



**DUDAK/ DAMAK YARIKLI HASTALARDA VE ANNELERİNDE MEYDANA GELEN
PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞSAL DEĞİŞİMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şeyma AKÇAY GÜLŞEN

UZMANLIK TEZİ

ORTODONTİ ANABİLİM DALI

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

MAYIS 2019

Şeyma AKÇAY GÜLŞEN tarafından hazırlanan "Dudak/ Damak Yarıklı Hastalarda ve Annelerinde Meydana Gelen Psikososyal ve Davranışsal Değişimlerin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Ortodonti Anabilim Dalı UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Belma IŞIK ASLAN

Ortodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Başkan: Prof. Dr. Neslihan ÜÇÜNCÜ

Ortodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Üye: Prof. Dr. Ayşe Tuba ALTUĞ DEMİRALP

Ortodonti Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Yedek Üye: Prof. Dr. Lale TANER

Ortodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Yedek Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özge USLU AKÇAM

Ortodonti Anabilim Dalı, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

Tez savunma Tarihi: 27/05/2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Uzmanlık Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Prof. Dr. Nurdan ÖZMERİÇ KURTULUŞ

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Şeyma AKÇAY GÜLŞEN
27/05/2019

DUDAK/ DAMAK YARIKLI HASTALARDA VE ANNELERİNDE MEYDANA GELEN PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞSAL DEĞİŞİMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Şeyma AKÇAY GÜLŞEN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Mayıs 2019

ÖZET

Dudak ve/ veya damak yarıklı (DDY) bireyler beslenme güçlükleri, gelişimsel gecikmeler, anormal konuşma, dentofasiyal ve ortodontik anomaliler, işitme kayıpları ve psikososyal bozukluklar gibi pek çok problemle karşılaşmaktadırlar. Bu çalışmanın amacı, DDY' na sahip bireyler ve annelerinde meydana gelen negatif duygulanım durumlarını, anketlerle değerlendirmektir. Bu çalışma, 6-18 yaş arası DDY' na sahip olan 69 birey (32 kız, 37 erkek) ve bu bireylerin annelerinin katılımını içermektedir. DDY' lı bireyler çocuk grubu (6-12 yıl) ve ergen grubu (13-18 yıl) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Veri toplama aracı olarak, DDY' lı bireylere; Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL), Coopersmith Özsaygı Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği uygulandı. Bu bireylerin annelerine ise; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. İstatistiksel değerlendirme SPSS 21 paket programı, tanımlayıcı analizler, Ki-Kare analizi, Mann-Whitney U testi ile yapıldı. DDY' lı bireylere uygulanan Coopersmith Özsaygı ölçeğinin puanlarına göre, 50 puanın altında ölçek puanlarına sahip olan DDY' lı çocuk ve ergen gruplarında, benlik saygısı düzeyinin düşük olduğu tespit edildi. DDY' lı bireyler karşılaştırıldığında ise ergen grubunun özsaygı düzeyinin çocuk grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. DDY' lı bireylerin annelerine uygulanan Beck Depresyon Ölçeğinin sonuçlarına göre ise, çocuk annelerinde en fazla orta düzeyde depresyon, ergen annelerinde ise hafif düzeydeki depresyon oranlarının daha fazla olduğu tespit edildi. Çocuk annelerinde ergen annelerine kıyasla Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. DDY' lı çocuk ve ergenlerde deformitelerinden ötürü psikososyal ve davranışlar problemler meydana gelebilmektedir. DDY' lı bireylerin deformiteleri ve fonksiyonlarına yönelik tedavilerinin yanı sıra bu bireylerin psikososyal durumlarının iyileştirilmesi için psikolojik destek gerekmektedir. Bu bireylerin bakımını üstlenen anneleri, çocuklarının durumu ve bakımı hakkında multidisipliner ekip tarafından her yönüyle uygun ve iyi bir şekilde bilgilendirilmelidir. Annelerde stres ve depresyon düzeylerini azaltmak için uygun psikososyal destek verilmelidir.

Bilim Kodu : 1045

Anahtar Kelimeler : Dudak ve damak yarığı, psikoloji, yaşam kalitesi

Sayfa Adedi : 104

Danışman : Doç. Dr. Belma IŞIK ASLAN

EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL AND BEHAVIORAL CHANGES IN PATIENTS WITH CLEFT LIP
AND PALATE AND THEIR MOTHER

(Speciality Thesis)

Şeyma AKÇAY GÜLŞEN

GAZI UNIVERSITY
FACULTY OF DENTISTRY
May 2019

ABSTRACT

Individuals with cleft lip and / or palate (CLP) have many problems such as nutrition difficulties, developmental delays, abnormal speech, dentofacial and orthodontic anomalies, hearing loss and psychosocial disorders. The aim of this study is to evaluate the negative emotional conditions that occur in individuals with the lip and palate and their mothers. This study included 69 individuals (32 females, 37 males) aged between 6 and 18 years who had CLP. CLP individuals divided into two groups as child group (6-12 years) and adolescent group (13-18 years). As a means of data collection; The Quality of Life Scale (Kid-KINDL), Coopersmith Self-Esteem Scale, and Children's Depression Scale were administered; SF-36 Quality of Life Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Beck Depression Scale were applied to mothers of these individuals. Statistical analysis was performed using SPSS 21 package program, descriptive analysis, Chi-square analysis and Mann-Whitney U test. According to the Coopersmith Self-Esteem scale applied to CLP individuals, in children and adolescents with CLP scores less than 50 points, self-esteem level was found to be low. When compared with cleft palate individuals, the self-esteem level of the adolescent group was significantly lower than the children group. Higher and mild levels of depression and mild depression was detected in adolescent mothers. Beck Depression Scale scores were higher at children's mothers compared to at adolescents' mothers. Psychosocial and behavioral problems can occur due to deformities at children and adolescents with CLP. In addition to the treatment of deformities and functions of the CLP individuals, psychological support is needed to improve the psychosocial status of these individuals. Mothers responsible for the care of these individuals should be well informed about all aspects on the condition and care of their children by the multidisciplinary team. Appropriate psychosocial support should be given to reduce stress and depression levels in mothers.

Science Code :1045

Key Words : Cleft lip and palate, psychology, life quality

Page Number : 104

Advisor : Assoc. Prof. Belma IŞIK ASLAN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca, ilgi, destek, akademik tecrübe ve bilgisini benden esirgemeyen, değerli yardım ve katkılarıyla bana yol gösteren ve örnek olan değerli hocam sayın Doç. Dr. Belma IŞIK ASLAN' a,

Eğitim sürecim boyunca bilgi, tecrübe, anlayış ve hoşgörüsü ile yanımda olan bölüm başkanımız, değerli hocam sayın Prof. Dr. Neslihan ÜÇÜNCÜ' ye ve üzerimde emeği olan, mesleğimi etik olarak ve en iyi şekilde yapmamda bana yol gösteren tüm değerli hocalarıma ve tezime katkısı olan Psikolog, Dil Konuşma Terapisti Şadiye BACIK TRANK' a,

Bu zorlu eğitim sürecimde, çok keyifli vakit geçirdiğim, beni en çok güldüren ve arkadaşım olarak hayatıma giren, her türlü mutluluğum, derdimde yanımda olan, eğitim sürecimizdeki zorluklara birlikte göğüs gerdiğim, her anımı paylaştığım, tanıdıkça daha da sevdiğim en sevdiğim, dostum, yoldaşım ve değerli canım eşim Dt. Şenol GÜLŞEN' e,

Eğitim boyunca yol arkadaşlarım ve her ihtiyacımda yanımda olan, eğlenceli vakitler geçirdiğim sevgili dönem arkadaşlarım Dt. Mine DÖKÜCÜ' ye, Dt. Hakan YILDIRIM' a, Dt. Burhan BARIN' a, Dt. Abdullah IŞIK' a,

Eğitim sürecimin bana kazandırdığı, birlikte güzel günler geçirdiğim sevgili arkadaşlarım Dt. Merve KURNAZ' a, Dt. Başak ARSLAN' a, Dt. Gülce TOSUN' a, Dt. Kadir AKBAŞ' a, Dt. Ecem YAZICI' ya, Dt. Ezet RESULOVA' ya, Dt. Nihan TOĞRAL' a, Dt. Ulaş ÖNCEL' e, Dt. Türker AKDEMİR, Dt. Büşra KAYA ve Dt. Kardelen ARAS' a ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim sürecimin başından itibaren bana ev arkadaşlığı yapan, bol kahkahalı, eğlenceli, çılgın, açık sözlü, bilgili sevgili arkadaşlarım Nihal DOĞAN' a, Dt. Emine Nur CERİT UĞUR' a, Zeynep CAN' a,

Herşeyden önemlisi, bugünlere gelmemde en büyük emek ve destekleri olan, bana her zaman sevgi ve şefkatle yaklaşıp yanımda olan, doğru yolu gösteren ve dürüstlüğü öğreten çok değerli sevgili annem Hediye AKÇAY' a, babam Şerafeddin AKÇAY' a ve biricik canım kardeşim Ahmet AKÇAY' a,

En içten ve samimi duygularıyla TEŞEKKÜR EDERİM..

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMA	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2. 1. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Psikososyal Durum	5
2.2. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Özsaygı ve Özgüven.....	8
2.3. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Alay ve Damgalama.....	12
2.4. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Anksiyete ve Depresyon	14
2.5.Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerin Ebeveyn ve Anneleri.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Hasta Seçimi ve Dahil Edilme/ Edilmeme Kriterleri	23
3.1.1. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri.....	23
3.1.2. Çalışmaya dahil edilme kriterleri	23
3.2. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylere Uygulanan Anketler	24
3.2.1. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) .	24
3. 2. 1. 1. Kid-KINDL Ölçeği.....	25
3. 2. 1. 2. Kiddo-KINDL Ölçeği	27
3.2.2. Coopersmith Özsaygı Ölçeği	30
3.2.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği	33

3.3. Dudak ve/veya Damak Yarıklı Bireylerin Annelerine Uygulanan Anketler	37
3.3.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	37
3.3.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	41
3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği	50
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	53
4. BULGULAR	56
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	56
4.2. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	60
4.3. Coopersmith Özsaygı Ölçeği ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular	61
4.4. Annelere uygulanan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	62
4.5. Annelere uygulanan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	64
4.6. Annelere uygulanan Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	68
5. TARTIŞMA	70
5.1. Vaka Seçimi.....	72
5.2. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	73
5.3. Coopersmith Özsaygı Ölçeği.....	75
5.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği	77
5.5. Annelere uygulanan SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	78
5.6. Annelere uygulanan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	81
5.7. Annelere uygulanan Beck Depresyon Ölçeği	82
6. SONUÇLAR.....	84
KAYNAKLAR.....	86

	Sayfa
EKLER.....	101
EK-1. Etik kurul onayı	102
ÖZGEÇMİŞ	104



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Türk Toplumuna göre Uyarlanan Kid-KINDL Ölçeğinin Toplam Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	25
Çizelge 3.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk toplumu için standart değerleri	38
Çizelge 3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin kadınlar için ortalama değerleri.....	43
Çizelge 4.1. Gruplardaki cinsiyet dağılımı	56
Çizelge 4.2. Çocuk annesi ve ergen annesi sosyo-demografik veri dağılımı.....	57
Çizelge 4.3. Gruplardaki yaş dağılımı	58
Çizelge 4.4. Çocuk annesi ve ergen annesi grupları arasında yaş, eğitim durumu, gelir seviyesi karşılaştırılması.....	59
Çizelge 4.5. Gruplar arasında yarık tipleri karşılaştırması	59
Çizelge 4.6. Gruplar arasında Kid-KINDL toplam yaşam kalitesi ve alt boyutlarının karşılaştırılması	60
Çizelge 4.7. Coopersmith Özsaygı Ölçeği ile çocuklar için depresyon ölçeğinin bulguları ve gruplar arasında karşılaştırılması	61
Çizelge 4.8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin bulguları ve gruplar arası karşılaştırılması	63
Çizelge 4.9. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin bulgular ve gruplar arası karşılaştırılması	64
Çizelge 4.10. D1 alt başlığı ile ilişkili diğer alt başlıklar arasındaki Pearson korelasyon analizi.....	67
Çizelge 4.11. Beck Depresyon Ölçeğinin bulguları.....	68
Çizelge 4.12. Beck Depresyon Ölçeğinin gruplar arası karşılaştırılması.....	68

SİMGELER VE KISALTMA

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
DDY	Dudak ve/ veya damak yarığı
Kid-KINDL	KINDer Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life- Questionnaire
SYK	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi



1. GİRİŞ

Yüzün doğru şekli kazanması, embriyonun erken dönemlerinde rol alan genlerin ve yüzü oluşturan dokuların birbirleri ile kurdukları ilişkilere bağlıdır. Bu ilişki ağının bozulması birleşmenin tam olarak sağlanamamasına ve farklı tipte yüz yarıklarının ortaya çıkmasına neden olur. Bu yarıkların toplumda en sık rastlanan örneği dudak ve/ veya damak yarıklarıdır (DDY) (Özdiler, 2015). Dudak damak yarıkları konjenital kraniyofasiyal deformitelerin başında gelir. Konjenital kraniyofasiyal anomalilere organ sistemlerinin formasyon dönemindeki organogenez safhasında rastlanır (Gökçe ve ark., 2012).

DDY insidansı ırk, cinsiyet ve yarık tipine göre farklılık göstermektedir (Gökçe ve ark., 2012). DDY 1000' de 2 oranında Asyalılarda, 1000' de 1 oranında Kafkasyalılarda ve 1000' de 0,5 oranında da Afrika kökenli Amerikalılarda görülmektedir. DDY erkeklerde daha sık görülmekle beraber, sırasıyla en çok sol ve sağ tarafta tutulum, en az ise bilateral tutulum göstermektedir. Ayrıca izole damak yarığı, etnik kökene bakılmaksızın 1000 yenidoğanın 0,5' inde ortaya çıkmaktadır (Tse, 2012).

DDY, embriyogenez sırasında ortaya çıkan birkaç gen ve karmaşık moleküler olayları içeren, çevresel faktörlerin de etkilediği multifaktöriyel bir etyolojiye sahiptir (Marazita 2012, Paranaiba ve ark., 2010).

Başarılı bir DDY tedavisi ancak tıp ve diş hekimliğinin farklı branşlarını içine alan (plastik cerrah, ortodontist, kulak burun boğaz uzmanı, dil ve konuşma terapisti, odyolog, genetik uzmanı, çocuk doktoru, pedodontist, çocuk psikoloğu, protez uzmanı) DDY ekibinin beraber uyum içerisinde çalışmasıyla mümkündür (Kuijpers-Jagtman, 2006; Kuijpers-Jagtman ve ark., 2000).

Multidisipliner bakım gerektiren DDY' lı bireyler için tedavi öncelikle fiziksel rehabilitasyona yöneliktir. Bu, yüzdeki şekil bozukluğunu düzeltmeyi ve konuşma kalitesini optimize etmeyi içermektedir (Turner ve ark., 1997).

DDY' lı bireyler yaşamın ilerleyen dönemlerinde konuşma problemleri, işitme kaybı ve kötü estetik görünümünden dolayı psikolojik problemler yaşayabilmektedirler (King ve ark., 1994).

Ebeveynler, DDY' lı bebeklerini ilk gördüklerinde çok üzgün hissederler ve bu onlarda duygusal karmaşaya sebep olur (Thamilselvan ve ark., 2015). Uzun vadede, DDY çocuğun benlik saygısı, sosyal beceri ve davranışlarını etkileyerek, bütün psikolojik yapısına zarar verebilir (Hunt ve ark., 2005). Bu rahatsızlıklar genellikle, duygusal durumlarını ifade edemedikleri çeşitli internal faktörlerden ya da akran ve ailenin diğer üyelerinden gelen alay, kaçınma gibi bazı kişiler arası ve sosyal faktörlere bağlı olarak meydana gelir. Bu çocuklar sosyal olarak beceriksiz ve yetersiz olduklarına inanırlarsa, doğal tepkileri kendilerini geri çekmek veya davranışsal olarak fazla ifade etmek olmaktadır. Bunlar çocukların içselleştirici veya dışa dönük davranışları olarak bilinir (Thamilselvan ve ark., 2015).

Aile ortamı, DDY' lı bir çocuğun rehabilitasyonunda önemli bir faktördür. Bir çocuğun DDY kusurlarının algılanması üzerinde, ebeveynler tarafından gösterilen tutum, beklenti ve destek derecesinin büyük bir etkisi olabilir. Çocuğun DDY kusuruyla ilgili anne-babanın duygularının, çocuğun benlik saygısının geliştirilmesinde çok önemli olduğu düşünülmektedir (Broder ve ark., 1992). Ebeveynlerden gelen ilk duygusal tepkiler şok, karışıklık, keder ve suçluluk duygusu olabilir, ancak bunlar evrenseldir (Slutsky, 1969). Anne-babalar kendi karakterlerinin güç ve zayıflıklarına göre ele alınan zihinsel bir kriz yaşayabilirler. Bu tepkiler kısmen ebeveynlerin önceki geçmişine, stresle baş etmeye yönelik mevcut yetenek ve kişisel yaşam felsefesine bağlıdır (McWilliams, 1982). Bebeğin yüz görünümü, erken anne-bebek bağını etkileyebilir. Bununla birlikte, bu bağlantının her zaman etkilenmiş olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur. DDY' lı bebek annelerinin, bebekleri hakkında, normal bebeklerin annelerine göre daha fazla endişeli oldukları belirtilmiştir (Ramstad ve ark., 1995). Benzer şekilde, DDY' lı bebek annelerinin, daha yüksek bir kişisel stres ve aile çatışması yaşadıkları bulunmuştur (Turner ve ark., 1998).

Bu çalışmanın amacı; DDY' na sahip bireyler ve annelerinde meydana gelen olumsuz duygulanım durumlarını, yapılacak anketlerle test etmek ve değerlendirmektir. Bu

araştırmada DDY' na sahip bireyler ve annelerine yaşam kalitesi, depresyon ve benlik saygısı ölçekleri uygulanarak, psikososyal ve davranışsal durumların incelenmesi hedeflenmektedir.





2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Psikososyal Durum

DDY' lı bireyler beslenme güçlükleri, gelişimsel gecikmeler, anormal konuşma, dentofasiyal ve ortodontik anomaliler, işitme kayıpları ve psikososyal bozukluklar gibi pek çok problemle karşılaşmaktadırlar (Kasten ve ark., 2008; Rüter ve ark., 2009; Turner ve ark., 2001). Bu bireyler, bebeklikten başlayıp yetişkinliğe kadar uzanan süreçte multidisipliner ekip yaklaşımı ile tedavi edilmektedirler (Kasten ve ark., 2008; Thornton ve ark., 1996).

DDY' na sahip bireyler için özel bakım, öncelikle fiziksel ve fonksiyonel rehabilitasyona yöneliktir. Fiziksel ve fonksiyonel rehabilitasyon, DDDY' lı bireylerin bakımının sadece iki yönüdür ve yüz şekil bozukluğunu düzeltmeyi, konuşmanın kalitesini ve anlaşılabilirliğini optimize etmeyi, orta kulak fonksiyonunu korumayı veya geri yüklemeyi içermektedir. Bununla birlikte, DDDY rehabilitasyonunun psikolojik yönü de eşit derecede önemlidir. Psikolojik destek, bu olguların bireysel olarak duygusal tepkilerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olabilmektedir (Richman, 1978; Rosanowski ve Eysholdt, 2002; Millard ve Richman, 2001; Kasuya, 2000; Hill, 2004; Sank, 2003). Bu nedenle DDDY' lı çocuk ve ergenlerde, bu anomalinin oluşturduğu psikososyal etkiler üzerine olan ilgi artmaktadır. Bu ilgi, yüz görünümünün sağlıklı psikososyal gelişim için önemli olduğu varsayımından kaynaklanmaktadır.

DDY' lı bireyler için modern disiplinler arası bakım; fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik rehabilitasyonu amaçlamaktadır (Warschusky ve ark., 2002). Geniş çaplı DDDY merkezlerinde psikolojik destek sağlansa da, DDDY bakımının psikolojik sonuçları nadiren araştırılmakta ve duygusal yönleri büyük ölçüde ihmal edilmektedir (Broder ve Strauss, 1991).

DDY ile doğmuş bir çocuğun psikolojik gelişimini doğrudan etkileyen faktörler arasında konuşma ve dil bozuklukları, yüz şekil bozukluğu ve işitme kaybı sayılmaktadır (Richman ve Eliason, 1982). Bu faktörlere bağlı olarak DDDY' lı bireylerde, anksiyete ve depresyon

belirtileri, yüz görünümünden hoşnutsuzluk (Marcusson ve ark., 2002; Patrick ve ark., 2007), problemlerin geri çekilmesi, içselleştirilmesi (Pope ve Snyder, 2005) ve utangaçlık (Boes ve ark., 2007) bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar, DDY' lı bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri, entelektüel ve sosyal olarak nasıl geliştikleri ve bireysel çevrelerinde ortaya çıkardıkları tepkiler hakkında çok sayıda rapor sunmaktadır (Richman, 1978; Rosanowski ve Eysholdt, 2002; Millard ve Richman, 2001; Kasuya, 2000; Hill, 2004; Sank, 2003).

Yüz görünümü ilk izlenimin oluşturulmasında önemlidir ve sosyal yer edinim için bir rehber olarak etki etmektedir. DDY' lı çocuk ve normal çocukların fotoğraflarının başka çocuklar tarafından değerlendirildiği araştırmada, DDY' lı çocukların fotoğraflarının daha olumsuz olarak derecelendirildiği gösterilmiştir. Bu ilk izlenime bağlı olarak, DDY' lı bireylerin daha düşük benlik saygısına sahip oldukları, öğrenme sürecinde zorluk yaşadıkları ve daha fazla depresyona girme eğiliminde oldukları düşünülmüştür (Adam ve ark., 2018).

Bireyin kendi görünümünden memnun olmasının (sözel olarak iletişim kurma becerilerinin yanı sıra), psikolojik olarak iyi olması üzerinde önemli etkileri vardır (Turner ve ark., 1997). Bireylerin kendilerini nasıl algıladıkları ise, başkalarının onlara sosyal olarak nasıl tepki verdiğinden etkilenmektedir (Bull ve Rumsey, 1988). DDY' lı bireylerin normalden farklı yüz görünümlerinin başkalarına olumsuz olarak görüldüğünü düşünmeleri, bu bireylerde (bilinçli/bilinçsiz) olumsuz sosyal tepkilere yol açabilmektedir. Yabancılardan gelebilecek sosyal reddetme ya da damgalama, DDY' lı bireyler tarafından tahmin ve fark edilmektedir. Bu sosyal reddedilmenin korkutucu beklentisi, bu bireylerin psikososyal yapısını olumsuz yönde etkilemektedir (Turner ve ark., 1997).

