

T.C.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AKNELİ ERGENLERDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALİME ÖZLEM ŞEN

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. DİLEK ERGİN

MANİSA

2014

T.C.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AKNELİ ERGENLERDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALİME ÖZLEM ŞEN

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. DİLEK ERGİN

MANİSA

2014

## ÖZET

### AKNELİ ERGENLERDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Araştırma dermatoloji polikliniğine başvurmuş 11-20 yaş arası akneli ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma kapsamına 1 Ekim 2011-1 Mart 2012 tarihleri arasında Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü 11-20 yaş grubundaki 203 akneli ergen alınmıştır. Araştırmanın verileri; etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan akneli ergenler tanıtım formu, Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI), Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 16.0 for Windows programı kullanılmıştır. Yüzdellik, ki-kare, t testi, kruskal-wallis testi, mann-whitney U testi, korelasyon ve anova testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların yaş ortalaması  $17.5 \pm 2.25$  olup %67.0'ı kadındır. Akne klinik şiddeti açısından ergenlerin %62.1'i orta düzey (papül-püstül), %20.7'si hafif düzey (komedon) ve %17.2'si şiddetli düzey (nodül-kistik) şeklinde belirlenmiştir. Ergenlerin %93.1'inin tıbbi tedavi sürdürdüğü ve tıbbi tedavi alanların %60.8'inin topikal tedavi, %24.3'ünün ise retinoid tedavi (izotretinoin) aldığı belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan akneli ergenlerin %40.9'unun aknenin iş/okul performansını etkilediğine, %59.1'inin etkilemediğine inandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların akne ile ilgili bilgi alma konusunda %28.1'inin aileye, %25.1'inin arkadaşlarına, %93.6'sının doktora (dermatolog), %10.8'inin medyaya, %1'inin okula, %11'inin ise eczacıya başvurduğu saptanmıştır. Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI) ile araştırmaya katılan ergenlerin %53.2'sinde aknenin yaşamına etkisi olmadığı, %30.5'inde aknenin yaşamına etkisinin az olduğu, %12.3'ünde ise aknenin yaşamına etkisinin orta derecede olduğu ve %3.9'u ise aknenin yaşamlarına etkisinin çokça olduğu saptanmıştır.

Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ortalama puanı  $4.3 \pm 3.1$ , ortanca puanı 4.0 ve en yüksek-en düşük 13.0-0.0 olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde (Whoqol-bref); bedensel alan ortalama puanı  $17.53 \pm 2.19$  (ortanca 18.28 ve en yüksek-en düşük puanı olarak 20.00-10.29), ruhsal alan ortalama puanı  $14.07 \pm 2.46$  (ortanca 14.00 ve en yüksek-en düşük puan 20.00-5.33), sosyal çevre ortalama puanı  $14.93 \pm 2.96$  (ortanca 16.00 ve en yüksek-en düşük 20.00-6.00), çevresel alan ortalama puanı  $14.53 \pm 1.99$  (ortanca 14.50 ve en yüksek-en düşük puan 18.50-7.00) olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi boyutları açısından bedensel alan ile hastalık süresi arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir birliktelik görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Çevresel alan ile beden kitle indeksi persentili arasında negatif yönde bir birliktelik bulunmuştur. Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne şiddeti ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi alt skalalarından olan 'semptom ve hissedilenler' ile CADI toplam puanı arasında farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlılık görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, akne vulgaris kişinin görünümünde yarattığı etki ile psikososyal durumunu, kişilerarası ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** akne, yaşam kalitesi, ergen

## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH ACNE**

This descriptive study was made to determine factors affecting the quality of life adolescents with acne between the ages of 11 and 20 applied to the dermatology outpatient clinic. 203 adolescents with acne between the ages of 11 and 20 who had applied to the Dermatology Outpatient Clinic of Merkezefendi State Hospital between October 1, 2011 and March 1, 2012 and volunteered to participate were included in the study. Data of the study was collected after obtaining the ethics committee's approval and the necessary permits. Tools used to collect data included the identification form for adolescents with acne, prepared by the researcher, the Cardiff Acne Disability Index (CADI), the Dermatology Life Quality Index (DLQI) and the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF). Data was analysed using the SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 16.0 for Windows. Percentage, chi-square, t-test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney test, correlation and ANOVA tests were used.

According to the results obtained from the study, the mean age of the patients was  $17.5 \pm 25.2$  and 67.0% were female. 62.1% of the adolescents were found as moderate (papules-pustules), 20.7% mild (comedones), and 17.2% severe (cystic nodules) in terms of clinical severity of acne. It was found out that 93.1% of the adolescents continued a medical treatment and 60.8% of those receiving a medical treatment received a topical treatment, while 24.3% of them received a retinoid therapy (isotretinoin).

In addition, it was determined that 40.9% of the adolescents, participated in the study, believed that acne affected their work/school performance, while 59.1% of them believed otherwise. It was found out that 28.1% of the participants referred to their families, 25.1% to their friends, 93.6% to a doctor (dermatologist), 10.8% to the media,

1% to their schools and 11% to a pharmacists for obtaining information about acne. With the Dermatology Life Quality Index (DLQI), it was found that acne had no impact on lives of 53.2% of the surveyed adolescents, a little impact on lives of 30.5%, a moderate impact on lives of 12.3% and severe impact on lives of 3.9%

The Cardiff Acne Disability Index (CADI) mean score was found as  $4.3 \pm 3.1$ , 4.0, the median score as 4.0 and the highest-lowest score as 13.0-0.0. In the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF); the mean score of physical space was found as  $17.53 \pm 2.19$  (the median score as 18.28 and the highest-lowest score as 20.00-10.29), the mean score of psychological space as  $7.14 \pm 2.46$  (the median score as 14.00 and the highest-lowest score as 20.00-5.33), the mean score of social environment as  $14.93 \pm 2.96$  (the median score as 16.00 and the highest-lowest score as 20.00-6.00), the mean score of environmental space as  $14.53 \pm 1.99$  (the median score as 14.50 and the highest-lowest score as 18.50-7.00), respectively. A positive low-level correlation was observed between physical space and duration of disease in terms of quality of life dimensions ( $p < 0.05$ ). A negative correlation was found between environmental space and percentage of body mass index.

It was determined that there were differences between severity of acne and the 'symptoms and felt', a sub-scale of the dermatology quality of life index, and the total score of CADI in the surveyed adolescents with acne ( $p < 0.05$ ). No significance was observed between severity of acne and quality of life dimensions in the surveyed adolescents with acne ( $p > 0.05$ ).

In line with the results obtained from this study, it is concluded that acne vulgaris may adversely affect psychosocial status, interpersonal relationships and daily activities of people with the effects it causes on physical appearance.

**Keywords:** acne, quality of life, adolescent

## TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında beni destekleyen, bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve sevgisini esirgemeyen çok değerli hocam *Sayın Yrd. Doç. Dr. Dilek ERGİN'e*,

Tezimin veri toplama aşamasında her zaman ve her koşulda büyük katkıları olan Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde görev yapan *Sayın Uzm. Dr. Deniz YURTMAN HAVLUCU, Uzm. Dr. H. Bilge MADAK ve tüm çalışma arkadaşlarına*,

Tezimin istatistik aşamasında değerli görüşleri ile zaman ayırıp araştırmanın istatistiklerini yapmama yardımcı olan çok değerli hocam *Sayın Dr. Hakan BAYDUR'a*,

Yüksek lisans eğitimim süresince beni destekleyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yanımda olan Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Hast. ve Doğum Servisi Sorumlusu sevgili arkadaşım *Uzman hemşire Esra İSTEK ÇELİK'e*,

Lisans eğitimim boyunca beni yetiştiren ve destekleyen başta hocam *Sayın Yrd. Doç. Dr. Dilek ERGİN* ve Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü *tüm öğretim elemanlarına*,

Yüksek lisans eğitimim sırasında ve tezimin hazırlanmasında emeği geçen *tüm arkadaşlarıma*,

Hayatım boyunca her zaman anlayışları, sonsuz ilgi ve sevgileriyle yanımda olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan ve varlıklarıyla beni güçlendiren, çok sevdiğim, canım aileme *sonsuz teşekkürler...*

Sevgi ve Saygılarımla...

**Halime Özlem ŞEN**

Manisa 2014

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b><u>Kısaltmalar</u></b>	<b><u>Açıklama</u></b>
<b>CADI</b>	Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi
<b>DLQI</b>	Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GAGS</b>	Global Akne Derecelendirme Sistemi
<b>P. ACNES</b>	Propionibacterium Acnes
<b>SYK</b>	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
<b>WHOQOL-BREF</b>	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>YK</b>	Yaşam Kalitesi



## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜRLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xx</b>
<b>BÖLÜM I</b>	
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Konusu.....	<b>1</b>
1.2. Araştırmanın Amacı .....	<b>2</b>
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	<b>2</b>
1.4. Sayıtlar .....	<b>3</b>
1.5. Araştırmanın Önemi .....	<b>3</b>
1.6. Sınırlamalar .....	<b>4</b>
<b>1.7. GENEL BİLGİLER</b>	
1.7.1. Akne Vulgaris Tanımı .....	<b>5</b>
1.7.2. Akne Vulgaris Epidemiyolojisi .....	<b>5</b>

<b>1.7.3. Akne Vulgaris Etiyolojisi .....</b>	<b>6</b>
<b>1.7.4. Akne Vulgaris Klinik Bulguları .....</b>	<b>10</b>
<b>1.7.5. Akne Vulgaris Dereceleri .....</b>	<b>10</b>
<b>1.7.6. Akne Vulgariste Ayırıcı Tanı .....</b>	<b>11</b>
<b>1.7.7. Akne Vulgaris Tedavisi .....</b>	<b>11</b>
<b>1.7.8. Yaşam Kalitesi Hemşirelik Girişimleri ve Akne Vulgaris .....</b>	<b>15</b>

## **BÖLÜM II**

### **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

<b>2.1. Araştırmanın Türü .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2. Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1.1. Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akneli Ergenlerin Tanıtım Formu .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1.2. Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI).....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1.3. Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (DLQI) .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>26</b>

	<u>Sayfa</u>
2.7. Süre ve Olanaklar .....	27
2.8. Araştırma Etiği .....	27
<b>BÖLÜM III</b>	
<b>3.BULGULAR .....</b>	<b>29</b>
3.1. Akneli Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
3.2. Akneli Ergenlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular .....	37
3.3. Akneli Ergenlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulgular .....	39
<b>BÖLÜM IV</b>	
<b>4.TARTIŞMA.....</b>	<b>83</b>
<b>BÖLÜM V</b>	
<b>5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>102</b>
5.1.Sonuçlar .....	102
5.2.Öneriler .....	107
<b>BÖLÜM VI</b>	
<b>6.KAYNAKLAR.....</b>	<b>108</b>

**EKLER**

<b>Ek 1: Kişisel Bilgi Formu .....</b>	<b>115</b>
<b>Ek 2: Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi.....</b>	<b>119</b>
<b>Ek 3: Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği .....</b>	<b>121</b>
<b>Ek 4: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği.....</b>	<b>123</b>
<b>Ek 5: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....</b>	<b>127</b>
<b>Ek 6: Etik Kurul İzin yazısı .....</b>	<b>130</b>
<b>Ek 7: Merkezefendi Devlet Hastanesi İzin Yazısı .....</b>	<b>131</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>132</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
1. Akneli Ergenlerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	29
2. Akneli Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	30
3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	31
4. Akneli Ergenlerin Akne Vulgaris Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
5. Akneli Ergenlerin Tıbbi Tedavi Alma Durumlarına Göre Dağılımları .....	34
6. Akneli Ergenlerin Davranış ve Düşüncelerine Göre Dağılımı .....	35
7. Akneli Ergenlerin Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi Puan Dağılımı.....	37
8. Akneli Ergenlerin Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi Puanı .....	37
9. Akneli Ergenlerin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı .....	38
10. Akneli Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	39
11. Akneli Ergenlerin Eğitim Düzeylerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	40
12. Akneli Ergenlerin Anne Eğitim Düzeylerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41

## TABLULAR DİZİNİ (devam)

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
13. Akneli Ergenlerin Baba Eğitim Düzeylerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
14. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (Whoqol-bref) Puanları ile Sosyo-Demografik İlişkisi .....	43
15. Akneli Ergenlerin Aile Tipine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
16. Akneli Ergenlerin Yaşanılan Yere Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
17. Akneli Ergenlerin Gelir Durumlarına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
18. Akneli Ergenlerin Kronik Hastalık Varlığına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
19. Akneli Ergenlerin Adet Düzensizliğine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51

## TABLULAR DİZİNİ (devam)

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
20. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Alın) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
21. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Yanaklar) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
22. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Burun) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
23. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Çene) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
24. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Göğüs) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
25. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Omuz-Sırt) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57

## TABLULAR DİZİNİ (devam)

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
26. Akneli Ergenlerin Akne Şiddetine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
27. Akneli Ergenlerin Tedavi Alma Durumuna Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
28. Akneli Ergenlerin Yüz Yıkama Sıklığına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
29. Akneli Ergenlerin Aknenin Performansa Etkisine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
30. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Hijyen Eksikliği) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63
31. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Hormonal Nedenler) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65



## TABLULAR DİZİNİ (devam)

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
32. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Yağlı Yiyecekler) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66
33. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Kalıtım) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
34. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Stres) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
35. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	69
36. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Aile) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
37. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Arkadaş) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71

## TABLULAR DİZİNİ (devam)

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>38.</b> Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Doktor) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>72</b>
<b>39.</b> Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Eczacı) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>73</b>
<b>40.</b> Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Medya) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>74</b>
<b>41.</b> Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Güneş Banyosu Yapmak) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>75</b>
<b>42.</b> Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Yüz Yıkama Sıklığının Arttırılması) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>76</b>
<b>43.</b> Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Su Alımını Arttırmak) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	<b>77</b>

## TABLULAR DİZİNİ (devam)

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
44. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Beslenme Alışkanlıklarını Değiştirmek) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	78
45. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Reçetesiz Kozmetik Ürün) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	79
46. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Tıbbi Tedavi Görmek) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	80
47. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşim Sayısına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	81

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Sekil**

**Sayfa**

1. Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler..... 21
2. Araştırmanın Zamanlaması..... 28

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1. Araştırmanın Konusu

Ergenlik dönemi, gelişimsel açıdan birçok değişikliğin meydana geldiği bir dönemdir. Bu dönem bireyin nasıl görüldüğü ve nasıl bir kişi olduğu ile yoğun olarak ilgilendiği, sorular sorduğu ve bu sorulara cevap aradığı bir dönemdir. Ergenler özellikle bedensel açıdan kendilerinde meydana gelen değişikliklere karşı daha duyarlıdırlar(36).

Ergenlik dönemindeki en önemli değişim, beden imajındaki değişim olarak kabul edilir. Beden imajı, bireyin kendi bedeni hakkında sahip olduğu duygular olarak tanımlanmaktadır. Beden yapısı, beden deneyimleri ve duyularındaki 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.

Beden imajı ve saygısı, tüm yaşam boyunca, benlik değeri ve ruhsal sağlığın önemli bir yönünü oluşturur. Beden imajının kendini kabul, sosyal açıdan kendine güven, karşı cins için popülerlik ve atletik yetenekler üzerine önemli etkileri vardır(36,38,41,45). Bu da bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkiler.

Yaşam kalitesi (YK), mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak 'iyi olma durumu' olarak kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi, özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Sağlık, genel yaşam kalitesinin çok önemli bir boyutu olmakla birlikte iş, konut, okul ve yaşanan çevre de yaşam kalitesini etkileyen diğer bazı boyutlardır.

Temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir(42).

Yaşam kalitesi, kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir(42). Yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörlerden biri de deri hastalıklarıdır.

Dermatolojik hastalıklar diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişinin görünüşünü dolayısıyla, psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastalıkların, yaşantıya etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının psikososyal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerin belirlenmesi önem taşımaktadır(25). ‘İyi yaşam kalitesi’ dermatolojiyle, diğer medikal alanlardan daha ilgilidir, çünkü bu hastalıkların etkileri subjektif olup, kişinin şartlarına bağlıdır.

