

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE AKNELİ ERGENLERİN  
BENLİK SAYGILARININ, ÖFKE DÜZEYLERİNİN, ARKADAŞ  
BAĞLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ; OLGU  
KONTROL ÇALIŞMASI**

**Dr. Özden KUM**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**I. DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Evrim AKTEPE**

**II. DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. İjlal ERTURAN**

**ISPARTA -2013**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesini aktararak eğitimime katkıda bulunan hocam Yrd. Doç. Dr. Evrim AKTEPE'ye,

Asistanlığa başladığım ilk gün bana bu asistanlık sürecinde hep beraber yürüyeceğimizi söyleyen ve her zaman desteğini hissettiğim Prof. Dr. Ramazan ÖZÇANKAYA'ya,

Tezim boyunca büyük bir özveri ve sabır gösterdiği, cesaretlendirdiği, tez gibi zor bir süreçte elimden tuttuğu için, engin birikimlerinden istifade ettiğim Yrd. Doç. Dr. İjlal ERTURAN'a,

Tez çalışmam sırasında istatistiksel bilgi ve klinik deneyimlerini paylaştan Yrd. Doç. Özgür KOŞKAN'a,

Kliniklerinde rotasyon yaptığım ve eğitimime büyük katkıları bulunan, başım her sıkıştığında kapısını çaldığım gülyüzü ile hep destek olan Psikiyatri AD. başkanı Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem ATAY'ya,

Rotasyon yaptığım süre içinde hastalarla ilgili tecrübelerinden faydalandığım, bana yeni bakış açıları kazandıran Yrd. Doç. Dr. Arif DEMİRDAŞ ve Yrd. Doç. Dr. Abdullah AKPINAR'a

Asistanlık sürem boyunca birlikte çalıştığım Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Psikiyatri, Çocuk Nöroloji kliniğindeki tüm asistan ve hemşire arkadaşlarıma,

Maddi manevi desteğini esirgemeyen aileme,

Hayatıma girdiği günden beri bana gösterdiği anlayış ve sabırından dolayı, hayatıma anlam katıp yaşanılır kılan eşim Gökmen KUM'a ve yakın zamanda aramıza katılacak olan biricik oğluma teşekkürü bir borç bilirim.

**Dr. Özden KUM**

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Psikodermatoloji.....	3
2.1.1. Psikodermatolojinin Yeri.....	3
2.1.2. Tarihçe .....	3
2.1.3. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması .....	4
2.1.4. Deri Hastalıklarının Nörobiyolojik ve Psikobiyolojik Yönü .....	5
2.1.4.1. Stres Araştırmaları .....	5
2.1.4.2. Psikonöroimmunoloji.....	7
2.1.4.3. Psikodinamik Açıdan Deri .....	7
2.1.4.4. Gelişim Psikolojisi ile İlgili Bakış Açıları .....	9
2.2. Akne Vulgaris.....	9
2.2.1. Tanım (Akne Vulgaris).....	9
2.2.2. Epidemiyoloji .....	9
2.2.3. Etyoloji .....	10
2.2.4. Aknenin Ruhsal Etkileri ve Psikiyatrik Yönü .....	11
2.3. Ergenlik ve Yaşam Kalitesi .....	12
2.4. Ergenlik Döneminde Arkadaşlık İlişkileri ve Önemi.....	13
2.5. Ergenlik ve Öfke .....	14
2.6. Ergenlik ve Benlik Saygısı .....	15
<b>3. YÖNTEM ve GEREÇLER</b> .....	<b>20</b>
3.1. Çalışma Örneklemi.....	20
3.2. Gereçler .....	20
3.2.1. Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri .....	21
3.2.2. Global Acne Grading System (GAGS).....	21
3.2.3. Akne Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	21
3.2.4. Arkadaş Bağlılığı Ölçeği (ABÖ) .....	21
3.2.5. Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ).....	22
3.2.6. Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği (P-H ÖKÖ).....	22

3.3. İstatiksel Method .....	23
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>24</b>
4.1. Sosyodemografik Bulgular .....	24
4.2. Akne Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular .....	24
4.2.1. Akne şiddetinin Akne Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi .....	24
4.2.2. Cinsiyetin Akne Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi .....	25
4.2.3. Akne Yaşam Kalitesinden Alınan Puanları Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Korelasyonu .....	26
4.2.4. Akne Yaşam Kalitesinden Alınan Puanların Arkadaş Bağlılığı Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Korelasyonu .....	27
4.2.5. Akne Yaşam Kalitesinden Alınan Puanların Piers-Harris Özkavram Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Korelasyonu .....	27
4.3. Arkadaş Bağlılığı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular .....	28
4.3.1. Akne Şiddetinin Arkadaş Bağlılığı Ölçeği'nden Alınan Puanlarla İlişkisi .....	28
4.3.2. Yaş Grubunun Arkadaş Bağlılığı Ölçeği'nden Alınan Puanlarla İlişkisi .....	28
4.4. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular .....	29
4.4.1. Akne Şiddetinin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi .....	30
4.4.2. Yaş Gruplarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi .....	32
4.5. Piers Harris Çocuk Özkavram Ölçeği (PHÇÖKÖ)'nden Elde Edilen Bulgular .....	33
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>35</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>45</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>46</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>47</b>

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Akne şiddetinin akne yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlarla ilişkisi ..	24
<b>Tablo 2.</b> Akne yaşam kalitesi ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	26
<b>Tablo 3.</b> Akne yaşam kalitesi ve sürekli öfke ve öfke tarz ölçeğinden alınan puanların korelasyonu .....	26
<b>Tablo 4.</b> Akne yaşam kalitesi ile arkadaş bağlılığı ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu .....	27
<b>Tablo 5.</b> Piers- harris ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların akne yaşam kalitesi ile korelasyonu.....	27
<b>Tablo 6.</b> Arkadaş bağlılığı ölçeği'nden elde edilen puanlar açısından olgu ve kontrol gruplarının karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 7.</b> Akne şiddetinin arkadaş bağlılığı ölçeğinden alınan puanlarla ilişkisi.....	28
<b>Tablo 8.</b> Yaş grubunun arkadaş bağlılığı ölçeğinden alınan puanlarla ilişkisi.....	29
<b>Tablo 9.</b> Sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği'nden elde edilen puanlar açısından olgu ve kontrol gruplarının karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 10.</b> Akne şiddetinin sürekli öfke altölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi .....	30
<b>Tablo 11.</b> Akne şiddetinin kontrol altına alınmış öfke alt ölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi .....	31
<b>Tablo 12.</b> Akne şiddetinin dışa yöneltilen öfke altölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi .....	31
<b>Tablo 13.</b> Akne şiddetinin içe yöneltilen öfke altölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi .....	31
<b>Tablo 14.</b> Yaş grubunun sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği'nden elde edilen puanlarla ilişkisi .....	33
<b>Tablo 15.</b> Kontrol ve olgu grup PHÇÖKÖ ve alt ölçekleri.....	34

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Embriyonik ektodermden köken alan beyin ve deri, duygularımızı yansıtan iletişim organlarıdır (1). Sağlıklı bir deriye sahip olmak kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından gerekli görülmektedir. En büyük organımız olan derideki herhangi bir istenmeyen durum kişiyi ve çevresini etkileyebilmektedir (2). Genel itibari ile deri hastalıkları yaşamı tehdit edici olmamakla birlikte, beraberinde anksiyete, depresyon, öfke, suicidal düşünce gibi ciddi psikojenik sorunları getirebildiğinden sadece kozmetik bir problem olarak ele alınmamalıdır (3-6).

Psikodermatoloji beyin ve deri arasındaki etkileşimi konu almaktadır. Psikiyatri içte, görünmeyen hastalıklara odaklanırken, dermatoloji ise dışta, görünür hastalıklarla ilgilenmektedir. Bu iki bilim dalı arasındaki ilişki nöroimmun-kutanöz sistem (NICS) olarak tanımlanan immun ve nöroendokrin sistem arasındaki karmaşık bir etkileşime dayanmaktadır. Sinir sistemi, deri ve immun sistem arasındaki karşılıklı etkileşimde NICS'ten salınan medyatörler etkili olmaktadır (7).

Akne vulgaris pilosebase ünitenin multifaktoriyel, inflamatuvar bir hastalığıdır. Akne zellikle gençler ve genç erişkinler arasında sık görülür ve yüz bölgesini etkiler. Toplumun yaklaşık % 80-85'i hayatının bir döneminde akne vulgaris ile yaşamak zorunda kalır. Hastalık mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte patogenezinde kıl foliküllerinde aşırı sebum üretimi, hiperkeratinizasyon, oksidatif stres ve inflamatuvar medyatörler rol oynamaktadır (8). Akne ile ruhsal durum arasındaki ilişki uzun zamandan beri araştırılmakta ve şiddeti ne olursa olsun bireyin psikolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır (6).

Deri hastalıklarının insanlarda kendilik imajı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Aknenin, sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkması, bu hastalığı kişilerin kaygılarının odak noktası haline getirmekte; bu nedenle hastanın kişiler arası ilişkilerinde, kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde, benlik saygısı ve günlük performansında etkili olmakta ve okul ve iş yaşamındaki başarısını, anne, baba ve arkadaş gibi çevresindeki bireylerle ilişkisini etkilemektedir(9, 10).

Bu çalışmada amacımız; dermatoloji polikliğine başvuran akneli ergenlerde yaşam kalitesinin, arkadaş bağlığının, benlik saygısının ve öfke düzeylerinin yaş ve cinsiyet açısından benzer sağlıklı ergen bireyler ile karşılaştırılması ve akneli ergenlerin sosyal hayatta ne gibi sıkıntılarla karşı karşıya olduğunun belirlenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Psikodermatoloji

#### 2.1.1. Psikodermatolojinin Yeri

Derinin rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri; öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkca ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (11). Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu, bu nedenle huy ve kişiliğin değerlendirmesinde gerekli organlardan biri olduğunu belirtir (12). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır; deri ile beyin ektodermden köken alır ve aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir (11). Psikodermatoloji psikiyatri ile dermatoloji arasındaki ilişki ve etkileşime dayanan ortak bir çalışma alanıdır ve pratikte bu birliktelik farklı nedenlerle olabilir (13).

#### 2.1.2. Tarihçe

Bildirilen ilk psikokutanöz hastalık, 1155 tarihinde, İran prensinin, babasının tahtını geri almasıyla ilgili yaşadığı sıkıntı nedeniyle psöriasis geliştirmesi olgusudur (14). Bununla birlikte nörodermatitis terimi, ancak 19. yüzyılın sonlarına doğru, Brocq ve Jacquet tarafından kullanılmıştır. Bundan 60 yıl kadar sonra Wittkower ve Russell, “deri hastalıklarında emosyonel etmenler” isimli, yeni bakış açıları getiren çalışmalarını yayınlamışlardır (15). Son 20 yılda ampirik çalışmalar ve olgu bildirimleri ile ilgili yayınlar giderek artmıştır. Gupta ve ark. (16) ile Koo ve ark. (17) çalışmalarında, bireyin emosyonel durumunun, deri hastalıkları üzerinde doğrudan etkisi olduğu, kişinin emosyonel dünyasının bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği ve deri hastalığının damgalayıcı etkisine bağlı olarak gelişen depresyon, utanç, suçluluk duyguları gibi yoğun emosyonel tepkileri hastaların nasıl yaşadıklarından söz etmişlerdir. Dermatoloji literatüründe deri hastalıklarının psikolojik ve psikanalitik yönüyle ilgili makalelere giderek artmaktadır (18, 19).



### **2.1.3. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması**

Psikodermatolojik hastalıkların birbirleri arasındaki geçişlerin kesin olmaması ve birbirleri ile çakışmaları nedeniyle çok değişik sınıflamalar yapılmıştır. Genel olarak psikodermatolojik ilişki temelinde değerlendirdiğimizde, dört ana ilişki biçimi tanımlanabilir (11, 16, 17, 20).

#### **I. Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili dermatolojik hastalıklar**

Bunlar kesin olarak ruhsal kökenli olarak değerlendirilen, primer psikiyatrik bozukluklar sonucu ortaya çıkan durumlardır. Delüzyonel parazitoz, dismorfofobia (beden dismorfik bozukluğu), dermatitis artefakta, nörotik ekskoriyasyon, trikotilomani, glossodinia, glossopirozis, psikojenik pruritus, psikojenik purpura sendromu bu gruptandır. Bu tablolar çoğu zaman majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, monosemptomatik hipokondriazis, psikotik durumlar, borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilidir.

#### **II. Psikosomatik faktörlerle ilişkili dermatolojik hastalıklar**

Atopik dermatit, psöriazis, ürtiker, alopesi areata, liken planus, akne ve siğiller bu gruptandır. Bunlar psikosomatik faktörlerden etkilenen ve primer olarak dermatopatolojik zeminde gelişen hastalıklardır. Bu hastalıkların etyolojilerinde psikonöroimmünolojik süreçler rol oynar. Özellikle bu süreçte önemli rolleri olan nöropeptitler (enkefalin, endorfin, vasoaktif intestinal peptid, substance P) ağrı ve kaşınma duyularının iletiminde görev alırlar. Bunların reseptörü limbik sistemdedir ve limbik sistem ruhsal süreçlerin en önemli alanlarından biridir.

#### **III. Sekonder psikiyatrik bozukluklar**

Psöriazis ve vitiligo gibi hastalıklar sonrasında gelişen depresyon ve anksiyete bozuklukları bu grup içinde değerlendirilir.

#### **IV. Psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar**

Bu grup içerisindeki postherpetik nevralji ve anjiyoödem gibi durumlarda psikotrop ilaçlardan yararlanılabilir.

#### 2.1.4. Deri Hastalıklarının Nörobiyolojik ve Psikobiyolojik Yönü

Deri hastalıklarının psikolojik ve sosyal etkileri ile ilişkili araştırmalar, başlıca üç alanda yapılmıştır:

- a. Dermatolojik hastalıkların ortaya çıkması ve alevlenmesinde stresin rolü
- b. Dermatoloji ve dermatolojik hastalıklarla ilgili dinamik ve analitik çalışmalar
- c. Psikosomatik dermatolojik hastalıklarla ilgili klinik ve ilaç araştırmaları (21)

##### 2.1.4.1. Stres Araştırmaları

Latince'den türemiş 'zorlama, baskı' anlamına gelen stres, psikolojik reaksiyonları ortaya çıkaran dış uyarılar anlamında kullanılmaktadır (1). Stres sonucu gelişen patofizyolojik değişiklikler alerjik, otoimmün ve inflamatuvar pek çok hastalığı tetiklediği ve şiddetlendirdiği gibi (22-24) dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetiklemektedir (25). Stres, endokrin ve immunoloji arasındaki ilişki önreml bir araştırma konusu olarak görülmekte ve beyinde bazı değişikliklerin olduğuna dair varsayımlar öne sürülmektedir (26). Son 30 yıllık çalışmalar mood ve stresin immun sistemi nasıl değiştirdiğini göstermektedir (27-29). Farelerle yapılan çalışmalarda, kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında tepki gösterdikleri gözlenmiştir. Böylece psikosomatik etkenlerin deri belirtilerini etkilediği sonucuna varılmıştır (30). Epidermal permeabilitenin stres tarafından bozulduğu gösterilmiş ve stresin yara iyileşmesini geciktirdiği saptanmıştır (31). Deri üzerinde 'psyche'nin etkisi, sinir sistemindeki kimyasal mediatör maddelerin bir duyguyu kutanöz bir lezyona çevirdiğine işaret etmektedir. Bu mediatör maddeler deri üzerinden doğrudan üretilen hormonlar olabileceği gibi keratinositler, Langerhans hücreleri ve belki de Merkel hücrelerinden de mediatör maddeler üretilmektedir.

