve artık bir hastalığın ifadesi olarak değil üzgün ruh halimizi tasvir etmek için kullandığımız bir sözcük halini almıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre depresyon kısaca çökkün duygu durumu olarak tanımlanır. İnsanlarda işlev kaybına yol açan; biyolojik, ruhsal ve sosyal etmenlerin etkileşiminden kaynaklanan bir hastalıktır (WHO, 2017). Ruh Sağlığını Güçlendirme Raporu'nda ise 1990 yılında insanlarda işlev kaybına yol açan dördüncü hastalık olduğu, 2020'de kalp damar tıkanıklığından sonra ikinci sıraya yükselmesinin beklendiği açıklanmıştır (WHO, 2004).

Depresyon insanlar için her zaman bir sağlık problemi olmuştur. Tarihçesine bakıldığında ise hastalığın ilk yazılı kaydına M.Ö. 2. yüzyılda Mezopotamya metinlerinde rastlanıldığı düşünülmektedir. Eski Mezopotamyalılar, Çin ve Mısır uygarlıkları, şeytani etkilerin depresyona neden olduğunu düşünmüşlerdir (Pulse Tms, b.t.).

Önceden hastalıklar kötü ruhlar tarafından rahatsız edilmek gibi tek bir nedene bağlıyken Antik Yunan'da hastalığın dört temel vücut sıvısındaki dengesizlikten meydana geldiği düşünülmekteydi. Kişilik örüntülerinin de aynı şekilde vücuttaki temel sıvılardan baskın olan tarafından belirlendiğine inanılmaktaydı. Vücudun dört sıvısı kan, sarı safra, kara safra ve balgamdı. Bu teori; toprak-ateş-su-hava olan dört element teorisiyle yakından ilişkiliydi.

Bu teoriye göre beden, her biri mizacımızı belirleyen dört ruh halini içermekteydi; kan, kalp ve karaciğer ile ilişkili olup sıcakkanlılığı simgelemekteydi. Balgam (hava), soğukkanlılık ve neredeyse kayıtsızlık olan sakin ve soğukkanlılık; safra (ateş) öfke; kara safra ise hüzün ile ilişkilendirilmekteydi (Bourin, 2020).

Melas, "siyah, kara" ve kholé, "safra" (Liddell ve Scott, 1980) sözcüklerinden türetilen melankoli, doktorlar ve bilim insanları tarafından dalakla ilişkili olan kara safra olarak bilinen sıvının fazlalığı ile ilişkili olduğu düşünülmekteydi (Ekstrand, 2015). Kara safra toprakla, sarı safra ateşle ve balgam suyla temsil ediliyordu. Kan hava ile bağlantılıyken, kanın dört elementi de temsil ettiği düşünülüyordu. Sarı safra dengesizliğinin saldırganlığa ve aşırı öfkeye, kara safra dengesizliğinin ise depresyona neden olduğuna inanılmaktaydı (Irwin, 1947).

Depresyon, Hipokrat tarafından tüm "korkuları ve umutsuzlukları" karakterize eden, belirli zihinsel ve fiziksel semptomlara neden olan bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Hipokrat Aforizmalar adlı eserinde korkuların ve umutsuzlukların uzun bir süre devam etmesinin depresyonun belirtileri olduğunu söylemiştir. (Kielkiewicz ve Kennedy, 2015).

"Kara safra" ile ilgili kavramların geçerliliği M.S. 19. yüzyıla kadar sürmüştür. M.S. 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında Yunanca "melankoli" kelimesinin yerine "depresyon" kelimesi konulmuş, klinik bir tanı olarak "depresyon" kavramı kullanılmaya başlanmıştır. (Jackson'dan aktaran Reynolds ve ark., 2013). 19. yüzyılda depresyon terimi, bir üzüntü durumunu tanımlamak için kullanılmıştır (Paykel, 2008). Depresyon ve melankoli köken, psikopatoloji ve terapi açısından farklılık göstermektedir.

Depresyon, DSM-III'ten önce bir tanı olarak kabul edilmemiş; ancak nevrasteni, psikasteni ve nevroz gibi hastalıklarda görülen yaygın bir semptom olmuştur. Modern tanımı Kraepelin'in manik-depresif hastalığına dayanılarak kurulmuştur. Melankoli, Hipokrat'a kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. Depresyon, günlük yaşamda derinleşen veya uzun süreli bir üzüntü halidir; ancak melankoli, depresyon ile aynı olmayan farklı bir ruh hali özelliğidir (Ohmae, 2012).

Hamilton'a göre "depresyon" kelimesi üç farklı şekilde kullanılmaktadır. İnsanların kendileri için önemli bir şeyi kaybettiklerinde yaşadıkları üzüntü durumunu tanımlamak için kullanılır. Psikiyatride bu kelime, günlük deneyimlerin üzüntü,

mutsuzluk ve sefaletine benzer şekilde anormal bir ruh halini belirtmek için kullanılır. Ayrıca, psikiyatride tartışılan depresyonun genellikle onu ayırt edici kılan başka bir özelliği vardır ve bu nitelik, deneyimden bağımsız olarak herhangi bir zevk alamama (anhedonia) ile ilişkili görünmektedir. Beck'e göre depresif insanlar, durumları olumsuz bir şekilde algılama ve kendilerini çaresiz ve yetersiz olarak görme eğilimindedirler. Martin Seligman' a göre depresyon çaresizlik düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Yani, birey bir durumu veya olayı kontrol edemeyeceğine inanıyorsa depresyona girme olasılığının daha yüksek olduğu varsayılmaktadır. Seligman, olumsuz yaşam olaylarını içsel, değişmez ve global olarak açıklayan kişilerin depresyona girme eğilimlerinin yüksek olduğunu öngörmektedir (Peterson ve Seligman, 1984).

Depresyon davranışsal, duygusal ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir hastalıktır. Depresyondan mustarip olan kişilerin ruh halleri, bakış açıları ve rutinleri çarpıcı biçimde değişebilir. Depresyon kişinin işini bırakmasına, okula gitmemesine veya partnerinden ayrılmak gibi kişisel, sosyal ve mesleki hayatı üzerinde yıkıcı bir etkiye sahiptir ve aynı zamanda kas ağrıları, şiddetli yorgunluk ve yavaş hareketler gibi fiziksel semptomlara neden olabilir.

Depresif duygudurumunun tanılanması için DSM-5 ilgi ya da zevk kaybından en az birinin gerekli olduğunu söylemektedir (Paykel, 2008).

Depresyon (majör depresif bozukluk), nasıl hissettiğinizi, nasıl düşündüğünüzü ve nasıl davrandığınızı olumsuz etkileyen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır. Üzüntü duygusuna ve/veya bir zamanlar keyif aldığınız etkinliklere karşı ilgi kaybına neden olur.

Çeşitli duygusal ve fiziksel sorunlara yol açabilir, işte ve evde çalışma yeteneğinizi azaltabilir. Depresyon belirtileri hafif veya şiddetli olabilir. Belirtiler;

- Üzgün hissetmek veya depresif bir ruh hali içinde olmak
- Bir zamanlar zevk alınan etkinliklere ilgi veya zevk kaybı
- İştahta değişiklikler-diyetle ilgisi olmayan kilo kaybı veya kazanım
- Uyumakta zorluk veya çok fazla uyumak
- Enerji kaybı veya artan yorgunluk
- Değersiz veya suçlu hissetmek

- Düşünme, konsantre olma veya karar verme zorluğu
- Ölüm veya intihar düşünceleri
- Amaçsız fiziksel aktivitede artış (örneğin, hareketsiz oturamama, yürümek veya yavaş hareketler veya konuşma (bu hareketler başkaları tarafından gözlemlenebilecek kadar şiddetli olmalıdır) (APA, 2013).

Majör depresif bozukluk, tipik olarak iştah, uyku, iş veya hayattan zevk alma yeteneği üzerinde etkileri olan, bireyin günlük yaşamını bozan şiddetli semptomlarla karakterizedir. Majör depresyon epizodları herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir ve etkilenen bir kişinin hayatında bir veya birkaç kez meydana gelebilir. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi), iki veya daha fazla yıl süren, bazen majör depresyon ataklarıyla kendini gösteren semptomları içerir.

Diğer depresyon türleri, her biri belirli koşullar altında gelişen doğum sonrası depresyon, psikotik depresyon ve mevsimsel örüntü gösteren depresyonu içerir. Doğum sonrası depresyon kadınlarda doğumu takip eden dönemde gelişir. Semptomlar arasında kaygı, bebeğe bakma konusundaki ilgisizlik ve üzüntü, umutsuzluk veya yetersizlik duyguları yer alır. Doğum sonrası depresyon, genellikle ruh hali değişimleri, üzüntü duyguları ve ağlama nöbetlerini içeren doğumdan sonra kadınlar arasında yaygın bir durum olan annelik hüznünden daha uzun süreli ve daha şiddetlidir. Psikotik depresyon, sanrılar, halüsinasyonlar veya paranoya semptomlarını içerebilen bir psikoz geçmişine karşı ortaya çıkar. Mevsimsel örüntü gösteren depresyon, ilkbahar ve yaz aylarında artan doğal ışık kaynaklarına maruz kalma ile hafifleyen, sonbahar ve kış aylarında depresif semptomların başlamasıyla karakterizedir (Brittanica, 2021).

Duygudurum bozuklukları yaşayan kişilerde fizyolojik hastalıklara yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Bhattacharya ve ark, 2014). Bu bozukluklara sahip kişiler tarafından kullanılan uygunsuz başa çıkma yöntemleri, birçok kronik hastalığa yakalanma veya bu hastalığı ağırlaştırma riskini doğurabilmektedir. Öte yandan, kronik bir hastalıkla yaşamanın stresi duygudurum ve/veya kaygı bozukluklarına neden olabilir (Nehumba, 2020). Deri hastalıklarının psikolojik yönü önemli psikiyatrik komorbidite yaratmaktadır. Vitiligo gibi deri hastalıklarının psikolojik yansımalarının tam olarak anlaşılması, tedavi sonuçlarını ve genel yaşam kalitesini iyileştirmek için kritik öneme sahiptir (Jafferany, 2022). Vitiligo, hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde

etkilemekte ve önemli ölçüde sıkıntıya neden olmaktadır (Denli ve ark., 2008). Depresyon, deri hastalığı olan hastalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir (Gupta ve Gupta, 2003). Araştırmalarda, vitiligo hastalarında depresyon seviyesinin yüksek olduğunu; aktif vitiligolu hastalarda depresyon düzeyinin, hastalığı stabil olanlara göre çok daha yüksek olduğu söylenmektedir (Silpa ve ark., 2020). Wang ve ark. (2018) tarafından yürütülen bir meta-analiz çalışmasında vitiligo hastalarının kontrollere kıyasla depresif belirtilere sahip olma olasılığının 4.96 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Wang ve ark., 2018). 2015 yılında yapılan bir çalışmada vitiligolu hastaların depresyon ve düşük benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır (Ramakrishna ve ark., 2015).

2.2.10. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları, yaygın görülen önemli bir ruhsal hastalık grubudur. Araştırmalarda kaygı bozukluklarının yaygınlığının %7 ile %10 arasında değiştiği görülmektedir. Anksiyete bozuklukları kadınlarda daha yaygındır ve kadın-erkek oranları 1.4:1 ile 1.8:1 arasında değişmektedir (APA, 2013). Anksiyete (Fransızca: anxiété; Almanca: Angst), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'te (APA, 2013) gerçek veya algılanan yakın bir duruma karşı duygusal tepki olan korkunun

(peur; Furcht) aksine, gelecekteki bir tehdidin beklentisi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, DSM-5'teki endişe (souci; Sorge) terimi, endişeli beklentinin bilişsel yönlerine atıfta bulunarak bir nüans eklemektedir. Kaygı normal bir duygudur ve evrimsel bakış açısına göre insanları tehlikeli alanlardan kaçınmaya teşvik ederek hayatta kalmayı sağlamaktadır. Yirminci yüzyıldan beri psikiyatrik sınıflandırmalarda bir bozukluk olarak yer almaktadır. Günlük yaşamdaki normal uyumsal kaygı ile tedavi gerektiren rahatsız edici patolojik kaygı arasındaki klinik eşik, klinik yargıya tabidir (Croqs, 2015).

Kelimenin kökenine bakıldığında, Latince bağımsız angor ve buna karşılık gelen ango (daralmak) fiilinden türemiştir. Aynı kökenli bir kelime olan angustus ise dar anlamına gelmektedir. İlginç bir şekilde, darlık fikri ile kaygı arasındaki aynı ilişki İncil İbranicesinde de tasdik edilmiştir. Aslında Eyüp, ıstırabını (Eyub 7:10) harfi harfine İbranice "ruhumun darlığı (çar)" ifadesi ile anlatır (Croqs, 2015).

Fransızcada ve diğer Roman dillerinde, anxiété genellikle angoisse'den (acı; Latince angŭstĭa'dan) ayrılır. Bazen, iki terim bazı yazarlar tarafından eş anlamlı olarak kabul edilse de kaygı psikolojik bir duyguyu belirtirken, ıstırap somatik deneyimi belirtir.

Paris'te Auschwitz'de ölen psikiyatri profesörü Joseph Lévy-Valensi (1879-1943), psikiyatri ders kitabında "anksiyete"yi karanlık ve sıkıntılı bir beklenti duygusu olarak tanımlar. Anksiyete, endişenin psikolojik ve bilişsel yönlerini içerme olarak tanımlanır (Croqs, 2015).

Emil Kraepelin, diğer tanılarla ilişkili bir semptom olarak kaygıya çok dikkat çekmiş, ancak kaygıyı ayrı bir tanı olarak yazmıştır. Kitabında kaygıyı (Angst) her türlü anormal sıkıntı verici duygunun en sık görüleni olarak tanımlamıştır. Anksiyete, iç gerilimin bir tür anhedoni ile ilişkisi olarak tanımlanmıştır (Kraeplin, 1913).

DSM-I'de (1952), kaygı "psikonörotik bozukluklar" ile neredeyse eş anlamlı kullanılmıştır ve psikonevrotik bozuklukların başlıca özelliği olduğu belirtilmiştir (APA, 1952).

DSM-II'de, kaygı semptomlarını kapsayan kategoriye Nevrozlar adı verilmiştir (APA, 1968) ve nevrozların başlıca özelliğinin kaygı olduğu belirtilmiştir. DSM-III'te (1980) anksiyete bozuklukları üç kategoriye ayrılmıştır:

a) Fobik bozukluklar, Agorafobi, Sosyal Fobi ve Özgül Fobi;
b) Panik Bozukluğu (PD), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (GAD) ve Obsesif-Kompulsif Bozukluğu (OKB) içeren kaygı durumları;
c) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB). Çocukluk ve ergenlik dönemi anksiyete bozuklukları arasında ayrılık kaygısı bozukluğu, çocukluk ya da ergenlikte kaçınma bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğu yer almıştır.

DSM-III'te, DSM-II'nin anksiyete nevrozu, PD ve YAB olmak üzere yeni oluşturulmuş iki kategoriye ayrılmıştır. Bu ayrım, bir trisiklik antidepresan olan imipraminin tekrarlayan panik ataklarını önlemede etkili olduğunu gösteren araştırmalara dayanılarak yapılmıştır (Klein, 1964 ve Zitrin ve ark., 1978).

Benzer nörobiyolojik, genetik ve psikolojik özelliklerin paylaşımına dayalı olarak, DSM-5, DSM-IV'ün anksiyete bozukluklarını üç spektruma (anksiyete, OKB ve travma ve strese bağlı bozukluklar) ayırmıştır. Stres, panik, obsesyonlar ve kompulsiyonların altında yatan nörokimyasallar hakkında artan bilgi sınıflandırmada rol oynamıştır. Ayrıca ister çocuklarda ister yetişkinlerde ortaya çıksın, gelişimsel olarak bağlantılı olabilecek bozukluklar aynı bölümlerde gruplandırılmıştır. Bu nedenle, obsesif-kompulsif

bozukluklar, anksiyete bozukluklarından ayrılır ve beden dismorfik bozukluğu, istifleme bozukluğu, trikotillomani ve ekskoriasyon gibi tekrarlayan düşünce veya davranışlarla karakterize edilen diğer bozukluklarla gruplanır. Benzer şekilde, travma ve stres etkeni ile ilgili bozukluklar, TSSB ve akut stres bozukluğuna ek olarak tepkisel bağlanma bozukluğu, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu ve uyum bozukluklarını içerir. Son olarak, daha önce bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde teşhis edilen bozukluklar arasında yer alan seçici konuşmazlık ve ayrılma anksiyetesi bozuklukları, artık diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte sınıflandırılmaktadır (Croqs, 2015).

Nijhawan'a (1972) göre, modern çağın en yaygın psikolojik fenomenlerinden biri olan kaygı, "iç çatışmalardan kaynaklanan kalıcı, sıkıntılı bir psikolojik durum" anlamına gelmektedir. Benzer şekilde May (1950), kaygıyı "bireyin varlığı için gerekli gördüğü bir değere yönelik bir tehdidin işaret ettiği endişe" olarak tanımlamıştır. Anksiyetenin psikolojik belirtileri arasında kalp çarpıntısı, mide bulantısı, solunum bozuklukları, terleme, kas gerginliği, titreme ve baş dönmesi yer almaktadır. Anksiyete, ona özel bir "hoşnutsuzluk karakteri" kazandıran fenomenolojik ve fizyolojik niteliklerin benzersiz kombinasyonuyla, öfke veya depresyon gibi diğer hoş olmayan etkili durumlardan ayırt edilebilmektedir (Nijhawan, 1972).

DSM-5'e göre Anksiyete Bozuklukları, aşırı olmaları veya normalden daha uzun sürmeleri bakımından gelişimsel olarak normal korku veya kaygıdan farklıdır. Genellikle stresin neden olduğu geçici korku veya endişeden kalıcı olmaları (örneğin, genellikle 6 ay veya daha uzun sürmesi) ile ayrılırlar, ancak süre gereksinimi biraz esnekliğe sahip genel bir kılavuz olarak düşünülmüştür ve bazen gençlerde daha kısadır (Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ve Seçici Mutizm'de olduğu gibi). Anksiyete bozukluğu olan kişiler korktukları veya kaçındıkları durumlarda riski abartma eğiliminde olduklarından, kültürel bağlamı dikkate alarak korku veya kaygının aşırı veya orantısız olup olmadığına klinisyen karar verir. Birçok anksiyete bozukluğu çocuklukta başlar ve tedavi edilmezse ömür boyu sürebilir. Yalnızca semptomlar bir maddenin/ilacın veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileriyle izlenemediğinde veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamadığında, anksiyete bozukluğu tanısı konur.

Yaygın anksiyete bozukluğunda, bireyin kontrol etmekte güçlük çektiği iş ve okul performansı gibi çeşitli alanlara ilişkin sürekli aşırı kaygı ve endişeyi içerir. Ayrıca, kişinin huzursuzluk veya gerginlik, yorgunluk, konsantre olamama, sabırsızlık, kas

gerginliği ve uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük veya huzursuz, tatmin edici olmayan uyku gibi fiziksel semptomları vardır (APA, 2013).

Vitiligo nadiren fiziksel acıya neden olmasına rağmen, olumsuz beden algısı ve sosyal damgalanmaya sebep olmaktadır. Bu da hastaların kişisel ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Mian ve ark., 2019). Vitiligo hastaları diğer deri hastalıklarına sahip olanlarda olduğu gibi yoğun olarak anksiyete yaşamaktadırlar (Kussainova ve ark, 2020). Literatüre göre anksiyete vitiligonun hem nedeni hem de sonucudur (Vijayalakshmi, 2018). Yapılan çalışmalarda vitiligo hastalarının sağlıklı kontrollere göre önemli ölçüde daha yüksek anksiyete düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (Dabas ve ark., 2020; Chen ve ark., 2020; Namdar ve Kurtoğlu, 2021). Kökçam ve ark. (1999) on bir vitiligo hastasını alopesi areata hastaları ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmışlardır. Çalışmalarında vitiligo hastalarının anksiyete oranları sağlıklı kontrollere göre daha fazla bulunmuştur (Kökçam ve ark., 1999). Manolache ve ark. (2004) vitiligolu (n=54), alopesi areatalı (n=72) hastaları ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında da benzer sonuçlara rastlamışlardır (Manolache ve ark. 2004).

2.2.11. Bilişsel Çarpıtma

Bilişsel çarpıtmalar, birçok kişi tarafından yürütülen çalışmaların temelini oluşturmaktadır. Terim ilk olarak Beck (1967) tarafından tanımlanmıştır. Bilişsel çarpıtma depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklara neden olan işlevsiz düşünme tarzları ve inançlardır (Beck, 1976). Bir kişi olumsuz bir duygu (örneğin; kaygı, öfke) hissettiğinde, genellikle bir dizi olumsuz düşünce de beraberinde gelir. Bu tür düşünceler sıklıkla "yararsız düşünme stilleri" olarak adlandırılan bir kalıbı takip eder. İnsanların problemli düşünme yöntemlerini kullanma konusunda doğuştan gelen bir eğilimi vardır ve bu hatalı düşünceler otomatik bir alışkanlık haline gelmiştir (Beck, 1976). Bilişsel süreçler, zihinsel gelişim ve öğrenme süreçlerine ek olarak sağlıklı ve sağlıksız duygudavranışların nasıl değerlendirildiğini etkilemiştir (Ağır ve Yavuzer, 2018).

Kendilik hakkındaki temel fikirler (şemalar), bilişsel terapi kavramsal çerçevesine göre, bireyin erken yaşam deneyimlerinin öznel değerlendirmesi tarafından şekillendirilmekte ve sürdürülmektedir. İkincil inançlar, erken şemaları desteklemek veya savunmak için benlik ve dünya hakkında kurallar veya varsayımlar olarak ortaya çıkar.