Deri lezyonlarının alevlenmesinde bazen psikolojik faktörler, bazen de biyolojik faktörler önemli rol üstlenebilmektedir. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların en az üçte birinde etkili tedavi için emosyonel faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Deri hastalıklarında görülen emosyonel problemler utanma, özsaygıda azalma ve olumsuz beden imgesidir. Psikososyal etki hastalığın gelişim aşamaları, hastaların demografik özellikleri, yaşam şartları, kişilik özellikleri, sosyal destek ve kültür gibi birçok faktöre bağlıdır(37). Kimlik arayışının ve birçok değişimin yaşandığı ergenlik döneminde bu faktörlerin yanı sıra aileler tarafından fizyolojik bir durum olarak benimsenmiş olan akne vulgaris, ergenlerin bu süreci daha da sorunlu yaşamalarına neden olabilmektedir. Ülkemizde akneli ergenlerin yaşam kalitesini inceleyen yeterli çalışmanın olmadığı dikkat çekmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, dermatoloji polikliniğine başvurmuş 11-20 yaş arasındaki akneli ergenlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

**H<sub>0</sub>:** Akneli ergenlerde yaşam kalitesi sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinden etkilenmez.

**H<sub>1</sub>:** Akneli ergenlerde yaşam kalitesi sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinden etkilenir.

#### **1.4. Sayıtlar**

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

#### **1.5. Araştırmanın Önemi**

Kronik ve sık görülen bir deri hastalığı olan akne vulgaris sıklıkla ergenlik dönemindeki bireyleri ve daha çok yüzü etkilemesi nedeniyle kişinin vücut algısı açısından önem arz etmektedir. Hastalarda özgüvende azalma, düşük benlik saygısı, sosyal ilişkilerde zorluk, sosyal fobi, ağrı ve keyifsizlik gibi psikosomatik bulgular, depresyon ve anksiyete prevalansında artış söz konusudur.

Akne vulgaris toplum tarafından genellikle fizyolojik bir olay olarak değerlendirilip önemsiz olarak algılanmaktadır. Fakat akneli hastalarda yaşam kalitesinin önemsenecek düzeyde olumsuz yönde etkilendiği, üstelik bu etkinin astım, diyabet, epilepsi, artrit gibi kronik hastalıklardan çok daha fazla olduğu bildirilmiştir(17,34). Ayrıca akne vulgarisin diğer tüm dermatolojik bozukluklara oranla psikososyal sorunlara daha çok neden olduğu ya da eşlik ettiği bildirilmiştir(17,34,62).

Ruhsal etkenlerle akne arasında en az üç tür etkileşim olduğu öne 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 odaklaşmasıdır(50).

Emosyonel ve hormonal değişimin hızlandığı cinsel çekicilik, beden imajı, eğitim ve mesleki yeterlilik gibi ciddi konularda kaygıların en üst düzeye çıktığı adölesan dönemde ortaya çıkabilen akne vulgaris, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama ve yeterli sosyal destek bulamamanın da etkisiyle bireyi değersizlik düşüncelerine itebilmektedir.(71,76). Akne vulgaris tedavisinde amaç lezyon sayısını azaltıp, hastalık süresini kısaltarak skar oluşumunu engellemek ve psikolojik etkileri en aza indirmektedir.

Bu aşamada bir sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi (disabilite) ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmelidir. Sağlıkla ilgili müdahalelerde ilgili sonuç göstergelerinin yalnızca yaşamları kurtarma temelinde değil, aynı zamanda onları ‘geliştirme’ temelinde olmaları gerektiğidir(42). Hastanın kaliteli bir yaşam sürdürmesi, kişisel gücüne ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelerin gerekli bakımı yapabilme yeteneğine bağlıdır. Sadece rutin işlevleri yapmakla sınırlı olmayan profesyonel hemşirelik, hastanın bireysel özelliklerini değerlendirme, duygularını kontrol etme ve bireysel haklarını korumayı gerektirir(90).

Deri hastalıklarının, hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin ölçülmesi; karşılanmayan gereksinimlerin anlaşılmasında ve sunulacak sağlık hizmetlerinde gerekli öncelik hakkında bilgilenmek açısından da önemlidir(17).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda yaptığımız çalışmadaki amacımız, dermatoloji polikliniğine başvuran akne vulgarisli ergenlerin sosyo-demografik özelliklerini incelemek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemektir.

## **1.6. Sınırlamalar**

Araştırma Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmaya dermatoloji polikliniğine başvuran, 11-20 yaş arasındaki akneli ergenler ebeveynlerinin izniyle gönüllü olarak dahil edilmiştir.



## 1.7. GENEL BİLGİLER

### 1.7.1. Akne Vulgaris Tanımı

Akne vulgaris, özellikle ergenlik dönemindeki bireyleri etkileyen, etiyojisi multifaktöriyel olan, pilosebase foliküllerin komedonlar, papüller, püstüller, nodüller ve sıklıkla sikatrislerle seyreden enflamatuvar bir hastalıdır(1,2).

### 1.7.2. Akne Vulgaris Epidemiyolojisi

Akne prevalansının son yıllarda tedavi olan hasta sayısının artması nedeniyle tam olarak saptanamadığı bildirilmekle birlikte, adolesanlarda değişik dönemlerde yapılan farklı çalışmalarda akne prevalansının %35 ile %90 arasında değiştiği, her iki cinste de en sık 15 ile 18 yaşlarda görüldüğü bildirilmiştir(1,8,9). Genel olarak 25 yaşından önce hastalık geriler fakat başlangıç ve kaybolma yaşları çok çeşitlidir. Kadın hastaların %12'sinin ve erkek hastaların %3'ünün 44 yaşına dek akneleri devam edebilmektedir(1).

Adolesanların ve erişkinlerin akne prevalansı hakkında bilgi sağlayan, geniş toplum tabanlı bir çalışmada, 18 yaş grubunda klinik akne, erkeklerin %35'ini, kızların ise %23'ünü etkileyerek diğer yaş grupları arasında en yüksek prevalansı göstermiştir(13). Yüz aknesi prevalansı oranları adolesan erkeklerde %81-%95, adolesan kızlarda ise %79-%82 arasındadır(13).

Akne prevalansı Japonya'da 13-19 yaşlarında %59.5 (5), İngiltere'de toplum tabanlı bir çalışmada 14-16 yaş arası %50 (7), Nijerya'da 11-19 yaş aralığında %90.7 (14), Kuzeydoğu Çin'deki ergenlerde %51.3 (20), İskoçya'da 15-18 yaş grubunda %83 (30), Singapur'da 13-19 yaşlarında %88 olarak bildirilmiştir.

Türkiye'de ise Aktan ve arkadaşlarının Denizli'de 2657 lise öğrencisiyle gerçekleştirdiği çalışmada akne prevalansı %23.1 (16), Güldü ve ark. Sivas'da yaptığı çalışmada 9-11 yaş grubunda %6.4, 12-14 yaş grubunda %36, 15-16 yaş grubunda ise %87 (3), Eskişehir'de 13-18 yaş grubunda %60.7 (6), Aydın'da 13-19 yaş grubunda %63.6 (40) olarak bildirilmiştir.

### 1.7.3. Akne Vulgaris Etiyolojisi

Akne vulgarisin etiyojijisinde birçok fakt6r rol almaktadır. Gelişiminde rol oynadığı d6şun6len başlıca d6rt fakt6r 6zerinde durulmaktadır. Bunlar; sebum yapımında artış, folik6ler epidermal hiperproliferasyon, folik6ldeki propionibacterium acnes (P. Acnes) kolonizasyonu ve inflamasyondur(19,50,62). Ek fakt6rler de akneyi Şiddetlendirebilir veya daha 6nce lezyonu olmayan bir kişide ortaya çıkmasına yol açabilir. Bunlar kozmetikler, genetik, hormonlar, beslenme, mekanik veya s6rt6nme kuvveti, sık y6z yıkama alışkanlığı, emosyonel durum, terleme, ultraviyole ve bazı ilaçlardır(1,2,19,62).

Pilosabase 6nite akne vulgarisin oluştuğu b6lgedir. Bir kıl folik6l6 ve ona açılan sebase bezden oluşur. Bu yapı çok katlı yassı epitel ile d6şeli infundibulum adı verilen b6lge ile deri y6zeyine açılır. Epidermiste olduğu gibi folik6l6 oluşturan h6crelerde yenilenip sebum ile birlikte atılır(50). Akne vulgarisli kişilerde pilosebase 6nite g6r6len ilk değişiklik, folik6ldeki keratinizasyonun farklı olmasıdır. Keratinositlerin artmış kohezyonu sonucu 6st kıl folik6l6 seviyesinde epitelyum ve infundibulum hiperkeratotik hale gelmektedir.

Artan h6creler ve bunların birbirine yapışması folik6l ağzında tıkaç oluşumu ile sonuçlanmakta ve bu tıkaç folik6lde keratin, sebum ve bakteri birikimine neden olmaktadır. Bu da aknenin primer lezyonu olan mikrokomedon oluşumuna yol açmaktadır. Keratinosit hiperproliferasyonu ve artmış adhezyonuna neden olan fakt6r bilinmemektedir. Keratinosit proliferasyonuna neden olduğu d6şun6len fakt6rler; androjen stimulasyonu, azalmış linoleik asit ve artmış İnterl6kin (IL)-1 aktivitesidir(51).

Akne vulgarisin oluşumunda olmazsa olmaz etkenlerden biri de sebum artışıdır. Androjen hormonlar sebosit proliferasyonu, farklılaşması ve lipogenezi sağlayarak sebum 6retimine etki etmektedirler. Sebum, yağ bezleri ve kanalı içindeyken steril olup serbest yağ asitleri içermez. Ancak infundibulum mikroflorasında bulunan Stafilokokus epidermidis ve P. Acnesin artmasıyla bu bakteriler tarafından salgılanan lipazlar trigliseritleri parçalayarak serbest yağ asitlerini 6retirler. Yağ asitleri infundibular keratinizasyonu değiştirerek komedojenik etki g6sterirler. Ayrıca folik6le doğru n6trofil hareketi, kemotaksis sonucu pap6l, p6st6l oluşumuna yardım eder. Serbest yağ asitlerinin yaptığı folik6l duvarı hasarı nod6l, abse ve skarların gelişimine katkı sağlar(33,38).

Akne vulgaris oluşumunda rol oynayan bir diğer etken folikülde yerleşen *P. Acnes*'tir. Propionibakteriler gram-pozitif, hareketsiz basillerdir ve şekerleri fermante ederek propionik asit açığa çıkarırlar. Aknesi olan 11-15 yaşlarındaki bireylerde sebace bezlerin yoğun olduğu alanlarda *P. Acnes* miktarında belirgin artış görülmektedir. Ancak akne, *P. Acnes*'in neden olduğu infeksiyöz bir hastalık değildir ve bu nedenle bulaşıcı değildir. *P. Acnes* inflamasyona neden olarak akne oluşumunda rol oynamaktadır. *P. Acnes*'in ürettiği lipaz ile ortaya çıkan serbest yağ asitlerinin inflamasyona neden olduğu düşünülmektedir. Ancak lipaz inhibisyonu ile derideki serbest yağ asitlerin miktarının azalması ile aknenin azalmaması bu teoriyi desteklememiştir. Daha sonra *P. Acnes*'in kemotaktik sitokinler ürettiği ve kompleman sistemini aktive ettiği görülmüştür. Ayrıca akneli hastalar bu bakteriye karşı hem hücrel hem humoral bağışıklık geliştirmekte olup, serum antikor seviyesi ile aknenin şiddeti korelasyon göstermektedir(65,66). Araştırmalar *P. Acnes* ile oluşan inflamasyonda hem T-helper1 (Th1) hem de Th2 hücrelerin rolü olduğunu düşündürmektedir. *P. Acnes*'in aynı zamanda bir T hücre mitojeni olduğu ve akne patogenezindeki rolünde antijenik etkileri kadar mitojenik etkilerinin de önemli olduğu belirtilmiştir(55).

Akneli hastalarda primer immünolojik olaylardan çok sekonder inflamatuvar cevabın önemli olduğu düşünülmektedir. İnflamasyonun oluşumunda özellikle *P. Acnes*'e karşı gelişen hem hücrel hem de humoral immünolojik yanıt rol oynamaktadır(33). Akne hücrel immün sistem fonksiyonlarından sorumlu olan T lenfositlerin anlamlı olarak arttığı ve akne şiddeti ile periferik kandaki B lenfosit sayısının uyum gösterdiği tespit edilmiştir(22,28). *P. Acnes*'in çözünebilir parçaları ve karbonhidrat komponenti, dominant antijen olarak görülmüştür(51,66).

Bazı akne hastalarında dolaşan immün komplekslerde yükselme rapor edilmiştir. İmmün kompleks ve *P. Acnes*'e karşı antikor titreleri ile inflamasyon şiddetinin korele olduğu gösterilmiştir(31). *P. Acnes*'e karşı antikorlar tam olarak tanımlanamamış olmakla birlikte, genellikle IgG türü antikorlar rapor edilmiştir, şiddetli aknesi olan hastalarda IgG 3 titrelerinde yükseklik tespit edilmiştir(51). Ayrıca *P. Acnes* ve komedon içeriğinin, klasik ve alternatif yollarla komplemanı aktive ettiği gösterilmiştir(48). Duktal korneositler tarafından oluşturulan IL-1, 2 ve Tumor Nekrozis Faktör (TNF)-alfa da inflamasyonda rol oynamaktadır(22).

Akne vulgarisin oluşumunda rol oynadığı düşünülen diğer faktörlerden; komedojenik yağlı veya oklüzif ürünler kapalı komedonlara ve bazen enflamatuvar lezyonlara yol açabilir. Diğer kozmetiklerde akneyi başlatabilir veya şiddetlendirebilir fakat çoğu kozmetik, komedon oluşumu açısından test edildiğinden akne kozmetika denen bu durum nadirdir(1). Kozmetiklerin içinde bulunan ve komedon oluşumuna neden olan bazı maddeler; isopropil miristat, propilen glikol, D ve C kırmızı boyalarıdır(50).

Akne vulgariste kalıtsal eğilim tam olarak kanıtlanmamıştır. Kalıtımın multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Bazı ailelerde şiddetli akne skarlarına eğilimin olması bunu desteklemektedir(62). Tek yumurta ikizleri ile yapılmış bir çalışmada ikizlerin %80'inin her ikisinde de akne saptanmıştır(44). Yine tek yumurta ikizlerinde akne şiddeti ve sebum ekspresyon hızı tamamen aynı ve komedon sayıları da benzer bulunmuştur(60). Almanya'da yapılan bir taramada akneli okul çocuklarının %45'inde anne veya babada akne saptanırken, aknesiz öğrencilerde bu oran sadece %8'dir(69).

Pek çok mekanik veya sürtünme kuvveti mevcut akneyi şiddetlendirebilir. Sık görülen bir sorun bazı kişilerin siyah noktalarından veya ciltlerinin yağlılığından kurtulmak için yüzlerini aşırı derecede yıkamalarıdır. Mekanik veya sürtünmeye bağlı aknenin temel özelliği lezyonların alışılmadık dağılımıdır. Provoke eden faktörler arasında çene bağları, kemanlar, şapkalar, yakalıklar, cerrahi flasterler, ortopedik alçılar, sandalyeler ve koltuklardır. Bu belirtilen etkenlerin çoğu muhtemelen foliküler epiteli irrite etmekte ve komedon oluşumu ve foliküler rüptüre yol açan değişiklikleri şiddetlendirmektedir(1).

Aknesi olan tüm kadınlarda ve çocuklarda hiperandrojenizm düşünülmelidir. Kadınlarda düzensiz menstrual siklus ve hirsutizm varlığı klinik olarak anlamlı hiperandrojenizm tespit etme ihtimalini arttırmaktadır(1). Androjenler akne patogenezinde esas etkisi infundibuler keratinosit ve sebositlerde proliferasyon ve değişime sebep olmalarıdır(18). Akneli hastaların çoğunda serum androjen düzeyleri normaldir. Bu durum androjenlerin sadece akne gelişimini başlatan ılımlı bir role sahip olduğunu veya androjenlerin deride lokal aşırı üretimi ve androjen reseptörlerinin yüksek ekspresyonu ve cevaplılığının akneye sebep olduğunu düşündürmektedir(52,62). Östrojenlerin sebum üretimi üzerindeki rolü net değildir. Östrojenin sebasöz bezlerde androjen etkisini direk engelleyerek, hipofizden gonodotropin üretiminin negatif feedbackle inhibisyonu sonucu gonodal androjen üretimini baskılayarak, lipid üretimi ve sebace bez gelişimini gen regülasyonu ile baskılayarak sebum üretimini azalttığı düşünülmektedir(62).