Damgalama, DDY' lı bireyler için önemli bir problemdir. Bu damgalamalara, "DDY' lı bireylerin diğer bireylerden daha az zeki ve sosyal oldukları düşüncesi" örnek olarak verilmektedir (Clifford ve Brantley, 1977; Turner ve ark., 1997). Berk ve ark. (2001), sosyal beceri ve aktiviteler açısından DDY' lı bireylerin gerekli sosyal etkileşim becerilerine sahip olduklarını göstermişlerdir; ancak yüzdeki deformitelerinin sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca deformitelerinden ötürü, arkadaş edinme

zorluğu, aileleri ve arkadaşlarıyla sosyal aktivitelere katılmada güçlük bulunmuştur (Richman ve Harper, 1980).

DDY' lı bireylerin benlik saygısı, bireyin kendi değer ve yeterliliğine ilişkin hisleri olarak tanımlanmaktadır ve araştırmacılar tarafından incelenen en yaygın psikolojik yapılardan biridir. Bu bireylerin, benlik saygısının düşük olması, psikolojik problemler oluşturma riski altında olduklarını göstermektedir. Benlik saygısı ve sosyal davranış ise psikososyal gelişim evresinden (ergenlere karşı yetişkin) etkilenmektedir (Cheung, 2007; Turner ve ark., 1998).

Ruh sağlığı uzmanları tarafından yapılan incelemelere dayanarak, Broder ve Strauss (1991) dudak ve damak yarıklı bireylerin %56' sinin, damak yarıklı bireylerin %49' unun ve dudak yarıklı bireylerin ise % 33' ünün psikososyal bir sevk gerektirdiğini bildirmiştir.

DDY' lı bireylerin yaş faktörü de psikolojik gelişim sürecini etkileyebilmektedir. DDY' lı ergenler, DDY' lı erişkin bireylere göre daha yüksek benlik saygısı ve daha düşük sosyal kaygı ve sıkıntı seviyelerine sahip olma eğilimi göstermektedirler. Bu bireylerin yaşları arttıkça psikososyal sorunların insidansının da arttığı bildirilmiştir. 6-12 yaş arasındaki hastaların %62' sinin ve 12-18 yaş arasındaki hastaların ise %72' sinin psikososyal sorunları olduğu tespit edilmiştir (Broder ve Strauss, 1991).

Ergenlik dönemindeki DDY' lı bireylerin sıklıkla kötü sosyal davranış sergiledikleri, DDY' lı yetişkin bireylerinin ise sorunlarını içselleştirdikleri, kaygı ve depresyondan muzdarip oldukları bildirilmiştir (Pillemer ve Cook, 1989). Aile üyelerinin tutumları, algıları ve destekleri, bu bireylerin (özellikle DDY' lı adölesanlarda) psikolojik yapısını belirlemekle birlikte benlik kavramında önemli faktörlerdir. Bunun nedeni, fasiyal deformitelerini daha fazla kabul eden çocukların daha yüksek benlik saygısına sahip olmalarıdır (Adam ve ark., 2018).

DDY' lı bireylerin deformitelerinden memnun olup olmadığı konusunda cinsiyet karşılaştırılması açısından hâlâ bir fikir birliği yoktur (Turner ve ark., 1998). Broder ve Strauss' un (1989) çalışmasında, DDY' lı kadın hastaların, DDY' lı erkek bireylere göre daha az memnun oldukları gösterilmiştir. Aksine, Broder ve ark. (1992) erkek ve kadın

hastaların benzer memnuniyet düzeyine sahip olduğunu bulmuşlardır. Başka bir çalışmada ise psikososyal sorunlar, erkeklerde kadınlara göre daha sık bulunmuştur. DDY' lı bireyler tarafından algılanan fonksiyon ihtiyacı sıklıkla estetikten kaynaklanmaktadır. Ayrıca beslenme, konuşma ve işitme ile ilgili zorluklar da yaşamaktadırlar (Noor ve Musa, 2007).

DDY' lı olmayan kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, DDY' lı çocuk ve genç erişkinlerde daha büyük davranış problemleri, depresyon semptomlarında artma görülmüştür ve yüz görünümü ile konuşmanın daha az tatmin edici olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, bu katılımcılar sosyal ortamlarda alay edilmelerinin daha muhtemel olduğunu belirtmişlerdir (Hunt ve ark., 2006). Hunt ve ark. (2006), bu bireylerin rutin bakımının bir parçası olarak, çocukların ve genç yetişkinlerin, alay edilme deneyimlerine özel bir odaklanma ile psikolojik değerlendirme gerektirdiği sonucuna varmışlardır.

2.2. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Özsaygı ve Özgüven

Yüz estetiği evrensel ve sosyal olarak derin öneme sahiptir ve diş hekimliğinde önemli bir yer tutmaktadır. Bireyin normdan sapmasına neden olan herhangi bir fiziksel özellik, bir engel olarak kabul edilmektedir. Sapma, bir diş anomalisinden karmaşık bir kraniofasiyal deformiteye kadar farklılık göstermektedir (Cunningham, 1999).

Yaşam boyunca, dış görünüme yönelik bir takım değişiklikler meydana gelmektedir ve bunların bazıları istenirken bazıları ise istenmemektedir. İnsanların çoğu kendilerini mümkün olan en iyi şekilde sunmak için, görünümünü bir şekilde manüple etmeye çalışmaktadır. Bunu yaparken, fiziksel görünümünün, diğer insanların onlardan aldığı izlenimlere katkıda bulunduğunu kabul etmektedirler (Rumsey ve Harcourt, 2004).

Fiziksel görünüm ile ilgili endişeler genel nüfusun büyük bir bölümünü etkilemektedir. Vücut imajı ve yüz görünümü psikososyal problemlerle ilişkilidir (Gilbert ve Thompson, 2002). Bireylerdeki görünür bir farkın sosyal engellilik olduğu, bu farklılığa sahip olanların düşünce, duygu ve davranışlarının etkilendiği belirtilmektedir (Rumsey ve Harcourt, 2004).

Yüz çekiciliği temeline dayandırılan fiziksel çekicilik, sosyal etkileşimlerde önemli bir rol oynadığı için, DDY' lı bireyler, "normal" yüz özellikleri olan bireylerden farklı algılanmaktadırlar (Cunningham, 1999; Rumsey ve Harcourt, 2004).

Fonksiyonel ve estetik problemleri olan DDY' lı bireyler, özellikle bebeklik döneminde beslenmeyle ilgili problemler yaşamaktadırlar. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde de konuşma gelişimi, işitme kaybı ve estetik sorunlar nedeniyle psikolojik problemler yaşayabilmektedirler (King ve ark., 1994).

DDY' lı bireylerdeki konuşma sorunları ve yüz farklılıkları çevresel tepkiler yaratabilmektedir. Bu çevresel tepkiler bireylerde psikolojik stres ve buna bağlı olarak düşük benlik saygısı ve duygusal gelişim ile sonuçlanmaktadır (Millard ve Richman, 2001; Kapp-Simon ve ark., 1992). Ayrıca bu tepkiler, etkilenen bireyde olumsuz davranışsal tepkilere neden olabilmektedir (Pope ve Ward, 1997).

DDY' lı bireylerin psikolojik ve sosyal yönleri 1960' lı yıllardan beri incelenmektedir. Bu durumlarıyla başa çıkmaya çalışan DDY' lı bireyler, daha az özsaygı, öğrenme sürecinde zorluk, daha depresif ve endişeli olma eğilimi göstermektedirler (Noor ve Musa, 2007; Broder ve ark., 1998).

DDY' lı çocukların uyum sürecinin, konuşma bozukluğu ve fiziksel görünüm nedeniyle bozulduğu gösterilmiştir. Psikososyal problemlerin ise konuşmadan çok yüz görünümüyle ilgili olduğu belirtmiştir. Bu çocukların, sosyal çevrelerinde düşük beklentileri olabileceği tespit edilmiştir. Ebeveynleri ve akranları tarafından dışlanabilen bu bireylerde, okul başarısı ve sosyal ilişkiler olumsuz yönde etkilenmektedir (Tobiasen, 1984).

DDY' lı çocuk ve ergenler görünümünden dolayı mutsuz olmakta ve bu durum düşük benlik saygısı, özgüven ve düşük kaliteli sosyal etkileşimlerle sonuçlanmaktadır (Turner ve ark., 1997; Turner ve ark., 1998; Gussy ve Kilpatrick, 2006).

DDY' lı çocukların toplum faaliyetleri, aile bireyleri ve öğretmenlerinin tutumları ve destekleri ile sosyalleştirilmesi, bu çocuklarda benlik kavramının gelişmesi üzerinde önemli etkilere sahiptir (Altman, 1981). Bu çocukların normal akranlarına kıyasla daha

fazla konuşma ve öğrenme bozukluğu yaşamaları sebebiyle, öğretmenleri tarafından zihinsel yetenekleri yanlış tahmin edilebilmektedir. Ayrıca, DDY' lı bireyler bir işe girdiklerinde, çevrelerindeki insanlar normal bireylere kıyasla, bu bireylere farklı tutumlar sergilemektedirler. Bu toplumsal tutumlar da DDY' lı bireyler için zararlı olabilmekte ve yaşam hedeflerine ulaşmada zorluklara sebebiyet vermektedir (Chan ve ark., 2006).

Benlik kavramı, sosyal etkileşim yoluyla çok erken yaşlarda oluşmaktadır. Bu nedenle benlik kavramının gelişimi için ev ortamı büyük önem taşımaktadır. Daha yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip çocukların daha olumlu bir benlik kavramına sahip oldukları gösterilmiştir (Korpinen 2000).

Benlik kavramı; bir başka deyişle bir bireyin kendini algılayışı, bireyin davranış şeklini yönetme ya da etkileme işlevine sahiptir (Kinch, 1968). Benlik kavramı bütün bir kişilikten oluşmaktadır ve yaşam boyu gelişim göstermektedir. Kişinin kendisi hakkında sahip olduğu nitelikler, yetenekler ve çevre ile ilgili kavramları, tutumları ve hisleri içermektedir (Kjaldman, 2006).

Beden imajının oluşumu, benlik kavramı gelişiminin temelidir. Fiziksel benlik kavramı genel benlik kavramının bir parçası olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel özellikler ve fiziksel başarılar, özellikle okul çağındaki çocuklar arasındaki benlik kavramının oluşumunda etkilidir (Sarbin, 1962).

Benlik saygısı ve özgüven terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır (King, 1997). Benlik saygısı ve özgüveni tetikleyen kişilik faktörleri, ergenlerde psikolojik problemlerle ilişkili olduğu düşünülen temel faktörler arasındadır. Kişilik faktörü, uyum sorunlarının olasılığını azaltabilecek koruyucu bir faktör olarak düşünülmektedir. DDY gibi fiziksel anomaliye sahip ergenlerin benlik saygısı ve özgüveni, bu bireylerin uyum ve gelecekteki yaşamsal başarılarının temel belirleyicileri olabilmektedir (Kapp-Simon, 1986). Aslında, genel kabul görme, iyilik ve değerlilik duygusu olarak tanımlanan benlik saygısı, psikolojik işlevlerin merkezi bir yönü olarak düşünülmektedir ve kişinin yaşamı ile genel memnuniyetini içeren bir dizi değişkenle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Crocker ve Major,

1989; Taylor ve Brown, 1988; King ve ark., 1993). Gençlerin sağlıklı davranışları benimsemesinde benlik saygısı ve özgüvenin önemli olduğu iyi bilinmektedir (King, 1997).

Benlik algısının yarık tipine bağlı olabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Broder ve Strauss (1989), DDY olan 7 yaşındaki çocukların, diğer yarık tiplerine sahip çocuklardan daha düşük benlik kavramına sahip olduğunu bulmuşlardır.

Antle (2004), “fiziksel anomalili gençlerin yaşamları boyunca karşılaştıkları fiziksel ve davranışsal engelleri ortadan kaldırmak için ortalama benlik saygısı düzeylerinden daha fazlasına ihtiyaç duyduğunu” bildirmektedir.

Gözle görülebilir biçimde farklı olan kişiler tarafından en sık bildirilen zorluklar, olumsuz benlik algıları ve sosyal etkileşim ile olan farklılıklar ile ilgilidir. Bu problemler, sıklıkla olumsuz duyguların (örneğin sosyal kaygı), davranış kalıplarının (örnek, aşırı sosyal kaçınma), uyumsuz düşünce süreçlerinin (örneğin olumsuz sosyal değerlendirmenin korkusu) ve kendini olumsuz algılayışlarının bir sonucudur (Rumsey ve Harcourt, 2004).

Özgüven, DDY tipinden doğrudan etkilenmektedir. DDY’ lı bireylerin birçoğu daha düşük bir özgüven duygusuna sahiptir ve ebeveynlerin yaklaşık %7’ si çocuğunun özgüveninin “çok fazla etkilendiğini” düşünmektedir. Bu bireylerin %83’ ü özgüvenlerinin yarık durumundan etkilendiğini belirtirken, %15’ i özgüvenlerinin “çok fazla etkilendiğini” bildirmiştir (Noor ve Musa, 2007).

Bazı ebeveynler, düşük özgüven nedeniyle, çocukların insanlarla tanışmak istemediklerini ve kendilerini gizlemeye çalıştıklarını, bazılarının da kardeşleriyle oynamak istemediklerini bildirmiştir. Birden fazla çocuğu olan çiftler, DDY’ lı çocuklarının normal olan kardeşleriyle kaynaşmadığını fark etmişlerdir. Bazı ebeveynler (%17) çocuklarının utangaç hissettiklerini, nadiren yabancılarla konuştuklarını, ebeveynlerinin arkasına saklanma eğiliminde olduklarını ve onlarla dışarı çıkma, alışverişe gitme veya başka yerlere seyahat etme konusunda isteksiz olduklarını belirtmişlerdir (Noor ve Musa, 2007). Ramstad ve ark. (1995) DDY’ lı bireylerin %45’ inin psikososyal problemlerden dolayı sıkıntı çektiğini, sağlıklı bireylere göre utangaç ve kendilerini izole etme eğiliminde olduklarını göstermişlerdir. Turner ve ark.’ nın (1997) yaptıkları çalışmada, 15 yaşındaki DDY’ lı

bireylerin ebeveynlerinin yaklaşık %59' u çocuklarının “utangaç” olduğunu düşündüklerini, ancak bu durumun DDY nedeniyle mi yoksa yaşlarının küçük olmasından mı kaynaklı olduğundan emin olmadıklarını bildirmiştir.

Dudak ve damak yarıklı bireylerin özgüveni (%87), sadece damak yarıklı bireylere göre (%75) daha fazla etkilenmiştir. Damak yarığına sahip bireylerdeki deformite başkaları tarafından görülemezken, dudak ve damak yarıklı bireylerde bu durum söz konusu değildir. Bu bireyler, özellikle öğretmenlerinin sınıf arkadaşlarının önünde yüksek sesle okumalarını istedikleri zaman, utangaç olduklarını ve kamuoyunda özgürce konuşamadıklarını belirtmişlerdir. Bazı bireylerin, konuşmaya başladıklarında, insanların onlara gülmesinden dolayı öğretmenleri tarafından konuşmalarını içeren herhangi bir aktiviteye seçilmekten kaçındıkları bildirilmiştir. Nadiren, dışarı çıkıp reddedilme korkusu nedeniyle mahalledeki arkadaşlarıyla oynamak istememişlerdir. Evde kalmayı ve kardeşleriyle oynamayı ya da ebeveynlerinin ev işlerinde yardımcı olmayı tercih etmişlerdir (Noor ve Musa, 2007).

16-17 yaşlarında olan DDY' lı bireyler, daha genç bireylere göre özgüvenlerinin, durumlarından daha fazla etkilendiğini düşünmüşlerdir. Bu bireyler 16-17 yaşında, yetişkinliğe olgunlaşırlar ve karşı cinsle olan etkileşimler onlar için zorunludur. Bu nedenle, daha düşük bir özgüven, arkadaş edinme şanslarını olumsuz etkilemektedir (Noor ve Musa, 2007).

2.3. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Alay ve Damgalama

Alay, bir çocuğun kendisiyle dalga geçmek için bir veya daha fazla fiziksel veya sosyal özellik hakkında tekrarlanan yorumların yapıldığı olgudur. Shaw ve ark. (1980), alayın kişiliğin gelişimine olan uzun vadeli etkilerinin belirsiz olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, bazı çocuklar için, sürekli alay ve hakaret, özgüven düşüklüğüne ve yabancılaşmaya sebep olmaktadır. DDY' lı çocuklar rehabilitasyon sırasında başkaları tarafından alay ve damgalamaya maruz kalabilmektedirler.

DDY ile doğan çocukların ebeveynleri, çocuklarının genellikle yüz deformiteleri, konuşma problemleri ve boy ve/ veya kilo gibi diğer amaca yönelik olmayan özelliklerinden dolayı

alay edildiklerini belirtmişlerdir. Bazı ebeveynler (%32) çocuklarıyla henüz 2 yaşındayken alay edildiğini bildirmektedir. Bu durum, alayın bir çocuğun hayatında erkenden başladığını göstermektedir. Bazıları ise, çocuklarını deformiteleri nedeniyle değil de, alay ve utanmaya dayanamadıkları için toplumdaki koruduklarını belirtmiştir. Okulda dalga geçilmesi veya zorbalığa maruz kalmak, bu çocuklarda daha fazla davranışsal problemlere ve mutsuzluğa neden olmaktadır (Shaw ve ark., 1980).

DDY' lı bireylerin ebeveynlerinin yarısından fazlası, çocuklarının genellikle dişleri, burunları veya dudakları gibi belirli yüz özelliklerinden memnun olmadıklarını bildirmiştir. Bazıları ise çocukların çene şekillerinden memnun olmadıklarını belirtmiştir (Murray ve ark., 2010; Zeytinoglu ve Davey, 2012).

Tobiasen (1989), yüz cerrahisiyle elde edilen estetik kabul edilebilirlikteki gelişmelerin psikososyal faydalarla ilişkili olduğunu belirtmiştir. DDY' lı yetişkinler, yaşamak ve toplumu başkaları gibi etkilemek için eşit fırsatlara sahiptir. Bu bireylerdeki fiziksel deformite, plastik cerrahi ile neredeyse tamamen ortadan kaldırılabilir (Tobiasen, 1989).

Heller ve ark. (1981), ebeveynlerin %27' sinin, çocuğun deformitesi nedeniyle utanç duyduğunu ve çocuklarını toplumun dikkatinden gizlemeye çalıştıklarını belirtmiştir. Alay sıklığı hastanın yaşı ile ilgili değildir. Sıklıkla belli bir durumda, örneğin; yeni bir okulun başlangıcı, yeni bir mahallede veya ameliyat sonrası yaşanmaktadır. DDY' lı bireylerin çoğu (%67), diğer öğrencilerin onlarla alay ettiklerini ve bu nedenle arkadaş edinmelerinin zorlaştığını bildirmiştir. Alay, onları endişelendirmiş ve özgüvenlerini olumsuz etkilemiştir.

Bireylerin çoğu, benlik algısının, erkek veya kız arkadaşına sahip olma yeteneklerinin deformite durumlarından etkilendiğini bildirmiştir. Ayrıca aile ve arkadaşlarla olan ilişkilerinin büyük ölçüde etkilendiğini belirtmiştir. Birilerine sorunlarını anlatmak onları mutlu ve daha güvenli hissettirmiştir. Tedavi sırasında, problemlerini psikiyatrist ile konuşabilecekleri bir seans olduğunda, kendilerini daha iyi hissedebileceklerini bildirmişlerdir (Noor ve Musa, 2007). Başka bir çalışmada, Thompson ve Kent (2001), toplum ve akranlarının alay ve reddinin üstesinden gelmek için DDY' lı bireylerin geliştirdikleri kendini koruma stratejilerini tanımlamışlardır. Sorunlarını saklayan bireyler, başkalarının

yardımları olmadan alay etmenin üstesinden gelebileceklerini düşünmüşlerdir. Bu bireyler normal olarak kendi kendilerine ağırlanmış ve çok iyi bir şekilde problemlerini saklamışlardır.

DDY genellikle konuşma kusurları ile birlikte görülür. DDY' lı çocukların %60' ında hayatları boyunca konuşma terapisi gerekmektedir. Konuşma bozukluğu olan bireyler konuşma sırasında bir dereceye kadar azalmış anlaşılabilirliğe yol açan sorunlar yaşayabilmektedir (Di ve Markus, 1998). Bu bireylerin, psikolojik dayanıklılık oluşturmak ve yetişkinler kadar iyi işlev görebilmek için benlik saygısını geliştirmenin yollarını bulmaya ihtiyaçları vardır (Noor ve Musa, 2007).

Tiemens ve ark.' nın (2013) yaptıkları çalışmada, ergenler, kendi imajları ile ilgili endişelerini ve toplumun yüz farklarını nasıl gördüklerini ve bu durumun günlük hayatlarında nasıl bir rol oynadığını açıklamışlardır. Damgalanma ile yaşayan bireyler, çoğu zaman başkaları tarafından değersiz hissettirildiklerini ve bu olumsuz görüşe sürekli olarak uyum sağlamaları gerektiğini belirtmişlerdir. Bu bireylerde pozitif akran desteğinin, damgalamanın olumsuz etkilerini hafiflettiği saptanmıştır.

2.4. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerde Anksiyete ve Depresyon

Sosyal anksiyete, kişinin diğerleri tarafından değerlendirilmesi ve algıları hakkında endişe duyması sonucu ortaya çıkan kaygı durumu olarak tanımlanmıştır. Bu değerlendirmenin öngörülmesi, aktif değerlendirmeden daha büyük bir kaygı yaratabilir. Sosyal anksiyete, çeşitli düzeylerde sıkıntılara neden olan bilişsel ve somatik belirtilerle eşlik edebilmektedir (Leary ve Kowalski, 1995). Kültürlerarası bir kavram olarak bildirilmiş olup, evrensel bir fenomen olarak kabul edilmiştir (Chaleby, 1987; Edelman ve ark., 1989).

Sosyal anksiyete yaygın, rahatsız edici ve istenmeyen bir durumdur. Bazı bireylerin yalnızlığı tercih etmelerine neden olmaktadır. Yetişkinlerde aşırı sosyal anksiyete düzeyleri günlük yaşamda uyum zorlukları ile ilişkilendirilmiştir. Kronik olarak yüksek anksiyete düzeylerinin sosyal karşılaşmalardan kaçınma, sosyal fobiler, alkol, uyuşturucu kullanımı ve depresyon gibi pek çok davranış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyal anksiyeteli bireyler, olumsuz öz değerlendirmeye daha eğilimli olabilmektedirler (Clark ve Arkowitz, 1975).

