



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AKNE VULGARİSİ OLAN 12-18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE ERGENLERDE  
AKNE ŞİDDETİ İLE YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE,  
BENLİK ALGISI VE İNTİHAR OLASILIĞI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Canan YUSUFOĞLU

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2009



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**AKNE VULGARİSİ OLAN 12–18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE ERGENLERDE  
AKNE ŞİDDETİ İLE YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE,  
BENLİK ALGISI VE İNTİHAR OLASILIĞI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Canan YUSUFOĞLU**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ**

**BURSA – 2009**

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	18
Bulgular.....	26
I.    Sosyodemografik Bulgular.....	26
II.   Grupların Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması .....	32
Tartışma ve Sonuç.....	55
I.    Genel Bulguların Değerlendirilmesi.....	55
Kaynaklar.....	66
Ekler.....	74
Teşekkür.....	110
Özgeçmiş.....	111

## ÖZET

Akne vulgaris prevalansı yüksektir ve psikososyal işlevselliği kısıtlayabilir. Bu çalışmada, 12-18 yaş arası akne vulgarisli hastalarda akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Kırk akne hastası (21 kız, ortalama yaş 15;9 yıl), aknesi olmayan kontrol grubu (n:40; 20 kız, ortalama yaş 15;6 yıl) ile karşılaştırıldı. Sosyodemografik Form, Global Akne Derecelendirme Sistemi, Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-I, STAI-II), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği, Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. İstatistiksel analizlerde SPSS 13 uygulandı.

Akne şiddeti hastaların %37.5'sinde hafif, %43.8'inde orta ve %18.8'inde ağırdı. Hastaların %40'ında ve kontrollerin %42.5'da anksiyete ve/veya depresyon düzeyi patolojikti ( $p>0.05$ ).

Çalışma gruplarının ölçek puanları karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi ebeveyn bildirimini, akne grubunda (toplam, fiziksel) yüksekti ( $p<0.05$ ).

Akneli 12-14 yaşındakilerde, 15-18 yaşındakilere göre KSE (obsesyon/kompulsiyon, kişilerarası duyarlılık, psikotisizm, semptom rahatsızlığı) düşük; özkavram (fiziksel görünüm) yüksekti ( $p<0.05$ ).

Akne süresi, ölçek puanlarıyla korelasyon göstermedi ( $p>0.05$ ). Akne skoru, beden self ilişkisiyle (görünüş, fiziksel yeterlilik, beden alanları doyumu) doğru orantılı; hastanın algıladığı akne şiddeti ise, beden self ilişkisiyle (görünüş, sağlık, beden alanları doyumu) ters orantılıydı ( $p<0.05$ ).

Hastanın algıladığı kısıtlanma düzeyi: depresyon, anlık anksiyete, KSE (çoğu altölçek), intihar olasılığı (umutsuzluk, düşmanlık, toplam), beden self ilişkisi (görünüşe yönelim), yaşam kalitesi ergen (toplam, fiziksel) ve ebeveyn (fiziksel) bildirimini ile ters orantılı saptandı ( $p<0.05$ ).

Akne vulgaris'te, hastanın algıladığı akne Şiddeti ile etkilenme dőzeyinin belirlenmesi ve gereğinde psikiyatriste yőnlendirme, psikososyal iŐlevselliđin korunmasında katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Akne vulgaris, psikoyatrik komorbidite, yaşam kalitesi, benlik algısı, intihar, ocuk psikiyatrisi.

## SUMMARY

### **An Investigation of the Relationship Between Acne Severity and Quality of Life, Psychiatric Comorbidity, Self-Concept and Suicide Risk in 12 to 18 Year Old Children And Adolescents With Acne Vulgaris**

Acne vulgaris is prevalent and may lead to psychosocial impairment. This study investigated relationships between acne severity and quality of life, psychiatric comorbidity, self-concept, suicide risk in 12-18 year-olds with acne.

Forty patients (21 girls, mean age 15;9) were compared to 40 acne-free controls (20 girls, mean age 15;6). Sociodemographic form, Global Acne Grading System, Children's Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory (STAI-I, STAI-II), Brief Symptom Inventory (BSI), Multi-dimensional Body-Self Relations Questionnaire, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Suicide Probability Scale and Pediatric Quality of Life Inventory were applied. SPSS v.13 was used for statistical analysis.

Acne severity was rated low (37.5%), medium (43.8%) or high (18.8%). Anxiety and/or depression were pathological in 40% of patients and 42.5% of controls ( $p>0.05$ ).

Tool score comparisons showed higher quality of life parent report (total, physical) in patients versus controls ( $p<0.05$ ).

BSI (obsession/compulsion, interpersonal sensitivity, psychoticism, symptom disturbance) was lower and self-concept (physical appearance) was higher in 12-14 than in 15-18 year-olds ( $p<0.05$ ).

Acne duration did not correlate with tool scores ( $p>0.05$ ). Acne scores correlated positively with body-self relation (appearance, physical sufficiency, body areas satisfaction). Perceived acne severity correlated negatively with body-self relation (appearance, health, body areas satisfaction) ( $p<0.05$ ).

Perceived impairment correlated negatively with depression, state anxiety, BSI (most subscales), suicide probability (hopelessness, hostility,

total), body-self relation (aspect orientation), quality of life adolescent (total, physical) and parent (physical) reports ( $p < 0.05$ ).

Determining perceived acne severity and impairment, considering psychiatric referrals will help retain psychosocial function.

**Keywords:** Acne vulgaris, psychiatric comorbidity, quality of life, self-concept, suicide, child psychiatry.

## GİRİŞ

Akne, cildin pilosebase bezlerinin komedon, papül, püstül ve daha az sıklıkla nodüller, kistler bazen de skar oluşumu ile karakterize kronik inflamatuvar hastalıdır. Akne özellikle genç ve erişkinler arasında sık görülen dermatolojik bir problemdir (1).

Akne, genellikle adolesan yaşlarda başlayıp 20'li yaşların ortalarında gerilemekte, erkeklerde daha sık ve şiddetli seyretmektedir (2–6).

Toplumun yaklaşık %85'i hayatının bir döneminde akne vulgaristen etkilenmektedir. Genellikle adolesan dönemde görülmesine rağmen, akne ileri yaşlarda da karşımıza çıkabilmektedir (7, 8). Klinik görünümü açısından değişken olan hastalık %99 yüz, %60 sırt ve %15 oranında göğüs yerleşimi gösterir (9).

Akne ile ruhsal durum arasındaki ilişki uzun zamandan beri araştırılmaktadır. Emosyonel stres akneyi alevlendirebildiği gibi, hastalar aknenin sonucu olarak da psikolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir (6, 10).

Günümüzde pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal–toplumsal sorunların etkisinin olduğu, kronik deri hastalıklarına sekonder olarak ruhsal sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir. Psikokutanöz hastalıklar olarak adlandırılan bu grubun tanı ve tedavisinde biyopsikososyal olarak bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir(11–13).

### **Epidemiyoloji**

Adolesanlarda değişik dönemlerde yapılan farklı çalışmalarda akne prevalans oranlarının %35 ile %90 arasında değiştiği, aknenin kızlarda en sık 14–17 yaşlarında ve %40 oranında görüldüğü bildirilmektedir (14, 15).

Yüz aknesi prevalans oranları adolesan erkeklerde %81 ile %95, adolesan kızlarda ise %79 ile %82 arasındadır (16).



Gelişen tedaviler aknenin prevalansını, şiddetini ve dermatoloji kliniklerine başvuru yaşını değiştirdiği için son zamanlarda aknenin doğal seyri üzerine yapılabilen çalışmalar sınırlıdır (6). Akne prevalansının son 20 yılda azaldığı, ancak genel akne prevalansının hastaların giderek daha fazla tedaviye başvurması nedeniyle tam olarak saptanamadığı bildirilmektedir (17).

İsveç'te yapılan bir çalışmada, 8298 öğrencinin muayenesi sonucunda, kızların %37'sinin, erkeklerin %15'inin 12 yaşında akneleri olduğu bildirilmiştir (18).

Büyükgebiz ve ark. (19), Ankara'nın Gülveren bölgesinde 12–18 yaşları arasında 3.280 öğrencinin dahil edildiği bir anket çalışmasında öğrencilerin %9,3'ünde (n:304); erkeklerin %4,9'unda (n: 160), kızların ise %4,4'ünde (n: 144) akne tesbit etmişlerdir.

Tunalı ve ark. (14), 1980 yılında 12–18 yaşları arasındaki 3131 öğrencide yaptıkları taramada %21,3 (n:670) olguda akne rapor etmişlerdir.

Türkiye'de adolesanlarda akne prevalansı ve klinik derecelendirmesinin saptanması amacıyla Denizli' de 2657 lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada 615 öğrencide (%23,1) değişik derecelerde akne saptanmıştır. Akne grubunun %67,60'ı (n: 416) erkek, %32,40'ı (n: 199) kızdır. Tüm öğrenciler göz önüne alındığında, erkek öğrencilerin %29.2'sinde ve kızların %16.1'inde akne gözlenmiştir (p<0.001). Orta ve şiddetli derecede akne erkeklerde (%15.8), kız öğrencilere (%8.8) göre anlamlı olarak daha fazla oranda saptanmıştır (p<0.001). Sadece lise öğrencilerinin değerlendirildiği çalışma grubunda akne başlangıç yaş ortalamasının kızlarda (13,4±1,3) erkeklerdekinden (14,1±1,1) daha küçük olduğu görülmüştür (p<0.001) (15).

Polat ve ark.'nın (20), 2008 yılında Bolu yöresinde pediyatrik yaş grubunda deri hastalıklarını incelemiş, 0–16 yaş arası 624 deri hastağı olan çocuğun, %49,19'u (n: 307) erkek, %50,80'i (n: 317) kız olarak saptanmıştır. 12–16 yaş grubunda erkeklerde %7,21 (n: 45) ve kızlarda %6,89 (n: 43) oranları ile akne vulgaris ilk sırayı oluşturmaktadır. Akne vulgaris prevalansı %11.8 ile 16.7 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmada %15.7 oranında tespit

edilmiştir Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda da, genel popülasyon ve yaş grubu için verilen değerlerde benzerlik göstermektedir (21, 22).

Tekin ve ark.’nın (22), 2007 yılında Zonguldak bölgesinde çocukluk çağındaki deri hastalıklarının prevalansı ile ilgili çalışmalarında, hastalar genel olarak değerlendirildiğinde birinci sırada ekzama, ikinci sırada akne vulgaris (%11.8); adolesan döneminde ise akne vulgaris birinci (%25.2) en sık görülen hastalık olarak tespit edilmiştir. Tekin ve ark.’nın (22) çalışmasında, 12–16 yaş grubundaki 636 (%46) kişi çalışmanın en büyük grubunu oluşturmaktadır. Bu yaş grubunun özelliği nedeniyle hastalar genel olarak değerlendirdiğinde akne, atopik dermatitten daha sık görülmektedir. Bu çalışmada hem erkeklerde hem de kızlarda en sık görülen 3 hastalık; viral infeksiyonlar (%15,6–%14,7), akne (%12,7–%11,1) ve atopik dermatittir (%9,8–11). Bu sıralama gelişmekte olan ülkelerden bildirilen sonuçlara benzemektedir (23–25).

Larsson ve Liden (26), 12–16 yaş grubunda akne vulgarisi %36.5 ile en sık görülen dermatoz olarak bildirmistir. Serarslan ve ark. (27), Antakya’da yetiştirme yurdunda yaşayan 13– 20 yaş grubunda 47 erkek (%25,4) ve 51 kız (%27,5) adolosanda benzer şekilde akneyi en sık görülen deri hastalığı olarak rapor etmişlerdir.

Güldü ve ark. (21), 2000 yılında Sivas il merkezindeki ilköğretim okullarındaki 6– 16 yaş grubu 1892 öğrencide akne vulgaris prevalansı tüm yaş gruplarında %16,7 (n: 316) olarak saptanmıştır. Kız öğrencilerde bu oran %20,2, erkek öğrencilerde ise %13,4 olarak bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Aknenin neden yaşla birlikte kendiliğinden düzeldiği veya neden kadınlarda daha dirençli olduğu bilinmemektedir. Akne vulgariste ailesel yatkınlık görülebilmektedir. Ancak henüz genetik geçiş şekli gösterilememiştir. Bazı araştırmacılar, XYY genotipi ile şiddetli akne birlikteliği bildirmişlerdir. Ayrıca nodülokistik akne beyaz erkeklerde, siyahlara göre daha fazla görülebilmektedir (28). Akne vulgaris oluşumunda genetik faktörlerin, çevresel faktörlerin de katkısıyla etkili olduğu kabul edilmektedir (28, 29).

## Etiyoloji ve Patogenez

Akne vulgaris lezyonlarının gelişiminde rol oynadığı düşünülen faktörler dört

grupta toplanabilir:

1. Sebum salınımında artış,
2. Duktal hiperkornifikasyon,
3. Folliküldeki Propionibacterium acnes kolonizasyonu,
4. İnflamasyon (3, 4, 6, 30, 31).

Pilosebaze ünite akne lezyonlarının olduğu bölgedir. Bir kıl follikülü ve ona açılan sebaze bezden oluşur. Bu yapı çok katlı yassı epitel ile döşeli infundibulum adı verilen bölge ile deri yüzeyine açılır. Aynı epidermiste olduğu gibi, follikülü oluşturan hücreler de yenilenip sebum ile birlikte atılır (32).

Akneli hastalarda pilosebaze ünitede görülen ilk değişiklik, folliküldeki keratinizasyonun farklı olmasıdır. Akne hastalarında duktusta hiperkornifikasyon ve follikül hücrelerinde hiperproliferasyon ve bu hücrelerin anormal yapışıklığı nedeniyle hipodeskuamasyon mevcuttur (31). Yoğun keratinize materyal ve çoğalan keratinositler, komedonları oluşturur. Bunlar önceleri gözle görülmeyen mikrokomedonlar şeklinde iken, sonrasında klinikte fark edilebilen açık ve kapalı komedonlar haline gelirler. Komedon oluşumuna katkıda bulunan diğer faktörler arasında akneli hastaların sebumlarındaki rölatif linoleik asit eksikliği sayılmaktadır; bu durum epitel farklılaşmasını engellemekte ve hiperkornifikasyona yol açmaktadır (32).

İkinci farklılık olarak, akneli hastalarda sebum üretimi artmıştır. Sebum üretiminin miktarı ile akne şiddeti arasında korelasyon mevcut olup, sebumun komedojenik olduğu ve inflamasyona neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca, sebum propionibacterium acnes'in çoğalabilmesi için gerekli ortamı hazırlamaktadır. Sebaze bezin aktivitesi androjenlerin kontrolü altındadır. Sebaze bezler insan derisindeki en yüksek androjen reseptör yoğunluğuna sahiptir (33). Akneli hastalarda serum androjenin artışından çok, sebaze bezlerde serum androjenlerine lokal olarak cevap artmıştır.

Birçok hasta stresli dönemlerde şikayetlerinin arttığından yakınmaktadır. Stres ile artan adrenal steroid salınımı lezyonların alevlenmesine neden olabilmektedir (33). Psikolojik stresle birlikte salgılanan glukokortikoidler ve adrenal androjenler hipotalamik–pitüiter–adrenal aks yoluyla akne oluşumuna patogenetik zeminde katkıda bulunmaktadır. Bu yolla sebum, substans P gibi nöroaktif nöropeptitler ve humoral yangısal mediatörler de artarak, aknedeki foliküler keratinizasyon ve inflamasyon şeklindeki anahtar patolojiyi desteklemektedir (10, 34). Periferik sinirlerden salgılanan substans P'nin sebace bezlerin proliferasyonunu stimüle ettiği ve sebace hücrelerde lipit sentezini arttırdığı son zamanlarda gösterilmiştir (3).

Koo (35).; akne, ekzema ve psoriasis, emosyonel stresle alevlenen deri hastalıkları olarak ele almaktadır. Lucky ve ark.nın (36), yayınladıkları 31 olguluk seride ACTH uygulanmasına aşırı yanıt gösteren 31 akneli ve/veya hirsutismuslu kadın hasta sağlıklı 14 kontrolle karşılaştırıldığında, ACTH'ya fazla yanıt oluştuğu ve bu yanıtın enzim eksikliği ya da adrenal bezlerin fonksiyonel aşırı yanıtına bağlı olduğu sonucuna varılmıştır (37). Chiu ve ark.'nın (34), 18–41 yaş arasındaki (yaş ortalaması 22,25 yıl), 7 erkek, 12 kadın akneli üniversite öğrencisinde, akne ve stresin sınav zamanlarında belirgin olarak arttığını göstermişlerdir. 215 öğrenciyi kapsayan bir başka çalışmada, tıp öğrencilerinin %67'sinin akne alevlenmelerinde stresin etkisine inandıkları gösterilmiştir (38). Benzer bir çalışma 33 akne hastasını kapsamış, hastaların stresli bir olayın ortaya çıkması ile %67'si aknenin şiddetlenmesi arasında pozitif bir ilişki sunmuştur (39).

Akne vulgaris oluşumunda rol oynadığı düşünülen bir diğer etken ise follikülde yerleşen propionibacterium acnes'in ürettiği lipaz etkisiyle ortaya çıkan serbest yağ asitlerinin inflamasyona neden olması idi. Ancak lipaz inhibisyonu ile derideki serbest yağ asidi miktarı azaltıldığında aknenin gerilememesi bu teoriyi desteklememiştir. Daha sonra P. acnes'in kemotaktik sitokinler ürettiği ve kompleman sistemini aktive ettiği gösterilmiştir. Ayrıca, akneli hastalar bu bakteriye karşı hem selüler hem de humoral bağışıklık geliştirmekte olup, serum antikor seviyesi ile aknenin şiddeti korelasyon göstermektedir (40, 41).

Yiyeceklerin, özellikle okolata ve kuruyemişlerin akneyi arttırdığı hastalar tarafından yaygın olarak belirtilse de, yapılan çalışmalarda akne şiddeti ile alınan toplam kalori miktarı ve yiyecek eşitleri arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir (32).

Kozmetiklerin içindeki bazı maddeler komedon gelişimine neden olabilmektedir. Bunlar isopropil miristat, propilen glikol, D ve C kırmızı boyalarıdır. Ayrıca lityum, fenitoin, B vitamini gibi bazı sistemik ilaçların da akneye neden olabilecekleri belirtilmektedir (32).

### **Klinik zellikler**

Akne vulgariste, lezyonlar; noninflamatuvar (mikrokomedon ve komedon) ve inflamatuvar(papül, püstül, nodül, kist) olarak ikiye ayrılırlar (42).

Mikrokomedonlar, normal görünümlü deride, en erken gelişen, aknenin nc lezyonları olarak kabul edilmektedirler. Mikrokomedonlardan açık ve kapalı komedonlar gelismektedir (3).

Püstüller, pürülan ve yüzeyel dermal infiltrat içerirler ve birkaç gün içinde skar bırakmadan iyileşirler. Papüller, derin dermal inflamatuvar reaksiyon sonucu oluşurlar. İyileşmeleri uzun zaman alır ve bazen skar bırakarak iyileşirler. Nodüller ve kistler akne vulgarisin en ağır lezyonlarıdır ve şiddetli skara neden olabilirler (42).

Akne şiddetini belirlemek amacıyla pek çok derecelendirme sistemi geliştirilmiştir. Akne derecelendirmesinde, baskın olan lezyonun gözlenmesi, inflamasyon olup olmaması ve etkilenen alan genişliğinin tahmini gibi özelliklere dikkat edilmesi gereklidir (42).

### **Tedavi**

Aknenin şiddetli veya dirençli seyri nedeni ile akne hastalarının %15–30'unun medikal tedaviye ihtiyaçları vardır (43).

Tedavi seçiminde; aknenin süresi, lezyonların şiddeti, skarlaşmaya yatkınlık, deri tipi, daha önceki tedavilere verilen yanıt gibi faktörler önem taşımaktadır

(43–46). Genellikle hafif olgularda topikal tedaviler, orta ve şiddetli olgularda topikal ve sistemik tedaviler birlikte kullanılmaktadır (43, 45, 47). Şiddetli olgularda skar oluşumunu önlemek amacıyla erken dönemde etkili sistemik tedavilerin kullanılması gereklidir (42). Akne vulgaris lezyonlarında iyileşmenin yavaş olacağı, belirgin yanıtın 3–5 ay içinde alınacağına hastaya açıklanması, hastanın tedaviye uyumu açısından önemlidir (43, 48).

Akne Vulgaris tedavisinde 4 temel amaç vardır:

- 1) Folliküler keratinizasyonu düzenlemek.
- 2) Sebace bez aktivitesini baskılamak.
- 3) Folliküler bakteri popülasyonunu azaltmak.
- 4) Anti-inflamatuvar etki oluşturmak (43, 44, 46, 49).

Akne vulgarisin tedavisinde topikal ve sistemik ajanların kullanımı, kombine tedavi ve cerrahi müdahale seçenekleri mevcuttur. Komedonlu akne, tipik olarak foliküler hücre yapışkanlığını azaltan topikal keratolitik ajanlara cevap verir. İnflamatuvar aknede topikal ajanlar yetersiz kaldığında sistemik antibiyotik kullanılabilir. Aknede en etkili antibiyotikler tetrasiklin, doksisisiklin ve eritromisindir. Bu ilaçlar folikül ve sebace bezlere iyi penetre olup P. acnes kolonizasyonunu azaltır, antimikrobiyal etkilerinden bağımsız antiinflamatuvar etki gösterirler. Antiinflamatuvar etkileri serbest yağ asidi oluşumunu azaltmalarına bağlanmaktadır. Oral antibiyotikler, topikal tedavi yetersiz kaldığında veya tolere edilemediğinde, topikal uygulamanın güç olduğu omuz, sırt ve göğüs gibi yerleşimlerde, hafif ve orta şiddetli aknede nedbe ve pigmantasyona yatkınlık varsa kullanılır. Antibiyotiklerin tam dozda 3–6 ay kullanımı ile cevap alınamazsa izotretionin tedavisine geçilebilir. Nodülökistik aknede genellikle izotretionin tedavisi gerekir. Özellikle erişkin kadın hastalarda akne tedavisine başlamadan önce hiperandrojenizmin diğer bulguları (hirsutismus, menstrüel düzensizlik vb.) sorgulanmalıdır. Altta yatan endokrinolojik patoloji düzeltilmeden tedaviden istenen sonuç alınamayacaktır (50). Akne tedavisinde kullanılan ajanlardan sadece isotretinoin yukarıda sayılan dört temel amacı gerçekleştirebilmektedir (43, 44, 50, 51).

## **Akne ve Psikiyatrik Komorbidite**

Pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal–toplumsal sorunların etkili olduğu ya da kronik deri hastalıklarında sekonder olarak ruhsal sorunların çıktığı artık benimsenmektedir. (13). Dermatoloji hastalarında psikiyatrik hastalıklara yüksek oranda rastlanmaktadır. Türkiye’de dermatoloji hastalarında yapılan bir çalışmada psikiyatrik morbidite %41 olarak saptanmıştır (52). Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda yatan hastaların %60’ında, ayaktan izlenen hastaların %30’unda ruhsal sorunlar bulunduğu belirlenmiştir (12). Dermatoloji polikliniğine başvuran 2579 hastada yapılan bir başka çalışmada ise hastaların %25’inde belirgin psikiyatrik morbidite saptanmıştır (52).

Deri hastalıkları kozmetik kaygının ötesinde, artrit gibi fonksiyon kayıplarına yol açan hastalıklar kadar anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik problemlere yol açabilmekte ve bunda cinsiyet, yaş, lezyon yerleşim yeri gibi hasta ve hastalığa ait birçok faktör rol oynamaktadır (53).

Dermatolojik hastalıklarda psikosomatik faktörlerin etkisi iyi bilinmektedir (54). Akne vulgaris, alopesi areata, ekzema, hiperhidroz, pruritus, psoriasis, trikotillomani ve ürtiker gibi dermatolojik hastalıklar stresle ilişkisi bilinmektedir (55).

Emosyonel stres akneyi alevlendirebildiği gibi, hastalar aknenin sonucu olarak da psikolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir (10). Akne tedavisi sonrasında psikiyatrik bulgularda düzelme gözlenmesi de akne ve psikiyatrik bulgular arasındaki ilişkiyi desteklemektedir(56, 57). Psikosomatik etkileşim ağı akne vulgariste de işlev görerek ruhsal etkenlerle akne arasında karşılıklı bir etkileşimin olmasına neden olmaktadır.

Ruhsal etkenlerle akne arasında en az üç tür etkileşim olduğu ileri sürülmektedir:

- 1– Duygusal streslerin akneyi şiddetlendirmesi,
- 2– Akneye ikincil olarak hastalarda anksiyete, depresyon, sosyal fobi, düşük benlik saygısı gibi psikiyatrik belirtilerin gelişmesi,

3– Beden dismorfik bozuklukta olduğu gibi birincil psikiyatrik bozukluğun akneye odaklaşmasıdır (10).

### **Akne ile Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları**

Akne vulgarisin, dış görünümün önemsendiği adolesan dönemde daha sık görülmesi nedeni ile anksiyete ve minör psikiyatrik semptomlara yol açabileceği ne sürülmektedir (58, 59).

Picardi ve ark.'nın (60), 2000 yılında İtalya'da 2579 dermatoloji hastasında 12 soruluk Genel Sağlık leği'ni (GHQ–12) kullanarak yaptıkları bir çalışmada, çalışma grubunun %6,6'sını (n: 170)oluşturan akneli hastaların %30'undan fazlasında psikiyatrik komorbidite saptamışlardır(61).