Kişisel değer, duygularla bağlantılı olan ve öğrenilmiş, alışılmış düşünce kalıplarına dönüşen bu inançlarla tanımlanır. Alışılmış düşünme yöntemleri, içsel ve dışsal uyaranları genelleştirerek, ortadan kaldırarak ve/veya çarpıtarak, temel fikirleri ve varsayımları teşvik ederek bilişsel çarpıtmalara neden olur. Özellikle bilişsel çarpıtmaların, duygusal bozuklukların sürdürülmesinde kilit bir rol oynadığı tespit edilmiştir.

Bilişsel bilginin nasıl işlendiğini daha iyi anlamak için araştırmacılar çeşitli bilgi işleme modelleri geliştirmişlerdir. Kendall (1992), bilişsel çarpıtmaların ortaya çıkmasında rol oynayan bilişin önemli bölümlerinin tanımını içeren bir bilişsel sınıflandırma modeli önermiştir: Bilişsel içerik, bilişsel süreç, bilişsel ürünler ve bilişsel yapılar. Bu özellikler, belirli bilişsel süreçleri filtreleyen genel bilişsel yapıyı oluşturur. Bilişsel çarpıtmalar, bilişsel süreç alanının bir parçasıdır.

Kendall (1992), bilişsel süreçler alanındaki işleme yetersizlikleri ve işleme çarpıklıkları arasında ayrım yapmıştır. Bilişsel aktivite eksikliği olduğunda, yetersiz işleme olarak bilinen hoş olmayan bir sonuçla sonuçlanır. Aktif bir düşünme süreci kusurlu bir akıl yürütme sürecinden geçtiğinde, sonuç çarpık işleme olur ve bu da hoş olmayan bir sonuca yol açar. Ayrım, düşünememek ile hatalı bir düşünme tarzı arasındadır (Kendall, 1992).

Beck'in 1970'li yıllardaki çalışması (Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, 1976), depresyonun, hastaların kendileri, bugünkü yaşantıları ve gelecekleri hakkındaki olumsuz düşüncelerinin bir sonucu olduğunu ileri sürerek, hemen hemen her psikiyatrik bozuklukta onu diğerlerinden ayıran belirli bir bilişsel içerik olduğunu belirtmiştir (Leahey, 2007). Bireyin bir durumu nasıl değerlendirdiği genellikle bilişleri (düşünceler ve görsel imgeler) ile belli olmaktadır. Bireylerin, bilişsel yapıları altındaki içerikteki değişiklikler onların duygulanım durumlarını ve davranış örüntülerini etkilemektedir. Bu bilişler bireylerin bilinçliliğinin gidişini veya bunlardaki bozukluğu, dünyayı, kendilerini, geçmişlerini ve geleceklerini algılamalarını yansıtmaktadır (Fair,1986). Yani, insanların davranışları ve ruh halleri, olayları yorumlamalarından ve algılamalarından etkilenmektedir (Kelly,1955). Kendilik hakkındaki temel fikirler (şemalar), bilişsel terapi kavramsal çerçevesine göre, bireyin erken yaşam deneyimlerinin öznel değerlendirmesi tarafından şekillendirilmekte ve sürdürülmektedir. Yunan filozof

Epiktetos da “Kişileri rahatsız eden yaşananlar değil, yaşananlara bakış açılarıdır.” diyerek düşüncenin önemini vurgulamıştır (Dryden, David ve Ellis, 2010).

Beck, 1963'te yayınlanan ilk listesinde beş bilişsel çarpıtma sıralamış (Beck, 1963) ve 1979'da Depresyonun Bilişsel Terapisi (Beck ve ark., 1979) adlı kitabın iki tane daha bilişsel çarpıtma eklemiştir. Keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleme, büyütme ve küçültme, kişiselleştirme ve ikili düşünme "akıl yürütmedeki sistematik hata" örnekleridir (Beck ve Weishaar, 2000). Burns (1980) Beck’in bilişsel çarpıtmalar listesine ya hep ya hiç düşünmeyi, zihinsel filtrelemeyi, olumlu olanı diskalifiye etmeyi, sonuçlara atlamayı, duygusal akıl yürütmeyi, zorunluluk ifadeleri (-meli/-malı düşünce tarzı) ve etiketlemeyi ekleyerek genişletmiştir. Özdeğerin dışsallaştırılması, karşılaştırma ve mükemmeliyetçilik, Freeman DeWolf ve Freeman ve Oster tarafından tanımlanan diğer bilişsel çarpıtmalardandır. Gilson ve Freeman (1999) ise “değişim yanılgıları, endişe verici yanılgılar, adalet yanılgıları, göz ardı etme yanılgıları, haklı olma yanılgıları, bağlanma yanılgıları, kontrol yanılgıları ve cennetin ödülü yanılgıları” olmak üzere sekiz ek bilişsel çarpıtma türü tanımlamışlardır.

Bilişsel çarpıtmaları şunlardır:

2.2.11.1. Keyfi çıkarım / keyfi yorumlama

Bir durum, olay veya deneyimin, sonucu destekleyecek gerçek bir kanıt olmadığında veya sonucun verilere karşı olduğu durumlarda yorum üretme süreci keyfi çıkarım olarak bilinir (Beck, 1963). Örneğin, John sokakta yürürken kendi kendine, "Herkes benim bir ezik olduğumu biliyor" diye düşünmektedir. Bu algı birkaç nedenden dolayı çarpıktır: John'un “herkesin” ne düşündüğünü bilmesi mümkün değildir ve çoğu insan kendi endişeleriyle meşgul olduğundan, herhangi birinin onu düşündüğünü fark edebilmesi oldukça zordur.

2.2.11.2. Seçici Soyutlama

Seçici soyutlama, “bağlamdan çıkarılan bir ayrıntıya odaklanma, durumun diğer daha belirgin özelliklerini görmezden gelme ve tüm deneyimi bu unsur temelinde kavramsallaştırma sürecidir” (Beck, 1963). Örneğin, Jenny işyerinde sunum yapmıştır ve sunumunun sonunda çok büyük bir alkış almış ve çok sayıda insan onun sunumunu ne kadar iyi yaptığını ve ne kadar yararlı bulduklarını söylemiştir. Geri bildirim formlarına

baktığında, eleştirel yorumlara ve düşük derecelendirmeye sahip bir form fark etmiş ve bu geri bildirimi düşünmekten kendini alamamıştır. “Ben ne kadar berbat bir öğretmenim” diyerek kendini eleştirmiştir. Bu durumda Jenny'nin düşüncesi çarpıtılmıştır, çünkü tüm olumlu geri bildirimleri dışlayarak otomatik olarak tek bir olumsuz geri bildirime odaklanmıştır.

2.2.11.3. Aşırı Genelleme

Aşırı genelleme, “tek bir olaya dayanarak yetenekleri, performansları veya değerleri hakkında genel bir sonuç çıkarma” sürecidir (Beck, 1963). Örneğin, Carl bir ev ödevinden C- aldığında kendi kendine “her şeyi bırakacağım” diye düşünmüş ve kendini umutsuz hissetmiştir. Carl'ın düşüncesi bu durumda çarpıtılmıştır, çünkü ulaştığı sonuç kanıtlara göre çok geniştir.

2.2.11.4. Negatifi Büyütme ve Pozitifi Küçültme (Dürbün bakışı)

Eylemlerimizin olumlu sonuçlarını olduğundan daha küçük ve kötü sonuçları olduğundan daha büyük olarak algılamaktır. Bu bilişsel çarpıtmaya dürbün bakışı da denir. Çünkü, dürbünü normal tuttuğunuzda dürbün yakındaki şeyleri daha da büyütürken, ters tuttuğunuzda uzaktaki şeyleri daha da küçültür (Beck, 1963; Güven 2019).

Büyütme örneği: Paul'ün bebeği, Paul işe gidip sunum yapmadan önce tek temiz giysisine kusar. Patronunun bunu fark ettiğini, ona tiksinmiş bir bakış attığını ve onu anında işten kovduğunu düşünür.

Küçültme örneği: “Konferansa burslu olarak davet edildim ve sunumumu beğendiklerini söylediler, ama zaten gelenlerin yarısına aynı şeyi söylüyorlardır. Bence sıradan bir sunumum var, bunda kayda değer bir şey yok, bu nedenle burs almak büyük bir başarı değil.”

2.2.11.5. Etiketleme

Kişinin gerçekleri ve kanıtları görmezden gelerek kendisi ve kişiliği hakkındaki olumsuz atıflarıdır. Davranışın tesadüfi veya başka bir şekilde dışsal olduğunu varsaymak yerine, bir kişinin eylemlerini karakterine atfetmeye dayanan düşünce hatasıdır. Örneğin,

bir ödevde başarısız olan bir öğrencinin kendisini "tam bir aptal" olarak etiketlemesi (Grohol, 2009).

2.2.11.6. Kişiselleştirme

Kişinin hiçbir dayanağı olmamasına rağmen olayları kendisiyle ilişkilendirme eğilimidir (Beck ve ark, 1979). Örrneğin, kişi işyerinde belirli zamanlarda cep telefonu kullanımının kısıtlanmasına ilişkin kararın kendisinin cep telefonu kullanması nedeniyle başlatıldığını düşünmektedir.

2.2.11.7. Dikotomik Düşünce-Ya Hep Ya Hiç

Olayları veya deneyimleri iki karşıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir. Kişi siyah-beyaz bir yaklaşım benimseyerek değerlendirme yapar; fakat grinin varlığını ya da tonlarını göremez. Dikotomik düşüncede "kısmen" yoktur; "ya hep ya hiç" vardır. Kişi dikotomik davranışında ya çok fazla sever ya da tamamen nefret eder; bütünüyle kabul ya da bütünüyle reddeder. Bu tip düşüncenin altında yatan terimler, 'daima' veya 'hiçbir zaman' ile ifade edilir. Örneğin, Tanya kendini tanımlama konusunda oldukça serttir. Ya başarılıdır ya da sefil derecede başarısızdır, ortalama bir öğrenci olmak onun için katlanılmazdır ve hayata gri tonlarında bakamaz (Grohol, 2009).

2.2.11.8. -meli/-malı

Albert Ellis BDT'nin erken bir formu olan kendi Rasyonel Duygucu Davranışçı Terapisi'nde –meli/-malı zorunluluk ifade eden düşünce hatalarına "musturbasyon" adını vermiştir. Graham (2014) "dünyanın olduğundan farklı olmasını beklemek" olarak tanımlamıştır. Bu düşünme biçimi bireyin kendisinin, diğerlerinin nasıl davranması gerektiği ve dünyanın nasıl olması gerektiği konusunda katı görüşlerinin var olması, olarak tanımlanır. Kişinin bu kuralların gerçekleşmemesi halinde olacak kötü sonuçları gözünde büyüttüğü ve bir şeyi doğru yapmanın tek bir doğru yolu olduğuna inandığı belirtilir. Ayrıca bu düşünce biçiminde, kişi kurallarına uymadığı takdirde suçluluk; diğerleri uymadığı takdirde öfkenin hissedildiği belirtilmiştir. Bu düşünce biçimi kişinin kendisinin, başkalarının nasıl davranması gerektiği ve dünyanın nasıl olması gerektiği hakkında esnek olmayan fikirlere sahip olması olarak tanımlanır. Bireyin bir şeyi yapmanın tek bir doğru yolu olduğuna inandığı belirtilmektedir. Ayrıca kişi kurallara

uymazsa suçluluk duygusunun oluştuğu ve başkalarının uymaması durumunda ise öfkeli hissedileceği düşünülmektedir (Graham ve ark., 2014).

2.2.11.9. Sonuca atlamak (Zihin okuma)

Herhangi bir kanıt olmaksızın başka bir kişinin ne düşündüğünü bildiğini varsaymak ve hakkında olumsuz bir şey düşündüğü sonucuna atlamak. Yeni tanıştığınız birinin yüzünde hoş olmayan bir ifade gördüğünüzde sizin hakkınızda olumsuz bir şey düşündüğü sonucuna atlamak ya da yemekhanede yalnız yemek yediğinizde herkesin sizin kaybeden olduğunuzu düşünmesi zihin okumaya örnek olarak verilebilir (Grohol, 2009; Güven 2019).

2.2.11.10. Sonuca atlamak (Falcılık)

Kanıta dayalı olmaksızın sonuçlar ve tahminler yapmak ve bunların gerçek olduğuna inanmaktır. Örneğin; henüz aşkı bulamamış genç bir kadının asla aşkı bulamayacağını ve mutlu bir ilişkiye sahip olamayacağını düşünmesidir. Genç kadının hayatının nasıl sonuçlanacağını bilmesi imkansız olmasına rağmen 'aşkı bulamayacağı ve mutlu bir ilişkiye sahip olamayacağı' öngörüsü birkaç olası sonuçtan biridir, fakat genç kadın bu öngörüyü gerçek olarak görmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2011).

2.2.11.11. Zihinsel Filtreleme

Kişi tek bir olumsuz bilgi parçasına odaklanarak tüm olumlu olanları dışlar. Yani bir kişi bir durumun olumlu yönlerini filtreleyerek yalnızca olumsuz ayrıntıları üzerinde durur. Romantik bir ilişkide partnerlerden birinin, diğeri tarafından yapılan tek bir olumsuz yorum üzerinde durup yaşanan olumlu deneyim ve yorumları görmezden gelerek ilişkiyi umutsuzca bitmiş olarak görmesi bu düşünce hatasına örnek olarak gösterilebilir (Hiçdurmaz ve Öz, 2011).

2.2.11.12. Duygudan Sonuca Ulaşma

Kişi duygularından yola çıkarak hissettiği şeyin gerçeklik olduğunu varsayar. Yani, "Hissediyorum, öyleyse bu doğru." Bir şeyi hissediyor olmak o şeyin doğru olduğu anlamına gelmez. Örneğin, partnerimizi kıskanıp bir başkasına karşı hisleri olduğunu düşünebiliriz; ancak bu onu doğru yapmaz (Grohol, 2009).

2.2.11.13. Kontrol Yanılgısı

Hayatlarımız üzerinde hiçbir kontrolümüzün olmadığı ve kör talihli veya kader kurbanı olduğumuz ya da kendimiz veya çevremiz üzerinde tam kontrole sahip olduğumuz ve etrafımızdakilerin duygularından sorumlu olduğumuz biçimindeki düşünce hatasıdır (Gilson ve Freeman, 1999).

2.2.11.14. Adalet Yanılgısı

Kişiler kendi adalet yargılarına göre olayları değerlendirip adil olmadığını düşündüğü olaylarda küskün, kızgın ve umutsuz hissedebilirler. Hayatın gerçekten de bazen adil olamayacağını fark edemeyen bu kişiler sıkça "İyi bir insan olmama rağmen başıma bunca kötü şeyin gelmesi çok adaletsiz" gibi düşüncelere kapılabilirler. Fakat gerçekte iyi biri olmakla başına güzel şeylerin gelmesi arasında herhangi bir ilişki yoktur (Grohol, 2009).

2.2.11.15. Değişim Yanılgısı

İnsanlara yeterince baskı yaparak ya da cesaretlendirerek onların değişmesini beklemektir. Bu çarpık düşünceye genellikle mutluluğumuzun ve başarımızın diğer insanlara bağlı olduğu inancı eşlik eder ve bu da bizi çevremizdekileri değişmeye zorlamanın, istediğimizi elde etmenin tek yolu olduğuna inanmamıza yol açar. "Karımı beni rahatsız eden şeyleri bırakması için teşvik edersem daha iyi bir eş ve daha mutlu bir insan olurum." diyen bir kişi değişim yanılgısı sergiliyor demektir (Ackerman, 2020).

2.2.11.16. Her Zaman Haklı Olma

Kişinin her zaman haklı ve eylemlerinin doğru olması gerektiği inancıdır. Kişiler haksız çıkma durumunu kabul edemezler. Bu çarpıtmayı kullananlar yanlış yaptıklarıdüşündükleri fikrini kabul edemez ve haklı olduklarını kanıtlamak için ölümüne savaşırlar (Gilson ve Freeman, 1999).

2.2.11.17. Cennetten Gelen Ödül Yanılgısı

Kişinin mücadelelerinin, acılarının ve çalışmasının adil bir ödülle sonuçlanacağı inancıdır. Aslında bu "adalet yanılgısı"nın bir benzeridir. Çünkü adil bir dünyada daha çok fedakarlık yapan veya çalışan insanın daha fazla ödüllendirilmesi gerekir. İşte aynı bu inançtan dolayı kişi bu düşünceye sahiptir. Fakat kişi aradığı ödülü alamadığında

büyük bir hayal kırıklığı ve öfke yaşayabilir (Gilson ve Freeman, 1999). Beden İmgesi Otomatik Düşünceler Anketi'nin kullanıldığı bir araştırmada (1999) vitiligolu hastaların, genel popülasyondan daha fazla olumsuz düşünce sergiledikleri sonucuna varılmıştır (Papadopoulos, 1999).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), uyumsuz düşünce kalıplarını, duygu ve davranış biçimlerini değiştirmeye odaklanan bir müdahaledir. Hastanın psikolojik sıkıntıya neden olan çarpıtılmış düşüncelerini ve onu pekiştiren davranış kalıplarının farkına varmasına ve bunları düzeltmesine yardımcı olur. Anksiyete, endişe ve çökkün ruh haline neden olan inanç ve düşüncelerini keşfederek, hastaların düşünce süreçlerini değiştirdiği ve böylelikle hastalıklarıyla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. BDT depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), psikoz ve diğer ruhsal hastalıkları tedavi etmek için kullanılmaktadır. BDT'nin ayrıca vitiligo gibi dermatolojik durumlara yardımcı olduğu da gösterilmiştir (Gupta ve ark., 2018). Vitiligolu yetişkinlerin, hastalığı olmayanlara göre daha yüksek depresyon ve anksiyete oranlarına sahip oldukları gösterilmiştir (Cadmus ve ark., 2018). Deri hastalığının göz ardı edilmemesi gereken psikolojik bir etkisi vardır. BDT, bilişsel çarpıtmaları belirleyerek ve değiştirerek, uyumsuz olan duygu-düşünce-davranışları olumlu yönde değiştirmeyi amaçlayan problem odaklı bir tedavidir.

BÖLÜM 3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklemi, veri toplama araçları, veriler ve toplanması, verilerin çözümü ve yorumlanması hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma gerçek bilgiyi araştırmacıdan bağımsız tutan nicel yöntemleri temel alarak hazırlanmıştır. Nicel yöntemler kapsamında genel tarama deseni kullanılmıştır. Genel tarama deseni bir evren içinden seçilen bir örneklem üzerine yapılan çalışmalar yoluyla evreni genel alarak tutum, eğilim ve/veya görüşlerin nicel veya numeratik olarak yorumlamasını sağlar. Bu sayede araştırmacı örneklem hakkında çıkarsamalarda bulunur (Karasar, 2016). Bu çalışmada tarama deseninin kullanımıyla vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete üzerindeki etkisi belirlenmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada amaçlı örnekleme kullanılmıştır. Araştırma grubunu sosyal medyada facebook, instagram vitiligo grupları aracılığıyla ulaşılan, vitiligo tanısı almış, 141 gönüllü vitiligo hastası ve vitiligo ve deri hastalığı öyküsü olmayan 125 sağlıklı birey oluşturmuştur. Kontrol grubunda yer alan bireyler vitiligo hastaları ile yaş, cinsiyet ve sayı olarak benzer nitelikte, herhangi bir dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllülerden seçilmiştir. On sekiz yaşın altındaki bireyler, okuma yazması olmayan ve mental retardasyonu olan bireyler çalışmaya alınmamıştır. Her iki grupta toplam 266 katılımcı yer almıştır.

3.3. Veriler ve Toplanması

Araştırmada verilerin toplanmasından önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 05.03.2021 tarih ve 2021/07-10 Karar no ile çalışma izni alınmıştır (Etik Kurul Onayı için Bkz. Ek 1). Ölçekler ve uygulama ile ilgili gerekli izinler alındıktan sonra 01.03.2021-30.06.2021 tarihleri arasında Sosyal Medya (Facebook ve Instagram) vitiligo grupları üzerinden çalışma grubu vitiligo tanısı almış 141 gönüllü hastaya ulaşılmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve içeriği,

katılımın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmayı istedikleri zaman sonlandırabilecekleri ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair açıklamalarda bulunulmuştur.

Bu çalışmada veri toplamak için anket formu kullanılmıştır. Facebook ve instagram gibi çeşitli sosyal ağ aracılığıyla çevrimiçi olarak oluşturulan anket formları katılımcılara iletilmiştir. Katılımcılara öncelikle çalışmanın prosedürünün ve kendi haklarının anlatıldığı Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından katılımcıların cinsiyeti, yaşı, mesleği, tanısı, ilaç kullanımı, eğitim durumu, medeni durumu gibi soruların yer aldığı sosyo-demografik bilgi formu oluşturulmuştur. Bununla birlikte katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama işlemi her bir katılımcı için 20 dakika sürmüştür.

3.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcılardan araştırmaya katılmaları için onam almak üzere araştırmacı tarafından hazırlanmış bu form çalışmanın amacını, çalışma hakkında genel bilgileri, çalışmanın gönüllülük esasına dayandığını ve katılımcının araştırmayı istediği zaman sonlandırabileceğini açıklamaktadır. Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek-2'de gösterilmektedir.