Fiziksel görünümün, sosyal anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Leary ve Kowalski, 1995). Sosyal anksiyetesi yüksek olan bireyler, potansiyel vücut değerlendirmesini içeren sosyal durumlarda (ör. Yüzme ve sağlık kulübü katılımı) daha sıkıntılı olma eğilimindedir. Kraniofasial anomalileri olanlar için, vücut değerlendirmesi, bedenden farklı olarak, giyim tarafından kamufle edilmeyen yüz bölgesini içermektedir. (Hart ve ark., 1989). Leary ve Kowalski (1995), sosyal anksiyetenin, fiziksel anomalili bireyler için yaygın ve kalıcı bir durum olduğunu düşünmektedir.

Bireyin benlik algısı, sosyal anksiyete deneyiminde katkı sağlayan bir faktör iken, bireyin görünüşü başkalarının tepkilerini de etkilemektedir. Çok çekici bireylerin daha olumlu sosyal izlenimler ve etkileşimler ortaya çıkardığı bulunmuştur (Berscheid ve ark., 1971; Feingold, 1992). Fiziksel deformiteleri olan bireyler, duyarsız davranışlara sahip bireyler tarafından dışlanmaya daha eğilimlidir. Aynı zamanda, alay ya da bakma davranışı gibi apaçık dikkat, sosyal anksiyetede nedensel bir faktör olarak tanımlanmıştır. Kraniofasial anomalisi olan DDY' lı bireyler, etkilenmemiş bireylere göre yüksek düzeyde kronik sosyal anksiyeteye yatkındırlar (Berk ve ark., 2001).

DDY' lı bireylerde meydana gelen depresyon ve anksiyetenin, bu bireylerin sahip olduğu bozukluk ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Hunt ve ark., 2005). DDY' lı erişkinler, normal erişkinlere göre daha fazla kendini gösterme kaygısına ve daha yüksek sosyal anksiyete düzeylerine sahiptir(Berk ve ark., 2001).

DDY' lı çocuklar normatif kişilik özelliklerine sahip olsa da, davranışsal inhibisyon, yüz görünümü, benlik ve kişilerarası ilişkilerle ilgili olarak uyum ve anksiyete açısından risk altındadırlar (Harper ve Richman, 1978; Richman ve Harper, 1979; 1980; Richman ve Eliason, 1986; Broder ve Strauss, 1989). Artan anksiyete, bu bireylerde genel mutsuzluğa sebep olabilmektedir (Millard ve Richman, 2001).

Broder ve ark. (1994), dudak ve damak yarıklı çocukların, sadece damak yarığı olan ve hiç yarığa sahip olmayan çocuklardan daha fazla endişe duyduklarını, sadece damak yarığı olan çocukların ise problem çözme becerilerinin her iki gruptan daha düşük olduğunu göstermişlerdir.

DDY ile doğan çocukların yalnız başına daha fazla zaman geçirme eğiliminde olduğu, akranlarıyla daha çok olumsuz etkileşimler yaşadığı ve daha az sıklıkla grup oyunlarına katıldıkları belirtilmiştir. Endişe düzeyi yüksek olan bu çocuklar, özellikle evin dışında daha fazla depresif davranış sergileme eğiliminde olup, akranları tarafından daha fazla zorbalık yaşamaktadırlar (Zeytinoğlu ve Davey, 2012). Akranları tarafından kızdırılmak veya zorbalığa uğramak DDY' lı çocuklar arasında önemli bir stres faktörüdür (Murray ve ark., 2010).

Psikososyal dayanıklılığın gelişimine katkıda bulunan faktörleri daha iyi anlamak için, Norveç'te 10 yaşındaki DDY' lı çocuklar üzerinde yürütülen bir çalışmada, önceki çalışmalardan farklı olarak, ek sendromlar ve nörolojik bozuklukları olan ve olmayan dudak damak yarıklı bireyler anksiyete/ depresyon açısından kıyaslanmıştır. Ek zorlukları olan ve olmayan çocuklar arasında bilişsel işlev, psikososyal uyum ve kaygı/ depresyon ölçümleri arasındaki farklar anlamlı bulunmuştur. Beklenildiği gibi ek zorlukları olan çocukların yaşamlarında stres düzeyinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Feragen ve ark., 2009).

2.5. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylerin Ebeveyn ve Anneleri

Ebeveyn olmak aile yaşam döngüsündeki en zorlu geçiş dönemlerinden biridir (Menaghan, 1983) ve çoğu ebeveyn için stresli ve zor bir dönemdir (Cowan ve Cowan, 1995). Bir sonraki gelişim aşamasına başarılı bir şekilde geçmek için bu tür geçişlerin etkili bir şekilde müzakere edilmesi gereklidir. Böylece ebeveynlerin bu varoluşsal yaşam değişikliğine uyum sağlama yeteneği artmaktadır, bu da aile biriminin sağlıklı işleyişi için çok önemlidir. Bir bebeğin doğuşu gibi önemli geçişlerin duygusal olarak istikrarsızlaştırıcı etkisi, bazı ailelerde önemli sorunlara neden olabilmektedir. Bu geçiş, her ne kadar bireylerin çoğunluğu için stres oluştursa da, yaşanan sevinç ve zevkle dengelenmektedir. Bu nedenle, ebeveynlerin bu değişimi yönetme yeteneğini engelleyebilecek faktörlerin belirlenmesi önemlidir (Gottman ve Notarius, 2000).

Bir ailenin stresini tetikleyen veya katlanarak artmasına neden olan durumlar, çocuklarda yapısal, işlevsel, estetik ve psikolojik problemlere neden olan genetik veya teratojenik

faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Tabaquim ve Marquesini, 2013). Moraes ve ark. (2009) DDY' lı çocuğun ebeveynleri üzerindeki ilk etkisinin genellikle oldukça güçlü, derin olduğunu ve sıklıkla uzun süre devam ettiğini belirtmektedirler. Öte yandan, duygusal tepkilerin süresi ve yoğunluğu, ebeveynlerin soruna yönelik tutumları ile ilgilidir. Fiziki kusurlar ne kadar görünürse, bu duygusal tepkiler ve endişeler o kadar hızlı ve yoğun olmaktadır. Ebeveynlerin yoğun stres reaksiyonlarının bilişsel ve psikolojik hasarları, doğumdan kısa bir süre sonra uygun bir rehberlik ve bilgilendirme ile en aza indirgenebilmektedir (Tabaquim ve Marquesini, 2013).

Konjenital dentofasiyal deformiteye sahip çocuğun tıbbi, cerrahi, ortodontik rehabilitasyonu ve konuşma problemi hem ebeveyn hem de çocuk için önemli duygusal ve sosyal problemler ortaya koymaktadır (Tisza ve Gumpertz, 1962).

DDY ile doğan çocuğun, ebeveynleri üzerindeki etkilerini ve ebeveynlerinin psikososyal işlevselliğini araştıran limitli sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmalar da temel olarak bu konunun psikososyal yönlerinden ziyade genetiği üzerine odaklanmıştır (O'hanlon, 2012).

Araştırmacılar, annelerin DDY ile doğan bebeklerine ilk tepkilerinin genellikle şok, keder, güvensizlik, korku ve suçluluk olduğunu bildirmektedirler. DDY olmadan doğan çocukların annelerine göre, DDY ile doğan çocukların annelerinin daha fazla kaygılı oldukları ve çocuklarının geleceği hakkında daha fazla endişeli oldukları bildirilmiştir (Ripley, 1965).

Ebeveynler aynı zamanda, çocuğunun akranları tarafından kabul görmesi, alay etme, hayat arkadaşı bulma ve istihdamı sağlama konusundaki kaygılar dahil olmak üzere sosyal konular hakkındaki endişelerini bildirmiştir (Klein ve ark., 2006; Nelson ve ark., 2012). Çocuklarında görülebilecek olası zihinsel bozukluk korkusu, ebeveynler arasında son derece yaygındır (Tisza ve Gumpertz, 1962).

Ebeveynlerin DDY' lı bebeklerinin doğumundan sonra yaşadıkları yoğun duygu ve endişelerinden dolayı, bebeklerinin fasiyal deformitesi hakkında doğum ünitesinde çalışan sağlık çalışanlarına, tekrar tekrar soru sorabilecekleri bilinmelidirler. Ebeveynlerin endişelerini dinlemek, konuşma, ağlama ya da sadece sessiz kalma istekleri için zaman

ayırmak önemlidir. DDY ile doğan diğer çocukların anne-babalarıyla konuşmak tüm ebeveynler tarafından yararlı bulunmuştur. Çocuğunun DDY ile doğumu sırasında, ebeveynler keder duygularıyla etkili bir şekilde baş etseler bile yeni endişeler; beslenme, diş çıkarma ve konuşma ile ilgili problemler yaşandıkça ortaya çıkmaktadır (Ripley, 1965).

Başlangıçta, anneler çocuklarını nasıl besleyecekleri konusunda endişe duymaktadırlar ve beklendiği gibi bebeklerini emziremedikleri için kayıp ve başarısızlık duyguları yaşamaktadırlar. Sağlık personeli, DDY ile doğan bebeklerin annelerine, bebeklerini nasıl beslemeleri gerektiği konusunda yeterli bilgi sağlamalıdır (Knapkeet ve ark., 2010; Lockhart, 2003; Ripley, 1965). İlk 3- 4 ay sonra hem anne, hem de bebek için beslenme genellikle bir problem olmaktan çıkmaktadır. Bununla birlikte, bir sonraki dönemde annelerin kaygıları, dişlerin düzensiz şekilde çıkması, gecikmeli konuşma ve çocuğunun bu durumdan zarar görebileceği korkusuna odaklanır (Tisza ve Gumpertz, 1962).

Ebeveynler ameliyatlar, fiziksel görünüm ve sosyal işlevsellik konusunda da endişe duymaktadır (Zeytinoğlu ve ark., 2012). Perry (2004), en iyi aile uyumunu sağlamak için her bir ailenin özel ihtiyaçlarına göre destekleyici ve aile odaklı tıbbi ve danışmanlık hizmetleri sunmanın önemini açıklamıştır. Ebeveynlere, DDY' lı çocuklarıyla nasıl iletişim kuracakları ve gelecekte ne tür ameliyatlar ve tıbbi prosedürler geçirecekleri konusunda bilgi verilmelidir (Frain ve ark., 2007).

Ebeveynler, çocuklarındaki malformasyonun nedenini öğrenmek istemektedir. Bazıları için, akrabalar arasında benzer bir deformitenin ortaya çıkması yüzeysel bir rahatlama sağlasa bile, yine de "neden bu durum başıma geldi?" sorusunu ortadan kaldırmamaktadır. Genetik açıklama ise ebeveynleri rahatlatmak için yetersizdir.

Anneler, sahip oldukları DDY' lı çocuklarından dolayı, hayal kırıklığına uğramaktadır ve kendilerine kızgınlık duymaktadırlar. Hayallerindeki mükemmel bebeği yitirdikleri için akut bir yas durumu yaşayıp, kendilerini yetersiz görmektedirler. Bazı anneler ise kusurlu bir bebeğe sahip oldukları için utanç duyduklarını belirtmektedirler.

Annelerin dörtte üçü, doğumlarını psişik bir şok olarak tanımlarken, bazı anneler reaktif depresyondan muzdarip olduklarını belirtmiştir. Depresyon teşhis edilmediği için

genellikle tedavi edilmemiştir. Ebeveynlerin gizli veya açık olumsuz tutumlarından dolayı çocukların benlik saygısı ve zihinsel aktivitelerinin negatif yönde etkilendiği bildirilmiştir (Kjaldman, 2006).

Anneler, bu durumu batıl inançlara ve hamilelik sırasında meydana gelen olaylara bağlayabilmektedir. Hamilelik öncesi, gebelik sırasında veya doğum sırasında geçirdikleri tıbbi prosedürleri (röntgen, operasyonlar, kan nakli vb.) bile suçlayabilmektedirler. Bazı anneler, kendi çocukluklarındaki beslenme ve iyi bakım eksikliklerinden dolayı, çocuklarının zarar gördüğünü düşünmektedirler. Deformitenin oluşumu konusunda anne, büyükanne, baba ya da doğum uzmanı suçlanabilmektedir.

DDY' lı bebek, ebeveynleri üzerinde sadece damak yarığı olan bebeklere göre daha çok travma yaratmaktadır (Tisza ve Gumpertz,1962).

Tıbbi-cerrahi prosedür, çoğu insanda, belirli bir denge ve stabilite standardı olanlarda bile psikolojik ve duygusal strese neden olur. Ebeveynler, çocuğun cerrahi riskinin koşullarını tecrübe ettiğinde, yükselen stres seviyeleri ile genel olarak bir alarm durumunda olmaktadır (Tabaquim ve Marquesini, 2013).

Sürekli yatışlar stres, korku ve kaygı oluştururken, birey ve ailesi için çaresizlik ve zayıflık duygularına neden olabilmektedir. DDY' lı bireylerin ebeveynleri, düzeltici ameliyatların tamamlanmasını beklerken, anksiyete ve korku durumlarının bir sonucu olarak, olumsuz duygulara kapılırken, cerrahi sonuçla ilgili olumlu beklentiler de sergilemişlerdir. Sosyal destek ağının yanı sıra dini inançlar da, psikolojik sorunların çözümü, duyguların kontrolü ve stresli durumla başa çıkmak için gerekli bilgi kaynağı olarak tanımlanmıştır (Tabaquim ve Marquesini, 2013).

Rey-Bellet ve Hohlfeld (2004), DDY' nın prenatal tanısını alan 29 ebeveyn ile niteliksel bir görüşme gerçekleştirdikleri çalışmada; çoğu ebeveynin suçluluk, endişe, korku ve üzüntü duyduklarını tespit etmişlerdir. Bazı ebeveynler şok ve sürpriz gibi kelimeler kullanmışlardır, ancak bu durum ciddi olumsuz duyguların devam etmesiyle ilişkili görülmemiştir. Bazı ebeveynler de özellikle anne sütü ile beslemeye çalıştıklarında stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Johansson ve Ringsberg, 2004).

DDY' lı bireylerin erken gelişimi sırasında psikososyal ve davranışsal sonuçlar, hem ebeveynlerin duygusal sıkıntılarını artırma potansiyeline sahiptir, hem de ebeveyn ve çocuk arasında bağlanmayı arttıran faktörler ile karakterizedir. Ebeveyn rahatsızlık düzeyleri ve bağlanma kalitesi, ebeveyn-çocuk etkileşimi sorunları ve esnekliği ile ilişkilidir (Richman ve ark., 2012). Dudak onarımının durumu, anne-çocuk bağlanma kalitesinin önemli bir belirleyicisi gibi görünmektedir (Zeytinoğlu ve Davey, 2012). Opere edilmemiş dudak yarığı, rahatsız edici bir manzardır ve çoğu anne, bebeğin hastaneden eve gelmesini ancak dudakın plastik cerrahi ile kapatılmasının ardından istemektedirler. Ameliyattan sonra bile, anneler çocuğu deformitesinden ötürü ortaya çıkarmakta rahatsızlık duymaktadırlar. Bazı anneler duygularını üstlenebiliyorken, bazıları ise çocuğu saklama arzusuyla mücadele etmek için eşlerinin ve doktorlarının desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Tisza ve Gumpertz,1962).

Psikodinamik teori, ailenin çocuğun anomalisini adım adım kabul edeceğini varsayar. Bu durum aşama aşama gerçekleşir, çok zaman alabilir ve aile için oldukça zahmetlidir (Kjaldman, 2006).

Turner ve ark. (1997), ebeveynlerin bir kısmının DDY nedeniyle daha düşük bir özgüvene sahip olduklarını düşünmüşlerdir.

DDY' lı çocuğa sahip annelerin daha fazla stres ve daha zayıf özgüven gösterdiklerini, daha çok evlilik sorunu yaşadıklarını belirten bulgular da vardır. Araştırmalarda, annenin çocuğuna karşı sorumluluk duygusunda herhangi bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (Speltz ve ark., 1990). Krueckeberg ve Kapp-Simon (1993), kraniyofasiyal anomalili çocuğa sahip ailelerin, aile içindeki etkileşimlerine dikkat etmeleri gerektiğini belirtmişlerdir.

Kalland (1995), aileler için erken dönemde bilgilendirmenin ve desteğin önemini vurgulamıştır. Ebeveynlerin uyum sürecinin bir parçası olarak çocuk ile bağlanma sürecini kolaylaştırmak için desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermiştir. Çocuğun kişiliğinin gelişmesi için ebeveynlerin rolü büyük önem taşımaktadır. Çocuk, ebeveynlerinden örnek alarak ve onların tutumlarını benimseyerek kendini tanımlayabilecektir (Krueckeberg ve Kapp-Simon, 1993).

Öte yandan, zorluklar evrensel değildir (Collett ve Speltz, 2006) ve bazı ebeveynler kişisel gelişim ve artan duyarlılık da dahil olmak üzere DDY' lı bir çocuk sahibi olmaktan dolayı olumlu sonuçlar bildirmektedir (Eiserman, 2001; Baker ve ark., 2009). "Daha düşük anne depresyonu, stres/ endişe düzeyi ve ebeveynlerin DDY' lı çocuklarının durumuna uyumu" çocuğun psikososyal uyumunda koruyucu faktör olarak rol oynamaktadır (Endriga ve ark., 2003; Pope ve ark., 2005). Bulgulardaki farklılıklar, her ebeveynin, kendi kişisel deneyimlere sahip olması ile açıklanabilmektedir (O'hanlon, 2012).

DDY ile ilgili birçok çalışmaya göre, annelerden bu anomali saklı tutulduğunda, doğumdan sonra bebeğini görmelerinde gecikme olduğunda ve onlara başlangıçta DDY hakkında bilgi verilmediğinde, annelerde daha fazla endişe olduğu bildirilmiştir. Ebeveynler, DDY ve nedenlerine ilişkin doğru ve dengeli bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar (Davalbhakta ve Hall, 2000; Nusbaum ve ark., 2008). Bu nedenle, bebek teslim edildikten sonra en kısa sürede DDY ve tavsiye edilen tıbbi prosedürler hakkında bilgilendirme yapmak önemlidir. Hemşirelerin DDY hakkında doğru bilgiye sahip olmaları ve bu bilgileri empati kurarak, ayrıntılı ve açık bir şekilde paylaşmaları için eğitilmesi önemlidir (Byrnes ve ark., 2003). Çalışmalar, aynı zamanda ebeveynlerin bilgileri sözel olarak uzman pratisyenlerden almayı tercih ettiklerini göstermektedir (Strauss ve ark., 1995; Byrnes ve ark., 2003). Bazı ebeveynler ayrıca zihinsel gerilik ve öğrenme güçlükleri hakkında bilgi edinmenin önemini vurgulamışlardır (Byrnes ve ark., 2003).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalına başvurmuş, dudak ve/ veya damak yarığına sahip olan 69 birey (32 kız, 37 erkek) ve bu bireylerin annelerinin katılımını içermektedir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu' ndan 09.05.2017 tarihli ve 77082166-604.01.02 sayılı etik kurul onayı alındı.

3.1. Hasta Seçimi ve Dahil Edilme/ Edilmeme Kriterleri

3.1.1. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

Bu çalışmada soruları anlama/ cevaplandırma veya skor verebilme kabiliyetlerini engelleyecek herhangi bir mental sorunu bulunan bireyler,

Sendromlu bireyler,

0-5 yaş arası okuma yazma bilmeyen bireyler çalışmaya dahil edilmedi.

3.1.2. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

Çalışmaya 6-18 yaş arası DDY' lı bireyler ve bu bireylerin anneleri dahil edildi.

DDY' lı bireylerin yaş ortalaması $14\pm 3,9$ yıldır. Bireyler çocuk grubu ve ergen grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. 6-12 yaş aralığındaki bireyler çocuk grubuna, 13-18 yaş aralığındaki bireyler ergen grubuna dahil edildi. Çocuk grubu; yaş ortalaması $9\pm 1,8$ yıl olan 29 bireyin (15 kız, 14 erkek), ergen grubu ise yaş ortalaması $16,3\pm 1,7$ yıl olan 40 bireyin (17 kız, 23 erkek) gönüllü katılımını içermektedir. Gönüllü olan bireyler ve annelerine çalışmanın amacı ve içeriği detaylı şekilde anlatılıp, çalışma ile ilgili anketlerin bireysel olarak cevaplanması istendi.

Veri toplama aracı olarak, DDY' lı bireylere ve annelerine 3' er adet olmak üzere toplam 6 adet anket formu kullanıldı. Bununla birlikte sosyo-demografik tanımlayıcı bilgilere ulaşmak için annelere ek sorular yöneltildi.

3.2. Dudak ve/ veya Damak Yarıklı Bireylere Uygulanan Anketler

Bu bireylere 3 adet anket formu uygulandı. Bu anketler;

- Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL),
- Coopersmith Özsaygı Ölçeği,
- Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğidir.

3.2.1. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL)

Çalışmada, çocuklardaki genel amaçlı yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlı özgün sürümü Almanca olan, 24 madde ve 6 boyuttan (bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul) oluşan ve 1998 yılında Ravens- Sieberer ve Bullinger (1998) tarafından geliştirilen Kid-KINDL (KINDer Lebensqualitätsfragebogen: Children Quality of Life-Questionnaire) ölçeği kullanıldı. Her bir boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Boyutlara ait puanlar bağımsız olarak hesaplanırken ayrıca bu altı boyutun bileşiminden oluşan toplam yaşam kalitesi puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Yüksek puan iyi yaşam kalitesinin göstergesidir. KINDL ölçeğinin 7. sorusu ölçek sorusu değildir, ölçekten bağımsız olarak değerlendirilir. Bireylerin uzun süreli bir hastalığı olup olmadığını gösterir. Ölçeğin herhangi bir kesme noktası yoktur, yüksek puan almak, yaşam kalitesinde iyiliği gösterir (Ayfer ve Ayşe, 2012). Özgün sürümü Almanca olan Kid-KINDL ölçeğinin, Türkçe' ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. KINDL ölçeğinin farklı yaş gruplarında kullanılan öz bildirim dayalı olarak düzenlenmiş üç sürümü vardır. Bunlar: 4-7 yaş çocuklar için Kiddy-KINDL (görüşmeciliğiyle uygulanan sürüm), 8-11 yaş çocuklar için Kid-KINDL ve 12-16 yaş ergenler için Kiddo-KINDL'dır (Ravens-Sieberer ve Bullinger, 1998).

Bu çalışmada çocuk grubu ve ergen grubu olarak 2 gruba ayrılan DDY' lı bireylere KINDL ölçeğinin Kid-KINDL ve Kiddo-KINDL sürümleri uygulandı.