Aknenin genelde 11–12 yaşlarında başlamasına rağmen tedavi arayışlarının genellikle fiziksel görünümün önemli olduğu 16–18 yaşlarında arttığı görülmektedir (62). Bu kozmetik bozukluk karşısında gençler sıkıntı, endişe, ii kapanma ve depresyon gibi duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirebilmektedir (63) .

Çeşitli çalışmalarda akneli hastalarda depresyon ve sosyal anksiyete değerlendirmesi yapılmış, hastalarda bu ölçümlerin yüksek olduğu ve hastalığın bireylerin yaşamlarında kısıtlamalar oluşturduğu ne sürülmüştür (62, 64).

Akne vulgarisin psikosomatik faktörlerden etkilendiği ve bu hastalık grubunda yüksek oranda depresyon komorbiditesi bulunduğu saptanmıştır (55, 65).

Kellett ve Gawkrödker'nin(56), 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada, akne vulgaris hastaları; normal popülasyon, psöriazis, onkoloji, psikiyatri ve genel dermatoloji poliklinik hastalarıyla karşılaştırdıklarında, akne vulgarisli hastalarda yüksek depresyon (%18) ve anksiyete (%44) oranları bildirilmistir.

Akne birincil olarak yüzde yerleştiğinde psikolojik işlevselliğe etkisi daha fazla olmaktadır. Sırt ya da gövde yerleşimli akne ise giysi ile büyük ölçüde saklanabildiğinden daha az sıkıntıya yol açmaktadır. Dermatolojik tedavi sonunda da ağırlıklı olarak yüz yerleşimli aknesi olan hastaların



depresyon ve anksiyetelerinin daha büyük ölçüde değiştiği, gövde yerleşimli akneli hastalarda ise tedaviye bağlı değişikliğin daha az olduğu gösterilmiştir (56, 66)

Akneli hastalarda depresyon skorları alopesi, atopik dermatit ve psöriatik hastalara göre daha yüksek (67); emosyonel stres ve anksiyete düzeyi genel dermatoloji, psöriazis, onkoloji hastalarından yüksek, psikiyatri hastalarından ise daha düşük (56); SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanları da epilepsi, diyabet, astım, koroner arter hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha düşük olarak saptanmıştır (68).

Aksu ve ark. (52), 2007 yılında Eskişehir’de 48 akneli (yaş ort: 22,83), 41 psöriazisli (yaş ort: 38,83) ve 24 ekzemalı (yaş ort: 40,53) toplam 113 hasta (yaş ort: 32,41) ile yaptıkları bir çalışmada, psoriasis, ekzema ve akneli hastaların “cilt rahatsızlığım nedeniyle kendimi depresif hissediyorum” sorusuna verdikleri cevap sonucunda, psoriasisli hastaların %68’inin, ekzemalı hastaların %67’si, akneli hastaların %60’ının kendilerini hastalıklarından dolayı depresif hissettikleri görülmüştür .

Yazıcı ve ark. (69), 2004 yılında Mersin’de yaptıkları bir çalışmada 42 kız, 19 erkekten oluşan toplam 61 akneli (yaş ort: 21±5) hasta; 19 kız,19 erkek toplam 38 sağlıklı gönüllü (yaş ort: 22±3) ile karşılaştırılmış akneli hastalarda depresyon oranı %29.5 olarak saptanmıştır. Khan ve ark. (70), tarafından akneli hastalarda yapılan çalışmada ise depresyon oranı %34 olarak bulunmuştur .

Uzun dönemde akne, kutanöz olduğu kadar psikolojik skarlara da neden olabilmektedir (71). Lasek ve Chren (72), 1998 yılında, 17–53 yaş arası (yaş ort:31±10,1) 43 kadın, 17 erkekten oluşan 60 hastayla yaptıkları bir çalışmada, akne hastalarının kendilerine güven duygularının daha az, sosyal ilişkilerinin kısıtlı, depresyon ve anksiyete skorlarının ise daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Akne hastalarının %18–44’ünde klinik olarak önemli ölçüde depresyon ve anksiyete görülmektedir (73). Akne, ayrıca bazı kişilerde iş ve okulda üretkenlik ve performansta azalmaya neden olabilmektedir (74).

Elde edilen bu sonuçlar bize dermatoloji hastalarında depresyonun yüksek oranda bulunduğunu göstermektedir. Aknenin daha çok kozmetik şikayetlere neden olduğu düşünülmesine rağmen, kişilerde psikolojik ve sosyal açıdan ciddi kısıtlamalar yaratabilmektedir.

Akneli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin değişmediğini öne süren çalışmalar da vardır (2). Akneli hastalarda psikolojik belirtilerin klinik düzeyin altında olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır(6, 75).

### **Akne ile Beden İmgesi ve Benlik Saygısı**

Ergenlik dönemi, kişilik gelişiminde önemli bir dönüm noktasıdır ve bu dönemde beden görünümü ve benlik imgesi neredeyse benlik saygısıyla eşdeğer tutmaktadır. Benlik saygısında yaratabildiği azalma, anksiyete ve depresyon gibi duygularla birlikte kişilerarası ilişkilere olumsuz yansıyabilmektedir. Bu olumsuzluk, kişinin günlük yaşama ilişkin güçlüklerle başa çıkmasında uygun olmayan yöntemlere başvurmasına yol açarak kendilik algısındaki olumsuzluğu pekiştirebilmekte, kişilik örüntüsünde kalıcı izler bırakabilmektedir. Kişilik ile akne gelişimi arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda kesin bilgi henüz bulunmamaktadır. Akneli kişilerde stabil olmayan, çekingen kişilik özellikleri gibi nörotik özelliklerin bulunduğunu ileri süren yazarların yanısıra, aknenin organik bir olay olarak ele alınması gerektiğini, kişilik özelliklerinin akne gelişimi üzerinde etkili olmadığını ifade eden yazarlar da bulunmaktadır (76). Akne vulgarisli hastalarda diğer dermatolojik hastalarda olduğu gibi değişken bir duygulanıma sahip, nörotik kişilik özellikleri bulunduğu ve psikiyatrik hastalıklara yatkın oldukları belirtilmektedir (76, 77). Organik deri lezyonu olanlara göre, psikosomatik nitelikte deri lezyonları olan olgularda nörotik özelliklerin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (78).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise akneli bireylerde obsesif kompulsif belirtilerinin yanı sıra depresyon ve kişilerarası duyarlılık ölçekler puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiştir (58, 62)

Aktan ve ark.'nın (2), 2000 yılında 14–20 yaş arası 2657 öğrencide yaptıkları bir çalışmada, akne vulgarisin, kişinin genel iyilik halinde ve kendilik değerinde azalma, beden algısında bozulma, utanma, reddedilme korkusu, sosyal içe çekilme, öfke, yaşam tarzında kısıtlanma, aile ilişkilerinde sorunlar, akne ile ilgili düşünce uğraşları yarattığı, depresyon ve anksiyeteye neden olduğu saptanmıştır (7, 56).

Akne, hayatı tehdit edici bir durum yaratmasa da, fiziksel ve psikolojik etkileriyle sosyal fobi ve depresyona yol açabilmektedir (45). Yarpuz ve ark.'nın (6), 2007 yılında Ankara'da yaptıkları bir çalışmada, gövde lezyonu olan aknelilerde ek olarak fiziksel temastan korku, yüzme ve spor gibi faaliyetlerden kaçınma, uyku güçlüğü gibi sıkıntıların da ortaya çıkabildiği gösterilmiştir. Aknesi olan öğrenciler, partilere yeterince davet almadıklarını, diğer insanların arasında olmayı sevmediklerini ve bazen insanların kendilerine baktıklarını düşündüklerini belirtmektedirler (6).

Özcan ve ark. (62), Erciyes Üniversitesi Dermatoloji Polikliniği'ne gelen akneli 16–21 yaş arası (yaş ort: 17,26±1,89) 26 kız, 28 erkek olmak üzere 54 hastanın anksiyete ve depresyon puanlarını, üniversite öğrencilerinden oluşan yaşları 16–24 yaş (yaş ort: 18.56±2.85) arasında değişen 23 erkek, 20 kız toplam 43 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırmışlar, istatistiksel açıdan anlamlı olmayan hafif bir yükseklik saptamışlardır. Akne şiddetine göre gruplar arasında anksiyete, depresyon ve kişilik ölçümleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Yazarlar, beklentilere uygun düşmeyen bu sonucu, psikosomatik hastalıkların gelişiminde önemli rol oynadığı ileri sürülen aleksitimi kavramı ile açıklamışlardır. Aleksitimi "duyguları için sözcükleri olmama" anlamına gelmekte, psikosomatik bozukluğu bulunan bireylerin duygularının farkındalığı ve dışavurumunda yetersizlik olduğu ileri sürülmektedir.

Aknenin, sıklıkla sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkması, bu hastalığı kişinin kaygılarının odak noktası haline getirebilmekte; bu nedenle hastanın kişiler arası ilişkilerinde, kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde ve günlük performansında olumsuz etkisi görülebilmektedir (7, 70).

Daha önce yapılmış bazı çalışmalarda akne utangaçlık ve sosyal inhibisyon, kendilik değeri ve kendine güvende azalma, beden algısında bozulma, intihar fikirleri, somatik belirtiler, anksiyete ve depresyonla ilişkili bulunmuş ve akne tedavisi sonucunda bu belirtilerde düzelme saptanmıştır(56, 70, 71, 73, 79).

Akne ve psikiyatrik morbidite ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu şiddetli aknesi ya da kistik aknesi olan hastalarla yapılmıştır, oysa klinik popülasyondaki akne hastalarının çoğunu hafif ya da orta şiddetteki vakalar oluşturmaktadır (6). Hafif–orta şiddetli akne de önemli ölçüde stres ve kaygılara yol açabilmekte ve bu hastalar şiddetli aknesi olanlar kadar sosyal anksiyete ve diğer psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler (80). Gupta ve ark. (80), hafif–orta şiddette aknesi olan 10 hastanın tümünün tedavi sonrasında ruhsal durumlarının düzeldiğini saptamış, hastaların tümü utangaçlıklarının azaldığını, genel görünümlelerinden daha memnun olduklarını, beden algılarının daha olumlu olduğunu bildirmişlerdir .

Akne sıklıkla yüzü etkilemekte, hatta kalıcı skarlar gelişebilmektedir. Adolesan dönemde ortaya çıkan yüz tutulumu ağırlıklı akne vulgaris, bu dönemin özgüven, sosyal beceri gelişimi ve vücut imajı algısı açısından önemi nedeniyle, düşük şiddette bile olsa, emosyonel, sosyal ve psikolojik fonksiyonları etkileyebilmektedir (69, 81).

Jowet ve Ryann'ın yaptıkları bir çalışma akneli hastaların %70'inin hastalıklarından dolayı utandığını, %67'sinin kendine güvenlerinin azaldığını göstermişlerdir. Akneli hastaların %25'i boş vakitlerini değerlendirmede güçlük çektiğini, %71'i hastalıklarının sosyal yaşantılarını etkilediğini belirtmiştir (52). Akneli hastalarda özgüvende azalma, düşük benlik saygısı, sosyal ilişkilerde zorluklar, sosyal fobi, keyifsizlik ve ağrı gibi psikosomatik bulgular, depresyon ve anksiyete prevalansında artış bildirilmektedir (57, 61, 69).

Diğer deri hastalıklarından psoriasis ve ekzema el, ayak tutulumu nedeniyle fiziksel kısıtlamalara yol açabilir. Akneli hastalarda böyle bir kısıtlama olmadığı halde günlük yaşam fonksiyonları da akne nedeniyle etkilenmektedir. Aknenin, emosyonel alandaki etkilerinin sonucu olarak

hastaların arkadaşlarıyla ve aileleriyle olan ilişkileri ve sosyal yaşantıları etkilenmektedir. Akne; psoriasis veya ekzemada olduğu gibi toplum tarafından bulaşıcı olduğuna dair bir yanlış algılamanın bulunmamasına rağmen, toplumun yargısından bağımsız olarak bireyin kendisiyle ilgili yargısı yüzünden kişinin toplum içindeki rolünü etkilemekte ve sınırlandırmaktadır. Akne, klinik şiddeti hafif olmasına rağmen hastaların hayatını psoriasis ve ekzema kadar etkileyebilmektedir (52).

Lasek ve Chren (72), 1998 yılındaki çalışmalarında, Aksu A. ve ark. 2007 yılındaki çalışmalarıyla uyumlu olarak, akneli hastaların duygusal açıdan psoriasisli hastalar kadar hastalıklarından etkilendikleri saptanmıştır. Hatta, Jones–Caballero ve ark. (82), 2007 yılında,İspanya’da 1878 hastayla yapılan bir çalışma sonucunda, akne vulgarisin ekzema veya psoriasisten daha belirgin psikososyal etkilere neden olduğunu ileri sürmüşlerdir .

Uzun ve ark. (83), İstanbul’da yaptıkları bir çalışmada tedavi için Dermatoloji Bölümüne başvuran hafif akneli hastalarda, Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) sıklığını değerlendirmişlerdir. Akne teşhisi konan 159 (K: 77, E: 82) ayaktan hastanın %8,8’inde (n:14) BDB teşhisi konmuş, bu hastaların 8’i erkek (%57,1), 6’sı (%42,9) kız olup, yaş ortalamaları  $21,6 \pm 1,9$ ’dur. Akneli ve BDB’lu 3 (%21,4) hastada ek olarak eşlik eden başka psikiyatrik hastalar da tespit edilmiştir .

### **Akne ve İntihar Olasılığı**

Cotterill ve Cunliffe (84), 1997 yılında 7 erkek, 9 kız toplam 16 hastayla yaptıkları bir çalışmada, şiddetli akne kalıcı skarlarla neden olmasıyla özellikle erkeklerde intihar girişimi nedeni olarak belirlenmiştir. Aknenin, bu derece şiddetli olmayan akne hastalarında bile yarattığı sorunlar nedeniyle, dermatolojik hastalıklar içerisinde intiharla sonlanan ikinci sık hastalık olduğu saptanmıştır (67). Akneli hastalarda intihar riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir(61, 73, 84).

Gupta ve Gupta (67), 1998 yılında toplam 480 dermatoloji hastası olmak üzere; 72 akne hastası (14 erkek, 58 kadın, yaş ort:  $23,7 \pm 6,8$ ); 45

alopesi areata hastası (11 erkek, 34 kadın, yaş ort: 42,7± 11,6); 146 atopik dermatit hastası (52 erkek, 94 kadın, yaş ort: 42,0± 15,6); 217 psöriazis hastası (111 erkek, 106 kadın, yaş ort: 47,8± 16,2) ile yaptıkları bir çalışmada; akneli hastaların %6'sında intihar eğiliminin olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada da akneli hastalarda depresyon ve intihar eğilimi %7,2 bulunmuştur (85, 86).

Rehn ve ark. (87), 2008 yılında Finlandiya'da, askere çağrılmış erkeklerde akne ile depresif semptomlar ile suicid düşüncesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Akneli genç hastalarda kontrol grubuna göre depresif semptom ve suicid düşüncesi açısından bir farklılığın bulunmadığı, akne şiddetinin depresif semptomların şiddeti ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Akne hastalarında intihar için risk faktörlerinin genel popülasyonda da görülen risk faktörlerine benzer olduğu saptanmıştır. Niemeyer ve ark. (64), çalışmalarında akneli olguların hastalıklarının duygusal stres ve psikososyal sorunlara neden olduğunu, ancak akne şiddeti ile bu faktörler arasında ilişki olmadığını saptamışlardır. Purvis ve ark.'nın (88), yürüttükleri ve akneyle, depresif sendrom, anksiyete ve intihar davranışı arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik, 12–18 yaş arası 9567 ortaokul öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, akneli ergenlerin yüksek depresyon, anksiyete ve intihar girişimi riskine sahip oldukları, bu nedenle de tıbbi görüşme sırasında akneli ergenlere intihar ile ilgili doğrudan soru sormanın önemi vurgulanmaktadır.

### **Akne ve Yaşam Kalitesi**

“Yaşam Kalitesi” bazı araştırmacılarca bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmaktadır. Kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (89).

Yaşam Kalitesi kavramı, Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır (89, 90).

Yaşam Kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (89).

Dış görünüm, yaşam boyu sosyalleşme sürecinde önemli bir rol oynadığı için, benliğin vitrinini oluşturan deride ortaya çıkan bozukluklar, beden imgesi ve kendilik kavramı üzerinde olumsuz etki oluşturan bir stres etkeni olarak yaşam kalitesini ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir (91, 92).

Dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesi ölçümü; öncelikle hastalıkların kişinin psikolojik ve sosyal yaşantısına etkilerinin saptanması, hastaların hastalıklarını nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının hastanın psiko-sosyal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerin belirlenmesi için uygulanmaktadır. Bu testler, klinik araştırmalarda (Faz 3 aşamasında) yeni tedavi yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesine etkilerini de göstermektedir (93).

Klinik durum ve yaşam kalitesini birebir ilişkili olmayan fakat birbirini tamamlayıcı özellik gösteren iki farklı kavram olarak kabul etmek gerekir. Klinik yargı ve yaşam kalite ölçüklerinin birlikte kullanılmasıyla tedavi seçeneklerinin ve tedavi etkinliğinin daha doğru değerlendirilmesi sağlanabilir (52, 94).

Son zamanlarda, akne tedavisinin değerlendirilmesinde kullanılan klinik derecelendirmeye, hasta açısından değerlendirmeyi içeren yaşam kalitesi ölçümleri eklenmiştir (95).

Akne yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar aknenin diğer kronik sistemik hastalıklar kadar yaşam kalitesini etkileyebileceğini göstermektedir (1, 82, 96, 97). Genel sağlık ölçükleri aknenin epilepsi veya astım kadar emosyonel etki yarattığını göstermiştir. Ayrıca isotretinoin, hormonal tedavi, topikal ve sistemik antibiyotikler, topikal retinoidler ile etkin akne tedavisinin yaşam kalitesini düzelttiği ve işlev kaybını tersine çevirdiği gösterilmiştir (61). Akne hastaları kendilerinin hasta olduklarını kabul etmemelerine rağmen akne, ciddi hastalıklar olarak kabul

gören astım, diabet, epilepsi, romatizma ve kronik ağrı kadar emosyonel ve sosyal problemlere yol açmaktadır (61). Akne nedeniyle yaşam kalitesindeki bozulma ne kadar fazla düzeyde ise anksiyete ve depresyon düzeyi de o kadar fazla olmaktadır (61). Ancak, akneli hastalarda yaşam kalitesindeki bozulma akne şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır (61, 82). Aksu ve ark.'nın(52), 2007 yılında,Eskişehir'de 48 akneli (yaş ortalaması: 22,83), 41 psöriazisli (yaş ortalaması: 38,83) ve 24 ekzemalı (yaş ortalaması: 40,58) hastayla yaptıkları bir çalışmada ise yaşam kalitesi ve akne ciddiyeti arasında belirgin ilişki saptanmamıştır.

Akne ve diğer deri hastalıklarında psikiyatrik morbiditeyi belirleyen, klinisyence yapılan şiddet değerlendirmesinden çok, deri hastalığının yaşam kalitesine etkisi olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu hastalarda eşlik eden psikopatolojinin belirlenmesi ve tedavide birincil dermatolojik faktörlere ek olarak psikolojik ve sosyal faktörleri de içine alan bir tedavinin uygulanmasının yararlı olacağı önerilmektedir (6). Tedavi kararını verirken yaşam kalite ölçeklerinin kullanılmasıyla tedavi seçeneklerinin daha doğru değerlendirilmesi sağlanabilir (52).

Akne vulgarisin önemli psikolojik ve psikiyatrik komplikasyonlara yol açma potansiyeli olması, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmesi, sıklıkla en yoğun sosyal ve fiziksel değişikliklerin görüldüğü, kimlik gelişiminin yaşandığı ve kalıcı psikolojik sekellerin gelişebileceği ergenlik döneminde ortaya çıkması nedeniyle etkin tedavi önemlidir. Akne rahatsızlık veren bir deri hastalığı olduğu kadar, hastanın psikolojik ve emosyonel işlevselliğine zarar verme potansiyeli olan bir hastalık olarak ele alınmalı ve tedavi planında psikiyatrik değerlendirme ve psikolojik desteğe yer verilmelidir (6)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından ortak yürütülen bu çalışmamızda, akne vulgarisli çocuk ve ergen hastalarda akne şiddetiyle depresyon, anksiyete, benlik algısı, intihar olasılığı ve yaşam kalitesi, düzeyinin belirlenmesi ile sosyodemografik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.



## GEREÇ VE YÖNTEM

### Olgular

Denekler, 05.11.2008 – 10.07.2009 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan akne vulgaris tedavisi için başvuran 12–18 yaş arası, 40 çocuk ve ergen hastalar dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hasta olmadı. Çalışma ile ilgili gerekli onay Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Etik Kurul tarih: 21.10.2008, Karar no: 2008–17/10).

### Çalışmaya Kabul Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

Çalışmaya Akne Vulgaris nedeniyle Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, 12–18 yaş arasında olan, bilişsel olarak çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olan (Ek–3), çalışmaya katılmak üzere kendisinin onayı ve veli/vasisinin aydınlatılmış onamı olan olgular dahil edildi (Ek–1). Kontrol grubu olarak aynı yaş grubunda olan ve akne vulgarisi bulunmayan 40 çocuk ve ergen dahil edildi. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olanlar, işlevselliği bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olan olgular ile daha önceden sistemik izotretionin tedavisi almış olanlar çalışmaya alınmamıştır (Ek–3) (Ek–4).

### Çalışma Akış Şeması

Uludağ Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran olgular arasından, çalışmaya alma kriterlerini karşılayan ve dışlama kriterlerini karşılamayan hastalardan onay ve velilerinden onam alınarak çalışmaya başlandı. Çalışmaya alınan hastalar, dermatologlar tarafından "Global Akne Derecelendirme Sistemi"ne göre hafif, orta, şiddetli, çok şiddetli şeklinde

derecelendirildi. Hastalar ile kontrol grubunun psikiyatrik ve genel tıbbi muayeneleri yapıldı. Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ve ölçekler, yüz yüze görüşmelerde uygulandı. Çalışmacılar tarafından bu çalışma için oluşturulan bir kişisel bilgi formuyla olguların sosyo–demografik verileri elde edildi. Ayrıca hastalara ve kontrol grubuna klinik rutinde uygulanan Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Anlık ve süreklilik anksiyete ölçeğinin yanı sıra, Kısa Semptom Envanteri, Çok yönlü beden–self ilişkisi ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ile Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği ( ÇİYKÖ) uygulandı.

### **Uygulanan Form ve Ölçekler**

#### **Global Akne Derecelendirme Sistemi (Global Acne Grading Scale) (EK–5)**

Doshi ve ark.(98), (1997) tarafından geliştirilen ve akne şiddetini belirlemeye yarayan bir ölçektir. Yüz (alın, sol ve sağ yanak, burun, çene), göğüs ve sırtın üst bölümü olmak üzere 6 yerleşim yerinde pilosebase ünitelerin yoğunluğu ve dağılımını değerlendirilmekte ve hastalara 0 ile 44 arasında global akne puanı verilmektedir.

Hastadaki akne şiddeti bu puan kullanılarak ayrıca şu şekilde derecelendirilebilmektedir: “Akne yok (0 puan), hafif şiddette (1–18 puan), orta şiddette (19–30 puan), şiddetli (31–38 puan) ve çok şiddetli (>39 puan)”. Akne yerleşim yeri ise “sadece yüz, ağırlıklı yüz, sadece gövde, ağırlıklı gövde ve eşit ağırlıklı yüz–gövde” biçiminde beş sınıfta değerlendirilmiştir (98).

#### **Kişisel Bilgi Formu (Ek–6)**

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 34 maddeden oluşan bu form ile çalışmaya alınan olguların ad–soyadları, doğum tarihi ve yeri, ay cinsinden yaşı, baba adı, protokol numarası, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, okul durumu, kiminle yaşadığı, beraberinde yaşadığı ailesinin öz olup olmadığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri ve çalışma durumları, ailenin aylık geliri, hastanın süregelen bedensel rahatsızlığı, aile öyküsünde psikiyatrik rahatsızlık bulunup bulunmadığı,

hastada ve ailede sigara, alkol ve madde kullanımının olup olmadığı ve akran zorlaması öyküsü, aknenin başlama yaşı, buluğa erme yaşı, hastaya göre aknenin şiddeti ve yaşamını ne boyutta etkilediği, aknenin nedeni, tedaviyi kimin istediği, ailede akne problemi yaşayan başka birinin olup olmadığı, poliklinik kontrollerine düzenli gelip gelmediği, ilaç kullanıp kullanmadığı, yeme alışkanlığı ve aknenin yiyeceklerle artış gösterip göstermediği soruldu.

### **Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory–CDI) (EK–7)**

Çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs (99), tarafından 1981 yılında geliştirilen ve çocukluk çağı depresyonunda kendini değerlendirme amacıyla en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en sık araştırılmış olan ölçektir. Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması Öy (100), tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Çocuklar için depresyon ölçeği 6–17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir. Madde ve bütünlük korelasyonları, iç tutarlılığı, test–tekrar test güvenirliği ve ayırıcı geçerliliği kabul edilebilirdir.