Panconesi, duygusal stresörlerle aktive olan ve belirtileri şiddetlenen deri hastalıklarına "dermatolojik stres hastalığı" denmesini önermektedir (32). Teshima ve ark. gergin ve stresli kişilerde allerjik reaksiyonların ortaya çıktığını ve relaksasyon eğitimi ile bu allerjik hastalarda düzelme olduğunu bildirmişlerdir (33).

Yine başka bir çalışmada alopesi areatalı hastaların %30'unda hastalığı emosyonel stresin başlattığı sonucuna ulaşılmıştır.

Schmidt-Traub ve ark. anksiyete bozukluğu olan kişilerde tip I alerjik reaksiyonun, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla saptandığını bildirmişlerdir (34). Brosig ve ark, çocuklukta cinsel tacize uğradığını hatırladığında ürtikeri başlayan 34 yaşında bir kadın olgusu bildirmiştir. Kısa psikoterapi sırasında, önceden bastırılmış olduğu olay ve duyguları hatırladığında, hastanın deri belirtilerinin kaybolduğu görülmüştür (35).

Ehlers ve ark'nın çalışmasında, psikiyatrik tedavi alan atopik dermatit olgularının, tek başına dermatolojik tedavi alanlara göre, daha fazla düzelme gösterdiği ve daha az topikal steroid kullandıkları bildirilmiştir (36).

Deri bozukluklarına ait psikiyatrik sorunlar için liyezon servisleriyle işbirliği yapılmaktadır. Almanya'da dermatoloji kliniklerinde yapılan bir ankette, tıbbi yöneticilerin %23,2'si, dermatolojik bakım ve tedaviye ek olarak psikosomatik bir tedavinin sunulmasının gerekli olduğu konusunda hemfikir olmuşlardır (37). Araştırmalar, deri hastalarının %51'inin psikoterapotik tedaviye ihtiyacı olduğunu, %28'inin psikoterapiye istekli olduğunu ortaya koymuş ve bunların %38'i psikiyatrik yardım almıştır (38). Kısa süreli grup terapisi (39), hipnoz (40) ve psikotropik ilaç kullanımının hem olgu bildirimlerinde, hem de kontrollü deneysel çalışmalarda etkili oldukları saptanmıştır (41).

Diğer dermatolojik hastalıklarda olduğu gibi akne vulgarisli hastaların da labil duygulanımları, nörotik kişilik özellikleri ve psikiyatrik hastalıklara yatkınlıkları olduğu belirtilmektedir (42). Ruhsal etkenlerle akne arasında en az üç çeşit 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 bozukluğunda olduğu gibi birincil psikiyatrik bozukluğun akneye odaklanmasıdır (43).

#### 2.1.4.2. Psikonöroimmunoloji

Bağıışıklık sisteminin deri yanıtlarıyla olan ilişkisi, nöro-immun-kutanöz–endokrin (NICE) sistemin bir parçası olarak tanımlanmaktadır (32). Psikonöroimmunoloji ise bu ayrılmaz sistem (beyin, deri ve immün sistem) arasındaki karşılıklı etkileşimi inceleyen bir bilim dalıdır. Beyin ve immün sistem, hipotalamus ve hipofiz bezi üzerinden etki gösteren otonomik sinir sistemi ve nöroendokrin sistem aracılığı ile bağlantılıdır. Beyin ve immün sistem arasındaki iletişim direkt olarak ya da nöropeptitler aracılığıyla sağlanır (32). Elliden fazla nöropeptit tipi tanımlanmıştır. En küçüğü iki, en büyüğü 40'tan fazla amino asit içermektedir. Nöropeptitler sadece nörotransmitter olarak değil, nöromodülatör olarak da rol oynar (44). Derideki nöropeptitler sadece kutanöz sinirlerde değil keratinosit, fibroblast, Langerhans hücrelerini de içeren pek çok deri hücresinde bulunmaktadır. Kalsitonin gene-related peptide (CGRF), nociocseptivenöropeptit, Substance P (SP), Vazoaktif İntestinal Peptid (VIP), Nöropeptit Y gibi vazoaktif peptitler kutanöz inflamatuvar hastalıklarda belirgin şekilde artmaktadır. Makrofaj, mast ve nötrofil hücrelerinde bulunan SP resöptörlerinin inflamatuvar hücrelerin deriden infiltre olmasına ve nörojenik stimülasyon sağlamasına aracılık ettikleri öne sürülmüştür. CRGF'nin hastalığın ortaya çıkışında kritik bir immünomodülatör etkisi vardır (45).

#### 2.1.4.3. Psikodinamik Açıdan Deri

Dokunma uyarınları temel gereksinimdir. Yenidoğan memeliler yalama, sıvazlama ve okşama gibi uyarınlara ihtiyaç duyar. Masaj yapılan bebeklerin, yapılmayanlara göre %50 daha fazla kilo aldıkları bildirilmiştir. Emosyonel ihmal gören çocuklarda, büyüme duraklaması görülebilir ki bu sevgi ve dokunmanın olmadığına dışarıya karşı teşhiri demektir. Dokunma, ağrı, sıcaklık organı ve erojen bölge olarak deri her yaşta psikolojik olarak büyük öneme sahiptir. Aromaterapi gibi pek çok alternatif terapi yöntemlerinin etkili olmasında en önemli neden dokunma etkisidir. Derinin yapısı ve rengi, sosyal ve politik bir anlama sahiptir. Deri hastalıkları lezyonun boyutu ile orantısız bir psikolojik sıkıntı oluşturabilir (46). Fenichel, Winnicott, Anzieu gibi bazı analistler, deri ve bilinç dışı arasındaki

etkileşime dikkat çekmişler ve bazı deri hastalıkları ile bilinç dışı çatışmalar arasındaki etkileşimi analitik olarak açıklamaya çalışmışlardır.

Fenichel'e göre organizma ve dış dünya arasındaki sınırı belirleyen derinin, organizmanın bir dış örtüsü olarak dört özelliği önem taşır;

1. Deri, örtücü bir tabaka olması yanında iç ve dış uyaranlara karşı koruyucudur. Bastırılmış dürtülerin kaslarda sertleşme oluşturması gibi vazomotor fonksiyonlarda da değişiklikler oluşur ve dermatozlara yol açar.

2. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Dermatozların bilinç dışı temelinde de çoğunlukla sadomazoşistik eğilimler bulunur. Winnicott bu durumu papüler ürtikerin psikodinamik formülasyonunda şöyle açıklamıştır: "Derinin uyarılabilirliğinin bir göstergesi olan papüller; giysi, sıcak-soğuk gibi fiziksel uyaranlar yanında ruhsal nedenlerle de uyarılır ve papül oluşumu ereksiyona eşdeğer bir anlam taşır. Bilinç dışı fantezilerden köken alan uyarılma ve buna bağlı gelişen çatışmalar deride papül oluşumuna yol açar, kaşıma ve yolma davranışları da elle genital masturbasyona karşılık gelir ve haz yolu ile rahatlama sağlar."

3. Deri, organizmanın yüzeyi olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik çatışmalarında yer alır. Bu, güvenlik duygusunun gelişimi açısından önemli narsistik gereksinimlerle ilgilidir. Bu nedenle teşhircilikte ve sosyal fobide rastlanan bilinç dışı çatışmalar aynen dermatozlarda da bulunur.

4. Anksiyete belirtileri de deri belirtileri şeklinde lokalize olabilir. Anksiyete ile deride semptomimetik uyarılma olur ve bazı belirtiler ortaya çıkar. Anzieu'ya göre bebek ve anne arasında dokunma yoluyla kurulan ilişki diğer tüm duyu organlarının algıladığı ve kaydettiği duyuların ilk formlarını içerir. Bebeğin çevresindeki yetişkinlerin bebeğin istek, gereksinim ve kaygılarını anladığını gösterme yoludur. Bu iki taraflı iletişim ağı enerjileri harekete geçirir, ortak anlamların üretilmesine yol açar ve egonun ilk uyarılması olan *deri ego*'sunu oluşturur (47-49).

#### **2.1.4.4. Gelişim Psikolojisi ile İlgili Bakış Açıları**

Çocuk ya da bebekte ağrılı veya rahatsız edici bir deri lezyonu olması anne ve bebek arasındaki fiziksel ilişkiyi zedeleyebilmektedir (50). Solomon ve Gagnon, atopik ekzematılı bebek ve çocukların annelerini, sağlıklı çocuklara sahip annelerden oluşan bir kontrol grubuyla karşılaştırdığında, ekzematılı çocukların annelerinin, sağlıklı çocuklara sahip annelere göre çocuklarına daha az dokunduğu, okşadığı ve teskin ettiğini saptamışlardır (51).

### **2.2. Akne Vulgaris**

#### **2.2.1. Tanım (Akne Vulgaris)**

Akne vulgaris pilosebase ünitenin multifaktoriyel, inflamatuvar bir hastalığıdır. Tam olarak mekanizması bilinmemekle birlikte patogeneğinde esas olarak kıl foliküllerinde aşırı sebum üretimi, hiperkeratinizasyon, oksidatif stres ve inflamatuvar medyatörler rol oynamaktadır (4).

Akne vulgaris özellikle yüz, sırt, göğüs ve kolların üst kısmına yerleşir. Saçlı deri hastalığına katılmaz. Lezyonlar non-inflamatuvar ya da inflamatuvar karakterdedir. Non-inflamatuvar lezyonlar komedon ismi verilir ve komedonlar aknenin temel ve primer lezyonudur. Komedonlar açık (siyah renkte) ya da kapalı (beyaz renkte) olmak üzere iki şekilde gözlenir. İnflamatuvar lezyonlar papüller, yüzeysel ve derin püstüller, derin nodüller veya kistler şeklinde olabilir. Çok derin inflamatuvar lezyonlar skar oluşumuna yol açabilir. Lezyonların skar bırakma oranı %17 olarak bildirilmiştir. İnflamatuvar lezyonların bazıları non-inflamatuvar lezyonlardan gelişebilir. Yüzeysel lezyonlar genellikle çapları 5 mm ya da daha küçük papül ve püstüllerdir. Skarlar hipertrofik, keloidal, deprese fibrotik, yumuşak ya da atrofik maküler tarzda olabilir. .

#### **2.2.2. Epidemiyoloji**

Akne prevalansını tam olarak saptamak olanaklı değildir. Bununla birlikte ergenlerin %98'inin etkilendiğini söyleyen geniş seriler mevcut olmakla birlikte prevalansın %30-80 arasında değişmekte olduğu söyleyen çalışmalarda mevcuttur (52-54). Lucky ve arkadaşlarının 539 çocuk üzerinde yaptığı bir çalışmada 9-11 yaş

grubundaki erkek çocukların yarısında,12-13 yaş grubundakilerinin % 70-80'inde ve 14-15 yaş grubundakilerin % 90'dan fazlasında komedonal akne saptanmıştır (55).

Akne genellikle pubertenin bir göstergesi olarak ergenlik döneminde başlar ve hastaların çoğunda 25 yaşından önce kendiliğinden sonlanır. Ancak olguların %5'inde ve özellikle kadınlarda 30'lu 40'lı yaşlara kadar uzayabilir. Kadın cinsiyette daha sık görülmesine rağmen erkek cinsiyette daha ağır seyrederek, şiddetli akne hastalarının genellikle ailelerinde benzer öykü mevcuttur (56, 57).

### **2.2.3. Etiyoloji**

Akne vulgarisin etiolojisi günümüzde tam olarak bilinmemekle birlikte multifaktöryel olduğuna inanılmaktadır (52).

Etiyopatogenezinde başlıca 4 faktör rol oynar:

- I. Sebace bezlerin hiperplazisi ve sebum üretiminde artış
- II. Foliküler hiperkeratinizasyon (anormal foliküler deskuamasyon)
- III. Bakteriyel proliferasyon
- IV. İnflamasyon

#### **I. Sebace Bezlerin Hiperplazisi ve Sebum Üretiminde Artış**

Pubertede androjenlerin etkisi ile sebum üretimi artar. Akneli hastalarda sebace foliküllerin genişliği ve sebace bezlerdeki lobüllerin sayısı artmıştır. Aşırı sebum üretimi, hedef organolan pilosebace ünitenin artmış cevabına, androjen fazlalığına veya her ikisine bağlıdır (58, 59). Lezyonların asimetrik dağılımı, tüm sebace foliküllerin etkilenmemesi, durumun, androjen seviyesinden ziyade hedef organın aşırı cevabından kaynaklandığını düşündürmektedir (59).

#### **II. Foliküler Hiperkeratinizasyon**

Normal bir folikülde keratinositler lümene tek tek hücreler halinde dökülür ve sonra atılır. Aknede ise keratinositler proliferasyon olmuştur ve monofilamanlarla paketlenmiş yoğun yağ damlacıkları şeklindedir (60). Akne lezyonu çıplak gözle görülemeyen mikrokomedon olarak başlar. Komedojenesis, korneositlerin anormal deskuamasyonu sonucunda sebace folikülde birikmesiyle görülür (61). Zamanla

folikül, yağ, bakteri ve hücre artıkları ile dolar. Açık ve kapalı komedonlar belirginleşir.

Propionobacterium acnes kolonizasyonu da olursa inflamatuvar lezyon belirir. Anormal deskuamasyon akne lezyonlarında erken ortaya çıkar ve keratinositlerin proliferasyonuna ve anormal diferansiyasyonuna bağlıdır. Bu durumu kontrol eden mekanizma tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte lipid kompozisyonu, androjenler, lokal sitokinlerin rollerinin olduğu kabul edilir (62).

### **III. Bakteriyel Proliferasyon**

Propionobacterium acnes (P. Acnes) infeksiyöz olmamakla birlikte akne patogeneğinde rol oynamaktadır. P. acnes, aknenin sebebi değildir ancak hastalığın inflamatuvar sürecini başlatan bir etken olduğu düşünülmektedir (58, 63). Derideki P. acnes sayısı ile akne şiddeti genellikle korele değildir. P. acnes, folikül kanalında kolonize olur ve bu hareketsiz bakterinin folikülde kolonizasyonu inflamasyonu başlatır (62).