Çizelge 3.1. Türk Toplumuna göre Uyarlanan Kid-KINDL Ölçeğinin Toplam Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (Eser ve ark., 2008)

	Boyutlar	Ortalama	Standart Sapma
Kid-KINDL	Bedensel İyilik	14.73	3.42
	Duygusal İyilik	14.56	3.32
	Öz saygı	12.69	3.40
	Aile	16.15	3.03
	Arkadaş	15.93	2.98
	Okul	15.27	3.07
	Toplam Yaşam Kalitesi	89.32	11.06

3.2.1.1. Kid-KINDL ölçeği

1. Öncelikle bedensel sağlığınla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim					
2. ... Baş ağrım veya karın ağrım oldu					
3. ... Yorgun ve bitkindim					
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim					

2. ...ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm					
2. ... Canım sıkıldı					
3. ... Kendimi yalnız hissettim					
4. ... Korktum					

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum					
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim					
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum					
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı					

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi					
2. ... Evde kendimi iyi hissettim					
3. ... Evde tartıştık					
4. ... Annem babam bazı şeyleri yapmamı engellediler					

5.... ve arkadaşların hakkında

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla oynadım					
2. ... Diğer çocuklar benden hoşlandılar					
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum					
4. ... Kendimi diğer çocuklardan farklı veya önemsiz hissettim					

6. Şimdi, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyorum

Okulda olduğum geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okul ödevimi yapmak kolaydı					
2. ... Derslerden hoşlandım					
3. ... Önümüzdeki haftaların gelmesini dört gözle bekledim					
4. ... Zayıf notlar almaktan korktum					

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise; Lütfen aşağıdaki 6 soruyu yanıtla,

Hayır ise; Anket bitmiştir.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ...Hastalığımın kötüleşmesinden korktum					
2. ... Hastalığım nedeniyle üzuldüm					
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim					
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar					
5.... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim					
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım					

3.2.1.2. Kiddo-KINDL ölçeği

1. Öncelikle sizden bedensel sağlığınızla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim					
2. ...Ağrım oldu					
3. ... Yorgun ve bitkindim					
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim					

2. ...ve genel olarak neler hissettiğiniz hakkında bir kaç şey

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm					
2. ... Canım sıkıldı					
3. ... Kendimi yalnız hissettim					
4. ... Korktum veya kendime güvenimi kaybettim					



3. ...ve kendiniz hakkındaki duygularınız

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum					
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim					
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum					
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı					

4. Aşağıdaki sorular aileniz ile ilgilidir

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi					
2. ... Evde kendimi iyi hissettim					
3. ... Evde tartıştık					
4. ... Annem babam tarafından kısıtlandığımı hissettim					

5....ve arkadaşlarınız hakkında

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla birlikte bir şeyler yaptık					
2. ... Arkadaşlarımla arasında başarılıydım					
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum					
4. ... Kendimi diğer arkadaşlarımdan farklı hissettim					

6. Şimdi, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyorum

Okulda olduğum geçtiğimiz hafta...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okuldaki ödevleri başarıyla yaptım					
2. ... Ders ilgimi çekti					
3. ... Okulda bundan sonra geçireceğim günler beni kaygılandırıyor (endişelendiriyor)					
4. ... Zayıf not almaktan korktum					

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise; Lütfen aşağıdaki 6 soruyu yanıtla,

Hayır ise; Anket bitmiştir.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ...Hastalığımın kötüleşmesinden korktum					
2. ... Hastalığım nedeniyle üzuldüm					
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim					
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar					
5.... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim					
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım					

3.2.2. Coopersmith özsaygı ölçeği

Coopersmith Özsaygı Ölçeğinin, okul formu (8-15 yaş), yetişkin formu (16 yaş ve üstü) ve kısa form olmak üzere 3 versiyonu vardır. Tüm versiyonlar klinik ve araştırma ortamlarında tarama ve/ veya teşhis aracı olarak kullanılabilir. Orjinal formu olan okul formu ve yetişkin formu toplam 58 maddeden, kısa form ise 25 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin 50' si özsaygı ifadesi, 8' i yalan skalasını oluşturmaktadır; yalan maddeler, bireylerin savunmacı tutumunu ölçmek içindir. (Myhill ve Lorr, 1978; Ryden, 1978). Çalışmamızda bu ölçeğin 58 maddeden oluşan orijinal formu kullanıldı.

Bu ankette her insanın zaman zaman hissedebileceği bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmıştır. Her bir sorunun evet ve hayır olmak üzere 2 cevap seçeneği mevcuttur. Bu ölçek, çocukların kendi algılarına göre kendilerine, ailelerine, okula, arkadaşlarına ve kişilerarası ilişkilerine karşı tutumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır (Güloğlu ve Aydın, 2001). Ölçekte, yüksek özsaygıyı gösteren maddeler 2 puan, düşük özsaygıyı gösteren maddeler ise 0 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Dolayısıyla bir kişinin özsaygı puanı maksimum 100 olabilir. Yüksek puan yüksek özsaygıyı göstermektedir (Güçray, 1993). Bu ölçekte 50 puan altında benlik saygısı düzeyi düşük, 50 puan ve üzerinde ise yüksek kabul edilmektedir (Tözün, 2010).

Anket formu;

- | | |
|-------------|--|
| Evet/ Hayır | 1. Olup bitenlerden genellikle rahatsızlık duymam. |
| Evet/ Hayır | 2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça güç gelir. |
| Evet/ Hayır | 3. Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var. |
| Evet/ Hayır | 4. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim. |
| Evet/ Hayır | 5. İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler. |
| Evet/ Hayır | 6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moraliim bozulur. |
| Evet/ Hayır | 7. Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır. |
| Evet/ Hayır | 8. Yaşıtlarımın arasında seviliyorum. |
| Evet/ Hayır | 9. Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır. |
| Evet/ Hayır | 10. Güçlükler karşısında kolayca pes ederim. |
| Evet/ Hayır | 11. Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede). |
| Evet/ Hayır | 12. Kendim olabilmek oldukça zor. |
| Evet/ Hayır | 13. Hayatımdaki her şey karmakarışık. |
| Evet/ Hayır | 14. Arkadaşlarım genellikle sözümü dinler, düşüncelerimi izlerler. |
| Evet/ Hayır | 15. Kendime ait düşüncelerim olumsuz. |
| Evet/ Hayır | 16. Pek çok kere evden ayrılmayı (başımı alıp gitmeyi) istemişimdir. |
| Evet/ Hayır | 17. Okulda sıkça moralimin bozulduğunu, canımın sıkıldığını hissediyorum. |
| Evet/ Hayır | 18. Çoğu insan kadar güzel görünümlü biri değilim. |
| Evet/ Hayır | 19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim. |

- Evet/ Hayır 20. Anne - babam beni anlıyor.
- Evet/ Hayır 21. İnsanların çoğu benden daha çok seviliyor.
- Evet/ Hayır 22. Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum.
- Evet/ Hayır 23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.
- Evet/ Hayır 24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.
- Evet/ Hayır 25. Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum. (Bana bel bağlanmaz)
- Evet/ Hayır 26. Hiçbir şey için kaygı duymam.
- Evet/ Hayır 27. Kendimden oldukça eminim.
- Evet/ Hayır 28. Sevecen birisiyim, başkaları tarafından kolayca sevilirim.
- Evet/ Hayır 29. Anne ve babamla birlikte oldukça hoş ve neşeli vakit geçiririz.
- Evet/ Hayır 30. Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum.
- Evet/ Hayır 31. Keşke daha küçük olsaydım.
- Evet/ Hayır 32. Her zaman yapılması gerekeni, doğru olanı yaparım.
- Evet/ Hayır 33. Okuldaki başarılarımla gurur duymaktayım.
- Evet/ Hayır 34. Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli.
- Evet/ Hayır 35. Yaptığım şeylerden dolayı sık sık pişmanlık duyarım.
- Evet/ Hayır 36. Hiçbir zaman asla mutlu olmam.
- Evet/ Hayır 37. Derslerimle ilgili olarak yapabileceğim en iyisini yapıyorum.
- Evet/ Hayır 38. Genellikle kendimi koruyabilir, kendime dikkat edebilirim.
- Evet/ Hayır 39. Oldukça mutluyum.
- Evet/ Hayır 40. Oyunu kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim.
- Evet/ Hayır 41. Tanıdığım herkesi seviyorum.
- Evet/ Hayır 42. Sınıfta söz almaktan hoşlanırım.
- Evet/ Hayır 43. Kendimi anlayabiliyorum.
- Evet/ Hayır 44. Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.
- Evet/ Hayır 45. Hiç bir zaman azar işitmem.
- Evet/ Hayır 46. Okulda olmak istediğim kadar başarılı değilim.
- Evet/ Hayır 47. Kendi başıma karar verebilir ve bu kararımda ısrar edebilirim.
- Evet/ Hayır 48. Cinsiyetimden (erkek ya da kız olmaktan) memnun değilim.
- Evet/ Hayır 49. Başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum.
- Evet/ Hayır 50. Hiç bir zaman utanmam.
- Evet/ Hayır 51. Sık sık kendimden utandığımı hissediyorum.

- Evet/ Hayır 52. Arkadaşlarım sık sık beni kızdırır, dalga geçerler.
- Evet/ Hayır 53. Her zaman doğruyu söylerim.
- Evet/ Hayır 54. Öğretmenlerim bana yeterince başarılı olamadığımı hissettiriyor.
- Evet/ Hayır 55. Bana ne olacağı hiç umurumda değil.
- Evet/ Hayır 56. Başarısız bir insanım.
- Evet/ Hayır 57. Azarlandığımda kolayca bozulurum.
- Evet/ Hayır 58. Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim.

3.2.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Araştırmada çocukların depresyon puanlarını ölçmek için kullanılan ve Kovacs (1981) tarafından geliştirilen "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği", 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen 27 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Ölçekte bulunan ters maddeler tersinden puanlanır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir (Öy, 1991). Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir (Kovacs, 1981; 1985). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır ve ölçek puanı 19 veya üzerinde olanlar patolojik olarak kabul edilmiştir (Aysev ve ark. 2000).

Anket formu;

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
- 2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
- 3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
- 2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
- 3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
- 2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.

- 3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- J) 1- Her şey her gün beni sıkar.
2- Her şey sık sık beni sıkar.
3- Her şey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.

2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.

3- Oldukça iyi.

R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.

2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.

2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.

3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T) 1- Birçok arkadaşım var.

2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.

3- Hiç arkadaşım yok.

U) 1- Okul başarımlarım iyi.

2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.

3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V) 1- Kimse beni sevmez.

2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.

2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.

2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

3.3. Dudak ve/veya Damak Yarıklı Bireylerin Annelerine Uygulanan Anketler

Çalışmada annelere 3 adet anket formu uygulandı. Bu anketler;

- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği,
- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği,
- Beck Depresyon Ölçeğidir.

Ayrıca sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere ulaşmak için annelere tanımlayıcı sorular yöneltildi. Bu tanımlayıcı sorular; medeni durum, yaş, gelir seviyesi, eğitim durumu ile ailede bakmakla yükümlü olduğu başka ağır hasta olup olmadığı, çocuğunun başka herhangi bir hastalığı (medikal problemi) olup olmadığı ve çocuğunun yarık tipini içermektedir.

3.3.1. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, bireyin genel sağlık durumu hakkında bilgi edinmek için, bireyin kendisinin doldurarak cevapladığı 36 maddeden oluşan bir testtir. Bu test, bireylerin sağlık durumunu 8 alt parametre ile değerlendirme imkanı sağlamaktadır. Bu alt parametreler; fiziksel fonksiyon, fiziksel problemler nedeniyle olan kısıtlanma (fiziksel rol güçlüğü), emosyonel problemler nedeniyle olan kısıtlanma (emosyonel rol güçlüğü),

enerji/canlılık, emosyonel iyilik hali (ruhsal sağlık), sosyal işlevsellik, vücut ağrısı ve genel sağlık algısıdır (Bullinger ve ark., 1998; Demiral ve ark., 2006).

Çizelge 3.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk toplumu için standart değerleri (Aydemir ve ark., 2009)

	Toplum Standardı (\pm standart sapma)
Fiziksel Fonksiyon	86.6 \pm 25.2
Fiziksel Rol Güçlüğü	89.5 \pm 29.6
Emosyonel Rol Güçlüğü	94.7 \pm 20.9
Enerji/ Canlılık	67.0 \pm 13.8
Ruhsal Sağlık	73.5 \pm 11.6
Sosyal İşlevsellik	94.8 \pm 14.2
Ağrı	86.1 \pm 20.6
Genel Sağlık	73.9 \pm 17.5

SF 36 anket formu;

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a-Mükemmel
- b-Çok iyi
- c-İyi
- d-Orta
- e-Kötü

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

- a-Geçen seneden çok daha iyi
- b-Geçen seneden biraz daha iyi
- c-Geçen sene ile aynı
- d-Geçen seneden biraz daha kötü
- e-Geçen seneden çok daha kötü

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar			
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf			
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak			
d. Pek çok katı çıkmak			
e. Tek katı çıkmak			
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek			
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek			
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek			
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek			
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek			

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

- a- Hiç
- b- Çok az
- c- Orta derecede
- d- Biraz
- e- Oldukça

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

- a- Hiç
- b- Çok az
- c- Orta
- d- Çok
- e- İleri derecede
- f- Çok şiddetli

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

- a- Hiç
- b- Çok az
- c- Orta
- d- Çok
- e- İleri derecede

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

- a- Her zaman
- b- Çoğu zaman
- c- Bazı zamanlarda
- d- Çok az zaman
- e- Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum					
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum					
d. Sağlığım mükemmel					

3.3.2. Rosenberg benlik saygısı ölçeği

Araştırmamızda DDY' lı bireylerin annelerindeki benlik saygısı düzeylerini değerlendirmek amaçlı "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" kullanılmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, D-1 (Benlik Saygısı) ; D-2 (Benlik Kavramının Sürekliliği) ; D-3 (İnsanlara Güven Duyma) ; D-4 (Eleştiriye Duyarlılık) ; D-5 (Depresif Duygulanım) ; D-6 (Hayalperestlik) ; D-7 (Psikosomatik Belirtiler) ; D-8 (Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme) ; D-9 (Tartışmalara Katılabilme Derecesi) ; D-10 (Ana-Baba İlgisi) ; D-11 (Babayla İlişki) ve D-12 (Psşik İzolasyon) olmak üzere toplam 12 bölümden oluşmaktadır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 12 alt bölümden oluşmakla birlikte, ölçeğin birinci alt bölümü benlik saygısını doğrudan ölçmeye yönelik olup, diğer alt bölümler ise benlik saygısıyla ilişkili olduğu düşünülen durumları ölçmeye uygun olarak düzenlenmiştir (Korkmaz, 1996).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Türkiye’ deki ilk güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır.

“Benlik Saygısı” alt testinde 0 –1 puan alanların “yüksek”; 2–4 puan alanların “orta” ve 5–6 puan alanların “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir.

“Benlik Kavramının Sürekliliği” alt testinde “puanın yüksek” olması sürekliliğin “az” olduğuna; “0-2” puan alındığında kendilik kavramının sürekliliğinin fazla, “3-5” puan alındığında ise kendilik kavramı sürekliliğinin az olduğuna işaret eder.

“İnsanlara Güven Duyma” alt testinde “yüksek puan” , güvenin “az” olduğunu gösterir; “0-1” puan alanların insanlara olan güvenlerinin çok olduğu, “2-3” puan alanların insanlara orta düzeyde güven duydukları ve “4-5” puan alanların ise insanlara az güven duydukları kabul edilir.

“Eleştiriye Duyarlılık” alt testinde “yüksek puan” , “fazla” duyarlılığa; “0-1” puan eleştiriye az duyarlılığa, “2-3” puan eleştiriye çok duyarlılığa işaret eder.

“Depresif Duygulanım” alt ölçeğinde “yüksek puan” , depresyon düzeyinin “yüksek” olduğunu; “0” puan depresif duygulanımın olmadığını, “1-2” puan depresif duygulanımın az olduğunu, “3-4” puan depresif duygulanımın orta düzeyde yaşandığını ve “5-6” puan ise depresif duygulanımın yüksek düzeyde yaşandığını gösterir.

“Hayalperestlik” alt ölçeğinde “yüksek puan” , hayalperestliğin “fazla” olduğuna; “0- 1” puan hayalperestliğin az olduğunu, “2-3” puan orta düzeyde olduğunu ve “4” puan hayalperestliğin üst seviyede olduğunu belirtir.

“Psikosomatik Belirtiler” alt testinde “yüksek puan” , belirtilerin “fazlalığına”; “0-2” puan belirtilerin az olduğuna, “3-4” puan orta düzeyde psikosomatik belirti yaşandığına ve “5” puan belirtilerin fazla olduğuna işaret eder.

“Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme” alt testinde “yüksek puan” , “kolaylıkla tehdit” edilme duygusuna; “0” puan tehdit hissedilmediğini, “1” puan az hissedildiğini, “2” puan orta düzeyde hissedildiğini ve “3” puan ise kişilerarası ilişkilerde yüksek düzeyde tehdit hissedildiğini gösterir.

“Tartışmalara Katılabilme Derecesi” alt ölçeğinde “yüksek puan” , tartışmalara katılabilmenin “yüksek” oluşuna; “0” puan tartışmalara katılma derecesinin az, “1” puan orta, “2” puan çok olduğuna işaret eder.

“Ana–Baba İlgisi” alt testinde “yüksek puan” , ilgi “azlığına”; “0-2” puan ilginin çok olduğunu, “3-4” puan orta düzeyde ilgi olduğunu ve “5-7” puan ise ana-baba ilgisinin az olduğunu gösterir.

“Babayla İlişki” alt ölçeğinde “yüksek puan” , babayla ilişkinin “fazla” oluşuna; “0-2” puan babayla ilişki azlığına, “3-4” puan orta düzeyde bir ilişkiye, “5-6” puan da babayla ilişkinin fazla olduğuna ve

“Psşik İzolasyon” alt testinde ise “yüksek puan” , psşik izolasyonun “fazlalığına”; “1” puan izolasyonun az olduğuna, “2” puan izolasyonun çok olduğuna işaret eder.

Korkmaz (1996) tarafından yapılan, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin yetişkin bireylere uyarlanmasına yönelik güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında, ölçeğin 12 alt biriminden kadınların aldığı ortalama değerler aşağıda verilmiştir:

Çizelge 3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin kadınlar için ortalama değerleri

	Ortalama değerler (\pm standart sapma)
D1-Benlik Saygısı	0,94 \pm 1,19
D2-Benlik Kavramının Sürekliliği	1,17 \pm 1,01
D3-İnsanlara Güven Duyma	1,95 \pm 0,64
D4-Eleştiriye Duyarlılık	1,71 \pm 0,69
D5-Depresif Duygulanım	2,32 \pm 1,68
D6-Hayalperestlik	0,95 \pm 0,92
D7-Psikosomatik Belirtiler	3,04 \pm 2,55
D8-Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	1,77 \pm 1,01
D9-Tartışmalara Katılabilme Derecesi	0,77 \pm 0,79
D10-Ana-Baba ilgisi	1,31 \pm 1,42
D11-Babayla ilişki	3,17 \pm 1,69
D12-Psşik izolasyon	0,46 \pm 0,71

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği;**D – 1****MADDE 1**

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır?

a.ÇOK DEĞİŞİR b.ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c.ÇOK AZ DEĞİŞİR d.HİÇ DEĞİŞMEZ

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu?

a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin çok çabuk değiştiğini farkettim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

15.Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.

b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler?

a. Başkalarına yardım etmeye

b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

- 33.** Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız?
 a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

- 34.** Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 35.** Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 36.** Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 37.** Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 38.** Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 39.** Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 40.** Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 41.** Hiç sizi rahatsız edecek kadarellerinizde terleme olur mu?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 42.** Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

- 43.** Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

- 44.** Ulusal veya uluslararası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz?

- a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.

- c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslararası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslararası konuları tartışır mısınız?

- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslararası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur?

- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5.– 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5.– 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5.– 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5.– 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak babamdan yana
c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak annemden yana
e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir?

- a. Evet b. Hayır

63. İnsanların çoğusizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.
b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

3.3.3. Beck depresyon ölçeği

Araştırmamızda DDY' lı bireylerin annelerindeki depresyon düzeylerini değerlendirmek amaçlı "Beck Depresyon Ölçeği" kullanıldı.

Aaron T. Beck ve ark. (1961) tarafından depresyonda görülen bilişsel, duygusal, motivasyonel eğilimleri ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği karakteristik tutum ve depresyon belirtilerini ölçen 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 0-63 arasında değişmekte olup, 17 ve üzerindeki puanlar depresyonun varlığını belirtmektedir (Hisli, 1988).

Anket formu;

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

(0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime çok kızıyorum.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

(0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

(0) Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

(2) Şimdi hep sinirliyim.

(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

(0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

(3) Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

(0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiç karar veremiyorum.

(0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(1) Bir şeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.

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

(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

(0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

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

(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

(0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

(2) Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

(0) İştahım her zamanki gibi

(1) İştahım eskisi kadar iyi değil

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Artık hiç iştahım yok.

(0) Son zamanlarda kilo vermedim.

(1) İki kilodan fazla kilo verdim.

(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.

(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

(0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

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

(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

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

(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.

(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.

(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

(0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.

(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.

(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edildi.

Tanımlayıcı analizler yapıldı.

Gruplar arasında DDY tipleri ile çocuk ve ergen annelerinin yaş, eğitim durumu ve gelir seviyesi karşılaştırmaları, Ki-Kare analizi kullanılarak yapıldı.

Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin D1-Benlik saygısı alt başlığı ile diğer alt başlıklar arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı.

Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtildi.





4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Bu çalışmadaki bireyler çocuk ve ergen grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Çocuk grubunun 15' i (%51,7) kız, 14' ü (%48,3) erkek; ergen grubunun 17' si (%42,5) kız, 23' ü (%57,5) erkek olmak üzere toplam 69 birey çalışmaya katıldı (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Gruplardaki cinsiyet dağılımı

		Grup					
		Çocuk		Ergen		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kız	15	51,7	17	42,5	32	46,4
	Erkek	14	48,3	23	57,5	37	53,6
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0

Çalışmamızı oluşturan çocuk ve ergen bireylerin anneleri, çocuk annesi ve ergen annesi olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Bu annelerin sosyodemografik veri dağılımları Çizelge 4.2 ' de gösterilmektedir.

69 annenin katıldığı çalışmada, çocuk annesi grubunda 2, ergen annesi grubunda 5 bireyin medeni durumu bekarlıdır.

Annelerin %58' i 35-44 yaş, %21,7' si 25-34 yaş, %18,8' i 45-54 yaş arası iken %1,4' ü ise 25 yaş altı idi. Çocuk annelerinin yaş grupları incelendiğinde %37,9' unun 25-34 yaş grubunda; %55,2' sinin 35-44 yaş grubunda; %6,9' unun ise 45-54 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Ergen annelerinin ise, %10' unun 25-34 yaş aralığında, %60' ının 35-44 yaş aralığında ve %27,5' inin de 45-54 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

%89,9' u lise mezunu olan annelerin, %5,8' i üniversite, %4,3' ü ise yükseköğretim mezunudur. Çocuk annelerinin %89,7' si, ergen annelerinin ise %90' ı lise mezunu olarak görülmektedir.