Toplam 27 maddeden oluşan ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Çocuğun son iki hafta içindeki tutumunu değerlendirip üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54’tür. Kesim puanı olarak 19 önerilir. 19 ve üstü patolojik kabul edilir (100).

### **Anlık–Süreklilik Kaygı Envanteri (State–Trait Anxiety Inventory STAI–I, STAI–II) (EK–8a ve 8b)**

Spielberger ve ark. (101), tarafından, anlık ve süreklilik kaygı düzeylerini ölçmek için 1970 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1985 yılında Öner ve Le Compte (102), tarafından yapılmıştır. Grup olarak da uygulanabilen bu ölçeği ortaokul okuma yazma düzeyine sahip bireyler yaklaşık 10 dakika içinde cevaplandırabilirler.

Ölçeğin her biri 20 maddelik 2 ayrı alt ölçeği vardır; Anlık Kaygı ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ve ya davranışların

şiddet derecesine göre “hiç” (1), “biraz” (2), “çok” (3), “tamamıyla” (4) ifadelerinden biri seçilir. Süreklilik kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman” (1), “bazen” (2), “çok zaman” (3), “hemen her zaman”(4) ifadelerinden biri seçilir. Cevaplar soru formuna işaretlenir. Okuma yazması olmayan veya yeterli olmayan kişilere uygulayıcı tarafından okunabilir (102).

Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Anlık kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5,8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer (STAI-I için 50, STAI-II için 35) eklenir. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişir ve kesme puanı olarak 45 alınır. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (102).

### **Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory) (Ek-9)**

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla uygulanan bir ölçektir. Bu ölçek 1992 yılında Derogatis(103), tarafından geliştirilmiştir.Kısa semptom envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir.

Bireyin kendi kendine cevaplandırabileceği, uygulanışı kolay olan KSE, 53 madde, 9 alt ölçek, ek maddeler ve global indeksten oluşur. Her madde için “Hiç yok” (0), “Biraz var”(1), Orta derecede var” (2), “Epey var” (3) ve “Çok fazla var” (4) seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir.

Alt ölçekler, somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler) obsesif kompulsif bozukluk (5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (20, 21, 22 ve 42. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler), anksiyete bozukluğu (1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler), hostilite (6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler), fobik anksiyete (8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler), paranoid düşünceler (4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler), psikositizm (3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler) ve ek maddelerden (11, 25, 39, 52. maddeler) oluşur. Ölçeğe ait global indeksler ise; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir), belirti toplamı indeksi "0" olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin "1" olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır) ve semptom rahatsızlık indeksidir (Alt ölçeklerden elde edilen puanın toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir).

Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yaş ortalaması 21,02 olan bir grupta 1994 yılında yapılmıştır (104). Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik çalışması 2002 yılında 13–17 yaş arası (yaş ortalaması 15,21) 597 ergen ile yapılmıştır. (105).

### **Piers–Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği (Piers–Harris Children's Self Concept Scale) (Ek–10)**

"Öz–kavramı" kamuoyu ve günlük yaşamda güven duygusu ya da kendine güven olarak isimlendirilen, kişiliğin temelinde olan, birey için önemli algı, duygu ve düşüncelerin bütünüdür (106). "Kendim Hakkında Düşüncelerim" adı ile anılan 80 maddelik ölçek, 9–16 yaş arası öğrenciler için 1964 yılında Piers ve Harris (107), tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Bu ölçek çocuklarda öz–kavramı (ya da benlik anlayışı) gelişimini, boyutlarını, kişilik ve çevreyle olan ilişkilerini araştırmada ve belirlemede kullanılır. Grup uygulamaları için en az 3. sınıf seviyesinde okuma becerisi gerekir ve ölçeğin yanıtlanması ortalama 20–25 dakika alır. Okuma düzeyi düşük olan çocuklar ya da okuma yazması olmayanlar için bireysel uygulama yapılır (106).

Ölçeği oluşturan 80 tanımlayıcı ifade vardır. Bunlara "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıt verilir. Yanıtlar bir anahtarla puanlanır. Buna göre elde

edilen puanlar kuramsal olarak 0 ila 80 arasında değişir. Yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz öz-kavramının varlığına işaret eder. Kesme puanı yoktur. Faktör 1:Mutluluk ve doyum; Faktör 2: kaygı; Faktör 3: popülerite ve sosyal beğeni; Faktör 4: davranış ve uyum; Faktör 5: fiziksel görünüm; Faktör 6: zihinsel ve okul durumu olmak üzere altı faktörden oluşur (106).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 9–20 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler için Çataklı (108), tarafından yapılmıştır .

### **Çok Yönlü Beden–Self İlişkisi Ölçeği (The Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire) (Ek–11)**

Beden imgesinin self–tutumsal yönlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve 69 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Cash ve Winstead (109), 1984 yılında 140 madde olarak geliştirdikleri ölçeğin, 1986 yılında 54 maddelik kısa formunu düzenlemişlerdir. Kısa formuna beden alanları doyum ölçeğini oluşturan 9 madde ve ağırlıkla ilgili 6 madde eklendiğinden, kısa formun toplam madde sayısı 69 olmuştur ve 1990 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan (110) tarafından 18–23 yaş aralığındaki genç erişkinler için yapılmıştır

Bu ölçekte; görünüşü değerlendirme, görünüş yönelimi, fiziksel yeterliliği değerlendirme, fiziksel yeterlilik yönelimi, sağlık değerlendirmesi, sağlık yönelimi, beden alanlarında doyum alt ölçekleri bulunur. Deneklere ilgili alt grup maddeleri verilebilir. Deneklerden ölçekte yer alan anlatımın kendilerine ne kadar uyduğunu veya uymadığını verilen beş seğenekten birini işaretleterek belirtmeleri istenir. Toplam puan denek sayısına bölünerek ölçek ortalama puanı, bir deneğin tüm maddelerden aldığı puanlar toplanarak ölçek toplam puanı, alt grup toplam puanı alt grup madde sayısına bölünerek alt grup ortalama puanı, bir deneğin ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek madde ortalama puanı bulunur (110). Beden imgesi bozukluğu için bir madde ortalama puanı yoktur.

Ters anlatımlı 15 adet madde (12, 13, 14, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 41) bulunmaktadır. Doğrudan hesaplamalarda, “kesinlikle

katılmıyorum” “1” puan alırken, ters ifadeli sorularda bu yanıt “5” puan almaktadır (110).

### **İntihar Olasılığı Ölçeği (Suicide Probability Scale) (Ek-12)**

İntihar olasılığını ölçmek amacıyla Cull ve Gill (111), 1990 yılında tarafından geliştirilen “İntihar Olasılığı Ölçeği” kendini değerlendirme türünde 36 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Amacı ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskinin değerlendirilmesidir. Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Tuğcu(112), tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçeğin 4 alt boyutu vardır. Bunlar sırasıyla “Umutsuzluk” 12 madde (5, 12, 14,15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36), “İntihar Düşüncesi” 8 madde (4,7, 20, 21, 24, 25, 30, 32) “Kendini Olumsuz Değerlendirme” 9 madde; (2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35) “Düşmanlık” 7 madde (1, 3, 8, 9, 13, 16, 34) oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal formunda değerlendirme için alt kriterler oluşturulmuş olup ölçekten alınan puanlar 4 kategoriye ayrılmıştır: 0–24 arası puanlar normal grup, 25–49 arası puanlar hafif risk, 50–74 arası puanlar orta risk, 75–100 arası puanlar ise yüksek risk olarak ele alınmıştır. Bireyin tüm maddelerden aldığı puan toplanarak, her birey için bir “Genel İntihar Olasılığı” puanı ve her alt ölçeği oluşturan maddelerden aldığı puanlar toplanarak bu alt ölçeğe ait bir puan elde edilmektedir. Her maddenin her bir seçeneği için ağırlığı “1” ile “4” arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılmaktadır. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hiçbir zaman”(1), “bazen”(2), “çoğu zaman”(3), “her zaman”(4) ifadelerinden biri seçilir. Bu bağlamda ölçekten alınabilecek en yüksek puan 144, en düşük puan ise 36’dır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması intihar olasılığının yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (112).

### **Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Pediatric Quality of Life Inventory) (Ek-13a-13b)**

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini ölçmek amacı ile 1999 yılında Varni ve ark. (113) tarafından geliştirilmiş ve 2007 yılında Memik ve ark. (114) tarafından ergen yaş grubu üzerine geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Öz bildirim ölçeğidir. Hem hastaların hem de anne/babalarının çocukları hakkında değerlendirme yapabileceği 2 tipi bulunmaktadır. Fiziksel

ve psikososyal (duygusal, sosyal ve okul) işlevselliği sorgulayan 23 maddeden oluşmaktadır. Ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği, ebeveyninden ise çocuğu için en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Seçenekler, “hiçbir zaman” (100 puan), “nadiren” (75 puan), “bazen” (50 puan), “sıklıkla” (25 puan) ve “her zaman” (0 puan) oluşmaktadır. Maddelerden alınan puanlar toplanıp doldurulmuş olan madde sayısına bölünerek ölçeğin puanı elde edilmiş olur. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak Ölçek Toplam Puan’ı, ikinci olarak Fiziksel Sağlık Toplam Puan’ı ve üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan Psikososyal Sağlık Toplam Puan’ı hesaplanır. Toplam puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin %50’sinden fazlası boş bırakılmışsa, ölçek geçersiz sayılır (114).

### **İstatiksel Analiz**

Çalışmanın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago,IL) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, medyan, standart sapma, maks–min değerleriyle birlikte verilmiştir. Sürekli değişkenlerden normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmalar parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Mann–Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal–Wallis testi kullanılmıştır.

Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki–kare ve Fisher’in kesin ki–kare testi kullanılmıştır.

Çalışmada sürekli değişkenler arasındaki ilişkiye korelasyon analiziyle bakılmış, Pearson ve Spearman korelasyon katsayısıyla ilişki incelenmiştir.

Çalışmada %95 ( $P<0,05$ ) anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Ergenlerdeki hızlı gelişim dikkate alınarak yaş (ay) olarak hesaplanmış, gereğinde (yıl; ay) olarak gösterilmiştir.



## BULGULAR

### Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran 12–18 yaş arası akne vulgarisli 40 hasta ile akne vulgarisli olmayan 40 kontrol grubu dahil edildi. Araştırmaya katılan hastaların 21'i kız (%52,5), 19'u (%47,5) erkek; kontrol grubunda ise 20 kız (%50), 20 erkekti(%50) ( $p=0,82$ ). Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 189 ay (15 yaş 9 ay) olarak tespit edildi. Kontrol grubu yaş ortalaması 186 ay (15 yaş 6 ay) olarak saptandı. Araştırmaya katılan hasta grubunda en küçük kız 13 yaş, en büyük kız 17 yaş 8 aylık iken, en küçük erkek 12 yaş 11 aylık, en büyük erkek ise 17 yaş 11 aylıktı. Araştırmaya katılan kontrol grubunda en küçük kız 12 yaş 1 aylık, en büyük kız 17 yaş 11 aylık iken, en küçük erkek 13 yaş 5 aylık, en büyük erkek ise 17 yaş 9 aylıktı (Tablo–1).

**Tablo–1:** Hastaların cinsiyetlerine ve yaşlarına göre dağılımları.

Grup	Cinsiyet	YAŞ (Ay Olarak)						p
		n	%	Ortalama yaş	Standart sapma	Minimum yaş	Maksimum yaş	
Hasta	Kız	21	52,5	188,71	18,27	156,0	212,0	>0,05
	Erkek	19	47,5	191,0	15,40	155,0	215,0	
	Toplam	40	100	189,0	16,79	155,0	215,0	
Kontrol	Kız	20	50	186,90	16,52	145,0	215,0	>0,05
	Erkek	20	50	185,30	13,45	161,0	213,0	
	Toplam	40	100	186,10	14,89	145,0	215,0	

Katılımcıların doğum yerine bakıldığında; hasta grubunun %25'inin ( $n=10$ ) ilçede, %75'inin ( $n=30$ ) ilde doğduğu, kontrol grubunun %22,5'inin ( $n=9$ ) ilçede, %77,5'inin ( $n=31$ ) ilde doğduğu saptandı. Kardeş sayısına bakıldığında hasta grubunda %2,5'ünün ( $n=1$ ) tek çocuk olduğu, %7,5'inin ( $n=3$ ) 1 kardeşi, %55'nin ( $n=22$ ) 2 kardeşi, %27,5'inin ( $n=11$ ) 3 kardeşi ve

%5'nin (n=2) 4 kardeşi, %2,5'unun (n=1) 5 kardeş ve üzeri bulunduğu; kontrol grubunda %2,5'ünün (n=1) tek çocuk olduğu, %15'inin (n=6) 1 kardeşi, %47,5'nin (n=19) 2 kardeşi, %25'inin (n=10) 3 kardeşi ve %5'nin (n=2) 4 kardeşi, %5'inin (n=2) 5 kardeş ve üzeri bulunduğu saptandı. Hastaların %45'i (n=18) 1. çocuk, %35'i (n=14) 2. çocuk, %17,5'i (n=7) 3. çocuk, %0'i (n=0) 4. çocuk, %2,5'i (n=1) 5. çocuk ve %0'i (n=0) 6. çocuk; kontrol grubunda ise %47,5'i (n=19) 1. çocuk, %35'i (n=14) 2. çocuk, %7,5'i (n=3) 3. çocuk, %5'i (n=2) 4. çocuk, %2,5'i (n=1) 5. çocuk ve %2,5'i (n=0) 6. veya üzeri çocuk olduğu saptandı.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %5'i (n=2) halen herhangi bir okula gitmiyorken, %95'i (n=38) okula gidiyor; kontrol grubunda ise %2,5'i (n=1) halen herhangi bir okula gitmiyorken, %97,5'i (n=39) okula gitmekteydi (p=1,0). Hastaların %22,5'u (n=9) ilköğretim okuluna, %40'i (n=16) düz liseye, %20'si (n=8) meslek lisesine, %15'i (n=6) Anadolu lisesine, %2,5'i (n=1) Üniversite/Yüksek okula gitmekteydi. Halen herhangi bir okula devam etmeyen 2 hasta %5'si (n=2) zorunlu ilköğretimi bitirdikten sonra okula gitmemişti. Kontrollerin %15'i (n=6) ilköğretim okuluna, %52,5'i (n=21) düz liseye, %10'u (n=4) meslek lisesine, %20'si (n=8) Anadolu lisesine, %2,5'i (n=1) Üniversite/Yüksek okula gitmekteydi. Halen herhangi bir okula devam etmeyen 1 hasta %2,5'si (n=1) zorunlu ilköğretimi bitirdikten sonra okula gitmemişti.

Hastaların okul başarısının %10'unda (n=4) düşük, %40'ında (n=16) orta, %50'sinde (n=20) iyi; kontrol grubunda %5'unda (n=2) düşük, %50'inde (n=20) orta, %45'sinde (n=18) iyi olduğu öğrenildi. Hastaların %72,5'i (n=29) genel okula, %27,5'i (n=11) sınavla girilen bir okula; kontrol grubunda %7,5'u (n=3) özel bir okula, %52,5'i (n=21) genel okula, %40'ı (n=16) sınavla girilen bir okula gitmekteydi.

Hastaların kiminle yaşadıklarına bakıldığında; %90'ının (n=36) anne ve baba ile, %10'unun (n=4) anne ile, kontrol grubunda ise %100'ünün (n=40) anne ve baba ile yaşadığı tespit edildi (p=0,116).

Aile tipine bakıldığında; hastaların %97,5'inin (n=39) çekirdek ailede, %2,5'unun (n=1) geniş ailede; kontrol grubunda ise %87,5'inin (n=35)

çekirdek ailede, %10'unun (n=4) geniş ailede, %2,5'sinin(n=8) dağılmış ailede yaşadığı saptandı (p=1,0).

Hastaların %2,5'inde (n=1) işlevselliği bozmayacak düzeyde bedensel bir hastalık varken, geri kalanlarda herhangi bir bedensel hastalık yoktu(p=1,0).

Akran zorlanması açısından bakıldığında hastaların %10'unun (n=4), kontrol grubunda ise %5' inin (n=2) yaşlılarıyla olan sosyal ilişkilerinde zorlandığı saptandı. Her iki grup akran zorlanması açısından fark saptanmadı (p=0,675).

**Tablo–2:** Anne eğitim düzeyi.

Anne Eğitim Düzeyi	GRUPLAR			
	HASTA (n:40)		KONTROL (n:40)	
	n	%	n	%
Okuma yazma yok	1	2,5	3	7,5
Okuma yazma var	0	0	2	5,0
İlkokul mezunu	20	50,0	14	35,0
Ortaokul mezunu	3	7,5	7	17,5
Lise mezunu	10	25,0	8	20,0
Yüksekokul–üniversite mezunu	6	15,0	6	15,0

(P=0,384)

**Tablo–3:** Baba eğitim düzeyi.

Baba Eğitim Düzeyi	GRUPLAR			
	HASTA (n:40)		KONTROL (n:40)	
	n	%	n	%
Okuma yazma yok	0	0	0	0
Okuma yazma var	0	0	1	2,5
İlkokul mezunu	9	22,5	12	30,0
Ortaokul mezunu	5	12,5	8	20,0
Lise mezunu	14	35,0	9	22,5
Yüksekokul–üniversite mezunu	12	30,0	10	25,0

(P=0,495)

Hastaların annelerin çalışma durumuna bakıldığında; %62,5'inin (n=25) çalışmadığı, %10,0'inin (n=4) işçi olduğu, %7,5'unun (n=3) memur olduğu, %15,0'inin (n=6) emekli olduğu ve %5,0'inin (n=2) serbest bir meslekte çalıştığı saptandı. Kontrol grubunda annelerin çalışma durumuna bakıldığında; %65,0'inin (n=26) çalışmadığı, %12,5'inin (n=5) işçi olduğu, %12,5'unun (n=5) memur olduğu, %5,0'inin (n=2) emekli olduğu ve %5,0'inin (n=2) serbest bir meslekte çalıştığı saptandı.

Hastaların babalarının çalışma durumuna bakıldığında; %30,0'inin (n=12) işçi olduğu, %25,0'inin (n=10) memur olduğu, %30,0'inin (n=12) emekli olduğu, %15,0'inin (n=6) ise serbest bir meslekte çalıştığı saptandı. Kontrol grubunda babaların çalışma durumuna bakıldığında; %2,5'inin (n=1) çalışmadığı, %35,0'inin (n=14) işçi olduğu, %15,0'inin (n=6) memur olduğu, %7,5'inin (n=3) emekli olduğu, %37,5'inin (n=15) ise serbest bir meslekte çalıştığı saptandı.

Ailenin aylık geliri açısından bakıldığında; hastaların %20'sinde (n=8) ailenin aylık toplam geliri 436–870 TL'nin arasında, %37,5'inin (n=15) 871–1305 TL arasında, %15'inde (n=6) 1306–1740 TL arasında, %15'ünde (n=6) 1741–2175 TL arasında %12,5'ünde (n=5) 2176 TL'nin üzerinde olduğu; kontrol grubunda ise %17,5'inde (n=7) ailenin aylık toplam geliri 436–870 TL'nin arasında, %27,5'inin (n=11) 871–1305 TL arasında, %15'inde (n=6) 1306–1740 TL arasında, %12,5'ünde (n=5) 1741–2175 TL arasında %27,5'ünde (n=11) 2176 TL'nin üzerinde olduğu saptandı (p=0,554).

Alkol veya sigara kullanımı açısından bakıldığında; hastaların %10'unun (n=4) her ikisini veya birini kullandığı, kontrol grubunda ise %2,5'unun (n=1) kullandığı öğrenildi. Alkol ve sigara kullanımında her 2 grup açısından fark saptanmadı (p=0,359). Ailede alkol veya sigara kullanımı açısından bakıldığında hastaların %52,5'inde (n=21) her ikisini veya birini kullanmış olduğu, kontrol grubunda ise %50'u (n=20) kullanmış olduğu öğrenildi. Alkol ve sigara kullanımında her 2 grup açısından fark saptanmadı (p=0,823). Hasta grubu kendi içine kız ve erkek olarak ikiye ayrıldığında, kızların ailelerinde %33,3 (n=7), erkeklerde ise %73,7'inde (n=14) alkol veya sigara kullanımı mevcuttu (p=0,011).

## Akne Vulgaris İle İlgili Bulgular

Ailelerinde akne vulgaris açısından bakıldığında, hastaların ailelerinde; %50 (n=20) oranında, kontrol grubunda ise %15 (n=6) oranında akne vulgaris saptandı (p=0,01). Anne ve babada akne vulgaris açısından bakıldığında; hastaların %50'sinde (n=20), kontrol grubunda ise %15'inde (n=6) olduğu saptandı (p=0,01) (Tablo 4).

**Tablo-4:** Hasta ve kontrol grubunun ailelerinde ve ebeveynlerinde akne vulgaris açısından değerlendirilmesi.

Akne vulgaris öyküsü		GRUP				P
		Hasta (n)	%	Kontrol (n)	%	
Ailede	var	20	50	6	15,0	0,01
	yok	20	50	34	85,0	
Anne ve babada	var	20	50	6	15,0	0,01
	yok	20	50	34	85,0	

Psikolojik destek açısından bakıldığında hastaların %15'i (n=6) daha önce psikolojik destek almış, %85'i (n=34) ise almamıştı. Kontrol grubunda %5'i (n=2) daha önce psikolojik destek almış, %95'i (n=38) ise almamıştı (p=0136).

Okulda abur-cubur yeme alışkanlığı her iki grupta (hasta ve kontrol) %67,5 (n=27) olarak saptandı(p=1,0). Evde kendilerine yemek hazırlama alışkanlıkları her iki grupta (hasta ve kontrol) %80 (n=32) olarak saptandı(p:1,0). Şekerli içecek içip içmedikleri sorgulandığında hastaların %90'ı (n=36), kontrol grubun %87,5'i (n=35) evet şeklinde cevap verdiği saptandı(p=1,0).

Hastalardan yaşı, 144-179 ay arasında olan %18,2'i (n=2) aknenin stres ile ilişkisinin olduğunu, %81,8'i (n=9) ergenliğin normal süreci olduğunu düşündüklerini söylemişlerdir. Hastalardan yaşı, 145-215 ay arasında olan %3,4'i (n=1) aknenin okul ile ilişkisinin olduğunu, %44,8'i (n=13) stres ile

ilişkisinin olduğunu, %51,7'si (n=15) ergenliğin normal süreci olduğunu düşündüklerini söylemişlerdir.

Akne grubundaki kızların ergenlik yaşı  $152,85 \pm 9,41$  ay, erkeklerin ise  $165,47 \pm 11,19$  ay'dı ( $p=0,001$ ). Akneli kız ve erkeklerin yaş, akne başlama yaşı, akne süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo –5).

**Tablo–5:** Akneli kız ve erkek hastalar arasında yaş, ergenlik yaşı, akne başlama yaşı ve akne süresinin karşılaştırılması.

	Aknesi Olan Kız Grup (n=21)		Aknesi Olan Erkek Grup (n=19)		P
	OP±SS	min–maks	OP±SS	min–maks	
Yaş	188,71±18,27	156–212	191,00±15,40	155–215	0,673
Ergenlik Yaşı	152,85±9,41	138–168	165,47±11,19	144–180	0,001
Akne Başlama Yaşı	156,0±19,71	120–204	162,26±18,34	132–198	0,196
Akne süresi	36,71±16,03	7–60	35,26±37,34	3–174	0,611

OP: Ortalama Puan, SS: Standart Sapma,min:minimum,maks:maksimum.

### Hastaların Akne Tedavi Durumu

Hastaların %37,5'i (n=15) daha önceden tedavi almamıştı, %62,5'u (n=25) önceden tedavi almıştı. Dermatoloji polikliniğine başvuru esnasında %57,5'i (n=23) tedavi almıyorken,%42,5'i (n=17) tedavi alıyordu. Hastaların, %100'üne de görüşme esnasında tedavinin devamı veya yeni tedaviye geçimi planlandı.

Hastaların önceden sistematik tedavi kullanımı %35'inde (n=14) varken, %65'inde (n=26)yoktu; topikal kullanımı ise %57,5'inde (n=23) varken, %42,5'inde (n=17) yoktu.

Hastaların tedaviye başvuru anında sistematik tedavi kullanımı %15'inde (n=6) varken, %85'inde (n=34) yoktu; topikal kullanımı %32,5'inde (n=13) varken, %67,5'inde (n=27) yoktu. Hastalara başlanacak sistematik tedavi, %37,5'inde (n=15) varken, %62,5'inde (n=25) yoktu; topikal tedavi ise %90'ında (n=36) varken, %10'unda (n=4) yoktu (Tablo–6).