3.3.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara bilgi toplama amaçlı Sosyo-Demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Bu formda yer alan maddeler; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışıp çalışmadığı, alkol ve/veya sigara kullanımı, kronik veya psikolojik rahatsızlığının olup olmadığı ve buna bağlı ilaç kullanıp kullanmadığına dair sorular belirtilmiştir. Sosyo-Demografik Bilgi Formu Ek-3'te gösterilmektedir.

3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliğinin ilk uyarlaması Teğin (1980) ve Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet

değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Puanlar; 0-9=az, 10-16=hafif, 17-29=orta, 3063=şiddetli olarak yorumlanmaktadır (Guy, 1976). Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Hisli (1989) tarafından üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışmada (N=259) iki yarım test korelasyonu r=.74 ve iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ise Cronbach alpha değeri .87 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği Ek-4'te gösterilmektedir.

3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Ulusoy ve ark. (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçek için kesim noktası yoktur. Ancak BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-7 puan arası düşük, 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta ve 26-63 arası ise yüksek düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmaktadır. İç tutarlılık α= .93 ve güvenirlik 75'tir. Mevcut çalışmada Cronbach alpha değeri .92 bulunmuştur. Beck Anksiyete Ölçeği Ek-5'te gösterilmektedir. Beck Anksiyete Ölçeği Ek-5'de gösterilmektedir.

3.3.5. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği (BÇÖ)

Briere (2000) tarafından geliştirilmiş Bilişsel Çarpıtma Ölçeği, Ağır ve Yavuzer (2018) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının sonuçları, ölçeğin, bireylerin sağlıklı olmayan düşünce biçimlerini ölçmede, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Bilişsel çarpıtma ölçeği, 5 alt boyutta toplanmış, işlevsel olmayan bilişsel düşünceleri ifade eden 40 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir; olumsuz benlik algısı (benliğin

değerlendirilmesi ve yetersiz benlik algısı), kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı (geleceği) tehlikeli görmedir.

Olumsuz Benlik Algısı: Kendini eleştirme veya değersizleştirme eğiliminde ifade edilen düşük özsaygı ve öz-değersizleştirme.

Kendini Suçlama: Kişinin kontrolü dışındaki olaylar da dahil olmak üzere hayatındaki olumsuz, istenmeyen olaylar için kendini suçlama.

Çaresizlik: Kişinin hayatının önemli yönlerini kontrol edememe algısı.

Umutsuzluk: Kişinin geleceğinin karanlık olduğuna ve başarısız olmaya mahkûm olduğuna inanma.

Yaşamı tehlikeli görme: Dünyayı, özellikle de kişilerarası alanı tehlikeli bir yer olarak görme eğilimi (Briere, 2000).

Ölçek, 1 (Hiçbir zaman), 5 (Çok sık) olmak üzere 5'li dereceleme ölçeği şeklinde hazırlanmıştır. BÇÖ'nün her bir boyutunda 8 ifade bulunmaktadır. Ölçek katılımcılar tarafından her bir ifadenin önceki ay içinde ortaya çıkma sıklığını değerlendirilerek, yaklaşık olarak 10-15 dakika içinde tamamlanmaktadır (Briere, 2000). Bilişsel Çarpıtma Ölçeği (BÇÖ) için yapılan istatistiksel analizine göre Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,923 olarak bulunmuştur (Ağır ve Yavuzer, 2018). Mevcut çalışmada Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Cronbach's Alpha (α) değeri .97 bulunmuştur. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği Ek-6'da gösterilmektedir.

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Katılımcıların sosyo- demografik bilgilerine ait frekans analizi; katılımcı gruplarından elde edilen ölçek puanlarını ve alınan puanların gruplar arası farklılıklarını karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Grup T-testi, Mann-Whitney U Testi, ANOVA, Kruskal Wallis Testi; vitiligo grubunun bilişsel çarpıtmaları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik Pearson Korelasyon Analizi; vitiligo grubunun bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini yordamaya yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular ve istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 2. Vitiligo Hastaları ve Kontrol Grubu Değişkenlerinin Normallik Dağılımı

Ölçekler	**Vitiligo (n=141)**		**Kontrol (n=125)**	
	Çarpıklık (Skewness)	**Basıklık (Kurtosis)**	**Çarpıklık (Skewness)**	**Basıklık (Kurtosis)**
BDÖ	.56	-.22	1.50	3.02
BAÖ	1.32	1.94	2	5.5
BÇÖ_Toplam	.98	1.06	.78	.54
BÇÖ_Olumsuz benlik algısı	.88	.83	.98	.74
BÇÖ_Kendini suçlama	1.01	1.40	.51	.48
BÇÖ_Çaresizlik	.93	.95	.79	.94
BÇÖ_Umutsuzluk	.99	.53	1.18	1.46
BÇÖ_Yaşamı tehlikeli görme	.83	.63	.60	-.11

Not: BDÖ = Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ = Beck Anksiyete Ölçeği, BÇÖ = Bilişsel Çarpıtma Ölçeği

Tablo 2'de vitiligo hastaları ve kontrol grubu değişkenlerinin normallik dağılımı yer almaktadır. Araştırmanın verilerinin normal dağılım uygunluğunu test etmek amacı ile çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerleri normal dağılıma uymayan sonuçlar için ise Kolmogorov-Smirnov Normalite Testi uygulanmıştır.

Vitiligo hastaları ve kontrol grubunun normallik dağılımı ölçümleri için çarpıklık ve basıklık değerlerine incelendiğinde vitiligo tanısı alan grubun basıklık değeri -.22 ile 1.94 arasında, çarpıklık değeri ise .56 ile 1.32 arasında değişirken; kontrol grubunun basıklık değeri -.11 ile 5.5 arasında, çarpıklık değeri ise .51 ile 2 arasında değişmektedir. Tabachnick and Fidell (2011) Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması halinde verilerin dağılımının normal kabul edilebilir olduğunu belirtmişlerdir (Tabachnick ve Fidell, 2011). Psikometrik ölçümler için, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında kabul edilebilir olduğunu söyleyen çalışmalar da mevcuttur (George & Mallery, 2010; Khan, 2015). Bu çalışmada normallik varsayımı için

çarpıklık ve basıklık değerlerinin aralığı ±2 baz alınmıştır. Tablo 3'te kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları hariç katılımcıların aldıkları puanların normal dağılıma uyduğu görülmüş ve bu sebeple betimsel veriler, vitiligo grubunun depresyon, anksiyete ve her iki grubun bilişsel çarpıtmalar puanı için parametrik t-testi, ancak yapılan normallik testi sonucunda normal dağılımı sağlamayan kontrol grubunun depresyon ve anksiyete puanları için non-parametrik Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Tablo 3. Vitiligo Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyo- Demografik Bilgilerine Göre Dağılımları

Demografik değişkenler		**Vitiligo Grubu (n=141)**		**Kontrol Grubu (n=125)**	
		$\bar{x}$	*ss*	$\bar{x}$	*ss*
Yaş		36.5	9.042	36.3	11.945
		(n)	**(%)**	**(n)**	**(%)**
Cinsiyet	Kadın	70	49.6	64	51.2
	Erkek	71	50.4	61	48.8
Medeni hal	Bekar	37	26.2	55	44
	Evli	102	72.3	70	56
Öğrenim Durumu	İlköğretim	13	9.2	2	1.6
	Lise	48	34	23	18.4
	Lisans	69	48.9	85	68
	Lisansüstü	11	7.8	15	12
Çalışma Durumu	Çalışıyor	98	69.5	94	75.2
	Çalışmıyor	43	30.5	31	24.8
Kronik rahatsızlık	Evet	103	73	-	-
	Hayır	38	27	-	-
Psikiyatrik tanı	Evet	29	20.6	-	-
	Hayır	112	79.4	-	-
İlaç kullanımı	Evet	51	36.2	-	-
	Hayır	90	63.8	-	-
Sigara kullanımı	Evet	60	42.6	37	29.6
	Hayır	81	57.4	88	70.4
Alkol kullanımı	Evet	35	24.8	31	24.8
	Hayır	106	75.2	94	75.2

Tablo 3'te vitiligo hastalarının ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Örneklemi oluşturan 141 vitiligo hastasının toplam toplam yaş ortalamasının 36.5 (*SS*=9.042), %49.6'sının kadın, %50.4'ünün erkek, %26.2'sinin bekar, %72.3'ünün evli, %9.2'sinin ilköğretim, %25.5'inin lise, %8.5'inin üniversite öğrencisi, %48.9'unun üniversite ve %7.8'inin

yüksek lisans/doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Vitiligo hastalarının %69.5'inin çalıştığı, %30.5'inin çalışmadığı, çalışanların %67.7'sinin beyaz yakalı, %32.29'unun mavi yakalı olduğu saptanmıştır. Vitiligo hastalarının %73'ünün en az bir tane kronik rahatsızlığa sahip ve %27'sinin herhangi bir kronik rahatsızlığı olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %20.6'sının psikiyatrik tanı (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve somatoform bozukluk) aldığı ve %79.4'ünün psikiyatrik tanısı olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %36.2'sinin ilaç kullandığı, ilaç kullananların %7.8'inin antidepresan, %11.3'ünün tiroid ilacı, %2.1'inin ise hem antidepresan hem de antipsikotik ilaç kullandığı, %42.6'sının sigara ve %24.8'inin alkol kullandığı bulunmuştur.

Çalışmada sağlıklı 125 katılımcı kontrol grubunda yer almaktadır. Kontrol grubunun toplam yaş ortalamasının 36.3 (SS=11.94), %51.2'sinin kadın, %48.8'inin erkek, %44'ünün bekar, %56'sının evli, %0.8'inin ilkokul, %0.8'inin ortaokul, %4.8'inin lise, %13.6'sının üniversite öğrencisi, %68'inin üniversite, %12'sinin yüksek lisans/doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun %75.2'sinin bir işte çalıştığı, %64.4'ünün kendini beyaz yakalı çalışan olarak tanımladığı, %9.6'sının mavi yakalı olduğu, %70.4'ünün sigara ve %75.2 alkol kullanmadığı görülmüştür.

Tablo 4. Vitiligo Hastalarının ve Kontrol Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	**Vitiligo Grubu (n=141)**				**Kontrol Grubu (n=125)**				
	Min	**max**	$\bar{x}$	***ss***	**min**	**max**	$\bar{x}$	***ss***	***p***
BDÖ	.00	39	13.13	8.92	.00	38	9.35	7.15	.000***
BAÖ	.00	51	13.09	10.74	.00	60	9.09	10.28	.000***
BÇÖ_Toplam	18	186	86.01	31.51	29	153	76.60	23.77	.006**
Olumsuz Benlik Algısı	3	34	16.72	5.75	7	29	15.25	4.62	.022*
Kendini Suçlama	7	40	17.27	6.47	7	31	15.70	4.57	.022*
Çaresizlik	4	39	17.60	7.03	4	37	16.01	5.69	.045*
Umutsuzluk	1	40	16.80	8.32	5	40	14.71	6.46	.022*
Yaşamı Tehlikeli Görme	4	39	18.52	7.05	7	32	15.99	5.51	.001**

****p*<.001; ***p*<.01; **p*<.05

Tablo 4'te vitiligo hastalarının ve kontrol grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek puanlarının en küçük-en büyük, ortalama, standart sapma ve *p* değerleri verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; ilk olarak Beck Depresyon Ölçeği puanlarının vitiligo ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı gözlemlenmiştir (U=6548.50, z=-3.62, r=.304, p<.001). Vitiligo grubu katılımcılarının Beck Depresyon düzeyi ($\bar{X}$ =13.13, *SS*=8.92), kontrol grubu katılımcılarına ($\bar{X}$ =9.35, *SS*=7.15) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. İkinci olarak Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaştığı tespit edilmiştir (U=6379.00, z=-3.89, r=-.327, p<.001). Buna göre vitiligo grubu katılımcılarının ($\bar{X}$ =13.09, *SS*=10.74) Beck Anksiyete düzeyi, kontrol grubundakilere ($\bar{X}$ =9.09, *SS*=10.28) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Üçüncü olarak Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanının gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir [t(257.575)=2.769, p<.01]. Buna göre vitiligo grubu katılımcıların ($\bar{X}$ =86.01, *SS*=31.51) bilişsel çarpıtma düzeyi, kontrol grubuna ($\bar{X}$ =76.60, *SS*=23.77) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği alt boyutlarının gruplar arasındaki puan karşılaştırılmasına bakıldığında vitiligo grubunun bireylerin olumsuz benlik algısı alt boyutunun anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür [t(261.492)=2.306, p<.05]. Buna göre; vitiligo grubunun ($\bar{X}$ =16.72, *SS*=5.75) olumsuz benlik algısı düzeyi, kontrol grubuna ($\bar{X}$ =15.25, *SS*=4.62) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir [t(251.903)=2.299, p<.05]. Buna göre; vitiligo grubunun ($\bar{X}$ =17.27, *SS*=6.47) kendini suçlama düzeyi, kontrol grubuna ($\bar{X}$ =15.70, *SS*=4.57) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. [t(264)=2.016, p<.05]. Buna göre; vitiligo grubunun ($\bar{X}$ =17.60, *SS*=7.03) çaresizlik düzeyi, kontrol grubuna ($\bar{X}$ =16.01, *SS*=5.69) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun gruplara göre anlamlı olarak farklılaştığı gözlemlenmiştir [t(269.552)=2.301, p<.05]. Buna göre; vitiligo grubunun ($\bar{X}$ =16.80, *SS*=8.32) umutsuzluk düzeyi, kontrol grubuna ($\bar{X}$ =14.71, *SS*=6.46) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek

bulunmuştur. Son olarak Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür [t(264)=3.225, p<.01]. Buna göre; vitiligo grubunun ($\bar{X}$=18.52, *SS*=7.05) yaşamı tehlikeli görme düzeyi, kontrol grubuna ($\bar{X}$ =15.99, *SS*=5.51) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. Vitiligo Hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	$\bar{x}$	***ss***	***t***	***sd***	***p***
BDÖ	Kadın	70	13.77	9.43	.836	139	.405
	Erkek	71	12.51	8.41			
BAÖ	Kadın	70	14.27	10.77	1.306	139	.194
	Erkek	71	11.92	10.65			
BÇÖ_Toplam	Kadın	70	86.16	30.26	.053	139	.958
	Erkek	71	85.87	32.91			
Olumsuz Benlik Algısı	Kadın	70	16.51	5.43	-.413	139	.680
	Erkek	71	16.92	6.09			
Kendini Suçlama	Kadın	70	17.01	6.03	-.464	139	.643
	Erkek	71	17.52	6.90			
Çaresizlik	Kadın	70	17.90	6.54	.497	139	.620
	Erkek	71	17.31	7.53			
Umutsuzluk	Kadın	70	17.09	8.09	.402	139	.689
	Erkek	71	16.52	8.59			
Yaşamı Tehlikeli Görme	Kadın	70	18.56	7.04	.066	139	.948

Tablo 5'te vitiligo hastalarının Beck depresyon, Beck anksiyete ve bilişsel çarpıtma ölçek puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre bağımsız grup t testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Beck Depresyon Ölçeği t(139)=.836, p=.405, Beck Anksiyete Ölçeği t(139)=1.306, p=.194, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı t(139)=-.048, p=.962, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(139)=-.524, p=.601, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(139)=-.703 p=.483, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(139)=.406, p=.685, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(139)=.293, p=.770 ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(139)=.007, p=.994 saptanmıştır. Vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 6. Vitiligo Hasta Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	$\bar{x}$	***ss***	***t***	***sd***	***p***
BDÖ	Bekar	37	15.17	10.56	1.562	137	.120
	Evli	102	12.49	8.24			
BAÖ	Bekar	37	14.24	14.38	.615	47.019	.542
	Evli	102	12.69	9.16			
BÇÖ_Toplam	Bekar	37	93.73	31.07	1.654	137	.100
	Evli	102	83.77	31.46			
Olumsuz Benlik Algısı	Bekar	37	17.51	5.73	.906	137	.367
	Evli	102	16.51	5.79			
Kendini Suçlama	Bekar	37	18.46	6.39	1.231	137	.221
	Evli	102	16.93	6.50			
Çaresizlik	Bekar	37	19.65	6.98	1.968	137	.051
	Evli	102	17.02	6.92			
Umutsuzluk	Bekar	37	19.57	7.86	2.328	137	.021*
	Evli	102	15.89	8.35			
Yaşamı Tehlikeli Görme	Bekar	37	19.32	7.58	.716	137	.475
	Evli	102	18.35	6.89			

*p<.05

Tablo 6'da vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma ölçek puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Beck Depresyon Ölçeği t(137)=1.562, p=.120, Beck Anksiyete Ölçeği *t*(47.019)=1.306, p=.542, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı t(137)=1.654, p=.100, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(137)=.906, p=.367, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(137)=1.231, p=.221, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(137)=1.968, p=.051, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(137)=2.328, p=.021 ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(137)=.716, p=.475 saptanmıştır. Vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi sonucunda, grupların Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutu puanları hariç aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>.05). Tablo 5.3.'e bakıldığında, vitiligo grubundaki bekarların umutsuzluk puanları ($\bar{X}$ =19.57, *SS*=7.86), evlilerin umutsuzluk puanlarından ($\bar{X}$ =15.89, *SS*=8.35) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Vitiligo Hasta Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Durum Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	$\bar{x}$	***ss***	***t***	***sd***	***p***
BDÖ	Çalışıyor	98	13.27	8.72	.264	139	.792
	Çalışmıyor	43	12.83	9.46			
BAÖ	Çalışıyor	98	13.32	11.27	.385	139	.701
	Çalışmıyor	43	12.56	9.52			
BÇÖ_Toplam	Çalışıyor	98	87.33	33.89	.745	139	.457
	Çalışmıyor	43	83.02	25.37			
Olumsuz Benlik Algısı	Çalışıyor	98	17.01	6.17	1.019	104.717	.310
	Çalışmıyor	43	16.05	4.66			
Kendini Suçlama	Çalışıyor	98	17.72	6.71	1.264	139	.208
	Çalışmıyor	43	16.23	5.82			
Çaresizlik	Çalışıyor	98	17.59	7.45	-.028	139	.978
	Çalışmıyor	43	17.63	6.07			
Umutsuzluk	Çalışıyor	98	16.94	8.92	.295	139	.768
	Çalışmıyor	43	16.49	6.86			
Yaşamı Tehlikeli Görme	Çalışıyor	98	19.01	7.42	1.254	139	.212
	Çalışmıyor	43	19.01	6.06			

Tablo 7'de vitiligo hasta grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeklerinin puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Beck Depresyon Ölçeği t(139)=.264, p=.792, Beck Anksiyete Ölçeği t(139)=.385, p=.701, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı t(139)=.745, p=.457, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(104.717)=1.019, p=.310, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(139)=1.264, p=.208, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(139)=-.028, p=.978, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(139)=.295, p=.768 ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(139)=1.254, p=.212 saptanmıştır. Vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi sonucuna göre; grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 8. Vitiligo Hasta Grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) Sonuçları

Ölçek	**Eğitim Durumu**	**n**	$\bar{x}$	***ss***	***sd***	***F***	***p***
BDÖ	İlköğretim	12	11.98	9.91	3/137	.145	.932
	Lise	49	13.09	8.54			
	Üniversite	69	13.16	8.89			
	YL/Doktora	11	14.45	10.76			
	Toplam	141	13.13	8.92			
BAÖ	İlköğretim	12	7.75	7.35	3/137	2.154	.096
	Lise	49	13.04	9.90			
	Üniversite	69	14.72	11.75			
	YL/Doktora	11	8.82	8.54			
	Toplam	141	13.09	10.74			
BÇÖ_Toplam	İlköğretim	12	79.75	28.32	3/137	.999	.395
	Lise	49	81.59	27.99			
	Üniversite	69	88.68	32.97			
	YL/Doktora	11	95.82	39.67			
	Toplam	141	86.01	31.51			
Olumsuz benlik algısı	İlköğretim	12	16.58	5.70	3/137	.912	.437
	Lise	49	15.98	5.30			
	Üniversite	69	16.88	5.88			
	YL/Doktora	11	19.09	6.98			
	Toplam	141	16.71	5.75			
Kendini suçlama	İlköğretim	12	16.58	5.30	3/137	.707	.549
	Lise	49	16.43	5.72			
	Üniversite	69	17.70	6.94			
	YL/Doktora	11	19.09	7.85			
	Toplam	141	17.27	6.47			
Çaresizlik	İlköğretim	12	16.33	5.21	3/137	.846	.471
	Lise	49	16.61	6.16			
	Üniversite	69	18.28	7.59			
	YL/Doktora	11	19.18	8.75			
	Toplam	141	17.60	7.03			
Umutsuzluk	İlköğretim	12	14.67	7.76	3/137	1.132	.338
	Lise	49	15.61	7.56			
	Üniversite	69	17.64	8.71			
	YL/Doktora	11	19.18	9.48			
	Toplam	141	16.80	8.32			
Yaşamı tehlikeli görme	İlköğretim	12	16.17	5.98	3/137	.963	.412
	Lise	49	17.90	6.77			

Üniversite	69	19.07	7.08
YL/Doktora	11	20.36	9.05
Toplam	141	18.52	7.05

Tablo 8'de vitiligo hasta grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek üzere yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 9. Vitiligo Hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Kronik Rahatsızlık Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
BDÖ	Var	38	15.70	9.98	2.102	139	.037*
	Yok	103	12.19	8.35			
BAÖ	Var	38	14.71	10.73	1.092	139	.277
	Yok	103	12.49	10.73			
BÇÖ_Toplam	Var	38	93.47	35.03	1.719	139	.088
	Yok	103	83.26	29.83			
Olumsuz Benlik Algısı	Var	38	18.11	5.84	1.754	139	.082
	Yok	103	16.20	5.66			
Kendini Suçlama	Var	38	19.00	7.28	1.949	139	.053
	Yok	103	16.63	6.06			
Çaresizlik	Var	38	19.21	7.70	1.659	139	.099
	Yok	103	17.01	6.71			
Umutsuzluk	Var	38	18.08	9.12	1.108	139	.270
	Yok	103	16.33	8.00			
Yaşamı Tehlikeli Görme	Var	38	20.21	7.70	1.744	139	.083
	Yok	103	17.89	6.73			

*****p<.05

Tablo 9'da vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma ölçek puan ortalamalarının kronik rahatsızlık değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Beck Depresyon Ölçeği t(139)=2.102, p=.037, Beck Anksiyete Ölçeği t(139)=1.092, p=.277, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı t(139)= 1.719, p=.088, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(139)=1.754, p=.082, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(139)=1.949, p=.053, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(139)=1.659, p=.099, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt

boyutunun puanı t(139)=1.108, p=.270 ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(139)=1.744, p=.083 saptanmıştır. Vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek puan ortalamalarının kronik rahatsızlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların Beck Depresyon Ölçeği aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<.05). Yani kronik rahatsızlığı olan vitiligo hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puanları ($\bar{X}$ =15.70, *SS*=9.98) vitiligo haricinde kronik rahatsızlığı bulunmayan bireylerden ($\bar{X}$ =12.19, *SS*=8.35) önemli şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>.05).