### **IV. İnflamasyon**

Akne lezyonları genellikle mikrokomedon halinde başlar. Komedoenezisin başlaması sebum içeriğinin değişmesi ve muhtemelen linoleik asit miktarının artmasına bağlanmaktadır (64). CD 4 lenfositler folikül duvarını istila ederler, sonra olay yerine nötrofiller gelir. Kanalın rüptüre olmasıyla lipidler, korneositler ve bakteriler dermise ekstravaze olur ve salgılanan sitokinler inflamasyonda tetikleyici rol oynarlar (62, 64).

#### **2.2.4. Aknenin Ruhsal Etkileri ve Psikiyatrik Yönü**

Pilosebaze ünitenin multifaktöriyel, inflamatuvar bir hastalığı olan akne vulgaris sık rastlanması ve daha çok kozmetik şikayetlere neden olduğu düşünülmesine rağmen kişilerde psikolojik ve sosyal açıdan ciddi kısıtlamalar oluşturabilmektedir. Akne şiddeti ne olursa olsun intihara neden olabilmektedir (65).

Akne ekzema ve psöriazis gibi hastalıklarla birlikte emosyonel stresle alevlenen deri hastalıkları olarak ele alınmaktadır (17). Aknenin başlamasında ve alevlenmesinde stresin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (66-68). Stres



aknenin nedenleri arasında %50 etken olarak görülür (67). Tıp öğrencilerinin %67'si aknenin alevlenmesinde stresin etkisine inandıklarını bildirmişlerdir (68).

Akne vulgarisli bireylerin depresyon ve anksiyete skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (69). Akneli hastaların depresyon ölçeğinden aldığı puanlar diğer deri hastalıklarında alınan puanlarla da karşılaştırılmıştır. Akneli bireylerin depresyon ölçeğinden elde ettiği puanlar hospitalize psöriazisli hastalar kadar yüksek bulunmuştur (70). Kistik akneli hastaların en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduklarına dikkat çekmektedir (71). Motley ve Finlay bireylerin yüz, boyun ve sırt bölgesi yerleşimli akne skorları ile işlev kaybının korele olduğu bildirmişlerdir (72).

Akneli hastaların kendilerine güven duyguları daha az, sosyal ilişkileri daha kısıtlı olup, hastaların %70'i psikososyal reddedilmeden bahsetmektedir (73, 74). Bu kişilerin sağlıklı bir deriye sahip olan kişilere kıyasla işsizlik oranlarının yüksek olması psikososyal reddedilmenin sadece subjektif bir bakış olmadığını göstergesi olarak düşünülmektedir (75).

Son yıllarda akneli hastalar için 'yüksek riskli hasta' tanımı yapılmıştır (19). Bu hasta grubu psikososyal ve işlevsel bozulmaların olduğu, kendisi ve/veya çevresine zarar verici davranışlar sergileyen grup olarak tanımlanmıştır. Bu grup kişilerarası ilişki yeteneklerinde azalma olmuş, aile ilişkileri kesintiye uğramış, mesleki işlevselliğinde sekteye uğramış, akran grubu ile bozulma yaşamış bireylerden oluşmaktadır. Bu tip hastalara özgü davranışlar ve duygular ise azalmış göz teması, kısıtlı konuşma, sınırlı veya negativist tutum, azalmış özbakım, aşırı sinirlilik hali, agresif tutumlar, kompulsif veya ritualistik davranışlar, irritabilite, suicidal ve/veya homosidal düşünceler, self-mutilatif davranışlar, halüsinasyon, delüzyon olarak saptanmıştır (19).

### **2.3. Ergenlik ve Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır (76).

Bedensel, ruhsal, sosyal ve kişisel inançlar açısından iyilik hali kişiler tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmekte ve hastalık süreci de farklı

yaşanabilmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirirken nesnel ve öznel alanlarının olduğunu bilmek gerekmektedir (77). Nesnel olarak aynı durumda olan iki kişi öznel olarak yaşam kalitelerini farklı algılayabilmektedir. Nesnel değerlendirmede ergenin neler yapabildiği, yaşam koşulları, çevre ve okul işlevselliği, sosyal ilişkileri değerlendirilmektedir (78). Öznel değerlendirmede ise ergenin fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliği göz önüne alınmaktadır (79). Bazı araştırmacılar kişi durumu ile ilgili kendi algısını yansıtmakta olduğu için, öznel değerlendirmenin daha değerli olduğunu ileri sürmektedir (76).

Bireyin yaşam kalitesini psikolojik testlerle ölçmek; hastaların tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirleyebilmek, tıbbi girişimlerin etkinliğini ve yan etkilerini değerlendirebilmek, sağlık politikalarına yön verebilmek ve tıbbi araştırmaların yapılabilmesi için önemlidir (80).

#### **2.4. Ergenlik Döneminde Arkadaşlık İlişkileri ve Önemi**

Ergen davranışlarının odaklandığı temel alanlardan biri arkadaş ve akranlarıyla ilişkileridir. Araştırmacılara göre çocuğun varlık merkezi olan aile, zaman içerisinde yerini akranlara bırakır. Aile, değerlerin öğretilmesinde ve kişisel güvenin kazandırılmasında akran grubunun başarısına ulaşamaz.

Ergenin arkadaş ilişkileri üç kategoriye ayrılmaktadır. Birincisi geniş kalabalıklar, ikincisi daha küçük yakın gruplar, üçüncüsü bireysel dostluklardır. Ergenlik döneminde tek cinsiyetli arkadaş grupları yavaş yavaş karşı cinsten grupların etkilerine girerler ve geniş bir ergen kalabalığı oluşur. Ancak daha sonraki aşamada heteroseksüel arkadaş grupları oluşmaya başlar. Böylelikle gevşek örüntülü ergen çiftler grubu oluşur. Bu gruplarda aynı cinslerden oluşan dostluklar da kurulabilir ve çok daha yakın, daha yoğun, açık ilişkiler yaşanabilir. Bu tür dostluklar ergene kendinin ve başkalarının duygularının öğrenmesine katkıda bulunur (81). Yapılan araştırmalarda ergenin, grup ortamında güç, aidiyet ve güven kazandığını göstermektedir. Tek başına yapamayacağını düşündüğü işleri akranlarıyla birlikte karar vererek ortaklaşa yapmaya çalışır. Prestij edinme ve serbestçe hareket ve benzeri davranışlar gruplarda kazanılır. Bu nedenle akran grubunun etkisi ebeveynlerin öğrettikleriyle veya yasaklamalarıyla çelişir. Dolayısı ile akran dünyası çoğu ergen için tutum ve davranışlarının onaylanmasının ve reddedilmesinin kaynağı

olur (82). Ergenlik döneminde, tavsiyede bulunma, birlikte olma, davranış modeli oluşturma, destek ve geri bildirim sunma, kişisel özellik ve beceri konularında bilgi kaynağı olma bakımından akranlara büyük önem verilir. Öte yandan ergenlerin ebeveynleri ile olan ilişkileri eğitim ve meslek gibi gelecek merkezli alanlarda ve geçiş dönemlerinde önemini korurken, arkadaş ve akranlar gündelik olaylarda, modada, serbest zaman etkinliklerinde daha etkili görünmektedir (83).

Arkadaşlarca aranmak, beğenilmek, benimsenmek benlik saygısı açısından önemlidir. (84). Ergenlik döneminde genç, arkadaşlık kurarak topluma uyum sağlama ve sosyalleşme çabası içine giren genç için arkadaşlık ilişkilerindeki devamlılık ve başarı ruh sağlığının bir ölçüsü sayılabileceğinden dolayı arkadaşlık ilişkilerinin incelenmesi önem kazanmıştır (84).

## 2.5. Ergenlik ve Öfke

Genel tanımı ile öfke; bireyin planları, istek ve gereksinimleri engellendiğinde ya da haksızlık, adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşadığı temel duygulardan biridir (85).

Öfke; hafif bir rahatsızlıktan, şiddetli kızgınlık ve hiddete kadar değişebilir. Ancak uygun ifade edildiğinde, son derece sağlıklı ve doğal bir duygudur. Öfke kontrolden çıkıp da yıkıcı hale dönüştüğünde okul-iş hayatında, kişisel ilişkilerde ve genel yaşam kalitesinde sorunlara yol açar. Pek çok kişisel ve sosyal problemlerin temelinde öfke vardır (85-87).

Günlük hayatımızda önemli bir yere sahip olan öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir. Hafif bir tepkiden hiddete varan farklı yoğunluklarda yaşanabilen öfke bazen kısa süreli, orta şiddette ve yararlı, bazen de sürekli, şiddetli ve yıkıcı olabilmektedir (88). Öfke duygusu, benliğin korunması için temel teşkil eder. Bir anlamda kişinin olumlu bir yaşantı sürdürebilmesi için öfke duygusunu tanıması gerekir. Ancak insanlarla sağlıklı bir iletişim için, öfke duygusunu denetlemeyi de becerebilmelidir (89).

Öfke, çoğunlukla saldırganlık ve düşmanlığın bir şekli olarak bilinmesine karşın, öfkenin her zaman saldırganlık ve düşmanlığa yol açmadığı ileri

sürülmektedir. Bununla birlikte öfkenin olumsuz olarak değerlendirilmesi, genellikle ifade etme tarzından kaynaklanmaktadır. Çünkü birçok kişi öfke ifadesi nedeniyle çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Öfke, açık, olduğu gibi gösterildiğinde insanlar tarafından olumsuz değerlendirilebilir ve bu da kişide olumsuz benlik kavramına, düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi iletişim çatışmalarına, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş/okul yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara neden olabilir (88).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda ergenlik döneminde sağlıklı ifade edilmeyen öfke ve problem çözme becerileri ile birçok fiziksel ve psikolojik sorunlar arasında ilişki olduğu saptandığından önemlidir (90, 91).

## **2.6. Ergenlik ve Benlik Saygısı**

En geniş anlamıyla benlik saygısı, kişinin kendi gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Benlik saygısı, karmaşık olarak kendini yargılama ve değerlendirme sonucu ortaya çıkan bir histir. Kişinin kendini değerlendirmesiyle vardığı kendiliğini kabullenmesi sonucunda ortaya çıkan beğenmedir (92-94). Bireyin olmak istediği hali ile mevcut durumunun farkı, benlik saygısının düzeyini gösterir. Bireyin kendini değerlendirmesinde bu farkla karşılaşması kaçınılmaz olduğu için bu durum normal karşılanmalıdır. Burada olması gereken bireyin gerçekliği ile ideal benliği arasındaki farkın fazla olmamasıdır. Bireyin ulaşmak istediği benlik ile sahip olduğu benlik arasında fark fazla ise birey benlik imgesinden hoşnut olmayacağı ve bu durumun onun benlik saygısını düşürerek iç gerilmeye ve çatışmaya neden olacağı söylenebilir. Benlik saygısı kavramı, bireyin gelişimiyle birlikte bedensel özelliklerindeki değişimleri kabul etmesi, yaşlılarıyla derin ilişkiler kurabilmesi ve bir mesleğe ve aile yaşantısına hazırlanmasını sağlayan bir kavramdır. Benlik saygısı ben kimim sorusunun sorulduğu ergenlik döneminde anlam kazanan ve bireyin bu dönemde kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benliğini beğeni durumudur (95). Bu nedenle benlik saygısının bireyin kendine verdiği değeri ve duyduğu saygıyı ifade ettiği söylenebilir.

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilme, başarma, başarıları ile öğünme, toplum içinde beğenilir olma, kabul

görme, sevilen olma ve kendi bedensel özelliklerini kabul etme ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (92-94, 96).

Benlik saygısı kişinin okul ve işteki başarı ve becerisini, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirliğini etkilemektedir. Benlik saygısını yüksek seviyede ve tutarlı olarak sürdüren sağlıklı kişiler, canlılık ve enerjilikle özdeşirler. Bu kişiler kendilerine güvenen kişiliktedirler. Zayıf yapılanmış benlik saygısına sahip kişiler ise canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış kişiliktedirler (92, 94, 96)

Benlik saygısının gelişmesinde üç ana kaynak bulunmaktadır (92);

1. Başkalarının saygısı
2. Yeterlik
3. Kişinin bu iki kaynağı kendisi için değerlendirmesi (kendilik) (96).

Başkalarının saygısı, olumlu duygusal etkileşimi, kişide kendini sevmeyi geliştirir. Bu sayede duygusal kendilik ve egemenlik oluşur. Neyin değerli ve sevebilir olduğu fikrini ortaya koyarak bilişsel kendilik ve egemenliği sağlar. Başkalarının fikir ve yaklaşımları, duyguları kendiliğin iç ruhsal yapısının parçası haline gelir (92, 93, 96, 97). Olumlu benlik saygısı duygusal canlılığı, dinçliği, kendi olmanın ve bir şeyi kendisinin yapmasının hazzını temsil eder (92, 98).

Ergenlik döneminde başkalarının kişinin benlik saygısı üzerindeki fikirlerinin önemi değişikliğe uğrar. Kavramanın gelişmesi, ergenin bilgi kaynağını değiştirir. Kendi hakkındaki gerçeklerin dışardan geleceği inancı yerine, kendinden geleceği inancına kayar (99). Ergenin kendi *ben*'i (ego) ile özdeşmesi (egoidentity) için benlik saygısının daha önceki dönemlerde gelişmesi gerekir. Gerçeklere dayalı mükemmel *ben*'in gelişmesi, kimlik duygusunun gelişmesini sağlayan benlik saygısının yeteneklere ve toplumsal ilişkilere bağlı olarak ortaya çıkmasına dayalıdır (100). Kendi vücuduyla ilgili ego biçimlendirici karşılaştırmalar, gerçekte çok değişik gereksinimlerle ilişkili olarak meydana gelir (101). Genç ergenlik dönemindeki birey, geç ergenlik dönemindeki bir bireye nazaran daha zayıf kendilik imgesine sahiptir. Bu da kendilik bilinçliği ile uğraşmaya, kendilik eleştirisi ise benlik

saygısının azalmasına sebep olur (102). Ancak kişinin belli bir özelliğine bakarak kendini eksik değerlendirmesinin bilinmesi, kişinin kendi hakkındaki gerçek değerlendirmelerini anlamada yetersizdir. Bu yüzden, eksik değerlendirilen özelliğe verilen önem de bilinmelidir (99). Geç ergenlik benlik saygısının pekiştiği dönemdir. Kendi beni ile özdeşme duygusu (sens of self identity), anlamlı özdeşimler, bireyin temel ruhsal ihtiyaçlarının doğuştan gelen kabiliyetleri ve yaşantılarla başarılı olarak süregeldiğinde, her dönemde benlik saygısı artarak devam eder (103).