**Tablo-6:** Akneli kız ve erkek hastaların önceden aldığı, şuan aldığı ve başlanacak tedavilerin karşılaştırılması.

Tedavi		Hasta				P
		Kız (n:21)	%	Erkek (n:19)	%	
Önceden Aldığı	yok	6	28,6	9	47,4	0,220
	var	15	71,4	10	52,6	
Önceden Aldığı Sistemik	yok	15	71,6	11	57,9	0,370
	var	6	28,6	8	42,1	
Önceden Aldığı topikal	yok	6	28,6	11	57,9	0,061
	var	15	71,4	8	42,1	
Şuan Aldığı	yok	13	61,9	10	52,6	0,554
	var	8	38,1	9	47,4	
Şuan Aldığı Sistemik	yok	17	81,0	17	89,5	0,664
	var	4	19	2	10,5	
Şuan Aldığı Topikal	yok	13,6	61,9	14	73,7	0,427
	var	8	38,1	5	26,3	
Başlanacak tedavi	yok	0	0	0	0	1,000
	var	21	100	19	100	
Başlanacak Sistemik	yok	15	71,4	10	52,6	0,220
	var	6	28,6	9	47,4	
Başlanacak Topikal	yok	2	9,5	2	10,5	1,000

### Hasta ve Kontrol Grubunun Psikopatolojik Açidan Değerlendirilmesi

Hasta ve kontrol grubundaki psikopatolojisi olanlar yani; Kovaks Depresyon Ölçeği ile Anlık(STAI-I) ve Genel Anksiyete(STAI-II) Ölçeğinden en az birinden patolojik puan alanlar karşılaştırıldığında, kontrol grubunun paranoid düşüncesi ( $p=0,058$ ) ve umutsuzluk ( $p=0,058$ ) düzeyi hasta grubuna göre hafif yüksek olduğu; intihar düşüncesinin ise  $p=0,034$  ile hasta grubuna göre anlamlı yüksek çıktığı saptandı.

**Tablo-7:** Hasta ve kontrol grubunun psikopatolojik açıdan değerlendirilmesi.

GRUP						P
		Hasta (n)	%	Kontrol (n)	%	
Psikopatoloji	yok	24	60	23	57,5	>0,05
	var	16	40	17	42,5	

Psikopatolojisi olan 16 hastanın %68,8'i kız (n=11), %31,3'ü (n=5) erkekti. Psikopatoloji olan hastaların global akne derecelendirilmesinde %37,5'i (n=6) hafif akne, %43,8'i (n=7) orta akne, %18,8'i (n=3) ağır düzeydeydi. Psikopatolojisi olan hastaların kendi algıladıkları akne düzeyleri ise; %50'si (n=8) hafif düzeyde, %50 (n=8) orta şiddette olduğunu kabul etmekteydi (Tablo-8).

**Tablo-8** Psikopatolojisi olan hastaların global akne derecelendirmesi ve kendi algıladıkları akne şiddetinin değerlendirilmesi.

Akne Şiddeti	Global Akne Derecelendirme sistemine göre		Kendi algıladığı akne şiddeti	
	n	%	n	%
Hafif	6	37,5	8	50
Orta	7	43,8	8	50
Ağır	3	18,8	0	0
TOPLAM	16	100	16	100

Psikopatolojisi olan hastaların %68,8'i (n=11) akne nedenini stres kabul ettikleri, %31,3'ünün ise (n=5) ergenliğin normal bir süreci olarak kabul ettiği saptandı.

Psikopatolojisi olan hastaların %87,5'i (n=14) tedaviyi kendi istemiş, %12,5'i (n=2) ise ailesinin istediğini söylemiştir. Psikopatolojisi olan hastaların %37,5'i (n=6) daha önce psikolojik destek almış, %62,5'i (n=10) daha önce psikolojik destek almamıştı. Psikopatolojisi olan 17 kontrolün %52,9'u (n=9) kız, %47,1'i (n=8) erkekti. Psikopatolojisi olan kontrol



grubunun %11,8'i (n=2) daha önce psikolojik destek almış, %88,2'si (n=15) almamıştı.

**Tablo-9:** Psikopatolojisi olan hasta ve kontrol grubunun dağılımı.

GRUP		Hasta (n)	%	Kontrol (n)	%
Depresyon	yok	13	81,3	12	70,6
	var	3	18,8	5	29,4
Anlık Anksiyete	yok	6	37,5	11	64,7
	var	10	62,5	6	35,3
Genel Anksiyete	yok	4	25	2	11,8
	var	12	75	15	88,2

Hasta grubunda depresyon puanı 19 üzerinde olan; kızlarda %9,5'i (n=2), erkeklerde %1,4 (n=1) saptandı (p=1,000). Hasta grubunda Anlık Anksiyete Puanı 45 üzerinde olan; kızlarda %28,6'i (n=6), erkeklerde %21,1 (n=4) saptandı (p=0,721). Hasta grubunda Genel Anksiyete Puanı 45 üzerinde olan; kızlarda %47,6'i (n=10), erkeklerde %10,5 (n=2) saptandı (p=0,011).

Psikopatolojisi olmayan, hasta ve kontrol grubu çalışmamızdaki tüm ölçeklerle karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu(p=>0,05).

Hasta ve kontrol grubu tüm ölçekler açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda Ebeveyn Yaşam Kalitesinde Ortalama Toplam Puan (p=0,040) ve Fiziksel Ortalama Toplam Puanı (p=0,003) istatistiksel açıdan anlamlı çıktı (Tablo-10a-b).

Hasta ve kontrol grubu, cinsiyetler açısından incelendiğinde kızlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 11a-b). Hasta ve kontrol grubunda erkekler incelendiğinde (Tablo 12a-b), kontrol grubundaki erkeklerin Kısa Semptom ölçeğindeki Anksiyete alt ölçeğinin puanı daha yüksek çıkmıştır (p=0,044). Hasta grubundaki erkeklerin ise kontrol grubundaki erkeklere göre; yaşam kalitesindeki Ebeveyn Fiziksel Toplam Puanı daha yüksekti (p=0,005) (Tablo 12a-b).

Hasta grubundaki kız ve erkekler karşılaştırıldıklarında; kızların genel anksiyete puanı (STAI), erkeklere göre daha yüksekti(p=0,010). Kısa

semptom envanterindeki Anksiyete alt ölçeğinin puanı ( $p=0,001$ ), Ek maddeler alt ölçeğinin puanı kızlarda daha yüksekti( $p=0,039$ ). Piers–Haris Çocuklarda Öz Kavram ölçeğindeki Zihinsel ve okul durumu alt ölçeği kızlarda daha yüksekti ( $p=0,012$ ). Yaşam kalitesindeki ergen ortalama toplam puanı ( $p=0,020$ ), Ergen Fizik Ortalama Toplam Puanı ( $p=0,017$ ), Ergen Psikososyal Ortalama Toplam Puanı ( $p=0,047$ ) kızlarda erkeklere göre daha yüksekti(tablo 13a–b).

### **Akneli Hastaların Yaşlarına Göre İncelenmesi**

Yaşlara göre hasta grubu 144–179 ay arası olan ve 180–215 ay arası olanlar şeklinde iki gruba ayrıldığında Kısa Semptom Envanterindeki Obsesif Kompulsif Bozukluk ( $p=0,014$ ), Kişiler arasındaki duyarlılık ( $p=0,038$ ), Psikotizm ( $p=0,041$ ) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ( $p=0,032$ ) alt ölçeği 180–215 ay arasındakilerde daha yüksekti. Piers–Harris'in Öz Kavram ölçeğindeki Fiziksel Görünüm alt ölçeği 144–179 ay arasındakilerde daha yüksekti ( $p=0,044$ ).

**Tablo-10a:** Hasta ve kontrol grubunun tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Hasta (n=40)		Kontrol (n=40)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
ÇDÖ		9,85±5,60	1-24	11,45±6,24	2-30	0,232
STAI-I		34,87±11,13	3-59	34,90±10,37	20-64	0,992
STAI-II		40,17±8,19	27-57	42,57±8,56	29-60	0,204
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,67±4,35	0-18	4,30±3,92	0-17	0,273
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	6,47±5,01	0-23	7,00±4,50	0-16	0,401
	Kişiler Arası Duyarlılık	4,07±3,50	0-14	4,80±3,96	0-14	0,438
	Depresyon	4,72±5,57	0-22	6,02±5,13	0-19	0,115
	Anksiyete	4,10±4,71	0-19	4,72±4,31	0-14	0,265
	Hostilite	5,27±4,76	0-19	6,43±5,79	0-19	0,509
	Fobik anksiyete	2,20±2,39	0-9	2,67±2,91	0-12	0,416
	Paranoid Düşünce	4,92±4,06	0-17	6,20±4,31	0-15	0,142
	Psikotizm	3,07±2,76	0-11	3,95±3,62	0-12	0,449
	Ek maddeler	3,45±3,50	0-13	3,95±3,24	0-12	0,357
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndexi	0,79±0,65	0,08-2,92	0,95±0,66	0,09-2,40	0,251
	Belirti Toplamı İndexi	23,35±12,53	4-49	26,71±12,99	5-52	0,235
	Semptom Rahatsızlık İndexi	1,57±0,55	1-3,30	1,71±0,58	1-2,84	0,220
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	22,50±6,09	12-39	24,30±6,32	13-40	0,236
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	19,80±4,32	9-29	20,22±4,99	9-29	0,566
	Düşmanlık	11,97±3,81	7-22	12,57±4,15	7-22	0,536
	İntihar Düşüncesi	10,92±4,16	8-26	12,65±4,75	8-24	0,114
	İntihar Olasılığı Toplam	65,20±14,94	44-109	69,75±16,42	38-105	0,202

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II:Süreklilik Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .

**Tablo-10b:** Hasta ve kontrol grubunun tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Hasta (n=40)		Kontrol (n=40)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Piers-Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	10,22±2,74	3-13	9,35±3,27	1-13	0,281
	Kaygı	8,30±3,06	3-13	7,20±3,04	0-13	0,133
	Popülerite, Sosyal Beğeni	9,50±1,94	4-11	9,40±2,09	3-11	0,751
	Davranış ve Uyma	11,47±2,80	5-16	10,87±3,42	2-16	0,479
	Fiziksel Görünüm	6,20±2,60	0-10	6,37±2,21	0-10	0,812
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,35±1,56	1-7	4,32±1,78	1-7	0,961
	Ölçek Toplam	58,52±10,25	32-75	56,25±12,39	29-75	0,430
Çok Yönlü Beden -Self İlişki Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	21,20±4,65	11-30	21,77±4,39	12-30	0,650
	GD-AGOP	3,53±0,77	1,83-5	3,62±0,73	2-5	0,650
	Görüş Yönelimi	39,30±7,45	11-49	39,90±5,87	28-50	0,862
	GY-AGOP	3,93±0,74	1,10-4,90	3,99±0,58	2,80-5	0,862
	Fiziksel Yeterliliği	23,15±4,20	14-30	22,75±3,21	17-29	0,540
	FYD-AGOP	3,85±0,70	2,33-5	3,79±0,53	2,83-4,83	0,540
	Fiziksel YeterlilikYönelim	29,55±7,37	14-43	30,82±5,84	19-41	0,441
	FYY-AGOP	3,28±0,81	1,56-4,78	3,42±0,64	2,11-4,56	0,441
	Sağlık Değerlendirmesi	21,02±4,20	11-29	20,60±3,52	13-27	0,626
	SD-AGOP	3,50±0,70	1,83-4,83	3,43±0,58	2,17-4,50	0,626
	Sağlık Yönelimi	36,00±7,59	13-50	36,62±6,61	24-50	0,772
	SY-AGOP	3,27±0,69	1,18-4,55	3,32±0,60	2,18-4,55	0,772
	Beden Alanlarından Doyum	32,40±8,47	11-45	32,55±7,08	13-45	0,916
	BAD-AGOP	3,60±0,94	1,22-5	3,61±0,78	1,44-5	0,916
Ölçek Toplam Puanı	202,62±29,18	127-261	205,02±25,11	167-262	0,954	
Madde Ortalama Puanı	3,55±0,51	2,23-4,58	3,59±0,44	2,93-4,60	0,954	
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	78,42±14,95	43,4-98,9	78,01±13,53	45,6-96,7	0,817
	Ergen FSTP	79,37±16,11	37,5-100	78,98±14,20	46,8-100	0,754
	Ergen PTP	77,91±16,10	36,6-98,3	77,50±15,51	36,67-100	0,780
	Ebeveyn ÖTP.	82,82±13,57	46,7-97,8	75,08±16,68	41,3-100	0,040*
	Ebeveyn FSTP	85,85±15,58	43,7-100	73,67±19,88	25-100	0,003**
	Ebeveyn PTP	81,20±14,90	41,6-98,3	75,83±17,61	28,33-100	0,139

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok OP: Ortalama Puan, min:minimum,maks:maksimum, SS: Standart Sapma. AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PSTP: Psikososyal Toplam Puanı.

**Tablo-11a:** Hasta ve kontrol grubunda kızların tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Kız Hasta (n=40)		Kız Kontrol (n=40)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
ÇDÖ	10,42±6,38	1-24	11,75±7,11	3-30	0,535	
STAI-I	35,28±11,65	3-53	36,95±12,66	22-64	0,664	
STAI-II	43,28±7,91	31-57	44,45±10,27	29-60	0,686	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	4,57±5,37	0-18	5,50±4,45	0-17	0,254
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	7,19±5,38	0-23	8,40±4,36	1-16	0,266
	Kişiler Arası Duyarlılık	5,00±3,71	0-14	5,55±4,33	0-14	0,694
	Depresyon	6,42±6,64	0-22	6,95±5,65	0-19	0,591
	Anksiyete	5,61±4,70	0-19	5,90±4,84	0-14	0,958
	Hostilite	6,14±5,18	1-19	6,90±6,75	0-19	0,958
	Fobik anksiyete	2,19±1,99	0-6	3,15±3,34	0-12	0,508
	Paranoid Düşünce	5,57±4,84	0-17	6,95±4,78	0-15	0,326
	Psikotizm	3,71±2,96	0-11	4,75±4,54	0-12	0,763
	Ek maddeler	4,61±4,00	0-13	4,20±3,69	0-12	0,762
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,96±0,73	0,13-2,92	1,09±0,73	0,09-2,40	0,611
	Belirti Toplamı İndeksi	26,85±12,47	7-47	27,85±13,30	5-52	0,784
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,69±0,62	1-3,30	1,88±0,65	1-,84	0,321
İntihar O.Ö.	Umutsuzluk	23,00±5,89	15-39	23,30±7,65	13-40	0,917
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	20,04±4,59	9-29	20,00±5,15	9-29	0,896
	Düşmanlık	12,76±3,81	7-22	12,45±4,68	7-22	0,555
	İntihar Düşüncesi	11,19±4,61	8-26	12,20±4,59	8-21	0,623
	İntihar Olasılığı Toplam	67,00±16,00	45-109	67,95±18,64	38-100	0,927

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği,STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II:Sürekli Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .

**Tablo-11b:** Hasta ve kontrol grubunda kızların tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Kız Hasta (n=40)		Kız Kontrol (n=40)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Piers-Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	9,61±3,26	3-13	8,75±3,64	1-13	0,378
	Kaygı	7,47±,3,10	3-13	6,85±3,18	0-13	0,572
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,42±2,08	4-11	9,55±2,21	4-11	0,609
	Davranış ve Uyma	11,52±2,69	5-16	11,45±2,85	6-16	0,927
	Fiziksel Görünüm	6,38±2,53	2-10	6,00±2,49	0-10	0,617
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,90±1,60	1-7	4,80±2,04	1-7	0,830
	Ölçek Toplam	57,66±11,32	32-75	56,55±13,37	29-75	0,784
Çok Yönlü Beden -Self İlişki Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	20,42±5,09	11-30	20,95±4,12	15-30	0,906
	GD-AGOP	3,40±0,84	1,83-5	3,49±0,68	2,50-5	0,906
	Görüş Yönelimi	41,19±4,78	30-48	39,65±6,05	29-50	0,367
	GY-AGOP	4,11±0,47	3-4,80	3,96±0,60	2,90-5	0,367
	Fiziksel Yeterliliği	22,42±3,98	14-29	21,75±3,22	17-27	0,471
	FYD-AGOP	3,73±0,66	2,33-4,83	3,62±0,53	2,83-4,50	0,471
	Fiziksel Yeterlilik Yönelim	29,04±6,23	19-43	28,35±6,04	19-41	0,666
	FYY-AGOP	3,22±0,69	2,11-4,78	3,15±0,67	2,11-4,56	0,666
	Sağlık Değerlendirmesi	20,61±3,57	11-26	19,90±3,98	13-27	0,504
	SD-AGOP	3,43±0,59	1,83-4,33	3,31±0,66	2,17-4,50	0,504
	Sağlık Yönelimi	36,00±7,36	26-50	36,35±6,64	27-47	0,804
	SY-AGOP	3,27±0,66	2,36-4,55	3,30±0,60	2,45-4,27	0,804
	Beden Alanlarından Doyum	29,95±8,98	11-45	31,90±6,71	16-44	0,774
	BAD-AGOP	3,32±0,99	1,22-5	3,54±0,74	1,78-4,89	0,774
	Ölçek Toplam Puanı	199,66±27,12	152-248	198,85±24,85	170-251	0,764
Madde Ortalama Puanı	3,50±0,47	2,67-4,35	3,48±0,43	2,98-4,40	0,764	
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	73,39±15,78	43,4-96,7	77,28±13,00	54,3-94,5	0,411
	Ergen FSTP	73,80±16,75	37,50-100	76,40±15,12	46,8-96,8	0,592
	Ergen PTP	73,17±17,51	36,67-95	77,75±15,22	50-96,67	0,340
	Ebeveyn ÖTP.	82,45±14,89	46,7-97,8	78,85±14,79	44,5-97,8	0,347
	Ebeveyn FSTP	84,67±15,77	43,75-100	76,56±20,36	25-100	0,195
	Ebeveyn PTP	81,26±16,32	41,6-98,3	80,08±13,60	48,3-98,3	0,456

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok OP: Ortalama Puan, min:minimum,maks:maksimum, SS: Standart Sapma. AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PSTP: Psikososyal Toplam Puanı.

**Tablo-12a:** Hasta ve kontrol grubunda erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Erkek Hasta (n=40)		Erkek Kontrol (n=40)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
ÇDÖ	9,21±4,69	2-20	11,15±5,40	2-21	0,240	
STAI-I	34,42±10,83	21-59	32,85±7,19	20-50	0,595	
STAI-II	36,73±7,21	27-57	40,70±6,11	31-52	0,072	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	2,68±2,64	0-10	3,10±2,95	0-10	0,792
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	5,68±4,59	1-19	5,60±4,28	0-15	0,923
	Kişiler Arası Duyarlılık	3,05±3,02	0-13	4,05±3,51	0-13	0,396
	Depresyon	2,84±3,33	0-12	5,10±4,51	0-18	0,070
	Anksiyete	2,42±4,22	0-16	3,55±3,44	0-14	0,044*
	Hostilite	4,31±4,17	0-15	5,94±4,71	0-18	0,297
	Fobik anksiyete	2,21±2,83	0-9	2,20±2,39	0-9	0,550
	Paranoid Düşünce	4,21±2,95	0-10	5,45±3,76	0-12	0,309
	Psikotizm	2,36±2,40	0-9	3,15±2,23	0-7	0,247
	Ek maddeler	2,15±2,31	0-8	3,70±2,81	0-10	0,074
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,60±0,52	0,08-2,15	0,79±0,56	0,17-2,13	0,234
	Belirti Toplamı İndeksi	19,47±11,71	4-49	25,52±12,90	6-52	0,123
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,45±0,45	1-2,36	1,53±0,44	1-2,69	0,354
İntihar O.Ö.	Umutsuzluk	21,94±6,41	12-34	25,30±4,63	18-35	0,127
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	19,52±4,10	13-27	20,45±4,95	10-29	0,496
	Düşmanlık	11,10±3,71	7-21	12,70±3,67	8-22	0,113
	İntihar Düşüncesi	10,63±3,71	8-22	13,10±4,99	8-24	0,079
	İntihar Olasılığı Toplam	63,21±13,85	44-95	71,55±14,11	52-105	0,079

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks: maksimum, SS: Standart Sapma, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II:Süreklilik Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .

**Tablo-12b:** Hasta ve kontrol grubunda erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Erkek Hasta (n=40)		Erkek Kontrol (n=40)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Piers-Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	10,89±1,88	7-13	9,95±2,83	5-13	0,461
	Kaygı	9,21±2,82	3-13	7,55±2,94	2-13	0,079
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,57±1,83	5-11	9,25±2,02	3-11	0,411
	Davranış ve Uyuma	11,42±2,98	5-15	10,30±3,90	2-16	0,411
	Fiziksel Görünüm	6,00±2,72	0-10	6,75±1,88	2-10	0,336
	Zihinsel ve Okul Durumu	3,73±1,28	1-6	3,85±1,38	1-7	0,835
	Ölçek Toplam	59,47±9,14	44-72	55,95±11,66	36-73	0,396
Çok Yönlü Beden -Self İlişki Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	22,05±4,07	16-30	22,60±4,61	12-29	0,588
	GD-AGOP	3,67±0,67	2,67-5	3,76±0,76	2-4,83	0,588
	Görüş Yönelimi	37,21±9,29	11-49	40,15±5,84	28-50	0,428
	GY-AGOP	3,72±0,92	1,10-4,90	4,01±0,58	2,80-5	0,428
	Fiziksel Yeterliliği Değerlen	23,94±4,40	15-30	23,75±2,95	18-29	0,728
	FYD-AGOP	3,99±0,73	2,50-5	3,95±0,49	3-4,83	0,728
	Fiziksel YeterlilikYönelim	30,10±8,60	14-40	33,30±4,55	25-41	0,296
	FYY-AGOP	3,34±0,95	1,56-4,44	3,70±0,50	2,78-4,56	0,296
	Sağlık Değerlendirmesi	21,47±4,86	14-29	21,30±2,92	17-26	0,945
	SD-AGOP	3,57±0,81	2,33-4,83	3,55±0,48	2,83-4,33	0,945
	Sağlık Yönelimi	36,00±8,04	13-50	36,90±6,74	24-50	0,901
	SY-AGOP	3,27±0,73	1,18-4,55	3,35±0,61	2,18-4,55	0,901
	Beden Alanlarından Doyum	35,10±7,16	24-45	33,20±7,55	13-45	0,569
	BAD-AGOP	3,90±0,79	2,67-5	3,68±0,83	1,44-5	0,569
	Ölçek Toplam Puanı	205,89±31,72	127-261	211,20±24,41	167-262	0,792
Madde Ortalama Puanı	3,61±0,55	2,23-4,58	3,70±0,42	2,93-4,60	0,792	
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	83,98±12,07	53,2-98,9	78,75±14,33	45,6-96,7	0,224
	Ergen FSTP	85,52±13,22	59,38-100	81,56±13,09	59,38-100	0,296
	Ergen PTP	83,15±12,86	50-98,33	77,25±16,18	36,67-100	0,214
	Ebeveyn ÖTP.	83,23±12,35	57,6-97,8	71,30±17,96	41,30-100	0,050
	Ebeveyn FSTP	87,17±15,69	53,13-100	70,78±19,48	37,50-100	0,005**
	Ebeveyn PTP	81,14±13,59	53,3-96,6	71,58±20,34	28,33-100	0,141

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok OP: Ortalama Puan, min:minimum,maks:maksimum, SS: Standart Sapma. AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PSTP: Psikososyal Toplam Puanı.



**Tablo-13a:** Hasta kız ve erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	Kız Hasta (n=21)		Erkek Hasta (n=19)		P	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
ÇDÖ	10,42±6,38	1-20	9,21±4,69	2-20	0,500	
STAI-I	35,28±11,65	3-53	34,42±10,83	21-59	0,405	
STAI-II	43,28±7,91	31-57	36,73±7,21	27-57	0,010*	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	4,57±5,37	0-18	2,68±2,64	0-10	0,452
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	7,19±5,38	0-23	5,68±4,59	1-19	0,294
	Kişiler Arası Duyarlılık	5,00±3,71	0-14	3,05±3,02	0-13	0,074
	Depresyon	6,42±6,64	0-22	2,84±3,33	0-12	0,093
	Anksiyete	5,61±4,70	0-19	2,42±4,22	0-16	0,001**
	Hostilite	6,14±5,18	1-19	4,31±4,17	0-15	0,236
	Fobik anksiyete	2,19±1,99	0-6	2,21±2,83	0-9	0,688
	Paranoid Düşünce	5,57±4,84	0-17	4,21±2,95	0-10	0,520
	Psikotizm	3,71±2,96	0-11	2,36±2,40	0-9	0,130
	Ek maddeler	4,61±4,0	0-13	2,15±2,31	0-8	0,039*
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,96±0,73	0,13-2,92	0,60±0,52	0,08-2,15	0,083
	Belirti Toplamı İndeksi	26,85±12,47	7-47	19,47±11,71	4-49	0,062
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,69±0,62	1,0-3,30	1,45±0,45	1,0-2,36	0,247
İntihar O.Ö.	Umutsuzluk	23,0±5,89	15-39	21,94±6,41	12-34	0,592
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	20,04±4,59	9-29	19,52±4,10	13-27	0,708
	Düşmanlık	12,76±3,81	7-22	11,10±3,71	7-21	0,105
	İntihar Düşüncesi	11,19±4,61	8-26	10,63±3,71	8-22	0,611
	İntihar Olasılığı Toplam	67,0±16,0	45-109	63,21±13,85	44-95	0,486

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her iki grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği,STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II:Süreklilik Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .

**Tablo-13b:** Hasta kız ve erkeklerin tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		Kız Hasta (n=21)		Erkek Hasta (n=19)		P
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max	
Piers-Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	9,61±3,26	3-13	10,89±1,88	7-13	0,073
	Kaygı	7,47±3,10	3-13	9,21±2,82	3-13	0,307
	Popülarite, Sosyal Beğeni	9,42±2,08	4-11	9,57±1,83	5-11	0,893
	Davranış ve Uyma	11,52±2,69	5-16	11,42±2,98	5-15	0,910
	Fiziksel Görünüm	6,38±2,53	2-10	6,00±2,72	0-10	0,650
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,90±1,60	1-7	3,73±1,28	1-6	0,012*
	Ölçek Toplam	57,66±11,32	32-75	59,47±9,14	44-72	0,585
Çok Yönlü Beden -Self İşiği Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	20,42±5,09	11-30	22,05±4,07	16-30	0,276
	GD-AGOP	3,40±0,84	1,83-5,0	3,67±0,67	2,67-5,0	0,276
	Görüş Yönelimi	41,19±4,78	30-48	37,21±9,29	11-49	0,105
	GY-AGOP	4,11±0,47	3,0-4,80	3,72±0,92	1,1-4,9	0,105
	Fiziksel Yeterliliği Değerlen	22,42±3,98	14-29	23,94±4,40	15-30	0,259
	FYD-AGOP	3,73±0,66	2,33-4,83	3,99±0,73	2,50-5,0	0,259
	Fiziksel YeterlilikYönelim	29,04±6,23	19-43	30,10±8,60	14-40	0,656
	FYY-AGOP	3,22±0,69	2,11-4,78	3,34±0,95	1,56-4,44	0,656
	Sağlık Değerlendirmesi	20,61±3,57	11-26	21,47±4,86	14-29	0,528
	SD-AGOP	3,43±0,59	1,83-4,33	3,57±0,81	2,33-4,83	0,528
	Sağlık Yönelimi	36,0±7,36	26-50	36,0±8,04	13-50	1,000
	SY-AGOP	3,27±0,66	2,36-4,55	3,27±0,73	1,18-4,55	1,000
	Beden Alanlarından Doyum	29,95±8,98	11-45	35,10±7,16	24-45	0,054
	BAD-AGOP	3,32±0,99	1,22-5,0	3,90±0,79	2,67-5,0	0,054
	Ölçek Toplam Puanı	199,66±27,12	152-248	205,89±31,72	127-261	0,507
Madde Ortalama Puanı	3,50±0,47	2,67-4,35	3,61±0,55	2,23-4,58	0,507	
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	73,39±15,78	43,4-96,7	83,98±12,07	53,2-98,9	0,020*
	Ergen FSTP	73,80±16,75	37,5-100	85,52±13,22	59,38-100	0,017*
	Ergen PTP	73,17±17,51	36,6-95,0	83,15±12,86	50,0-98,33	0,047*
	Ebeveyn ÖTP	82,45±14,89	46,7-97,8	83,23±12,35	57,6-97,8	0,810
	Ebeveyn FSTP	84,67±15,77	43,75-100	87,17±15,69	53,13-100	0,347
	Ebeveyn PTP	81,26±16,32	41,67-98,3	81,14±13,59	53,3-96,6	0,555

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok OP: Ortalama Puan, min:minimum,max:maximum, SS: Standart Sapma. AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PSTP: Psikososyal Toplam Puanı.

**Tablo-14a:** Hastaların yaşlarına göre tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER	144-179 ay (n=11)		180-215 ay (n=29)		p	
	OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks		
ÇDÖ	8,54±5,27	4-21	10,34±5,74	1-24	0,267	
STAI-I	33,09±9,5	21-48	35,55±11,87	3-59	0,402	
STAI-II	37,27±6,38	27-47	41,27±8,62	28-57	0,196	
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	3,09±5,12	0-18	3,89±4,10	0-17	0,323
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	4,63±6,34	0-23	7,17±4,34	1-19	0,014*
	Kişiler Arası Duyarlılık	2,81±3,94	0-14	4,55±3,26	0-13	0,038*
	Depresyon	3,54±6,28	0-22	5,17±5,33	0-20	0,267
	Anksiyete	3,36±5,33	0-19	4,37±4,52	0-16	0,550
	Hostilite	4,72±5,17	1-19	5,48±4,67	0-15	0,654
	Fobik anksiyete	1,18±1,40	0-3	2,58±2,59	0-9	0,124
	Paranoid Düşünce	4,09±4,65	0-17	5,24±3,86	1-17	0,254
	Psikotizm	2,0±3,13	0-11	3,48±2,55	0-9	0,041*
	Ek maddeler	2,54±3,67	0-12	3,79±3,43	0-13	0,207
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,60±0,79	0,08-2,92	0,86±0,60	0,13-2,15	0,052
	Belirti Toplamı İndeksi	19,0±12,0	4-47	25,0±12,53	7-49	0,157
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,36±0,66	1-3,30	1,66±0,50	1-2,67	0,033*
İntihar O.Ö.	Umutsuzluk	20,90±7,16	12-39	23,10±5,65	13-34	0,131
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	20,90±3,36	14-25	19,37±4,61	9-29	0,294
	Düşmanlık	10,81±3,21	7-18	12,41±3,97	7-22	0,241
	İntihar Düşüncesi	10,09±3,75	8-21	11,24±4,33	8-26	0,419
	İntihar Olasılığı Toplam	62,72±14,94	48-102	66,13±15,10	44-109	0,267

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, maks:maksimum, SS: Standart Sapma, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği,STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II:Süreklilik Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .

**Tablo-14b:** Hastaların yaşlarına göre tüm ölçekler açısından karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		144-179 ay (n=11)		180-215 ay (n=29)		p
		OP±SS	min-maks	OP±SS	min-maks	
Piers- Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	11,27±2,53	4-13	9,82±2,75	3-13	0,069
	Kaygı	9,81±2,71	4-13	7,72±3,03	3-13	0,060
	Popülarite, Sosyal Beğeni	10,09±1,13	8-11	9,27±2,15	4-11	0,419
	Davranış ve Uyma	11,27±3,37	5-16	11,55±2,61	5-15	0,905
	Fiziksel Görünüm	7,54±1,80	4-10	5,68±2,70	0-10	0,044*
	Zihinsel ve Okul Durumu	4,90±1,44	3-7	4,13±1,57	1-7	0,207
	Ölçek Toplam	63,27±9,58	40-75	56,72±10,07	32-72	0,060
Çok Yönlü Beden -Self İşki Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	21,45±4,25	16-30	21,10±4,86	11-30	0,976
	GD-AGOP	3,57±0,70	2,67-5	3,51±0,81	1,83-5	0,976
	Görüş Yönelimi	39,54±7,04	27-48	39,20±7,72	11-49	0,881
	GY-AGOP	3,95±0,70	2,70-4,80	3,92±0,77	1,10-4,90	0,881
	Fiziksel Yeterliliği Değerlen	23,90±2,77	19-29	22,86±4,64	14-30	0,591
	FYD-AGOP	3,98±0,46	3,17-4,83	3,81±0,77	2,33-5	0,591
	Fiziksel YeterlilikYönelim	31,55± 4,13	25-40	28,79± 8,21	14-43	0,267
	FYY-AGOP	3,50±0,45	2,78-4,44	3,19±0,91	1,56-4,78	0,267
	Sağlık Değerlendirmesi	21,90±2,87	17-26	20,68±4,60	11-29	0,369
	SD-AGOP	3,65±0,47	2,83-4,33	3,44±0,76	1,83-4,83	0,369
	Sağlık Yönelimi	36,54±5,0	27-44	35,79±8,44	13-50	0,654
	SY-AGOP	3,32±0,45	2,45-4,0	3,25±0,76	1,18-4,55	0,654
	Beden Alanlarından Doyum	32,90±7,60	19-45	32,20±8,90	11-45	0,952
	BAD-AGOP	3,65±0,84	2,11-5,0	3,57±0,98	1,22-5,0	0,952
	Ölçek Toplam Puanı	207,81±18,13	164-234	200,65±32,47	127-261	0,612
	Madde Ortalama Puanı	3,64±0,31	2,88-4,11	3,52±0,56	2,23-4,58	0,612
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	82,50±13,26	43,4-90,2	78,87±15,48	46,7-98,9	0,241
	Ergen FSTP	86,64±13,19	56,2-100	76,61±16,46	37,5-100	0,084
	Ergen PTP	80,3±14,92	36,6-90	77,01±16,68	40-98,33	0,858
	Ebeveyn ÖTP.	84,18±16,73	46,7-95,6	82,30±12,48	59,7-97,8	0,455
	Ebeveyn FSTP	84,94±16,10	53,13-100	86,20±15,65	43,7-100	0,612
	Ebeveyn PTP	83,73±17,60	41,6-96,6	80,22±13,96	53,3-98,3	0,267

p\*: p<0,05, p\*\* :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok OP: Ortalama Puan, min:minimum,maks:maksimum, SS: Standart Sapma. AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PTSP: Psikososyal Toplam Puanı.

**Tablo-15:** Akneli kız ve erkeklerin yaşlarına,akne şiddetine,akne lokalizasyonuna,hastaya göre akne şiddeti, hastaya göre yaşamını etkileme durumunun incelenmesi.

		Hasta				Toplam	
		Kız (n:21)		Erkek(n:19)		n	%
		n	%	n	%		
Yaş	144-179 ay	7	33,3	4	21,1	11	27,5
	180-215 ay	14	66,7	15	78,9	29	72,5
Akne Şiddeti (GAD)	Hafif	11	52,4	4	21,1	15	37,5
	Orta	8	38,1	10	52,6	18	45
	Şiddetli	2	9,5	5	26,3	7	18,5
Akne Lokalizasyonu	Sadece Yüz	9	42,9	10	52,6	19	47,5
	Ağırlıklı Yüz	9	42,9	5	26,3	14	35
	Ağırlıklı gövde	2	9,5	2	10,5	4	10
	Yüz,gövde eşit	1	4,8	2	10,5	3	7,5
Hastaya göre akne şiddeti	hafif	3	14,3	6	3,6	9	22,5
	orta	15	71,4	11	57,9	26	65
	ağır	3	14,3	2	10,5	5	12,5
Hastaya göre yaşamını etkileme	hafif	9	42,9	10	52,6	19	47,5
	orta	10	47,6	8	42,1	18	45
	ağır	2	9,5	1	5,3	3	7,5
Tedaviyi isteyen	kendim	21	100	12	63,2	33	82,5
	ailem	0	0	7	36,8	7	17,5
	başkası	0	0	0	0	0	0

Hastalardan kız grubunda kendisinin tedaviyi istemesi %100 (n=21) iken erkeklerde kendisinin tedaviyi istemesi %63,2 (n=12), ailesinin istemesi ise %36,8' dir (n=7) (p=0,003). Hastalarda,aknenin yiyeceklerle artış gösterdiğini düşünme, kızlarda %81'i (n=17) iken erkeklerde %42,1' dir (n=8) (p=0,011).

## Global Akne Şiddeti

Kız hastaların %52,4'ü (n=11) hafif düzeyde, %47,6'si (n=10) orta ve ağır düzeyde akneye sahipti. Erkeklerde %21,1 (n=4) hafif düzeyde, %78,9'u (n=15) orta ve ağır düzeyde akneye sahipti (p=0,041). Hastanın akne şiddetini kendisi değerlendirdiğinde kızlar %14,3'ü (n=3) hafif düzeyde, %85,7'si (n=18) orta ve ağır düzeyde olduğunu söylemişler, erkekler ise %31,6'sı (n=6) hafif düzeyde, %68,4'ü (n=13) orta ve ağır düzeyde olduğunu söylemişlerdir (p=0,265).

Global Akne Şiddeti ile hastaya göre akne şiddeti karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,454).

**Tablo-16:** Global Akne Şiddeti ve Hastaya göre akne şiddetinin karşılaştırılması.

		Hastaya göre şiddet				Toplam	
		Hafif		Orta+Ağır		n	%
		n	%	n	%		
Akne Şiddeti	Hafif	4	10	11	27,5	15	37,5
	Orta+Ağır	5	12,5	20	50	25	62,5

**Tablo-17:** Akneli kız ve erkeklerin yaşlarına, akne şiddetine,akne lokalizasyonuna,hastaya göre akne şiddeti, hastaya göre yaşamını etkileme durumunun incelenmesi.

		Hasta				Toplam	
		Kız		Erkek		n	%
		n	%	n	%		
Yaş	144-179 ay	7	33,3	4	21,1	11	27,5
	180-215 ay	14	66,7	15	78,9	29	72,5
Akne Şiddeti	Hafif	11	52,4	4	21,1	15	37,5
	Orta	8	38,1	10	52,6	18	45
	Şiddetli	2	9,5	5	26,3	7	1,5
Akne Lokalizasyonu	Sadece Yüz	9	42,9	10	52,6	19	47,5
	Ağırlıklı Yüz	9	42,9	5	26,3	14	35
	Ağırlıklı gövde	2	9,5	2	10,5	4	10
	Yüz,gövde eşit	1	4,8	2	10,5	3	7,5
Hastaya göre akne şiddeti	hafif	3	14,3	6	3,6	9	22,5
	orta	15	71,4	11	57,9	26	65
	ağır	3	14,3	2	10,5	5	12,5
Hastaya göre yaşamını etkileme	hafif	9	42,9	10	52,6	19	47,5
	orta	10	47,6	8	42,1	18	45
	ağır	2	9,5	1	5,3	3	7,5
Tedaviyi isteyen	kendim	21	100	12	63,2	33	82,5
	ailem	0	0	7	36,8	7	17,5
	başkası	0	0	0	0	0	0

### Akne Süresi ve Global Akne Şiddetiyle Ölçekler Arasında Korelasyon

Akne süresiyle tüm ölçekler arasında korelasyon bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır.

Global Akne Şiddetiyle tüm ölçekleri korelasyonuna bakıldığında Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeğinde Görünüşü Değerlendirme ( $r=0,406$ ,  $p=0,009$ ), GD-AGOP ( $r=0,406$ ,  $p=0,009$ ), Fiziksel yeterlilik Yönelimi ( $r=0,379$ ,  $p=0,016$ ), FY-AGOP( $r=0,379$ ,  $p=0,016$ ), Beden Alanlarından Doyum ( $r=0,401$ ,  $p=0,010$ ), BAD-AGOP ( $r=0,401$ ,  $p=0,010$ ), Ölçek Toplam Puanı

( $r=0,360$ ,  $p=0,022$ ), Madde Ortalama Puanı ( $r=0,360$ ,  $p=0,022$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir.

**Tablo-18a:** Akne süresi ve Global akne skoruyla tüm ölçeklerin korelasyonu.

ÖLÇEKLER		Akne Süresi (n=40)		Global Akne Skoru (n=40)	
		r	p	r	p
ÇDÖ		0,073	0,654	-0,264	0,1000
STAI-I		0,090	0,583	-0,001	0,993
STAI-II		0,131	0,421	-0,255	0,113
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	0,159	0,327	-0,059	0,718
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,093	0,570	0,090	0,579
	Kişiler Arası Duyarlılık	0,068	0,675	-0,108	0,506
	Depresyon	0,154	0,343	-0,184	0,256
	Anksiyete	0,114	0,484	-0,059	0,718
	Hostilite	0,069	0,672	-0,182	0,260
	Fobik anksiyete	0,138	0,394	-0,082	0,617
	Paranoid Düşünce	0,155	0,339	-0,114	0,484
	Psikotizm	0,115	0,481	-0,114	0,483
	Ek maddeler	0,255	0,113	-0,150	0,355
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,151	0,351	-0,110	0,498
	Belirti Toplamı İndeksi	0,129	0,429	-0,144	0,377
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,103	0,526	-0,055	0,737
İntihar O.Ö.	Umutsuzluk	-0,018	0,913	-0,034	0,834
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	0,103	0,526	-0,112	0,493
	Düşmanlık	-0,031	0,851	-0,229	0,154
	İntihar Düşüncesi	0,071	0,663	-0,073	0,653
	İntihar Olasılığı Toplam	0,035	0,832	-0,125	0,442

r: Korelasyon katsayısı, p\*: $p<0,05$ , p\*\*: $p<0,01$ .

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II: Sürekli Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .



**Tablo-18b:** Akne süresi ve Global akne skoruyla tüm ölçeklerin korelasyonu.

ÖLÇEKLER		Akne Süresi (n=40)		Global Akne Skoru (n=40)	
		r	p	r	p
Piers-Harris'in Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	-0,112	0,493	0,224	0,165
	Kaygı	-0,171	0,292	0,091	0,578
	Popülarite, Sosyal Beğeni	-0,102	0,530	0,075	0,648
	Davranış ve Uyma	0,027	0,868	0,230	0,154
	Fiziksel Görünüm	-0,091	0,578	0,308	0,053
	Zihinsel ve Okul Durumu	-0,156	0,335	0,013	0,936
	Ölçek Toplam	-0,120	0,463	0,254	0,114
Çok Yönlü Beden -Self İlişkili Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	0,049	0,765	0,406	0,009**
	GD-AGOP	0,049	0,765	0,406	0,009**
	Görüş Yönelimi	-0,117	0,474	0,001	0,996
	GY-AGOP	-0,117	0,474	0,001	0,996
	Fiziksel Yeterliliği Değerlen	0,100	0,537	0,292	0,067
	FYD-AGOP	0,100	0,537	0,292	0,067
	Fiziksel YeterlilikYönelim	0,053	0,744	0,379	0,016**
	FYY-AGOP	0,053	0,744	0,379	0,016**
	Sağlık Değerlendirmesi	-0,062	0,704	0,019	0,908
	SD-AGOP	-0,062	0,704	0,019	0,908
	Sağlık Yönelimi	0,070	0,667	0,147	0,365
	SY-AGOP	0,070	0,667	0,147	0,365
	Beden Alanlarından Doyum	-0,051	0,753	0,401	0,010**
	BAD-AGOP	-0,051	0,753	0,401	0,010**
Ölçek Toplam Puanı	0,000	0,998	0,360	0,022**	
Madde Ortalama Puanı	0,000	0,998	0,360	0,022**	
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	-0,151	0,353	0,181	0,265
	Ergen FSTP	-0,106	0,515	0,284	0,075
	Ergen PTP	-0,158	0,329	0,105	0,518
	Ebeveyn ÖTP.	-0,160	0,324	0,040	0,806
	Ebeveyn FSTP	-0,274	0,087	0,111	0,495
	Ebeveyn PTP	-0,071	0,665	-0,006	0,971

r: Korelasyon katsayısı, p\*: p<0,05, p\*\*: p<0,01.

AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PSTP: Psikososyal Toplam Puanı.

### Global Akne Şiddeti ve Hastaya Göre Akne Şiddetinin Ölçekler Arası Korelasyonun İncelenmesi

Hastaya göre akne şiddetiyle tüm ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde, Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeğinde Görünüşü Değerlendirme ( $r=-0,355$ ,  $p=0,024$ ), GD-AGOP ( $r=-0,355$ ,  $p=0,024$ ), Sağlık Yönelimi ( $r=-0,318$ ,  $p=0,045$ ), SY-AGOP ( $r=-0,318$ ,  $p=0,045$ ), BAD-AGOP

( $r=-0,318$   $p=0,045$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi (Tablo-21a-b).

Hastaya göre aknenin yaşamını etkilemesi ile tüm ölçeklerin korelasyonu incelendiğinde; ÇDO ( $r=0,386$   $p=0,014$ ), STAI-I ( $r=0,345$   $p=0,029$ ), STAI-II ( $r=0,313$   $p=0,050$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi. Kısa Semptom Envanterinin Kişiler Arası Duyarlılık( $r=0,338$   $p=0,033$ ), Depresyon ( $r=0,434$   $p=0,005$ ), Hostilite ( $r=0,423$   $p=0,007$ ), Paranoid Düşünce ( $r=0,368$   $p=0,019$ ), Psikotizm ( $r=0,339$   $p=0,032$ ), Ek Maddeler( $r=0,337$   $p=0,016$ ), Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi ( $r=0,423$   $p=0,007$ ), Belirti Toplamı İndeksi ( $r=0,420$   $p=0,007$ ) ve Semptom Rahatsızlık İndeksi ( $r=0,364$   $p=0,021$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi. Çok önlü Beden Self İlişkileri Ölçeğinde Görünüş Yönelimi ( $r=0,316$   $p=0,047$ ) ve GY-AGOP ( $r=0,316$   $p=0,047$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi. İntihar Olasılığı Ölçeğinde Umutsuzluk ( $r=0,370$   $p=0,019$ ), Düşmanlık ( $r=0,419$   $p=0,007$ ), İntihar olasılığı Toplam Puanı ( $r=0,321$   $p=0,044$ ) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi. Yaşam Kalitesi ölçeğinin Ergen Ortalama Toplam Puanı ( $r=-0,330$   $p=0,038$ ), Ergen Fiziksel Toplam Puanı ( $r=-0,320$   $p=0,044$ ) ve Ebeveyn Fiziksel Toplam Puanı ( $r=-0,457$   $p=0,003$ ) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde güçlü bir korelasyon tespit edildi (Tablo-21a-b).

### **Hastanın subjektif değerlendirmesiyle aknenin yaşamı etkilemesi**

Hastalara akne nedenli yaşamınız ne şekilde etkileniyor sorusuna kızların %42,9 (n=9) hafif, %47,6 (n=10) orta, %9,5 (n=2) ağır düzeyde etkilediğini söylemiştir. Erkeklerin %52,6 (n=10) hafif, %42,1 (n=8) orta, %5,3 (n=1) ağır düzeyde etkilediğini söylemiştir (Tablo-19).

**Tablo-19:** Hastaların subjektif akne değerlendirilmesiyle yaşamı etkilemesinin incelenmesi.

Hastaya göre yaşamını etkileme	Toplam n(%)	Kız		Erkek	
		n	%	n	%
Hafif	19 (47,5)	9	42,9	10	52,6
Orta	18 (45)	10	47,6	8	42,1
Ağır	3 (7,5)	2	9,5	1	5,3
<b>Toplam</b>	<b>40 (100)</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Hastalara akne nedenli yaşamınız ne şekilde etkileniyor sorusuna 144–179 ay arasında yaşı olan hastaların %54,5 (n=6) hafif, %36,4 ü (n=4) orta, %9,1 (n=1) ağır düzeyde etkilediğini söylemiştir . 1455–215 ay arasında yaşı olan hastaların %44,8 (n=13) hafif, %48,3 ü (n=14) orta, %6,9 (n=2) ağır düzeyde etkilediğini söylemiştir(Tablo-20) .

**Tablo-20:** Akne nedenli hastanın yaşamının etkilemesinin yaşlara göre incelenmesi.

Hastaya göre yaşamını etkileme	Toplam		144–179ay		180–215 ay	
	n	%	n	%	n	%
Hafif	19	47,5	6	54,5	13	44,8
Orta	18	45	4	36,4	14	48,3
Ağır	3	7,5	1	9,1	2	6,9
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>27,5</b>	<b>29</b>	<b>72,5</b>

**Tablo–21a:** Hastaya göre akne şiddeti ve hastaya göre yaşamı etkilemenin tüm ölçeklerle korelasyonlarının incelenmesi.

ÖLÇEKLER		HastayaGöre Akne Şiddeti (n=40)		Hastaya Göre Yaşamını etkileme (n=40)	
		r	p	r	p
ÇDÖ		0,001	0,997	0,386	0,014*
STAI–I		0,166	0,307	0,345	0,029*
STAI–II		0,117	0,474	0,313	0,050
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	–0,118	0,467	0,250	0,119
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,083	0,611	0,286	0,074
	Kişiler Arası Duyarlılık	–0,146	0,370	0,338	0,033*
	Depresyon	–0,106	0,514	0,434	0,005**
	Anksiyete	0,080	0,622	0,294	0,066
	Hostilite	0,078	0,631	0,423	0,007**
	Fobik anksiyete	–0,054	0,743	0,086	0,597
	Paranoid Düşünce	–0,030	0,853	0,368	0,019*
	Psikotizm	0,049	0,765	0,339	0,032*
	Ek maddeler	0,194	0,230	0,377	0,016*
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,037	0,820	0,423	0,007**
	Belirti Toplamı İndeksi	0,018	0,910	0,420	0,007**
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,098	0,548	0,364	0,021*
İntihar O.Ö.	Umutsuzluk	–0,033	0,841	0,370	0,019*
	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	0,118	0,470	–0,014	0,933
	Düşmanlık	–0,003	0,987	0,419	0,007**
	İntihar Düşüncesi	0,060	0,714	0,310	0,051
	İntihar Olasılığı Toplam	0,074	0,649	0,321	0,044*

r: Korelasyon katsayısı, p\*:p<0,05, p\*\*:p<0,01.

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği,STAI–I: Durumluluk Anksiyete, STAI–II:Süreklilik Anksiyete, İntihar O.Ö: İntihar Olasılığı Ölçeği .

**Tablo-21b:** Hastaya göre akne şiddeti ve hastaya göre yaşamı etkilemenin tüm ölçeklerle korelasyonlarının incelenmesi.