Uzun yıllardır aknenin diyetle yakın ilişkisi olduğuna inanılmış ve diyet kısıtlamaları tedavi programlarına eklenmiştir. Hastaların bir kısmı bazı yiyeceklerden sonra lezyonlarının şiddetlendiğini ifade etse de bilimsel olarak yiyecekler ile akne arasında bir ilişki kurulamamıştır(2). Ancak son çalışmalardan elde edilen kanıtlar batı diyet komponentlerinin özellikle mandıra ürünlerinin akne ile bağlantılı olabileceğini göstermektedir(53,64). Yüksek süt içeriğinin yağ içeriğinden bağımsız olarak, süt içinde bozulmadan kalan insülin benzeri büyüme faktör-1 (IGF-1), 5 alfa indirgenmiş steroidler, alfa laktoalbumin gibi hormonlar sayesinde pilosebase yapıyı etkiledikleri bildirilmiştir(62).

Yüksek glisemik indeksli diyet insülin seviyesini arttırarak androjen ve IGF seviyelerini etkilemektedir(58). Yüksek sature yağlı diyet, IGF-1 oranını arttırarak etki gösterir(53).

Çikolatanın akne ile ilişkisi, insülin rezistansını arttıran maddeler içermesi ve postprandial hiperinsülinemiye sebep olması nedeniyledir(47). Omega-6, proinflamatuvar mediatörleri arttırarak inflamatuvar aknenin gelişimine neden olur. Zıt olarak yüksek omega-3 seviyelerinin inflamatuvar faktörleri azalttığı, sonuçta da IGF-1 seviyesini azaltarak, sebasöz foliküllerin hiperkeratinizasyonunu önleyerek akne riskini azalttığı ifade edilmektedir(62).

Sonuç olarak çalışmalar, karbonhidrat ve proteinden zengin, lifden fakir diyetin akne prevalansını arttırdığı yönünde kanıtlar ortaya koymaktadır(62). Diyetin etkinliğini test etmek için akneyi etkileyen dış faktörler; yaş, pubertal evre, menarş yaşını içeren randomize çalışmalar gerektiği vurgulanmaktadır(53).

Akne vulgaris üzerine etkisi tartışılan diğer faktörler; terleme ve ultraviyoledir. Yapılan bir çalışmada hastaların %15'inden fazlasında terleme akne şiddetini arttırmaktadır(61). Bu durumun sıcak hava ve nemin foliküler oklüzyonu arttırmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür(39). Bunun yanı sıra bazı hastalar lezyonlarının yazın daha iyi durumda olduğunu söylemektedir. Ancak UV uygulamalarının komedon oluşumunu ve akne şiddetini arttırdığı gösterilmiştir(39).

Akne vulgaris pek çok deri hastalığında olduğu gibi kişinin emosyonel durumundan etkilenebilmektedir. Stres altındaki kişilerde adrenal adrojenlerin aşırı üretimine bağlı seboredeki artış bu durumu açıklayan bir mekanizma olabilir(62).

Aknenin kendisi de bir stres durumudur ve stresi indükler, hasta lezyonları travmatize ederek durumu daha da kötüleştirebilir(22). Akneli kişilerde sosyal fobi, depresyon, anksiyete, özgüvensizlik, intihar duygusu, düşük benlik saygısı gibi psikolojik sorunlar yüksek oranda gözlenmektedir(4,11,15).

Bazı ilaçların da akneye neden olabileceği ya da alevlendirebileceği bildirilmiştir. Bunlar arasında; Anabolizan steroidler, testosteron ve türevleri, gonodotropinler ve kortikosteroidler mevcuttur. Ayrıca lityum, tetrasiklinler, B2-B6 ve B12 vitaminlerinin de akne üzerine etkisi olduğu bildirilmiştir(50,51,62).

#### **1.7.4. Akne Vulgaris Klinik Bulguları**

Akne özellikle yüzü etkileyen, daha az olarak boyun, sırt, göğüs, omuzlar, kol ve bacaklarda da gözlenebilen bir hastalıktır. Klinik olarak komedon, papül, püstül, nodül ve kistlerle karakterizedir. Başlangıçta gözlenen non-inflamatuar lezyon olan komedonlar kapalı ise beyaz papüller şeklindedir, açık komedonlar ise deriden hafif kabarık, ortasında koyu renkli keratin ve lipid birikimi ile karakterizedir. İnflamatuar reaksiyon şiddetli değilse kırmızı bir papül, daha şiddetli reaksiyonlarda ise püstüller, nodül ve kistler oluşmaktadır. İnflamatuar yanıtın çok şiddetli olduğu, daha derine yayıldığı ve uzun yıllar devam ettiği durumlarda fibroz doku gelişimi ve skarlar meydana gelmektedir(56,61,67). Akne vulgaris erkeklerde daha şiddetli seyretmektedir(1,24).

#### **1.7.5. Akne Vulgaris Dereceleri**

Akne vulgaris klinik olarak, lezyonların şiddeti ve görünümüne göre dört farklı derecede sınıflandırılır(33,35,51). Hem inflammatuar hem de inflammatuar olmayan lezyonlar skar oluşumuna neden olabilmekte ve skarlar hipertrofik, atrofik ve buz deliği skarlar gibi farklı görünümlere sahip olabilmektedir(35,51).

**Komedonal Akne:** Yalnız komedonlar veya ek olarak tek tük papülopüstüler lezyonların olduğu durumdur.

**Hafif Papülopüstüler Akne:** Nodulokistik lezyonların hiç olmadığı, papülopüstüler lezyonların orta miktarda olduğu durumdur.

**Şiddetli Papülopüstüler Akne:** Nodulokistik lezyon olmaksızın çok sayıda papülopüstüler lezyon veya az sayıda papülopüstüler lezyona tek tük nodulokistik lezyonun eşlik etmesi şeklinde görülen durumdur.

**Nodulokistik Akne:** Çok sayıda nodulokistik lezyonun bulunduğu durumdur.

### **1.7.6. Akne Vulgariste Ayırıcı Tanı**

Akne vulgaris tanısında genellikle zorluk yaşanmaz. Ayırıcı tanısını yaparken klinik lezyonlar arasında komedonların olup olmadığına bakılmalıdır. Açık ve kapalı komedonlar yoksa akne vulgaris tanısından uzaklaşılmalıdır(62).

### **1.7.7. Akne Vulgaris Tedavisi**

Akne vulgarisli hastalarda tedaviyi belirlemeden önce, daha önce görülmüş tedavilerin hepsini kaydetmek önemlidir. Doz, zamanlama, kombinasyonlar, yan etkiler ve tedaviye yanıt öğrenilmelidir. Kortikosteroidler, anabolik steroidler, nöroleptikler, lityum ve siklosporin akneyi kötüleştirebilirler. Ailede akne öyküsü ve sikatris oluşturma eğilimi not edilmelidir. Kadın hastaların mens düzensizliği, erkek tipinde kılınma ve kozmetik kullanımı açısından sorgulanmalıdır(1).

Uygulanacak tedaviler hem aknenin şiddetini azaltıp, süresini kısaltmalı hem de skar ve inflamasyon sonrası hiperpigmentasyon gibi komplikasyonların oluşumunu önlemelidir(62). Fizik muayenede lezyonun tipinin (papül, püstül, komedon, kist vb.) saptanmasına ek olarak lezyonun şiddeti, skar dokusunun varlığı, hiper-hipopigmentasyon, genişlemiş porlar, ekskoriasyon ve keloid varlığı da araştırılmalıdır(59,63). Hafif şiddette aknesi olan hastalarda topikal tedavi yeterli iken, orta ve şiddetli derecedeki akneli olgularda ise oral ve topikal tedavi önerilmektedir(50).

#### **1.7.7.1. Topikal Akne Tedavisi**

Tüm topikal tedaviler önleyici olmakla beraber, etkinliklerini değerlendirmek için 6 ile 8 hafta gerekir. Yalnızca lezyonlar değil, akneden etkilenen tüm bölge tedavi edilir ve uzun süre kullanmak şarttır. Birçok hastada oral ve topikal tedavi kombinasyonu ile hastalık kontrol altına alındıktan sonra topikal tedavi idame tedavisi olarak etkili olmaktadır(1).

### **Kullanılan topikal preparatlar ;**

- Benzoyl peroksit jel, losyon, krem, yıkama, sabun (%2.5-10)
- Azeleik asit %20 krem
- Antimikrobiyeller (klindamisin jel/losyon/solüsyon, eritromisin solüsyon/jel/merhem)
- Salisilik asit jel, krem, losyon, köpük, solüsyon (%1-2)
- Sodyum sülfasetamid – kükürt kombinasyonları, jel, losyon, yıkama
- Retinoidler(krem/jel)( adapalen, tretinoin, tazaroten).

**Benzoyl peroksit:** Benzoyl peroksitin güçlü antibakteriyel etkisi vardır. P.Acnes direnci gelişmez. Yalnızca 2 ila 7 günde bir uygulansa bile antibiyotiklerle beraber kullanımı direnç gelişimini azaltmaktadır. En çok enflamatuar akne de etkili olmakla birlikte bazı çalışmalar komedolitik de olduğunu göstermektedir(1,57). Tedavi genelde günde bir veya iki kez yapılır. Benzoyl peroksit deriyi irrite edebilir ve soyulmalara yol açabilir. En zayıf etkili su bazlı formülasyonlar en az irrite edenlerdir. Günde bir veya günde bir uygulama iritasyonu azaltır. Nadiren alerjik kontakt dermatit gelişir. Bu durumda hastanın şikayeti karıncalanma veya yanma yerine kaşıntı olacaktır. Bu durumlarda tedaviye ara verip, nemlendiriciler haricen kullanılabilir. Hamilelikte C kategorisine girmektedir(1).

**Azeleik asit:** Bu dikarboksilik asidin yan etkisi önemli derecede azdır ve hem inflamatuvar hem de komedonal akne de hafif etkilidir. Azeleik asit keratin üretimini azaltır, P. Acnes'in üremesini engeller ve antiinflamatuvar etkiye sahiptir(2,71).

**Salisilik asit ve Sodyum sülfasetamid:** Salisilik asit komedolitik olmakla birlikte vitamin A asidi gibi komedonlarla epidermal hücre yenilenme zamanını etkilemez. Sıklıkla reçetesiz satılan formülasyonları bulunur. Sülfasetamid-kükürt kombinasyonu içeren ürünler hem akne de hem de rozasede hafif etkilidir(50).

**Topikal antimikrobiyeller:** Topikal klindamisin ve eritromisin genellikle iyi tolere edilirler ve hafif ile orta şiddetli enflamatuar akne de etkilidirler. Topikal antibiyotik kullanımındaki temel amaç, P. Acnes sayısını azaltmaktır. Ancak en önemli yan etkileri bakteriyel direnç ve çapraz direnç gelişimine neden olmalarıdır(23).



**Retinoidler:** Bu ajanların özellikle foliküler epitelin normal deskuamasyonunu sağlamakta etkili oldukları bilinmektedir. Böylece komedonları azaltırlar ve yeni lezyon oluşumunu engellerler. Tretinoin bu grupta akne için ilk kullanılanıdır. Adapalen iyi tolere edilen retinoid benzeri bir bileşiktir. Tazaroten diğerlerine oranla daha güçlüdür ancak iritan özelliği de daha fazladır. Retinoidlerin iritan etkisini azaltmak için başta gün aşırı kullanım önerilmektedir ve yanında nemlendirici önerilmektedir(49).

### 1.7.7.2. Sistemik Akne Tedavileri

Topikal tedavinin yetersiz kaldığı ya da irritasyona neden olduğu durumlarda, orta ve şiddetli akne sistemik tedavi tercih edilir.

#### Oral akne tedavileri:

- Antibiyotikler(Tetrasiklin, Eritromisin, Klindamisin, Minosiklin)
- Retinoidler(İzotretinoin)
- Hormonlar(Doğum kontrol hapları, Prednizon, Antiandrojenler)

**Antibiyotikler:** Genellikle sistemik tedavinin ilk basamağını antibiyotikler oluşturur. Bunlar antiinflamatuvar olmalarının yanı sıra P. Acnes'in hem sayısını hem de lipaz üretimini azaltarak etki ederler. Oral tedaviler en az 6 ay sürmelidir. Tetrasiklin en güvenli ve en ucuz seçenektir ve hastaların %70'inde olumlu yanıt alınır. Genelde günde bir ila dört kez 250-500 mg dozda verilir ve klinik yanıtı göre doz azaltılabilir. Yiyeceklerle birlikte alınımında kalsiyum ve demir tetrasiklinle birleşerek absorpsiyonunu azalttığından önerilmemektedir. Hastaların %5'inde vajinit veya perianal kaşıntı ortaya çıkabilir. Etkilenen bölgede genellikle Candida albicans bulunur. Minosiklin akne vulgaris tedavisinde en etkili antibiyotiktir. P. Acnes'i tetrasiklin direnci kazananlarda alternatiftir. Aknenin şiddetine bağlı olarak günde bir veya iki kez 50-100 mg uygulanır. Serum hastalığı, pnömoni ve hepatit nadir fakat potansiyel olarak ciddi yan etkileridir.

Ayrıca minosikline bağlı dişlerde ve tırnaklarda mavi pigmentasyon görülebilir. Eritromisin etkinliği zayıftır ancak yan etkilerinden dolayı tetrasiklinleri kullanamayan hastalarda düşünülebilir. Yan etkileri genellikle gastrointestinal şikayetlerdir. Başlangıç dozu günde iki ila dört kez 250-500 mg'dır. Klindamisin psödomembranöz kolit gelişme ihtimali ve retinoidlerin yaygınlaşması kullanımını sınırlamıştır. Dozu günde üç kez 150 mg'dır. Bu doz kontrol sağlandıkça azaltılır.

**Retinoidler(İzotretinoin ):** İzotretinoin akne patogenezinde rol oynayan bütün faktörlere karşı en etkili ilaçtır. Şiddetli, dirençli, nodulokistik akne, topikal ve diğer tedavilere yanıt vermeyen, skar oluşumuna neden olan, psikolojik olarak problem yaratan akne formlarında yaygın olarak kullanılmaktadır(43). Sebümü azaltarak, komedolitik etki göstererek, mikro çevreyi değiştirerek antibakteriyel ve belirgin antiinflamatuvar etkinliği ile aknenin tüm etyopatogenetik süreçleri üzerine etkili olmaktadır(62). İzotretinoin A vitamini türevi olan bir retinoik asittir. Doz 0.5 ila 1 mg/kg/gündür ve tek doz halinde veya ikiye bölünerek alınır. Daha yüksek doz tedaviyi tolere edebilen ve gövdesinde şiddetli akne olan hastalarda ilaç 2 mg/kg/gün şeklinde ayarlanabilir.

Pratikte çoğu hastaya erken bir alevlenmeyi önlemek amacıyla ilaç 20-40 mg dozda başlanır ve doza bağımlı olan yan etkilerden kaçınmak için zamanla 40-80 mg/gün'e yükseltilir. 0.1 mg/kg/gün kadar düşük dozlarda akneyi iyileştirmek de neredeyse yüksek dozlar kadar etkilidir; olumsuz yönleri ise 20 haftalık tedaviden sonra bile uzamış bir remisyona sağlayamamalarıdır. Uzamış bir remisyona sağlama ihtimalini arttırmak için hastalar tedavi süresince 120-150 mg/kg retinoid almalıdır(1,46,54).

Tedaviye başlamadan önce ve başladıktan 4-6 hafta sonra tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, kan lipidleri takip edilmeli ve düzenli aralıklarla kontrolleri yapılmalıdır(54). Fotosensitivite riski nedeniyle tedavi süresince hastalara güneş koruyucu ajan kullanmaları önerilmelidir(43). Eğitimin bir diğer önemli noktası da ilacın psikolojik etkileri üzerinedir. Hasta ve yakınları mizaçtaki değişiklikler, depresyona eğilim, psikoz ve intihar düşünceleri konusunda dikkatli olmaları açısından uyarılmalıdır(1,43,62).