Özellikle ergenliğe geçiş yıllarında benlikle ilgili tanımlamaların yoğun biçimde fiziksel görünümle ilgili olduğu görülmektedir. Ergenliğin ilk yıllarındaki tanımlamalarda görünüşün ve fiziksel özelliklerin kullanılması büyük ölçüde döneme özgü olarak dikkatin bedene yönelmiş olmasına bağlanmaktadır (104).

Ergenlik dönemindeki en önemli değişim beden imajındaki değişim olarak kabul görür. Beden yapısı, beden deneyimleri ve duyumlarındaki değişiklikler o güne kadar algılanan beden imajını bozar. Beden imajı çekicilik, denge, güven ve cinsiyet rolü ile ilişkilidir. Aynı zamanda görünüm akran grubu tarafından fiziksel güç, fiziksel cinsel olgunluk ve çekicilik açısından değerlendirme aracıdır. Ergen dış görüntü ile içsel benlik imajı karmaşası yaşar. En çok değişimin olduğu orta ergenlik döneminde düşük benlik algılarına ve depresif duygulara rastlanır (104).

Ergenlik döneminde meydana gelen önemli değişikliklerle birlikte, ergenin başarması gereken bir gelişim görevi de, kendi bedenini kabul etmesidir. Kendi bedenini kabullenmede ergenin olumlu bir beden imajına sahip olması beklenir. Beden imajı, bireyin kendi bedeni hakkında sahip olduğu duygular olarak tanımlanmaktadır. Bireyin fiziksel görünümüne ilişkin tanımlama ve değerlendirme biçimi, diğer özelliklerinden daha önce oluşmaktadır. Kendi bedenini kabulü sağlamanın amacı, beden biçimi ne olursa olsun bireyin kendi bedenine karşı gerçekçi bir bakış açısı geliştirmesini ve bununla mutlu olmasını sağlamaktır. Bu gelişim görevi ile ilgili en yoğun sorunlar ergenlik döneminde yaşanmaktadır. Çünkü ergenlik yoğun bedensel değişikliklerin anlaşılmaya çalışıldığı ve buna bağlı olarak bedenin nasıl görüldüğü ile yoğun olarak ilgilenildiği bir dönemdir.

Bu dönemde ergen, içinde yaşadığı kültürün ideal vücut olarak sunduğu modelin etkisi altında kalarak beden imajını oluşturma sürecini yaşar. Ergen için ideal beden görünümü, özellikle arkadaş gurubu, aile ve toplum tarafından belirlenir. Ergenlerin akranlarından aldığı mesajlar beden imajını değerlendirmede oldukça önemli bir yere sahiptir. Ancak bunun dışında aileden ve medyadan alınan mesajlar da önemlidir.

Medya zamanla yaşantımızda büyük oranda yer almakta ve bize beden imajının nasıl olması gerektiğine dair birçok mesaj göndermektedir. Bu mesajlar kendi beden imajını oluşturma ile ilgili arayış içindeki ergenler için başarılması gereken bir görevmiş gibi içselleştirilmektedir. Ergenlere kendilerine ilişkin neyi sevip sevmedikleri sorulduğunda, ilk yıllarda fiziksel özelliklerinden, ancak ergenliğin sonuna doğru entelektüel ve sosyal özelliklerinden söz ettikleri dikkati çekmektedir. Beden imajı, tüm yaşam boyunca, benlik değeri ve ruhsal sağlığın önemli bir yönünü oluşturur (21). Beden imajının kendini kabul, sosyal kendine güven, karşı cins için popülerlik ve atletik yetenekler üzerine önemli etkileri vardır(105).

Medyada mesajların özellikle kız ergenlere dönük olduğu gözlenmektedir. Bu modelleri gören ve kendisiyle kıyaslamaya giden kız ergenlerin bedenlerine odaklanmış bir anksiyete yaşadıkları görülmektedir. Özellikle ergenlik gibi bedene odaklanılan ve bedende büyümeye ilişkin orantısızlıkların yaşandığı bir dönemde bu kıyaslamalar kız ergenler üzerinde olumsuz duygular oluşturabilmektedir. Medyadaki bu ideal görüntü imgelerini izleyen kız ergenlerin düşük beden memnuniyeti ve depresyon belirtileri sergiledikleri görülebilmektedir (106). Dolayısıyla ergenlik döneminde kız ergenler için uygun ve gerçekçi rol modellerine yönelmek özellikle önemli olmaktadır. Araştırmalar beden hoşnutsuzluğunun benlik saygısını etkilediğini göstermektedir.

Bu dönemde akne vulgaris kişilerin kaygılarının odak noktası haline gelebilmektedir. Gençlerin kozmetik bir sorun oluşturan akne karşısında sıkıntı, endişe, gibi duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirmesi beklenmektedir. Fiziksel görünümle ilgili kaygıların üst düzeyde olduğu ergenlik döneminde fiziksel

görünümde bozulmaya sebep olan akne vulgarisin ergen bireylerde yaşam kalitesi, öfke düzeyleri, ruh sağlığının bir göstergesi olan arkadaşlık ilişkileri, kendini değerli hissetme olan benlik saygısında ne gibi değişikliklere sebebiyet vereceğini ortaya koyup akneli bireylerin sosyal hayatta karşı karşıya olduğu sorunları ortaya koymayı amaçladık (70).



### 3. YÖNTEM ve GEREÇLER

#### 3.1. Çalışma Örneklemi

Çalışmamız Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Etik Kurul'unun 19.01.2012 tarih 2 nolu kararı ile başlatıldı. Bu çalışmaya Ocak 2012 - Ocak 2013 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğinde yapılan değerlendirmede akne vulgaris tanısı alan hastalar dahil edildi. Çalışmaya akne vulgaris tanılı 14-20 yaş arası 81 hasta ile yaş ve cinsiyet olarak benzer özellikler taşıyan 70 sağlıklı kontroller alındı. Hastalara ve kontrol grubuna çalışmanın amacı anlatılarak bilgilendirilmiş olur formu alındı. Uygulamaya başlanmadan önce hastalara soruları çekinmeden ve içtenlikle cevaplamalarını sağlamak amacıyla araştırma hakkında bilgi verildi. Hastalara uygulanacak ölçeklerde ve formda kimlik bilgileri ile ilgili herhangi bir bilgi yoktu ve bu durum hastalara açıklandı. Bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara form ve ölçekler uygulandı.

Çalışmaya dahil edilme kriteri çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktı. Dışlanma kriterleri ise ölçekleri dolduramayacak düzeyde kognitif fonksiyon bozukluğuna sahip olmak, soruların samimiyetle cevaplamayalar ve öngörüşme sırasında çalışmaya katılmayı reddedenler olarak belirlendi.

#### 3.2. Gereçler

Çalışmaya alınan kişilere sırasıyla;

1. Kişilerin sosyodemografik özellikleri
2. Hastalığın global akne derecelendirme sistemi (GAGS) ile dermatoloji hekimi tarafından değerlendirmesi
3. Akne Yaşam Kalitesi Ölçeği:
4. Piers-Harris Özkavram Ölçeği (PHÇÖKÖ)
5. Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)
6. Arkadaş Bağlılık Ölçeği (ABÖ) doldurtulmuştur.

### 3.2.1. Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyini içeren bulgulardan oluşmaktadır.

### 3.2.2. Global Acne Grading System (GAGS)

Aknenin şiddetini aknenin vücuttaki dağılımı ve lezyonun tipine göre puanlayan bir ölçme sistemidir. Bu yöntemde göre yüz ile göğüs ve sırtın birlikte değerlendirildiği toplam 6 bölgenin her birinden saptanan en şiddetli lezyona ait skorun (lezyon yok:0, komedon:1, papül:2, püstül:3, nodül:4) her bölge için belirlenen sabit bir faktörle çarpılması sonucunda oluşmaktadır (107).

### 3.2.3. Akne Yaşam Kalitesi Ölçeği

Gupta ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Demirçay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Dokuz soruluk bir ölçek olup her bir soruda 4 parametre vardır. Toplam skor en fazla 36, en az 9 idir. Yüksek puan düşük yaşam kalitesini göstermektedir (108).

### 3.2.4. Arkadaş Bağlılığı Ölçeği (ABÖ)

Arkadaş bağlılığı ölçeği, Armsden ve Greenberg (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek ergenlerin arkadaşlarıyla arasındaki bilişsel-duygusal bağlılığın boyutlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Hortaçsu ve Oral (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek 12 yaş ve üzerinde uygulanabilir.

Arkadaş bağlılığı ölçeği, 25 maddeden oluşmakta ve 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayanlardan arkadaşlık ilişkileriyle ilgili her bir ifadenin kendileri için ne kadar doğru olduğunu belirtmeleri istenmektedir. Puanlamada; 4, 5, 9, 10, 11, 18, 22, ve 23. maddeler tersine döndürülmüş ifadeler olduğundan bu maddelerin puanları tersine dönüştürülerek toplam puana katılmaktadır. Toplam puan ranjı 25-125 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, arkadaşlara olan güçlü bağlılığa işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formunda; saygı, anlama ve güven alt boyutları bulunmaktadır. Ancak ölçeğin Türkçeye uyarlanmasının yapıldığı çalışmada faktör analizi değerleri orijinal formun sonuçlarıyla uyumlu bulunmadığından sadece toplam puanlar kullanılmaktadır (109).

### 3.2.5. Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

1983 yılında Spielberg, Jacobs, Russel ve Crane tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Özer tarafından yapılmış ve 14 yaş ve üzerinde uygulanabilirliği gösterilmiştir.

Sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği 34 maddeden oluşmakta ve sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzı (24 madde) alt ölçeklerini içermektedir.

Öfke ifade tarzı alt ölçeğinin ayrıca: kontrol altına alınmış öfke (8 madde), dışa yöneltilen öfke (8 madde) ve içe yöneltilen öfke (8 madde) şeklinde 3 ayrı alt ölçeği vardır.

Sürekli öfke ve öfke tarzı anketi başlığı altında sorulan sorular kendi içinde gruplandırılarak ilk 10 soru; sürekli öfke

11,14,18,21,25,28,20,34 numaralı maddeler; kontrol altına alınmış öfke

12,17,19,22,24,29,32,33 numaralı maddeler; dışa yöneltilen öfke

13,15,16,20,23,26,27,31 numaralı maddeler; içe yöneltilen öfke'yi tanımlamaktadır.

Sürekli öfke ve öfke tarzı ölçeği öfke sürekliliği ve tarzı ile ilgili sorulan 34 soruya verilen “hiçbir zaman, nadiren, sıklıkla, her zaman” şıklarına verilen 1 ve 4 arasında değişen likert tipi bir puanlamaya sahiptir (110).

### 3.2.6. Piers-Harris Öz Kavramı Ölçeği (P-H ÖKÖ)

9-20 yaş grubundaki öğrencilerin benlik anlayışını belirlemek amacıyla geliştirilmiş 80 tanımlayıcı ifadeden oluşmaktadır. Bu ifadelere “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıt verilmesi beklenmektedir. Ölçek altı adet alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler; 1. Mutluluk-Doyum, 2. Kaygı, 3. Popülarite, Sosyal Beğeni ve Gözde Olma, 4. Davranış ve Uyuma - Konformite, 5. Fiziksel Görünüm, 6. Zihinsel ve Okul Durumu'dur

Zihinsel ve Okul Durumu Alt Ölçeği'nde yer alan maddeler akademik benlik kavramı ile ilişkilidir. Ölçeğin cevap anahtarına göre, yüksek puan olumlu, düşük puan ise olumsuz öz kavramının varlığına işaret eder. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik

çalışması Öner tarafından ilkokuldan üniversite öğrencilerine kadar geniş bir yaş dilimine yapılmıştır (111).

### **3.3. İstatiksel Method**

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel incelenmesinde, SPSS for Windows 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan testlerden alınan puanların ortalaması alındığında parametrik testlerin ön şartlarından olan varyans homojenliği ve normal dağılıma uyum ön şartları kontrol edilmiştir. Varyansların homojenliği Levene testi ile normal dağılıma uyum ise Anderson-Darling testi ile kontrol edilmiştir. Bunun sonucunda elde edilen bu ortalama değerlerin parametrik testlerin ön şartlarını sağlamadığı için olguların karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Özellikler arasındaki doğrusal ilişkinin varlığının irdelenmesinde Spearman rank korelasyon testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya 81 akne vulgarisli ve 70 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 151 ergen birey dahil edildi. Çalışmaya katılanların 115'si (%76) kız, 36'si (%24) erkekti. Akneli grubun %73'ü kız, %27'si erkek ergenlerden, kontrol grubunun ise %80'ini kız ve %20'si erkek ergenlerden oluşmuştu. Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

### 4.2. Akne Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Akne yaşam kalitesi başlığı altında sorulan sorulara verilen puanların rank ortalaması  $14,96 \pm 5,755$  olarak bulunmuştur.

#### 4.2.1. Akne şiddetinin Akne Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi

Akne yaşam kalitesi başlığı altındaki sorulara verilen puanların ortalaması bakımından elde edilen verilere uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda akne şiddeti hafif olanlar ile akne şiddeti orta-şiddetli olanlar arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildi ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 1.** Akne şiddetinin akne yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlarla ilişkisi

Akne Şiddeti	Olgu sayısı	Alt Değer	Standart Deviasyon	Üst değer	P değeri
Hafif	53	0,544443	0,673288	0,8754	*0,799
Orta-şiddetli	28	0,438104	0,584946	0,8643	

\*Mann-Whitney U testi

Akne yaşam kalitesi başlığı altındaki sorulara verilen “hiçbir zaman”, “biraz”, “bazen”, “çok fazla” cevapları ile akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşu arasında ki-kare testi uygulanarak bu iki olgunun bağımsızlığı incelendi;

“Sivilce nedeniyle başkalarının yanında kendini huzursuz hissetme” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız olarak bulundu ( $p > 0,05$ ).

“Sivilce nedeniyle başkalarıyla sosyalleşmede azalma” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilce nedeniyle eş/erkek veya kız arkadaşla ilişkide zorluk yaşama” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilce nedeniyle yakın arkadaşlarla olan ilişkide zorluk yaşama” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilce nedeniyle yakın aile çevresiyle olan ilişkide zorluk yaşama” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilcenin dış görünüşe etkisi nedeniyle kendini dışlanmış hissetme” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilce nedeniyle insanların dış görünüşle alay etme” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilcenin dış görünüşe etkisi nedeniyle romantik bir ilişkide reddedilmiş hissetme” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsız bulundu ( $p>0,05$ ).

“Sivilcenin dış görünüşe etkisi nedeniyle arkadaşları tarafından reddedilmiş hissetme” durumu akne şiddetinin hafif veya orta-şiddetli oluşundan bağımsızdır ( $p>0,05$ ).