Tablo 10. Vitiligo Hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Psikiyatrik Rahatsızlık Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	$\bar{x}$	***ss***	***t***	***sd***	***p***
BDÖ	Var	29	16.34	9.44	2.204	139	.029*
	Yok	112	12.30	8.63			
BAÖ	Var	29	19.76	11.66	3.945	139	.000***
	Yok	112	11.36	9.83			
BÇÖ_Toplam	Var	29	97.69	30.31	2.272	139	.025*
	Yok	112	82.99	31.24			
Olumsuz Benlik Algısı	Var	29	18.31	6.14	1.685	139	.094
	Yok	112	16.30	5.61			
Kendini Suçlama	Var	29	19.69	7.04	2.295	139	.023*
	Yok	112	16.64	6.19			
Çaresizlik	Var	29	20.38	6.72	2.426	139	.017*
	Yok	112	16.88	6.96			
Umutsuzluk	Var	29	18.97	7.37	1.580	139	.116
	Yok	112	16.24	8.49			
Yaşamı Tehlikeli Görme	Var	29	21.17	6.81	2.309	139	.022*
	Yok	112	17.83	6.98			

****p*<.001; ***p*<.05

Tablo 10'da vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma ölçek puan ortalamalarının psikiyatrik rahatsızlık değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Beck Depresyon Ölçeği t(139)=2.204, p=.029, Beck Anksiyete Ölçeği t(139)=3.945, p=.000, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı t(139)= 2.272, p=.025, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik

algısı alt boyutunun puanı t(139)=1.685, p=.094, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(139)= 2.295, p=.023, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(139)=2.426, p=.017, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(139)=1.580, p=.116 ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(139)= 2.309, p=.022 saptanmıştır. Vitiligo hastalarının Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma Ölçek puan ortalamalarının psikiyatrik rahatsızlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi sonucuna göre, grupların Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama, çaresizlik ve yaşamı tehlikeli görme alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<.001; p<.05). Elde edilen bulgulara göre; psikiyatrik tanısı olan vitiligo hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puanları ($\bar{X}$ = 16.34, *SS* = 9.44), Beck Anksiyete Ölçeği puanları ($\bar{X}$ =19.76, *SS* = 11.66), Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanları ($\bar{X}$ =97.69, *SS*= 30.31), BÇÖ-kendini suçlama puanı ($\bar{X}$ = 19.69, *SS* = 16.64), BÇÖ-çaresizlik puanı ($\bar{X}$ =20.38, *SS*=6.72), BÇÖ-yaşamı tehlikeli görme puanı ($\bar{X}$ = 21.17, *SS* = 6.81); psikiyatrik tanısı bulunmayan bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. Vitiligo Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puanları ile Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		1	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8***
BDE (1)	*r*	1							
BAE (2)	*r*	.550**	1						
Olumsuz Benlik Algısı (3)	*r*	.648**	.509**	1					
Kendini Suçlama (4)	*r*	.591**	.551**	.849**	1				
Çaresizlik (5)	*r*	.725**	.551**	.819**	.800**	1			
Umutsuzluk (6)	*r*	.722**	,482**	.755**	.663**	.862**	1		
Yaşamı Tehlikeli Görme (7)	*r*	.661**	.582**	.796**	.827**	.841**	.731**	1	
BÇÖ_Toplam (8)	*r*	.740**	.587**	.912**	.890**	.951**	.896**	.916**	1

***p*<.01

Vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtma, Beck depresyon ve Beck anksiyete skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyonu ile ölçülmüştür. Tablo 11'de vitiligo grubunun bilişsel çarpıtma ölçeği puanları ile Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçekleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla uygulanan Pearson Korelasyon Analizi sonuçları

sunulmuştur. Yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucuna göre, Vitiligo grubunda olumsuz benlik algısı ile Beck Depresyon Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur, $r(139) = .648$, $p < .01$. Kendini suçlama ile Beck Depresyon Ölçeği arasında orta, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur $r(139) = .591$, $p < .01$. Çaresizlik ile Beck Depresyon Ölçeği arasında güçlü, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .725$, $p < .01$. Umutsuzluk ile Beck Depresyon Ölçeği arasında güçlü seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .722$, $p < .01$. Yaşamı tehlikeli görme ile Beck Depresyon Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .661$, $p < .01$. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği arasında güçlü seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .740$, $p < .01$.

Vitiligo grubunda olumsuz benlik algısı ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur, $r(139) = .509$, $p < .01$. Kendini suçlama ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında orta, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur $r(139) = .551$, $p < .01$. Çaresizlik ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .551$, $p < .01$. Umutsuzluk ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında zayıf seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .482$, $p < .01$. Yaşamı tehlikeli görme ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .582$, $p < .01$. Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği toplam puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur $r(139) = .587$, $p < .01$. Buna göre; vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyleri artmakta, bilişsel çarpıtmalar düzeyleri azaldıkça depresyon ve anksiyete düzeyleri de azalmaktadır.

Tablo 12. Vitiligo Hastalarındaki Bilişsel Çarpıtma Alt Boyutlarının Beck Depresyon Düzeylerini Yordamaya Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Bağımsız Değişkenler	**Bağımlı Değişken**	***B***	***SH***	***ß***	***t***	***p***
(Sabit)		-3.748	1.585		-2.365	.019
Olumsuz Benlik Algısı	BDÖ	.153	.191	.099	.800	.425
Kendini Suçlama		-.094	.172	-.068	-.547	.585
Çaresizlik		.324	.189	.255	1.713	.089
Umutsuzluk		.374	.124	.349	3.019	.003
Yaşamı Tehlikeli Görme		.214	.150	.169	1.423	.157
$R=.757$; $R^2=.573$; Düzeltilmiş $R^2=.557$; $F(5,135)=36.182$; $p=.000$						

Tablo 12'de, vitiligo hastalarındaki bilişsel çarpıtma alt boyutlarının Beck Depresyon ölçeği puanlarını yordamaya ilişkin gerçekleştirilen çok lu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Regresyon varsayımları incelendiğinde VIF<10 ve Durbin Watson değerinin 1-3 arasında olduğu için çoklu doğrusallık sorunu olmadığı görülmüştür (Hair ve ark., 1995). Tüm bu veriler, regresyon analizinin varsayımlarının karşılandığını göstermektedir. Regresyon analizi sonucuna göre model anlamlı bulunmuştur (F=36.182, p<.001). R^2 değeri incelendiğinde bilişsel çarpıtma alt ölçeklerinin Beck depresyon düzeyinin %56'sını açıkladığı tespit edilmiştir. Umutsuzluk (p<.05) boyutunun Beck depresyon seviyesini anlamlı ve pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Katılımcıların umutsuzluk düzeyi Beck Depresyon Ölçeği puanlarını artırmaktadır (*β*=.349).

Tablo 13. Vitiligo Hastalarındaki Bilişsel Çarpıtma Alt Boyutlarının Beck Anksiyete Düzeylerini Yordamaya Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Bağımsız Değişkenler	**Bağımlı Değişken**	***B***	***SH***	***β***	***t***	***p***
(Sabit)		-4.369	2.333		-1.873	.063
Olumsuz Benlik Algısı	BAÖ	-.109	.282	-.059	-.388	.699
Kendini Suçlama		.341	.254	.205	1.342	.182
Çaresizlik		.187	.278	.123	.673	.502
Umutsuzluk		.066	.183	.051	.361	.718
Yaşamı Tehlikeli Görme		.486	.221	.319	2.194	.030
R=.601; R^2=.361; Düzeltilmiş R^2=.338; F(5,135)=15.272 *p*=.000						

Tablo 13'te bağımsız değişken olan vitiligo hastalarındaki bilişsel çarpıtma alt boyutlarının bağımlı değişken olan Beck Anksiyete Ölçeği puanını yordayıp yordamadığını belirlemek amacıyla yapılan Çoklu Regresyon Analizi sunulmuştur. Regresyon varsayımları incelendiğinde VIF<10 ve Durbin Watson değerinin 1-3 arasında olduğu için çoklu doğrusallık sorunu olmadığı görülmüştür (Hair ve ark., 1995). Tüm bu veriler, regresyon analizinin varsayımlarının karşılandığını göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı olup (F=15.272, p<.001) bağımsız değişkenler (olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme) anksiyete düzeylerindeki değişimin %34'ünü açıklamaktadır. Bu analiz sonucuna göre, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'nin yaşamı tehlikeli görme alt boyutu pozitif yönde anlamlı çıkarken (p<.05); olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik ve umutsuzluk alt boyutlarının anksiyete düzeyine anlamlı düzeyde etki etmediği bulunmuştur (p>.05). Katılımcıların yaşamı tehlikeli görme düzeyi anksiyete seviyesini artırmaktadır (*β*=.336).

Tablo 14. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyet Değişkenine Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Grup	N	S.O	S.T	U	*p*
BDÖ	Kadın	64	68.14	4361	1623	.103
	Erkek	61	57.61	3514		
BAÖ	Kadın	64	73.45	4700.50	1283.5	.001**
	Erkek	61	52.04	3174.50		

***p*<.01

Tablo 14'te kontrol grubunun Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre Mann-Whitney U Testi sonuçları incelendiğinde katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; kontrol grubu kadın katılımcıların Beck Anksiyete puanları (U=1623, z=-1.628, p=.001, r=-.146) erkek katılımcılara göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Kontrol Grubunun Cinsiyet Değişkeni Açısından Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puan Ortalamalarının T-Test Bulguları

Boyutlar	Gruplar	n	$\bar{x}$	*ss*	*t*	*sd*	*p*
Olumsuz benlik algısı	Kadın	64	16.09	4.91	2.127	123	.035*
	Erkek	61	14.36	4.15			
Kendini Suçlama	Kadın	64	15.94	4.60	.584	123	.561
	Erkek	61	15.46	4.56			
Çaresizlik	Kadın	64	17.39	5.74	2.861	123	.005**
	Erkek	61	14.56	5.31			
Umutsuzluk	Kadın	64	15.75	6.89	1.831	123	.070
	Erkek	61	13.64	5.83			
Yaşamı tehlikeli görme	Kadın	64	16.59	5.54	1.253	123	.212
	Erkek	61	15.36	5.45			
Toplam	Kadın	64	80.48	24.61	1.891	123	.061
	Erkek	61	72.52	22.33			

***p*<.01; **p*<.05

Tablo 15'te kontrol grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(123)=2.127, p=.035, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(123)=.584, p=.561, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun

puanı t(123)=2.861, p=.005, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(123)=1.831, p=.070, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(123)=1.253, p=.212 ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği'nin toplam puanı t(123)=1.891, p=.061 saptanmıştır. Kontrol grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçek puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi sonucunda, olumsuz benlik algısı ve çaresizlik alt boyutlarının grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre; kontrol grubundaki kadın katılımcıların ($\bar{X}$ = 16.09, *SS* = 4.91) olumsuz benlik algısı düzeyi, erkek katılımcılarınkine ($\bar{X}$ = 14.36, *SS* = 4.15) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde kontrol grubundaki kadın katılımcıların ($\bar{X}$ = 17.39, *SS* = 5.74) çaresizlik düzeyi, erkek katılımcılarınkine ($\bar{X}$ = 14.56, *SS* = 5.31) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Grupların kendini suçlama, umutsuzluk, yaşamı tehlikeli görme ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 16. Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre T-Test Sonuçları

Ölçekler	**Gruplar**	**n**	$\bar{x}$	***ss***	***t***	***sd***	***p***
Olumsuz Benlik Algısı	Bekar	55	16.96	4.96	3.885	123	.000***
	Evli	70	13.90	3.86			
Kendini Suçlama	Bekar	55	17.09	3.95	3.111	123	.002**
	Evli	70	14.61	4.75			
Çaresizlik	Bekar	55	17.45	6.02	2.575	123	.011**
	Evli	70	14.87	5.19			
Umutsuzluk	Bekar	55	16.64	7.20	3.052	123	.003**
	Evli	70	13.20	5.39			
Yaşamı Tehlikeli Görme	Bekar	55	17.45	5.94	2.696	123	.008**
	Evli	70	14.84	4.89			
Toplam	Bekar	55	84.51	24.79	3.439	123	.001***
	Evli	70	70.39	21.10			

****p*<.001; ***p*<.01

Tablo 16'da kontrol grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği puanlarının medeni durum değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; kontrol grubunda yer alan katılımcıların Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı

t(123)=3.439, p=.001, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(123)=3.885, p=.000, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(123)=3.11 p=.002, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(123)=2.575, p=.011, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(123)=3.052, p=.003 ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(123)=2.696, p=.008 saptanmıştır. Buna göre; kontrol grubu bekar katılımcıların Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı ($\bar{X}$ =84.51, *SS*=24.79), olumsuz benlik algısı düzeyi ($\bar{X}$ =16.96, *SS*=4.96), kendini suçlama düzeyi ($\bar{X}$ =17.09, *SS*=3.957), çaresizlik düzeyi ($\bar{X}$ =17.45, *SS*=6.02), umutsuzluk düzeyi ($\bar{X}$ =16.64, *SS*=7.20), yaşamı tehlikeli görme düzeyi ($\bar{X}$ = 17.45, *SS* = 5.94); evli katılımcıların Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı ($\bar{X}$ =70.39, *SS* = 21.10), olumsuz benlik algısı düzeyi ($\bar{X}$ =13.90, *SS*=3.86), kendini suçlama düzeyi ($\bar{X}$ =14.61, *SS*=4.75), çaresizlik düzeyi ($\bar{X}$ =14.87, *SS*=5.19), umutsuzluk düzeyi ($\bar{X}$ =13.20, *SS* = 5.39), yaşamı tehlikeli görme düzeyi ($\bar{X}$ = 14.84, *SS* = 4.89) sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Medeni Durum Değişkenine Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	Grup	n	$\bar{x}$	*ss*	S.O	S.T	U	*p*
BDÖ	Bekar	55	10.80	7.98	70.38	3871.00	1519.00	.043*
	Evli	70	8.21	6.25	57.2	4004.00		
BAÖ	Bekar	55	9.93	11.25	66.68	3667.50	1722.50	.312
	Evli	70	8.43	7.98	60.11	4207.50		

*p<.05

Tablo 17'de kontrol grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanlarının medeni durum değişkenine göre Mann-Whitney U Testi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre; kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği puanlarının medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaştığı gözlemlenmiştir (U=1519.00, z=-2.024, p=.043, r=-.18). Kontrol grubu bekar katılımcıların Beck Depresyon düzeyi ($\bar{X}$ = 10.80, *SS* = 7.98), evli katılımcılara ($\bar{X}$ = 8.21, *SS* = 6.25) göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Fakat kontrol grubu bekar ve evli katılımcıların anksiyete puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U=1722, z=-1.01, p=.312, r=-.09).

Tablo 18. Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışma Durum Değişkenine Göre Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

Boyut	**Gruplar**	***n***	***x̄***	***ss***	***t***	***sd***	***p***
Olumsuz benlik algısı	Çalışıyor	94	14.20	3.64	-3.828	38.196	.000***
	Çalışmıyor	31	18.41	5.77			
Kendini Suçlama	Çalışıyor	94	15.24	4.55	-1.980	123	.050*
	Çalışmıyor	31	17.10	4.41			
Çaresizlik	Çalışıyor	94	14.97	4.98	-3.738	123	.000***
	Çalışmıyor	31	19.16	6.61			
Umutsuzluk	Çalışıyor	94	13.65	5.28	-3.334	37.979	.012**
	Çalışmıyor	31	17.94	8.47			
Yaşamı tehlikeli görme	Çalışıyor	94	14.91	4.80	-4.033	123	.000***
	Çalışmıyor	31	19.26	6.27			
Toplam	Çalışıyor	94	71.94	20.30	-3.455	40.927	.001**
	Çalışmıyor	31	90.74	27.97			

****p*<.001; ***p*<.01*; *p*<.05

Tablo 18'de kontrol grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre Bağımsız Grup T Testi sonuçları sunulmuştur. Yapılan analiz sonucuna göre; Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam puanı t(40.927)=-3.455, p=.001, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı alt boyutunun puanı t(38.196)=-3.828, p=.000, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği kendini suçlama alt boyutunun puanı t(123)=-1.980, p=.050, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği çaresizlik alt boyutunun puanı t(123)=-3.738, p=.000, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği umutsuzluk alt boyutunun puanı t(37.890)=-3.334, p=.012 ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun puanı t(123)= -4.033, p=.000 saptanmıştır. Buna göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<.05). Çalışmayan katılımcıların Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam ($\bar{X}$ =90.74, *SS*=27.97), olumsuz benlik algısı ($\bar{X}$ =18.41, *SS*=5.77), kendini suçlama ($\bar{X}$ =17.10, *SS*=4.41), çaresizlik ($\bar{X}$ =19.16, *SS*= 6.61), umutsuzluk ($\bar{X}$ =17.94, *SS*=8.47) ve yaşamı tehlikeli görme ($\bar{X}$ =14.91, *SS*=4.80) puanları çalışan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı ve yüksek bulunmuştur.

Tablo 19. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Ölçekler	**Grup**	**n**	**x̄**	**ss**	**S.O**	**S.T**	***U***	***p***
BDE	Çalışıyor	94	8.05	5.86	56.81	5340.00	875.00	.001**
	Çalışmıyor	31	13.29	9.15	81.77	2535.00		
BAE	Çalışıyor	94	7.31	8.11	57.06	5364.00	899.50	.001**
	Çalışmıyor	31	14.48	13.88	81.00	2511.00		

**p<.01

Tablo 19'da kontrol grubunun Beck Depresyon, Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre Mann-Whitney U Testi sonuçları gösterilmiştir. Yapılan Mann Whitney U testi grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<.01). Çalışmayan katılımcıların Beck depresyon (U=875, z=-3.334, p=.001, r=-.298) ve Beck anksiyete (U=899.50, z=-3.20, p=.001, r=-.286) puanları çalışan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Kontrol Grubunun Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

Ölçek	Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	*SS*	Sıra ortalaması	x^2	*p*
BDÖ	İlköğretim	2	12.00	4.24	88.75	13.069	
	Lise	23	13.52	7.90	85.98		
	Üniversite	85	8.45	6.71	57.86		
	YL/Doktora	15	7.73	6.82	53.47		
	Toplam	125	9.35	7.15			.004**
BAÖ	İlköğretim	2	24.50	27.58	91.25	13.529	
	Lise	23	12.17	10.27	77.91		
	Üniversite	85	8.91	10.03	63.06		
	YL/Doktora	15	3.33	5.15	36.00		
	Toplam	125	9.09	10.28			.004**

**p<.01

Tablo 20'de kontrol grubunun Beck depresyon ve Beck anksiyete puanlarının katılımcıların eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda katılımcıların eğitim düzeyi gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (x^2 = 13.069, p<.01; x^2 = 13.529, p<.01). Bu işlemin ardından Kruskal WallisH sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Analizlerin sonucunda lise mezunu olan grup ile üniversite mezunu olan grup arasında Beck Depresyon Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre, lise mezunlarının ($\bar{X}$ =13.52, *SS* =7.90) Beck Depresyon Ölçeği puanlarının, üniversite mezunlarına ($\bar{X}$ =8.45, *SS*=6.71) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir

(U=535.00, z=-3.329, p=.001, r=.32). Lise mezunları ile master mezunları arasında ve üniversite mezunları ile master mezunları arasında Beck anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise mezunlarının ($\bar{X}$ =12.17, *SS*=10.27) Beck Anksiyete Ölçeği puanları master mezunlarınkinden ($\bar{X}$ =3.33, *SS*=5.15) anlamlı ve yüksek olduğu belirlenmiştir (U=64.500, z=-3.244, *p*=.001, r=-.29). Üniversite mezunlarının ($\bar{X}$ =8.91) Beck anksiyete puanlarının master mezunlarınınkinden ($\bar{X}$ =3.33, *SS*=5.15) anlamlı ve yüksek olduğu bulunmuştur (U=352.00, z=-2.769, p=.006, r=-.25). Diğer grupların sıralamalar ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 21. Kontrol Grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Anova Testi Sonuçları

Ölçek	**Eğitim Durumu**	***n***	***x̄***	***SS***	***sd***	***F***	***p***	***Fark***
Olumsuz benlik algısı	İlköğretim	2	17.50	2.12	3/121	9.257	.000***	
	Lise	23	19.30	4.95				2>3
	Üniversite	85	14.40	4.20				
	YL/Doktora	15	13.53	2.97				2>4
	Toplam	125	15.25	4.62				
Kendini suçlama	İlköğretim	2	19.50	4.95	3/121	5.468	.001**	
	Lise	23	18.48	4.19				2>3
	Üniversite	85	15.29	4.43				
	YL/Doktora	15	13.27	3.97				2>4
	Toplam	125	15.70	4.57				
Çaresizlik	İlköğretim	2	18.00	2.83	3/121	6.332	.001**	2>3
	Lise	23	20.00	5.66				2>4
	Üniversite	85	15.42	5.37				
	YL/Doktora	15	12.93	4.91				
	Toplam	125	16.01	5.69				
Umutsuzluk	İlköğretim	2	16.00	.00	3/121	4.746	.004**	2>3
	Lise	23	18.78	7.83				2>4
	Üniversite	85	14.09	5.74				
	YL/Doktora	15	11.80	6.04				
	Toplam	125	14.71	6.46				
Yaşamı tehlikeli görme	İlköğretim	2	19.50	4.95	3/121	5.907	.001**	
	Lise	23	19.78	5.71				2>3
	Üniversite	85	15.31	5.13				
	YL/Doktora	15	13.60	4.84				2>4
	Toplam	125	15.99	5.51				
Toplam	İlköğretim	2	89.50	13.44	3/121	7.963	.000***	
	Lise	23	95.22	22.91				2>3
	Üniversite	85	73.51	22.28				
	YL/Doktora	15	63.87	19.05				2>4
	Toplam	125	76.60	23.77				

****p*<001; ***p*<.01

Tablo 21'de kontrol grubunun Bilişsel Çarpıtma Ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere ANOVA Testi sonuçları gösterilmiştir. Tabloya göre, eğitim durumu değişkenine bağlı olarak Bilişsel Çarpıtma Ölçeği'nde grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür [$F(3,121)=7.963$, $p<.001$]. ANOVA'nın ardından kullanılacak post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğini belirlemek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmıştır. Levene's testi sonucuna göre grup varyanslarının homojen dağıldığı bulunmuştur ($p>.05$). Farklılığın kaynağını saptamak amacı ile Bilişsel Çarpıtma Ölçeği, olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme düzeyleri puanları için uygulanan Tukey karşılaştırma testi sonucuna göre eğitim durumu değişkenine bağlı olarak kontrol grubunda yer alan lise mezunu katılımcılar olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme düzeyleri üniversite ve master mezunlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

4.2. YORUMLAR

Çalışmada vitiligolu hastalar ve sağlıklı kontrol grubu; depresyon, anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılmış ve vitiligo hastalarında bilişsel çarpıtmanın depresyon ve anksiyete düzeyine etkisi incelenmiştir.