Ailelerin %40,6' sı 1000-2000 TL, %44,9' u 2000-3000 TL, %11,6' sı 3000-4000 TL arası gelir seviyesine sahip iken %2,9' u 5000 ve üzerinde gelir seviyesi düzeylerine sahiptir. Çocuk

ailelerinin %62,1' inin 1000-2000 gelir grubunda olduğu görülürken, ergen ailelerinin %62,5' i 2000-3000 gelir grubunda görülmektedir.

Bu annelerin %97,1' inin ailede bakmakla yükümlü olduğu başka ağır hastası yoktur.

Annelerin %89,9' unun çocuğunda DDY haricinde başka herhangi bir medikal problemi bulunmamaktadır.

Çalışmaya dahil edilen DDY' lı bireylerin %11,6' sı sadece damak yarığına sahip iken, %60,9' u tek taraflı dudak ve damak yarığı, %20,3' ü ise çift taraflı dudak ve damak yarığına sahiptir. Sadece dudak yarığı çocuk grubunun %17,2' sinde görülürken; ergen grubunda ise hiç görülmemektedir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Çocuk annesi ve ergen annesi sosyo-demografik veri dağılımı

		Grup					
		Çocuk Annesi		Ergen Annesi		Total	
		n	%	N	%	n	%
Sayı	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0
Medeni durum	Evlü	27	93,1	35	87,5	62	89,9
	Bekar	2	6,9	5	12,5	7	10,1
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0
Yaş	25 yaş altı	0	0,0	1	2,5	1	1,4
	25-34 arası	11	37,9	4	10,0	15	21,7
	35-44 arası	16	55,2	24	60,0	40	58,0
	45-54 arası	2	6,9	11	27,5	13	18,8
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0
Eğitim Durumunuz	Lise	26	89,7	36	90,0	62	89,9
	Yüksekokul	1	3,4	2	5,0	3	4,3
	Üniversite	2	6,9	2	5,0	4	5,8
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0
Gelir Seviyeniz	1000-2000	18	62,1	10	25,0	28	40,6
	2000-3000	6	20,7	25	62,5	31	44,9
	3000-4000	4	13,8	4	10,0	8	11,6
	5000 ve yukarısı	1	3,4	1	2,5	2	2,9
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0
Ailede bakmakla yükümlü olduğunuz başka ağır hasta var mı?	Evet	0	0,0	2	5,0	2	2,9
	Hayır	29	100,0	38	95,0	67	97,1
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0

Çizelge 4.2. (devam) Çocuk annesi ve ergen annesi sosyo-demografik veri dağılımı

Çocuğunuzun yarık tipini işaretleyebilir misiniz?	Sadece dudak yarığı	5	17,2	0	0,0	5	7,2
	Sadece damak yarığı	2	6,9	6	15,0	8	11,6
	Tek taraflı dudak ve damak yarığı	17	58,6	25	62,5	42	60,9
	Çift taraflı dudak ve damak yarığı	5	17,2	9	22,5	14	20,3
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0
Çocuğunuzun başka herhangi bir hastalığı (medikal problemi) var mı?	Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Hayır	29	100,0	40	100,0	69	100,0
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0

Katılımcılar 6-18 yaşları arasındadır ve yaş ortalamaları $13,3\pm 3,9$ yıldır. Çocuk grubu 6-12 yaşları arasında olup; yaş ortalamaları $9,2\pm 1,8$ yıldır. Ergen grubu ise 13-18 yaşları arasında olup; yaş ortalamaları $16,3\pm 1,7$ yıldır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Gruplardaki yaş dağılımı

		Grup					
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss
Yaş	Çocuk	29	9,2	9,0	6,0	12,0	1,8
	Ergen	40	16,3	16,3	13,0	18,0	1,7
	Toplam	69	13,3	14,0	6,0	18,0	3,9

Çizelge 4.4. Çocuk annesi ve ergen annesi grupları arasında yaş, eğitim durumu, gelir seviyesi karşılaştırılması

		Grup						Ki-Kare Analizi
		Çocuk		Ergen		Total		
		n	%	n	%	n	%	p
Yaş	25 yaş altı	1	3,4	0	0,0	1	1,4	0,1196
	25-34 arası	9	31,0	6	15,0	15	21,7	
	35-44 arası	15	51,7	25	62,5	40	58,0	
	45-54 arası	4	13,8	9	22,5	13	18,8	
	55 ve üzeri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Total	29	100,0	40	100,0	69	100,0	
Eğitim Durumu	Lise	25	86,2	37	92,5	62	89,9	0,701
	Yüksekokul	2	6,9	1	2,5	3	4,3	
	Üniversite	2	6,9	2	5,0	4	5,8	
	Lisansüstü	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Total	29	100,0	40	100,0	69	100,0	
Gelir Seviyesi	1000-2000	16	55,2	12	30,0	28	40,6	0,083
	2000-3000	8	27,6	23	57,5	31	44,9	
	3000-4000	4	13,8	4	10,0	8	11,6	
	4000-5000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	5000 ve yukarı	1	3,4	1	2,5	2	2,9	
	Total	29	100,0	40	100,0	69	100,0	

Gruplar arasında yaş, eğitim durumu ve gelir seviyesi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Gruplar arasında yarık tipleri karşılaştırması

	Grup						Ki-Kare Analizi
	Çocuk		Ergen		Total		
	n	%	n	%	n	%	p
Sadece dudak yarığı	5	17,2	0	0,0	5	7,2	0,041
Sadece damak yarığı	2	6,9	6	15,0	8	11,6	
Tek taraflı dudak ve damak yarığı	17	58,6	25	62,5	42	60,9	
Çift taraflı dudak ve damak yarığı	5	17,2	9	22,5	14	20,3	
Total	29	100,0	40	100,0	69	100,0	

Gruplar arasında yarık tipleri açısından anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Belirlenen farklılığın sadece dudak ve sadece damak yarığından kaynaklandığı görülmektedir. Diğer yarık tiplerinin ergen ve çocuklarda benzer olduğu söylenebilir.

Çocuklarda sadece dudak yarığı daha yüksek görülürken, ergenlerde sadece damak yarığı çocuklara göre daha yüksek görülmektedir.

4.2. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Bedensel ve duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul ve toplam yaşam kalitesi puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çocuk grubunda tüm alt birimlerde ve toplam yaşam kalitesinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.6). Tüm birimlerdeki değerlerin, Türk toplumu için normal değerler içinde olduğu görüldü.

Çizelge 4.6. Gruplar arasında Kid-KINDL toplam yaşam kalitesi ve alt boyutlarının karşılaştırılması

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	p
Bedensel iyilik	Çocuk	29	16,0	16,0	9,0	20,0	2,8	0,512
	Ergen	40	15,7	15,0	10,0	20,0	2,7	
	Total	69	15,8	16,0	9,0	20,0	2,7	
Duygusal iyilik	Çocuk	29	16,2	17,0	9,0	20,0	2,6	0,316
	Ergen	40	15,5	17,0	7,0	20,0	3,1	
	Total	69	15,8	17,0	7,0	20,0	2,9	
Öz saygı	Çocuk	29	13,9	14,0	6,0	20,0	4,0	0,487
	Ergen	40	13,3	14,0	6,0	20,0	3,7	
	Total	69	13,6	14,0	6,0	20,0	3,8	
Aile	Çocuk	29	17,9	18,0	14,0	20,0	1,9	0,951
	Ergen	40	18,6	18,0	11,0	65,0	8,0	
	Total	69	18,3	18,0	11,0	65,0	6,2	
Arkadaş	Çocuk	29	16,3	16,0	12,0	20,0	2,3	0,248
	Ergen	40	15,5	16,0	10,0	20,0	2,4	
	Total	69	15,9	16,0	10,0	20,0	2,4	
Okul	Çocuk	29	14,3	14,0	8,0	20,0	3,0	0,059
	Ergen	40	13,0	14,0	8,0	16,0	2,1	
	Total	69	13,5	14,0	8,0	20,0	2,6	
Toplam Yaşam Kalitesi	Çocuk	29	94,6	96,0	77,0	115,0	10,4	0,197
	Ergen	40	91,6	91,0	66,0	141,0	12,5	
	Total	69	92,8	92,0	66,0	141,0	11,7	

4.3. Coopersmith Özsaygı Ölçeği ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.7. Coopersmith Özsaygı Ölçeği ile çocuklar için depresyon ölçeğinin bulguları ve gruplar arasında karşılaştırılması

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Mann-Whitney U testi
		p						
Coopersmith Özsaygı Ölçeği	Çocuk	29	28,0	29,0	0,0	39,0	6,7	0,006
	Ergen	40	25,8	25,0	19,0	34,0	3,5	
	Total	69	26,8	26,0	0,0	39,0	5,2	
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	Çocuk	29	10,8	9,0	3,0	27,0	6,7	0,221
	Ergen	40	8,6	7,0	2,0	21,0	5,0	
	Total	69	9,5	8,0	2,0	27,0	5,9	

Coopersmith Özsaygı Ölçeğinde 50 puan altında benlik saygısı düzeyi düşük, 50 puan ve üzerinde ise yüksek kabul edilmektedir (Tözün, 2010). Bu veriye göre, bu çalışmada 50 puanın altında ölçek puanlarına sahip olan DDY' lı çocuk ve ergen gruplarında, benlik saygısı düzeyinin düşük olduğu tespit edildi. DDY' lı bireyler karşılaştırıldığında ise ergen grubunun özsaygı düzeyinin çocuk grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinin bulgularına göre, çocuk ve ergen grupları arasında depresyon puanları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinde, ölçek puanı 19 veya üzerinde olanlar patolojik olarak kabul edilmiştir (Aysev ve ark. 2000). Bu veriye göre, DDY' lı çocuk ve ergen gruplarının ölçek puanlarının, depresyon açısından herhangi bir patoloji göstermediği bulundu.

4.4. Annelere uygulanan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

“Fiziksel Fonksiyon” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çocuk annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Fiziksel Rol Güçlüğü” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ergen annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Emosyonel Rol Güçlüğü” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ergen annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Enerji/Canlılık” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çocuk annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Ruhsal Sağlık” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ergen annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin bulguları ve gruplar arası karşılaştırılması

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	p
Fiziksel Fonksiyon	Çocuk Annesi	29	75,52	80,00	25,00	100,00	22,21	0,396
	Ergen Annesi	40	73,13	80,00	15,00	100,00	20,65	
	Total	69	74,13	80,00	15,00	100,00	21,20	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çocuk Annesi	29	68,10	75,00	0,00	100,00	31,97	0,321
	Ergen Annesi	40	75,63	75,00	0,00	100,00	29,14	
	Total	69	72,46	75,00	0,00	100,00	30,36	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çocuk Annesi	29	68,97	66,67	0,00	100,00	36,66	0,979
	Ergen Annesi	40	70,83	66,67	0,00	100,00	32,19	
	Total	69	70,05	66,67	0,00	100,00	33,89	
Enerji/Canlılık	Çocuk Annesi	29	57,59	55,00	25,00	90,00	17,81	0,771
	Ergen Annesi	40	56,25	55,00	20,00	90,00	18,04	
	Total	69	56,81	55,00	20,00	90,00	17,82	
Ruhsal Sağlık	Çocuk Annesi	29	69,10	72,00	32,00	100,00	20,42	0,798
	Ergen Annesi	40	70,50	68,00	44,00	96,00	15,18	
	Total	69	69,91	68,00	32,00	100,00	17,44	
Sosyal İşlevsellik	Çocuk Annesi	29	67,24	75,00	12,50	100,00	22,51	0,604
	Ergen Annesi	40	70,00	75,00	12,50	100,00	23,31	
	Total	69	68,84	75,00	12,50	100,00	22,85	
Ağrı	Çocuk Annesi	29	68,02	67,50	0,00	100,00	24,43	0,451
	Ergen Annesi	40	71,94	77,50	10,00	100,00	21,16	
	Total	69	70,29	67,50	0,00	100,00	22,50	
Genel Sağlık	Çocuk Annesi	29	60,63	58,33	29,17	87,50	16,80	0,421
	Ergen Annesi	40	57,08	58,33	20,83	87,50	14,71	
	Total	69	58,57	58,33	20,83	87,50	15,60	

“Sosyal İşlevsellik” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ergen annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Ağrı” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ergen annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

“Genel Sağlık” puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çocuk annelerinde puanların daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.8).

Aydemir ve ark.’nın (2009) yaptıkları çalışmada, belirtilen SF 36 toplum standardı değerleriyle bu çalışmadaki bulgular karşılaştırıldığında, her iki grupta da “Emosyonel Rol Güçlüğü” ve “Sosyal İşlevsellik” puanlarının toplum standartları ortalamasının altında kaldığı görüldü.

4.5. Annelere uygulanan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.9. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin bulgular ve gruplar arası karşılaştırılması

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	p
D1 Benlik Saygısı	Çocuk Annesi	29	,86	,75	0,00	2,41	,60	0,991
	Ergen Annesi	40	,83	,75	0,00	2,25	,56	
	Total	69	,84	,75	0,00	2,41	,57	
D2 Benlik Kavramının Sürekliliği	Çocuk Annesi	29	2,97	3,00	1,00	5,00	1,21	0,707
	Ergen Annesi	40	2,83	3,00	0,00	5,00	1,20	
	Total	69	2,88	3,00	0,00	5,00	1,19	
D3 İnsanlara Güven Duyma	Çocuk Annesi	29	1,52	1,00	0,00	3,00	,83	0,575
	Ergen Annesi	40	1,65	1,00	0,00	3,00	,83	
	Total	69	1,59	1,00	0,00	3,00	,83	

Çizelge 4.9. (devam) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin bulgular ve gruplar arası karşılaştırılması

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	p
D4 Eleştiriye Duyarlılık	Çocuk Annesi	29	1,72	2,00	1,00	3,00	,53	0,927
	Ergen Annesi	40	1,73	2,00	1,00	2,00	,45	
	Total	69	1,72	2,00	1,00	3,00	,48	
D5 Depresif Duygulanım	Çocuk Annesi	29	1,93	2,00	0,00	6,00	1,56	0,891
	Ergen Annesi	40	1,83	2,00	0,00	4,00	1,20	
	Total	69	1,87	2,00	0,00	6,00	1,35	
D6 Hayalperestlik	Çocuk Annesi	29	,45	0,00	0,00	3,00	,78	0,994
	Ergen Annesi	40	,50	0,00	0,00	4,00	,93	
	Total	69	,48	0,00	0,00	4,00	,87	
D7 Psikosomatik Belirtiler	Çocuk Annesi	29	3,72	2,00	0,00	10,00	3,19	0,844
	Ergen Annesi	40	3,40	3,00	0,00	10,00	2,66	
	Total	69	3,54	3,00	0,00	10,00	2,88	
D8 Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Çocuk Annesi	29	1,69	2,00	0,00	3,00	1,04	0,098
	Ergen Annesi	40	1,28	1,50	0,00	3,00	1,04	
	Total	69	1,45	2,00	0,00	3,00	1,05	
D9 Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Çocuk Annesi	29	,62	0,00	0,00	2,00	,73	0,525
	Ergen Annesi	40	,50	0,00	0,00	2,00	,64	
	Total	69	,55	0,00	0,00	2,00	,68	
D10 Ana-Baba İlgisi	Çocuk Annesi	29	1,55	1,00	0,00	8,00	2,06	0,815
	Ergen Annesi	40	1,40	,50	0,00	7,00	1,88	
	Total	69	1,46	1,00	0,00	8,00	1,94	
D11 Babayla İlişki	Çocuk Annesi	29	2,00	1,00	0,00	6,00	1,91	0,227
	Ergen Annesi	40	1,33	1,00	0,00	5,00	1,27	
	Total	69	1,61	1,00	0,00	6,00	1,59	
D12 Psişik İzolasyon	Çocuk Annesi	29	,41	0,00	0,00	2,00	,57	0,961
	Ergen Annesi	40	,48	0,00	0,00	2,00	,72	
	Total	69	,45	0,00	0,00	2,00	,65	

Çizelge 4.9' daki Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine ilişkin bulgular ve gruplar arası karşılaştırmaya göre, puanlar açısından çocuk ve ergen annesi grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). D3- İnsanlara güven duyma, D4- Eleştiriye duyarlılık, D6- Hayalperestlik alt bölümleri hariç, diğer alt bölümlerde çocuk annelerinin ergen annelerine göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

12 bölümden oluşan bu ölçekte, gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte;

D1- Benlik saygısı bölümünün bulgularına göre her iki grupta yüksek benlik saygısı düzeyleri tespit edildi.

D2- Benlik kavramının sürekliliği bölümünün bulgularına göre her iki grupta kendilik kavramının sürekliliği yüksek düzeyde bulundu.

D3- İnsanlara güven duyma bölümünün bulgularına göre her iki grubun insanlara olan güvenlerinin çok olduğu tespit edildi.

D4- Eleştiriye duyarlılık bölümünün bulgularına göre iki grupta da eleştiriye duyarlılığın az düzeyde olduğu saptandı.

D5- Depresif duygulanım bölümünün bulguları, her iki grubun depresif duygulanımı az düzeyde yaşadığını göstermektedir.

D6- Hayalperestlik alt ölçeğinde, gruplarda hayalperestlik düzeyinin az seviyede olduğu bulundu.

D7- Psikosomatik belirtiler alt ölçeğine göre, her iki grubun orta düzeyde psikosomatik belirti yaşadığı tespit edildi.

D8- Kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme alt bölümündeki bulgular, grupların kişiler arası ilişkilerinde az düzeyde tehdit hissettiklerini göstermektedir.

D9- Tartışmalara katılabilme derecesi bölümünün bulgularına göre, grupların tartışmalara katılabilme derecelerinin az olduğu tespit edildi.

D10- Ana-baba ilgisi alt bölümünde, ana-baba ilgisi düzeylerinin her iki grupta yüksek olduğu görüldü.

D11- Babayla ilişki alt ölçeğinde ise, gruplarda baba ile ilişki düzeylerinin az olduğu bulundu.

Çizelge 3.3' te verilen kadınlar için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin ortalama değerleri ile bu çalışmanın değerleri karşılaştırıldığında "D11- Babayla ilişki" alt ölçeği hariç, diğer tüm alt ölçeklerde benzer düzeylerde puanlar saptandı. Kadınların ortalama değerlerine göre, babayla ilişki orta düzeyde iken, bu araştırmada az düzeyde ilişki olduğu saptandı.

D12- Psşik izolasyon alt bölümünde ise, gruplarda psşik izolasyonun az olduğu tespit edildi.

Çizelge 4.10. D1 alt başlığı ile ilişkili diğer alt başlıklar arasındaki Pearson korelasyon analizi

Korelasyonlar												
		D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
D1	R	,168	,213	,128	,429**	,026	,226	,091	-,005	,199	,051	,392**
	p	,167	,079	,296	,000	,835	,061	,459	,970	,101	,676	,001
	N	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69

D1- Benlik saygısı ile D5- Depresif duygulanım ve D12-Psşik izolasyon arasında aynı yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki görülmektedir.($p < 0,05$) D1 puanları arttıkça D5 ve D12 puanları da artmaktadır. Bu bulgulara göre, benlik saygısı azaldıkça, depresif duygulanımın yüksek düzeyde yaşandığı, psşik izolasyonun ise daha çok olduğu sonucuna varıldı.

4.6. Annelere uygulanan Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.11. Beck Depresyon Ölçeğinin bulguları

		Grup					
		Çocuk Annesi		Ergen Annesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Beck Depresyon Ölçeği	0-9 (Normal)	5	17,2	14	35,0	19	27,5
	10-18(Hafif düzeyde depresyon belirtisini gösterir)	5	17,2	8	20,0	13	18,8
	19-29(Orta düzeyde depresyonu gösterir)	14	48,3	16	40,0	30	43,5
	30-63(Şiddetli depresyon belirtisini gösterir.)	5	17,2	2	5,0	7	10,1
	Toplam	29	100,0	40	100,0	69	100,0

Çocuk annelerinde en fazla orta düzeyde depresyon saptandı, hafif ve şiddetli orandaki depresyon oranlarının eşit olduğu bulundu. Ergen annelerinde ise hafif düzeydeki depresyon oranlarının daha fazla olduğu tespit edildi.

Çizelge 4.12. Beck Depresyon Ölçeğinin gruplar arası karşılaştırılması

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	p
Beck Depresyon Ölçeği	Çocuk Annesi	29	21,41	22,00	2,00	43,00	10,82	0,032
	Ergen Annesi	40	15,28	15,50	0,00	31,00	9,47	
	Total	69	17,86	20,00	0,00	43,00	10,44	

Beck Depresyon Ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Çocuk annelerinde ergen annelerine kıyasla Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu çocuk annelerinin depresyona daha yatkın olduğuna işaret etmektedir.



5. TARTIŞMA

Dudak ve/ veya damak yarıkları (DDY) en sık rastlanan konjenital anomalilerdendir (Trotman ve ark., 1993; Raghavan ve ark., 1994). DDY etiolojisinde, hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı ancak bu vakaların büyük bir kısmında multifaktöryel kalıtımın geçerli olduğu düşünülmektedir. DDY bireylerinin rehabilitasyonu özellikle fonksiyonel ve estetik olarak oldukça önem taşır, aynı zamanda son derece özenli ve dikkatli bir tedaviyi gerektirir. Doğumla başlayıp bireyin büyüme gelişiminin bitimine kadar devam eden tedavi sürecinde, düzgün bir fonksiyonel yapı kazandırılmasının yanı sıra tatmin edici estetik sonuç, bireyin hayat kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Başarılı bir DDY tedavisi ancak DDY ekibi olarak adlandırılan ve tıp ve diş hekimliğinin farklı branşlarını içine alan (plastik cerrah, ortodontist, kulak burun boğaz uzmanı, dil ve konuşma terapisti, odyolog, genetik uzmanı, çocuk doktoru, pedodontist, çocuk psikoloğu, protez uzmanı) bir ekibin beraber uyum içerisinde çalışmasıyla mümkündür (Kuijpers-Jagtman, 2000; 2006; Sokucu ve ark., 2011).

DDY' lı bireylerde yaşlarına göre estetik ve konuşma bozukluğunun belirgin olduğu herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Bu farklı durum DDY' lı bireylerde strese bağlı olarak psikososyal bozukluklara da sebep olabilmektedir (Chapman ve ark., 1998).

Yüz estetiği evrensel bir öneme sahiptir, ancak diş hekimliğinde önemli bir yer tutmaktadır. Yüzün derin bir sosyal önemi vardır. Bireyin normdan sapmasına neden olan herhangi bir özellik bir engel olarak kabul edilebilir. Sapma, bir diş anomalisinden karmaşık bir kraniyofasiyal deformiteye kadar farklılık gösterebilir. İnsanlar, çekiciliği özellikle yüz çekiciliği temeline dayandırmaktadır (Noor ve Musa, 2007).