ÖLÇEKLER		HastayaGöre Akne Şiddeti (n=40)		Hastaya Göre Yaşamını etkileme (n=40)	
		r	p	r	p
Öz Kavramı Ölçeği	Mutluluk,Doyum	-0,053	0,745	-0,256	0,111
	Kaygı	-0,035	0,828	-0,281	0,079
	Popülarite, Sosyal Beğeni	0,030	0,854	-0,006	0,970
	Davranış ve Uyma	0,019	0,908	-0,202	0,212
	Fiziksel Görünüm	-0,200	0,217	-0,216	0,181
	Zihinsel ve Okul Durumu	0,100	0,540	0,038	0,815
	Ölçek Toplam	-0,013	0,936	-0,242	0,132
Çok Yönlü Beden -Self İlişki Ölçeği	Görünüşü Değerlendirme	-0,355	0,024	-0,228	0,156
	GD-AGOP	-0,355	0,024	-0,228	0,156
	Görüş Yönelimi	0,042	0,796	0,316	0,047
	GY-AGOP	0,042	0,796	0,316	0,047
	Fiziksel Yeterliliği Değerlen	-0,133	0,414	-0,133	0,415
	FYD-AGOP	-0,133	0,414	-0,133	0,415
	Fiziksel YeterlilikYönelim	-0,016	0,921	-0,088	0,589
	FYY-AGOP	-0,016	0,921	-0,088	0,589
	Sağlık Değerlendirmesi	-0,046	0,778	-0,049	0,765
	SD-AGOP	-0,046	0,778	-0,049	0,765
	Sağlık Yönelimi	-0,318	0,045	-0,229	0,155
	SY-AGOP	-0,318	0,045	-0,229	0,155
	Beden Alanlarından Doyum	-0,290	0,070	-0,264	0,100
	BAD-AGOP	-0,318	0,045	-0,229	0,155
	Ölçek Toplam Puanı	-0,193	0,233	-0,141	0,384
	Madde Ortalama Puanı	-0,193	0,233	-0,141	0,384
Yaşam Kalitesi Formu	Ergen ÖTP.	0,010	0,951	-0,330	0,038
	Ergen FSTP	-0,015	0,925	-0,320	0,044
	Ergen PTP	0,068	0,677	-0,247	0,125
	Ebeveyn ÖTP.	0,023	0,889	-0,283	0,077
	Ebeveyn FSTP	-0,025	0,878	-0,457	0,003
	Ebeveyn PTP	-0,012	0,940	-0,218	0,177

r: Korelasyon katsayısı, p\*:p<0,05, p\*\* :p<0,01.

AGOP: Alt grup ortalama puanı, GD: Görünüşü değerlendirme, GY:Görünüş yönelimi, FYD: Fiziksel yeterliliği değerlendirme, FYY: Fiziksel yeterlilik yönelimi, SD:Sağlığı değerlendirme, SY: Sağlık yönelimi, BAD: Beden alanlarından doyum, ÖTP:Ölçek toplam puanı .FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı,PSTP: Psikososyal Toplam Puanı.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine akne vulgaris şikayetiyle başvuran aknesi olan 12–18 yaş arası çocuk ve ergende psikiyatrik komorbidite, benlik algısı, intihar olasılığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 12–18 yaş arası akne vulgarisli 40 kişilik hasta ile akne vulgarisi olmayan 40 kişilik kontrol grubu dahil edildi. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, akne süresi, daha önce akne tedavisi alıp almadığı ve akne dereceleri not edildi. Akne derecelerinin belirlenmesinde “Global Acne Grading Scale” (GAG) kullanıldı. Hasta ve kontrol grubu ilk olarak cinsiyet ayrımı olmadan daha sonra hasta ve kontrol grubunda cinsiyetler ayrı ayrı kendi içinde ve kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Hasta grubunda akne süresi, global akne şiddeti, hastanın subjektif değerlendirdiği akne şiddeti ile yaşamını ne boyutta etkilediğinin tüm ölçekler arasındaki korelasyonlarına bakıldı.

Çalışmamızda, akne vulgaris başlangıç yaşı kızlarda 156 ay (13 yaş), erkeklere ise 162 ay (13,5 yaş) olarak saptandı. Kız hastaların GAG’de %52,4’ü (n=11) hafif düzeyde, %47,6’si (n=10) orta ve ağır düzeyde; erkeklerde ise %21,1 (n=4) hafif düzeyde, %78,9’u (n=15) orta ve ağır düzeyde akneye sahipti (p=0,041). Erkeklerin akne şiddeti, kızlara göre daha ağırdı. Ancak, hastanın kendisi akne şiddetini değerlendirdiğinde kızlar %14,3’ü (n=3) hafif düzeyde, %85,7’si (n=18) orta ve ağır düzeyde; erkekler ise %31,6’sı (n=6) hafif düzeyde, %68,4’ü (n=13) orta ve ağır düzeyde olduğunu belirtmişlerdi (p=0,265). Kız hastaların subjektif akne şiddetini değerlendirmesi, erkeklere göre daha fazlaydı. Hastaların subjektif akne değerlendirmesi ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Doktorun hastadaki lezyonları değerlendirmesiyle oluşan Global Akne Şiddeti ile hastaya göre akne şiddeti karşılaştırıldığında, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,454).

Aknenin ilk olarak 11–12 yaşlarda kendisini göstermesine rağmen, tedavi arayışlarının genellikle görünümün önemli olduğu 16–18 yaşlarında

ortaya çıktığı (62), aknenin erkeklerde daha sık ve şiddetli olduğu bildirilmiştir (115).

Yarpuz ve ark'nın (6), çalışmalarında hastaların akneleri ile ilgili subjektif şiddet değerlendirmesi, klinisyen tarafından yapılan objektif değerlendirme ile ilişkili bulunmuştur, ancak hastaların aknelere verdikleri puanlar, objektif akne skorlarına göre oldukça yüksek saptanmıştır. Hastalar aknelerini gerçekte olduğundan daha şiddetli algılamaktadır ancak, hastaların subjektif akne şiddeti değerlendirmesi ile psikolojik belirtiler arasında, tıpkı objektif şiddet değerlendirmesinde olduğu gibi, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

Aknenin yol açtığı psikolojik etkilerin kadınlarda, erkeklerden daha fazla görüldüğünü öne sürülmektedir. Bizim çalışmamızda akneli kadın ve erkek hastalar arasında araştırılan psikiyatrik parametreler açısından anlamlı farklar saptanmıştır. Hastalarımızın büyük bölümünün ergenlik döneminde olması, ergenlik döneminde beden imajının ve dış görünüş kadınlarda daha büyük önem taşımakta olması ve aknenin birincil olarak yüzde yerleştiğinde psikolojik işlevselliğe etkisi daha fazla olması bunda etkili olmuş olabilir(56, 66).

Akneli bireylerin akneyi bir sorun olarak yaşamalarını etkileyen faktörlerden biri aknenin süresi olabilir. Bizim çalışmamızda akne süresi ile ölçekler arasında korelasyona bakıldığında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır.

Koçak ve ark.'nın (116), bir çalışmasında, şikayet akne vulgaris süresi bir yıldan az, 1–3 yıl arası ve üç yıldan uzun olarak belirlenmiş üç grubun depresyon ve anksiyete şiddet puanları, beden algısı ve akne şiddeti açısından bir fark gösterip göstermediğine bakılmış ancak şikayet süresine göre gruplar arasında bu parametreler açısından herhangi bir fark saptanmamıştır. Hastalığın süresinin hastalıkla ilgili sorunlara bir faktör olarak etki etmediğini düşündürebilir.

Bizim çalışmamızda hastaların ebeveynlerinde ve ailelerinde hayatlarının bir döneminde akne vulgaris geçirmeleri açısından bakıldığında kontrol grubuna göre fazla olan istatistiksel anlamlılık saptanmadı.

Akne hastalarında semptom şiddeti ile ilişkili çalışmalardaki değişken sonuçların bir nedeni çalışma ortamı olabilir. Smithard ve ark. (117), saha ya da toplum bazlı araştırma sonuçları ile hastane ortamındaki sonuçların farklı olabileceğine vurgu yapmıştır. Gerçekten de aknenin yaşam boyu yaygınlığının %100 civarında (117, 118) olmasına rağmen dermatolojiye başvuruların %3'ünün akne nedeniyle olması (53) bütün akneli gençlerin akneleri için yardım almadıklarını gösterir. Eğer dermatolojiye başvuran aknelilerle başvurmayanlar farklı gruplarsa ergenlerin dermatoloji ortamına başvurularını belirleyen etkenlerden biri olabilecek ebeveynin akneye tutumunu değerlendirmek gerekir. Belki de akneli bireylerin bazılarının ebeveynleri akneye yönelik daha kaygılı bir tutum takınıyor, akne ile abartılı bir şekilde ilgileniyor ve çocuklarının görünülerinden duydukları kaygı nedeniyle dermatologlara yönlendiriyor olabilirler (119).

Bizim çalışmamızda hastaların %63'ü aknenin stresle ilişkili olduğunu söylemişlerdir. Stres ile akne arasında ilişki olduğunu düşünen hasta grubu yaş gruplarına ayrıldığında 144–179 ay arasında olan %18,2'i (n=2), 145–215 ay arasında olan %44,8'i (n=13) olarak saptandı.

Stresin akne şiddetini arttırdığı da gösterilmiştir (34, 61). Chiu ve ark (34), Leeds Akne Skalası ve Algılanan Stres Skalasını kullanarak akneli üniversite gençlerinde akne ve stresin sınav zamanlarında belirgin olarak arttığını görmüşlerdir

215 öğrenciyi kapsayan bir başka çalışmada tıp öğrencilerinin %67'sinin akne alevlenmelerinde stresin etkisine inandıkları gösterilmiştir (38). Benzer bir çalışma 33 akne hastasını kapsamış, hastaların %67'si stresli olayın ortaya çıkması ile aknenin şiddetlenmesi arasında pozitif bir ilişki sunmuştur (39).

Emosyonel stres, akne ilişkisi tedavi odaklı ele alındığında stresin azaltılmasına yönelik girişimlerin genel anlamda akneyi de azaltacağını düşünmek gerekebilir.



## Depresyon, Anksiyete ve İntihar Olasılığı

Bizim Çalışmamızda Kovaks Depresyon Ölçeği, Anlık Kaygı Envanteri (STAI-I) ve Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI-II) kullanılmış hasta ve kontrol grubu cinsiyetler ayrılmayarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunadı. Hasta grubu cinsiyetlere ayrıldığında kız hastaların süreklilik anksiyete puanı (STAI-II), erkeklere göre daha yüksek olduğu ( $p=0,010$ ), Kısa semptom envanterindeki Anksiyete alt ölçeğinin puanı ( $p=0,001$ ), Ek maddeler alt ölçeğinin puanı kızlarda daha yüksek ( $p=0,039$ ) olduğu, anksiyete puanlarının kızlarda erkeklere göre daha fazla olduğu saptandı. Hastaların %18,8'i ( $n=3$ ) Kovaks depresyon ölçeğinin kesim puanını açısından, STAI-I için %62,5'i ( $n=10$ ); STAI-II için %75'i ( $n=12$ ) kesim puanı açısından patolojik sonuç aldı. Hastaların yaşı arttıkça psikopatolojinin de arttığı saptandı. Akne şiddeti ile ölçekler arasında korelasyona bakıldığında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı.

Aktan ve ark'nın (2), ülkemizde yaptıkları bir çalışmada, hastalarda akneye bağlı anksiyetede belirgin yükseklik saptanmıştır. Yazıcı ve ark.nın (69), çalışmasında, HAD anksiyete subskalası (HAD-A) ve HAD depresyon subskalası (HAD-D) puanları, kontrol grubuna göre belirgin derecede yüksek bulunmuştur .

Kaymak ve ark (121), 2007 yılındaki çalışmasında ise akne ciddiyeti ile HAD-A ve HAD-D puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadığı, cinsiyetin de istatistiksel açıdan fark oluşturmadığını, ayrıca akne şiddetinden bağımsız olarak, akneli hastaların normal popülasyona göre anksiyete ve depresyon gelişimi açısından risk taşıdıklarını, aknenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve yaşam kalitesinin etkilendiği ölçüde anksiyete ve depresyonun arttığı belirtilmiştir (64, 120)

Özcan ve ark.(62) ise akneli bireylerde anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olmayan, hafif bir yükseklik saptamışlardır. Psikosomatik hastalıkların gelişiminde önemli rol oynadığı ileri sürülen aleksitimi kavramı ile bu durumu açıklamak olası olabilir. Akneli bireylerin görünümünün kendilerinde yarattığı olumsuz

duyguların fazlaca farkında olmadıkları, bu yüzden de duygu dışavurumlarının yetersiz kaldığı söylenebilir .

Diğer psikosomatik hastalıklarda olduğu gibi akne de salt psikiyatrik durumu ve kişilik özelliklerini sorgulamak eksik olacaktır. Çok etkenli hastalık modeli çerçevesinde, genetik ve kişilik zemini üzerine eklenmiş çevresel ve duygusal sorunların sebum artışına yol açarak aknenin başlaması ve şiddetlenmesine neden olabileceği düşünülebilir (62).

Akneli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin değişmediğini öne süren çalışmalar da vardır. Genel olarak akne hastalarında %18 depresyon ve %40 anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (2).

Yarpuz ve ark (6), akne hastalarında sosyal kaygı, sosyal kaçınma, genel kaygı, depresyon ve hatalı otomatik düşünceleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek, benlik değeri ise düşük bulmuşlardır. Hastaların %30.1'i HADÖ–Depresyon, %50.6'sı HADÖ–Anksiyete ölçeklerinde kesim puanının üzerinde puanlar almışlar. Hastaların yaşı küçüldükçe yaşadıkları psikolojik belirtilerin şiddetlendiği, ancak yaşanan psikolojik belirtilerin cinsiyet, akne şiddeti ile ilişkili olmadığı saptanmıştır .

Anksiyete ve akne ilişkisi sık vurgulanan bir ilişkidir. Özellikle akneli kadın hastalarda anksiyetenin daha fazla gözlendiği vurgulanmaktadır (56, 122, 123). Kadın cinsiyet için görünümün idealize edilişi dikkate alındığında aknenin görünümü olumsuz etkilemesi ve anksiyete bağlantısı açıklanabilir (116). Kadınlarda akneli erkeklere göre daha yüksek skorlar elde edilmiştir (2, 124). Aktan ve ark.'nın (2), 2657 akneli öğrenciyi kapsayan geniş ölçekli kesit çalışmasında kontrol grubuna göre önemli farklar bulunmazken, adolesan kızların aknenin negatif etkilerine erkeklerden daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır .

Bizim çalışmamızda kızlarda ergenlik yaşı 12,6 yaş, erkeklerde ise 13,9 yaştı (p:0,001). Kızlar erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı daha erken buluğa ermekteydi.

Yine kızlarda daha fazla akne görülmesi kızlarda pubertenin erken başlangıcına paralel olarak (kızların ergenlik yaşı 152,85±9,41 ay, erkeklerin ise 165,47±11,19 ay) aknenin kızlarda, erkeklerden daha erken ortaya

çıkışıyla açıklanabilir (21). Çalışmalar kızların akneye daha duyarlı olduklarını ve anksiyete ile akne arasındaki ilişkinin kadın cinsiyetle ilişkili olabileceğini vurgulamaktadır (2, 117, 125).

Bizim çalışmamızda da hastaların %18,8'i (n: 3) Kovaks depresyon ölçeğinin kesim puanını geçmişti. Elde edilen bu sonuçlar bize dermatoloji hastalarında depresyonun yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir.

Akne hastalarının %18–44'ünde klinik olarak önemli ölçüde depresyon ve anksiyete görülmektedir (73). Yazıcı ve ark.nın (69), çalışmasında akneli hastalarda depresyon oranı %29,5, Khan ve ark. (70) tarafından akneli hastalarda yapılan çalışmada ise depresyon oranı %34 olarak bulunmuştur.

### **Benlik Algısı**

Bizim çalışmamızda kız hastaların Piers–Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği'nin Zihinsel ve Okul Durumu alt maddesi, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Yaşlara göre hasta grubu 144 –179 ay arası olan ve 180–215 ay arası olanlar şeklinde iki gruba ayrıldığında Kısa Semptom Envanterindeki Obsesif Kompulsif Bozukluk (p:0,014), Kişiler arasındaki duyarlılık (p:0,038), Psikotizm (p:0,041 ve Semptom Rahatsızlık İndeksi (p: 0,032) alt ölçeği 180–215 ay arasındakilerde daha yüksekti. Piers–Harris Öz Kavramı ölçeğindeki Fiziksel görünüm alt ölçeği 144–179 ay arasındakilerde daha yüksekti (p:0,044). Akne süresiyle tüm ölçekler arasında korelasyon bakıldığında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır.

Kötü benlik imajı ve akne şiddeti arasında kontrol grubuna kıyasla pozitif bir ilişki mevcut olduğunu vurgulanmıştır (61). Yarpuz ve ark. (6), akne hastalarında sosyal kaygı, sosyal kaçınma, genel kaygı, depresyon, hatalı otomatik düşünceler kontrol grubuna göre yüksek, benlik değeri ise düşüktür. Daha küçük yaştaki hastalarda psikolojik belirtiler daha şiddetli bulunmuştur .

Ergenliğin beden imajı ve buna bağlı kaygıların en yoğun, aynı zamanda kişilerin karşılaştıkları sorunlarla baş etme becerilerinin en kısıtlı olduğu dönem olduğu düşünüldüğünde, yaş ile psikolojik belirtiler arasındaki bu ilişki şaşırtıcı değildir. Bizim çalışmamızda, 180– 215 ay arasındaki

hastaların dış görünümüne ilişkin kaygıları, 144–179 ay arasındaki hastalara göre daha fazladır. Buna karşılık, aknenin getirdiği sorunlarla baş etme becerileri artmakta olabilir.

Medansky ve Panconesi bazı akne olgularında, aknenin klinik semptomları ağır bile olsa okul yaşamı, poplarite gibi başlıkların etkilenmediğini, özellikle lider ruhlu karizmatik adölesanlarda güçlü bir kendine güven duygusunun bir tür koruma yarattığını belirtmektedir (37).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise akneli bireylerde obsesif kompulsif belirtilerinin yanı sıra depresyon ve kişilerarası duyarlılık ölçeklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir (58, 62).

### **Yaşam Kalitesi**

Bizim çalışmamızda, hasta grubu cinsiyetlere ayrıldığında kız hastaların, yaşam kalitesindeki Ergen Ortalama Toplam Puanı, Ergen Fizik Ortalama Toplam Puanı, Ergen Psikososyal Ortalama Toplam Puanı erkeklere göre daha düşük saptandı. Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi karşılaştırıldığında hasta grubunun Ebeveyn Ortalama Toplam Puanı, Ebeveyn Fizik Ortalama Toplam Puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıktı. Hastalar akne nedenli yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve toplam puanda etkilendiğini söylerken, ebeveynler çocuklarının akne nedenli sadece fiziksel olarak etkilendiğini ifade etmekteydi.

Mosam ve ark.'nın çalışmasında GAG (Global Acne Grading Scale) ile hafif, orta ve ciddi akne tespit edilen hastaların, Genel Sağlık Soruları "General Health Questionnaire" (GHQ) ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi "Dermatology Life Quality Index" (DLQI) ile değerlendirilmiş, akne ciddiyeti ile psikolojik stres arasında ilişki saptamamışlardı (121).

Basak ve Ergin'in çalışmasında 176 akne hastası, Acne Quality of Life Scale (AQOLS) ve Dermatology Life Quality Index (DLQI) skalaları ile değerlendirilmiş; hafif ve orta dereceli aknenin yaşam kalitesi üzerine

etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır (121). Medansky ve ark. da, aknenin yaşam kalitesi üzerinde majör bir etkisi olmadığını öne sürmüşlerdir (121).

Öztürkcan ve ark. (57), genel yaşam kalitesi olarak kullanılan SF-36'yı akne ve kontrol grubunda uygulamış, fiziksel fonksiyonlar dışındaki parametrelere ait değerlerin benzerlik gösterdiğini saptamışlardır. Fiziksel fonksiyon skorları kontrol grubunda daha düşük bulunmuştur. Kadın hastaların ağrı, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel ve sosyal fonksiyon alanlarında daha düşük puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. Düşük ve yüksek şiddetteki akneli hastalar arasında farklılık saptanmamıştır.

Bizim çalışmamızda, hastanın subjektif aknenin yaşamını etkilemesi ile yaşam kalitesi arasında Ergen Ortalama Toplam Puanı, Ergen Fiziksel Ortalama Toplam Puanı ve Ebeveyn Fiziksel Ortalama Toplam Puanı arasında anlamlı negatif korelasyon mevcuttu. Global akne şiddeti, akne süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Yapılan pek çok çalışmada, akneli hastalarda yaşam kalitesindeki bozulma akne şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır (57, 82).

Ertam ve ark. kontrol grubuna kıyasla akneli hastalarda Acne Quality of Life Scale (AQOL) ve Dermatology Life Quality Index (DLQI) skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuş, ancak akne şiddeti ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (61).

Kaymak ve ark.'nın (121), bir çalışmasında, hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilediğini saptamıştır. Hafif ve orta dereceli aknenin yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilenmediğini saptamıştır. Hafif dereceli aknesi olanlarda, orta dereceli aknesi olanlara göre AQOLS puanlarında yükseklik saptamıştır (60 ).

Yüksel ve ark (94), akne başlangıç yaşı, süresi ve şiddeti ile yaşam kalite indeksleri arasında ilişki saptamamıştır .

Bizim çalışmamızda global Akne Şiddeti ile hastaya göre akne şiddeti karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Dermatolojik hastalıklar, dış görünümü etkilediği için hastaların sosyal ve emosyonel yaşamlarına etkileri diğer hastalıklardan daha farklı ve karmaşık olabilir (52). Geleneksel olarak tedavi etkinliği, kişinin hastalığı ile

ilgili doktorun yorumuna dayanmaktadır (126). Hastalığın ciddiyetine ilişkin doktorun yargısı hastalığın kişinin yaşam kalitesi üzerine etkisi ile örtüşmeyebilir (127–129). Önemli olan hastanın sağlığı ile ilgili kendi bakış açısının da yansıtılmasıdır (52, 93).

Akneli hastalarda yaşam kalitesinin aknenin şiddetinden çok bireyin kişisel özelliklerine bağlı olarak daha fazla etkilendiği düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda akne şiddetinin yaşam kalitesini etkilemesi konusunda farklı sonuçlar elde edilmiş, bu farklılığın sebepleri bazı teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır (60, 130). Pek çok klinik ölçüm yöntemi, akne şiddetinin değerlendirilmesi için uygun olsa da, hastalar açısından lezyon sayısı, tipi ve yerleşim bölgesinden başka faktörler önemli olabilmektedir (121, 130).

Mallon ve ark. (68) da pek çok çalışmada akne derecesi ile yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki saptanamamasını açıklarken, akneye bağlı psikolojik problemlerin düzeyini hastanın bireysel, sosyal, kültürel ve geleneksel çevresinin belirleyebileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca akne için hastaneye başvuran hastaların yanında, aknesi olduğu halde, hastaneye gitmeyen ve tedavi almayan popülasyonun varlığının olmasının, akne şiddetinin algılanmasında farklılıklarla ilgili olabileceği düşünülmektedir .

Kaymak ve ark. (121), hafif dereceli akneye sahip hastaların, orta dereceli akneye sahip olanlara göre AQOLS puanlarında yükseklik saptanmasının, dış görünüme verilen önem ve yaşanılan çevrede kabul görme durumundaki farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşünmektedirler. Bu sonuç, hafif dereceli aknenin bile yaşam kalitesini etkilediğinin fark edilmesi ve akne yakınmasıyla gelen her hastanın özenle ve empati yapılarak tedavi edilmesinin gerekliliğini ortaya koymasından önemli bulunmuştur.

Martin ve ark. (96), hastaların belirttiği akne şiddetinin, doktorun tespit ettiği akne şiddetinden farklılıklar gösterdiğini ve yaşam kalitesini çok daha fazla etkilediğini gözlemlemişlerdir .

Aknede yaşam kalitesinin belirlenmesi, tedavi seçenekleri ve etkinliğinin araştırılmasında önem taşıdığından, akne hastalarının kişisel yakınma, beklenti durumu ile hastaların tedavi etkinliği konusunda

görüşlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hastalığa spesifik yaşam kalitesi ölçeklerinin rutin uygulamada da kullanılmasının uygun olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak;

Akne ve psikiyatrik morbidite ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu, şiddetli aknesi ya da kistik aknesi olan hastalarla yapılmıştır, oysa klinik popülasyondaki akne hastalarının çoğunu hafif ya da orta şiddetteki vakalar oluşturmaktadır. Bizim çalışmamıza alınan akne hastaları, bu bakımdan klinik popülasyonu iyi yansıtmakta ve aknenin psikolojik sıkıntılara yol açması için şiddetli olması gerekmediğini göstermektedir. Çalışmaya alınan hastalarda psikolojik belirtiler ile akne şiddeti arasında ilişki bulunmamış olması da bununla ilgili olabilir (80). Akne şiddet derecelendirmesinin hastaların kendilerinin yaptıkları subjektif derecelendirmeden ziyade dermatologlar tarafından yapılması, çelişkili sonuçlara neden olabileceğini düşündürülebilir. Klinisyenin objektif derecelendirmesi daha hassas ve değerli olmakla birlikte, kişinin kendisiyle ilgili algısı psikolojik durumunu, davranış ve kişilik özelliklerini önemli ölçüde etkilemektedir (6). Hastaların ve dermatologların akne derecelendirmesi yalnızca %60 oranında birbiriyile uyumlu bulunmuştur.

Hastalarda aknenin iyi bir biçimde tedavi edilmesi için, genç yaşta ve daha eğitimsiz olmaktan kaynaklanan donanımsızlık ile, aknenin yarattığı sosyal ve bireysel sıkıntıların giderilebilmesinde psikolojik desteğin yararlı olacağını düşünmekteyiz. Yaş, eğitim düzeyi, sosyal ve kültürel faktörler, kişilik yapısı, kişinin algıları psikopatolojiyi etkilemektedir.

Akne hastaları, psikopatolojinin sıklığı ve dağılımı dışında beden algısı, depresyon ya da anksiyetenin şiddeti, hastalık süresi ve temelde bir ergenlik çağı hastalığı olması itibariyle ebeveynlerinin akneyi değerlendirışı açısından da ele alınmalıdır (116).