#### **4.2.2. Cinsiyetin Akne Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi**

Akne yaşam kalitesi başlığı altındaki sorulara verilen puan ortalaması bakımından elde edilen verilere uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda kızların ve erkeklerin medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2.** Akne yaşam kalitesi ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Olgu sayısı	Median	P değeri
Kız hastalarda akne yaşam kalitesi puanları	59	1,4444	*0,1577
Erkek hastalarda akne yaşam kalitesi puanları	22	1,6667	

\*Mann-Whitney U testi

### 4.2.3. Akne Yaşam Kalitesinden Alınan Puanları Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Korelasyonu

Sürekli öfke ve akne yaşam kalitesi arasında hesaplanan korelasyon katsayısı 0,397 olarak bulunmuş olup istatistik olarak anlamlıdır ( $p < 0,01$ ). Bunun anlamı, özelliklerden birinin artarken diğerinin de artmasıdır ve bu artışın derecesi %39,7'dir.

İçe vurulan öfke ve akne yaşam kalitesi arasında hesaplanan korelasyon katsayısı 0,346 olarak bulunmuş olup istatistik olarak anlamlıdır ( $p < 0,01$ ). Bunun anlamı özelliklerden biri artarken diğerinin de artmasıdır ve bu artışın derecesi %34,6'dır.

Dışa vurulan öfke ve akne yaşam kalitesi arasında hesaplanan korelasyon katsayısı 0,120 olarak bulunmuş olup istatistik olarak anlam değildir ( $p > 0,05$ ).

Kontrol altına alınmış öfke ve akne yaşam kalitesi arasında hesaplanan korelasyon katsayısı -0,243 olarak bulunmuş olup istatistik olarak anlam değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 3.** Akne yaşam kalitesi ve sürekli öfke ve öfke tarz ölçeğinden alınan puanların korelasyonu

		Sürekli öfke	İçe vurulan öfke	Dışa vurulan öfke	Kontrol altına alınmış öfke
Yaşam kalitesi ortalama puan	Pearson korelasyon katsayısı	0,397	0,346	0,120	-0,243
	p değeri	*0,000	*0,001	*0,283	*0,499

\*Spearman rank korelasyon analizi

#### 4.2.4. Akne Yaşam Kalitesinden Alınan Puanların Arkadaş Bağlılığı Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Korelasyonu

Arkadaş bağlılığı ve akne yaşam kalitesi arasında hesaplanan korelasyon katsayısı -0,243 olarak bulunmuş olup istatistik olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Bunun anlamı, özelliklerden biri artarken diğeri de azalmakta ve bu azalışın derecesi % 24,3 dır.

**Tablo 4.** Akne yaşam kalitesi ile arkadaş bağlılığı ölçeklerinden alınan puanların korelasyonu

		Arkadaş bağlılığı
Yaşam kalitesi ortalama puan	Pearson korelasyon katsayısı	- 0,243
	P değeri	*0.029

\*Spearman rank korelasyon analizi

#### 4.2.5. Akne Yaşam Kalitesinden Alınan Puanların Piers-Harris Özkavram Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Korelasyonu

Piers- harris toplam puan ve zihinsel ve okul durumu, fiziksel görünüm, davranış uyma konformite, popülarite ve sosyal beğeni, kaygı, mutluluk doyum alt ölçeklerinden elde edilen puanlara ve akne yaşam kalitesi arasında hesaplanan korelasyon katsayısı 0,120 olarak bulunmuş olup istatistik olarak anlam değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 5.** Piers- harris ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların akne yaşam kalitesi ile korelasyonu

		Piers-harris toplam puan	Zihinsel ve okul durumu	Fiziksel görünüm	Davranış uyma-konformite	Popülarite sosyal beğeni	kaygı	Mutluluk doyum
Yaşam kalitesi ortalama puan	Pearson korelasyon katsayısı	0,073	0,060	0,076	0,039	-0,030	0,192	0,093
	p değeri	*0,512	*0,594	*0,497	*0,728	*0,790	*0,084	*0,405

\* Spearman rank korelasyon analizi



### 4.3. Arkadaş Bağlılığı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Çalışmamızda arkadaş bağlılığı başlığı altında elde edilen rank ortalamalara uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda akneli ve sağlıklı kontrol grubu ortalamaları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.** Arkadaş bağlılığı ölçeği'nden elde edilen puanlar açısından olgu ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Grup	Olgu sayısı	Median	Ortalama	Standart deviasyon	p değeri
Arkadaş bağlılığı anketi ortalamaları	Kontrol grubu	70	3,9400	3,8215	0,6935	*0,0953
	Olgu grubu	81	3,5600	3,6654	0,6060	

\*Mann-Whitney U testi

#### 4.3.1. Akne Şiddetinin Arkadaş Bağlılığı Ölçeği'nden Alınan Puanlarla İlişkisi

Akneli grupta arkadaş bağlılığı başlığı altında yer alan sorulara verilen puan rank ortalaması bakımından elde edilen verilere uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda akne şiddetlerinin medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7.** Akne şiddetinin arkadaş bağlılığı ölçeğinden alınan puanlarla ilişkisi

	Olgu sayısı	Median	p değeri
Hafif derecede aknesi olan grup	53	3,6000	*0,4534
Orta-ağır derecede aknesi olan grup	28	3,4692	

\*Mann-Whitney U testi

#### 4.3.2. Yaş Grubunun Arkadaş Bağlılığı Ölçeği'nden Alınan Puanlarla İlişkisi

Akneli grupta arkadaş bağlılığı başlığı altındaki sorulara verilen puan rank ortalaması bakımından elde edilen verilere uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (17-20 yaş) gruplarının verdiği cevapların ortalamaları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8.** Yaş grubunun arkadaş bağlılığı ölçeğinden alınan puanlarla ilişkisi

	Yaş grup	Olgu sayısı	Ortalama	Standart deviasyon	p değeri
Arkadaş Bağlılığı anketi ortalamaları	Orta ergenlik	21	3,688	0,577	*0,8758
	Geç ergenlik	60	3,6576	0,6202	

\*Mann-Whitney U testi

#### 4.4. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular

Çalışmamızda sürekli öfke alt başlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda kontrol ve akneli olgu grubu medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Çalışmamızda kontrol altına alınmış öfke alt başlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda kontrol ve akneli olgu grubu medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Çalışmamızda içe yöneltilen öfke alt başlığından alınan puan ortalamalarına rank uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda kontrol ve akneli olgu grubu medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Çalışmamızda dışa yöneltilen öfke alt başlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda kontrol ve akneli olgu grubu medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9.** Sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği'nden elde edilen puanlar açısından olgu ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Grup	Olgu sayısı	Ortalama	Median	Standart deviasyon	p değeri
Sürekli öfke	kontrol grubu	70	2,2329	2,2000	0,7170	*0,9132
	olgu grubu	81	2,2073	2,2000	0,5841	
Kontrol altına alınmış öfke	kontrol grubu	70	2,7099	2,6875	0,6581	*0,2495
	olgu grubu	81	2,6098	2,6250	0,5484	
Dışa vurulan öfke	kontrol grubu	70	2,1054	2,0000	0,6137	*0,1039
	olgu grubu	81	1,9329	1,8750	0,4603	
İçe vurulan öfke	kontrol grubu	70	2,1357	2,1250	0,6119	*0,097
	olgu grubu	81	1,8874	1,8750	0,5115	

\*Mann-Whitney U testi

#### 4.4.1. Akne Şiddetinin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi

Akneli grupta sürekli öfke alt başlığından alınan puanların rank ortalamalarına yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda akne şiddetlerinin medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10.** Akne şiddetinin sürekli öfke altölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi

	N	Median	p değeri
Hafif düzeyde akne	53	2,2000	*0,6038
Orta-ağır düzeyde akne	28	2,1000	

\*Mann-Whitney U testi

Akneli grupta kontrol altına alınmış öfke altbaşlığında alınan puanların rank ortalamalarına yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda akne şiddetlerinin medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11.** Akne şiddetinin kontrol altına alınmış öfke alt ölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi

	N	Median	p değeri
Hafif düzey akne	53	2,6250	*0,2180
Orta-ağır düzey akne	28	2,3750	

\*Mann-Whitney U testi

Akneli grupta dışa yöneltilen öfke alt başlığında alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda akne şiddetlerinin medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12.** Akne şiddetinin dışa yöneltilen öfke altölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi

	N	Median	p değeri
Hafif düzey akne	53	1,8750	*0,8084
Orta-ağır düzey akne	28	1,8750	

\*Mann-Whitney U testi

Akneli grupta içe yöneltilen öfke altbaşlığında alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda akne şiddetlerinin medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13.** Akne şiddetinin içe yöneltilen öfke altölçeğinden alınan puanlar ile ilişkisi

	Olgu sayıları	Median	p değeri
Hafif düzeyde akne	53	1,8750	*0,5034
Orta-ağır düzeyde akne	28	1,7500	

\*Mann-Whitney U testi

#### **4.4.2. Yaş Gruplarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Ölçeğinden Alınan Puanlar ile İlişkisi**

Akneli grupta sürekli öfke altbaşlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (18-20 yaş) gruplarının verdiği cevapların medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Akneli grupta kontrol altına alınmış öfke altbaşlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (18-20 yaş) gruplarının verdiği cevapların medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Akneli grupta içe yöneltilen öfke altbaşlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (18-20 yaş) gruplarının verdiği cevapların medianları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Akneli grupta dışa yöneltilen öfke altbaşlığından alınan puan rank ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda orta ergenlik (14-17 yaş) ve geç ergenlik (18-20 yaş) gruplarının verdiği cevapların median arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14.** Yaş grubunun sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği'nden elde edilen puanlarla ilişkisi

	Yaş Grup	Olgu sayısı	Median	Ortalama	Standart deviasyon	p değeri
Sürekli öfke	Orta Ergenlik	21	2,150	2,218	0,631	*0,9916
	Geç Ergenlik	60	2,200	2,2033	0,5716	
Kontrol altına alınmış öfke	Orta Ergenlik	21	2,688	2,642	0,549	*0,5369
	Geç Ergenlik	60	2,500	2,5979	0,5524	
Dışa vurulan öfke	Orta Ergenlik	21	1,813	1,949	0,478	*0,9374
	Geç Ergenlik	60	1,875	1,9271	0,4576	
İçe vurulan öfke	Orta Ergenlik	21	1,750	1,7841	0,4367	*0,2518
	Geç Ergenlik	60	1,875	1,9253	0,5346	

\*Mann-Whitney U testi

#### 4.5. Piers Harris Çocuk Özkavram Ölçeği (PHÇÖKÖ)'nden Elde Edilen Bulgular

Piers-Harris kendim hakkındaki düşüncelerim anketindeki sorulara verilen cevapların puan rank ortalaması alınarak yine Mann-Whitney U testi kullanılarak akne şiddetlerinin medianları arasındaki fark incelendi.

Çalışmada PHÇÖKÖ toplam ve alt ölçeklerden alınan puanların ortalama ve standart sapmaları tablo 3'de gösterildi.

Benlik saygısı toplam puanı, zihinsel ve okul durumu, davranış-uyma-konformite, popularite ve sosyal beğeni, kaygı, mutluluk doyum alt ölçeklerinden elde edilen puanlara uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda olgu ve kontrol gruplarının rank ortalaması arasındaki fark istatistik olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ).

Fiziksel görünüm alt öçeğinden elde edilen puan ortalamalarına uygulanan Mann-Whitney U testi sonucunda grupların rank ortalaması arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 15.** Kontrol ve olgu grup PHÇÖKÖ ve alt ölçekleri

	Grup	Olgu Sayısı	Ortalama	Standart deviasyon	Rank ortalaması	p değeri
PIERS-HARRIS Toplam	Kontrol grubu	70	57,26	12,45	77,69	*0,759
	Olgu grubu	81	56,50	10,88	75,49	
Zihinsel ve okul durumu	Kontrol grubu	70	4,671	1,604	81,06	*0,228
	Olgu grubu	81	4,341	1,541	72,6	
Fiziksel görünüm	Kontrol grubu	70	6,943	2,472	87,91	*0,003
	Olgu grubu	81	5,854	2,178	66,76	
Davranış uyma konformite	Kontrol grubu	70	10,614	3,177	69,3	*0,061
	Olgu grubu	81	11,500	2,768	82,65	
Popülerite ve sosyal beğeni	Kontrol grubu	70	8,857	2,195	72,95	*0,346
	Olgu grubu	81	9,305	1,890	79,53	
Kaygı	Kontrol grubu	70	7,443	2,754	80,67	*0,277
	Olgu grubu	81	6,817	2,953	72,94	
Mutluluk doyum	Kontrol grubu	70	9,200	3,053	78,42	*0,617
	Olgu grubu	81	8,915	3,159	74,86	

\*Mann-Whitney U testi

## 5. TARTIŞMA

Akne vulgaris, pilosebase ünitenin, multifaktöriyel, inflamatuvar bir hastalıdır (3). Genellikle pubertenin bir göstergesi olarak ergenlik döneminde başlar ve hastaların çoğunda 25 yaşından önce kendiliğinden sonlanır. Sık rastlanması ve özellikle adölesan dönemde her iki cinsi de tutması sebebi ile daha çok kozmetik şikayetlere sebep olduğu düşünülmesine rağmen kişilerde psikolojik ve sosyal açıdan ciddi kısıtlamalar oluşturabilmektedir (56).

Prevalans çalışmalarında bildirilen sonuçların çeşitliliğine rağmen kadın cinsiyette daha sık görüldüğüne dair yayımlar çoğunluktadır (56, 112). Güldü ve Akyol'un 2002 yılında yaptığı ve ülkemizde en yüksek örneklem sayılı prevalans çalışmalardan birinde kız ergenlerde bu oran % 20,2 olarak bildirilmişken, erkek ergenlerde bu oran % 13,4 olarak bulunmuştur (56). Örneklemin hastane dermatoloji kliniğine başvuran hastalardan seçildiği çalışmalarda da kadın cinsiyetin çoğunlukta olduğu göze çarpmaktadır (74). Mosam ve ark. akneli hastaların yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında katılımcıların %77,6'sını kadınların oluşturduğunu bildirmişlerdir (113). Benzer olarak Rapp ve Brenes'in çalışmalarında katılımcıların %64'ünü kadınlar oluşturmuştur (5). Çalışmamızda akne grubunun %27'si erkek, %73'ü kız ergenlerden oluşmaktadır. Bu sonuç kız ergenlerde akne şikayetinin daha görülmesi ile birlikte, kadınlar için beden imajı ve dış görünüşün daha önemli oluşu veya yardım arayışında daha fazla bulunmaları ile açıklanabilir.