Birçok dermatolojik hastalığın fiziksel belirtilerine ek olarak ruhsal sorunlara ve hastalıklara neden olabildiği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır. Mevcut literatür, vitiligo gibi dermatolojik rahatsızlıkları olanlarda daha yaygın olan ruh sağlığı sorunlarına odaklanmıştır (Lai ve ark, 2017) ve bulgularımız, vitiligo hastalarının depresyon ve anksiyete gibi psikopatoloji geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalara dayanmaktadır. Aynı zamanda bu çalışmada vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmanın, vitiligo hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyonun iyileştirilmesi için daha titiz bir tıbbi temel bulabileceği umulmaktadır. Hastalığın medikal tedavisine ek olarak, psikolojik müdahale de anksiyete ve depresyon için gerekli bir tedavi olduğu düşünülmektedir; çünkü sedef hastalığı psikolojik, fizyolojik, sosyal ve diğer faktörlerle ilişkilidir. Ayrıca vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmalar, depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek puan alacakları varsayılmıştır (Kussainova

ve ark., 2020; Vernwal, 2017). Bilindiği kadarıyla, literatürümüzde vitiligo hastalarındaki bilişsel çarpıtmaların araştırıldığı bir çalışma mevcut değildir; bu bağlamda bu çalışma vitiligo hastalarında bilişsel çarpıtmaların araştırıldığı ilk çalışmadır.

Çalışma (Vitiligo hastaları N=141 ve Kontrol N=125) ilişkisel analiz olarak tasarlanmıştır. Online platform üzerinden 141 hastaya erişim sağlanmış ve 125 sağlıklı erişkin de çalışmaya dahil edilerek iki grup arasındaki depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtma örüntüleri incelenerek gruplar arasında herhangi bir farklılığın olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmada depresyonun düzeyini Beck Depresyon Envanteri, anksiyetenin düzeyini Beck Anksiyete Envanteri ve bilişsel çarpıtmaların düzeyini Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Anketler klinisyenler aracılığıyla değil, doğrudan vitiligo hastalarına gönderilmiştir.

Örneklemdeki vitiligo hastalarının yaş ortalaması 35.5, %50.4'ünün erkek, %72.3'ünün evli, %48.9'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Vitiligo hastalarının %69.5'i çalışmakta ve %73'ünün kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. %36.2'si ilaç, %42.6 sigara ve %24.8'i alkol kullanmaktadır.

Örneklemdeki kontrol grubunun yaş ortalaması 36.3, %51.2'sinin kadın, %56'sının evli, %68'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun %75.2'si bir işte çalışmakta, %70.4'ü sigara ve %75.2'si alkol kullanmaktadır.

4.2.1. Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Yürütülen çalışmada, yapılan gruplar arası karşılaştırmadan sonra sıfır hipotezi reddedilmiş olup gruplar arasında depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtma oranlarında ortalamalarında istatiksel olarak anlamlı derecede fark saptanmıştır ($p<.05$). Vitiligo, hastaların kişisel ve sosyal yaşamlarını etkileyebilen kronik bir hastalıktır (Firooz ve ark., 2004). Bulgularımız bu durumu kısmen doğrulamıştır, çünkü hastaların depresyon ve anksiyete puanları sağlıklı gruptan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda vitiligolu hastalarının bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından olumsuz benlik algısı kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme puanları kontrol grubundakilerin olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme boyutlarından anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur.

Bu durum birinci (Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtma ve vitiligo olmayan bireylerin bilişsel çarpıtmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.),

ikinci (Vitiligolu hastaların depresyon düzeyleri ve vitiligo olmayan bireylerin depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.) ve üçüncü (Vitiligolu hastaların anksiyete düzeyleri ve vitiligo olmayan bireylerin anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.) hipotezlerimizi doğrulamaktadır. Olumsuz benlik algısı alt boyutunda vitiligo grubunun daha yüksek puan aldığını görülmektedir. Bu durum, vitiligo hastalarının cilt hastalığı olmayan gruba göre kendini eleştirme veya değersizleştirme eğiliminin daha yüksek olması ile ilişkili olabilir (Briere, 1997). Vitiligo grubunun 'Kendinden nefret etmek' ve 'Çekici hissetmemek' gibi maddelere, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan verme eğiliminde oldukları kaydedilmiştir. Yüksek puanlar ayrıca vitiligo hastalarının kendini çekici olmayan, anlaşılmaz, kabul edilemez ve özünde kötü olarak gördüklerini göstermektedir. Briere, bazı insanlarda bu kendilik algısı tarzının açık bir kendinden nefret veya kendinden iğrenme olarak tezahür edebileceğini ve bu da hatırı sayılır bir öfkenin, en azından kısmen, içe yöneldiğini öne sürmüştür gösterir (Briere, 1997). Kendini Suçlama alt boyutunda vitiligo hastaları, cilt hastalığı olmayan bireylerden anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır. Bu, Vitiligo hastalarının, yaşamlarında meydana gelen istenmeyen olaylar için kendilerini suçlama derecesinin, kontrol grubundan önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Briere, 1997). Çalışmada “Başına bir sıkıntı geldiğinde kendini suçlama', 'Başına gelen bir şey için utanma', 'Sana yapılan bir şey için kendini suçlu hissetme' ve 'Kötü bir şey olduğunda bunu hak ettiğini düşünme' gibi maddelere yüksek puan verme eğilimi görülmektedir. Çaresizlik alt boyutu için, vitiligo grubundakilerin 'Durumunu daha iyi hale getirmek için çaresiz hissetmek'; 'Başına gelenler üzerinde fazla kontrolünün olmadığını düşünmek' ve 'Hayatında işleri yoluna koymak için elinden pek fazla bir şey gelmeyeceğine inanmak’. İfadelerin yüksek puan verme eğiliminde oldukları görülmektedir ve hayatlarını kontrol edemeyeceği algısına sahip oldukları düşünülmektedir (Briere, 1997). Çalışmada umutsuzluk alt boyutunda yüksek puan alan bireylerin, istenmeyen bir durumu değiştirme çabalarının başarısız olacağını düşündükleri varsayılmaktadır. Vitiligo grubu, 'Umutsuz hissetmek', 'Senin için hiçbir şeyin iyi olmayacağını düşünmek', Geleceğe dair umutsuz hissetmek' ifadelerinden anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Yaşamı tehlikeli görme alt boyutunda, vitiligo hastalarının kontrol grubuna göre özellikle kişilerarası alanlarda dünyayı tehlikeli bir yer olarak görme eğilimlerinin daha yüksek olduğu ve

tehlikeyle daha fazla meşgul oldukları belirtilmektedir (Briere, 1997; Soni ve Mukherjee., 2011). Grupların Bilişsel Çarpıtma Ölçeği'nin Olumsuz Benlik Algısı, Kendini Suçlama Çaresizlik, Umutsuzluk ve Yaşamı Tehlikeli Görme boyutlarına bakıldığında, vitiligo grubunun, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (bkz. Tablo 4). Bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı olarak Soni ve Mukherjee'nin (2011) 'Kronik Cilt Hastalıklarında Psikososyal Profil' isimli araştırmalarında vitiligo hastaları ile deri hastalığı olmayan grup arasında bilişsel çarpıtmanın beş boyutunun tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmuşlardır.

Görüldüğü üzere depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtmalar birbirleriyle ilişkili değişkenlerdir ve bu değişkenler vitiligo grubunda sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek puanlanmıştır.

4.3.2. Sosyodemografik Değişkenlere Göre Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kadınlar ve erkekler arasındaki ölçek puanlarında kadınların depresyon puan ortalaması 13.77 iken erkeklerin 12.51; kadınların anksiyete puan ortalaması 14.27 iken erkeklerin 11.92; bilişsel çarpıtma toplam puan ortalaması kadınların 46.17 iken erkeklerin 46.42 olarak hesaplanmıştır ve cinsiyetlere göre herhangi anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$). Borimnejad ve ark., vitiligolu kadın hastaların erkek hastalardan daha düşük yaşam kalitesi göstergelerine ve daha fazla psikolojik bozukluğa sahip olduğunu bulmuşlardır (Borimnejad ve ark., 2006). Bizim çalışmamızda ise kadınlar ve erkekler arasındaki ölçek puanlarında kadınların depresyon puan ortalaması 13.77 iken erkeklerin 12.51; kadınların anksiyete puan ortalaması 14.27 iken erkeklerin 11.92; bilişsel çarpıtma toplam puan ortalaması kadınların 46.17 iken erkeklerin 46.42 olarak hesaplanmıştır ve cinsiyetlere göre herhangi anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>.05). Vitiligo hastalarında medeni duruma göre depresyon ve anksiyete düzeyleri ve bilişsel çarpıtmaların alt boyutları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Mana Al-Harbi bir çalışmasında depresyonun bekar hastalarda daha yaygın olduğunu ifade etmiştir (Al-Harbi, 2013). Hamidizadeh ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise evli ve bekar vitiligo hastaları arasında depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Hamidizadeh ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda da bekar (%41) hastaların Beck Depresyon Envanteri puanları evlilerin

puanlarına (%12) oranla yüksek olsa da vitiligo hastalarının medeni durumları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.05). Hastaların medeni durumlarına göre anksiyete puanları karşılaştırıldığından bekarların puanı (%38) evli katılımcıların puanı (%12) olup, hastaların medeni durumları ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır (p>.05).

Duman (2018)'ın sosyodemografik değişkenlere göre bilişsel çarpıtmaları araştırdığı çalışmasında çalışmada medeni hal ile bilişsel çarpıtmalar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da sonuçlar benzerdir; fakat bilişsel çarpıtmaların alt boyutlarına bakıldığında umutsuzluk alt boyutu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır (p<.05). T-Testi sonuçlarına bakıldığında; bekarların ($\bar{X}$=11.65, *SS*=6.98) evlilere ($\bar{X}$=9.11, *SS*=6.81) göre daha yüksek bilişsel çarpıtma-umutsuzluk puanına sahip olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada eğitim seviyesi ile bilişsel çarpıtma düzeyi arasındaki ilişkide anlamlı fark saptanmış olup; eğitim seviyesi arttıkça bilişsel çarpıtma düzeyinin düştüğü bulunmuştur (Duman, 2018). Bjelland ve ark. (2008) çalışmalarında eğitim seviyesinin hem kaygı hem de depresyon ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve düşük eğitim seviyesinin bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (Bjelland ve ark, 2008). Bu çalışmada kontrol grubunun depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtmalar puanları Bielland ve Duman'ın çalışmalarını destekler nitelikte olsa da vitiligo grubunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>.05). Çalışma durumunun ruh sağlığı ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada istihdam edilebilirliğin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Hamilton, 1997). Bu araştırmada vitiligo tanılı katılımcıların depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtmaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır (p>.05). Bu bulgular Khattri ve ark. (2015) tarafından yapılan vitiligolu hastalarda ve bakıcılarının karşılaştırıldığı ilişkisel çalışma ile paralellik göstermektedir. Khattri ve ark. (2015) yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumuna göre vitiligolu hastalar ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Khattri ve ark., 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre, vitiligo hastalarının %23'ünde tiroid hastalığı, romatoid artrit ve diyabet gibi komorbiditeler olduğu bulunmuştur (Sheth ve ark., 2013). Çin'de yapılan bir araştırmaya göre, vitiligo hastalarının romatoid artrit, kronik ürtiker, alopesi areata ve

balık pulu hastalığından mustarip olma olasılığının daha yüksek olduğu öne sürülmüştür (Liu ve ark., 2005). Ayrıca, vitiligonun zihinsel sağlık sorunlarıyla bağlantılı olduğu keşfedilmiştir. Vitiligo hastalarının %57'sinde majör depresif bozukluk, %28'inde intihar düşüncesi saptanmıştır (Ramakrishna ve Rajni, 2014). Geniş örneklemli (n=610) bir çalışmada Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmış ve vitiligolu hastaların %4'ünde depresif belirtiler, %22'sinde anksiyete belirtileri saptanmıştır (Heason ve Kent, 2003). Shah ve ark.'nın 2014 yılında yaptıkları çalışmalarında vitiligo hastalarında yüksek düzeyde sosyal kaygı ve depresyon bulgulamışlardır ve bilişsel davranışçı terapinin kaygıyı azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuşlardır (Shah ve ark., 2014). Sampogna ve ark., vitiligo hastalarında depresyon ve anksiyete prevalansının sağlıklı popülasyondan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Sampogna ve ark., 2008).

Çalışmada tanı grubuna herhangi bir kronik ve psikiyatrik hastalığın eşlik edip etmediğine bakıldığında grubun %73'ünün en az bir kronik rahatsızlığının ve %20'sinin en az bir psikiyatrik tanısının olduğu öğrenilmiştir. %11.3'ü endokrin bozukluklara, %3.5 tansiyon ve diyabet hastalıklarına, %2.8 romatolojik bozukluklara, %1.4'ünün vitiligo haricinde başka bir dermatolojik hastalığa, %.7 kardiyolojik, immünolojik, nörolojik ve jinekolojik tanıya sahip olduğu görülmüştür. Mattoo ve Handa tarafından yapılan çalışmada, vitiligo hastalarında psikiyatrik komorbiditenin %25 civarında olduğu bulunmuştur (Mattoo ve Handa, 2002). Sharma ve ark. (2001)'nın, vitiligo hastalarında psikiyatrik morbidite üzerine yaptıkları çalışmada hastaların %16.2'sinde psikiyatrik morbidite olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, 141 hastanın %20'sinin psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür. Bu bulgu, vitiligosu olan kişilerin psikiyatrik rahatsızlık geliştirme olasılığının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Vitiligo hasta grubunun ölçek puanlarının kronik rahatsızlık değişkeni açısından incelendiğinde; vitiligo haricinde kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanının kronik rahatsızlığı bulunmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$). Psikiyatrik tanısı olan vitiligo hastalarının Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Bilişsel Çarpıtma Ölçeği toplam, BÇÖ-kendini suçlama, BÇÖçaresizlik, BÇÖ-yaşamı tehlikeli görme puanı psikiyatrik tanısı bulunmayan bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Sabuncuoğlu ve ark.'nın vitiligo hastalarında yaşam kalitesi ve psikojenik faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında vitiligo tanısı almış grupta psikiyatrik tedavi alanların oranının kontrol

grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Sabuncuoğlu ve ark. 2014). Grubun ilaç kullanımına bakıldığında %11.3'ünün tiroid, %7.8'inin antidepresan, %4.3'ünün dermatolojik ilaç, %2.1'inin diyabet ilacı, %2.1'inin vitamin kullandığı görülmüştür. Grubun sigara ve alkol kullanımı oranlarına bakıldığında %42.6'sının sigara, %24.8'inin alkol kullandığı bildirilmiştir.

4.2.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların Tartışılması

Bilişsel çarpıtmalar teorisi, geçmiş deneyimleri temsil eden, mevcut bilgilerin işlenmesini ve organizasyonunu etkileyen yapıların önemini vurgulamaktadır (Mattila ve ark., 2006), Bunlar, bireyin kendisi, dünya ve gelecek hakkında yarattığı akıl yürütme ve tahminler şeklindeki bilişsel ürünlerdir. Bilişsel çarpıtmalar alışkanlıktır ve kontrol edilmesi zordur (Beck, 1987). Kişinin kendine ve çevresine ilişkin algısını etkileyen otomatik düşüncelerin veya hatalı bilişlerin yaygınlığı, depresyonla ilişkilendirilmiştir (Garland ve ark., 2010). Benzer şekilde, Flett ve ark. çalışmalarında olumsuz benlik algısı ile depresif belirtiler arasında bir bağlantı bulmuşlardır (Flett ve ark.,2003). Benlik algısı, zihinsel sağlıkla ilintilidir. Paloş ve Vişcu'nun bir deri hastalığı olan romatoid artrit tanılı kişilerin anksiyete düzeyi ile bilişsel çarpıtma sıklığı arasındaki bağlantıları belirlemek için yaptıkları yakın tarihli çalışmalarında anksiyete düzeyindeki artış, çalışma örneklemindeki hastaların olumsuz benlik algısı ve bilişsel çarpıtma sıklığındaki artışla yakından bağlantılı olduğu bulunmuştur (Paloş ve Vişcu, 2014). Çalışmamızda, hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde ölçeklerden daha yüksek punlar aldığı kaydedilmiştir. Devrimci ve ark.'nın sedef hastalarıyle yaptıkları çalışmada sedef hastalarının kontrollere göre BDE puanlarının sedef hastalığının şiddeti ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu görülmüştür (Devrimci ve ark., 2000). Bir Hint Çalışması (2011), Bilişsel Çarpıtmanın beş alt boyutunda da vitiligo hastalarının ile kontrol grubu arasında önemli bir fark bulmuştur. Çalışma, vitiligo hastaları Bilişsel Çarpıtma Ölçeği olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme boyutlarında kontrol grubundan daha yüksek puan aldıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmanın bir diğer bulgusu ise vitiligo hastaları, cilt hastalığı olmayan bireylere kıyasla, dünyayı tehlikeli bir yer olarak görme eğiliminde oldukları ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği'nin Yaşamı tehlikeli görme boyutu puanlarının sağlıklı gruba oranla yüksek

olduğudur (Soni ve Mukherjee, 2011). Bu, vitiligo hastalarının kendilerini eleştirme veya değersizleştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Briere, 1997). Beşinci ve altıncı hipotezde olduğu gibi vitiligo hastalarında depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtmalardan aldıkları puanlar incelendiğinde; bu araştırmanın bulguları doğrultusunda depresyon, anksiyete, bilişsel çarpıtma ve düzeyleri (olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk, yaşamı tehlikeli görme alt boyutları) arasında pozitif yönde anlamlı olarak farklılaştığı/ilişki bulunmuştur. Çalışmada tüm alanlar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Depresyonun düzeyi ve bilişsel çarpıtmaların düzeyi arasındaki ilişki önemli ve yüksek düzeyde bir bağlantı bulunmuştur ($r = .741$, $p < .01$). Bilişsel çarpıtmaların alt boyutlarına bakıldığında olumsuz benlik algısı ile depresyon arasında orta şiddette, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .647$, $p < .01$); kendini suçlama ile depresyon arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .578$, $p < .01$); çaresizlik ile depresyon arasında güçlü, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .724$, $p < .01$); umutsuzluk ile depresyon arasında güçlü, pozitif ve anlamlı ($r = .724$, $p < .01$); yaşamı tehlikeli görme ile depresyon arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .658$, $p < .01$) bulunmuştur. Çalışmada anksiyetenin şiddeti ve bilişsel çarpıtma arasındaki ilişkinin anlamlı, pozitif ve orta düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur ($r = .599$, $p < .01$). Bilişsel çarpıtmaların alt boyutlarına bakıldığında olumsuz benlik algısı ile anksiyete arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .553$, $p < .01$); kendini suçlama ile anksiyete arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .521$, $p < .01$); çaresizlik ile anksiyete arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .465$, $p < .01$); umutsuzluk ile anksiyete arasında orta, pozitif ve anlamlı ($r = .515$, $p < .01$); yaşamı tehlikeli görme ile anksiyete arasında orta, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r = .410$, $p < .01$) bulunmuştur. Sonuçlar beşinci ve altıncı hipotezimizi doğrular niteliktedir. Yani, katılımcıların bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri'nden aldıkları puanlar da artış göstermektedir.