İzotretinoinin diğer yan etkileri doza bağlıdır ve genelde ciddi değildir. Kuru dudaklar, deri, gözler, oral ve nazal mukoza hastaların %90'ında meydana gelir. Bu yan etkiler nemlendirme ile tedavi edilebilir.

**Hormonlar:** Kadın hastalarda sebore, hirsutismus, androjenik alopesi gibi bulgular da eşlik ediyorsa antiandrojen etkili oral kontraseptifler, siproteron asetat, spiranolaktan kullanılabilir(2). Hormonal tedaviye en iyi yanıt verenler genelde aknesi yüzünün alt kısmında ve boynunda olan, ağrılı ve uzun süren derin nodülleri olan kadın hastalardır.

Prednizon (steroidler), steroid aknesine yol açabilseler de şiddetli ve tedaviye yanıtsız akne vulgariste etkili antiinflamatuvar ajanlardır. Şiddetli kistik aknelerde kortikosteroid tedavisi etkilidir, fakat yan etkileri kullanımını sınırlamaktadır(1).

### 1.7.8. Yaşam Kalitesi, Hemşirelik ve Akne Vulgaris

Yaşam kalitesi kavramı basit bir kavram gibi görünmesine karşın oldukça geniş kapsamlıdır. Yaşam kalitesi, kişinin kendini sorgulaması, tanınması, yaşamını barışçıl, dengeli ve uyumlu kılabilmesidir. Bireyin yaşamdan duyduğu hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir de denebilir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır(78,80).

Patric ve Erickson'a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, özürllülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır. Fayos yaşam kalitesini; kişilerin yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri şeklinde tanımlamıştır(75). Hoernquist ise yaşam kalitesini; fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır. Szalai'ne göre yaşam kalitesi; bireyin yaşamının iyi ve tatminkar özelliklerinin genel değerlendirilmesidir.(70).

Tanımların ortak noktalarına bakıldığında yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamını nasıl algıladığıdır, her algı gibi bireye özel ve subjektiftir, bireyin sahip oldukları ile hayal ettikleri arasındaki dengedir, mutluluk, doyum ve uyumdur, bireyin kendini iyi hissetmesidir ve bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumudur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini 'Bireyin yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde amaçları, beklentileri, kriterleri ve sosyal ilişkilerine yönelik algısı' olarak tanımlamıştır. DSÖ' ye göre yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden ve içinde bulunduğu çevrenin özelliğinden, çevre ile ilişkilerinden etkilenir(99). DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır. DSÖ'ne göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeler;

**Fiziksel Sağlık;**

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

**Psikolojik Durum;**

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Kendine güven
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

**Bağımsızlık Düzeyi;**

- Hareket edebilme,
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu
- Çalışma kapasitesi

**Sosyal İlişkiler;**

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

**Çevresel Özellikler;**

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

## **Maneviyat İle İlgili Özellikler;**

- Ruhsal, dinsel ve kişisel inançlardır(75,81,83).

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar.

Yaşam kalitesini ilgilendiren konular dört temel grup altında incelenebilmektedir:

- Fiziksel Esenlik
- Psikolojik Esenlik
- Sosyal ve Bireysel Esenlik
- Maddi/Ekonomik Esenlik

Hoes ve Sullivan'a göre yaşam kalitesi alanları;

### **Fiziksel Esenlik/yeterlilik**

- Yeme-İçme
- İştah
- Seks
- Uyku
- Yorgunluk
- Sağlık-hastalık algısı

### **Psikolojik Esenlik**

- Doyum alma
- Yararlılık
- Beden İmajı

### **Sosyal ve Bireysel Esenlik**

- Sosyal etkinlik

### **Maddi/Ekonomik Esenlik**

- Geleceğe ilişkin güven
- Sigorta
- Barınma
- İş güvencesi vb.

### **Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar**

- Ekonomik ve sosyal güvence
- Güven içinde yaşamak
- Rahatlık ve konfora sahip olmak
- Anlamlı ve aktif bir yaşam içinde olmak
- Yakın çevre ile olumlu ilişkiler içinde olmak
- Eğlence ve zevk alınan aktivitelerin olması
- İtibar görmek
- Otonominin olması
- Mahremiyete değer verilmesi
- Kendini ifade edebilmek
- Fonksiyonel olarak yeterli olmak
- Özgün bir birey olarak algılanmak
- Huzur içinde olmak, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi(67).

### **Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar**

- Temel gereksinimlerinin karşılanamaması
- Beden imajının değişmesi
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Akut sağlık sorunları
- Kronik sağlık sorunları nedenleri ile yaşamak(67).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve 'Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi' kavramının aslında ilk kez DSÖ Anayasası'nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ 1948'de sağlığı, yalnızca hastalığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamasından sonra sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır(75).

Sağlık alanında yaşam kalitesi, sağlık çalışanlarının hastayla ilgili fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok hastanın algılamaları ile hastalık ve hastalığın tedavisiyle ilgili yaşantılarını vurgular. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın bireyin sosyal, emosyonel, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmaları, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonların doyumu ve gereksinimlerini karşılamada bireysel yeterlilik olarak çeşitli boyutlarda tartışılmaktadır(96).

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi (SYK) kronik hastalıkların hastalar üzerindeki çok boyutlu etkilerinin gösterilmesi veya ölçülmesi açısından büyük önem taşır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi, hastalık semptomları, tedavi süresinin uzun olması, hastanede yapılan sık kontroller, günde birkaç defa ilaç alma ve alınan ilaçların yan etkileri gibi faktörler hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu yönündedir(96).

Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla başedebilme gücünün ve bağımsızlığının artırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi, hemşirelik bakımının da temel hedeflerinden biri olmuştur(96). Hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin getirdiği kısıtlamalara rağmen doyum verici bir yaşam için; hastaların kendilerini iyi hissetmelerini ve sağlık bakım olanaklarının artırılmasını sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak ve psikolojik iyilik halini geliştirici yaklaşımlar sunmak sağlık hizmetlerinin özellikle de hemşirelerin önemli hedefleri haline gelmiştir(100).

Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik uğraş verme, hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır(99).

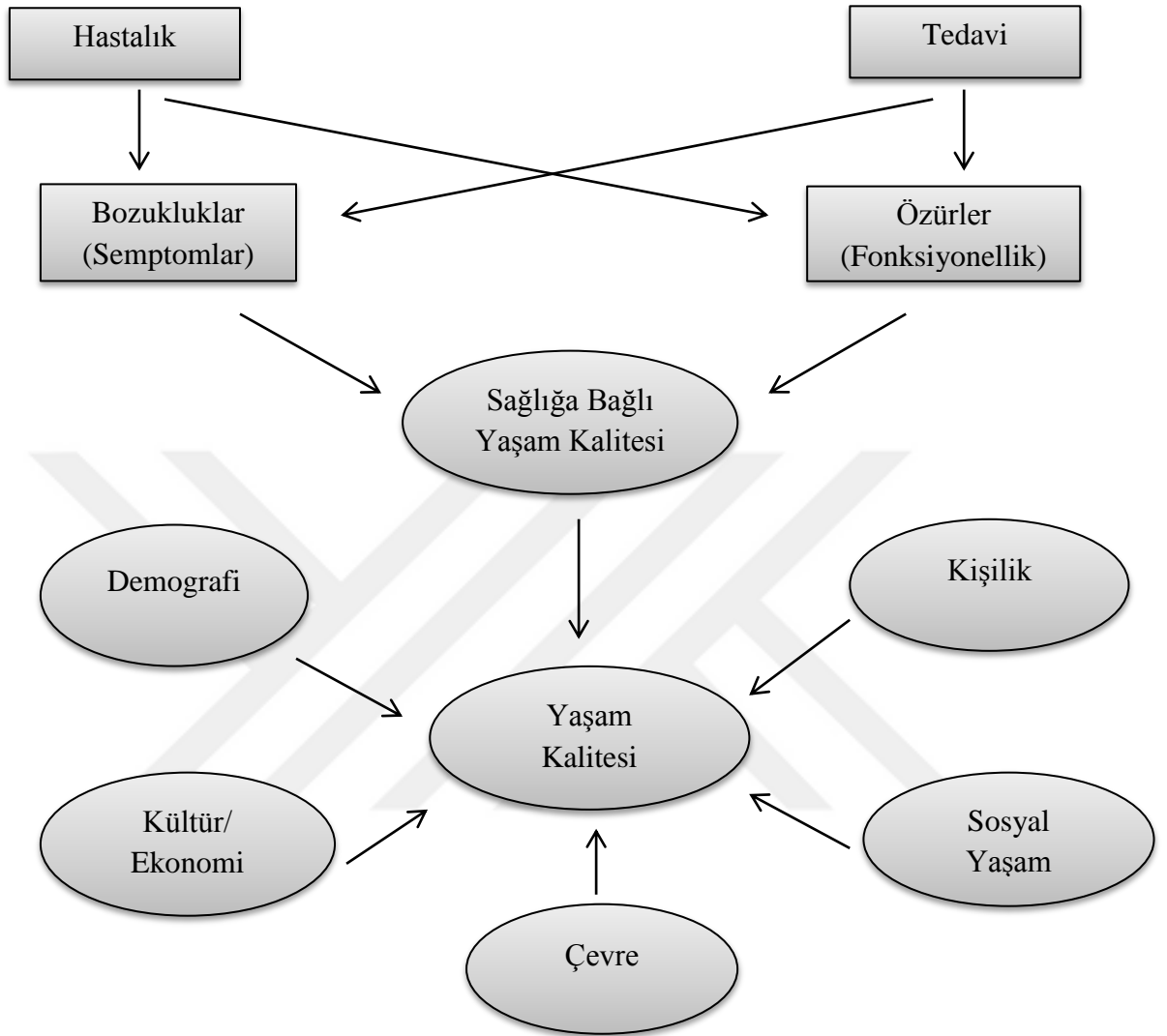
Sağlık ve insan, hemşirelik uygulamalarına etki eden ve yönlendiren temel kavramlardır. Fizyolojik bir varlık olan insan yaşamının devamlılığının sürdürülmesinde, temel insan gereksinimlerinin karşılanması gereklidir. Hastalık bireyin; çevre ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozar. Hemşirelik uygulamaları, hastalık nedeni ile kişinin kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerini karşılamayı, en kısa zamanda bireyin bağımsız bir hale gelmesini ve sağlığını sürdürebilmesi için bilgilendirmeyi kapsar. (75,88).

Hastalığa bağlı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerini desteklemek sağlık bakımında çok önemlidir. Doyum veren bir yaşam için, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bireye; önerilen tedaviye uyumun artırılmasına yönelik, sağlıkla ilgili yeteneklerini sonuna kadar kullanmalarını sağlayacak davranış ve becerilerin kazandırılması gerekmektedir(91,96).

Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkilerini değerlendirmede uygun sonuçlar verir. Birey, aile ve toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi yalnızca bireyin var olan kişiliğini korumakla gerçekleşmez. Çünkü sağlıklı/hasta bireyin gereksinim duyduğu yardımın verilebilmesi ancak bireyle kurulacak olan mesleki ilişkinin niteliğine ve niceliğine bağlıdır. Hemşireler holistik yaklaşım doğrultusunda hastaların yaşam kalitesini yükseltebilir ve iyi bir hemşirelik bakımı sunabilirler. Hasta bakımındaki amaç; hastayı sıklıkla tedavinin yan etkilerinden korumak, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümündeki sürekli değişkenlere hastanın uyumunu sağlamaktır(91,96).



**Şekil 1.** Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler



Şekil 1: Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi (67).

Toplumumuzda aknenin ergenlik çağına özgü fizyolojik bir olay olduğu düşünüldüğünden hastalık yeterince önemsenmemektedir. Akneli hastaların bu konudaki yetersizliklerini, yanlışlarını fark edip düzeltmek, aldıkları tıbbi tedavi kadar kişiye fayda sağlayabilir.

Akneli kişilerin tedavilerindeki başarısızlık, ilaç etkileşimleri, beraberinde bulunan diğer hastalıklar veya antibiyotik direncinden dolayı olabilir. Ancak en sık ve en önemli sebep tedaviye uyumsuzluktur.

İyi tolere edilebilen, uygun doz aralıklarına sahip ve kozmetik olarak kabul edilebilir tedaviler uyumu arttıracaktır fakat hastanın iyi bir şekilde bilgilendirilmesi uyum için şarttır.

Alınan tedavinin ne kadar süreceğini ve olabilecek yan etkileri anlatmak, açık ve anlaşılır önerilerde bulunmak gerekir. Topikal tedavilerde uygulamanın yalnızca belli lezyonlara değil, etkilenmiş olan tüm alana uygulanması gerektiği vurgulanmalıdır. Ayrıca oral ve topikal tedavinin düzenli kullanımının önleyici olduğu belirtilmelidir. Özellikle izotretinoin tedavisi alan hastalarda eğitim çok önemlidir. Tedavi süresince kişilerin fotosensitivite riski nedeniyle güneş koruyucu ajanlar kullanmaları konusunda uyarılmalıdırlar. Ayrıca deri ve mukozalarda oluşabilecek kuruluk konusunda bilgilendirilmeliler ve bu süreçte nemlendirici kullanmaları tavsiye edilmelidir. Bu tedavi süresince düzenli aralıklarla kontrole gelip, gerekli kan tahlillerini yaptırmalarının önemi üzerinde durulmalıdır.

## BÖLÜM II

### 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran 11-20 yaş arasındaki akneli ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

#### 2.1. Araştırmanın Türü:

Araştırma, Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran 11-20 yaş arasındaki akneli ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

#### 2.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri:

##### 2.2.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; dermatoloji polikliniğine başvuran akneli ergenlerin tanıtım formu (Ek I), Cardiff akne kısıtlılık indeksi(CADI)(Ek II), Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI)(Ek III) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam kalitesi ölçeği(WHOQOL-BREF)(Ek IV) kullanılmıştır. Veriler, akneli ergenlerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

##### 2.2.1.1. Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akneli Ergenlerin Tanıtım Formu (Ek I):

Bu form akneli ergenlerin ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerini, mevcut sağlık durumlarını, hastalık sürelerini, lezyonların yerleşimi ile akneye yönelik kullandıkları ilaçları, yüz yıkama sıklıklarını, akne nedeni olarak neye inandıklarını, aknenin kişilerarası ilişkilerini ve iş/okul performansını etkileyip etkilemediklerini, akne ile ilgili konularda kimlerden yardım aldıklarını ve akneyle baş etmede nelerin etkili olduğuna inandıklarını tanımlamaya yönelik olup, literatür doğrultusunda araştırmacı

tarafından hazırlanmıştır. Bu formda bulunan akne klinik şiddeti Global Akne Derecelendirme Ölçeği'ne göre poliklinikte görevli doktor (dermatolog) tarafından belirlenmiştir. Anket formu içerisinde çoktan seçmeli ve açık uçlu seçeneklerin bulunduğu toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

Bu form akne klinik şiddeti poliklinik doktoru tarafından belirlendikten sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak verilerin toplanmasında kullanılmıştır.

#### **2.2.1.2. Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi(CADI) (Ek II):**

Beş sorudan oluşan akneye özgü yaşam kalitesi ölçeğidir. Uygulaması kolay, kısa ve pratik bir ölçek olan CADI, yüz ve gövdenin birlikte tutulduğu hastalar için oldukça değerlidir. Ancak iç tutarlılığı araştırma grubunda istenen düzeyin biraz altında kalmasından dolayı klinikte hastaların izlemi veya araştırma amaçlı kullanılırken beraberinde diğer ölçeklerle birlikte değerlendirilmesi anlamlıdır. Sorular aknenin psikolojik, duygusal, sosyal etkilerini değerlendirmektedir. Her soru için puanlama; a=3, b=2, c=1, d=0 şeklinde olur ve skor 15-0 arasında değişebilmektedir. Skorun yüksek olması yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ülkemizde akne hastalarında cardiff akne kısıtlılık indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği Atsü ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.68 yaklaşık 0.70 olarak saptanmıştır.