DDY' lı bireylerdeki deformitenin, bu bireylerde oluşturduğu psikolojik ve sosyal etkiler 1960' lardan beri incelenmiştir. DDY bireylerinde daha az özsaygı, öğrenme sürecinde zorluk, daha depresif ve endişeli olma eğilimi tespit edilmiştir (Broder ve ark., 1998).

Konuşma sorunları ve yüz farklılıkları çevresel tepkilerin oluşmasına neden olabilir, bu durum çocukta psikolojik stres yaratıp, benlik saygısı ve duygusal gelişimin olumsuz

etkilenmesi ile sonuçlanabilir (Millard ve Richman, 2001). Ayrıca, diğer kişilerin tepkileri, etkilenen çocukta olumsuz davranışsal bir tepkiye neden olabilir (Pope ve Ward, 1997; Richman ve Millard, 1997).

Konjenital dentofasiyal deformiteye sahip çocuğun rehabilitasyonu, birçok tıbbi, cerrahi, ortodontik ve konuşma problemi hem ebeveyn hem de çocuk için önemli duygusal ve sosyal problemler ortaya koymaktadır (Tisza ve Gumpertz, 1962).

Hem doğum öncesi hem de doğum sonrası ülkeler ve kültürler boyunca anne babaların şok, öfke, üzüntü ve endişe duyguları, anketlerle yapılan çalışmalar ile belgelenmiştir (Bradbury ve Hewison, 1994; Rey-Bellet ve Hohlfeld, 2004; Martin, 2005).

DDY ile doğmak, çocukluktan yetişkinliğe kadar bireyi doğrudan etkilemektedir. Bu etkiyi sağlık, sosyal ve psikolojik sonuçları açısından inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte, DDY' lı bebeği olan ebeveynler hakkında daha az sayıda psikososyal araştırma vardır (Nelson ve ark., 2009).

Bu çalışmada; DDY' lı bireyler ve annelerinin psikososyal ve davranışsal durumlarının değerlendirilmesi, bu bireylerde meydana gelen negatif duygulanım durumlarının, yapılacak anketlerle test edilip, incelenmesi amaçlandı.

Bu çalışmada, DDY' lı bireyler ve annelerine 3' er adet anket uygulanarak, bu bireylerin yaşam kalitesi, benlik saygısı, depresyon düzeyleri psikososyal olarak üç farklı yönüyle incelendi. Bilgilerimiz dahilinde literatürde bireylerin psikososyal durumlarını, bu çalışmada olduğu gibi geniş çaplı ve birkaç boyutta ele alan çalışma bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra Türk toplumunda yapılan limitli sayıdaki çalışmada, ya DDY' lı bireyler ya da sadece bu bireylerin ailelerinin psikososyal durumları incelenmiştir (Sökücü ve ark., 2011; Aslan ve ark., 2018). Ancak daha önce hem DDY' lı bireyler hem de annelerini birlikte ele alıp inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Bu sebeple, bu çalışmada hem DDY' lı bireyler hem de annelerinin olması amaçlandı.

5.1. Vaka Seçimi

Bu araştırmada Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Ortodonti Anabilim Dalı' na başvuran 69 DDY' lı birey ve annelerinin psikososyal yapılarının değerlendirilmesi amacıyla anketler uygulandı.

İrk ve etnik köken, sağlık ile ilgili araştırmaların kritik bileşenleridir (Broder ve ark., 2012). Bu çalışmada ırk veya etnik köken farklılıklarını ortadan kaldırmak için, tüm DDY' lı bireyler ve anneleri, aynı ırk ve etnik köken arasından seçildi.

Clark ve ark. ' nın (2003) yaptığı çalışmada, DDY sıklığının sosyoekonomik durumla olan bağı ortaya konamamıştır. Sosyoekonomik durumla ilişkili olarak farklı popölasyonlarda daha fazla araştırma yapma gerekliliği bildirilmiştir. Bu alışmada DDY' lı bireylerin annelerine sosyoekonomik durumlarıyla alakalı tanımlayıcı sorular yöneltildi. Her iki yaş grubu arasında sosyoekonomik açıdan önemli bir farklılık bulunmadı.

Çalışmada DDY' lı bireyler farklı yaş aralıklarında 2 gruba ayrıldı. Bireyler arasında cinsiyet açısından herhangi bir ayırım yapılmadı. Boss ve Prah! ' ın (2011) DDY' lı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptıkları anket çalışmasında, yaşam kalitesi düzeylerinde kızlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak yaş aralığının 8-15 yıl olarak belirlendiği örneklem grubunda, 12 yaş ve üzeri olan bireylerin yaşam kalitesi ve duygusal iyilik düzeylerinin yaşı daha küçük olan bireylere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu da yaşam kalitesi düzeylerinin yaşla birlikte değiştiğini göstermektedir (Bos ve Prah!, 2011). Al-Ghamdi ve ark.' nın (2016) yaptıkları anket çalışmasına göre DDY' lı bireylerin bakımını gerçekleştiren ebeveynlerin neredeyse yarısı, evlerini idare etmekte zorlanmaktadırlar. Ayrıca, çocuklarının tedavisi öncesinde ebeveynlerin %50' sinin depresyona girdiği, ancak tedaviden sonra, çoğu ebeveynin depresyon düzeylerinde iyileşme olduğu, sadece %11,9' unun depresyon düzeyinin aynı kaldığı bildirilmiştir. Bu verilere dayanarak, çalışmamızdaki bireyler ocuk grubu (6-12 yaş) ve ergen grubu (13-18 yaş) olmak üzere 2 yaş grubunda incelendi, aynı zamanda bu bireylerin bakımını üstlenen anneleri de çalışmaya dahil edildi. Çocukların bakımını üstlenen ve çocuklarıyla daha çok vakit geçiren ebeveynin anneleri olması sebebiyle sadece anneler çalışmaya dahil edildi.

5.2. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Bu çalışmada yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla KINDL anket formu kullanıldı. KINDL Ölçeği, çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) ölçüm aracıdır. Yaşa özel sürümleri olan KINDL Ölçeği, hem klinik hem de klinik dışı alanda gerek sağlıklı çocuklarda gerekse hastalığı olan çocuklarda kullanılabilir (Eser ve ark., 2008). Günümüzde Türk çocukları için geçerli çok az sayıda SYK ölçekleri bulunmaktadır (Ozdoğan ve ark., 2001, Memik ve ark., 2007). Eser ve ark. (2008) Türk çocuklarında Kid-KINDL' in kültürel uyarlanmasının yapılması ve Türkçe sürümünün güvenilir, geçerli ve uygulanabilir olup olmadığının çözümlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, KINDL Ölçeğinin Türkçe sürümünün okul çağı çocukları için uygun bir SYK aracı olarak kullanılabileceğini göstermişlerdir. Türk toplumuna uyarlanan ve güvenilirliği yüksek olan KINDL Ölçeğinin kullanıldığı bu çalışmada, çocuk grubu ve ergen grubu tarafından sırasıyla bu anket formunun Kid-KINDL sürümü ve Kiddo-KINDL sürümünü içeren formlar dolduruldu. 6 boyuttan (bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş ve okul) oluşan bu anketin hiçbir boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Toplam yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde de aynı sonuca varıldı. Aynı zamanda tüm birimlerdeki değerlerin, Türk toplumu için normal değerler içinde olduğu görüldü. DDY' lı bireylerin yaşam kalitesi puanlarının ortalama değerlere yakın olduğu bulundu. DDY' lı bireylerdeki bu olumlu sonuçlar, onlara bakım veren ekibin kalitesi ve bu bireylerin durumlarını kabul edip, bu durumla başa çıkabilme kabiliyetleriyle açıklanabilmektedir.

Ward ve ark.' nın (2013) 75 DDY' lı (yaş ortalaması 13 yıl) birey ile bakıcıları ve 75 sağlıklı bireylerden oluşan kontrol (yaş ortalaması 13,9 yıl) grubuna uyguladığı anket sonucuna göre, DDY' lı çocukların, genel olarak ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi skorları, kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca orofasiyal yarıkların yaşam kalitesi skorlarına olumsuz etkilerinin 15-18 yaş arasındaki bireylerde, daha küçük bireylere kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Naros ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada, DDY' lı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 4-18 yaş arası 134 katılımcıya (%47,8' i kız) yaşa spesifik KINDL

Ölçeği uygulamışlardır. Bu çalışmada, şaşırtıcı bir şekilde sağlıklı bireylerin normatif verileri ile karşılaştırıldığında, DDY' lı bireylerde daha yüksek yaşam kalitesi saptanmıştır. Ancak iletilen anketlerin geri dönüş oranının düşük olması, sonuçlar üzerinde önyargıya sebep olmuştur. Bu bilgi de göz önünde bulundurularak, DDY' lı bireylerdeki yaşam kalitesinin sağlıklı çocuklardan anlamlı bir düşüklüğü olmadığı sonucuna varılmıştır (Naros ve ark., 2018). Çalışmamızda, çocuklardaki yaşam kalitesi düzeylerini ölçmek için benzer şekilde KINDL Ölçeği kullanıldı.

Locker ve ark.' nın (2005) çalışmasında, orofasiyal yarıklı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, 11-14 yaş arası orofasiyal yarığı olan 39 birey ile diş çürüğü olan 37 bireye yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlara göre orofasiyal grupta çürük grubuna göre biraz daha yüksek skor tespit edilmiştir. Orofasiyal yarıklı grupta, fonksiyonel kısıtlamalar ve sosyal iyi oluş (refah) alanlarında ortalamadan biraz daha yüksek değerler bulunmuştur. Orofasiyal yarıklı grubunda sosyal inhibisyon veya geri çekilme kanıtlarına rastlanmazken, bu grup ağız sağlığını, diş çürüğü olan çocuklardan daha iyi derecelendirmiştir. Bu iki grup arasında yaşam kalitesi açısından çok az farklılık bulunmuştur.

Rivaldo ve ark.' nın (2017) yaptığı çalışmada, 12 yaş ve üzeri dudak ve damak yarıklı 94 bireyin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla bireylere çeşitli anketler uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, kadın ya da daha ileri yaşlı bireyler tarafından daha düşük yaşam kalitesi skorları bildirilmiştir (Rivaldo ve ark., 2017).

Kramer ve ark.' nın (2008) yaptığı çalışmada 5-6 yaş arasındaki orofasiyal yarığa sahip 147 çocuk ve ailelerinde, yaşam kalitesi ile aile işleyişi skorlarını ölçmek için KINDL Yaşam Kalitesi Anketi kullanılmıştır. KINDL Anketinin özsaygı boyut skorları en düşük düzeyde bulunmuştur.

Beluci ve Genaro' nun (2016) yaptığı çalışmada, DDY' lı 50 bireyin dentofasiyal deformitesinin cerrahi öncesi ve sonrası düzeltilmesinde, ağız sağlığı koşullarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla, bu bireylere operasyondan yaklaşık 3 gün önce ve operasyondan 3-12 ay sonra yaşam kalitesi ölçekleri uygulanmıştır. Bu

çalışmanın sonuçlarına göre dentofasiyal deformitenin cerrahi olarak düzeltilmesi yaşam kalitesini anlamlı olarak arttırmıştır (Beluci ve Genaro, 2016). Bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak tek zamanlı anlık yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapıldı. Ayrıca çalışmamızda bireylerin birçoğu daha önce bir takım ameliyatlar geçirmiş olup, bu bireylerin yaşam kalitesi değerlerinin ortalama değerlere yakın olduğu bulundu.

5.3. Coopersmith Özsaygı Ölçeği

Bireylerin özsaygı düzeylerini geliştirmeyi amaçlayan psikolojik danışmanlar için öncelikli sorun, kişilerin özsaygı düzeylerinin sağlıklı bir şekilde saptanabilmesidir. Coopersmith Özsaygı Envanteri (CÖE), hem ülkemizde hem de dünyada özsaygıyı ölçen en popüler ölçme aracı olmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunun, orijinal ölçek ile tutarlılık gösteren bir yapıda olduğu tespit edilmiştir (Güloğlu ve Aydın, 2001). Bu sonuçlara dayanarak, bu araştırmada çocuk ve ergen grubundaki benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla Coopersmith Özsaygı Ölçeği kullanıldı.

Coopersmith Özsaygı Ölçeğinin bulguları değerlendirildiğinde, her iki grupta da norm değerlerine göre düşük benlik saygısı düzeyleri tespit edildi. Aynı zamanda ergen grubundaki özsaygı puanları çocuk grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. DDY' lı bireyler normal bireylere göre okul yaşamında kendilerini ifade etmekte, toplum önünde konuşmakta zorluklar yaşayabilmektedir. Bu durum özsaygılarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ergenlik döneminde ise bireylerin kendileriyle ilgili farkındalıkları artmakta, çevreyle olan sosyal ve duygusal ilişki gereksinimlerinde de artışlar meydana gelmektedir. Bu durumdan dolayı ergen grubunda özsaygı düzeylerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Noor ve Musa' nın (2007) DDY' lı 60 birey (12-17 yıl) ve ebeveynleri üzerinde yaptıkları anket çalışmasında, DDY' lı bireylerin konuşma, diş ve dudak görünümleri nedeniyle alay konusu oldukları belirtilmiştir. Bu durumun özsaygılarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Bu bireylerin ebeveynleri de dudak ve damak yarığının alaya sebep olduğunu ve bu durumun çocuklarının özsaygılarını olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Bireyler ve ebeveynlerinin verdiği cevaplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bireyler

ve ebeveynleri için en önemli özelliklerin azalan öncelik sırasına göre sırasıyla dişler, burun, dudak ve konuşma olduğu belirtmiştir. Bu çalışmadaki DDY' lı bireylerde özsaygının olumsuz etkilendiğini gösteren bulgular, bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Gussy ve Kilpatrick' in (2006) 23 ergen DDY' lı birey ve kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında, DDY' lı bireyler ile kontrol grubunun benlik kavramları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamışlardır.

Jung (2010) çalışmasında, malokluzyon ve ortodontik tedavinin ergen benlik saygısı üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla, 4509 ortaokul öğrencisine Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini uygulamıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre, kızlardaki çapraşıklığın benlik saygısını önemli ölçüde etkilediği, ancak erkeklerde ise benlik saygısında önemli bir etki yaratmadığı bulunmuştur. Ayrıca ortodontik tedavi sonrası ideal bir profil ve diş dizisine sahip olan ergen kızların, tedavi görmemiş gruba göre daha yüksek özgüvene sahip olduğu bildirilmiştir.

Tiemens ve ark.' nın (2013) çalışmasında, DDY' lı 7 ergen kız (15-20 yaş) ile gerçekleştirilen görüşmelerde, katılımcılar alay, zorbalık deneyimlerini tanımlamışlardır. Katılımcılar olumsuz sosyal tutumlara karşı koymaya ve bunları reddetmeye çalıştıklarını bildirmişlerdir. Sosyal damganın etkisini azaltmak ve bununla başa çıkabilmek için, sosyal destek ve rekonstrüktif cerrahi yoluna başvurduklarını belirtmişlerdir (Tiemens ve ark., 2013). Bu çalışmada, bizim çalışmamızdaki ergen grupla paralel olarak dudak ve damak yarıklı bireylerde özsaygının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir.

Andrade ve Angerami' nin (2001), 235' i DDY' lı, 373' ü ise normal bireylerden oluşan 608 ergenin (17-20 yaş) öz saygı düzeylerini ölçmek için yaptıkları anket çalışmasının sonuçlarına göre, DDY' lı ergenlerin normal bireylerden farklı davrandıkları ve daha düşük öz saygı puanlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak kontrol grubu kullanılmamakla birlikte bu çalışmanın bulgularına paralel olarak DDY' lı çocuk ve ergenlerde düşük özsaygı puanları tespit edildi.

5.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Kovacs (1981) tarafından hazırlanan Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği esas alınmakla birlikte, çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular da içermektedir. Çocukluk depresyonunda kullanılan kendini değerlendirme ölçekleri arasında en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en fazla araştırılmış olan ölçektir (Aysev ve ark., 2000). Bunlara dayanarak bu araştırmada çocuk ve ergen gruplarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için her iki gruba da Kovacs' ın (1981) çocuklar için depresyon ölçeği uygulandı.

Depresyon ölçeğinin bulgularına göre, çocuk ve ergen grupları arasında depresyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi. Ayrıca çocuk grubundaki depresyon ölçeği puanlarının ergen grubundaki puanlardan yüksek olduğu görüldü. Bu çalışmada, her iki gruptaki depresyon puanlarının normal değerler içerisinde olması, bireylerin durumlarına iyi uyum göstermesiyle açıklanabilir.

Stock ve ark. (2015), DDY' lı yetişkin bireylerin psikolojik gelişimini ve olası destek ihtiyaçlarını kendi perspektiflerinden keşfetmek amacıyla, 52 bireysel telefon görüşmesi yaptıkları çalışmalarında, katılımcılar, yetişkin olarak ek cerrahi, sosyal ve romantik ilişkiler, yüksek öğrenim, mesleki başarı ve psikolojik desteğe erişim ile ilgili çeşitli zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bulgular, DDY' lı yetişkinlerin çoğunun bu zorluklara iyi uyum sağladığını ve olumlu sonuç bildirdiğini ve bu durumun az sayıda yetişkinde sıkıntıya neden olduğunu göstermektedir.

Fadeyibi ve ark. (2012) çalışmalarında, DDY' lı 116 bireyin psikososyal durumlarını değerlendirmişlerdir. Katılımcıların 45' i (%39) 6 yaş altındaki ve 6-12 yaş aralığındaki DDY' lı bireylerin tepkilerini değerlendiren velilerden oluşmaktadır. Geriye kalan 71 birey ise, 12 yaşın üzerindeki DDY' lı bireylerden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcılarda yüksek oranda endişe, depresyon ve genel refahta bozulma gösterilmiştir. 6-12 yaş grubunda etkilerin daha çok olduğu bildirilmiştir.

Berk ve ark. (2001), Çinli 85 DDY' lı yetişkin birey ile 85 kontrol grubu üzerinde yaptıkları anket çalışmasında, DDY' lı yetişkin bireylerin, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla sosyal anksiyete duyduğu, daha düşük benlik saygısı puanları aldığı gösterilmiştir.

Hutchinson ve ark. (2011), Anglo olmayan popülasyonlarda DDY' nin kültürlerarası psikososyal etkilerini incelemek için yaptıkları meta-analitik çalışma, dudak ve/veya damak yarıklı 2276 ergen ve yetişkin bireyden oluşmaktadır. Bu çalışmada, Anglo olmayan toplumlarda DDY' lı erkeklerin kadınlardan, yetişkinlerin ise ergenlerden daha fazla psikososyal problemlere eğilimli olduğu gösterilmiştir. Genel olarak ise yaş, cinsiyet veya kültür ne olursa olsun, DDY' lı bireylerin, normal bireylere göre daha düşük psikososyal gelişim gösterdiği tespit edilmiştir.

Millard ve Richman (2001) çalışmasında farklı yarık tipleri olan çocukların uyum ve öğrenme özelliklerini incelemek amacıyla, 8 ile 17 yaş arası tek taraflı dudak damak yarığı, çift taraflı dudak damak yarığı ve sadece damak yarığı olmak üzere 3 gruba ayırdığı 65 çocukta anket çalışması yapmışlardır. Bu çalışmanın bulgularına göre, sadece damak yarıklı çocukların ebeveyn ve öğretmenleri tarafından depresyon, kaygı, konuşma ve öğrenme ile ilgili konularda, tek ve çift taraflı dudak damak yarıklı çocuklara göre daha fazla sorun olduğu bildirilmiştir. Tek ve çift taraflı dudak damak yarıklı çocuk grupları ise daha az problem sergilemişlerdir ve bu problemlerin de daha çok yüz görünümüyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Tek taraflı dudak ve damak yarıklı çocuklarda, diğer iki gruba göre daha düşük depresyon seviyeleri görülmüştür.

5.5. Annelere uygulanan SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36, araştırmalarda kullanılmaya uygun, kısa ancak kapsamlı, psikometrik özellikleri açısından güçlü bir genel sağlık anketidir (Boueri ve ark., 2001). SF-36 Anketi, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Ware ve Sherbourne, 1992). Her yaşta, hastalık ve tedavi gruplarında, hastalığın etkilerini ve farklı tedavilerin yararlarını karşılaştırmada kullanılmaktadır. Bugüne kadar yaygın olarak genel popülasyonda kullanılmıştır (Boueri ve ark., 2001). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999). Bu verilere dayanarak bu çalışmada annelerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, bu bireylere SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, “fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık, ağrı” olmak üzere 8 alt başlık altında incelenmektedir.

Alt başlıklar değerlendirildiğinde çocuk annesi ve ergen annesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. “Fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık ve genel sağlık” alt başlıklarında çocuk anneleri ergen annelerine göre daha fazla puan alırken, kalan diğer alt başlıklarda ergen anneleri çocuk annelerine göre daha yüksek puanlar almıştır. Genel olarak ise SF-36 Ölçeğinin Türk toplumu için olan norm değerlerine bakıldığında DDY’ lı çocuk ve ergen bireylerin annelerinde sosyal işlevsellik alt başlığı hariç geri kalan tüm alt başlıklar norm değerleri içerisinde kalmaktadır. DDY’ lı bireyler neredeyse yaşam boyu multidisipliner ekip çalışması gerektiren olgular olduğu için, bu bireylerin annelerinin enerji/canlılık ve buna bağlı sosyal işlevsellik puanlarının düşük olması da beklenen bir sonuçtur.

Aslan ve ark.’ nın (2018) yaptıkları çalışmada, DDY’ lı çocuğu olan ebeveynlerin aile işlevlerini ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri tanımlamak amacıyla, 146 ebeveyne (74’ ü DDY’ lı çocuğa sahip ebeveynler; 72’ si kontrol grubu ebeveynleri) anket formları uygulanmıştır. Ebeveynler, çocukların yaşları 0-6, 7-12 ve 13-18 arasında olacak şekilde 3 gruba ayrılmıştır. DDY grubunun 0-6 yaş grubunda davranışsal kontrol, gerekli dikkat ve rol alanlarında, diğer yaş gruplarında ise gerekli ilgi alanlarında problemler olduğu gösterilmiştir. 0-6 yaş kontrol grubunda gerekli ilgi, 7-12 yaş kontrol grubunda ise problem çözme ve iletişim alanındaki problemler DDY grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel alanlarda değerlendirildiği bu çalışmada, 13-18 yaş arası kontrol grubunda fiziksel, sosyal, psikolojik alanlarda yaşam kalitesi puanları, DDY grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. 0-6 ile 7-12 yaş arası çalışma ve kontrol gruplarında ise yaşam kalitesi açısından anlamlı farklar bulunmamıştır. Bu bulgulara göre DDY’ lı çocuğu olan ergen ebeveynlerinde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Antunes ve ark. (2014), DDY' lı çocuğa (4-17 yaş) sahip aileleri kontrol grubuyla kıyasladıkları çalışmada, DDY' lı çocuklarına daha fazla zaman ayırmak zorunda olan ailelerin, yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini bulmuşlardır. Ailelerin yaşam kalitesinin yarık tipinden etkilendiği; deformitenin görünür olması nedeniyle sadece dudak yarıklı ve dudak ve damak yarıklı bireylerin ailelerinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. Deformitenin görünür olmadığı yarık tipine sahip bireylerin ailelerinin yaşam kalitesi düzeyleri ile karşılaştırıldığında, bu farklar anlamsız bulunmuştur. DDY grubundaki annelerin çocuklarına daha fazla zaman ayırmak zorunda olmaları, daha düşük sosyal aktivite ve düşük enerjiye neden olabilmektedir.