4.2.4. Vitiligo Hastalarının Bilişsel Çarpıtmalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyo-Demografik değişkenlere göre gruplar incelenip, vitiligo grubunun bilişsel çarpıtmalarıyla depresyon ve anksiyete üzerindeki ilişkisine bakıldıktan sonra çalışmanın amacı çerçevesinde belirlenen "Vitiligolu hastaların bilişsel çarpıtmaları depresyon ve anksiyete düzeylerini önemli düzeyde yordamaktadır." hipotezine yanıt aranmıştır. Bu

doğrultuda katılımcılar için Bilişsel Çarpıtma ve alt boyutlarının tümü bağımsız değişkenler olarak kabul edilirken; depresyon ve anksiyete bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Adım adım çoklu Doğrusal regresyon tekniği kullanılmıştır. Bilişsel çarpıtmalar ve alt ölçeklerinden alınan puanların depresyon ve anksiyete toplam puanları üzerinde yordayıcılık etkisi test edilmiş ve bulgulara göre bilişsel çarpıtmalar umutsuzluk alt boyutunun depresyon üzerinde; yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun anksiyete üzerinde yordayıcılık etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür.

Bu araştırmayla uyumlu olan literatürdeki çalışmalar incelenmiştir. Beden dismorfik bozukluğu (BDB) ve vitiligo; hastanın fiziksel görünüşü hakkında endişe duyduğu patolojiler olması bakımından benzer iki hastalıktır (Cruz, 2015). BDB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların çirkin veya bir şekilde çekici olmadığı inancına sahip oldukları ve günde ortalama 3-8 saat algıladıkları görünüm kusurları hakkında endişelendikleri bulunmuştur (Castle ve ark., 2004). Remisyon ve alevlenme dönemleri olan diğer kronik hastalıklarla ilgili çalışmalarda kronik rahatsızlığın benlik algısına etki ettiği bulunmuştur (Tan ve ark., 2001). Tecavüz mağduru ergenlerle yapılan bir çalışmada olumsuz benlik algısı, kendini suçlama ve umutsuzluk alt boyutları depresyonun güçlü yordayıcıları olarak bulunmuştur (Abdullah ve ark., 2011). Nasir ve ark.'nın çalışması da bilişsel çarpıtmanın depresyon üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (Nasir ve ark., 2010). Başka bir çalışma, olumsuz benlik algısı, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görme alt boyutlarının ergen depresyonunu etkilediğini bulmuştur (Singh ve ark., 2011). Mizara ve ark. (2012)'nın sedef ve egzama hastalarıyla yürüttükleri çalışmada kullandıkları hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre zarara duyarlılık ve kusurluluk olmak üzere iki şemanın kaygıyı, sosyal izolasyon ve hasara duyarlılığın, depresyonu öngördüğünü ortaya koymuştur (Mizara ve ark., 2012). Diğer bir çalışmada egzama hastaları ile yapılan çok değişkenli bir lojistik regresyon analizinde de hastalıkla ilgili düşük yaşam kalitesi depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin gelişiminde en önemli yordayıcı faktör olarak bulunmuştur (Hon ve ark., 2015). Araştırmamızdan elde edilen bulgular, bilişsel çarpıtmaların depresyon ve anksiyete üzerine etkisini ortaya koyan çalışmalarla kısmen tutarlıdır.

Bilişsel çarpıtma, durumları aşırı veya olumsuz olarak algılama ve yargılama eğilimine de neden olur. Bilişsel davranış terapisi (BDT), uygun olmayan düşünce, duygu ve davranış biçimlerini değiştirmeyi amaçlayan bir tedavidir. Vitiligolu hastaların,

hastalıkla baş etme ve yaşama söz konusu olduğunda bilişsel davranışçı terapiden fayda sağladığı kanıtlanmıştır (Papadopoulos ve ark, 1999). Bunu göz önünde bulundurarak vitiligo hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyinin periyodik olarak kontrol edilmesi ve psikiyatri bölümüne başvurulması önemlidir. Bilişsel çarpıtma olup olmadığı ve varsa bilişsel terapinin gerekli olup olmadığı düşünülmelidir. Bilişsel bozulmanın bu çalışmada önemli bir sonuç değişkeni olduğu göz önüne alındığında, bilişsel çarpıtma ile depresyon veya kaygı arasındaki ilişkiye yönelik daha ileri çalışmalar daha ileri sonuçlar sağlayabilir. Bugüne kadar, vitiligo hastalarında hastalığa özgü faktörler ve bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle, hastaların daha geniş bir bilişsel özelliklerinin daha geniş bir yelpazede incelenmesine ihtiyaç duyulabilir.

Bu çalışmanın verileri COVID-19 pandemisi sürecinde toplanmıştır. Pandemi nedeniyle, katılımcılara online platformlar aracılığıyla ulaşılmış ve katılımcıların dikkatlerinin dağılmaması için soru sayısı sınırlandırılmıştır. COVID-19 pandemisinin bir sonucu olarak majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığında önemli bir artış olduğu görülmüştür. 2020 boyunca majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının prevalansındaki artışlar, hem artan SARS-CoV-2 enfeksiyon oranları hem de azalan insan hareketliliği ile ilişkilendirilmiştir (Santomauro ve ark., 2020). Bu sebeple katılımcıların ölçek sonuçları Covid sürecinin etkilediği düşünülmektedir. Vitiligo lekelerinin vücudun hangi bölgesi/bölgelerinde var olduğunun bilgisinin alınmaması çalışmanın bir eksikliği olarak görülmektedir. Yetişkin çalışmaları, genellikle, vücudun görünür kısımlarında bulunan dermatolojik hastalığın, özellikle kadınlarda, gizli alanlarda bulunan hastalardan daha fazla yaşam kalitesini bozduğunu bulmuştur (Ongenae ve ark., 2005). Araştırmada hasta grubu katılımcılarının ne zaman tanı aldıklarına ilişkin bilgiye yer verilmemiştir. Tanı sürecinin vitiligo sürecine etki edeceği düşünülmektedir. Vitiligo süresi arttıkça hastaların hastalığın süreci ile ilgili daha umutsuz ve karamsar hissettiği bulunmuştur (Firooz ve ark., 2004).

Tıbbın başlangıcından beri, psikolojik unsurların hastalıktaki rolü kabul edilmiştir. Descartes ve Spinoza ruh-beden etkileşimlerini savunmuşlardır ve bu dualite binlerce yıldır spekülasyon konusu olmuştur. Her ne kadar zihin-beden ilişkisi çok eskiye dayansa da bunu araştıran çalışmalar oldukça azdır. Engel ve arkadaşları tarafından hastalıklarda duyguların nedensel karakterini vurgulayarak ve en çok da üzüntü ile ilişkili

duyguların patolojik etkisine dikkat çekmiştir (Engel ve ark., 1962). Mevcut çalışmanın bulguları, ruhsal ve bedensel hastalıklar arasındaki bağlantının psikolojik yönlerine ışık tutmaktadır. Vitiligolu bireylerin yaşadığı psikolojik sorunların varlığına destek sağlamak amaçlanmıştır. Bulgular, vitiligonun tanı ve tedavi sürecinin bireylerde depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtma üzerindeki etkilerin yalnızca tıbbi bileşenler ile açıklanmasının pek mümkün olmadığı bir süreç olduğunu göstermektedir.

Özetle, Vitiligo hastalarında psikolojik sıkıntı özel dikkat gerektirir. Dermatologlar ve vitiligolu kişilerle çalışan diğer uzmanlar hastaların psikopatojiye yatkınlıklarının farkında olmalı ve uygun müdahaleleri öngörebilmelidir. Vitiligoya sahip bireylerde rastlanan bilişsel çarpıtmaların değerlendirilmesi ve psikopatolojiler ile ilgili risk faktörleri üzerine yapılacak araştırmalar tedavi açısından hem doktorlar hem de hastalar için faydalı olabilir. Dermatologların ve ruh sağlığı uzmanlarının ortak bir biyopsikososyal yaklaşım bağlamında etkili bir şekilde iş birliği yapmalarına olanak tanıyan etkili konsültasyon-liyezon hizmetlerinin geliştirilmesiyle birlikte, deri hastalıkları olan hastalarda psikolojik sıkıntının kapsamlı bir değerlendirmesi, hedefe ulaşmak için hasta sonuçlarını iyileştirme nihai hedefi olmalıdır.

BÖLÜM 5. SONUÇ

5.1. Özet

İlişkisel tarama modeli ile tasarlanan bu çalışma 18-65 yaş aralığında olan 141 vitiligo ve 125 sağlıklı kontrol olmak üzere 266 katılımcıya Google Formlar aracılığıyla online olarak ulaşılmıştır. Katılımcılara sırasıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş demografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Bilişsel Çarpıtma Ölçeği uygulanmış olup veriler anket yoluyla elde edilmiştir. Verilerin analizi için IBM SPSS 23 programı kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin normallik dağılımına uyup uymadığını ölçmek amacı ile verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmış, elde edilen sonuca uygun olarak gerekli testler seçilmiştir. Çalışmada yer alan katılımcıların demografik ve diğer özelliklerinin dağılımı için Frekans Analizi, ölçekler arasındaki ilişkilere yönelik olarak Korelasyon Analizi, grup karşılaştırmaları için Bağımsız Örneklem T Testi, Mann Whitney U Testi, ANOVA, Kruskal-Wallis Testleri ve değişkenler arasındaki ilişkinin fonksiyonel yapısını incelemek için Regresyon Analizi kullanılmıştır. Vitiligo tanısı konmuş 18-65 yaş arasındaki 141 hastanın yaş ortalaması 36.5 (*SS*=9.042), %49.6'sı kadın, %50.4'ü erkek, %9.2'si ilköğretim, %34'ü lise, %48.9'unun üniversite ve %7.8'inin yüksek lisans/doktora mezunudur. Hastaların %69.5'i bir işte çalışmaktayken, %30.5'i işsizdir. %26.2'si bekar, %72.3'ü evlidir. Vitiligo hastalarının %73'ünün en az bir kronik hastalığı, %20.6'sının psikiyatrik bir tanısı (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve somatoform bozukluk) olduğu görülmüştür. Hasta grubu katılımcılarının %36.2'sinin ilaç kullandığı, %11.3'ünün tiroid, %7.8'inin antidepresan kullandığı belirlenmiştir. 125 gönüllü katılımcıdan oluşan kontrol grubunun toplam yaş ortalaması 36.3 (*SS*=11.94), %51.2'si kadın, %48.8'i erkek, %44'ü bekar, %56'sı evli, %1.6'sı ilköğretim, %18.4.'ü lise, %68'i üniversite, %12'si yüksek lisans/doktora mezunu, %75.2'si bir işte çalışmaktadır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir; vitiligo grubunun sosyodemografik özellikleri bakımından kontrol grubundan anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Kronik ve psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunması hastaların BDÖ, BAÖ ve BÇÖ puanlarını artırmaktadır. Sonuçlar Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Bilişsel Çarpıtma ölçeği alt boyutlarına göre iki grup arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($p<.05$). Vitiligo grubunun Beck Depresyon Ölçeği puanı ($\bar{X}$ = 13.13, *SS* = 8.92) Beck

Anksiyete Ölçeği puanı ($\bar{X}$ = 13.09, *SS* = 10.74), Bilişsel Çarpıtma toplam puanı ($\bar{X}$ = 86.01, SS = 31.51),olumsuz benlik algısı puanı ($\bar{X}$ = 16.72, *SS* = 5.75), kendini suçlama puanı ($\bar{X}$ = 17.27, *SS* = 6.47), çaresizlik puanı ($\bar{X}$ = 17.60, *SS* = 7.03) , umutsuzluk puanı ($\bar{X}$ = 16.80, *SS* = 8.32) ve yaşamı tehlikeli görme puanı ($\bar{X}$ = 18.52, *SS* = 7.05) kontrol grubu puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur (p<.05).Vitiligo grubunun bilişsel çarpıtmaları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<.05). Hastaların Bilişsel Çarpıtma-umutsuzluk alt boyutunun (β=.349, p<.05) Beck depresyon seviyesini anlamlı ve pozitif yönde yordadığı; yaşamı tehlikeli görme alt boyutunun (β=.336, p<.05) Beck anksiyete seviyesini anlamlı ve pozitif yönde yordadığı bulunmuştur.

Bu çalışmanın verileri COVID-19 pandemisi sürecinde toplanmıştır. Pandemi nedeniyle, katılımcılara online platformlar aracılığıyla ulaşılmış ve katılımcıların dikkatlerinin dağılmaması için soru sayısı sınırlandırılmıştır. COVID-19 pandemisinin bir sonucu olarak majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığında önemli bir artış olduğu görülmüştür. 2020 boyunca majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının prevalansındaki artışlar, hem artan SARS-CoV-2 enfeksiyon oranları hem de azalan insan hareketliliği ile ilişkilendirilmiştir (Santomauro ve ark., 2020). Bu sebeple katılımcıların ölçek sonuçları Covid sürecinin etkilediği düşünülmektedir. Vitiligo lekelerinin vücudun hangi bölgesi/bölgelerinde var olduğunun bilgisinin alınmaması çalışmanın bir eksikliği olarak görülmektedir. Yetişkin çalışmaları, genellikle, vücudun görünür kısımlarında bulunan dermatolojik hastalığın, özellikle kadınlarda, gizli alanlarda bulunan hastalardan daha fazla yaşam kalitesini bozduğunu bulmuştur (Ongenae ve ark., 2005). Araştırmada hasta grubu katılımcılarının ne zaman tanı aldıklarına ilişkin bilgiye yer verilmemiştir. Tanı sürecinin vitiligo sürecine etki edeceği düşünülmektedir. Vitiligo süresi arttıkça hastaların hastalığın süreci ile ilgili daha umutsuz ve karamsar hissettiği bulunmuştur (Firooz ve ark., 2004).

Tıbbın başlangıcından beri, psikolojik unsurların hastalıktaki rolü kabul edilmiştir. Descartes ve Spinoza ruh-beden etkileşimlerini savunmuşlardır ve bu dualite binlerce yıldır spekülasyon konusu olmuştur. Her ne kadar zihin-beden ilişkisi çok eskiye dayansa da bunu araştıran çalışmalar oldukça azdır. Engel ve arkadaşları tarafından hastalıklarda duyguların nedensel karakterini vurgulayarak ve en çok da üzüntü ile ilişkili duyguların patolojik etkisine dikkat çekmiştir (Engel ve ark., 1962). Mevcut çalışmanın

bulguları, ruhsal ve bedensel hastalıklar arasındaki bağlantının psikolojik yönlerine ışık tutmaktadır. Vitiligolu bireylerin yaşadığı psikolojik sorunların varlığına destek sağlamak amaçlanmıştır. Bulgular, vitiligonun tanı ve tedavi sürecinin bireylerde depresyon, anksiyete ve bilişsel çarpıtma üzerindeki etkilerin yalnızca tıbbi bileşenler ile açıklanmasının pek mümkün olmadığı bir süreç olduğunu göstermektedir.

5.2. Yargı

Bu çalışma örnekleminde yer alan vitiligo hasta grubunun olumsuz benlik algısı, kendini suçlama, yaşamı tehlikeli görme inançları ile Beck Depresyon Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki; çaresizlik ve umutsuz inançları ile Beck Depresyon Ölçeği arasında güçlü, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu vardır ($p<.01$). Vitiligo hastalarının olumsuz benlik algısı, kendini suçlama ve yaşamı tehlikeli görme inançları ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında orta seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki, çaresizlik ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında güçlü, pozitif ve anlamlı bir ilişki, umutsuzluk ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında zayıf seviyede, pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<.01$). Buna göre; vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyleri artmakta, bilişsel çarpıtmalar düzeyleri azaldıkça depresyon ve anksiyete düzeyleri de azalmaktadır. Ayrıca Bilişsel Çarpıtma Ölçeği'nin umutsuzluk boyutu Beck Depresyon Ölçeği puanlarını; yaşamı tehlikeli görme boyutu ise Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını yordamaktadır. Bu doğrultuda; katılımcıların umutsuzluk düzeyi Beck Depresyon Ölçeği puanlarını, Yaşamı tehlikeli görme düzeyi ise Beck Anksiyete Ölçeği puanlarını artırdığı sonucuna varılabilmektedir.

5.3. Araştırmanın Klinik Uygulamalara Katkıları

Bu araştırma kapsamında vitiligo hastalarının bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiş olup, yapılan analizler neticesinde anlamlı bulgular elde edilmiştir. Literatürden edinilmiş bilgiler ve araştırmanın sonuçları dikkate alındığında dermatolojik bir hastalık olan vitiligonun hastaların bilişsel çarpıtmalarının depresyon ve anksiyete düzeyini etkilediği izlenmiştir. Bulgular; vitiligonun psikolojik etkilerinin göz ardı edilmemesi ve dermatologların ve ruh sağlığı uzmanlarının ortak bir yaklaşım benimsemesinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu

durumun da hastaların bilişsel çarpıtmalarının belirlenmesi ve uygun terapötik müdahalelerde bulunulmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

5.4. Öneriler

Vitiligo hastaları dış görüntüleri sebebi ile ruhsal açıdan olumsuz etkilendikleri gibi, bu durum onları psikiyatrik açıdan da riskli duruma sokmaktadır. Duygusal değişkenler uygun şekilde ele alınmadığında bu hastaların morbiditesi artabilir. Vitiligoda psikiyatrik bulguların erken tespiti ve tedavisi hem hastalık süreci hem de genel yaşam kalitesi açısından daha iyi sonuç alınmasını sağlayabilir. Biyolojik bileşenlere, hastalık semptomatolojisine ve bunların günlük yaşam işlevselliği üzerindeki etkilerini belirlemek için daha fazla araştırmaya ve psikoterapinin etkilerini izlemek için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Vitiligo hastalarının pandemi sürecinden nasıl etkilendikleri veya pandeminin onlar üzerinde farklı bir etki yaratıp yaratmadığı tespit edilememiş, çalışmada da bunu ölçen herhangi bir soru olmadığından bu konuda bir kanaate sahip olunamamıştır. Ancak bu dönemde yapılan bazı araştırmalarda genel olarak vitiligo hastalarının tedavi alamamasının vitiligo hastaları üzerinde daha yoğun bir strese yol açtığı, bu durumun da onların psikolojik olarak daha da kötüleşmesine neden olduğu, bunu önlemek için pandemi döneminde özellikle vitiligonun psikolojik yönetiminin gerekli olduğu ileri sürülmüştür (Fatima, Das ve Jafferany, 2020).

David Le Breton'un da dediği gibi "Deri sadece bir yüzey olmakla birlikte benliğin mecazi anlamda derinliğidir, içselliği temsil eder. Ona dokunmak gerçek ve mecazi anlamda kişiye dokunmaktır." (Le Breton, 2011).

EK'LER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Yeliz YALVAÇ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK danışmanlığında, yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı vitiligo tanısı almış 18-65 yaş arasındaki bireylerde bilişsel çarpıtmaların depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin incelenmesidir.

Çalışmadaki formların doldurulması sırasında sizden kim olduğunuz ile ilgili kişisel hiçbir bilgi istenmemektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Çalışma esnasında herhangi bir sebepten dolayı kendinizi rahatsız hissederseniz, çalışmayı bırakma hakkınız bulunmaktadır. Tüm formların doldurulması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Araştırmadan elde sonuçların güvenilir olması için soruları yanıtlarken kimseden yardım almayınız. Sorulan soruların doğru veya yanlış cevapları bulunmamaktadır. Soruları dürüstlük ve samimiyetle sizin için en doğru olan cevabı temsil edecek şekilde işaretleyiniz. Ayrıca, araştırmanın güvenirliği için maddeleri mümkün olduğunca boş bırakmamanız gerekmektedir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının İmzası:

EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek 3. Medeni durumunuz: Bekar
   Evli

4. Öğrenim Durumunuz?

   a) Okur- yazar değil

   b) İlkokul

   c) Ortaokul

   d) Lise

   e) Üniversite

   f) Lisansüstü

5. Şu an ki çalışma durumunuz?

   a) Çalışmıyorum

   b) Yarı zamanlı çalışıyorum

   c) Tam zamanlı çalışıyorum

   d) Dönemlik çalışıyorum

   e) Proje bazlı çalışıyorum

6. Vitiligo dışında Kronik rahatsızlığınız var mı?

   a) Hayır b) Evet ise belirtiniz……

7. Daha önce bir psikiyatrik ya da psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle tanı aldınız mı?

   a) Hayır b) Evet ise belirtiniz……

8. Kullandığınız ilaç var mı?

   a) Yok b) Var ise belirtiniz……

9. Sigara Kullanımı

a) Yok b) Var

10. Alkol Kullanımı

a) Yok b) Var

EK 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her sorudaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyiniz.

1. ( ) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
   ( ) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
   ( ) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum
   ( ) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2. ( ) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
   ( ) Gelecek hakkında karamsarım
   ( ) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok
   ( ) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3. ( ) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
   ( ) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
   ( ) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
   ( ) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum
4. ( ) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
   ( ) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum
   ( ) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
   ( ) Her şeyden sıkılıyorum
5. ( ) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
   ( ) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
   ( ) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
   ( ) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. ( ) Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

( ) Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

( ) Cezalandırılmayı bekliyorum.

( ) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. ( ) Kendimden memnunum.

( ) Kendi kendimden pek memnun değilim.