#### **2.2.1.3. Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi(DLQI) (Ek III):**

Dermatolojiye özgü testler arasında en yaygın olarak kullanılanıdır. Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi; basit, kısa, anlaşılır, hastalara yönelik son bir haftayı dikkate alan bir anket formu olup; semptomlar ve hastanın hissettikleri, günlük aktivite, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi temeline dayandırılarak dizayn edilmiş olup, 4 muhtemel cevabın olduğu toplam 10 soru içermektedir. Her soru için puanlama; a=0, b=1, c=2, d=3 şeklinde olur ve skor 0-30 arasında değişebilmektedir. Skorun yüksek olması yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin ülkemizde, geçerlilik ve güvenilirliği Öztürkcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

#### **2.2.1.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği(WHQOL-BREF) (Ek IV):**

Whoqol-Bref genel algılanan yaşam kalitesinin sorgulandığı toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında eklenen bir ulusal soru ile Whoqol-Bref-TR versiyonu 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak cevaplanması istenmiştir.

Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

-Bedensel Sağlık Alanı: Gündelik işleri yürütebilme, canlılık, bitkinlik, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku, dinlenme ve çalışabilme gücü.

-Ruhsal Sağlık Alanı: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din ve kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama.

-Sosyal Alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.

-Çevresel Alan: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım.

Whoqol-Bref 0-20 puan üzerinden hesaplanmakta ve puan yükseldikçe yaşam kalitesi de artmaktadır. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutatlılığı için hesaplanan ‘Cronbach alfa’ değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 olarak bulunmuştur.

#### **2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:**

Araştırma, Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji Polikliniği’nde Ekim 2011-Mart 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

## 2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne Ekim 2011-Mart 2012 tarihleri arasında başvuran 11-20 yaş arasındaki akneli ergenler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, aknesi olan toplam 203 ergen oluşturmuştur. Araştırmaya aşağıdaki kriterleri sağlayan hastalar dahil edilmiştir:

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- 11-20 yaş aralığında aknesi olan,
- Bilinci açık olan,
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan,
- İşitme ve konuşma sorunu olmayan,
- Okur-yazar olan,
- Türkçe anlayabilen ve konuşabilen,
- Mental rahatsızlığı olmayan,
- Psikiyatrik tanı almayan,
- Bilinen kanser öyküsü olmayan hastalar.

Örneklem seçimi randomizasyon yöntemiyle yapılmıştır.

## 2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Araştırmanın **bağımsız değişkenleri**; Yaş, cinsiyet, akne klinik şiddeti, lezyon yerleşim yerleri, tıbbi tedavi alma durumu, akne ile ilgili bilgi alma durumları, akne hakkındaki inanç ve davranış biçimleridir.

Araştırmanın **bağımlı değişkeni** ise yaşam kalitesidir.

## 2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 16.0 for Windows programı kullanılarak yüzdeler, ki-kare, t testi, kruskal-wallis testi, mann-whitney testi, kolerasyon ve anova testi ile yapılmıştır. Test sonucu  $p < 0.05$  olduğunda istatistiksel olarak önemli olduğu kabul edilmiştir.

## **2.7. Süre ve Olanaklar**

Gerekli kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, 1 Ekim 2011- 1 Mart 2012 tarihleri arasında belirlenen sayıda akneli ergenden araştırma verileri toplanmıştır. Araştırmanın Mayıs 2012 tarihinden itibaren yazımına başlanmıştır. Mayıs 2012’de veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve Aralık 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında istatistiksel değerlendirme yapılmıştır. Araştırmanın planlanmasından tez raporunun yazılması ve sunumuna kadar olan süreç şekil 1’de gösterilmiştir.

## **2.8. Araştırmanın Etiği**

Araştırma kapsamına alınan dermatoloji polikliniğine başvuran akneli ergenler ve ailelerine çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp, katılımları için yazılı onamları bilgilendirilmiş onam formu ile alınmıştır (Ek VI).

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komitesi tarafından araştırmanın yürütülmesi 13.08.2011 tarihinde uygun bulunmuştur (Ek VII).

Merkezefendi Devlet Hastanesi Dermatoloji Polikliniği’nde araştırma verilerini toplayabilmek için 07.07.2011 tarihinde izin alınmıştır (Ek VIII).

<b>Tez Aşamaları</b>	Eylül- Aralık 2010	Mart 2011	Mayıs 2011	Temmuz 2011	Ağustos 2011	Ekim 2011-Mart 2012	Mayıs 2012-Ocak 2013	Ekim 2013	Haziran- Eylül 2014
Literatür Tarama									
Tez Konusunun Belirlenmesi									
Tez Konusunun Onaylanması									
Etik Kurul Onayının Alınması									
Kurum ve Kişilerden İzin Alınması									
Veri Toplama Aşaması									
Verilerin Değerlendirilmesi									
Tez Yazımı									
Düzeltilmelerin Yapılması, Tezin Bitimi									

**Şekil 2:** Araştırmanın Zamanlaması



## BÖLÜM III

### 3.BULGULAR

#### 3.1. Akneli Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Akneli Ergenlerin Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=203).

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	67	33.0
Kadın	136	67.0
<b>Yaş</b>		
11.00-13.00	11	5.5
14.00-17.00	82	40.4
18.00-20.00	110	54.1
<b>Yaş ort±ss</b>		17.5±2.25
<b>Ortanca Yaş</b>		18
<b>En küçük-En büyük Yaş</b>		11-20
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul mezunu	30	14.8
Ortaokul mezunu	68	33.5
Lise mezunu	92	45.3
Üniversite öğrencisi	13	6.4
<b>Beden Kütle İndeksi</b>		
%5 ve ↓ Zayıf	17	8.4
%5-95 Normal	182	89.7
%95 ve ↑ Şişman	4	2.0

Çalışmaya katılan akneli ergenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Akneli ergenlerin %33.0'ü erkek, %67.0'si kadındır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 17.5±2.25, ortanca yaş 18, en küçük yaş 11 ve en büyük yaş 20'dir. Katılımcıların %14.8'i ilkokul mezunu, %33.5'i ortaokul mezunu, %45.3'ü lise mezunu ve %6.4'ü ise üniversite öğrencisidir. Araştırmaya katılan akneli ergenlerin beden kitle indekslerine bakıldığında; %8.4'ü zayıf, %89.7'si normal, %2'si ise şişman olarak bulunmuştur(Tablo 1).

**Tablo 2. Akneli Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=203).**

<b>TANITICI ÖZELLİKLER</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	176	86.7
Geniş	22	10.8
Parçalanmış	5	2.5
<b>Yaşanılan Yer</b>		
İl	172	84.7
İlçe	14	6.9
Köy/Kasaba	17	8.4
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir gideri karşılıyor	174	85.7
Gelir gideri karşılamıyor	24	11.8
Gelir giderden fazla	5	2.5
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Evet	22	10.8
Hayır	181	89.2
<b>Kronik Hastalıklar</b>		
Alerji	2	1.0
Anemi	3	1.5
Astım-Bronşit	4	2.0
Depresyon	1	0.5
Egzema	2	1.0
Guatr	1	0.5
Nörolojik hastalıklar	7	3.5
Kardiyovasküler hastalıklar	2	1.0
<b>Menstrual Düzensizlik (n=136)</b>		
Var	50	36.8
Yok	86	63.2

Katılımcıların %86.7'sinin çekirdek, %10.8'inin geniş, %2.5'inin parçalanmış aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Akneli ergenlerin %84.7'sinin ilde, %6.9'unun ilçede ve %8.4'ünün köy/kasabada yaşamakta olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %85.7'sinde gelir gideri karşılıyor, %11.8'inde gelir gideri karşılamıyor ve %2.5'inde gelir giderden fazla olarak bulunmuştur.

Akneli ergenlerin %89.2'sinin herhangi bir kronik hastalığı yokken, %10.8'inin kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Mevcut kronik hastalıklar olarak; alerji (%1), anemi (%1.5), astım-bronşit (%2), depresyon (%0.5), egzema (%1), guatr (%0.5), nörolojik hastalıklar (%3.5) ve kardiyovasküler hastalıklar (%1) bulunmuştur. Araştırmaya katılan kızların %36.8'inde menstrual düzensizlik varken, %63.2'sinde ise yok olarak belirlenmiştir(Tablo 2).

**Tablo 3. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=203).**

<b>TANITICI ÖZELLİKLER</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	16	7.9
Okur-yazar	2	1.0
İlkokul mezunu	115	56.7
Ortaokul mezunu	22	10.8
Lise mezunu	29	14.3
Yüksekokul/Üniversite	19	9.4
<b>Anne Mesleği</b>		
Ev hanımı	164	80.8
Memur	21	10.3
İşçi	11	5.4
Serbest meslek	7	3.4
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	3	1.5
Okur-yazar	1	0.5
İlkokul mezunu	80	39.4
Ortaokul mezunu	19	9.4
Lise mezunu	52	25.6
Yüksekokul/Üniversite	47	23.2
<b>Baba Mesleği</b>		
Emekli	53	26.2
Memur	53	26.2
İşçi	32	15.8
Serbest meslek	63	31.1
İşsiz	1	0.5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Emekli sandığı	58	28.6
SSK	109	53.7
Bağkur	24	11.8
Yeşil kart	9	4.4
Yok	3	1.5

Katılımcıların annelerinin %7.9'unun okur-yazar olmadığı, %1'inin sadece okuma-yazma bildiği, %56.7'sinin ilkokul mezunu, %10.8'inin ortaokul mezunu, %14.3'ünün lise mezunu ve %9.4'ünün yüksekokul/üniversite mezunu olduğu, babalarının ise %1.5'unun okur-yazar olmadığı, %0.5'inin sadece okuma-yazma bildiği, %39.4'ünün ilkokul mezunu, %9.4'ünün ortaokul mezunu, %25.6'sinin lise mezunu ve %23.2'sinin de yüksekokul/üniversite mezunu olduğu saptanmıştır(Tablo 3).

Akneli ergenlerin annelerinin %80.8'inin ev hanımı, %10.3'ünün memur, %3.4'ünün serbest meslek ve %5.4'ünün işçi olduğu, babalarının ise %26.2'sinin memur, %15.8'inin işçi, %31.1'inin serbest meslek, %26.2'sinin emekli ve %0.5'inin ise işsiz olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %53.7'sinin SSK'lı, %11.8'inin Bağkur'lu, %4.4'ünün Yeşil Kart'lı olduğu, %28.6'sının Emekli Sandığı'na bağlı olduğu ve %1.5'unun ise herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır(Tablo 3).

**Tablo 4. Akneli Ergenlerin Akne Vulgaris Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=203).**

Hastalık Özellikleri	Sayı	Yüzde
<b>Lezyonların Yerleşimi*</b>		
Alın	174	85.7
Yanak	183	90.1
Burun	135	66.5
Çene	159	78.3
Göğüs	36	17.7
Omuzlar-Sırt	91	44.8
<b>Akne Şiddeti</b>		
Hafif (Komedon)	42	20.7
Orta (Papül-püstül)	126	62.1
Şiddetli (Nodül-kist)	35	17.2
<b>Akne Süresi</b>		
0-1 yıl	79	38.9
1-2 yıl	56	27.6
2-3 yıl	39	19.2
3-4 yıl	15	7.4
4-5 yıl	13	6.4
5 yıl ve ↑	1	0.5
<b>Lezyon Yerleşim Sayısı</b>		
1-2	35	17.2
3-4	104	51.2
5-6	64	31.5

\* Her bir lezyon yerleşimi için birden fazla seçenek seçilmiştir.

Akneli ergenlerde lezyonların yerleşimi %85.7'sinde alın, %90.1'inde yanak, %66.5'inde burun, %78.3'ünde çene, %17.7'sinde göğüs ve %44.8'inde omuzlar-sırt olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların akne şiddeti %20.7'si hafif (komedon), %62.1'i orta (papül-püstül), %17.2'si şiddetli (nodül-kist) olarak saptanmıştır. Akne süresi %38.9'unda 0-1 yıl, %27.6'sında 1-2 yıl, %19.2'sinde 2-3 yıl, %7.4'ünde 3-4 yıl, %6.4'ünde 4-5 yıl, %0.5'inde ise 5 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanlarda lezyon yerleşim sayısı 1-2 olanlar %17.2, lezyon yerleşim sayısı 3-4 olanlar %51.2, lezyon yerleşim sayısı 5-6 olanlar ise %31.5 olarak belirlenmiştir(Tablo 4).

**Tablo 5. Akneli Ergenlerin Tıbbi Tedavi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (n=203).**

<b>Tıbbi Tedavi Alma</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	189	93.1
Hayır	14	6.9
<b>Tedavi</b>		
Topikal tedavi	115	60.8
Antibiyotik tedavisi	28	14.8
Retinoid tedavisi (İzotretinoin)	46	24.3

Araştırmaya katılanların %93.1'inin tıbbi tedaviyi sürdürdüğü, %14'ünün ise tıbbi tedavi almadığı bulunmuştur. Tıbbi tedavi alan hastaların %60.8'inin topikal tedavi aldığı, %14.8'inin antibiyotik tedavisi aldığı, %24.3'ünün retinoid tedavisi (izotretinoin) aldığı saptanmıştır(Tablo 5).

**Tablo 6. Akneli Ergenlerin Davranış ve Düşüncelerine Göre Dağılımı (n=203).**

<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yüz Yıkama Sıklığı</b>		
Günde 1 kez	46	22.7
Günde 2-3 kez	126	62.1
Günde 4-5 kez	27	13.3
Günde 6 kez ve ↑	4	2.0
<b>Akne Nedenleri Olarak İnanılandıkları*</b>		
Hijyen eksikliği	27	13.3
Hormonal nedenler	92	45.3
Yağlı yiyecekler	148	72.9
Kalıtım	19	9.4
Stres	144	70.9
Nedeni yok	3	1.5
<b>Aknenin İş/Okul Performansını Etkilediğine İnananlar</b>		
Evet	83	40.9
Hayır	120	59.1
<b>Akne İle İlgili Bilgi Alma *</b>		
Aile	57	28.1
Arkadaş	51	25.1
Doktor(Dermatolog)	190	93.6
Eczacı	11	5.4
Medya	22	10.8
Okul	1	0.5
<b>Akneyle Baş Etmedeki İnançlar*</b>		
Güneş banyosu yapmak	14	6.9
Yüz yıkamayı arttırmak	91	44.8
Su alımını arttırmak	50	24.6
Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek	114	56.2
Reçetesiz kozmetik ürünleri kullanmak	8	3.9
Tıbbi tedavi görmek	167	82.3

\*Araştırmaya katılanlar birden fazla seçeneği işaretleyebilmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin %22.7'si yüzünü günde bir kez, %62.1'i yüzünü günde 2-3 kez, %13.3'ü yüzünü günde 4-5 kez, %2.0'si ise yüzünü günde 6 ve üzerinde yıkamaktadır. Ayrıca araştırmaya katılanların %40.9'unun aknenin iş/okul performansını etkilediğine, %59.1'inin ise etkilemediğine inandığı belirlenmiştir(Tablo 6).

Hastaların akneye neyin neden olduğu konusundaki inançlarında; %13.3 ergenin hijyen eksikliğine, %45.3 ergenin hormonal nedenlere, %72.9 ergenin yağlı yiyeceklere, %9.4 ergenin kalıtıma, %70.9 ergenin strese ve %1.5 ergenin ise belli bir nedenin olmadığına inandıkları bulunmuştur(Tablo 6).

Araştırmaya katılanların akne ile ilgili bilgi alma konusunda %28.1'inin aileye, %25.1'inin arkadaşlarına, %93.6'sının doktora (Dermatolog), %10.8'inin medyaya, %1'inin okula, %11'inin ise eczacıya başvurduğu saptanmıştır(Tablo 6).

Ayrıca araştırmaya katılanlara akneyle baş etmede neye inandıkları sorulduğunda, %6.9 akneli ergenin güneş banyosu yapmanın, %44.8 ergenin yüz yıkama sıklığını arttırmanın, %24.6 ergenin su alımını arttırmanın, %56.2 ergenin beslenme alışkanlıklarını değiştirmenin (sebze-meyve ağırlıklı beslenmek), %3.9 ergenin reçetesiz kozmetik ürün kullanmanın ve %82.3 ergenin ise tıbbi tedavinin akne üzerinde etkili olacağına inandıkları bulunmuştur(Tablo 6).