Crerand ve ark.' nın (2015) yaptıkları çalışmada, DDY' lı bir çocuğa sahip olma deneyimi gibi stres faktörlerinin; ailelerin esneklik ve refahını artırabilecek koruyucu faktörlerin (örneğin; düşük düzeyde aile içi çatışma, sağlıklı uyum ve ifade düzeyi) oluşumunu destekleyen fırsatlar olabileceği belirtilmiştir.

Özşenol ve ark.' nın (2003) yaptıkları çalışmada, çocuğun engelinden dolayı yakın çevrenin kendisinden uzaklaşacağını düşünen annelerin, bundan dolayı kendini suçlama durumunun; rollere, duygusal tepki verebilmeye, genel fonksiyona ve aile işlevlerine etkide bulunduğu saptanmıştır. Babaların ise çocuğun engelinden dolayı kendini suçlama durumunun; problem çözme ve davranış kontrolüne, çocuğun engelinden dolayı eşini suçlama durumunun ise; iletişim, duygusal tepki verebilme ve genel fonksiyonlara etkide bulunduğu belirlenmiştir.

Tobiasen ve Hiebert' in (1984) yaptıkları çalışmada, DDY' lı çocukları olan ebeveynlerin, çocuklarındaki davranış problemlerine karşı normal ebeveynlerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha toleranslı oldukları bulunmuştur. Bu sonuç, DDY' lı çocuğa sahip ailelerin, çocuklarının doğumundan bu yana birçok sorunla ve stresle karşılaştıkları için problemleri çözme konusunda stratejiler geliştirdiklerini göstermektedir.

Eiserman' in (2001) yaptığı pilot çalışmada, DDY' lı çocukların ebeveynlerinde empati ve başkalarına karşı artan duyarlılık, yardım etme yeteneği, daha yakın ilişkiler, yaşamın

zorluklarını kabul etme, gelişmiş iletişim becerileri ve daha fazla uyum gibi olumlu sonuçlar olduğu bildirilmiştir.

Baker ve ark.'nın (2009), DDY'lı çocuğa sahip 103 ailenin, bu durumla başa çıkma stratejileri ve psikolojik rahatsızlık düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ebeveynler çocuklarının yaş aralıklarına göre (0-6 yaş, 7-12 yaş ve 13-18 yaş) 3 gruba ayrılmıştır. Yaşa bağlı olarak küçük çocuğa sahip ailelerin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. Bu durum, küçük yaşlarda daha kapsamlı tedavi, daha sık cerrahi müdahale ve klinik ziyaret gerekmesiyle açıklanmıştır.

Macho ve ark.'nın (2017), DDY'lı bebekleri olan ailelerin yaşam kalitesini, bebekleri 2 aylık ve 12 aylık iken iki aşamalı olarak değerlendirdikleri çalışmada, ailelerin yaşam kalitesinin önemli olarak etkilendiğini bulmuşlardır. Dudak ve damak yarıklı çocuğu olan ailelerin yaşam kalitesi sadece damak yarıklı çocuğu olan ailelere göre daha çok etkilenirken, yine bu ailelerin cerrahiden kısa bir süre sonra da yaşam kalitelerinde anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Ancak sadece dudak yarıklı çocuğa sahip ailelerde, ameliyat sonrası yaşam kalitesi anlamlı olarak pozitif yönde artış göstermiştir. Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi düzeylerinin ortalama değerlerde olduğu tespit edildi. Bu sonuç çalışmamızda yaşça daha büyük çocuk annelerinin değerlendirilmesine bağlanabilir. Annelerin DDY'lı çocuklarıyla geçirdiği vakit arttıkça bu duruma alışmaları, bununla başa çıkmaları, aldıkları psikolojik desteklerin pozitif etkileri yaşam kalitelerini arttırmada önemli faktörler olarak düşünülmektedir.

5.6. Annelere uygulanan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bu çalışmada DDY'lı bireylerin annelerinin benlik saygısını incelemek amacıyla, 12 alt başlıktan oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanıldı. Araştırmada kullanılan bu ölçek Morris Rosenberg (1965) tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir. Bulgular incelendiğinde çocuk ve ergen annesi grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Her iki grupta da benlik saygısı düzeyleri yüksek, depresif duygulanım düzeyinin ise az olduğu saptandı.

Weatherley- White ve ark.' nın (2005) Hindistan' da yaptıkları çalışmada, ebeveynlerden DDY ile ilgili genel bilgileri, nedeni konusundaki inançlarını ve gerçekleştirilecek ameliyattan beklentilerini belirlemek için 52 aileye 15 maddelik bir anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; ebeveynlerin % 64' ü çocuklarının sosyal etkileşiminin sınırlanmadığını ve bu durumdan utanmadıklarını bildirirken; % 26' sı bazı kısıtlamalar uyguladıklarını, % 10' u ise çocuklarını tamamen toplumdaki izole edip, ev dışına çıkmasına veya okula gitmelerine izin vermediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki bulgular ile karşılaştırıldığında çoğunluk ebeveynin verdiği tepkiler bizim çalışmamızda kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Anketinin sonuçlarına göre yüksek olan benlik saygısı düzeyi (D1), düşük depresif duygulanım (D5), yüksek düzeyde insanlara güven duyma (D3) ve düşük düzeyde eleştiriye duyarlılık (D4) alt başlıklarıyla ilişkilendirildi. Weatherley- White ve ark.' nın (2005) çalışmasındaki diğer ailelerin uyguladığı kısıtlamalar ya da çocuklarını toplumdaki izole etmeleri, bizim çalışmamızdaki kişilerarası ilişkilerde az düzeyde hissedilen tehdit ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Speltz ve ark.' nın (1993) 5-7 yaş arası kraniyofasiyal anomalili çocuk ve anneleri üzerinde yaptıkları çalışmada, çocukların % 18' inde anneleriyle uyumlu olarak anlamlı davranışsal problemler olduğu gösterilmiştir. DDY' lı çocuk anneleri, daha fazla sosyal desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmişlerdir.

5.7. Annelere uygulanan Beck Depresyon Ölçeği

Aron T. Beck ve ark. (1961) tarafından 1961 yılında geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği, bireylerin tutum ve depresyon belirtilerini ölçen 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkiye' de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bu ölçeğin, kısa sürede uygulanabilen güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (Aktürk ve ark., 2005). Bu sebeple bu çalışmada DDY' lı bireylerin annelerinin depresyon düzeylerini değerlendirmek için Beck depresyon ölçeği tercih edildi. Çalışmanın sonuçlarına göre; çocuk annelerinin ergen annelerine göre anlamlı bir şekilde depresyona daha yatkın olduğu bulundu. DDY' lı çocuk annelerinin çocuklarının bakımlarıyla daha fazla ilgilenmek zorunda olmaları ve bu yaşlardaki bireylerde daha sık cerrahi müdahale ve doktor kontrolü gerektiği için, çocuk annelerinin ergen annelerine göre depresyona yatkın olmaları beklenen bir sonuçtur.

Bilgilerimiz dahilinde çocuk ve ergen dönemdeki DDY' lı birey ve/veya ebeveynlerinde depresyon düzeylerini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Depresyon ile ilgili diğer çalışmalarda, prenatal veya bebeklik dönemindeki DDY'lı bireylerin aileleri ya da cerrahi öncesi sonrası ebeveynlerin stres düzeyleri değerlendirilmiştir.

Nelson ve ark.' nın (2009), 12-24 aylık DDY' lı bebeğe sahip 204 ebeveyninden 42' sinin posta yoluyla cevapladığı anket çalışmasında, ebeveynlerin anksiyete, depresyon ve algılanan stres düzeyleri ile bebeklerindeki bu durumundan ötürü nedensel inançları hakkında bilgi almak amaçlanmıştır. Bu durumu çevresel, şans, kendini suçlama ve inançsızlık gibi faktörlere bağlayan ebeveynlerden, kendi kendini suçlayanlarda anksiyete ve algılanan stres ölçeği sonuçları anlamlı olarak yüksek iken, depresyon puanları ise önemli derecede yüksek bulunmamıştır (Nelson ve ark., 2009).

O'Hanlon ve ark.' nın (2012) yaptığı çalışmada, DDY' lı çocuğu olan ebeveynlerde prenatal tanının etkileri ve onların bu duruma uyumu ile ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla, DDY' lı çocuğa sahip 27 ebeveyne anket uygulanmıştır. Aynı zamanda çalışmada 27 ebeveyninden oluşan kontrol grubu da bulunmaktadır. Çalışma grubundaki ebeveynler, kontrol grubundaki ebeveynlere göre kendilerini anlamlı olarak daha suçlu hissettiklerini belirtmişlerdir.

Tabaquim ve Marquesini' nin (2013) yaptıkları çalışmada, DDY' lı bireylerde cerrahi öncesi anne ve babaların stres düzeylerini araştırmak için 21-53 yaş arası 14 ebeveyne anket uygulanması sonucu, ebeveynlerin ameliyat öncesi dönemde % 21.4' ünde yüksek, % 28.6' sında orta ve % 50' sinde düşük stres düzeyi tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası ise % 7.1' inde yüksek, % 21.4'ünde orta ve % 71.4' ünde düşük stres düzeyi saptanmıştır.

6. SONUÇLAR

DDY' lı bireyler ve annelerinde görülen psikososyal ve davranışsal durumların değerlendirildiği bu çalışmada, şu sonuçlar elde edilmiştir:

DDY' lı çocuk grubu ile ergen grubu ve çocuk annesi grubu ile ergen annesi grubu karşılaştırıldığında yaşam kalitesi düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hem DDDY' lı bireyler, hem de anneleri için ortalama değere yakın yaşam kalitesi düzeyleri tespit edildi.

DDY' lı çocuk ve ergen gruplarında, benlik saygısı düzeyinin düşük olduğu tespit edildi. DDDY' lı bireyler karşılaştırıldığında ise ergen grubunun özsaygı düzeyinin çocuk grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü.

Çocuk anneleri ile ergen anneleri arasında özsaygı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Her iki grupta da yüksek benlik saygısı düzeyleri olduğu görüldü.

Çocuklar için depresyon ölçeğinin bulgularına göre, çocuk ve ergen grupları arasında depresyon puanları açısından anlamlı bir farklılık görülmedi.

Çocuk annelerinde, ergen annelerine kıyasla Beck Depresyon Ölçeği puanları daha yüksek bulundu. Bu sonuç, çocuk annelerinin depresyona daha yatkın olduğuna işaret etmektedir.

DDY' lı çocuk ve ergenlerde deformitelerinden ötürü psikososyal ve davranışlar problemler meydana gelebilmektedir. DDDY' lı bireylerin deformiteleri ve fonksiyonlarına yönelik tedavilerinin yanı sıra bu bireylerin psikososyal durumlarının iyileştirilmesi için iyi bir psikolojik destek gerekmektedir. Bu nedenle, bu bireylerin durumlarını daha geniş çaplı olarak her açıdan ele alıp değerlendirecek daha fazla multidisipliner ekip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bireyler deformite tipleri, yaşadıkları sosyal çevre, kültür ve aile ortamına göre hem kendi içlerinde, hem de kontrol gruplarıyla karşılaştırılmalıdır. Ayrıca psikososyal ve davranışsal problemlere neden olan alay, zorbalık ve damgalama gibi durumların önüne geçmek, toplumun bu bireylere bakış açısını ve ön yargılarını değiştirmek için, sağlıklı bireylerin uygun olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Her ailenin kendi içinde değerlendirilmesi gerekirken, DDY' lı bireylerin bakımını üstlenen anneleri, çocuklarının durumu ve bakımı hakkında multidisipliner ekip tarafından her yönüyle uygun ve iyi bir şekilde bilgilendirilmelidir. Annelerde stres ve depresyon düzeylerini azaltmak için uygun psikososyal destek verilmelidir. İlerleyen çalışmalarda, DDY annelerinin kontrol grubu anneleriyle de karşılaştırılması planlanmaktadır.



KAYNAKLAR

- Adam, K. B., Ismail, S. M., Halil, M. H., and Harun, N. A. (2018). Psychosocial effects of cleft lip and palate patients aged 12 years and above in Malaysia. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly and Disabled*, 4, 150-156.
- Al-Ghamdi, M., Bayoumi, A., and Zahran, M. (2016). Quality of Life of Cleft Lip and/or Palate Patients' Caregivers in Jeddah. *Journal of Dental and Oral Health*, 2(7), 1-4.
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Türe, M., ve Tuğlu, C. (2005). Birinci basamak için beck depresyon tarama ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3), 117-122.
- Altman, B. M. (1981). Studies of attitudes toward the handicapped: The need for a new direction. *Social Problems*, 28(3), 321-337.
- Andrade, D. D., and Angerami, E. L. S. (2001). The self-esteem of adolescents with and without a cleft lip and/or palate. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 37-41.
- Antle, B. J. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health & Social Work*, 29(3), 167-175.
- Antunes, L. S., Maués, C. P. R., Nadaes, M. R., Costa, M. C., Küchler, E. C., and Antunes, L. A. A. (2014). The impact of nonsyndromic oral clefts on family quality of life. *Special Care in Dentistry*, 34(3), 138-143.
- Aslan, B. I., Gülsen, A., Tirank, S. B., Findikçioğlu, K., Uzuner, F. D., Tutar, H., and Üçüncü, N. (2018). Family Functions and Life Quality of Parents of Children With Cleft Lip and Palate. *Journal of Craniofacial Surgery*, 29(6), 1614-1618.
- Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., ve Tulunay, C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 205-211.
- Ayfer, E. K. İ. M., ve Ayşe, F. O. (2012). 8-12 yaş arası işitme engelli çocuklarda yaşam kalitesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 17-23.
- Aysev, A., Ulukol, B., ve Ceyhun, G. (2000). Çalışan ve okuyan çocukların "çocuklar için depresyon ölçeği" ile değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(01), 27-30.
- Baker, S. R., Owens, J., Stern, M., and Willmot, D. (2009). Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(3), 229-236.

- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., and Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beluci, M. L., and Genaro, K. F. (2016). Quality of life of individuals with cleft lip and palate pre- and post-surgical correction of dentofacial deformity. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 217-223.
- Berk, N. W., Cooper, M. E., Liu, Y. E., and Marazita, M. L. (2001). Social anxiety in Chinese adults with oral-facial clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(2), 126-133.
- Berscheid, E., Dion, K., Walster, E., and Walster, G. W. (1971). Physical attractiveness and dating choice: A test of the matching hypothesis. *Journal Of Experimental Social Psychology*, 7(2), 173-189.
- Boes, A. D., Murko, V., Wood, J. L., Langbehn, D. R., Canady, J., Richman, L., and Nopoulos, P. (2007). Social function in boys with cleft lip and palate: relationship to ventral frontal cortex morphology. *Behavioural Brain Research*, 181(2), 224-231.
- Bos, A., and Prah, C. (2011). Oral health-related quality of life in Dutch children with cleft lip and/ or palate. *The Angle Orthodontist*, 81(5), 865-871.
- Boueri, F. M., Bucher-Bartelson, B. L., Glenn, K. A., and Make, B. J. (2001). Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest Journal*, 119(1), 77-84.
- Bradbury, E. (1993). Psychological approaches to children and adolescents with disfigurement: a review of the literature. *ACPP Review and Newsletter*, 15(1), 1-6.
- Bradbury, E. T., and Hewison, J. (1994). Early parental adjustment to visible congenital disfigurement. *Child: Care, Health and Development*, 20(4), 251-266.
- Brand, S., Blechschmidt, A., Müller, A., Sader, R., Schwenger-Zimmerer, K., Zeilhofer, H. F., and Holsboer-Trachsler, E. (2009). Psychosocial functioning and sleep patterns in children and adolescents with cleft lip and palate (CLP) compared with healthy controls. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, 46(2), 124-135.
- Broder, H. L., Richman, L. C., and Matheson, P. B. (1998). Learning disability, school achievement, and grade retention among children with cleft: a two-center study. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, 35(2), 127-131.
- Broder, H. L., Smith, F. B., and Strauss, R. P. (1992). Habilitation of patients with clefts: parent and child ratings of satisfaction with appearance and speech. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 29(3), 262-267.
- Broder, H. L., Smith, F. B., and Strauss, R. P. (1994). Effects of visible and invisible orofacial defects on self-perception and adjustment across developmental eras and gender. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 31(6), 429-436.
- Broder, H., and Strauss, R. P. (1989). Self-concept of early primary school age children with visible or invisible defects. *The Cleft Palate Journal*, 26(2), 114-117.

- Broder, H., and Strauss, R. (1991). Psychological problems and referrals among oral-facial team patients. *Journal of Rehabilitation*, 57(1), 31-36.
- Broder, H. L., Wilson-Genderson, M., and Sischo, L. (2012). Health disparities among children with cleft. *American Journal of Public Health*, 102(5), 828-830.
- Bull, R., and Rumsey, N. (1988). *The social psychology of facial appearance*, New York: Springer, New York, 179-215.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Lepège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Gandek, B., Wagner, A., Aaronson, N., Bech, P., Fukuhara, S., Kaasa, S., and Ware J. E. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 913-923.
- Byrnes, A. L., Berk, N. W., Cooper, M. E., and Marazita, M. L. (2003). Parental evaluation of informing interviews for cleft lip and/or palate. *Pediatrics*, 112(2), 308-313.
- Chaleby, K. (1987). Social phobia in Saudis. *Social Psychiatry*, 22(3), 167-170.
- Chan, R. K. K., McPherson, B., and Whitehill, T. L. (2006). Chinese attitudes toward cleft lip and palate: effects of personal contact. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 43(6), 731-739.
- Chapman, K. L., Graham, K. T., Gooch, J., and Visconti, C. (1998). Conversational skills of preschool and school-age children with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 35(6), 503-516.
- Cheung, L. K., Loh, J. S. P., and Ho, S. M. (2007). Psychological profile of Chinese with cleft lip and palate deformities. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 44(1), 79-86.
- Clark, J. V., and Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 36(1), 211-221.
- Clark, J. D., Mossey, P. A., Sharp, L., and Little, J. (2003). Socioeconomic status and orofacial clefts in Scotland, 1989 to 1998. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40(5), 481-485.
- Clifford, E., and Brantley, H. T. (1977). When I was born: perceived parental reactions of adolescents. *Journal Of Personality Assessment*, 41(6), 604-609.
- Collett, B. R., and Speltz, M. L. (2006). Social-emotional development of infants and young children with orofacial clefts. *Infants & Young Children*, 19(4), 262-291.
- Cowan, C. P., and Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44(4), 412-423.
- Crerand, C. E., Rosenberg, J., Magee, L., Stein, M. B., Wilson-Genderson, M., and Broder, H. L. (2015). Parent-reported family functioning among children with cleft lip/palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 52(6), 651-659.

- Crocker, J., and Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda benlik saygısı*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Cunningham, S. J. (1999). The psychology of facial appearance. *Dental Update*, 26(10), 438-443.
- Davalbhakta, A., and Hall, P. (2000). The impact of antenatal diagnosis on the effectiveness and timing of counselling for cleft lip and palate. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(4), 298-301.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., and Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BioMed Central Public Health*, 6(247), 1-8.
- Di, B., and Markus, A. (1998). Cleft lip and palate care in the UK: the CSAG report. *British Dental Journal*, 185(7), 320-321.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Edelmann, R. J., Asendorpf, J., Contarello, A., Zammuner, V., Georgas, J., and Villanueva, C. (1989). Self-reported expression of embarrassment in five European cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20(4), 357-371.
- Eiserman, W. (2001). Unique outcomes and positive contributions associated with facial difference: expanding research and practice. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(3), 236-244.
- Endriga, M. C., Jordan, J. R., and Speltz, M. L. (2003). Emotion self-regulation in preschool-aged children with and without orofacial clefts. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(5), 336-344.
- Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatli, G., Özyurt, B. C., Özcan, C., and Ravens-Sieberer, U. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 409-417.
- Fadeyibi, I. O., Coker, O. A., Zacchariah, M. P., Fasawe, A., and Ademiluyi, S. A. (2012). Psychosocial effects of cleft lip and palate on Nigerians: the Ikeja-Lagos experience. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 46(1), 13-18.
- Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111(2), 304-341.
- Feragen, K. B., Borge, A. I., and Rumsey, N. (2009). Social experience in 10-year-old children born with a cleft: exploring psychosocial resilience. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(1), 65-74.

- Frain, M. P., Lee, G. K., Berven, N. L., Tansey, T., Tschopp, M. K., and Chronister, J. (2007). Use of resiliency model of family stress, adjustment and adaptation by rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 18–25.
- Gilbert, P., and Miles, J. (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*, London: Routledge, 55-74.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, New York: Simon and Schuster, 135-140.
- Gottman, J. M., and Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 927-947.
- Gökçe, S. M., Görgülü, S., ve Bengi, O. (2012). Tek taraflı dudak damak yarıklı hastalarda nazo-alveolar şekillendirme. *Gulhane Medical Journal*, 54(2), 160-164..
- Gussy, M., and Kilpatrick, N. (2006). The self-concept of adolescents with cleft lip and palate: a pilot study using a multidimensional/hierarchical measurement instrument. *International Journal Of Paediatric Dentistry*, 16(5), 335-341.
- Güçray, S. S. (1993). Çocuk yuvasında ve ailesinin yanında kalan 9-10-11 yaş çocuklarının öz-saygı gelişimini etkileyen bazı faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 58-66.
- Güloğlu, B., and Aydın, G. (2001). Coopersmith Özsaygı Envanteri'nin Faktör Yapısı. *Eğitim ve Bilim*, 26(122), 66-71.
- Harper, D. C., and Richman, L. C. (1978). Personality profiles of physically impaired adolescents. *Journal Of Clinical Psychology*, 34(3), 636-642.
- Hart, E. A., Leary, M. R., and Rejeski, W. J. (1989). Tie measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(1), 94-104.
- Heller, A., Tidmarsh, W., and Pless, I. B. (1981). The psychosocial functioning of young adults born with cleft lip or palate: a follow-up study. *Clinical Pediatrics*, 20(7), 459-465.
- Hill, J., Murray, L., Woodall, P., Parmar, B., and Hentges, F. (2004). Recalled relationships with parents and perceptions of professional support in mothers of infants treated for cleft lip. *Attachment & Human Development*, 6(1), 21-30.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory). *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., and Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *European Journal Of Orthodontics*, 27(3), 274-285.

- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., Stevenson, M., and Johnston, C. (2006). Self-reports of psychosocial functioning among children and young adults with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 43(5), 598-605.
- Hutchinson, K., Wellman, M. A., Noe, D. A., and Kahn, A. (2011). The psychosocial effects of cleft lip and palate in non-Anglo populations: a cross-cultural meta-analysis. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, 48(5), 497-508.
- Johansson, B., and Ringsberg, K. C. (2004). Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal Of Advanced Nursing*, 47(2), 165-173.
- Jung, M. H. (2010). Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self- esteem in an adolescent population. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 138(2), 160-166.
- Kalland, M. (1995). *Psychosocial Aspects of Cleft Lip and Palate: Implications for Parental Education. Research Report 138*, Doctoral Dissertation, The University of Helsinki Department of Teacher Education, 153-174.
- Kanaheswari, Y. (2003). Epidemiology of childhood nocturnal enuresis in Malaysia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(2), 118-123.
- Kapp-Simon, K. (1986). Self-concept of primary-school-age children with cleft lip, cleft palate, or both. *The Cleft Palate Journal*, 23(1), 24-27.
- Kapp-Simon, K. A. (1995). Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 32(2), 104-108.
- Kapp-Simon, K. A., Simon, D. J., and Kristovich, S. (1992). Self-perception, social skills, adjustment, and inhibition in young adolescents with craniofacial anomalies. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 29(4), 352-356.
- Kasten E. F., Schmidt, S. P., Zickler, C. F., Berner, E., Damian, L. A., Christian, G. M., et al. (2008). Team care of the patient with cleft lip and palate. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38(5), 138-158.
- Kasuya, M., Sawaki, Y., Ohno, Y., and Ueda, M. (2000). Psychological study of cleft palate children with or without cleft lip by kinetic family drawing. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 28(6), 373-379.
- Kinch, J. W. (1968). Experiments on factors related to self-concept change. *The Journal Of Social Psychology*, 74(2), 251-258.
- King, K. A. (1997). Self-concept and self-esteem: A clarification of terms. *Journal of School Health*, 67(2), 68-71.
- King, G. A., Shultz, I. Z., Steel, K., Gilpin, M., and Cathers, T. (1993). Self-evaluation and self- concept of adolescents with physical disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(2), 132-140.

- King, N. M., Tong, M. C. K., and Ling, J. Y. K. (1994). The ectrodactyly--ectodermal dysplasia-- clefting syndrome: A literature review and case report. *Quintessence International*, 25(10), 731-736.
- Kjälldman, I. O. (2006). *Self-concept and school achievement of pupils with cleft lip, cleft palate or both: a longitudinal study. Research Report 138*, Doctoral Dissertation, The University of Helsinki, Faculty of Behavioural Sciences, Department of Applied Sciences of Education, 18- 20.
- Kjälldman, I. O. (2006). *Self-concept and school achievement of pupils with cleft lip, cleft palate or both: a longitudinal study. Research Report 138*, Doctoral Dissertation, The University of Helsinki, Faculty of Behavioural Sciences, Department of Applied Sciences of Education, 25.
- Kjälldman, I. O. (2006). *Self-concept and school achievement of pupils with cleft lip, cleft palate or both: a longitudinal study. Research Report 138*, Doctoral Dissertation, The University of Helsinki, Faculty of Behavioural Sciences, Department of Applied Sciences of Education, 26- 28.
- Klein, T., Pope, A. W., Getahun, E., and Thompson, J. (2006). Mothers' reflections on raising a child with a craniofacial anomaly. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 43(5), 590-597.
- Knapke, S. C., Bender, P., Prows, C., Schultz, J. R., and Saal, H. M. (2010). Parental perspectives of children born with cleft lip and/or palate: a qualitative assessment of suggestions for healthcare improvements and interventions. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 47(2), 143-150.
- Koçyiğit, H., Aydemir, O., Ölmez, N., and Memiş, A. (1999). SF-36' nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 12, 102-106.
- Korkmaz, M. (1996). *Yetişkin örneklem için bir benlik saygısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 48.
- Korpinen, E. (2000). Finnish and Estonian adolescents' self-concept and self-esteem at the end of comprehensive schooling. *Scandinavian Journal Of Educational Research*, 44(1), 27-47.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(5-6), 305-315.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.

- Kramer, F. J., Gruber, R., Fialka, F., Sinikovic, B., and Schliephake, H. (2008). Quality of life and family functioning in children with nonsyndromic orofacial clefts at preschool ages. *Journal of Craniofacial Surgery*, 19(3), 580-587.
- Krueckeberg, S. M., and Kapp-Simon, K. A. (1993). Effect of parental factors on social skills of preschool children with craniofacial anomalies. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30(5), 490-496.
- Kuijpers-Jagtman, A. M. (2006). The orthodontist, an essential partner in CLP treatment. *B ENT*, 2(4), 57-62.
- Kuijpers-Jagtman, A. M., Borstlap-Engels, V. M., Spauwen, P. H., and Borstlap, W. A. (2000). Team management of orofacial clefts. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 107(11), 447- 451.
- Leary, M. R., and Kowalski, R. M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford Press, 2.
- Lockhart, E. (2003). The mental health needs of children and adolescents with cleft lip and/ or palate. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 7-16.
- Locker, D., Jokovic, A., and Tompson, B. (2005). Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(3), 260-266.
- Macho, P., Bohac, M., Fedeles Jr, J., Fekiacova, D., and Fedeles Sr, J. (2017). Impact of cleft lip and/ or palate in children on family quality of life before and after reconstructive surgery. *Clinical Study*, 118(6), 370-373.
- Marazita, M. L. (2012). The evolution of human genetic studies of cleft lip and cleft palate. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 13, 263-283.
- Marcusson, A., Paulin, G., and Östrup, L. (2002). Facial appearance in adults who had cleft lip and palate treated in childhood. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 36(1), 16-23.
- Martin, V. (2005). Prenatal cleft lip and palate parent programme—phase 1. *British Journal of Midwifery*, 13(2), 90-95.
- Memik, N. C., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, O. S., ve Karakaya, I. (2007). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363.
- Menaghan, E. G. (1983). Marital stress and family transitions: A panel analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45(2), 371-386.
- Millard, T., and Richman, L. C. (2001). Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(1), 68-75.

- Moraes, M. C. A. F., Buffa, M. J. M. B., and Motti, T. F. G. (2009). As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 15(3), 453-470.
- Murray, L., Arteché, A., Bingley, C., Hentges, F., Bishop, D. V., Dalton, L., Goodacre, T., Hill, J., and Cleft Lip and Palate Study Team. (2010). The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 94-103.
- Myhill, J., & Lorr, M. (1978). The cooper-smith self-esteem inventory: Analysis and partial validation of a modified adult form. *Journal of Clinical Psychology*, 34(1), 72-76.
- Naros, A., Brocks, A., Kluba, S., Reinert, S., and Krimmel, M. (2018). Health-related quality of life in cleft lip and/or palate patients—A cross-sectional study from preschool age until adolescence. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 46(10), 1758-1763.
- Nelson, J., O'leary, C., and Weinman, J. (2009). Causal attributions in parents of babies with a cleft lip and/or palate and their association with psychological well-being. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, 46(4), 425-434.
- Nelson, P., Glenny, A. M., Kirk, S., and Caress, A. L. (2012). Parents' experiences of caring for a child with a cleft lip and/or palate: a review of the literature. *Child: Care, Health And Development*, 38(1), 6-20.
- Noor, S. N. F. M., and Musa, S. (2007). Assessment of patients' level of satisfaction with cleft treatment using the Cleft Evaluation Profile. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 44(3), 292- 303.
- Nusbaum, R., Grubs, R. E., Losee, J. E., Weidman, C., Ford, M. D., and Marazita, M. L. (2008). A qualitative description of receiving a diagnosis of clefting in the prenatal or postnatal period. *Journal of Genetic Counseling*, 17(4), 336-350.
- O'hanlon, K., Camic, P. M., and Shearer, J. (2012). Factors associated with parental adaptation to having a child with a cleft lip and/or palate: the impact of parental diagnosis. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 49(6), 718-729.
- Oy, B. (1991). Çocuklar için Depresyon Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 137-140.
- Ozdoğan, H., Ruperto, N., Kasapçopur, O., Bakkaloglu, A., Arisoy, N., Ozen, S., Ugurlu, Ü., Unsal, E., Melikoglu, M., and Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. (2001). The Turkish version of the childhood health assessment questionnaire (CHAQ) and the child health questionnaire (CHQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19(4), 158-162.
- Özdiler, E. (Editör). (2015). *Güncel bilgiler ışığında ortodonti*, Ankara: Gümüş Kitabevi, 269-270.

- Özşenol, F., Işıksan, V., Ünay, B., Aydın, H. İ., Akın, R., ve Gökçay, E. (2003). Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 156-164.
- Paranaíba L. M. R., Bufalino, A., Martelli-Junior, H., De Barros, L. M., Graner, E., and Coletta, R. D. (2010). Lack of association between IRF6 polymorphisms (rs2235371 and rs642961) and non- syndromic cleft lip and/or palate in a Brazilian population. *Oral Diseases*, 16(2), 193-197.
- Patrick, D. L., Topolski, T. D., Edwards, T. C., Aspinall, C. L., Kapp-Simon, K. A., Rumsey, N. J., Strauss, R. P., and Thomas, C. R. (2007). Measuring the quality of life of youth with facial differences. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 44(5), 538-547.
- Perry, A. (2004). A model of stress in families of children with developmental disabilities: Clinical and research applications. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 1-16.
- Pillemer, F.G. and Cook, K. V. (1989). The psychosocial adjustment of pediatric craniofacial patients after surgery. *Cleft Palate Journal*, 26(3), 201-207.
- Pope, A. W., and Snyder, H. T. (2005). Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: age and sex patterns. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(4), 349- 354.
- Pope, A. W., Tillman, K., and Snyder, H. T. (2005). Parenting stress in infancy and psychosocial adjustment in toddlerhood: a longitudinal study of children with craniofacial anomalies. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(5), 556-559.
- Pope, A. W., and Ward, J. (1997). Factors associated with peer social competence in preadolescents with craniofacial anomalies. *Journal Of Pediatric Psychology*, 22(4), 455-469.
- Raghavan, R., Sidhu, S. S., and Kharbanda, O. P. (1994). Craniofacial pattern of parents of children having cleft lip and/or cleft palate anomaly. *The Angle Orthodontist*, 64(2), 137-144.
- Ramstad, T., Ottem, E., and Shaw, W. C. (1995). Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardised treatment of complete cleft lip and palate II. self-reported problems and concerns with appearance. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 29(4), 329-336.
- Ravens-Sieberer, U., and Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7(5), 399-407.
- Rey-Bellet, C., Hohlfeld J. (2004). Prenatal diagnosis of facial clefts: evaluation of a specialised counselling. *Swiss Medical Weekly*, 134, 640-644.

- Richman, L. C. (1978). Parents and teachers: differing views of behavior of cleft palate children. *The Cleft Palate Journal*, 15(4), 360-364.
- Richman, L. C. (1983). Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. *The Cleft Palate Journal*, 20(2), 108-112.
- Richman, L. C., and Eliason, M. (1982). Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intellectual, achievement, behavioral and personality variables. *The Cleft Palate Journal*, 19(4), 249-257.
- Richman, L. C., and Eliason, M. J. (1986). Development in children with cleft lip and/or palate: Intellectual, cognitive, personality, and parental factors. *In Seminars in Speech and Language*, 7(3), 225-239.
- Richman, L. C., and Harper, D. C. (1979). Self-identified personality patterns of children with facial or orthopedic disfigurement. *Cleft Palate Journal*, 16(3), 256-261.
- Richman, L. C., and Harper, D. C. (1980). Personality profiles of physically impaired young adults. *Journal Of Clinical Psychology*, 36(3), 668-671.
- Richman, L. C., and Millard, T. (1997). Brief report: cleft lip and palate: longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(4), 487-494.
- Richman, L. C., McCoy, T. E., Conrad, A. L., and Nopoulos, P. C. (2012). Neuropsychological, behavioral, and academic sequelae of cleft: early developmental, school age, and adolescent/ young adult outcomes. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 49(4), 387-396.
- Ripley, I. L., Kallaus, J., and Mcdermott, M. M. (1965). The child with cleft lip palate. *The American Journal of Nursing*, 65(4), 124-127.
- Rivaldo, E. G., Russomano, R. P., Vargas-Ferreira, F., Pinto, J. H. N., and Frasca, L. C. F. (2017). Impact of cleft lip and palate on oral health-related quality of life (OHRQOL) in Brazilian patients. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada*, 17(1), 1-9.
- Rosanowski, F., and Eysholdt, U. (2002). Phoniatic aspects in cleft lip patients. *Facial Plastic Surgery*, 18(03), 197-204.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 326.
- Ruiter, J. S., Korsten-Meijer, A. G., and Goorhuis-Brouwer, S. M. (2009). Communicative abilities in toddlers and in early school age children with cleft palate. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(5), 693-698.
- Rumsey, N., and Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 1(1), 83-97.

- Ryden, M. B. (1978). An adult version of the Coopersmith Self-Esteem Inventory: Test-retest reliability and social desirability. *Psychological Reports*, 43(3), 1189-1190.
- Sank, J. R., Berk, N. W., Cooper, M. E., and Marazita, M. L. (2003). Perceived social support of mothers of children with clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40(2), 165-171.
- Sarbin, T. R. (1952). A preface to a psychological analysis of the self. *Psychological Review*, 59(1), 11-22.
- Schwaab, U. (1991). Results of parent's counseling within the framework of psychosocial care for families with cleft children. *Deutsche Zeitschrift für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie*, 15(2), 153-155.
- Shaw, W. C., Meek, S. C., and Jones, D. S. (1980). Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*, 7(2), 75- 80.
- Slutsky, H. (1969). Maternal reaction and adjustment to birth and care of cleft palate child. *The Cleft Palate Journal*, 6(4), 425-429.
- Sokucu, O., Nalcaci, R., Ozturk, F., and Toy, S. (2011). Dudak damak yarıklı bireylerin kendini- kabul düzeylerinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Dental Journal*, 11(1), 35-39.
- Speltz, M. L., Armsden, G. C., and Clarren, S. S. (1990). Effects of craniofacial birth defects on maternal functioning postinfancy. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(2), 177-196.
- Speltz, M. L., Morton, K., Goodell, E. W., and Clarren, S. K. (1993). Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: follow-up from late infancy to school entry. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30(5), 482-489.
- Stock, N. M., Feragen, K. B., and Rumsey, N. (2015). "It doesn't all just stop at 18": Psychological adjustment and support needs of adults born with cleft lip and/or palate. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, 52(5), 543-554.
- Strauss, R. P., Sharp, M. C., Lorch, S. C., and Kachalia, B. (1995). Physicians and the communication of " bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/ or palate. *Pediatrics*, 96(1), 82-89.
- Tabaquim, M. D. L. M., and Marquesini, M. A. M. (2013). Study of the stress of parents of patients with cleft lip and palate in a surgical process. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(4), 517-524.
- Taylor, S. E., and Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.

- Thamilselvan, P., Kumar, M. S., Murthy, J., Sharma, M. K., and Kumar, N. R. (2015). Psychosocial issues of parents of children with cleft lip and palate in relation to their behavioral problems. *Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies*, 2(1), 53-57.
- Thompson, A., and Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 663-682.
- Thornton, J. B., Nimer, S., and Howard, P. S. (1996). The incidence classification, etiology, and embryology of oral clefts. *Seminars in Orthodontics*, 2(3), 162-168.
- Tiemens, K., Nicholas, D., and Forrest, C. R. (2013). Living with difference: experiences of adolescent girls with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(2), 27-34.
- Tisza, V. B., and Gumpertz, E. (1962). The parents' reaction to the birth and early care of children with cleft palate. *Pediatrics*, 30(1), 86-90.
- Tobiasen, J. M. (1984). Psychosocial correlates of congenital facial clefts: a conceptualization and model. *The Cleft Palate Journal*, 21(3), 131-139.
- Tobiasen, J. M., and Hiebert, J. M. (1984). Parents' tolerance for the conduct problems of the child with cleft lip and palate. *The Cleft Palate Journal*, 21(2), 82-85.
- Tobiasen, J. M. (1989). Scaling facial impairment. *The Cleft Palate Journal*, 26(3), 249-54.
- Tözün, M. (2010). Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 52-57.
- Trotman, C. A., Collett, A. R., McNamara Jr, J. A., and Cohen, S. R. (1993). Analyses of craniofacial and dental morphology in monozygotic twins discordant for cleft lip and unilateral cleft lip and palate. *The Angle Orthodontist*, 63(2), 135-140.
- Tse, R. (2012). Unilateral Cleft Lip: Principles and Practice of Surgical Management. *Seminars in Plastic Surgery*, 26(04), 145-155.
- Turner, L., Jacobsen, C., Humenczuk, M., Singhal, V. K., Moore, D., and Bell, H. (2001). The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38(5), 519-524.
- Turner, S. R., Rumsey, N., and Sandy, J. R. (1998). Psychological aspects of cleft lip and palate. *The European Journal of Orthodontics*, 20(4), 407-415.
- Turner, S. R., Thomas, P. W. N., Dowell, T., Rumsey, N., and Sandy, J. R. (1997). Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *British Journal of Plastic Surgery*, 50(1), 1-9.
- Ward, J. A., Vig, K. W., Firestone, A. R., Mercado, A., Da Fonseca, M., and Johnston, W. (2013). Oral health-related quality of life in children with orofacial clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(2), 174-181.

- Ware Jr, J. E., and Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Warschausky, S., Kay, J. B., Buchman, S., Halberg, A., & Berger, M. (2002). Health-related quality of life in children with craniofacial anomalies. *Plastic And Reconstructive Surgery*, 110(2), 409-14.
- Weatherley-White, R. C. A., Eiserman, W., Beddoe, M., and Vanderberg, R. (2005). Perceptions, expectations, and reactions to cleft lip and palate surgery in native populations: a pilot study in rural India. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42(5), 560-564.
- Zeytinoglu, S., and Davey, M. P. (2012). It's a privilege to smile: impact of cleft lip palate on families. *Families, Systems and Health*, 30(3), 265-277.





EKLER



EK-1. Etik kurul onayı

Gazi Ü. Evrak Tarih ve Sayısı: 26/12/2017-E.184367

* B E N F K 5 9 E H *

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayın Doç. Dr. Belma IŞIK ASLAN
Ortodonti Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Arş.Gör.Şeyma AKÇAY'ın, uzmanlık tez çalışması olan "*Dudak/damak Yarıklı Hastalarda ve Annelerinde Meydana Gelen Psikososyal ve Davranışsal Değişimlerin Değerlendirilmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 09.05.2017 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No:2017-226

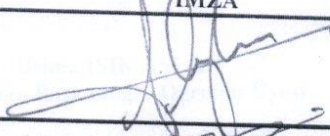
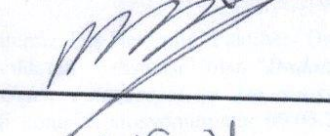
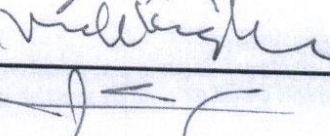
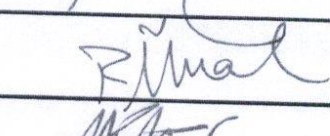
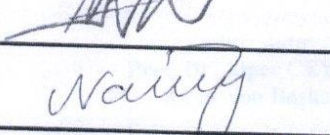
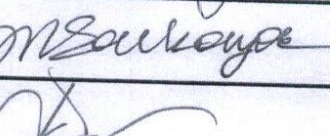
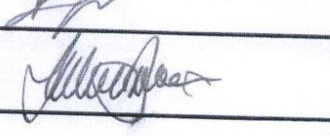
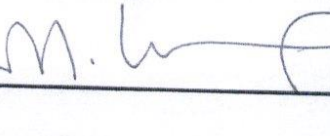
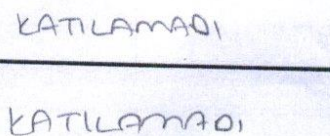
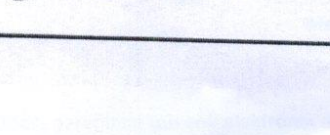
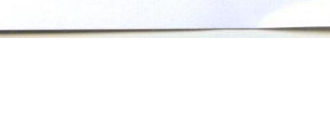
Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi : <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için : Esengül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No 03122022666

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Etik kurul onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 09.05.2017	TOPLANTI SAYISI : 05
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa NİLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	KATILMADI
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	KATILMADI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : AKÇAY GÜLŞEN, ŞEYMA
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 03/08/1990 SİİRT
 Medeni Hali : Evli
 Telefon : 0 506 381 47 75
 E- posta : s1.akcy1@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet
Uzmanlık	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2013
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2013
Lise	Milli Piyango Anadolu Lisesi	2008

Yabancı Dil

İngilizce

Bilimsel Etkinlikler

14. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Sempozyumu, 2-4 Kasım 2015, Eskişehir, Türkiye
15. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Sempozyumu, 5-7 Kasım 2017, Ankara, Türkiye
94. Avrupa Ortodonti Derneği Kongresi (EOS 2018), 17-21 Haziran 2018, Edinburgh, İskoçya

4. 16. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Sempozyumu, 13-17 Ekim 2018, İzmir, Türkiye

Poster Sunumları

1. Akçay, Ş., Aslan B.I. (2017, 5-7 Kasım). *Bilateral Dudak Damak Yarıklı Bir Olgunun Cerrahi Öncesi Nazoalvelar Molding Tekniği ile Tedavisi (Vaka Raporu)*. 15.Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Sempozyumunda sunuldu, Ankara.
2. Akçay, Ş., Aslan B.I. (2018, 17-21 Haziran). *Farklı anteroposterior iskeletsel paternler ve yaşa bağlı gruplarda, üst 3. molar dişlerin radyografik olarak değerlendirmesi*. 94. Avrupa Ortodonti Derneği Kongresinde sunuldu, Edinburgh.
3. Akçay, Ş., Üçüncü, N. (2018, 13-17 Ekim). *Farklı iskeletsel yapıya sahip ön açık kapanışlı iki vakanın tedavisi (Vaka Raporu)*. 16. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Sempozyumunda sunuldu, İzmir.

Yayınlar

1. Akçay, Ş., Aslan B.I., Üçüncü, N. (2016). Nazoalveoler molding tekniği. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2(3), 63-72.



GAZİLİ OLMAK AYRILICALIKTIR..