Akne vulgaris şiddeti; yaş, cinsiyet, çevresel etkenler ve sosyo-ekonomik durum gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Çalışmamızda akne şiddetini belirlemek için kullanılan GAGS, akne şiddetini lezyon tipi ve dağılımına göre puanlayan bir skaladır (107). Toplumda en sık hafif düzeyde akne görülmektedir (56, 114). Denizli ilinde lise öğrencileri arasından seçilen ergenler üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların yaklaşık %90'ının düşük şiddette akne skoruna sahip olduğu belirtilmiştir (114). Sivas ilinde 1892 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada hafif şiddetli akneli öğrencilerin oranı % 85, orta-şiddetli akneli olan öğrencilerin oranı %15 olarak bildirilmiştir (56)(115). Çalışmamızda ülkemiz verileri ile uyumlu olarak literatür ile uyumlu olarak hafif şiddette akneye sahip olanlar %65, orta düzeyde



akneli hastalar %32, şiddetli düzeyde akneye sahip olanlar %3 oranında saptanmıştır. Çalışmamız toplumumuzdaki akne vulgarisli hasta grubunu iyi şekilde temsil etmektedir.

Akne ve psikiyatrik morbidite ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu şiddetli aknesi olan hastalar ile yapılmıştır. Üzerinde çok çalışma yapılan bu grup akne vulgarisli toplum örneklemini yansıtmamakta ve psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu grup olarak belirtilmektedir (73, 116). Oysa klinik popülasyondaki akne hastalarının çoğunu hafif şiddetteki vakalar oluşturmaktadır. Bizim çalışmamıza dahil edilen hastaların %65'i toplum örnekleminde olduğu gibi hafif şiddetteki akne hastalarından oluşurken sadece %3'ü şiddetli akne hastalarından oluşmuştu. Çalışmamız örneklemini akne vulgarisli ergenleri iyi bir biçimde temsil etmektedir.

İnsanlar birbirleriyle sözel ve fiziksel iletişime ihtiyaç duyarlar ve bu fonksiyonları bozan faktörler anlamlı psikolojik bozukluklara neden olmaktadır. Akne vulgaris başta olmak üzere görünümü etkileyen deri hastalıklarının insanlarda yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri vardır (6). Yaşam kalitesi, kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır (76). Bireyin yaşam kalitesini psikolojik testlerle ölçmek; hastaların tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirleyebilmek, tıbbi girişimlerin etkinliğini ve yan etkilerini değerlendirebilmek, sağlık politikalarına yön verebilmek ve tıbbi araştırmaların yapılabilmesi için önemlidir.

Mallon ve arkadaşları akne hastalarında Short Form-36 (SF-36) ile yaşam kalitesini değerlendirmişler ve sonuçları organik hastalığı olan bireylerle karşılaştırmışlardır. Akne hastalarında sosyal, psikolojik ve emosyonel sorunların kronik astım, epilepsi, diabet, sırt ağrısı veya artrit hastaları ile aynı düzeyde olduğu bulunmuştur. Akne hastaları kendilerini hasta olarak kabul etmemelerine rağmen sosyal alanlarda yüksek düzeyde yaşam kalitesi bozukluğu göstermektedirler (117).

Öztürkcan ve arkadaşları akneli hastalara ve sağlıklı kontrollere fiziksel ve ruhsal durumu değerlendiren bir yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36 ölçeği uygulamışlar, akne ve kontrol grubunda fiziksel fonksiyonlar dışındaki parametrelere ait değerlerin benzerlik gösterdiğini saptamışlardır. Fiziksel fonksiyon skorları kontrol grubunda daha düşük bulunmuştur. Ancak yaşam kalitesi açısından düşük ve

şiddetli akne grubu arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (118). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak akneli hastaların yaşam kalitesi Demirçay ve ark.'nın akne yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin test edildiği çalışmada yer alan sağlıklı kontrollerin yaşam kalitelerinden anlamlı derecede düşük bulundu (108).

Yaşam kalitesi subjektif bir algıdır. Yaşam kalitesi kavramının içinde sosyal yaşam, kişilerarası ilişkiler, iş ve okul hayatı gibi pek çok parametre yer almaktadır. Kişinin karakteri, sorunlarla mücadele gücü, hastalığın kişide bulunma süresi, kişinin hastalığı yorumlama şekli yaşam kalitesi üzerinde değişiklik oluşturabilmektedir(119).

İlgen ve ark.'nın akneli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında akne şiddeti ve AQOL (akne yaşam kalitesi ölçeği), DLQI (dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği) skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Skarlı veya skarsız akneli hastalar arasında da bu ölçeklerin skorları açısından farklılık gözlenmemiştir. Sözkonusu çalışmada akne şiddeti ve skar oluşumundan başka faktörlerin akneli hastalarda yaşam kalitesini etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu faktörlerin sosyal, kişisel, emosyonel ve okulla ilişkili sorunlar olabileceği belirtilmiş ve bu nedenle AQOL ve DLQI yanında psikiyatrik ölçümlerin de yapılması gerekliliği vurgulanmıştır (120).

Birçok çalışmada akne şiddetinin, yaşam kalitesindeki bozulma ile uyum içinde olmadığı gösterilmiştir (119, 121-123). Bu çalışmaların bazılarında yaşam kalitesinde bozulmanın akne süresi ile korele olduğu belirtilirken, bazılarında ise kişinin hastalığını subjektif yorumlanma biçimi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (123-125). Nitekim akne şiddetinin hastanın subjektif algısı ile belirlendiği iki çalışmada akne şiddeti ile psikiyatrik morbidite korele bulunmuştur (125, 126). Çalışmamızda da akne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Akne vulgarisin sosyal, mesleki ve özel yaşam üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada akne yaşam kalitesinin cinsiyetten bağımsız olduğu belirtilmiştir. Yine yaşam kalitesi ile akne süresi ve şiddeti arasında ilişki saptanmamış olup bu sonuç hastaların ergenlik döneminde sık görülen bir hastalık olan akne ile yaşamayı kabullendikleri, aknenin sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesi üzerinde etkili

olmadığı sonucu ile açıklanmıştır (127). Yazıcı ve ark., akne yaşam kalitesinin, cinsiyet ve akne şiddetinden bağımsız olduğunu bildirilmişlerdir (69). Çalışmamızda akne yaşam kalitesinin cinsiyetten bağımsız bulunması günümüzde her iki cinsin de sosyal hayata iştirak etmesi ile açıklanabilir.

Duygusal alanda yaşanan olaylar stres etkeni olarak deride fiziksel hastalık düzeyine kadar ulaşabilen psikofizyolojik yansımalar oluşturabilirken, deride gözlenen hastalıklar da psikopatolojiye yol açabilmektedir. Akne de bu psikodermatolojik hastalıklar grubunda yer alan hastalıklardandır. Bundan dolayı aknede yaşam kalitesinin düşük olması sonuç mu sebep mi olduğu konusunda ilgili fikir birliği yoktur. Stresin %50 oranda akneye sebebiyet veriyor olması sebebiyle aknenin sebep olacağı azalmış yaşam kalitesiyle karşılaşabileceğimiz gibi, yaşam kalitesi düşük olanlarda akne oluşabilmesi fazlasıyla muhtemeldir (67).

Pubertenin yaklaşmasıyla beraber, görünümü bozucu deri hastalıkları ergenlerde kaygı artışına neden olabilir ve ergenin karşı cinsle kolayca ilişki kurmasını engelleyebilir. Ergen içe döner ve yalnızlaşabilir ya da uyumu giderek bozulabilir. Bu kozmetik bozukluk karşısında gençler sıkıntı, endişe, içe kapanma ve depresyon gibi duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirebilirler (128). Aknelilerde arkadaş bağlılığı ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda akneli grubun kontrol grubuna göre arkadaşlarıyla birlikteliklerinin, romantik ve cinsel ilişki yaşama oranlarının kontrol grubuna göre daha başarısız olduğunu söyleyen çalışmalar mevcuttur (116). Bir çalışmada hastaların %60'ı psikososyal reddedilmeden bahsetmişlerken (73), Alt ve ark.'nın çalışmasında arkadaşlık ilişkileri üzerine olumsuz etki sadece şiddetli düzeydeki akne hastalarında bildirilmiştir (129). Ancak bu çalışmaların ortak özelliği akne şiddet skorunun yüksek olduğu nodüler ve kistik akneli hastalar üzerinde yapılmış olmasıdır. Çalışmamıza alınan ergenlerden şiddetli aknesi olanların yüzdesinin %3 olması sebebiyle arkadaşlık ilişkilerinde bozulma saptanmamış olabilir.

Kore'de akneli ergenler ve sağlıklı kontrol grubu üzerinde yapılan ve aknenin, arkadaş ilişkileri üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, akneli ergenlerin günlük hayat ve kişiler arası ilişkilerinin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde bozulduğu rapor edilmiştir. Sosyal açıdan kızların erkeklere göre

anlamli şekilde daha fazla etkilendiği belirtilmiştir. Araştırmacılar bu sonucu görünümün kadınlarda erkeklere oranla daha önemli oluşuna bağlamışlardır. Bu sonucun aknenin şiddeti ile değil, kişinin sübjektif akne algısı ile ilgili olduğunu saptamışlar ve ilişkilerde bozulmayı belirleyen faktörün sübjektif akne skorlarındaki yükseklik olduğunu bildirmişlerdir (115). Bizim alışmamızda sübjektif akne algısının değerlendirilmemiş olması sebebi ile arkadaş ilişkisi açısından akneli hasta ile sağlıklı ergen gurubu arasında anlamlı bir farklılık saptamamış olabilir.

Ergenlik ncesi ve ergenlik döneminde arkadaş ilişkilerini inceleyen Buhrmester, arkadaş ilişkilerinin ergenlik döneminde daha önemli olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca bu dönemde arkadaş ilişkilerinde yakınlığın, uyum ve kişiler arası gle ilişkili olduğunu saptayıp arkadaşlıkta kendini açma ve ilişkiden doyumlu olan ergenlerin benlik saygısı yüksek olan ergenler olduğunu gözlemlemiştir (130). Çalışmamızda akneli ergenlerin arkadaşlık ilişkilerini yorumlayabilmek amacıyla akne yaşam kalitesi ile arkadaş bağlılığı ölçeklerinden alınan puanların korelasyonuna bakıldığında akne yaşam kalitesindeki bozulmanın arkadaşlık ilişkilerinde bozulma ile ilişkili olduğunu saptadık. Bu sonuca göre akne yaşam kalitesinin arkadaş bağlılığı ile birlikte azaldığı belirlendi. Literatürde akneli ergenlerde yaşam kalitesinin ve arkadaş bağlılığının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte ocuk yaş grubunda yapılan bir çalışmada yaşam kalitesini belirleyicilerinden birinin de arkadaş ilişkileri olduğu bildirilmiştir (131). Sağlıklı ocuk ve ergenlerde yaşam kalitesinin arkadaş ilişkilerindeki bozukluk ile korele olduğunu söyleyen geniş serili araştırmalar da mevcuttur (5, 132).

Öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir. Ergenlik döneminde fiziksel görünüm ile ilgili olumsuz duygular öfke oluşturabilmektedir (133). Literatürde bizim çalışmamıza benzer nitelikte, öfke ile akne vulgaris arasındaki bağlantının kurulamadığı çalışmalar mevcuttur. Sayar ve arkadaşları Spielberger durumsal ve sürekli öfke ifadesi envanterini kullandıkları ve akne vulgaris üzerinde öfkenin rolünü araştırıldığı çalışmalarında akne ile sağlıklı kontrol grubu arasında öfke ile ilişkili alt ölçekler açısından anlamlı bir fark bulunmadığını saptamışlardır (134).

Pek çok çalışmada akne vulgarisli hastalarda öfke düzeyi; yaşam kalitesi ve akne şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Düşük yaşam kalitesi ve şiddetli akne ile öfke düzeyinin arttığı bildirilmiştir (5, 19, 43, 71, 133).

Akneli hastalarda öfke düzeylerini etkileyen parametreden birinin akne şiddeti olduğu bildiren bir çalışmada şiddetli aknesi olan hastalarda, hafif şiddetli aknelilere oranla daha yüksek düzeyde öfke skoru bulunmuş ve sonuç olarak aknenin öfke şiddetini artırabileceği öne sürülmüştür. Araştırmacılar söz konusu çalışmada akne hastalarında içe yöneltilen öfke ve dışa yöneltilen öfkeye düzeyi puanlarını kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulmuşlar ve tedavi sonrası öfke kontrol ölçeğinden elde edilen puanlarda düşme bildirilmişlerdir (135). Çalışma grubumuzdaki hastaların aknenin şiddeti incelendiğinde şiddetli akneye sahip olanlar çalışmamızın %3 gibi kısıtlı bir bölümünü oluşturduğu için çalışmamızda öfke düzeyleri ile akne ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması olasıdır. Akne hastalarının öfke düzeylerini araştıran başka bir çalışmada öfke eğiliminin yaşam kalitesini etkilediği ve yaşam kalitesinin öfkeye eğilim şeklindeki kişilik özelliği üzerinde oldukça belirleyici olduğu bildirilmiştir (5). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak yaşam kalitesindeki azalmanın sürekli öfke, içe vurulan öfkede artmaya sebebiyet vereceği sonucuna vardık.

Psikososyal ve ruhsal gelişim açısından birçok değişikliğin meydana geldiği ergenlik, benlik saygısının gelişiminde önemli bir dönemi oluşturmaktadır. Benlik saygısı kişinin kendini değerlendirmesiyle vardığı, kendiliğini kabullenmesi, bireyin gerçek benliği ile ideal benliği arasındaki farkı değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan beğenme olarak tanımlanır. Bireyin kendine ilişkin algıladığı yeterlilik ve değerlilik duygusu benlik saygısının temelini oluşturur. Bu duygular sonucu oluşan benlik saygısı, bireyin hem kendisine hem de dış dünyaya olan bakış açısının ve davranışlarının önemli bir belirleyicisidir. Bu nedenle kişinin benlik saygısı düzeyinin düşük ya da yüksek olması yaşamını doğrudan etkilemektedir (21).

Do ve ark., 13-16 yaş aralığındaki akneli hasta grubunda yaptıkları çalışmada klinisyence yapılan objektif akne skorlaması ile birlikte subjektif akne algısını saptayabilmek amacıyla hastaların kendi aknesini değerlendirmesi istenmiştir. Benlik saygısını saptayabilmek amacıyla da Rosenberg benlik saygısı ölçeği kullanmışlardır.

Çalışma sonucunda akneli grupta benlik saygısı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Benlik saygısındaki bu düşüklüğün ergenin objektif akne skorlaması ile ilgili olmayıp sübjektif akne algısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca özgüvende düşüklüğün beden algısını etkileyen akne şiddeti ile de ilişkili olmadığı ve ergenin aknesini yorumlama biçimi ile ilgili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca söz konusu çalışmada akne süresi ile benlik saygısındaki bozulma ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak benlik saygısındaki bozulmayı belirleyen etkenlerin akne süresi ve kişinin sübjektif akne algısı olduğu yorumu yapılmıştır(115).