( ) Kendime çok kızıyorum.

( ) Kendimden nefret ediyorum.

8. ( ) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

( ) Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

( ) Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

( ) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9. ( ) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

( ) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

( ) Kendimi öldürmek isterdim.

( ) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. ( ) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

( ) Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

( ) Çoğu zaman ağlıyorum.

( ) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. ( ) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

( ) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

( ) Şimdi hep sinirliyim.

( ) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12. ( ) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim

( ) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

( ) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim

( ) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13. ( ) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

( ) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

( ) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

( ) Artık hiç karar veremiyorum.

14. ( ) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

( ) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor

( ) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

( ) Kendimi çok çirkin buluyorum.

15. ( ) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

( ) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

( ) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

( ) Hiçbir şey yapamıyorum.

16. ( ) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum

( ) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

( ) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

( ) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. ( ) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

( ) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

( ) Yaptığım her şey beni yoruyor.

( ) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18. ( ) İştahım her zamanki gibi.

( ) İştahım her zamanki kadar iyi değil.

( ) İştahım çok azaldı.

( ) Artık hiç iştahım yok.

19. ( ) Son zamanlarda kilo vermedim.

( ) İki kilodan fazla kilo verdim.

( ) Dört kilodan fazla kilo verdim.

( ) Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20. ( ) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

( ) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

( ) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

( ) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. ( ) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

( ) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

( ) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

( ) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtilerin bugün dâhil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif derecede	Orta derecede	Ciddi derecede
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2.	Sıcak/ateş basmaları	0	1	2	3
3.	Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4.	Gevşeyememe	0	1	2	3
5.	Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6.	Baş dönmesi ve sersemlik	0	1	2	3
7.	Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8.	Dengeyi kaybetme duygusu	0	1	2	3
9.	Dehşete kapılma	0	1	2	3
10.	Sinirlilik	0	1	2	3
11.	Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12.	Ellerde titreme	0	1	2	3
13.	Titreklik	0	1	2	3
14.	Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15.	Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16.	Ölüm korkusu	0	1	2	3
17.	Korkuya kapılma	0	1	2	3
18.	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19.	Baygınlık	0	1	2	3
20.	Yüzün kızarması	0	1	2	3
21.	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	0	1	2	3

EK 5: BİLİŞSEL ÇARPITMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, ifadelerde belirtilen durumlardan kendi durumunuza en uygun geleni işaretleyiniz.

		Hiçbir zaman	**Bir veya iki kez**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Çok sık**
1.	Kendinizi küçük görüyorsunuz.	1	2	3	4	5
2.	Başınıza gelen bir olaydan dolayı kendinizi suçlarsınız	1	2	3	4	5
3.	Durumunuzu daha iyi hale getirmek konusunda kendinizi çaresiz hissediyorsunuz.	1	2	3	4	5
4.	Umutsuz hissediyorsunuz.	1	2	3	4	5
5.	Başkalarının size kötü davranmasını beklersiniz.	1	2	3	4	5
6.	Kendinizden nefret ediyorsunuz.	1	2	3	4	5
7.	Kötü bir şey olduğunda bunu hak ettiğinizi düşünürsünüz.	1	2	3	4	5
8.	Başınıza gelen bir olay üzerinde pek fazla kontrolünüzün olmadığını düşünüyorsunuz.	1	2	3	4	5
9.	İşlerin sizin için asla iyi gitmeyeceğine inanıyorsunuz.	1	2	3	4	5
10.	Size göre dünya tehlikelerle dolu bir yerdir.	1	2	3	4	5
11.	Kendinizi eleştirirsiniz.	1	2	3	4	5
12.	Biri tarafından incitildiğinde kendinize hiddetlenirsiniz.	1	2	3	4	5
13.	Hayatınızda işleri yoluna koymak için elinizden pek fazla bir şey gelmeyeceğine inanıyorsunuz.	1	2	3	4	5
14.	Geleceğe dair umutsuzsunuz.	1	2	3	4	5
15.	Kötü bir haber almayı beklersiniz.	1	2	3	4	5
16.	Kendinize lakaplar takarsınız	1	2	3	4	5
17.	Başınıza gelen kötü bir olayı hak ettiğinizi düşünürsünüz.	1	2	3	4	5

18.	Hayatınızın kontrolü sizin elinizde değildir.	1	2	3	4	5
19.	Hayatınızın asla düzelmeyeceğini düşünüyorsunuz.	1	2	3	4	5
20.	Birinin sizi incitebileceğini düşünürsünüz.	1	2	3	4	5
21.	Kendinizi beğenmiyorsunuz.	1	2	3	4	5
22.	Başınıza bir sıkıntı geldiğinde kendinizi suçlarsınız.	1	2	3	4	5
23.	Koşulları değiştirmeye çalışmanızın boşuna olacağını düşünüyorsunuz.	1	2	3	4	5
24.	Hiçbir şeyin daha iyi olamayacağını düşünüyorsunuz.	1	2	3	4	5
25.	İnsanlardan en kötüsünü beklemeye eğiliminiz vardır.	1	2	3	4	5
26.	Çekici/Hoş biri olduğunuzu düşünmüyorsunuz.	1	2	3	4	5
27.	Başınıza gelen bir olayda utanç duyarsınız.	1	2	3	4	5
28.	Engellemeye ne kadar uğraşsanız da dertlerden kurtulamayacağınızı hissediyorsunuz.	1	2	3	4	5
29.	Geleceğinizin umut vaat edici olduğunu hissetmiyorsunuz.	1	2	3	4	5
30.	Bir haber alacağınız da aklınıza en kötüsü gelir.	1	2	3	4	5
31.	Başkalarının arasındayken kendinizi küçük görüyorsunuz.	1	2	3	4	5
32.	Size bir şey yapıldığında kendinizi suçlu hissedersiniz.	1	2	3	4	5
33.	Hayatınızın kontrolünüzün elinizde olmadığı kanısındasınız.	1	2	3	4	5

34.	Hayatınızın asla düzelmeyeceğini düşünüyorsunuz.	1	2	3	4	5
35.	Geçmişte sizden yararlanmaya çalışan kişiler olduğunu düşünüyorsunuz.	1	2	3	4	5
36.	Kendinize aptal veya çirkin diye hitap edersiniz.	1	2	3	4	5
37.	Muhtemelen sizin suçunuz olmasa bile istenmeyen bir durumda kendinizi suçlarsınız.	1	2	3	4	5
38.	Hayatın size fazla seçenek sunmadığını hissediyorsunuz.	1	2	3	4	5
39.	Geleceği dair umutlu değilsiniz.	1	2	3	4	5
40.	Haksızca eleştirilmeyi veya aşağılanmayı beklersiniz.	1	2	3	4	5

KAYNAKÇA

Abdullah, S., Salleh, A., Mahmud, Z., Ahmad, J., & Ghani, S. A. (2011). Cognitive distortion, depression and self-esteem among adolescents rape victims. *World Applied Sciences Journal*, *14*(4), 67-73.

Acar, S. T., Ayyıldız, E., & Camkurt, A. (2016). Vitiligo ve Aleksitimi. *Literatür Sempozyum*, *9*, 5-10.

Ackerman, C. E. (2020). *Cognitive distortions: when your brain lies to you.* https://positivepsychology.com/cognitive-distortions/ Erişim tarihi: 10.07.2021

Ağır-Sert, M. & Yavuzer, H. (2018). Bilişsel Çarpıtma Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi, 12(26), 175-198. doi: 10.29329/mjer.2018.172.10.

Ahmed, I., Ahmed, S., & Nasreen, S. (2007). Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, *19*(3), 19-21.

Al'abadie, M. S., Kent, G. G. & Gawkrodger, D. J. (1994b). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol,* 130**,** 199-203.

Albert Ellis Enstitüsü, Rasyonel Psikoloji (2019). Bilişsel çarpıtmalar. https://rasyonelpsikoloji.com/2019/05/14/bilissel-carpitmalar/ Erişim tarihi: 10.07.2021

Alikhan, A., Felsten, L. M., Daly, M., & Petronic-Rosic, V. (2011). Vitiligo: a comprehensive overview: part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *65*(3), 473-491.

Alkhateeb, A., Fain, P. R., Thody, A., Bennett, D. C., & Spritz, R. A. (2003). Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their families. *Pigment Cell Research*, *16*(3), 208-214.

Altunay, İ. K. (2010). Psikodermatoloji Tarihçesi ve Genel Bakış. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, *44*.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1952). *DSM I Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1968). *DSM II Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013

Anzieu, D. 1989. *The Skin-Ego*. Translated by C. Turner. New Haven & London: Yale University Press.

Kluger, N. (2008). Retentissement psychosocial du vitiligo et des autres dépigmentations cutanées. *Images en dermatologie*, *1*(3), 106-109.

Arıcan, O., Koç, K., & Ersoy, L. (2008). Clinical characteristics in 113 Turkish vitiligo patients. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*, *17*(3), 129-32.

Aydemir, E.H. (2002). "İletişim Organı Olarak Derinin Önemi ve Psikokutan Hastalıkların Etiği", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarihi Dergisi, 10, 77-80.

Balaban, Ö. D., Atagün, M. İ., Özgüven, H. D., & Özsan, H. H. (2011). Psychiatric morbidity in patients with vitiligo. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *24*(4), 306.

Bamali, E. M., Luciani, D., & Belhaj, A. (2021). " La peau humaine dans le judaïsme et l'islam.

Barankin, B., & DeKoven, J. (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*, *48*(4), 712-716.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*(4), 324-333.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4(6), 561-571.

Bhattacharya, R., Shen, C., & Sambamoorthi, U. (2014). Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1-10.

Bishnoi, A., & Parsad, D. (2018). Clinical and molecular aspects of vitiligo treatments. *International journal of molecular sciences*, *19*(5), 1509.

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social science & medicine*, *66*(6), 1334-1345.

Bolognia, J., Schaffer, J. V., & Cerroni, L. (2018). Dermatology. 4th. *Edition. USA: Mosby*, 1872-1893.

Bourin, M. (2020). History of depression through the ages. *Arch Depress Anxiety*, *6*(1), 010-018.

Breland-Noble, A. M. (2013). The impact of skin color on mental and behavioral health in African American and Latina adolescent girls: A review of the literature. *The melanin millennium*, 219-229.

Briere, J. (2000). Cognitive distortion scales. PAR Psychological Assessment Resources, Inc. Printed in the U.S.A.

Britttanica (2021). *Depression*. https://www.britannica.com/science/depression-psychology. Erişim tarihi: 26.06.2021

Burns, D. (1980). Feeling Good. New York: William Morrow.

Cadmus, S. D., Lundgren, A. D., & Ahmed, A. M. (2018). Therapeutic interventions to lessen the psychosocial effect of vitiligo in children: A review. *Pediatric dermatology*, *35*(4), 441-447.

Castle, D. J., Phillips, K. A., & Dufresne Jr, R. G. (2004). Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *Journal of cosmetic dermatology*, *3*(2), 99-103.

Chen, C. Y., Wang, W. M., Chung, C. H., Tsao, C. H., Chien, W. C., & Hung, C. T. (2020). Increased risk of psychiatric disorders in adult patients with vitiligo: A

nationwide, population-based cohort study in Taiwan. *The Journal of dermatology*, *47*(5), 470-475.

Cotterill, J. A. (1996). Dermatologic nondisease. *Dermatologic clinics*, *14*(3), 439-445.

Cotterill, J. A. (1996). Dermatologic nondisease. *Dermatologic clinics*, *14*(3), 439-445.

Cotterill, J. A., & Cunliffe, W. J. (1997). Suicide in dermatological patients. *British Journal of Dermatology*, *137*(2), 246-250.

Cotterill, J. A., & Cunliffe, W. J. (1997). Suicide in dermatological patients. *British Journal of Dermatology*, *137*(2), 246-250.

Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, *17*(3), 319.

Cruz, N. P. D. (2015). Understanding the Basics of Body Dysmorphic Disorder. Erişim tarihi 03.01.2021

Çalıkuşu C: Nörotik Ekskoriyasyonun Psikiyatrik Tanılar, Aleksitimi ve Öfke İfade Biçimleriyle İlişkisi, Uzmanlık tezi: İstanbul 1998.

Çevik, A. & Tatlıdil, E. (2008). Psikosomatik Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics; 1(2):132-8

Dabas, G., Vinay, K., Parsad, D., Kumar, A., & Kumaran, M. S. (2020). Psychological disturbances in patients with pigmentary disorders: a cross-sectional study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *34*(2), 392-399.

Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B., ... & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*(4), 984-991.

Demirel, B. G., & Borlu, M. (2010). Vitiligo Tedavisi ve Yeni Tedavi Yaklaşımları. *Turkish Journal of Dermatology/Turk Dermatoloji Dergisi*, *4*(2).

Denli, Y., Acar, M. A., Maraklı, S. S., & Yücel, A. (2008). Vitiligo. *Dermatoloji. 3rd ed. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevi*, 1465-90.

Derbeder, F. (2007). *Platon ve Aristoteles' te ruh beden problemi ve karşılaştırılması (Yüksek lisans tezi).*

Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of dermatology and venereology*, *14*(4), 267-271.

Domonkos, A. N. (1971). Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Andrew's Disease of the Skin, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s.61-76.

Dozois, D. J., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological assessment*, *10*(2), 83.

Dryden, W., David, D. ve Ellis, A. (2010). Rational emotive behavior therapy. K. S. Dobson, (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies içinde (s. 226). New York: Guilford Publications

Duman, N. (2018). A Research on Cognitive Distortation in Working Adults. *Journal of Strategic Research in Social Science, 8(3),* 1-10.

Durak, A., & Palabıyıkoğlu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalişmasi. *Kriz dergisi*, *2*(2), 311-319.

Dwyer, J., & Mayer, J. (1968). Psychological effects of variations in physical appearance during adolescence. *Adolescence*, *3*(12), 353.

Dyussenova, L., Pivina, L., Semenova, Y., Bjørklund, G., Glushkova, N., Chirumbolo, S., & Belikhina, T. (2018). Associations between depression, anxiety and medication adherence among patients with arterial hypertension: Comparison between persons exposed and non-exposed to radiation from the Semipalatinsk Nuclear Test Site. *Journal of environmental radioactivity*, *195*, 33-39.

Ebbell, B. (1937). The Papyrus Ebers: The Greatest Egyptian Medical Document. Copenhagen: Levin & Munksgaard.

Ebbell, B. (1963). The Papyrus Ebers. Levin and Munksgaard, Copenhagen (1937). (Quoted by Ghalioungui in Magic and Medical Science in Ancient Egypu p. 87. Hoddcr and Stoughton, London.

Ehsani, A. H., Toosi, S., Shahshahani, M. M., Arbabi, M., & Noormohammadpour, P. (2009). Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *23*(8), 945-947.

Ekstrand, D. W. (2015). The four human temperaments. *Retrieved on*, *20*.

Engel, G. L. (1962). Psychological responses to major environmental stress. *Psychological Development in Health and Disease. Philadel-phia, WB Saunders Co*, 272-305.

Ezzedine, K., Grimes, P. E., Meurant, J. M., Seneschal, J., Léauté-Labrèze, C., Ballanger, F., ... & Taïeb, A. (2015). Living with vitiligo: results from a national survey indicate differences between skin phototypes. *The British journal of dermatology*, *173*(2), 607-609.

Fair, S. E. (1986). *Cognitive content and distortion associated with mood-induced depressive and anxious states* (Doctoral dissertation, Arizona State University).

Fatima, F., Das, A., & Jafferany, M. (2020). Psychological management of vitiligo during the COVID-19 pandemic. *Pigment International*, *7*(2), 63.

Firooz, A., Bouzari, N., Fallah, N., Ghazisaidi, B., Firoozabadi, M. R., & Dowlati, Y. (2004). What patients with vitiligo believe about their condition. *International journal of dermatology*, *43*(11), 811-814

Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wollf K, eds. Dermatology in General Medicine, 4th ed. McGraw- Hill, New York, 979.

Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *21*(2), 119-138.

Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience

on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical psychology review*, *30*(7), 849-864.

Gauthier, Y. (1995). The importance of Koebner's phenomenon in the induction of vitiligo vulgaris lesions. *Eur J Dermatol*, 5**,** 704-8.

Gauthier, Y., Cario-Andre, M., Lepreux, S., Pain, C. & Taieb, A. (2003). Melanocyte detachment after skin friction in non lesional skin of patients with generalized vitiligo. *Br J Dermatol*, 148**,** 95-101.

Gawkrodger, D. J. (2008). Therapy Guidelines and Audit Subcommittee, British Association of Dermatologists; Clinical Standards Department, Royal College of Physicians of London; Cochrane Skin Group; Vitiligo Society. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol*, *159*, 1051-1076.

George, A. O. (1989). Vitiligo in Ibadan, Nigeria: Incidence, Presentation, and Problems in Management. *International journal of dermatology*, *28*(6), 385-387.

Gieler, U., Gieler, T., Peters, E. M. J., & Linder, D. (2020). Skin and Psychosomatics–Psychodermatology today. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *18*(11), 1280-1298.

Gilson, M., & Freeman, A. (1999). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach for taming the depression beast*. Oxford University Press, USA.

Graham, M. C., Priddy, L., & Graham, S. (2014). *Facts of Life: ten issues of contentment*. Outskirts kendallPress.

Green, L. (2010). The effect of skin conditions on patients' quality of life. *Nursing standard*, *25*(9), 48-57.

Grohol, J. (2009). 15 common cognitive distortions. *PsychCentral. Archived from the original on*, 07-07.

Gupta, G., Gupta, N., & Singh, V. (2002). Efficacy of homoeopathic drugs in cases of leucoderma: A clinical study. *The Homoeopathic Heritage*.

Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. *American journal of clinical dermatology*, *4*(12), 833-842.

Gupta, M. A., Schork, N. J., Gupta, A. K., Kirkby, S., & Ellis, C. N. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology*, *32*(3), 188-190.

Gupta, S., Olsson, M. J., Parsad, D., Lim, H. W., van Geel, N., & Pandya, A. G. (Eds.). (2018). *Vitiligo: medical and surgical management*. John Wiley & Sons.

Gupta, M. A., Gupta, A. K., Ellis, C. N., & Voorhees, J. J. (1990). Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Advances in dermatology*, *5*, 21-30.

Guy, W. (1976) Clinical Global Impressions, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised (DHEW Publ. No. ADM 76-338). National Institute of Mental Health, Rockville, 218-222.

Güven, H.İ. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri, Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Rolü* (Yüksek Lisans Tezi). Yakın Doğu Üniverstesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.

Hair Jr, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). Multivariate data analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Halder, R. M., & Chappell, J. L. (2009). Vitiligo update. In *Seminars in cutaneous medicine and surgery* (Vol. 28, No. 2, pp. 86-92). WB Saunders.

Hankinson, R. J. (2016). Humours And Humoral Theory. In *The Routledge History of Disease*, 20-37.

Harris, M. C. (2009) Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento. 3 ed. São Paulo: Ed. Senac, 273-318.

Heason S. & Kent G. (2003) Vitiligo: More than a skin disease. University of Sheffield, UK. http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/10/39/59/heason.pdf. (Erişim tarihi 31.12.2021)

Hiçdurmaz, D., & Öz, F. (2011). *Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi*. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 18(2).

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin gecerliligi uzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi.*, *6*, 118-122.

Hon, K. L., Pong, N. H., Poon, T. C., Chan, D. F., Leung, T. F., Lai, K. Y., ... & Luk, N. M. (2015). Quality of life and psychosocial issues are important outcome

measures in eczema treatment. *Journal of Dermatological Treatment*, *26*(1), 83-89.

Hon, K. L., Pong, N. H., Poon, T. C., Chan, D. F., Leung, T. F., Lai, K. Y., ... & Luk, N. M. (2015). Quality of life and psychosocial issues are important outcome measures in eczema treatment. *Journal of Dermatological Treatment*, *26*(1), 83-89.

Hunter, M. L. (1998). Colorstruck: Skin color stratification in the lives of African American women. Sociological Inquiry, 68(4), 517.

Iacovelli, P., Sinagra, J. L., Vidolin, A. P., Marenda, S., Capitanio, B., Leone, G., & Picardo, M. (2005). Relevance of thyroiditis and of other autoimmune diseases in children with vitiligo. *Dermatology*, *210*(1), 26-30.

Irwin, J. R. (1947). Galen on the temperaments. *The Journal of general psychology*, *36*(1), 45-64.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, (2014). *Deri bilgisi*. http://www.iudermatoloji.com/deri-bilgisi/ Erişim tarihi: 03.10.2021

Jackson, S. W. (1986). *Melancholia and depression: From hippocratic times to modern times*. Yale University Press.

Jafferany, M. (2022). Secondary Psychiatric Disorders. In *Handbook of Psychodermatology* (pp. 37-42). Springer, Cham.

Jafferany, M., Ferreira, B. R., Abdelmaksoud, A., & Mkhoyan, R. (2020). Management of psychocutaneous disorders: A practical approach for dermatologists. *Dermatologic Therapy*, *33*(6), e13969.

Jafferany, M., Stoep, A. V., Dumitrescu, A., & Hornung, R. L. (2010). The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study.

Jensen, J.M. & Proksch E. (2009). "The skin's barrier." G Ital Dermatol Venereol 144: 689-700.

Karasar, N. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar İlkeler Teknikler.* İkinci yazım, 32. basım. Ankara: Nobel Yayınevi.

Karia, S., Sousa, A., Shah, N., Sonavane, S. & Bharati, A. (2015). Psychological morbidity in vitiligo-a case control study. *J Pigment Disord,* 2**,** 2376-0427.

Katz, E. L., & Harris, J. E. (2021). Translational Research in Vitiligo. *Frontiers in Immunology*, *12*, 175.

Kelly, G. A. (1955). The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton

Kendall, P. C. (1992). Healthy thinking. Behavior Therapy, 23,1 -11.