Akne hastalarında psikopatoloji dışında, depresyon, anksiyete, beden algısı ve akne şiddeti gibi verilerin dermatolojiye hiç başvurmamış akneliler ve aknesiz akranları arasında karşılaştırılması akne ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin daha net aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır.

Aknenin saptanan sıklık oranı ve ciddiyeti, kullanılan tanısal kriterlere ve nasıl derecelendirildiğine bağlıdır. Geniş olarak kabul edilmiş bir standart sınıflama sistemi yoktur. Bu nedenle komedonlardan nodüllere ve kistlere tüm akne formlarının sadece var olmalarının değil, sayıca da rapor edilmelerinin en iyisi olduğuna inanıyoruz. Her ne kadar çeşitli sistemler olsa da dermatoepidemiolojik evrensel, standart bir akne sınıflama sistemi geliştirilmesine hem tanımlayıcı hem de klinik çalışmalarda kullanılmak üzere ihtiyaç vardır.

Kişilerin hastalıklarından utanmamayı öğrenerek sosyal konumlarını ve yeteneklerini geliştirmelerinin toplumda kabul görülmelerine katkıda bulunacağı açıktır. Bu amaçla hastaların kendi değerlendirmeleri ile ortaya konacak dermatolojik yaşam kalitesinin belirlenmesinin tıbbi tedaviyi destekleyici yardımcı bir yöntem olarak kullanılmasının önemli olduğu kanısındayız.

Bizim çalışmamızda, hastanın akneyi subjektif olarak nasıl değerlendirdiği ve bunların psikolojik testlere ne denli yansıdığı saptanmaya çalışılmıştır. Hekimin akne şidetini, objektif olarak değerlendirmesi sonucunda, hastanın akneden psikolojik etkilenmesini tam olarak ön göremeyeceği anlaşılmıştır. Anne ve babaların da akneli ergenin, yaşam kalitesini değerlendirirken fiziksel görünümünden yola çıktığı psikosoyal etkileri yeterince değerlendiremediği görülmüştür. Bulabildiğimiz çalışmalarda daha büyük yaş grupları ele alınmış; depreyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı bakılmakla birlikte hepsi birlikte değerlendirilmemiştir. Çalışmamız gerek çalışma grubunun yaşı, gerekse kullanılan ölçeklerin birlikte kullanımı açısından yenilik getirmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Demirçay Z, Şenol A, Seçkin D, Demir F. Akne vulgarisli hastalarda akne yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe Güvenilirlik Çalışması. *Türkderm* 2006; 40: 94–7.
2. Aktan Ş, Özmen E, Şanlı B. Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents. *International Journal of Dermatology* 2000;39:354–7.
3. Toyoda M, Morohashi M. Pathogenesis of acne. *Med Electron Microsc* 2001; 34: 29–40.
4. Koreck A, Pivarcsi A, Dobozy A, Kemeny L: The role of innate immunity in the pathogenesis of acne. *Dermatology* 2003; 206: 96–105.
5. Farrar MD, InIngham E. Acne: Inflammation. *Clin Dermatol* 2004;22:412–8.
6. Yarpuz AY, Saadet ED, Şanlı HE, Özgüven HD. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19: 29–37.
7. Hanna S, Sharma J, Klotz J. Acne vulgaris: more than skin deep. *Dermatol Online J* 2003; 9: 8.
8. Rapp DA, Brenes GA, Feldman SR, Fleischer Jr AB, Graham GF, Dailey M, Rapp SR. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *Br J Dermatol* 2004;151:183–9.
9. Kligman AM. Postadolescent acne in women. *Cutis* 1991;48:75–7.
10. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne . *Pediatr Dermatol* 1991;8:185–8.
11. Özpoyraz N, Ünal M, Özpoyraz M. Deri hastalıkları ve ruhsal–toplumsal özellikler. *Psycho Med* 1995;1:60–6.
12. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier WP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology – psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29–35.
13. Özpoyraz N, Tamam L. Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları. *T Klin Dermatoloji* 2001;11:46–55.
14. Tunalı Ş, Tokgöz N, Özcan A, Birgül Ö, Kan İ.12–18 Yaş gruplarında akne vulgaris prevalansı. 8. Ulusal Dermatoloji Kongresi Kitabı. Ed. Birgül Ö, Palazlı Z, Tunalı Ş. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1982; 673–687.
15. Aktan Ş, İnanır I, Şanlı B, Uz N. Lise öğrencilerinde akne prevalansı: Epidemiyolojik bir çalışma. *Türkderm–Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi* 1999; 33; 37–39.
16. Goulden V, Stablesw GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. *Am J Acad Dermatol* 1999; 41: 577–80.
17. Stathakis V, Kilkeny M, Marks R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in adolescence. *Australas J Dermatol* 1997; 38: 115–23.
18. Burton JL, Cunliffe WJ, Stafford I. The prevalence of acne vulgaris in adolescence. *Br J Dermatol* 1971; 2: 119–26.

19. Büyükgebiz A, Kınık E. Acne vulgaris in adolescence. Turk J Pediatr 1987; 3: 95–100.
20. Polat M, Göksügür N, Parlak A., Tahtacı Y, İbrahimbaş Y, Kılıç B, Şereflican B. Bolu Yöresinde Pediatrik Yaş Grubunda Görülen Deri Hastalıkları. Türkderm 2008; 42: 22–5.
21. Güldü A, Akyol M, Özçelik S, Marufihah M, Polat M. Sivas il merkezindeki ilköğretim okullarında akne vulgaris prevalansı. Türkderm 2002; 36: 202–5.
22. Tekin NS, Sezer T, Altınyazar C, Koca R, Çınar S. Zonguldak bölgesinde çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının prevalansı: Beş yıllık retrospektif analiz. T Klin J Dermatol 2007; 17: 92–8.
23. Goh CL, Akarapanth R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. Pediatr Dermatol 1994;11:125–8.
24. Figueroa JI, Fuller LC, Abraha A, Hay RJ. The prevalence of skin disease among school children in rural Ethiopia—a preliminary assessment of dermatologic needs. Pediatr Dermatol 1996; 13:378–81.
25. Fung WK, Lo KK. Prevalence of skin disease among school children and adolescents in a student health service center in Hong Kong. Pediatr Dermatol 2000; 17:440–6.
26. Larsson PA, Liden S. Prevalence of skin disease among adolescents 12–16 years of age. Acta Derm Venereol 1980; 60: 415–23.
27. Serarslan G, Savas N. Prevalence of skin diseases among children and adolescents living in an orphanage in Antakya, Turkey. Pediatr Dermatol 2005; 22: 490–2.
28. Tütüncü D. Akne Vulgaris Tedavisinin Burun Mukozası Stafilokok Kolonizasyonu Üzerine Etkileri (Uzmanlık Tezi) İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği; 2005.
29. Aksakal AB. Akne vulgarisli kadın hastalarda siproteron asetat + etil estradiol kombinasyonunun tedavi etkinliği ve hormon düzeyleri üzerine olan etkisi (Uzmanlık Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi;1993.
30. Gollnick H: Current concepts of the pathogenesis of acne. Drugs 2003;15: 1579–96.
31. Jappe UTA. Pathological mechanisms of acne with special emphasis on propionibacterium acnes and related therapy. Acta Derm Venereol 2003; 83: 241–248
32. Erkin G, Boztepe G. Akne vulgaris. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:207–11.
33. Blauer M, Vaalasti A, Pauli SL, Ylikomi T, Joensuu T, Tuohimaa P. Localisation of androgen receptor in human skin. J Invest Dermatol 1991; 97:264–8.
34. Chiui A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. Arch Dermatol 2003; 139:897–900.
35. Koo J, Lebwohl A: Psychodermatology: the mind and skin connection. Am Fam Physician 2001; 1:1873–8.

36. Lucky AW, Rosenfield RL, McCuire J, Rudy S, Helke J. Adrenal androgen hyperresponsiveness to adrenocorticotropin in women with acne and /or hirsutismus. Adrenal enzyme defects and exaggerated menarche. *J Clin Endocrinol Metab* 1986; 602: 840–48.
37. Altunay İ, Mercan S. Akne vulgariste psikopatolojik etkiler. *Dermatose* 2005; 4: 92–5.
38. Green J, Sinclair RD: Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australas J Dermatol* 2001; 42: 98–101.
39. Polenghi MM, Zizak S, Molinari E. Emotions and acne. *Dermatology and Psychosomatics* 2002; 3: 20–5.
40. Holland KT, Holland DB, Cunliff WJ, Cunliff AG. Detection of Propionibacterium acnes polypeptides which have stimulated an immune response in acne patients but not in normal individuals. *Exp Dermatol* 1993; 2:12–6.
41. Ashbee HR, Muir SR, Cunliff WJ, Ingham E. IgG subclasses specific to staphylococcus epidermidis and propionibacterium acnes in patients with acne vulgaris. *Br J Dermatol* 1997; 136:730–3.
42. Yüksel J. Akne vulgarisli hastalarda isotretinoin tedavisinin CD3 (+), CD 4 (+) T hücre ve ICAM–1 üzerine etkisi (Uzmalık Tezi) Ankara: Gazi Üniversitesi; 2007.
43. Zouboulis CC, Mart JP: Update and future of systemic acne treatment. *Dermatology* 2003; 206: 37–53.
44. Gollnick H, Cunliffe WJ: Management of acne. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:1–37
45. Leyden JJ. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 200–10.
46. Katsambas A, Stefanaki C, Cunliffe WJ: Guidelines for treating acne. *Clin Dermatol* 2004; 22: 439–44.
47. Feldman S, Careccia RE, Barham KL. Diagnosis and treatment of acne. *Am Fam Physician* 2004; 69: 2123–30.
48. Leeming JP, Holland KT, Cunliffe WJ. The microbial colonization of inflamed acne vulgaris lesions. *Br J Dermatol* 1998; 118: 203–8.
49. Webster GF. Combination azelaic acid therapy for acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 47–50.
50. Mıstık S, Ferahbaş A. Aile Hekimliğinde akne vulgaris tedavisine yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg* 2005; 9: 71–8.
51. Tüzün Y, Dolar N. Güncel Akne Tedavisi. *Dermatose* 2004; 3: 220–9.
52. Aksu A.,Saraçoğlu ZN, Sabuncu İ. Akne, ekzema ve psöriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2007; 29:119–30.
53. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Physician* 2002; 48: 712–6.
54. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1030–46.
55. Çalikoğlu E, Alpay FB. Pruri Universalis, Alopesi Areata, Psoriasis Vulgaris ve Kronik Ürtikerde Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin Değerlendirilmesi. *T Klin Dermatoloji* 2000; 10:229–32.

56. Kellett SC, Gawkrödker DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999; 140: 273–82.
57. Öztürkcan S, Aydemir Ö, İnanır I. Akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesi. *T Klin Dermatoloji* 2002; 12: 131–4.
58. Aktan S, Özmen E, Yavuz S, Özkaya N. Akne vulgarisli hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler. *Türkderm* 1994; 28: 93–8.
59. Başak P. Sık Görülen Bazı Deri Hastalıklarının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması. *T Klin Dermatoloji* 2000; 10:171–4.
60. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143: 983–91.
61. Ermertcan A. Akne ve Yaşam Kalitesi. *Dermatose* 2007; 6: 91–7.
62. Özcan Y, Ünal S, Özcan H. Akne Vulgarisli Bireylerde Kişilik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3:56–60.
63. Gürler A, Tuğcu H, Erdem C. Psychiatric symptomatology of Behçet, psoriasis, alopecia patients. *Türk J Dermatology* 1991;1:5–9.
64. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer–Ebner M, Stangier U, Effendy I., Gieler U. cark.Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology* 1998;196:108–15.
65. Koblenzer CS. Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *Int J Dermatol* 1993; 32: 82–8.
66. Rubinow DR, Peck GL, Squillace KM, Gantt GG. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:25–32
67. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846–50.
68. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart –Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672–6.
69. Yazıcı K, Baz K, Yazıcı AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, Buturak V. Disease spesific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18: 435–9.
70. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2001; 13:7–8.
71. Thomas DR. Psychosocial effects of acne. *J Cutan Med Surg* 2004;4:3–5.
72. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol* 1998; 134: 454–8.
73. Tan JK. Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. *Skin Therapy Lett* 2004; 9: 1–3.
74. Anderson R, Rajagopalan R. Responsiveness of the Dermatology–Spesific Quality of Life (DSQL) instrument to treatment for acne

- vulgaris in a placebo-controlled clinical trial. *Qual Life Res* 1998; 7: 723–34.
75. Kaymak Y, Kalay M, İlter N, Taner E. The incidence of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris patients. *Psychol Rep* 2006;99: 897–906.
  76. Lim LCC, Tan TC. Personality, disability and acne in college students. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16:371–3.
  77. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ. Psychosomatic study of self excoriative behavior among male acne patients. *Int J Dermatol* 1994; 33:846–8.
  78. Bach M, Bach D. Psychiatric and psychometric issues in acne excoriee. *Psychoter Psychosom.*1993; 60: 207–10.
  79. Ferahbaş A, Turan MT, Esel E, Utaş S, Kutlugun C, Kılıç CG. A pilot study evaluating anxiety and depressive scores in acne patients treated with isotretinoin. *J Dermatolog Treat* 2004; 15: 153–7.
  80. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN, Voorhees JJ. Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. *Int J Dermatol* 1990; 29:719–21.
  81. Mosam A, Vawda NB, Gordhan AH, Nkwanyana N, Aboobaker J. Quality of life issues for South Africans with acne vulgaris. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30: 6–9.
  82. Jones-Caballero M, Chren MM, Soler B, Pedrosa E, Penas PF. Quality of life in mild to moderate acne: relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 219–26.
  83. Uzun Ö, Basoğlu C, Akar A, Cansever A, Çetin M, Ebrinç S. Body Dysmorphic Disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry* 2003;44: 415–9.
  84. Cotterrill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137:246–50.
  85. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin* 2005; 23: 657–64.
  86. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. *Dermatol Ther* 2006; 19: 237–40.
  87. Rehn LMH, Meririnne E, Höök-Nikanne J, Isometsä E, Henriksson M. Depressive symptoms, suicidal ideation and acne: a study of male Finnish conscripts. *J EADV* 2008; 22, 561–67.
  88. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: A cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *J Paediatr Child Health* 2006; 42:793–6.
  89. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14:48–56.
  90. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *J Dev Behav Pediatr* 2001; 22:248–56.
  91. Gupta MA, Voorhees JJ. Psychosomatic dermatology. *Arch Dermatol* 1990; 126:90–3.

92. Ünal S, Gül Ü. Alopesi areatalı hastalarda depresif bulgular. *Türk J Derm* 1993; 3:75–77.
93. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index; A simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19:210–6.
94. Yüksel BP, Ergin Ş. Akne vulgarisin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkderm* 2000; 34: 107–9.
95. Klassen AF, Newton JN, Mallon E. Measuring quality of life in people referred for specialist care of acne: Comparing generic and disease-specific measures. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43:229–33.
96. Martin AR, Lookingbill DP, Botek A, Light J, Thiboutot D, Girman CJ. Health-related quality of life among patients with facial acne—assessment of a new acne-specific questionnaire. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 380–5.
97. Krejci–Manwaring J, Kerchner K, Feldman SR, Rapp DA, Rapp SR. Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36:121–30.
98. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol* 1997; 36:16–8.
99. Kovacs M. The Children’s Depression Inventory (CDI), *Psychopharmacol Bull* 1981; 21:995–8.
100. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:132–7.
101. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state–trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologist Press; 1970.
102. Le Compte A, Öner N. Durumluk–Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
103. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory–BSI administration, scoring and procedures manual II. Clinical Psychometric Research Inc 1992, USA.
104. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9:44–56.
105. Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:125–35.
106. Öner N, Piers–Harris’in çocuklarda öz–kavramı ölçeği el kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 1996.
107. Piers E.V. Manual for the Piers–Harris Children’s Self Concept Scale. Counselor Recording And Tests. Nashville: 1969.
108. Çatakı M. Transliteration equivalence and reliability of the Turkish version of the Piers Harris Children’s Self Concept Scale (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1985
109. Cash TF. The multidimensional Body–Self Relations Questionnaire. (Yayınlanmamış Ölçek El Kitabı). Norfolk, VA, Old Dominion University 1990.

110. Doğan O, Doğan S. Çok yönlü beden–self ilişkileri ölçeği el kitabı. 1. baskı. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları; 1992.
111. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale (SPS) Manual. Western Psychological Services, Los Angeles.1988.
112. Tuğcu H. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1996.
113. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999; 37:126–39.
114. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13–18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18:353–63.
115. Purvis D, Robinson E, Watson P. Acne prevalence in secondary school students and their perceived difficulty in accessing acne treatment. *NZ Med J* 2004; 117: U1018.
116. Koçak OM, Silsüpür G, Görpelioğlu C, Erdal E. Akne vulgaris ve psikopatoloji ilişkisini aydınlatmaya yönelik bir çalışma . *Klinik Psikiyatri* 2007; 10:69–76.
117. Smithard A, Glazebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid–adolescence: a community–based study. *Br J Dermatol* 2001; 145:274–9.
118. Kilkenny M, Merlin K, Plunkett A,. Marks R. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 3.acne vulgaris. *Br J Dermatol* 1997; 139:840–5.
119. Gupta MA, Gupta AK. The psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol* 2001; 19:360–3.
120. Kilkenny M, Stathakis V, Hibbert ME,Patton G.,Caust J, Bowes G. Acne in Victorian adolescents: associations with age, gender, puberty and psychiatric symptoms. *J Paediatr Child Health* 1997; 33:430–3.
121. Kaymak Y, Adışen E, Çelik B, Gürer MA. Hafif ve orta dereceli akne vulgarisin yaşam kalitesine etkilerinin belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol* 2007; 17:99–104.
122. Marcus DK, Miller RS. Sex differences in judgments of physical attractiveness: a social relations analysis. *Pers Soc Psychol Bull* 2003; 29: 325–35.
123. Sypeck MF, Gray JJ, Ahrens AH. No longer just a pretty face: fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *Int J Eat Disord* 2004; 36:342–7.
124. Datuashvii MG, Katsidatze CAG: Psychological particularity in acne vulgaris. *Dermatology and Psychosomatics* 2002; 3: 95–8.
125. Baldwin HE. The interaction between acne vulgaris and the psyche. *Cutis* 2002; 70:133–9.
126. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen H, Mortensen JT, Wulf HC. Dermatology life quality index: Data from Danish inpatients and outpatients. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 272–6.
127. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality–of–life measure for patients with skin disease: Reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol* 1996; 107:707–13.

128. Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Horikawa N, Kawashima M, Chren MM. The Japanese version of Skindex-16: A brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J Dermatol* 2002; 29:693-8.
129. Abeni D, Picardi A, Pasquini P, Melchi CF, Chren MM. Further evidence of the validity and reliability of the Skindex-29: An Italian study on 2242 dermatological outpatients. *Dermatol* 2002; 204:43-9.
130. Lucky AW, Barber BL, Girman CJ, Williams J, Ratterman J, Waldstreicher J. A multirater validation study to assess the reliability of acne lesion counting. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 559-65.



## EKLER

EK-1:

### TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ.**

**SAYIN :** ( GÖNÜLLÜNÜN ADI)

**SAYIN :** ( VELİ / VASİNİN ADI)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Dermatoloji Ana Bilim Dalı tarafından yürütülen “Akne vulgarisi olan 12–18 yaş arası çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı ilişkisinin araştırılması ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Araştırma Sorumlusu**

*Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli*

## **1– YAPILACAK ARAŞTIRMANIN**

**1.1 BAŞLIĞI:** Akne vulgarisi olan 12–18 yaş arası çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı, intihar olasılığı ilişkisinin araştırılması.

**1.2– İÇERİK VE AMACI:** Siz / Çocuğunuz Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda akne vulgaris tanısıyla izlenmektedir / izlenmektedir. Akne vulgaris , uzun süreli bir hastalıktır ve akne vulgarisli çocuk ve ergenler ruhsal, sosyal ve eğitim alanlarında çeşitli zorluklar yaşayabilmektedir. Bazı hastalarda ruhsal zorluklar tedavi gerektirecek kadar ciddi olabilir. Psikiyatrik tedavinin akne vulgaris tedavisinde faydası olacaktır. Size tanıttığımız bu çalışmada akne vulgarisli çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıkların ne sıklıkta olduğu ve kendine güvenlerinin ne durumda olduğu araştırılacaktır.

**1.3– İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER:** Bu çalışmada Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, akne vulgarise ek olarak ruhsal problemin olup olmadığını anlamak için sizinle ve ailenizle konuşacak, size Piers – Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ile klinik ortamında rutin olarak kullanılan Çok Yönlü Beden – Self İlişkileri Ölçeği, Kovaks Depresyon ve STAI Anlık ve Genel Anksiyete Ölçekleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği uygulayacaktır. Sizinle ve anne ya da babanızla bir kez görüşme yapılacaktır. Bu değerlendirmeler sonunda herhangi bir psikiyatrik sorun saptanırsa, size ve sizin bilginiz ve onayınız dahilinde anne veya babanıza bilgi verilecek ve arzu edilirse tedavisi için yönlendirileceksiniz .

## **2– YAPILACAK ARAŞTIRMANIN:**

**2.1– SÜRESİ:** 10 ay .

**2.2– KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:** 30 Akne vulgarisli ve 30 Akne vulgarisi olmayan toplam 60 gönüllü kişinin katılabileceği düşünülmektedir.

**2.3– SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR:** Bu çalışmanın kapsamında yapılacak olan muayene ve testler için sizden / çocuğunuzdan, ücret talep edilmeyecektir. Akne vulgarisli hastalarda ruhsal rahatsızlıkların ve yaşam kalitelerinin ne oranda bulunduğu saptanmasının akne vulgarisli olan hastalara yararlı olacağına inanıyoruz. Ayrıca Çocuk Psikiyatristi ve Dermatoloji hekimlerinin işbirliği içinde çalışmalarının hastalarımıza daha yararlı olacağına inanıyoruz . Bu nedenle Sizin/ çocuğunuzun psikiyatrik tedavi ihtiyacı var ise , uygun takip ve tedavi için yönlendirileceksiniz .

**2.4– SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:** Yapılacak çalışmada psikometrik testler dışında tetkik yapılmayacağından sadece psikiyatrik görüşmeye bağlı olağan (örneğin hafif heyecan) minimal bir risk taşımaktadır.

**3– KATILMA VE ÇIKMA:** Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**4– MASRAFLAR :** Size / çocuğunuza ve ailenize ek masraf olmayacaktır.

**5– GİZLİLİK:** Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben, ....., [*gönüllünün adı,soyadı Kendi el yazısı ile*] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

**Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)**

**Adı–Soyadı:**

.....  
**İmzası** :

**Adresi:**

.....

**(varsa Telefon No, Faks No):**

.....

**Tarih (gün/ay/yıl) :** ...../...../.....

**Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin**

**Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)**

**Adı–Soyadı** :

.....

İmzası :  
.....

Adresi:  
.....

(varsa Telefon No, Faks No):  
.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)**

Adı-Soyadı  
:.....

İmzası  
vggff.....  
.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş  
Görevlisinin**

Adı-  
Soyadı:.....

İmzası:.....  
..

Görevi:.....  
...

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi “Tıbbi Araştırma Etik Kurulu” tarafından  
onaylanmıştır.**

Onay Tarihi:

Onay No:

*Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasında  
“onamlar” separatörü altına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası  
olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka  
sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.*

**EK-2:**  
**TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ**  
**GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

**SAYIN :** ( GÖNÜLLÜNÜN ADI)

**SAYIN :** ( VELİ / VASİNİN ADI)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Dermatoloji Ana Bilim Dalı tarafından yürütülen “Akne vulgarisi olan 12–18 yaş arası çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı ilişkisinin araştırılması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Sizde akne vulgaris olmadığından sizi **kontrol grubu** için bu çalışmaya davet ediyoruz. Sizden elde edeceğimiz verileri hasta grubu ile karşılaştıracamız. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Araştırma Sorumlusu**

*Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli*

## **1– YAPILACAK ARAŞTIRMANIN**

**1.1 BAŞLIĞI:** Akne vulgarisi olan 12–18 yaş arası çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı, intihar olasılığı ilişkisinin araştırılması.

**1.2– İÇERİK VE AMACI:** Akne vulgaris, uzun süreli bir hastalıktır ve akne vulgarisli çocuk ve ergenler ruhsal, sosyal ve eğitim alanlarında çeşitli zorluklar yaşayabilmektedir. Bazı hastalarda ruhsal zorluklar tedavi gerektirecek kadar ciddi olabilir. Psikiyatrik tedavinin akne vulgaris tedavisinde faydası olacaktır. Bu çalışmada akne vulgarisli çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıkların ne sıklıkta olduğu ve kendine güvenlerinin ne durumda olduğu araştırılacaktır. Sizde akne vulgaris olmadığından kontrol grubu olarak, sizden elde edeceğimiz veriler hasta grubu ile karşılaştırılacaktır.

**1.3– İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER:** Bu çalışmada Çocuk ve Ergen Psikiyatristi sizinle ve ailenizle konuşacak, size Piers – Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ile klinik ortamında rutin olarak kullanılan Çok Yönlü Beden – Self İlişkileri Ölçeği, Kovaks Depresyon ve STAI Anlık ve Genel Anksiyete Ölçekleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği uygulayacaktır. Sizinle ve anne ya da babanızla bir kez görüşme yapılacaktır. Bu değerlendirmeler sonunda herhangi bir psikiyatrik sorun saptanırsa, size ve sizin bilginiz ve onayınız dahilinde anne veya babanıza bilgi verilecek ve arzu edilirse tedavisi için yönlendirileceksiniz .