Onüç-yirmi yaş aralığındaki sipina bifidalı hastalar üzerinde benlik saygısı ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada yaşam kalitesinin benlik saygısındaki artış ile korele olduğu bildirilmiştir (136). Bizim çalışmamızda ise benlik saygısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Spina bifidalı bireylerin çocukluktan gelen travmalar, örselenmeler yaşadığı ve fiziksel engellerinin bulunduğu düşünülecek olursa yaşam kalitesi ve benlik saygısında ciddi tahribat gelişmesi beklenen bir bulgudur. Akne hastalarında ise şikayetlerin ergenlik döneminde ortaya çıkıyor olması ve bedensel bir engele sebebiyet vermiyor olması nedeniyle söz konusu benlik saygısı ve yaşam kalitesinin ilişkisi ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Ergenlik döneminde bireyin olumlu fiziksel görünüş algısına sahip olması benlik saygısı gelişiminde oldukça önemli bir unsurdur. Beden imajındaki olumsuzluk, benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir (162). Fiziksel görünümde bozukluk oluşturan deri hastalıklarından biri olan egzemada benlik saygısını belirlemek amacıyla egzema hastası, astım hastası ve sağlıklı bireylerden oluşan 3 ayrı gruba Piers-Harris özkavram ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda gruplar arasında benlik saygısı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Uygulanan hastalık algı testine göre egzema hastalarının astım hastalarına göre hastalıklarını daha ciddi olarak algıladıkları bildirilmiştir. Yazarlar bu sonucu egzemanın gözle görünür bir hastalık olarak fiziksel görünümü bozmasına bağlamışlardır (137).

Akneli ergenlerde Piers-Harris özkavram ölçeğinin uygulandığı bir başka çalışmada, olgu grubunda yüz görünümünden doğan memnuniyetsizlik ile sosyal inhibisyon ve utangaçlık korele bulunmuştur. Aynı grupta tedavi öncesi ve sonrası Piers-Harris benlik saygısı ölçeği puanları ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamasına rağmen tedavi sonrası benlik saygısı puanlarında anlamlı düzeyde artma saptanmıştır (138). Çalışmamızda benzer şekilde Piers-Harris özkavram ölçeğine göre toplam puan, zihinsel ve okul durumu, davranış uyma konformite, poplarite ve sosyal beğeni, kaygı, mutluluk-doyuma bakıldığında akne ve olgu grubu arasında fark saptanmamış olup fiziksel görünüm ile ilgili benlik saygısı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç ise beden algısının ergenin benlik saygısı ve özgüven gelişiminde en önemli belirleyicilerden biri olmasıyla açıklanabilir. Ergenlerin psikososyal gelişimi ve benlik saygısı gelişiminde beden imgesinin önemli bir rolü vardır. Pubertede, cinsellik ve kimlik oluşumu beden imgesinden etkilenmektedir. Benlik saygısının, fiziksel görünüm ile ilgili kaygıların yoğun yaşandığı ergenlik döneminde, fiziksel görünümü bozabilen bir deri hastalığı olan akne vulgaris ile zarar görmesi muhtemeldir (92-94, 104).

Günümüzde özellikle medya aracılığı ile muhteşem görünümlü, kusursuz yüzlerin idealize edildiği mevcut ortam nedeniyle fiziksel görünümün önem kazandığı ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde oluşan akne fiziksel görünümle ilgili benlik saygısını tahrip edici olabilmektedir (139). Bu dönemde akne vulgaris kişilerin kaygılarının odak noktası haline gelebilmektedir (9, 10). Zaman içinde fiziksel çekicilik değer verilen bir durum haline geldiğinden dolayı (140) toplumda beden imajıyla ilgili kaygılar artmaktadır. Bundan dolayı dış görünüşe önem veren kültürlerde bedenle ilgili uğraşlar daha fazla görülmektedir (141). Ergenler kafalarında kendi bedenlerini çarpık bir imaj olarak resmetmekte ve kendilerini yetersiz görmektedirler (142).

Motley ve Finlay, akne vulgarisli hastaların kendilerini fiziksel olarak çekici olmayan bireyler olarak tanımladıklarını bildirmişlerdir (72). Benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmada, kendisinde akne olduğunu bildiren kız ergenlerde toplam benlik saygısı ve alt ölçeklerinden fiziksel görünümle ilgili benlik saygısının, aknesi olmadığını bildiren gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu rapor edilmiştir (143).

Akne vulgarisli kişilerin fiziksel görünümle ilgili benlik saygısında düşüklük yanında dış görünümlelerinden dolayı utanç yaşadıkları da bildirilmiştir (144).

Çalışmamız sonucunda fiziksel görünümle ilgili benlik saygısının düşük olması literatür ile uyumlu beklenen bir sonuçtur. Fiziksel görünümündeki bozulmaların ergenlik döneminde depresyona eğilim, sosyal ilişkilerde kısıtlanma, dışlanma, akranları tarafından alay edilmeye maruz kalma, vucüt dismorfik bozukluğa yatkınlık ve intihar riski oluşturduğu bilinmektedir (145).

Sonuç olarak çalışmamızda akne yaşam kalitesindeki düşüklük sürekli öfke ve içe vurulan öfkede artmaya sebep olurken, arkadaş bağlılığında azalmaya neden olduğu saptandı. Akneli ergenlerin öfke düzeyleri, öfke ifade tarzları ve arkadaşlık bağlılık düzeyleri yaş ve cinsiyet olarak benzer özellikteki sağlıklı kontrol grubuna göre değişiklik göstermemiştir. Benzer şekilde akneli ergenlerin sağlıklı kontrol grubuna göre fiziksel görünüm ile ilgili benlik saygısını düşük buldu. Zamansal açıdan nedensel ilişkinin ortaya konulamaması yani nedenin sonuçtan önce ortaya çıktığının saptanamaması olgu-kontrol çalışmalarının genel bir kısıtlılığıdır. Tüm olgu kontrol çalışmalarında olduğu gibi bu değişkenler arasındaki ilişkiyi aydınlatmak için prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

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 sebüm artışına yol açarak aknenin başlaması ve şiddetlenmesine neden olabileceği düşünülebilir (57). Hastalık süreçlerinin başlaması, alevlenmesi ve iyileşmesinde ruhsal etkenlerin rolü kadar özellikle beden imgesini etkileyen bozuklukların ruh sağlığı üzerindeki etkileri önem taşımaktadır. Hastalıklara bu karşılıklı etkileşim çerçevesinde biyopsikososyal tıp modeline göre yaklaşmak özellikle psikosomatik tıpla ilgilenen hekimler için temel ilke olmalıdır. Deri hastalıklarının psikososyal etkilerine günümüze kadar gereken önem verilmemiştir. Olası psikiyatrik eş tanılar belirlenip, biyopsikososyal bir yaklaşımla tedavi edilirse hastaların yaşamına gerçekten olumlu katkı sağlanabilir.

Tüm bu bilgiler ışığında akneyi sadece kozmetik bir sorun değil ruh sağlığını tehdit eden bir deri problemi olduğunu görerek tedavisine multidisipliner



yaklaşılması gerekmektedir. Gençlere kendilerini ve başkalarını değerlendirmede yalnızca beden odaklı değerlendirmeye dönük tutumlardan kaçınmalarına ilişkin bilgi ve beceri kazandırmak faydalı olacaktır.

## ÖZET

### **Bir Üniversite Hastanesinde Değerlendirilen Akneli Ergenlerin Benlik Saygılarının, Öfke Düzeylerinin, Arkadaş Bağlılıklarının Değerlendirilmesi; Olgu Kontrol Çalışması**

Pilosebace ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığı olan akne vulgaris seboreik bölgelerde komedon, papül, püstül, kist ve skarlarla karakterizedir. Akne vulgaris çoğunlukla sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Kusursuz görünüm idealize edildiği ergenlik döneminde ve fiziksel çekiciliğin önemli olduğu toplumlarda akne tahrip edici bir hastalık olabilmektedir. Bu çalışmada dermatolojipolikliğine ayaktan başvuran akneli ergenlerdeki arkadaş bağlılığının, benlik saygılarının ve öfke düzeylerinin yaş ve cinsiyet açısından benzer sağlıklı ve herhangi bir deri hastalığı bulunmayan ergenler ile karşılaştırılarak değerlendirilmeyi amaçladık.

Bu amaçla 81 ergenin GAGS (global acne grading system) ile akne şiddeti belirlendi. Seksenbir kişilik olgu grubu ile 70 kişilik kontrol grubuna akne yaşam kalite ölçeği, arkadaş bağlılık ölçeği, sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği, Piers-Harris özkavram ölçeği uygulandı. Veri analizi SPSS for Windows 18.0 istatistik paket programı ile yapıldı

Çalışmamız sonucunda kontrol grubuna göre akne vulgarisli ergen grubunun yaşam kalitesi ve fiziksel görünümle ilgili benlik saygısı daha düşük bulundu. Yaşam kalitesindeki düşüklük akne şiddeti ve cinsiyetten bağımsızdı. Arkadaş bağlılığı, öfke düzeyleri, öfke tarzı ve Piers-Harris toplam puan, zihinsel ve okul durumu, davranış uyma konformite, popularite ve sosyal beğeni, kaygı, mutluluk doyuma bakıldığında akne ve olgu grubu arasında fark saptanmadı. Tüm bu bilgiler ışığında akneyi sadece kozmetik bir sorun değil ruh sağlığını tehdit eden bir deri hastalığı olarak görülmesi gerektiğini düşünüyoruz. Akne hastalarının yaşam kalitesini düşüklüğü ve fiziksel görünümlelerinden memnuniyetsizlikleri nedeniyle hayattan alınan doyumunu etkileyebilecek şekilde kısıtlanabileceğini bilinmelidir. Akne hastalarının sosyal destek gereksinimini ve tedaviye multidisipliner olarak yaklaşmanın önemini ortayakoymaktadır. Deri hastalıklarının oluşumunda, gelişiminde psikolojik sebepler rol oynadığı için psikodermatoloji veya psikokütanöztop olarak adlandırılan ve yeni yapılanmakta olan bu uzmanlaşma alanı hızla gelişmektedir. Bu yeni oluşuma psikiyatrist ve dermatologların yeterince önem verip katkıda bulunması, gereken desteği vermesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Akne, arkadaş bağlılığı, benlik saygısı, ergenlik dönemi, öfke, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

### **The Evaluation of Quality of Life, Self Esteem, Peer Relationship and Anger Levels in Adolescents with Acne at University Hospital; A Case Control Study**

Acne vulgaris, a chronic inflammatory disease of the pilosebaceous unit, is characterized by comedones, papules, pustules, cysts and scars in seborrheic areas. Acne vulgaris occurs mostly during adolescence, a time when social and physical changes occur at the maximum level, and identity formation is a matter. In adolescence, when the perfect look is idealized, and in societies where physical attractiveness is important, acne can be a devastating disease. This study aims to evaluate the peer relationship, self-respect and anger level of adolescents who presented to a dermatology outpatient clinic with acne in comparison with age- and sex-matched, healthy adolescents without any skin diseases.

For this purpose, acne severity was determined by GAGS (global acne grading system) in 81 adolescents. Case and control groups of 81 and 70 patients, respectively, completed acne quality of life (AQL) scale, peer relationship scale, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and Piers-Harris children's self-concept scale. Windows 18.0 SPSS statistical package was used for the data analysis.

Results show that, adolescent group with acne vulgaris had lower quality of life and self-esteem for physical appearance than the control group. Low quality of life was independent of the acne severity and gender. There were no differences in peer relationship, anger levels, anger style and the Piers Harris total score, intellectual and school status, behavior, conformity, popularity and social appreciation, anxiety, happiness and satisfaction between the acne and case groups. In the view of above information, it is necessary to recognize acne, not only as a cosmetic problem, but also a skin disease that impair mental health. It should be noted that the patients with acne are limited in enjoying life due to their low quality of life and dissatisfaction of physical appearance. This suggests the need for social support and the importance of a multidisciplinary treatment approach in acne patients. Given the involvement of psychological factors in the development and progress of skin diseases, this newly structured specialty called psychodermatology or psychocutaneous medicine is growing rapidly. It is necessary for the psychiatrists and dermatologist to value, contribute to, and support this new entity.

**Keyword:** Acne, peer relationship, self esteem, adolescent, anger, quality of life

## KAYNAKLAR

1. Beltraminelli H, Itin P. Skin and psyche--from the surface to the depth of the inner world. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008 Jan;6(1):8-14.
2. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:58.
3. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Can Fam Physician.* 2006 Aug;52:978-9.
4. 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 Dec;42(12):793-6.
5. Rapp DA, Brenes GA, Feldman SR, Fleischer AB, Jr., Graham GF, Dailey M, et al. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *Br J Dermatol.* 2004 Jul;151(1):183-9.
6. Thomas DR. Psychosocial effects of acne. *J Cutan Med Surg.* 2004;8 Suppl 4:3-5.
7. Misery L. [Neuro-immuno-cutaneous system (NICS)]. *Pathol Biol (Paris).* 1996 Dec;44(10):867-74.
8. Briganti S, Picardo M. Antioxidant activity, lipid peroxidation and skin diseases. What's new. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003 Nov;17(6):663-9.
9. Hanna S, Sharma J, Klotz J. Acne vulgaris: more than skin deep. *Dermatol Online J.* 2003 Aug;9(3):8.
10. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2001 Oct-Dec;13(4):7-8.
11. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol.* 1983 Jun;119(6):501-12.
12. Ingram J. The personality of the skin. *Lancet.* 1933:1.
13. Mercan S. Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006.
14. Shafii M, Shafii SL. Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis. Twelve hundred years ago. *Arch Gen Psychiatry.* 1979 Oct;36(11):1242-5.
15. Russell BF. Emotional factors in skin disease. *Br J Psychiatry.* 1975;Spec No 9:447-52.
16. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol.* 1996 Jun;34(6):1030-46.
17. Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol.* 2000 Nov;43(5 Pt 1):848-53.
18. Musaph H. Psychodynamics in itching states. *Int J Psychoanal.* 1968;49(2):336-40.
19. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. *Dermatol Ther.* 2006 Jul-Aug;19(4):237-40.
20. Folks DG, Warnock JK. Psychocutaneous disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2001 Jun;3(3):219-25.