### 3.2. Akneli Ergenlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular

**Tablo 7. Akneli Ergenlerin Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) Puan Dağılımı (n=203).**

	Sayı	Yüzde
Hastanın yaşamına etkisi yok	108	53.2
Hastanın yaşamına etkisi az	62	30.5
Hastanın yaşamına etkisi orta	25	12.3
Hastanın yaşamına etkisi çokça	8	3.9
Ortalama puan $\pm$ Ss	1.67 $\pm$ 0.84105	
Ortanca	1.00	
En yüksek - En düşük	4.00-1.00	

Ss: Standart sapma

Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI) ile araştırmaya katılanların geçen hafta boyunca akne vulgarisin yaşamlarını ne kadar etkilediğine bakılmıştır. Araştırmaya katılanların %53.2'si aknenin yaşamına etkisi olmadığı, %30.5'i aknenin yaşamına etkisinin az olduğu, %12.3'ü aknenin yaşamına etkisinin orta derecede olduğu ve %3.9'u ise aknenin yaşamlarına etkisinin çokça olduğu saptanmıştır(Tablo 7).

**Tablo 8. Akneli Ergenlerin Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) Puanı (n=203).**

Ortalama puan $\pm$ Ss	4.2562 $\pm$ 3.08034
Ortanca	4.00
En yüksek-En düşük	13.00-0.00

Ss: Standart sapma

Cardiff akne kısıtlılık indeksi ortalama puanı $\pm$ ss 4.2562 $\pm$ 3.08034, ortanca puanı 4.00 ve en yüksek-en düşük 13.00-0.00 olarak bulunmuştur(Tablo 8).

**Tablo 9. Akneli Ergenlerin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Dağılımı (n=203).**

	<b>Ortalama Puan±SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min-Max</b>
Bedensel alan	17.53±2.19	18.28	10.29-20.00
Ruhsal alan	14.07±2.46	14.00	5.33-20.00
Sosyal alan	14.93±2.96	16.00	6.00-20.00
Çevresel alan	14.53±1.99	14.50	7.00-18.50

**SS: Standart Sapma**

Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği (Whoqol-Bref)'nde; bedensel alan ortalama puanı±ss 17.53±2.19, ortanca 18.28 ve en yüksek –en düşük puanı olarak 20.00-10.29 bulunmuştur. Ruhsal alan ortalama puanı±ss 14.07±2.46, ortanca 14.00 ve en yüksek-en düşük puan 20.00-5.33 olarak bulunmuştur. Sosyal çevre ortalama puanı±ss 14.93±2.96, ortanca 16.00 ve en yüksek-en düşük 20.00-6.00 olarak saptanmıştır. Çevresel alanda ise ortalama puan±ss 14.53±1.99, ortanca 14.50 ve en yüksek-en düşük puan 18.50-7.00 olarak saptanmıştır(Tablo 9).

### 3.3. Akneli Ergenlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulgular

**Tablo 10. Akneli Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	T	P
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Erkek	67	1.09	1.20	-0.954	0.341
	Kız	136	1.30	1.24		
Günlük aktiviteler	Erkek	67	0.28	0.77	-0.826	0.410
	Kız	136	0.40	0.98		
Boş zaman	Erkek	67	0.45	0.91	0.674	0.501
	Kız	136	0.36	0.85		
İş ve okul	Erkek	67	0.15	0.50	0.149	0.881
	Kız	136	0.14	0.39		
Kişilerarası ilişkiler	Erkek	67	0.25	0.53	-0.655	0.513
	Kız	136	0.32	0.69		
Tedavi	Erkek	67	0.19	0.40	0.609	0.543
	Kız	136	0.15	0.45		
Toplam	Erkek	67	2.42	3.24	-0.435	0.664
	Kız	136	2.63	3.33		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Erkek	67	3.93	2.95	-1.074	0.284
	Kız	136	4.42	3.14		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Erkek	49	17.63	2.07	0.575	0.566
	Kız	114	17.40	2.43		
Ruhsal alan*	Erkek	49	14.22	2.31	1.046	0.297
	Kız	114	13.77	2.57		
Sosyal alan*	Erkek	49	14.57	2.66	-0.503	0.616
	Kız	114	14.83	3.15		
Çevresel alan*	Erkek	49	14.19	2.00	-0.356	0.722
	Kız	114	14.31	1.90		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Dermatoloji yaşam kalitesi ölçeği ve Cardiff akne kısıtlılık ölçeğinin puan ortalamalarına bakıldığında; cinsiyet ve akne arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ( $p>0.05$ ). Yaşam kalitesi boyutlarıyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11. Akneli Ergenlerin Eğitim Düzeylerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=203).**

	Eğitim	N	Ort.	Ss	T	P
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Lise+üni	105	1.12	1.13	-0.997	0.320
	Orta ve ↓	98	1.30	1.33		
Günlük aktiviteler	Lise+üni	105	0.37	0.95	0.189	0.850
	Orta ve ↓	98	0.35	0.89		
Boş zaman	Lise+üni	105	0.39	0.81	0.022	0.982
	Orta ve ↓	98	0.39	0.93		
İş ve okul	Lise+üni	105	0.17	0.47	0.986	0.325
	Orta ve ↓	98	0.11	0.38		
Kişilerarası ilişkiler	Lise+üni	105	0.25	0.50	-1.093	0.276
	Orta ve ↓	98	0.35	0.76		
Tedavi	Lise+üni	105	0.15	0.39	-0.511	0.610
	Orta ve ↓	98	0.18	0.48		
Toplam	Lise+üni	105	2.46	3.07	-0.466	0.642
	Orta ve ↓	98	2.67	3.54		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Lise+üni	105	4.29	3.10	0.141	0.888
	Orta ve ↓	98	4.22	3.07		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Lise+üni	105	17.3	2.4	-1.909	0.058
	Orta ve ↓	98	17.8	1.9		
Ruhsal alan*	Lise+üni	105	14.0	2.4	-0.451	0.652
	Orta ve ↓	98	14.2	2.6		
Sosyal alan*	Lise+üni	105	14.8	2.9	-0.879	0.380
	Orta ve ↓	98	15.1	3.1		
Çevresel alan*	Lise+üni	105	14.2	1.9	<b>-2.598</b>	<b>0.010</b>
	Orta ve ↓	98	14.9	2.1		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Eğitim durumu (Lise+Üniversite ve İlkokul+Ortaokul) ile akne arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin eğitim durumu ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece çevresel alan ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 11).

**Tablo 12. Akneli Ergenlerin Anne Eğitim Düzeylerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=203).**

	<b>Anne Eğitim</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Lise+üni	48	91.63	-1.460	0.144
	Orta ve ↓	155	105.21		
Günlük aktiviteler	Lise+üni	48	92.58	-1.932	0.053
	Orta ve ↓	155	104.92		
Boş zaman	Lise+üni	48	90.80	<b>-2.100</b>	<b>0.036</b>
	Orta ve ↓	155	105.47		
İş ve okul	Lise+üni	48	102.44	-0.105	0.916
	Orta ve ↓	155	101.86		
Kişilerarası ilişkiler	Lise+üni	48	98.69	-0.623	0.534
	Orta ve ↓	155	103.03		
Tedavi	Lise+üni	48	99.50	-0.548	0.583
	Orta ve ↓	155	102.77		
Toplam	Lise+üni	48	88.31	-1.891	0.059
	Orta ve ↓	155	106.24		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Lise+üni	48	84.54	<b>-2.373</b>	<b>0.018</b>
	Orta ve ↓	155	107.41		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Lise+üni	38	88.01	-0.904	0.366
	Orta ve ↓	125	80.17		
Ruhsal alan*	Lise+üni	38	93.91	-1.785	0.074
	Orta ve ↓	125	78.38		
Sosyal alan*	Lise+üni	38	90.49	-1.303	0.192
	Orta ve ↓	125	79.42		
Çevresel alan*	Lise+üni	38	100.05	<b>-2.703</b>	<b>0.007</b>
	Orta ve ↓	125	76.51		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

# Mann Whitney U testi sonucu

Yapılan Mann Whitney-U testine göre; anne eğitim durumu (Lise+Üniversite ve İlkokul+Ortaokul) ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi alt skalalarından ‘Boş zaman’ ve CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak ilişki görülmüştür (p<0.05). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin annelerinin eğitim durumu ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece çevresel alan ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmüştür(p<0.05)(Tablo 12).

**Tablo 13. Akneli Ergenlerin Baba Eğitim Düzeylerine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=203).**

	<b>Baba Eğitim</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Lise+üni	99	96.52	-1.238	0.216
	Orta ve ↓	103	106.29		
Günlük aktiviteler	Lise+üni	99	97.32	-1.511	0.131
	Orta ve ↓	103	105.51		
Boş zaman	Lise+üni	99	97.86	-1.202	0.229
	Orta ve ↓	103	105.00		
İş ve okul	Lise+üni	99	98.50	-1.275	0.202
	Orta ve ↓	103	104.38		
Kişilerarası ilişkiler	Lise+üni	99	97.53	-1.315	0.188
	Orta ve ↓	103	105.32		
Tedavi	Lise+üni	99	102.89	-0.537	0.591
	Orta ve ↓	103	100.17		
Toplam	Lise+üni	99	96.28	-1.273	0.203
	Orta ve ↓	103	106.51		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Lise+üni	99	99.19	-0.554	0.580
	Orta ve ↓	103	103.72		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Lise+üni	79	79.70	-0.480	0.631
	Orta ve ↓	83	83.21		
Ruhsal alan*	Lise+üni	79	81.09	-0.108	0.914
	Orta ve ↓	83	81.89		
Sosyal alan*	Lise+üni	79	81.16	-0.093	0.926
	Orta ve ↓	83	81.83		
Çevresel alan*	Lise+üni	79	88.61	-1.890	0.059
	Orta ve ↓	83	74.73		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### # Mann Whitney U testi sonucu

Yapılan Mann whitney-U testine göre; baba eğitim durumu (Lise+Üniversite ve İlkokul+Ortaokul) ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi boyutları aralarında istatistiksel açıdan ilişki görülmemiştir( $p>0.05$ )(Tablo 13).

**Tablo 14. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (Whoqol-Bref) Puanları ile Sosyo-Demografik Özelliklerin İlişkisi**

Pearson Correlation	Yas	fdBMIC	Hastalık süresi
Bedensel alan (n=163)	0.029	0.031	.198(*)
Ruhsal alan	0.032	0.026	-0.054
Sosyal alan	-0.003	-0.072	-0.047
Çevresel alan	0.023	-0.131	-0.031
Semptom ve hissedilenler (n=203)	0.046	-0.006	0.062
Günlük aktiviteler	-0.005	0.08	-0.036
Boş zaman	-0.042	0.005	-0.067
İş ve okul	0.051	-0.002	-0.029
Kişilerarası ilişkiler	-0.007	-0.029	0.053
Tedavi	-0.064	-0.08	-0.107
Toplam	0.001	0.005	-0.012
CADI toplam puan	0.064	0.009	0.103

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .

Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi puanları ile yaş, beden kitle indeksi ve hastalık süresi arasında istatistiksel açıdan birliktelik görülmemektedir. Yaşam kalitesi boyutları açısından bedensel alan ile hastalık süresi arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir birliktelik görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Çevresel alan ile beden kitle indeksi persantili arasında negatif yönde bir birliktelik vardır (Tablo 14).

**Tablo 15. Akneli Ergenlerin Aile Tipine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Aile tipi	N	Ort.	ki-kare	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Çekirdek	176	100.47	5.523	0.063
	Geniş	22	123.00		
	Parçalanmış	5	63.50		
Günlük aktivite	Çekirdek	176	99.20	<b>12.190</b>	<b>0.002</b>
	Geniş	22	128.36		
	Parçalanmış	5	84.50		
Boş zaman	Çekirdek	176	100.55	4.959	0.084
	Geniş	22	118.61		
	Parçalanmış	5	80.00		
İş ve okul	Çekirdek	176	100.45	5.717	0.057
	Geniş	22	117.14		
	Parçalanmış	5	90.00		
Kişilerarası ilişkiler	Çekirdek	176	101.06	0.950	0.622
	Geniş	22	110.23		
	Parçalanmış	5	99.00		
Tedavi	Çekirdek	176	101.46	1.905	0.386
	Geniş	22	109.73		
	Parçalanmış	5	87.00		
Toplam	Çekirdek	176	100.21	<b>6.347</b>	<b>0.042</b>
	Geniş	22	125.52		
	Parçalanmış	5	61.60		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puan	Çekirdek	176	102.71	2.451	0.294
	Geniş	22	105.39		
	Parçalanmış	5	62.00		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Çekirdek	142	82.00	0.274	0.872
	Geniş	17	79.38		
	Parçalanmış	4	93.00		
Ruhsal alan*	Çekirdek	142	81.86	0.015	0.992
	Geniş	17	83.32		
	Parçalanmış	4	81.38		
Sosyal alan*	Çekirdek	142	82.77	0.416	0.812
	Geniş	17	78.35		
	Parçalanmış	4	70.13		
Çevresel alan*	Çekirdek	142	82.64	4.538	0.103
	Geniş	17	88.00		
	Parçalanmış	4	33.63		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#Kruskal Wallis Test Sonucu



Yapılan Kruskal Wallis testine göre; aile tipi puan ortalamaları ile toplam dermatoloji yaşam kalitesi puanı ve günlük aktiviteler arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmüştür( $p<0.05$ ). Aile tipi ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ ) (Tablo 15).



**Tablo 16. Akneli Ergenlerin Yaşanılan Yere Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Yaşanılan yer	N	Ort.	ki-kare	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	İl	172	102.78	1.105	0.575
	İlçe	14	108.14		
	Köy/kasaba	17	89.00		
Günlük aktiviteler	İl	172	101.17	1.946	0.378
	İlçe	14	97.43		
	Köy/kasaba	17	114.12		
Boş zaman	İl	172	101.90	0.150	0.928
	İlçe	14	99.39		
	Köy/kasaba	17	105.18		
İş ve okul	İl	172	102.43	0.686	0.710
	İlçe	14	104.21		
	Köy/kasaba	17	95.85		
Kişilerarası ilişkiler	İl	172	102.96	0.777	0.678
	İlçe	14	100.36		
	Köy/kasaba	17	93.65		
Tedavi	İl	172	101.80	3.060	0.217
	İlçe	14	115.57		
	Köy/kasaba	17	92.88		
Toplam	İl	172	102.13	0.633	0.729
	İlçe	14	110.25		
	Köy/kasaba	17	93.85		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	İl	172	103.17	1.801	0.406
	İlçe	14	108.93		
	Köy/kasaba	17	84.47		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	İl	136	81.05	4.445	0.108
	İlçe	14	104.39		
	Köy/kasaba	13	67.85		
Ruhsal alan*	İl	136	81.77	0.082	0.960
	İlçe	14	80.96		
	Köy/kasaba	13	85.50		
Sosyal alan*	İl	136	81.97	0.096	0.953
	İlçe	14	79.54		
	Köy/kasaba	13	85.00		
Çevresel alan*	İl	136	82.88	3.594	0.166
	İlçe	14	93.43		
	Köy/kasaba	13	60.50		

**\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).**

### **Kruskal Wallis Test Sonucu**

Yaşanılan yer ile dermatoloji yaşam kalitesi (DLQI) ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmemiştir( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılanların yaşadıkları yer ile dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 16).