Kent, G., & Al-Abadie, M. (1996). Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clinical and experimental dermatology*, *21*(5), 330-333.

Khattri, S., Bist, J., Arun, A., & Mehta, A. (2015). Clinical correlates of vitiligo with depression and anxiety: A comparative study in patients and their caregivers. *International Journal*, *3*(1), 200-205.

Khurrum, H., Alghamdi, K. M., Bedaiwi, K. M. & Albalahi, N. M. (2017). Multivariate analysis of factors associated with the Koebner phenomenon in vitiligo: an observational study of 381 patients. *Ann Dermatol,* 29**,** 302-6.

Kielkiewicz, K., & Kennedy, I. (2015). Depression-Understanding and Therapeutic Intervention. *Depression*, *15*(4).

Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, *5*(6), 397-408.

Kluger, N. (2008). Retentissement psychosocial du vitiligo et des autres dépigmentations cutanées. *Images en dermatologie*, *1*(3), 106-109.

Koblenzer, C. S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Archives of dermatology*, *119*(6), 501-512.

Koo, J. Y., Do, J. H., & Lee, C. S. (2000). Psychodermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *43*(5), 848-853.

Korabel, H., Dudek, D., Jaworek, A., & Wojas-Pelc, A. (2008). Psychodermatology: psychological and psychiatrical aspects of dermatology. *Przegląd lekarski*, *65*(5), 244-248.

Koranne R.V., Derm D., Sachdeva K.G. (1988). Vitiligo. Int J Dermatol; 27:676-81.

Kovacs S.O. (1998). Vitiligo. J Am Acad Dermatol; 38: 647–666

Kökçam, İ., Akyar, N., Saral, Y., & Oğuzhanoğlu, N. K. (1999). Psychosomatic symptoms in patients with alopecia areata and vitiligo. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *29*(4), 471-474.

Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie; ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Vol. 3).

Krüger, C., & Schallreuter, K. U. (2012). A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *International journal of dermatology*, *51*(10), 1206-1212.

Kumar Jha, A., Sonthalia, S., Lallas, A., & Chaudhary, R. K. P. (2018). Dermoscopy in vitiligo: diagnosis and beyond. *International journal of dermatology*, *57*(1), 50-54.

Kussainova, A., Kassym, L., Akhmetova, A., Glushkova, N., Sabirov, U., Adilgozhina, S., ... & Semenova, Y. (2020). Vitiligo and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *15*(11), e0241445.

Lafrance, M. (2018). Skin studies: Past, present and future. *Body & Society*, *24*(1-2), 3-32.

Lai, Y. C., Yew, Y. W., Kennedy, C., & Schwartz, R. A. (2017). Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Journal of Dermatology*, *177*(3), 708-718.

Le Breton, D. (2011), Ten ve İz-İnsanın Kendini Yaralaması Üzerine, (çev. İsmail Yerguz) İstanbul: Sel Yayıncılık.

Lerner, A. B. (1959). Part V: clinical applications of psoralens, and related materials: vitiligo. *Journal of Investigative Dermatology*, *32*(2), 285-310.

Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1978). Vitiligo: What is it? Is it important?. *Jama*, *239*(12), 1183-1187.

Lévy-Valensi J. *Précis de Psychiatrie. [Textbook of Psychiatry]. Paris, France: Baillière.* 1948:62–63.

Liddell, H. & Scott, R. (1980). A Greek-English Lexicon *(Abridged ed.). United Kingdom:* Oxford University Press. ISBN 0-19-910207-4.

Liu, J. B., Li, M., Yang, S., Gui, J. P., Wang, H. Y., Du, W. H., ... & Zhang, X. J. (2005). Clinical profiles of vitiligo in China: an analysis of 3742 patients. *Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology*, *30*(4), 327-331.

Malhotra, N., & Dytoc, M. (2013). The pathogenesis of vitiligo. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, *17*(3), 153-172.

Manolache, L., & Benea, V. (2007). Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *21*(7), 921-928.

Manolache, L., R. Dumitrescu & V. Benea (2004). Similarities in some psychosomatic aspects in alopecia areata and vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 18:191.

Martis, J., Bhat, R., Nandakishore, B., & Shetty, J. N. (2002). A clinical study of vitiligo. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, *68*(2), 92-93.

Mascia-Lees, F. E. (Ed.). (2011). *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment* (Vol. 22). John Wiley & Sons.

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, *61*(5), 629-635.

Mattoo, S. K., Handa, S., Kaur, I., Gupta, N., & Malhotra, R. (2001). Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. *The Journal of dermatology*, *28*(8), 424-432.

Mattoo, S. K., Handa, S., Kaur, I., Gupta, N., & Malhotra, R. (2002). Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *16*(6), 573-578.

Mechri, A., Amri, M., Douarika, A. A., BH, A. H., Zouari, B., & Zili, J. (2006). Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo: a case controlled study. *La Tunisie Medicale*, *84*(10), 632-635.

Menon, G. K. (2015). Skin basics; structure and function. In *Lipids and Skin Health*, 9-23. Springer, Cham.

Meyer, E. (1968). Psychiatry in Medicine. *In The Principles and Practice of Medicine*.

Mian, M., Silfvast-Kaiser, A. S., Paek, S. Y., Kivelevitch, D., & Menter, A. (2019). A review of the most common dermatologic conditions and their debilitating psychosocial impacts. *Int Arch Internal Med*, *3*, 18.

Millard, L. (2000). Dermatological practice and psychiatry. *British Journal of Dermatology*, 143(5), 920-1.

Millington G.W.M. & Levell N.J. (2007). Vitiligo: the historical curse of depigmentation. Int J Dermatol; 46:990-5.

Millington, P.F. & Wilkinson, R. (1983). Skin. Cambridge, University Press.

Mizara, A., Papadopoulos, L., & McBride, S. R. (2012). Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *British Journal of Dermatology*, *166*(5), 986-993.

Moffic, H. S., & Paykel, E. S. (1975). Depression in medical in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, *126*(4), 346-353.

Mosher, D. B. (1993). Disorders of pigmentation. *Dermatology in general medicine*.

Nadelson, T. (1970). Psychiatry and the Community in 19th Century America.

Namdar, N. D., & Kurtoglu, Y. (2021). Alexithymia, anxiety, and depression in patients with vitiligo. *Annals of Medical Research*, *28*(4), 663-667.

Nasir, R., Zamani, Z. A., & Khairudin, R. (2010). Effects of family functioning, self-esteem, and cognitive distortion on depression among Malay and Indonesian juvenile delinquents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *7*, 613-620.

Nasser, M. A. E. M., Raggi El Tahlawi, S. M., Abdelfatah, Z. A., & Soltan, M. R. (2021). Stress, anxiety, and depression in patients with vitiligo. *Middle East Current Psychiatry*, *28*(1), 1-10.

Nath, S. K., Majumder, P. P., & Nordlund, J. J. (1994). Genetic epidemiology of vitiligo: multilocus recessivity cross-validated. *American journal of human genetics*, *55*(5), 981.

Nehumba, D. (2020). *Determinants of health, mental health disorders and health satisfaction in Canada* (Doktora tezi, British Columbia Üniversitesi).

Nijhawan, H.K. (1972). Anxiety is school children. New Delhi: Eastern Pvt. Ltd.

Nikam, B., Kale, M. S., Hussain, A. A., Jamale, V., & Shah, R. (2020). Increased rısk of psychıatrıc dısorders ın patıents wıth vıtılıgo. *Journal of Critical Reviews*, *7*(14), 2623-2627.

Njoo, M. D., & Westerhof, W. (2001). Vitiligo. *American journal of clinical dermatology*, *2*(3), 167-181.

Njoo, M. D., Bossuyt, P. M., & Westerhof, W. (1999). Management of vitiligo. Results of a questionnaire among dermatologists in The Netherlands. *International journal of dermatology*, *38*(11), 866-872.

Nyfors, A., & Lemholt, K. (1975). Psoriasis in children: a short review and a survey of 245 cases. *British Journal of dermatology*, *92*(4), 437-442.

Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2011). Disease avoidance as a functional basis for stigmatization. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *366*(1583), 3433-3452.

Odom, R. B., James, W. D., & Berger, T. G. (2000). Andrew, s diseases of the skin: clinical dermatology.

Ohmae, S. (2012). The difference between depression and melancholia: two distinct conditions that were combined into a single category in DSM-III. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica*, *114*(8), 886-905.

Ongenae, K., Dierckxsens, L., Brochez, L., van Geel, N., & Naeyaert, J. M. (2005). Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology*, *210*(4), 279-285.

Ongenae, K., Van Geel, N., De Schepper, S., & Naeyaert, J. M. (2005). Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *British Journal of Dermatology*, *152*(6), 1165-1172.

Ortonne, J. P. (2008). Pathogenesis of vitiligo. *Surgical Management of Vitiligo*, *1*, 4-10.

Ortonne, J. P., Mosher, D. B., & Fitzpatrick, T. B. (1983). Approach to the problem of leukoderma. In *Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin* (pp. 37-56). Springer, Boston, MA.

Osinubi, O., Grainge, M. J., Hong, L., Ahmed, A., Batchelor, J. M., Grindlay, D., ... & Ratib, S. (2018). The prevalence of psychological comorbidity in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, *178*(4), 863-878.

Özer, A., & Özer, S. (2009). Durumsal-sürekli depresyon ölçeğinin birleşen, yapı ve zamandaş geçerliği. *Psikoloji Çalışmaları*, *29*, 25-38.

Pallasmaa, J. (2012). *The eyes of the skin: architecture and the senses*. John Wiley & Sons.

Paloş, R., & Vîşcu, L. (2014). Anxiety, automatic negative thoughts, and unconditional self-acceptance in rheumatoid arthritis: a preliminary study. *International Scholarly Research Notices*.

Papadopoulos, L., Bor, R., Legg, C., & Hawk, J. L. (1998). Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clinical and Experimental Dermatology*, *23*(6), 243-248.

Papadopoulos, L., Bor, R., & Legg, C. (1999). Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Medical Psychology*, *72*(3), 385-396.

Papadopoulos, L., & Walker, C. (2003). *Understanding skin problems: acne, eczema, psoriasis and related conditions*. John Wiley & Sons.

Paradiso, S., Vaidya, J., Tranel, D., Kosier, T., & Robinson, R. G. (2008). Nondysphoric depression following stroke. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *20*(1), 52-61.

Parman, T. (2005). Psikosomatik tarihi ve çocuk psikosomatiği. *Psikanaliz yazıları*, *11*, 13-32.

Patel, K. R., Singam, V., Rastogi, S., Lee, H. H., Silverberg, N. B., & Silverberg, J. I. (2019). Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in

US adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *33*(1), 191-197.

Paykel, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, *10*(3), 279.

Perini, G., Zara, M., Cipriani, R., Carraro, C., Preti, A., Gava, F., ... & Peserico, A. (1994). Imipramine in alopecia areata. *Psychotherapy and psychosomatics*, *61*(3-4), 195-198.

Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanation as a risk factor for depression. Theory and research. Psychological Review, 91, 347-374.

Picardi, A., & Pasquini, P. (2007). Toward a biopsychosocial approach to skin diseases. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*, *28*, 109-126.

Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M. S., Gaetano, P., Melchi, C. F., Baliva, G., Camaioni, D., Tiago, A., Abeni, D. & Biondi, M. (2003). Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. A case-control study. *Psychother Psychosom*, 72**,** 150-8.

Porter, J. R., Beuf, A. H., Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1990). The effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *22*(2), 221-222.

Porter, J. R., Beuf, A. H., Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1990). The effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *22*(2), 221-222.

Pozzar, M., Volpato, E., Valota, C., Pagnini, F., & Banfi, P. I. (2020). How people with chronic obstructive pulmonary disease perceive their illness: a qualitative study between mind and body. *BMC pulmonary medicine*, *20*, 1-10.

Proksch E., Brandner J.M. & Jensen J.M. (2008). "The skin: an indispensable barrier." Exp Dermatol 17: 1063-1072.

Proksch, E., Brandner, J. M., & Jensen, J. M. (2008). The skin: an indispensable barrier. *Experimental dermatology*, *17*(12), 1063-1072.

Pulse Tms, (b.t.). *Depression history*. https://pulsetms.com/resources/depression-history/ Erişim tarihi: 26.06.2021

Qian, Z., & Cobas, J. A. (2004). Latinos' mate selection: National origin, racial, and nativity differences. Social Science Research, 33(2), 225–247. doi:10.1016/s0049-089x(03)00055-3.

Ramakrishna, P., & Rajni, T. (2014). Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *36*(3), 302-303.

Ramakrishna, P., Dhanankula, S., & Rajni, T. (2015). Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Vitiligo Patients: Erratum. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *37*(1), 111-111.

Reynolds, E. H., & Wilson, J. V. K. (2013). Depression and anxiety in Babylon. Journal of the Royal Society of Medicine, 106(12), 478-481.

Riley, K. E., Park, C. L., & Laurenceau, J. P. (2019). A daily diary study of rumination and health behaviors: Modeling moderators and mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, *53*(8), 743-755.

Rodat, S. (2020). Coping With Stigma and Destigmatizing Intervention Strategies: An Analytical Framework. *Postmodernism Problems*, *10*(3), 313-329.

Rodrigues, M., Ezzedine, K., Hamzavi, I., Pandya, A. G., Harris, J. E., & Vitiligo Working Group. (2017). Current and emerging treatments for vitiligo. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *77*(1), 17-29.

Ross, L. E. (2004). Mate selection preferences among African American college students. Journal of Black Studies, 27(4), 554–569.

Ruiz-Rodriguez R, Lo´pez L, Candelas D, Zelickson B. Enhanced efficacy of photodynamic therapy after fractional resurfacing: fractional photodynamic rejuvenation. J Drugs Dermatol 2007; 6:818–820.

Sabuncuoğlu, M., Sabuncuoğlu, Y., Öztürk, M., Bağcıoğlu, E., & Akıncı, E. (2014). Vitiligo hastalarında yaşam kalitesi ve psikojenik faktörlerin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1): 9-14.

Sampogna, F., Raskovic, D., Guerra, L., Pedicelli, C., Tabolli, S., Leoni, L. & Abeni, D. (2008). Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *British Journal of Dermatology*, *159*(2), 351-359.

Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, *398*(10312), 1700-1712.

Sarcu, D., & Adamson, P. (2017). Psychology of the facelift patient. *Facial Plastic Surgery*, *33*(03), 252-259.

Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the US National Comorbidity Survey. *Depression and anxiety*, *21*(4), 193-202.

Schmid-Ott, G., Künsebeck, H. W., Jecht, E., Shimshoni, R., Lazaroff, I., Schallmayer, S., ... & Götz, A. (2007). Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *21*(4), 456-461.

Sehgal, V. N., & Srivastava, G. (2007). Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features. *Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology*, *73*(3), 149.

Shah, R., Hunt, J., Webb, T. L., & Thompson, A. R. (2014). Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: using clinical significance to measure the potential effectiveness of enhanced psychological self-help. *British Journal of Dermatology*, *171*(2), 332-337.

Sharma, N., Koranne, R. V., & Singh, R. K. (2001). Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *The Journal of dermatology*, *28*(8), 419-423.

Sharon, A. (2021). *Common skin diseases and conditions.* https://www.medicalnewstoday.com/articles/316622. Erişim tarihi: 09.10.2021

Sharquie, K. E. (1984). Suppression of Behçet's disease with dapsone. *British Journal of Dermatology*, *110*(4), 493-494.

Sheth, V. M., Guo, Y., & Qureshi, A. A. (2013). Comorbidities associated with vitiligo: a ten-year retrospective study. *Dermatology*, *227*(4), 311-315.

Silpa-Archa, N., Pruksaeakanan, C., Angkoolpakdeekul, N., Chaiyabutr, C., Kulthanan, K., Ratta-Apha, W., & Wongpraparut, C. (2020). Relationship between depression and quality of life among vitiligo patients: a self-assessment questionnaire-based study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *13*, 511.

Singh, N., Yadav, R., Singh, G., & Dhiman, C. (2011). Adolescent depression in relation to cognitive distortion and parental bonding. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, *16*(2), 79-86.

Soni, P. K., & Mukherjee, T. (2011). Psychological Profile of Chronic Skin Disease. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, *2*(1), 237-245.

Sukan, M., & Maner, A. F. (2006). Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında kendilik saygısı. *Türkiye'de Psikiyatri Derg.*, *8*(2), 93-97.

Szwec, G. (2006). 'Les Maladies De Peau Dans Quelques Modeles Psychosomatiques' Bazı Psikosomatik Modellere Göre Deri Hastalıkları. (N. ZABCI, Çev.) Psikanaliz Buluşmaları 3 - Psikosomatik (Birinci Basım). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics (4th ed.*). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Tan, J. K., Vasey, K., & Fung, K. Y. (2001). Beliefs and perceptions of patients with acne. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *44*(3), 439-445.

Tay, S. S., Roediger, B., Tong, P. L., Tikoo, S., & Weninger, W. (2014). The skin-resident immune network. *Current dermatology reports*, *3*(1), 13-22.

Taylor, S. C. (2002). Skin of color: biology, structure, function, and implications for dermatologic disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *46*(2), S41-S62.

Thatte, S., & Khopkar, U. (2014). The utility of dermoscopy in the diagnosis of evolving lesions of vitiligo. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, *80*(6), 505.

Topal, İ. O., Duman, H., Göncü, O. E. K., Durmuşcan, M., Güngör, S., & Ülkümen, P. K. (2016). Knowledge, beliefs, and perceptions of Turkish vitiligo patients regarding their condition. *Anais brasileiros de dermatologia*, *91*, 770-775.

Tu, C., Zhao, D. & Lin, X. (2001). Levels of neuropeptide-Y in the plasma and skin tissue fluids of patients with vitiligo. *J Dermatol Sci,* 27**,** 178-82.

Tunaboylu, İ.T., İşçimen, A., Pirim, B., Yavuz, E., Atak, İ. (2006). 'Psoriazis, Liken Simpleks Kronikus ve Alopesi Universalis Hastalarında Ruhsal Süreçlerin Rorschach Testi ile İncelenmesi' Dermotose Dergisi, 45-50.

Tüzün, Y., Gürer, M. A., Serdaroğlu, S., Oğuz, O., & Aksungur, V. L. (2008). *Dermatoloji*. İstanbul: Cem Ofset.

Ulusoy, M. (1993). Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Vallerand, I. A., Lewinson, R. T., Parsons, L. M., Hardin, J., Haber, R. M., Lowerison, M. W., ... & Patten, S. B. (2019). Vitiligo and major depressive disorder: A bidirectional population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *80*(5), 1371-1379.

Van Geel, N., Speeckaert, R., Taieb, A., Picardo, M., Bohm, M., Gawkrodger, D. J., Schallreuter, K., Bennett, D. C., van Der Veen, W., Whitton, M., Moretti, S., Westerhof, W., Ezzedine, K. & Gauthier, Y. (2011b). Koebner's phenomenon in vitiligo: European position paper. *Pigment Cell Melanoma Res,* 24**,** 564-73.

Vernwal, D. (2017). A study of anxiety and depression in Vitiligo patients: New challenges to treat. *European Psychiatry*, *41*(S1), S321-S321.

Vijayalakshmi, M. (2018). *A study on impact of vitiligo on psychiatric manifestations* (Doktora tezi, Madurai Medical College, Madurai).

Wang, G., Qiu, D., Yang, H., & Liu, W. (2018). The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo: a meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *32*(8), 1343-1351.

Weber, M. B., Lorenzini, D., Reinehr, C. P. H., & Lovato, B. (2012). Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *87*, 697-702.

Westfall, R. S., Millar, M. G., & Lovitt, A. (2019). The Influence of physical attractiveness on belief in a just world. *Psychological reports*, *122*(2), 536-549.

Whitney W. D. (1905). Atharva-Veda Samhita, Harvard University: Cambridge.

Whitney, W.D. (1905) Atharva-veda satnhit a (translation and notes). Harvard Oriental Series, Vol. 7. Lanman, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Whitton M. E., Pinart M., Batchelor J., Leonardi-Bee J., González U., Jiyad Z., Eleftheriadou V., Ezzedine K. (2015). Interventions for vitiligo. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003263. 10.1002/14651858.CD003263.pub5

Whitton, M. E., Pinart, M., Batchelor, J., Leonardi-Bee, J., Gonzalez, U., Jiyad, Z., ... & Ezzedine, K. (2015). Interventions for vitiligo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Whitton M., Pinart M., Batchelor J. M., Leonardi-Bee J., Gonzalez U., Jiyad Z., Eleftheriadou V., Ezzedine K. (2016). Evidence-based management of vitiligo: Summary of a Cochrane systematic review. *The British Journal of Dermatology*, 174(5), 962–969. 10.1111/bjd.14356

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization.

Yılmaz, Y. (2011). *Behçet hastalarındaki yaşam kalitesi, cinsel sorunlar, anksiyete ve depresyon düzeylerinin psoriyazis hastaları ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması* (Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).

Yucel, D., Sener, S., Turkmen, D., Altunisik, N. İ. H. A. L., Sarac, G., & Cumurcu, H. B. (2021). Evaluation of the Dermatological Life Quality Index, sexual dysfunction and other psychiatric diseases in patients diagnosed with vitiligo with and without genital involvement. *Clinical and Experimental Dermatology*, *46*(4), 669-674.

Zhang, Y., Cai, Y., Shi, M., Jiang, S., Cui, S., Wu, Y., ... & Chen, H. D. (2016). The prevalence of vitiligo: a meta-analysis. *PloS one*, *11*(9), e0163806.

Zitrin, C. M., Klein, D. F., & Woerner, M. G. (1978). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of General Psychiatry*, *35*(3), 307-316.