21. Harter S. Developmental differences in the nature of self-representations: implications for the understanding, assessment and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14:113-42.
22. Qiu BS, Vallance BA, Blennerhassett PA, Collins SM. The role of CD4+ lymphocytes in the susceptibility of mice to stress-induced reactivation of experimental colitis. *Nat Med*. 1999 Oct;5(10):1178-82.
23. Chandler N, Jacobson S, Esposito P, Connolly R, Theoharides TC. Acute stress shortens the time to onset of experimental allergic encephalomyelitis in SJL/J mice. *Brain Behav Immun*. 2002 Dec;16(6):757-63.
24. Blois S, Tometten M, Kandil J, Hagen E, Klapp BF, Margni RA, et al. Intercellular adhesion molecule-1/LFA-1 cross talk is a proximate mediator capable of disrupting immune integration and tolerance mechanism at the fetomaternal interface in murine pregnancies. *J Immunol*. 2005 Feb 15;174(4):1820-9.
25. Van Moffaert M. Psychodermatology: an overview. *Psychother Psychosom*. 1992;58(3-4):125-36.
26. Kent G, al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol*. 1996 Sep;21(5):330-3.
27. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):609-17.
28. Glaser R. Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain Behav Immun*. 2005 Jan;19(1):3-11.
29. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Jun;70(3):537-47.
30. Hosoi J, Tanida M, Tsuchiya T. Mitigation of stress-induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation. *Br J Dermatol*. 2001 Nov;145(5):716-9.
31. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, et al. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol*. 2001 Jan;137(1):53-9.
32. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. The psychobiologic pattern of psychosomatics. *Dermatol Clin*. 1996 Jul;14(3):399-421.
33. Teshima H, Kubo C, Kihara H, Imada Y, Nagata S, Ago Y, et al. Psychosomatic aspects of skin diseases from the standpoint of immunology. *Psychother Psychosom*. 1982;37(3):165-75.
34. Schmidt-Traub S, Bamler KJ. The psychoimmunological association of panic disorder and allergic reaction. *Br J Clin Psychol*. 1997 Feb;36 (Pt 1):51-62.
35. Brosig B, Woidera R. ["The three of us must hold together". Psychoanalytic considerations of experiences of heart-lung transplantation. A hermeneutic text reconstruction]. *Psyche (Stuttg)*. 1993 Nov;47(11):1063-79.
36. Ehlers A, Stangier U, Gieler U. Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Aug;63(4):624-35.

37. Gieler U. Psychosomatische dermatologie in Deutschland;a survey of 69 dermatologic clinics. *Hautarzt*. 2001;52.
38. Fritzsche K, Ott J, Zschocke I, Scheib P, Burger T, Augustin M. Psychosomatic liaison service in dermatology. Need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Dermatology*. 2001;203(1):27-31.
39. Cole WC, Roth HL, Sachs LB. Group psychotherapy as an aid in the medical treatment of eczema. *J Am Acad Dermatol*. 1988 Feb;18(2 Pt 1):286-91.
40. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol*. 2000 Mar;136(3):393-9.
41. Koo J, Gambla C. Psychopharmacology for dermatologic patients. *Dermatol Clin*. 1996 Jul;14(3):509-23.
42. Lim CC, Tan TC. Personality, disability and acne in college students. *Clin Exp Dermatol*. 1991 Sep;16(5):371-3.
43. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol*. 1991 Sep;8(3):185-8.
44. O'Sullivan RL, Lipper G, Lerner EA. The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin. *Arch Dermatol*. 1998 Nov;134(11):1431-5.
45. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):203-13.
46. Messeri P, Montagna W. Ethologic implications of the skin and its disturbances. *Clin Dermatol*. 1984 Oct-Dec;2(4):27-36.
47. Fenichel O. Psychoanalysis as the nucleus of a future dialectical-materialistic psychology. *Am Imago*. 1967 Winter;24(4):290-311.
48. Winnicott DW. Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *Int J Psychoanal*. 1966;47(4):510-6.
49. Anzieu D. [Psychotherapy in children]. *Strasb Med*. 1957 Jul;8(7):587-90.
50. Koblenzer C. A neglected but crucial aspect of skin function. A challenge for the 90s. *Int J Dermatol*. 1990 Apr;29(3):185-6.
51. Solomon CR, Gagnon C. Mother and child characteristics and involvement in dyads in which very young children have eczema. *J Dev Behav Pediatr*. 1987 Aug;8(4):213-20.
52. Chan JJ, Rohr JB. Acne vulgaris: yesterday, today and tomorrow. *Australas J Dermatol*. 2000 Nov;41 Suppl:S69-72.
53. Rzany B, Kahl C. [Epidemiology of acne vulgaris]. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2006 Jan;4(1):8-9.
54. Dreno B, Poli F. Epidemiology of acne. *Dermatology*. 2003;206(1):7-10.
55. Lucky AW, Biro FM, Huster GA, Morrison JA, Elder N. Acne vulgaris in early adolescent boys. Correlations with pubertal maturation and age. *Arch Dermatol*. 1991 Feb;127(2):210-6.
56. Güldü A, Akyol, M. Sivas İl Merkezindeki İlkÖğretim Okullarında Akne Vulgaris Prevalansı. *Turkderm*. 2002;36:202-5.
57. Erkin G BG. Akne Vulgaris. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004. p. 2-11.
58. Leyden JJ. New understandings of the pathogenesis of acne. *J Am Acad Dermatol*. 1995 May;32(5 Pt 3):S15-25.

59. Deplewski D, Rosenfield RL. Role of hormones in pilosebaceous unit development. *Endocr Rev.* 2000 Aug;21(4):363-92.
60. Thielitz A, Helmdach M, Ropke EM, Gollnick H. Lipid analysis of follicular casts from cyanoacrylate strips as a new method for studying therapeutic effects of antiacne agents. *Br J Dermatol.* 2001 Jul;145(1):19-27.
61. Cunliffe WJ, Holland DB, Clark SM, Stables GI. Comedogenesis: some new aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Br J Dermatol.* 2000 Jun;142(6):1084-91.
62. Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden JJ, et al. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Jul;49(1 Suppl):S1-37.
63. Gollnick HP, Zouboulis CC, Akamatsu H, Kurokawa I, Schulte A. Pathogenesis and pathogenesis related treatment of acne. *J Dermatol.* 1991 Sep;18(9):489-99.
64. Farrar MD, Ingham E. Acne: inflammation. *Clin Dermatol.* 2004 Sep-Oct;22(5):380-4.
65. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol.* 1997 Aug;137(2):246-50.
66. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Acne vulgaris--psychosomatic aspects. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006 Dec;4(12):1027-36.
67. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001 Nov;15(6):541-5.
68. Green J, Sinclair RD. Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australas J Dermatol.* 2001 May;42(2):98-101.
69. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Kokturk A, Tot S, Demirseren D, et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004 Jul;18(4):435-9.
70. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998 Nov;139(5):846-50.
71. Garrie SA, Garrie EV. Anxiety and skin diseases. *Cutis.* 1978 Aug;22(2):205-8.
72. Motley RJ, Finlay AY. How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol.* 1989 May;14(3):194-8.
73. Maisonneuve H, Cambazard F, Levy E, Thivolet J. [Evaluation of numbers and cost of severe acne in France]. *Ann Dermatol Venereol.* 1987;114(10):1203-9.
74. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol.* 1998 Apr;134(4):454-8.
75. Cunliffe WJ. Acne and unemployment. *Br J Dermatol.* 1986 Sep;115(3):386.
76. Spilker B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.; 1996.
77. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996 Mar 28;334(13):835-40.
78. Mogotsi M, Kaminer D, Stein DJ. Quality of life in the anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry.* 2000 Dec;8(6):273-82.

79. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *J Clin Psychol.* 2001 Apr;57(4):571-85.
80. Çakın Memik N, Ağaoğlu, B. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):353-63.
81. Conger JJ, Galambos, N. L. *Adolescence and Youth.* U.S.A: Longman; 1997.
82. Horroks J. *Adolescent Attitudes and Goals.* Chicago: Aldine Pub. Com; 1965.
83. Coleman JC, Henry, L. B. *The Nature of Adolescence.* London Routledge; 1999.
84. Dikeçligil B. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Ankara:Bilim Serisi. 1991.
85. Kısaç İ. Üniversite öğrencilerinin sürekli öfke ifade biçimi düzeyleri. *Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Dergisi.* 1999;1(1):63-74.
86. Kassinove H TR. *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners.* Third edition ed. Impact Publishers Inc, editor. California; 2003.
87. Wilde J. Öfke sorunu yaşayan çocuklara yönelik uygulamalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2006;39(1):135-44.
88. Erkek N ÖG, Gümüş AB. . Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006;10(2).
89. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 2001.
90. Elias MJ, Weisberger, R. P. *Wellnes In School: The Grandfather of Primary Prevention Tells A Story.* .
91. Aktaran Korkut Y. *Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma.* Ankara Anı Yayıncılık.
92. Kohut H. *The analysis of the self.* International Universities Press. 1971.
93. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı.* . Ankara: Tisa Matbaası 1985.
94. Jersild A. *Gençlik psikolojisi Özgür N, editor.* İstanbul: Eko Matbaası; 1963.
95. Rosenberg M. *Self-Concept Research: A Historical Overview Social Forces.* 1989;68(1):34-44.
96. Cotton N. *A developmental model of self-esteem regulation.* *Direction in Psychiatry* 1985;5.
97. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem.* Freeman, editor. San Francisco; 1967.
98. Erikson E. *Childhood and Society.* Norton, editor. New York; 1950.
99. Rosenberg M. *Conceiving the self.* New York 1979.
100. Erikson E. *Identity youth and crisis.* New York; 1968.
101. Fenichel O. *Nevrozların psikoanalitik teorisi Tuncer S, editor.* İzmir Ege Üniversitesi Matbaası; 1974.
102. D. Offer D KH. *An emprical analysis of the offer self image questionnaire for adolescents.* *Arch Gen Psychiatry.* 1972;27:529-37.
103. Erikson E. *identity and the life cycle.* International Universities Press. 1959.
104. Çelen N. *Ergenlik ve Genç Yetişkinlik.* İstanbul. Papatya Yayıncılık; 2007.



105. Canpolat BI. Ergenlerin kendilik algısında beden imajının ve beden kitle indeksinin rolü. 3P Dergisi. 2003;11:143-54.
106. Mattebo M, Larsson M, Tyden T, Olsson T, Haggstrom-Nordin E. Hercules and Barbie? Reflections on the influence of pornography and its spread in the media and society in groups of adolescents in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Feb;17(1):40-9.
107. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol*. 1997 Jun;36(6):416-8.
108. Demirçay Z. Akne vulgarisli hastalarda akne yaşam kalite ölçeğinin Türkçe güvenilirlik çalışması. *Turkderm* 2006;40(94):7.
109. Hortaçsu O. Arkadaş Bağlılığı Ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. 1991.
110. Özer A. Sürekli Öfke (SI-Öfke) Ve Öfke İfade Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9:26-35.
111. Öner N. Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavram Ölçeği El Kitabı. Ankara: TPD Yayınları 1996.
112. Tamer E, Ilhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. *J Dermatol*. 2008 Jul;35(7):413-8.
113. Mosam A, Vawda NB, Gordhan AH, Nkwanyana N, Aboobaker J. Quality of life issues for South Africans with acne vulgaris. *Clin Exp Dermatol*. 2005 Jan;30(1):6-9.
114. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol*. 2000 May;39(5):354-7.
115. Do JE, Cho SM, In SI, Lim KY, Lee S, Lee ES. Psychosocial Aspects of Acne Vulgaris: A Community-based Study with Korean Adolescents. *Ann Dermatol*. 2009 May;21(2):125-9.
116. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol*. Feb;131(2):363-70.
117. 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 Apr;140(4):672-6.
118. Öztürkcan S, Aydemir, Ö., İnanır, I. Akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*.2002(12):13-134.
119. Safizadeh H, Shamsi-Meymandy S, Naeimi A. Quality of life in Iranian patients with acne. *Dermatol Res Pract*.2012:571516.
120. Ilgen E, Derya A. There is no correlation between acne severity and AQOLS/DLQI scores. *J Dermatol*. 2005 Sep;32(9):705-10.
121. Dunn LK, O'Neill JL, Feldman SR. Acne in adolescents: quality of life, self-esteem, mood, and psychological disorders. *Dermatol Online J*.17(1):1.
122. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U. Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology*. 1998;196(1):108-15.
123. Mulder MM, Sigurdsson V, van Zuuren EJ, Klaassen EJ, Faber JA, de Wit JB, et al. Psychosocial impact of acne vulgaris. evaluation of the relation between a change in clinical acne severity and psychosocial state. *Dermatology*. 2001;203(2):124-30.

124. Uslu G, Sendur N, Uslu M, Savk E, Karaman G, Eskin M. Acne: prevalence, perceptions and effects on psychological health among adolescents in Aydin, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Apr;22(4):462-9.
125. Yolac Yarpuz A, Demirci Saadet E, Erdi Sanli H, Devrimci Ozguven H. [Social anxiety level in acne vulgaris patients and its relationship to clinical variables]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2008 Spring;19(1):29-37.
126. 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 Oct;33(5):430-3.
127. Yüksel P, Ergin, Ş. Akne vulgarisin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Turkderm*. 2000;34:107-9.
128. T. Özcan HÖ, S. Ünal. Akne vulgarisli bireylerde kişilik özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:56-66.
129. Alt C. Symptomwahrnehmung, Symptomerleben, Körpererleben und Kontaktverhalten bei Jugendlichen mit Akne. 1988.
130. Buhrmester D. Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Dev*. 1990 Aug;61(4):1101-11.
131. Eiser C. Children's quality of life measures *Arch Dis Child*. 1997;77:350-4
132. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Feb;60(2):130-5.
133. van der Meeren HL, van der Schaar WW, van den Hurk CM. The psychological impact of severe acne. *Cutis*. 1985 Jul;36(1):84-6.
134. Sayar K, Ugurad, I., Kural, Y. The Psychometric Assessment of Acne Vulgaris Patients. *Dermatol Psychosom* 2000;1:62-5.
135. Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN, Fulton JE. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol*. 1988 Feb;18(2 Pt 1):325-33.
136. Parkin PC, Kirpalani HM, Rosenbaum PL, Fehlings DL, Van Nie A, Willan AR, et al. Development of a health-related quality of life instrument for use in children with spina bifida. *Qual Life Res*. 1997 Mar;6(2):123-32.
137. Walker C, Papadopoulos, L. Paediatric Eczema, Illness Beliefs and Psychosocial Morbidity: How Does Eczema Affect Children (in Their Own Words)? *Dermatol Psychosom*. 2004;5:126-31.
138. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol*. 1991 Dec;8(4):332-8.
139. Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):619-27.
140. Buss DA, M. Angleitner, A. International preferences in selecting mates: a study of 37 cultures. *J cross-Cultural Psychol*.21:5-47.
141. Patterson WM, Bienvenu OJ, Chodyncki MP, Janniger CK, Schwartz RA. Body dysmorphic disorder. *Int J Dermatol*. 2001 Nov;40(11):688-90.
142. Slaughter JR, Sun AM. In pursuit of perfection: a primary care physician's guide to body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician*. 1999 Oct 15;60(6):1738-42.

143. Kornblau IS, Pearson HC, Breitkopf CR. Demographic, behavioral, and physical correlates of body esteem among low-income female adolescents. *J Adolesc Health*. 2007 Dec;41(6):566-70.
144. Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol*. 1999 Feb;140(2):273-82.
145. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. Jan;31(1):72-9.