**Tablo 17. Akneli Ergenlerin Gelir Durumlarına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Gelir Durumu</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Eşit ya da fazla	179	98.52	<b>-2.404</b>	<b>0.016</b>
	Yetersiz	24	127.96		
Günlük aktiviteler	Eşit ya da fazla	179	100.46	-1.555	0.120
	Yetersiz	24	113.52		
Boş zaman	Eşit ya da fazla	179	99.71	<b>-2.106</b>	<b>0.035</b>
	Yetersiz	24	119.06		
İş ve okul	Eşit ya da fazla	179	100.77	-1.461	0.144
	Yetersiz	24	111.21		
Kişilerarası ilişkiler	Eşit ya da fazla	179	98.90	<b>-2.860</b>	<b>0.004</b>
	Yetersiz	24	125.13		
Tedavi	Eşit ya da fazla	179	100.02	<b>-2.132</b>	<b>0.033</b>
	Yetersiz	24	116.77		
Toplam	Eşit ya da fazla	179	97.91	<b>-2.771</b>	<b>0.006</b>
	Yetersiz	24	132.48		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Eşit ya da fazla	179	99.37	-1.755	0.079
	Yetersiz	24	121.63		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Eşit ya da fazla	144	82.93	-0.701	0.483
	Yetersiz	19	74.92		
Ruhsal alan*	Eşit ya da fazla	144	83.32	-0.987	0.323
	Yetersiz	19	72.00		
Sosyal alan*	Eşit ya da fazla	144	85.04	<b>-2.332</b>	<b>0.020</b>
	Yetersiz	19	58.95		
Çevresel alan*	Eşit ya da fazla	144	85.14	<b>-2.349</b>	<b>0.019</b>
	Yetersiz	19	58.18		

**\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).**

**Mann Whitney U testi sonucu**

Gelir durumu ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinde 'günlük aktiviteler' ile 'iş ve okul' dışındaki tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmüştür( $p<0.05$ ). Ayrıca dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi boyutlarından 'sosyal alan' ve 'çevresel alan' arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ )(Tablo 17).



**Tablo 18. Akneli Ergenlerin Kronik Hastalık Varlığına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Kronik Hast. Varlığı</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	22	1.27	1.67	0.265	0.791
	Hayır	181	1.20	1.17		
Günlük aktiviteler	Evet	22	0.55	1.11	1.004	0.317
	Hayır	181	0.34	0.90		
Boş zaman	Evet	22	0.55	1.14	0.894	0.373
	Hayır	181	0.37	0.84		
İş ve okul	Evet	22	0.14	0.47	-0.075	0.940
	Hayır	181	0.14	0.42		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	22	0.32	0.95	0.176	0.861
	Hayır	181	0.29	0.59		
Tedavi	Evet	22	0.18	0.39	0.163	0.871
	Hayır	181	0.17	0.44		
Toplam	Evet	22	3.00	4.34	0.660	0.510
	Hayır	181	2.51	3.16		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puanı	Evet	22	4.41	3.40	0.246	0.806
	Hayır	181	4.24	3.05		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	19	16.51	2.88	-1.932	0.055
	Hayır	144	17.60	2.22		
Ruhsal alan*	Evet	19	13.82	3.11	-0.151	0.880
	Hayır	144	13.92	2.42		
Sosyal alan*	Evet	19	14.21	4.15	-0.626	0.538
	Hayır	144	14.82	2.83		
Çevresel alan*	Evet	19	14.21	2.16	-0.157	0.875
	Hayır	144	14.28	1.90		

**\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin kronik hastalık varlığı ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi (Whoqol-bref) boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır( $p>0.05$ )(Tablo 18).

**Tablo 19. Akneli Ergenlerin Adet Düzensizliğine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Adet Düzensizliği</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Var	50	1.26	1.16	-0.169	0.866
	Yok	84	1.30	1.30		
Günlük aktiviteler	Var	50	0.38	1.05	-0.207	0.837
	Yok	84	0.42	0.96		
Boş zaman	Var	50	0.24	0.59	-1.483	0.140
	Yok	84	0.44	0.97		
İş ve okul	Var	50	0.12	0.33	-0.497	0.620
	Yok	84	0.15	0.42		
Kişilerarası ilişkiler	Var	50	0.34	0.63	0.247	0.806
	Yok	84	0.31	0.73		
Tedavi	Var	50	0.14	0.40	-0.326	0.745
	Yok	84	0.17	0.49		
Toplam	Var	50	2.48	2.96	-0.511	0.610
	Yok	84	2.79	3.56		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puanı	Var	50	4.84	3.45	1.035	0.303
	Yok	84	4.26	2.92		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Var	43	17.24	2.53	-0.432	0.667
	Yok	69	17.44	2.39		
Ruhsal alan*	Var	43	13.44	2.11	-0.858	0.393
	Yok	69	13.86	2.77		
Sosyal alan*	Var	43	14.15	3.16	-1.617	0.109
	Yok	69	15.13	3.08		
Çevresel alan*	Var	43	14.19	1.77	-0.324	0.746
	Yok	69	14.30	1.94		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerden kızlarda adet düzensizliği varlığı ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemiştir( $p>0.05$ ).Araştırmaya katılan akneli ergenlerden kızlarda adet düzensizliği ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan fark yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 19).

**Tablo 20. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Alın) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

Lezyon yerleşimi (Alın)	N	Ort.	Ss	T	P	
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	174	1.14	1.18	-1.805	0.73
	Hayır	29	1.59	1.45		
Günlük aktiviteler	Evet	174	0.32	0.87	-1.155	0.256
	Hayır	29	0.59	1.18		
Boş zaman	Evet	174	0.34	0.85	-1.792	0.75
	Hayır	29	0.66	0.94		
İş ve okul	Evet	174	0.13	0.41	-1.151	0.258
	Hayır	29	0.24	0.51		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	174	0.26	0.58	-1.250	0.221
	Hayır	29	0.48	0.91		
Tedavi	Evet	174	0.17	0.45	0.394	0.694
	Hayır	29	0.14	0.35		
Toplam	Evet	174	2.37	3.10	-1.615	0.116
	Hayır	29	3.69	4.20		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puanı	Evet	174	4.13	2.99	-1.474	0.142
	Hayır	29	5.03	3.53		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	141	17.54	2.34	0.883	0.379
	Hayır	22	17.06	2.22		
Ruhsal alan*	Evet	141	14.00	2.48	1.282	0.202
	Hayır	22	13.27	2.58		
Sosyal alan*	Evet	141	14.87	3.03	1.213	0.227
	Hayır	22	14.03	2.79		
Çevresel alan*	Evet	141	14.35	1.86	1.261	0.209
	Hayır	22	13.80	2.28		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi ‘alın’ olanların puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ ).Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi ‘alın’ olanlar ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 20).



**Tablo 21. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Yanaklar) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

Lezyon yerleşimi (Yanaklar)	N	Ort.	Ss	t	P	
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	183	1.26	1.24	1.956	0.052
	Hayır	20	0.70	1.03		
Günlük aktiviteler	Evet	183	0.34	0.92	-0.975	0.331
	Hayır	20	0.55	0.94		
Boş zaman	Evet	183	0.36	0.80	-1.161	0.259
	Hayır	20	0.70	1.30		
İş ve okul	Evet	183	0.14	0.43	-0.079	0.937
	Hayır	20	0.15	0.37		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	183	0.30	0.64	-0.033	0.974
	Hayır	20	0.30	0.66		
Tedavi	Evet	183	0.16	0.43	-0.892	0.373
	Hayır	20	0.25	0.44		
Toplam	Evet	183	2.55	3.24	-0.126	0.900
	Hayır	20	2.65	3.86		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Evet	183	4.36	3.07	1.466	0.144
	Hayır	20	3.30	3.10		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	150	17.52	2.31	0.958	0.339
	Hayır	13	16.88	2.51		
Ruhsal alan*	Evet	150	13.86	2.52	-0.758	0.449
	Hayır	13	14.41	2.22		
Sosyal alan*	Evet	150	14.81	2.97	0.876	0.382
	Hayır	13	14.05	3.48		
Çevresel alan*	Evet	150	14.26	1.95	-0.361	0.719
	Hayır	13	14.46	1.66		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi ‘yanaklar’ olanların puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 21).

**Tablo 22. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Burun) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

Lezyon yerleşimi (Burun)	N	Ort.	Ss	t	P	
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	135	1.30	1.23	1.587	0.114
	Hayır	68	1.01	1.22		
Günlük aktiviteler	Evet	135	0.33	0.91	-0.735	0.463
	Hayır	68	0.43	0.94		
Boş zaman	Evet	135	0.37	0.86	-0.434	0.665
	Hayır	68	0.43	0.89		
İş ve okul	Evet	135	0.13	0.43	-0.795	0.428
	Hayır	68	0.18	0.42		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	135	0.33	0.67	0.955	0.341
	Hayır	68	0.24	0.58		
Tedavi	Evet	135	0.16	0.44	-0.549	0.584
	Hayır	68	0.19	0.43		
Toplam	Evet	135	2.61	3.25	0.278	0.781
	Hayır	68	2.48	3.41		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Evet	135	4.37	3.12	0.744	0.458
	Hayır	68	4.03	3.00		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	106	17.76	2.11	<b>2.019</b>	<b>0.046</b>
	Hayır	57	16.94	2.63		
Ruhsal alan*	Evet	106	13.88	2.50	-0.177	0.860
	Hayır	57	13.95	2.52		
Sosyal alan*	Evet	106	14.86	3.14	0.631	0.529
	Hayır	57	14.55	2.75		
Çevresel alan*	Evet	106	14.32	2.05	0.403	0.688
	Hayır	57	14.19	1.69		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılanlarda lezyon yerleşimi ‘burun’ olanların puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılanlarda lezyon yerleşimi ‘burun’ olanlar ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece bedensel alan arasında istatistiksel olarak farklılık vardır( $p<0.05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Çene) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

Lezyon yerleşimi (Çene)	N	Ort.	Ss	T	P	
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	159	1.30	1.26	1.968	<b>0.050</b>
	Hayır	44	0.89	1.06		
Günlük aktiviteler	Evet	159	0.34	0.91	-0.588	0.557
	Hayır	44	0.43	0.97		
Boş zaman	Evet	159	0.36	0.80	-0.957	0.340
	Hayır	44	0.50	1.09		
İş ve okul	Evet	159	0.13	0.42	-0.683	0.496
	Hayır	44	0.18	0.45		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	159	0.32	0.65	1.069	0.286
	Hayır	44	0.20	0.59		
Tedavi	Evet	159	0.14	0.42	-1.305	0.197
	Hayır	44	0.25	0.49		
Toplam	Evet	159	2.59	3.24	0.243	0.808
	Hayır	44	2.45	3.52		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Evet	159	4.48	3.07	2.021	0.045
	Hayır	44	3.43	2.99		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	133	17.71	2.13	2.387	0.022
	Hayır	30	16.40	2.84		
Ruhsal alan*	Evet	133	13.94	2.45	0.364	0.716
	Hayır	30	13.76	2.74		
Sosyal alan*	Evet	133	14.88	2.85	1.161	0.248
	Hayır	30	14.18	3.62		
Çevresel alan*	Evet	133	14.38	1.80	1.451	0.149
	Hayır	30	13.82	2.38		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan ergenlerde lezyon yerleşimi ‘çene’ olanların; Cardiff akne kısıtlılık indeksi toplam puan ortalaması ve dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından semptom ve hissedilenler arasında istatistiksel anlamda farklılık vardır( $p \leq 0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi ‘çene’ olanlar ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece bedensel alanda istatistiksel açıdan farklılık vardır( $p < 0.05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Göğüs) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

Lezyon yerleşimi (Göğüs)	N	Ort.	Ss	t	P	
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	36	1.47	1.52	1.200	0.237
	Hayır	167	1.15	1.15		
Günlük aktiviteler	Evet	36	0.53	1.28	0.921	0.362
	Hayır	167	0.32	0.82		
Boş zaman	Evet	36	0.47	0.88	0.632	0.528
	Hayır	167	0.37	0.87		
İş ve okul	Evet	36	0.08	0.28	-0.921	0.358
	Hayır	167	0.16	0.45		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	36	0.47	0.84	1.453	0.154
	Hayır	167	0.26	0.58		
Tedavi	Evet	36	0.19	0.47	0.409	0.683
	Hayır	167	0.16	0.43		
Toplam	Evet	36	3.22	4.08	1.114	0.271
	Hayır	167	2.42	3.10		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Evet	36	4.75	4.00	0.856	0.397
	Hayır	167	4.15	2.85		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	30	17.92	2.12	1.178	0.241
	Hayır	133	17.37	2.37		
Ruhsal alan*	Evet	30	14.16	2.49	0.605	0.546
	Hayır	133	13.85	2.50		
Sosyal alan*	Evet	30	14.84	2.41	0.185	0.854
	Hayır	133	14.73	3.13		
Çevresel alan*	Evet	30	14.30	1.41	0.075	0.940
	Hayır	133	14.27	2.03		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi göğüs olanların puan ortalaması ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında farklılık yoktur( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi göğüs olanlar ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 24).

**Tablo 25. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşimine Göre (Omuz-Sırt) Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

Lezyon yerleşimi (Omuz-sırt)	N	Ort.	Ss	t	P	
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Evet	91	1.40	1.32	<b>1.956</b>	<b>0.048</b>
	Hayır	112	1.05	1.14		
Günlük aktiviteler	Evet	91	0.45	1.12	1.218	0.225
	Hayır	112	0.29	0.72		
Boş zaman	Evet	91	0.38	0.92	-0.067	0.947
	Hayır	112	0.39	0.83		
İş ve okul	Evet	91	0.10	0.34	-1.374	0.171
	Hayır	112	0.18	0.49		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	91	0.37	0.72	1.534	0.127
	Hayır	112	0.23	0.55		
Tedavi	Evet	91	0.19	0.42	0.569	0.570
	Hayır	112	0.15	0.45		
Toplam	Evet	91	2.89	3.61	1.282	0.201
	Hayır	112	2.29	3.01		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Evet	91	4.51	3.24	1.040	0.300
	Hayır	112	4.05	2.94		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Evet	74	17.80	2.05	1.635	0.104
	Hayır	89	17.20	2.52		
Ruhsal alan*	Evet	74	13.80	2.44	-0.526	0.599
	Hayır	89	14.00	2.55		
Sosyal alan*	Evet	74	15.06	2.59	1.195	0.234
	Hayır	89	14.50	3.31		
Çevresel alan*	Evet	74	14.30	1.70	0.169	0.866
	Hayır	89	14.25	2.10		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi omuz-sırt olanların puan ortalaması ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan farklılık yoktur( $p>0.05$ ). Sadece dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalası olan semptom ve hissedilenlerde istatistiksel açıdan minimal bir farklılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi ‘omuz-sırt’ olanlar ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 25).

**Tablo 26. Akneli Ergenlerin Akne Şiddetine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Akne şiddeti</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss</b>	<b>F (Anova)</b>	<b>Sig.</b>
<b>DLQI</b>						
Semptom ve hissedilenler	Hafif	42	0.83	0.91	<b>4.124</b>	<b>0.018</b>
	Orta	126	1.21	1.28		
	Şiddetli	35	1.63	1.26		
Günlük aktiviteler	Hafif	42	0.17	0.49	1.583	0.208
	Orta	126	0.44	1.02		
	Şiddetli	35	0.29	0.89		
Boş zaman	Hafif	42	0.29	0.74	0.682	0.507
	Orta	126	0.44	0.93		
	Şiddetli	35	0.31	0.76		
İş ve okul	Hafif	42	0.17	0.44	0.086	0.917
	Orta	126	0.13	0.43		
	Şiddetli	35	0.14	0.43		
Kişilerarası ilişkiler	Hafif	42	0.21	0.56	0.427	0.653
	Orta	126	0.32	0.69		
	Şiddetli	35	0.31	0.53		
Tedavi	Hafif	42	0.10	0.30	0.749	0.474
	Orta	126	0.18	0.48		
	Şiddetli	35	0.20	0.41		
Toplam	Hafif	42	1.76	2.55	1.594	0.206
	Orta	126	2.74	3.60		
	Şiddetli	35	2.89	2.85		
<b>CADI</b>						
CADI toplam puan	Hafif	42	3.17	2.77	<b>9.962</b>	<b>0.000</b>
	Orta	126	4.10	3.09		
	Şiddetli	35	6.11	2.63		
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Bedensel alan*	Hafif	27	17.29	2.26	1.850	0.161
	Orta	103	17.30	2.41		
	Şiddetli	33	18.16	2.04		
Ruhsal alan*	Hafif	27	14.44	1.70	2.159	0.119
	Orta	103	14.00	2.73		
	Şiddetli	33	13.17	2.13		
Sosyal alan*	Hafif	27	15.46	2.97	1.341	0.264
	Orta	103	14.75	3.21		
	Şiddetli	33	14.18	2.23		
Çevresel alan*	Hafif	27	14.67	1.70	0.933	0.396
	Orta	103	14.27	1.99		
	Şiddetli	33	13.98	1.89		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne şiddeti ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi alt skalalarından olan 'sempptom ve hissedilenler' ile CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 26).