## **2– YAPILACAK ARAŞTIRMANIN:**

**2.1– SÜRESİ:** 10 ay .

**2.2– KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:** 30 Akne vulgarisli ve 30 Akne vulgarisi olmayan toplam 60 gönüllü kişinin katılabileceği düşünülmektedir.

**2.3– SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR:** Bu çalışmanın kapsamında yapılacak olan muayene ve testler için sizden/çocuğunuzdan, ücret talep edilmeyecektir. Akne vulgarisli hastalarda ruhsal rahatsızlıkların ve yaşam kalitelerinin ne oranda bulunduğu saptanmasının akne vulgarisi olan hastalara yararlı olacağına inanıyoruz. Sizde akne vulgaris olmadığından kontrol grubu olarak, sizden elde edeceğimiz veriler hasta grubu ile karşılaştırılacaktır. Sizin/çocuğunuzun psikiyatrik tedavi ihtiyacı var ise, uygun takip ve tedavi için yönlendirileceksiniz .

**2.4– SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:** Yapılacak çalışmada psikometrik testler dışında tetkik yapılmayacağından sadece psikiyatrik görüşmeye bağlı olağan (örneğin hafif heyecan) minimal bir risk taşımaktadır.

**3- KATILMA VE ÇIKMA:** Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**4- MASRAFLAR :** Size / çocuğunuza ve ailenize ek masraf olmayacaktır.

**5- GİZLİLİK:** Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben, ....., [*gönüllünün adı,soyadı Kendi el yazısı ile*] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

**Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)**

**Adı-Soyadı:**

.....  
**İmzası** :

.....  
**Adresi:**

.....  
**(varsa Telefon No, Faks No):**

.....  
**Tarih (gün/ay/yıl) :** ...../...../.....

**Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin**

**Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)**

**Adı-Soyadı** :

İmzası :  
.....

Adresi:  
.....

(varsa Telefon No, Faks No):  
.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)**

Adı-Soyadı  
.....

İmzası  
.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş  
Görevlisinin**

AdıSoyadı:.....

İmzası:.....

..

Görevi:.....

...

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi “Tıbbi Araştırma Etik Kurulu” tarafından  
onaylanmıştır.**

Onay Tarihi:

Onay No:

*Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasında  
“onamlar” separatörü altına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası  
olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka  
sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.*



EK-3:

**UÜ-SK TIBBİ ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALARIN  
KABUL EDİLME ve HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ**

**Hasta Adı/Soyadı:** ..... **Çalışmanın Başlığı:** Akne vulgarisi olan 12-18 yaş arası  
**Doğum Tarihi gün/ay/yıl:** .../.../..... çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi,  
psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı  
**Protokol No:** ..... ilişkisinin araştırılması  
**Çalışmanın Kodu:** ÇRS-2004-11-T-YT-CY

**Hasta Grubu**

**Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri**

1. Akne vulgaris nedeniyle Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi. Evet  Hayır   
Dermatoloji Bölümü'ne başvuran hastadır.
- 2- 12-18 yaş arası erkek veya kız hastadır. Evet  Hayır
3. Bilişsel düzeyi çalışma yönergeleri için yeterlidir. Evet  Hayır
- 4- Hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir ve velisi/ vasisi Evet  Hayır   
onay vermiştir .

**Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri**

- 1-Hastanın akne dışında başka bir somatik hastalığı Evet  Hayır   
bulunmaktadır .
- 2-Hasta akne için daha önceden sistemik izotretinoin tedavisi Evet  Hayır   
almıştır.

**Yardımcı Araştırmacı**

**Adı Soyadı :** Dr .Canan Yusufoglu .....**İmza :**

**Araştırma Sorumlusu**

**Adı Soyadı :** Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli .....**İmza :**

EK-4:

**UÜ-SK TIBBİ ARAŞTIRMAYA KATILACAK GÖNÜLLÜLERİN  
KABUL EDİLME ve HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ**

**Hasta Adı/Soyadı:** ..... **Çalışmanın Başlığı:** Akne vulgarisi olan 12-18 yaş arası  
**Doğum Tarihi gün/ay/yıl:** .../.../..... çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi,  
psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı  
**Protokol No:** ..... ilişkisinin araştırılması  
**Çalışmanın Kodu:** ÇRS-2004-11-T-YT-CY

**Kontrol Grubu**

**Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri**

1. Akne vulgaris'i yoktur ve bu nedenle Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.  
Dermatoloji Bölümü'ne başvurmamıştır. Evet  Hayır
- 2- 12-18 yaş arası erkek veya kız hastadır. Evet  Hayır
3. Bilişsel düzeyi çalışma yönergeleri için yeterlidir. Evet  Hayır
- 4- Hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir ve velisi/ vasisi Evet  Hayır   
onay vermiştir .

**Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri**

- 1-Hastanın akne dışında başka bir somatik hastalığı Evet  Hayır   
bulunmaktadır.
- 2-Hasta akne için daha önceden sistemik izotretinoin tedavisi almıştır. Evet  Hayır

**Yardımcı Araştırmacı**

**Adı Soyadı :** Dr .Canan Yusufoglu .....**İmza :**

**Araştırma Sorumlusu**

**Adı Soyadı :** Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli .....**İmza :**

**EK-5:**

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

**AKNE VULGARİSİ OLAN 12-18 YAŞ ARASI ÇOCUK VE ERGENLERDE  
AKNE ŞİDDETİ İLE YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE,  
BENLİK ALGISI VE İNTİHAR OLASILIĞI İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Adı soyadı:  
Cinsiyeti:  
Doğum Tarihi:

Tarih:  
Protokol no:

Akne süresi:  
Akne şiddeti:

**Akne lokalizasyonu:**  Sadece yüz  Ağırlıklı yüz  Sadece gövde

Ağırlıklı gövde  Yüz ve gövde eşit oranda

**Önceki aldığı tedaviler:**(Daha önce sistemik izotretinoin kullanmış olan hastalar alınmayacaktır.)

**Şu anda almakta olduğu / başlanacak olan tedavi:**

**Akne derecesi (Global Akne Derecelendirme Sistemine göre):**

Yerleşim	Faktör	x	Derece (0 - 4)*	=Lokal skor
1. Alın	2	x		=
2. Sağ yanak	2	x		=
3. Sol yanak	2	x		=
4. Burun	1	x		=
5. Çene	1	x		=
6. Göğüs ve sırt üst kısmı	3	x		=

**Global skor=**

0 =yok  
1-18=hafif

19-30=orta

31-38=şiddetli

>39=çok şiddetli

(\*0=Lezyon yok, 1>bir komedon, 2=> bir papül, 3=>bir püstül, 4=> birnodül)

**Değerlendirmeyi Yapan Hekim**

**Adı Soyadı, imza, kaşe**

## EK-6:

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

**Akne vulgarisi olan 12–18 yaş arası çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı ilişkisinin araştırılması.**

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**Ad ve Soyad:** \_\_\_\_\_ **Tarih:...../...../...**  
**Doğum Tarihi: / /** \_\_\_\_\_ **Sıra No:** \_\_\_\_\_  
**Doğum Yeri:** \_\_\_\_\_ **Protokol No:** \_\_\_\_\_  
**Ay cinsinden yaşı :** \_\_\_\_\_ **Telefon no:(ev) :** \_\_\_\_\_  
**Baba adı:** \_\_\_\_\_ **(cep):** \_\_\_\_\_  
**Adres:** \_\_\_\_\_

---

---

#### 1. Cinsiyet:

a) Kız  b) Erkek

#### 2. Doğum Yeri:

a) Köy  b) Kasaba  c) İlçe  d) İl

#### 3. Kardeş Sayısı:

a) Yok  b) 1  c) 2  d) 3  e) 4  d) 5 ve üzeri

#### 4. Kaçınıcı çocuk

a)1. çocuk  b) 2. çocuk  c) 3. çocuk  d) 4. çocuk  e) 5. çocuk  f) 6 ve daha fazla

#### 5. Okula gidiyor mu:

a) Evet  b) Hayır

#### 6. Okul türü:

a) Özel eğitim  b) Genel Okul  c) Sınavla girilen okul

#### 7. Gittiği Okul

a) İlk öğretim 1–5  b) İlköğretim (6–8)  c) Lise; 1– Düz lise  3) Anadolu lisesi   
2– Meslek lisesi  4) Fen lisesi

#### 8. Okul başarısı:

a) düşük  b) orta  c) iyi

#### 9. Çocuk kiminle yaşıyor:

a) Anne ve baba ile  b) Anne ile  c) Baba ile   
d) Akrabalarının yanında  e) Kurumda

**10. Anne ve baba öz mü, üvey mi?**

	<u>Öz</u>	<u>Üvey</u>
Anne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Ailenin tipi:**

- a) Çekirdek aile  b) Geniş aile  c) Dağılmış aile  d) Kurumda yaşıyor

**12. Ailenin eğitim durumu (son bitirdiği okul)** Anne Baba

- a) Okuma yazması yok
- b) Okuma yazması var
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu (lise türü)  (.....)  (.....)
- f) Yüksekokul- üniversite mezunu (alan)  (.....)  (.....)

**13. Anne ve babanın çalışma durumu** Anne Baba

- a) Çalışmıyor
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Emekli
- e) Serbest Meslek

**14. Ailenin toplam aylık geliri:**

- a) 435 YTL ve altı  b) 436-870 YTL arası  c) 871-1305 YTL arası
- d) 1306-1740 YTL arası  e) 1741-2175 YTL arası  f) 2176 YTL ve üzere

**15. Hastanın psikiyatrik tanıları:**

- 1)..... 3).....
- 2)..... 4).....

**16. Hastanın süregelen bedensel ciddi rahatsızlığı:**

- a) Yok  b) Var  (.....)

**17. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse:**

- a) Yok  b) Var  Kim Rahatsızlığı
- 1)
- 2)
- 3)

**18. Hastanın sigara/ alkol/madde/ kullanım öyküsü:**

- a) Yok  b) Var  (.....)

**19. Ailede sigara/alkol/madde kullanım öyküsü olan kimse:**

- a) Yok  b) Var  (.....)

**20. Akran zorlaması öyküsü:**

- a) Yok  b) Var  (.....)

**21- Aknenin süresi :**

- a) 0-1 yıl  b) 1-3 yıl  c) 3-5 yıl  d) 5 yıldan fazla

**22- Aknenin başlama yaşı :**

**23- Buluğa erme yaşı ( menarş / ejakülasyon) :**

**24- Aknenizin şiddeti ne boyuttadır**

- a) -Hafif  b) Orta  c) - Ağır

**25- Akne yaşamınızı ne boyutta etkiliyor :**

- a) -Hafif  b) Orta  c) - Ağır

**26- Sizce aknenizin nedeni nedir ?**

- a) - Okul ile ilgili sorunlar  b) - Ailevi sorunlar  c) - Stres ( gerginlik hissi) d) - Ergenlik

**27- Aknenizin tedavisini kim istedi :**

- a) - Kendim  b) Ailem  c) - Çevremdeki kişiler .....

**28- Ailede akne problemi yaşayan başka biri var mı :**

- a) -Evet  b) Hayır  c) - Evet ise ( kim, kaç yaşlarında) .....

**27- Anne veya baba akne problemi yaşamış mı :**

- a) -Evet  b) Hayır

**28- Poliklinik kontrollerine düzenli geliyor mu :**

- a) -Evet  b) Hayır  c) - Evet ise ilk başvuru tarihi :

**29- İlaç kullanıyor mu :**

- a) -Evet  b) Hayır  c) - Evet ise .....

**30- Psikolojik destek aldı mı :**

- a) -Evet  b) Hayır

**31- Okul kantininden /fast -food / abur cubur besleniyor mu :**

- a) -Evet  b) Hayır

**32- Kendine yemek hazırlıyor mu :**

- a) -Evet  b) Hayır

**33- Şekerli içecekler içiyor mu (kola, meyve suyu gibi) :**

- a) -Evet  b) Hayır

**34- Akne probleminiz yediğiniz yiyeceklerle artış gösteriyor mu :**

- a) -Evet  b) Hayır  c) - Evet ise ( hangi yiyeceklerle) .....

**EK-7:**

**KOVAKS DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Adı soyadı: Okul:  
Cinsiyeti: Sınıf:  
Doğum tarihi: Tarih:

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

- 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 bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.  
3– Başıma çok kötü şeyler 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 yemek yerim.
- R) 1– Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
2– Çoğu zaman ağır 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 başarım iyi.  
2– Okul başarım 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.

**EK-8a:****STAI -1 (ANLIK KAYGI ENVANTERİ)**

Adı Soyadı:

Tarih:

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Çok</b>	<b>Tamamıyla</b>
1- Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2- Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6- Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7- Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9- Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10- Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11- Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12- Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13- Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14- Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15- Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16- Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17- Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18- Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19- Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20- Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N. 1985

**EK-8b:****STAI-2 (SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ)**

Adı Soyadı:

Tarih:

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		<b>Hemen Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok Zaman</b>	<b>Hemen Her zaman</b>
21-	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22-	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23-	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24-	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25-	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26-	Kendimi yalnız hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27-	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28-	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29-	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30-	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31-	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32-	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33-	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34-	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35-	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36-	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37-	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38-	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39-	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40-	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N.1985

**EK-9:****KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)**

Adı Soyadı:

Tarih:

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0– Hiç yok

1– Biraz var

2– Orta derecede var

3– Epey var

4– Çok fazla var

1– İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0 1 2 3 4
2– Baygınlık ve baş dönmesi	0 1 2 3 4
3– Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0 1 2 3 4
4– Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0 1 2 3 4
5– Olayları hatırlamada güçlük	0 1 2 3 4
6– Çok kolayca kızıp öfkelenme	0 1 2 3 4
7– Göğüs bölgesinde ağrılar	0 1 2 3 4
8– Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0 1 2 3 4
9– Yaşamınıza son verme duygusu	0 1 2 3 4
10– İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0 1 2 3 4
11– İştahta bozukluklar	0 1 2 3 4

12– Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0 1 2 3 4
13– Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0 1 2 3 4
14– Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
15– İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0 1 2 3 4
16– Yalnızlık hissetmek	0 1 2 3 4
17– Hüzünlü, kederli hissetmek hali	0 1 2 3 4
18– Hiçbir şeye ilgi duymamak hali	0 1 2 3 4
19– Ağlamaklı hissetmek hali	0 1 2 3 4
20– Kolayca incinebilme, kırılmak hali	0 1 2 3 4
21– İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak hali	0 1 2 3 4
22– Kendini diğerlerinden daha aşağı görme hali	0 1 2 3 4
23– Mide bozukluğu, bulantı hali	0 1 2 3 4
24– Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu hali	0 1 2 3 4
25– Uykuya dalmada güçlük hali	0 1 2 3 4
26– Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0 1 2 3 4
27– Karar vermede güçlük hali	0 1 2 3 4
28– Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla	

seyahatlerden korkma hali	0 1 2 3 4
29– Nefes darlığı, nefessiz kalmak hali	0 1 2 3 4
30– Sıcak soğuk basmaları hali	0 1 2 3 4
31– Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0 1 2 3 4
32– Kafanızın ” bomboş” kalması	0 1 2 3 4
33– Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0 1 2 3 4
34– Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0 1 2 3 4
35– Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0 1 2 3 4
36– Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0 1 2 3 4
37– Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0 1 2 3 4
38– Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
39– Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0 1 2 3 4
40– Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0 1 2 3 4
41– Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0 1 2 3 4
42– Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0 1 2 3 4
43– Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0 1 2 3 4
44– Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0 1 2 3 4
45– Dehşet ve panik nöbetleri	0 1 2 3 4

46– Sık sık tartışmaya girmek	0 1 2 3 4
47– Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0 1 2 3 4
48– Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0 1 2 3 4
49– Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0 1 2 3 4
50– Kendini değersiz görmek	0 1 2 3 4
51– Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0 1 2 3 4
52– Suçluluk duyguları	0 1 2 3 4
53– Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0 1 2 3 4



## EK-10: PIERS-HARRIS ÇOCUKLARDA ÖZ KAVRAMI ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Tarih:

### KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM

**AÇIKLAMA:** Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları evet, tanımlamayanları ise hayır ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Yine de lütfen bütün cümleleri cevaplayın. Aynı cümleyi hem evet, hem hayır şeklinde işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa evet, genellikle sizi anlatmıyorsa hayır olarak işaretleyeceksiniz. Cümlenin size uygun olup olmadığını en iyi siz kendiniz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl görüyorsanız aynen öyle cevaplandırın. Cevaplarınızı işaretlerken, buradaki cümlenin numarası ile cevap kağıdındaki numaranın aynı olmasına dikkat edin.

1. İyi resim çizerim.
2. Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer.
3. Ellerimi kullanmada becerikliyimdir.
4. Okulda başarılı bir öğrenciyim.
5. Aile içinde önemli bir yerim vardır.
6. Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar.
7. Mutluyum.
8. Çoğunlukla neşesizim.
9. Akıllıyım.
10. Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanırım.
11. Dış (fiziki)görünüşüm beni rahatsız ediyor.
12. Genellikle çekingenim.
13. Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum.
14. Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım.
15. Aileme sorun yaratırım.
16. Kuvvetli sayılmam.
17. Sınavlardan önce heyecanlanırım.
18. Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım.
19. Herkes tarafından pek sevilen biri değilim.
20. Parlak, güzel fikirlerim vardır.
21. Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim.
22. İstedğim bir şeyden kolayca vazgeçerim.
23. Müzikte iyiyim.
24. Hep kötü şeyler yaparım.
25. Evde çoğu zaman huysuzluk ederim.
26. Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar.
27. Sinirli biriyim.
28. Gözlerim güzeldir.
29. Derse kalktığımda bildiklerimi sıkılmadan anlatırım.
30. Derslerde sık sık hayal kurarım.
31. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım.
32. Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir.
33. Başım sık sık belaya girer.
34. Evde büyüklerimin sözünü dinlerim.

35. Sık sık üzülür, meraklanırım .
36. Ailem benden çok şey bekliyor.
37. Halimden memnunum.
38. Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığım hissine kapılırım.
39. Saçlarım güzeldir.
40. Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım.
41. Şimdiki halimden daha başka olmayı isterdim.
42. Geceleri rahat uyurum.
43. Okuldan hiç hoşlanmıyorum.
44. Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son seçilenlerden biriyim.
45. Sık sık hasta olurum.
46. Başkalarına karşı iyi davranmam.
47. Okul arkadaşlarım güzel fikirlerimin olduğunu söylerler.
48. Mutsuzum.
49. Çok arkadaşım var.
50. Neşeliyim.
51. Pek çok şeye aklım ermez.
52. Yakışıklıyım/güzelim.
53. Hayat dolu bir insanım.
54. Sık sık kavgaya karışıırım.
55. Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim.
56. Arkadaşlarım bana sık sık sataşırlar.
57. Ailemi düş kırıklığına uğrattım.
58. Hoş bir yüzüm var.
59. Evde hep benle uğraşırlar.
60. Oyunlarda ve sporda başı hep ben çekerim.
61. Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider.
62. Hareketlerimde hantal ve beceriksizim.
63. Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyrederim.
64. Öğrendiklerimi çabuk unuturum.
65. Herkesle iyi geçinirim.
66. Çabuk kızarım.
67. Kız arkadaşlarım arasında sevilirim.
68. Çok okurum.
69. Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım.
70. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim.
71. Vücutça güzel sayılırım.
72. Sık sık korkuya kapılırım.
73. Her zaman bir şeyler düşürür ve kırarım.
74. Güvenilir bir kimseyim.
75. Başkalarından farklıyım.
76. Kötü şeyler düşünürüm.
77. Kolay ağlarım.
78. İyi bir insanım.
79. İşler hep benim yüzümden ters gider.
80. Şanslı bir kimseyim.

## EK –10 : PIERS–HARRIS ÇOCUKLARDA ÖZ KAVRAMI ÖLÇEĞİ

### KENDİM HAKKINDA DÜŞÜNCELERİM CEVAP KAĞIDI

ADINIZ, SOYADINIZ: \_\_\_\_\_

YAŞINIZ:

	EVET	HAYIR		EVET	HAYIR		EVET	HAYIR
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	62.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	63.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	64.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	65.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	66.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	67.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	68.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	69.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	70.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	71.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	72.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	73.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	74.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	75.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	76.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	77.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	78.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	79.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	80.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

## EK –11: ÇOK YÖNLÜ BEDEN-SELF İLİŞKİSİ ÖLÇEĞİ

A– Kesinlikle katılmıyorum,

B– Çoğunlukla katılmıyorum,

C– Kararsızım (ne katılıyorum, ne de katılmıyorum),

D– Çoğunlukla katılıyorum,

E– Tamamen (kesinlikle) katılıyorum.

	A	B	C	D	E
1. Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Bedenim cinsel yönden çekicidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel bir çaba harcamıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Fiziksel gücümü arttıracak şeyler yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Nadiren hastalanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.	0	0	0	0	0
28. Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışıyorum.	0	0	0	0	0
29. Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.	0	0	0	0	0
30. Hasta olduğumda hastalık belirtilerime fazla dikkat etmem.	0	0	0	0	0
31. Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.	0	0	0	0	0
32. Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.	0	0	0	0	0
33. İnsanların görünüşümü ilgili düşüncelerine aldırmam.	0	0	0	0	0
34. Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.	0	0	0	0	0
35. Fizik yapımı beğenmiyorum.	0	0	0	0	0
36. Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.	0	0	0	0	0
37. Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.	0	0	0	0	0
38. Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.	0	0	0	0	0
39. Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.	0	0	0	0	0
40. Fiziksel yönden çekici değilim.	0	0	0	0	0
41. Nasıl göründüğümü hiç düşünmem.	0	0	0	0	0
42. Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.	0	0	0	0	0
43. Fiziksel görünüşüm uyumludur	0	0	0	0	0

49 – 57. maddeler sizin aşaşıdaki beden alanlarınızdan ne ölçüde hoşnut olduğunuzu araştırmaktadır. Uygun seçeneği (X) biçiminde işaretleyiniz.

- A– Kesinlikle katılmıyorum  
B– Çoğunlukla katılmıyorum  
C– Kararsızım (ne katılıyorum, ne de katılmıyorum)  
D– Çoğunlukla katılıyorum,  
E– Tamamen (kesinlikle) katılıyorum

	A	B	C	D	E
49. Yüz (yüz şekli, görünüşü, cilt)	O	O	O	O	O
50. Saç (rengi, sıklığı, yapısı)	O	O	O	O	O
51. Alt gövde (kalçalar, bacak, uyluk)	O	O	O	O	O
52. Orta gövde (mide, bel)	O	O	O	O	O
53. Üst gövde (göğüsler, omuz, kollar)	O	O	O	O	O
54. Kas yapısı (tonusu)	O	O	O	O	O
55. Ağırlık (kilo)	O	O	O	O	O
56. Boy	O	O	O	O	O
57. Tüm görünüş	O	O	O	O	O

**EK-12:****İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen, her cümle için sağ tarafındaki seçeneklerden size uygun olanın altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkelendiğim zaman elimi geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissedirim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissedirim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissedirim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissedirim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissedirim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissedirim ki buna dayanmam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediklerini hissedirim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissedirim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.	D	D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D

18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissederim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissederim.	D	D	D	D
21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissederim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissederim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissederim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissederim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissederim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissederim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olmadığımı hissederim.	D	D	D	D



**EK-13a:**  
**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)**

Ad Soyad:

Tarih:

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

**Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)**

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer sizin için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer sizin için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer sizin için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer sizin için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?**

<b>Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

<b>Duyularım ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

<b>Başkaları ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

Varni JW, 1999; Memik NÇ, 2007

**EK-13b:**  
**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU**  
**(13-18 YAŞ)**

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

**Ergen Değerlendirme Formu ( Anne-Baba) (13-18 yaş)**

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer çocuğunuz için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer çocuğunuz için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer çocuğunuz için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer çocuğunuz için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?**

<b>Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

<b>Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

<b>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Varni JW,1999; Memik NÇ,2007

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ ve Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç Dr. Yeşim TANELİ'ye; ayrıca Anabilim Dalımızın yeni öğretim üyesi Yrd. Doç Dr. Pınar VURAL'a, Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca sadece rotasyon döneminde değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Doç. Dr. Aslı SARANDÖL, Yrd. Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Uzm. Dr. Saygın EKER'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm aşamalarında desteklerini esirgemeyen başta tez danışmanım, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ'ye, emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ'ye, ayrıca Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hayriye SARICAOĞLU ile Araştırma Görevlisi Dr. Sevgül VATANSEVER'e ve çalışmamın istatistiksel analizinin her aşamasında büyük yardımını gördüğüm Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Deniz SİĞİRLİ'ye teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Ayrıca hayatımın her alanında en büyük destekçim olan bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anne ve babama çok teşekkür ederim.

Dr. Canan Yusifoğlu

## ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında İzmir / Kınık 'da doğdum. İlköğretimi İzmir / Kınık Şehit Cafer Atilla İlköğretim Okulunda 1994 yılında tamamladım. Lise öğrenimimi İzmir / Bergama Lisesi'nde 1997'de tamamladım. 1997 yılında Edirne Trakya Tıp Fakültesi'ne girdim ve 2003 yılında mezun oldum. 2004 Eylül TUS'unda kazandığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 22 Kasım 2004'ten beri araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.

Dr.Canan Yusifoğlu