**Tablo 27. Akneli Ergenlerin Tedavi Alma Durumuna Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Tedavi alma	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	189	102.71	-0.664	0.507
	Hayır	14	92.36		
Günlük aktiviteler	Evet	189	101.11	-1.204	0.228
	Hayır	14	114.00		
Boş zaman	Evet	189	101.00	-1.235	0.217
	Hayır	14	115.46		
İş ve okul	Evet	189	100.71	<b>-2.051</b>	<b>0.040</b>
	Hayır	14	119.39		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	189	101.51	-0.611	0.541
	Hayır	14	108.64		
Tedavi	Evet	189	100.47	<b>-2.222</b>	<b>0.026</b>
	Hayır	14	122.71		
Toplam	Evet	189	102.23	-0.208	0.836
	Hayır	14	98.93		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	189	102.98	-0.883	0.377
	Hayır	14	88.71		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	153	84.07	<b>-2.203</b>	<b>0.028</b>
	Hayır	10	50.40		
Ruhsal alan*	Evet	153	81.78	-0.229	0.819
	Hayır	10	85.30		
Sosyal alan*	Evet	153	80.77	-1.342	0.180
	Hayır	10	100.85		
Çevresel alan*	Evet	153	80.53	-1.566	0.117
	Hayır	10	104.55		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### # Mann Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin tedavi alma durumları puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin (DLQI) alt skalalarından ‘iş ve okul’ ile ‘tedavi’ arasında istatistiksel olarak farklılık vardır(p<0.05). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin tedavi alma durumları ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece ‘bedensel alan’ boyutunda istatistiksel açıdan farklılık vardır(p<0.05)(Tablo 27).



**Tablo 28. Akneli Ergenlerin Yüz Yıkama Sıklığına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Yüz yıkama sıklığı	N	Ort.	Ki-Kare	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Bir kez	46	91.15	3.609	0.165
	İki kez	85	100.28		
	Üç ve ↑	72	110.97		
Günlük aktiviteler	Bir kez	46	101.91	0.007	0.996
	İki kez	85	102.26		
	Üç ve ↑	72	101.75		
Boş zaman	Bir kez	46	98.03	0.777	0.678
	İki kez	85	101.60		
	Üç ve ↑	72	105.01		
İş ve okul	Bir kez	46	100.82	0.405	0.817
	İki kez	85	100.96		
	Üç ve ↑	72	103.98		
Kişilerarası ilişkiler	Bir kez	46	95.98	4.887	0.087
	İki kez	85	97.82		
	Üç ve ↑	72	110.78		
Tedavi	Bir kez	46	100.36	1.891	0.389
	İki kez	85	106.01		
	Üç ve ↑	72	98.31		
Toplam	Bir kez	46	90.72	4.290	0.117
	İki kez	85	99.36		
	Üç ve ↑	72	112.33		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puan	Bir kez	46	88.28	<b>9.608</b>	<b>0.008</b>
	İki kez	85	95.25		
	Üç ve ↑	72	118.74		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Bir kez	36	79.28	0.184	0.912
	İki kez	67	82.12		
	Üç ve ↑	60	83.50		
Ruhsal alan*	Bir kez	36	79.53	0.687	0.709
	İki kez	67	85.65		
	Üç ve ↑	60	79.41		
Sosyal alan*	Bir kez	36	83.75	0.095	0.953
	İki kez	67	82.15		
	Üç ve ↑	60	80.78		
Çevresel alan*	Bir kez	36	79.68	0.219	0.896
	İki kez	67	83.95		
	Üç ve ↑	60	81.22		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

# Kruskal Wallis test sonucu

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde yüz yıkama sıklığı ile sadece CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 28).

**Tablo 29. Akneli Ergenlerin Aknenin Performansa Etkisine Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=163).**

	<b>Akne performans etkisi</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	83	126.95	<b>-5.249</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	120	84.74		
Günlük aktiviteler	Evet	83	109.30	<b>-2.237</b>	<b>0.025</b>
	Hayır	120	96.95		
Boş zaman	Evet	83	115.55	<b>-3.797</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	120	92.63		
İş ve okul	Evet	83	108.56	<b>-2.364</b>	<b>0.018</b>
	Hayır	120	97.46		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	83	120.20	<b>-5.113</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	120	89.41		
Tedavi	Evet	83	108.86	<b>-2.249</b>	<b>0.025</b>
	Hayır	120	97.25		
Toplam	Evet	83	130.07	<b>-5.796</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	120	82.59		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	83	137.68	<b>-7.247</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	120	77.32		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	70	71.82	<b>-2.408</b>	<b>0.016</b>
	Hayır	93	89.66		
Ruhsal alan*	Evet	70	61.82	<b>-4.758</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	93	97.19		
Sosyal alan*	Evet	70	66.28	<b>-3.799</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	93	93.83		
Çevresel alan*	Evet	70	68.84	<b>-3.100</b>	<b>0.002</b>
	Hayır	93	91.90		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#Mann Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne performans etkisi ile CADI toplam puanı, yaşam kalitesi boyutları (Whoqol-Bref) ve dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin (DLQI) tüm alt skalaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 29).

**Tablo 30. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Hijyen Eksikliği) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Hijyen Eksikliği	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	27	74.41	<b>-2.733</b>	<b>0.006</b>
	Hayır	176	106.23		
Günlük aktiviteler	Evet	27	109.89	-1.139	0.255
	Hayır	176	100.79		
Boş zaman	Evet	27	98.39	-0.477	0.634
	Hayır	176	102.55		
İş ve okul	Evet	27	101.06	-0.160	0.873
	Hayır	176	102.14		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	27	91.33	-1.411	0.158
	Hayır	176	103.64		
Tedavi	Evet	27	106.11	-0.635	0.526
	Hayır	176	101.37		
Toplam	Evet	27	86.93	-1.466	0.143
	Hayır	176	104.31		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	27	78.72	<b>-2.227</b>	<b>0.026</b>
	Hayır	176	105.57		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	21	82.81	-0.085	0.932
	Hayır	142	81.88		
Ruhsal alan*	Evet	21	102.67	<b>-2.160</b>	<b>0.031</b>
	Hayır	142	78.94		
Sosyal alan*	Evet	21	94.88	-1.380	0.168
	Hayır	142	80.10		
Çevresel alan*	Evet	21	95.07	-1.365	0.172
	Hayır	142	80.07		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Mann Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak hijyen eksikliğine inanışlarının puan ortalaması ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından sadece 'septom ve hissedilenler' ve CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Ayrıca yaşam kalitesi boyutlarından 'ruhsal alan' ile inançlardan 'hijyen eksikliği' arasında istatistiksel aıdan ilişki görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 30).



**Tablo 31. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Hormonal Nedenler) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Hormonal Nedenler</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	92	107.71	-1.314	0.189
	Hayır	111	97.27		
Günlük aktiviteler	Evet	92	103.40	-0.469	0.639
	Hayır	111	100.84		
Boş zaman	Evet	92	103.24	-0.380	0.704
	Hayır	111	100.97		
İş ve okul	Evet	92	99.88	-0.836	0.403
	Hayır	111	103.76		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	92	102.37	-0.114	0.910
	Hayır	111	101.69		
Tedavi	Evet	92	103.46	-0.525	0.600
	Hayır	111	100.79		
Toplam	Evet	92	105.66	-0.828	0.408
	Hayır	111	98.96		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	92	109.44	-1.654	0.098
	Hayır	111	95.83		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	78	79.70	-0.601	0.548
	Hayır	85	84.11		
Ruhsal alan*	Evet	78	75.74	-1.631	0.103
	Hayır	85	87.75		
Sosyal alan*	Evet	78	74.13	<b>-2.099</b>	<b>0.036</b>
	Hayır	85	89.22		
Çevresel alan*	Evet	78	81.31	-0.180	0.857
	Hayır	85	82.64		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak hormonal nedenlere inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ile Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel olarak ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ ). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutlarından sosyal alan ile inançlardan hormonal nedenler arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ )(Tablo 31).

**Tablo 32. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Yağlı Yiyecekler) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Yağlı Yiyecekler	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	148	103.69	-0.702	0.483
	Hayır	55	97.45		
Günlük aktiviteler	Evet	148	101.37	-0.380	0.704
	Hayır	55	103.69		
Boş zaman	Evet	148	101.25	-0.416	0.677
	Hayır	55	104.03		
İş ve okul	Evet	148	102.43	-0.302	0.762
	Hayır	55	100.85		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	148	101.26	-0.408	0.683
	Hayır	55	103.98		
Tedavi	Evet	148	99.37	-1.701	0.089
	Hayır	55	109.08		
Toplam	Evet	148	101.54	-0.189	0.850
	Hayır	55	103.25		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	148	101.27	-0.294	0.769
	Hayır	55	103.97		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	115	85.89	-1.642	0.101
	Hayır	48	72.68		
Ruhsal alan*	Evet	115	80.49	-0.635	0.526
	Hayır	48	85.61		
Sosyal alan*	Evet	115	79.83	-0.937	0.349
	Hayır	48	87.21		
Çevresel alan*	Evet	115	80.90	-0.461	0.645
	Hayır	48	84.63		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### Mann Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak yağlı yiyeceklere inanışlarına göre puan ortalaması ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ )(Tablo 32).

**Tablo 33. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Kalıtım) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Kalıtım</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	19	80.47	-1.750	0.080
	Hayır	184	104.22		
Günlük aktiviteler	Evet	19	90.37	-1.378	0.168
	Hayır	184	103.20		
Boş zaman	Evet	19	97.05	-0.536	0.592
	Hayır	184	102.51		
İş ve okul	Evet	19	100.47	-0.212	0.832
	Hayır	184	102.16		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	19	113.32	-1.228	0.219
	Hayır	184	100.83		
Tedavi	Evet	19	114.08	-1.530	0.126
	Hayır	184	100.75		
Toplam	Evet	19	96.13	-0.468	0.640
	Hayır	184	102.61		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	19	116.95	-1.173	0.241
	Hayır	184	100.46		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	17	87.65	-0.525	0.599
	Hayır	146	81.34		
Ruhsal alan*	Evet	17	81.24	-0.071	0.943
	Hayır	146	82.09		
Sosyal alan*	Evet	17	76.53	-0.520	0.603
	Hayır	146	82.64		
Çevresel alan*	Evet	17	94.26	-1.137	0.256
	Hayır	146	80.57		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak kalıtıma inanışlarına göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği ile aralarında istatistiksel olarak bir anlamlılık görülmemiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 33).

**Tablo 34. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre (Stres) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Stres	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	144	109.53	<b>-2.977</b>	<b>0.003</b>
	Hayır	59	83.61		
Günlük aktiviteler	Evet	144	104.24	-1.292	0.196
	Hayır	59	96.53		
Boş zaman	Evet	144	103.55	-0.815	0.415
	Hayır	59	98.22		
İş ve okul	Evet	144	104.07	-1.403	0.161
	Hayır	59	96.94		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	144	103.78	-0.942	0.346
	Hayır	59	97.64		
Tedavi	Evet	144	103.98	-1.219	0.223
	Hayır	59	97.17		
Toplam	Evet	144	108.83	<b>-2.649</b>	<b>0.008</b>
	Hayır	59	85.33		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	144	108.35	<b>-2.423</b>	<b>0.015</b>
	Hayır	59	86.50		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	122	77.33	<b>-2.195</b>	<b>0.028</b>
	Hayır	41	95.89		
Ruhsal alan*	Evet	122	78.95	-1.428	0.153
	Hayır	41	91.06		
Sosyal alan*	Evet	122	81.21	-0.380	0.704
	Hayır	41	84.35		
Çevresel alan*	Evet	122	79.77	-1.044	0.296
	Hayır	41	88.63		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### Mann Whitney U testi sonucu

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak strese inanışlarına göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi'nde semptom ve hissedilenler, toplam ve CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak ilişki görülmüştür(p<0.05). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeğinin 'bedensel alan' ile akne nedeni olarak görülen stres arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür(p<0.05)(Tablo 34).



**Tablo 35. Akneli Ergenlerin İnanışlarına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Belli Bir Nedeni Yok	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	3	80.83	-0.656	0.512
	Hayır	200	102.32		
Günlük aktiviteler	Evet	3	119.00	-0.768	0.443
	Hayır	200	101.75		
Boş zaman	Evet	3	119.00	-0.702	0.483
	Hayır	200	101.75		
İş ve okul	Evet	3	123.17	-1.123	0.261
	Hayır	200	101.68		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	3	80.00	-0.910	0.363
	Hayır	200	102.33		
Tedavi	Evet	3	120.33	-0.885	0.376
	Hayır	200	101.73		
Toplam	Evet	3	111.50	-0.289	0.773
	Hayır	200	101.86		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	3	102.17	-0.005	0.996
	Hayır	200	102.00		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	3	79.33	-0.679	0.497
	Hayır	200	102.34		
Ruhsal alan*	Evet	3	157.83	-1.666	0.096
	Hayır	200	101.16		
Sosyal alan*	Evet	3	152.17	-1.533	0.125
	Hayır	200	101.25		
Çevresel alan*	Evet	3	118.00	-0.477	0.633
	Hayır	200	101.76		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak belli bir nedenin olmamasına inananların puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği (Whoqol-bref) arasında istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlılık bulunmamıştır(p>0.05)(Tablo 35).

**Tablo 36. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Aile) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Aile (Bilgi alma)</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	57	101.21	-0.125	0.901
	Hayır	146	102.31		
Günlük aktiviteler	Evet	57	102.54	-0.123	0.902
	Hayır	146	101.79		
Boş zaman	Evet	57	103.89	-0.397	0.691
	Hayır	146	101.26		
İş ve okul	Evet	57	104.40	-0.651	0.515
	Hayır	146	101.06		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	57	107.32	-1.122	0.262
	Hayır	146	99.92		
Tedavi	Evet	57	104.54	-0.626	0.531
	Hayır	146	101.01		
Toplam	Evet	57	102.27	-0.042	0.966
	Hayır	146	101.89		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	57	92.22	-1.493	0.136
	Hayır	146	105.82		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	34	85.28	-0.459	0.646
	Hayır	129	81.14		
Ruhsal alan*	Evet	34	80.46	-0.215	0.829
	Hayır	129	82.41		
Sosyal alan*	Evet	34	83.04	-0.149	0.881
	Hayır	129	81.72		
Çevresel alan*	Evet	34	90.06	-1.124	0.261
	Hayır	129	79.88		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili ailelerinden bilgi alma durumlarına göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır( $p>0.05$ )(Tablo 36).

**Tablo 37. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Arkadaş) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Arkadaşlar (Bilgi alma)	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	51	112.26	-1.504	0.133
	Hayır	152	98.56		
Günlük aktiviteler	Evet	51	97.47	-0.967	0.333
	Hayır	152	103.52		
Boş zaman	Evet	51	104.10	-0.410	0.682
	Hayır	152	101.30		
İş ve okul	Evet	51	99.98	-0.507	0.612
	Hayır	152	102.68		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	51	109.59	-1.484	0.138
	Hayır	152	99.45		
Tedavi	Evet	51	101.04	-0.219	0.826
	Hayır	152	102.32		
Toplam	Evet	51	112.97	-1.578	0.115
	Hayır	152	98.32		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	51	113.40	-1.613	0.107
	Hayır	152	98.17		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	40	73.33	-1.349	0.177
	Hayır	123	84.82		
Ruhsal alan*	Evet	40	71.81	-1.579	0.114
	Hayır	123	85.31		
Sosyal alan*	Evet	40	75.38	-1.052	0.293
	Hayır	123	84.15		
Çevresel alan*	Evet	40	76.80	-0.805	0.421
	Hayır	123	83.69		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili arkadaşlarından bilgi alma durumlarına göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki görülmemiştir( $p>0.05$ )(Tablo 37).

**Tablo 38. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Doktor) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Doktor (Bilgi alma)</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	190	99.64	<b>-2.285</b>	<b>0.022</b>
	Hayır	13	136.54		
Günlük aktiviteler	Evet	190	100.68	-1.855	0.064
	Hayır	13	121.23		
Boş zaman	Evet	190	99.39	<b>-3.360</b>	<b>0.001</b>
	Hayır	13	140.12		
İş ve okul	Evet	190	100.20	<b>-2.977</b>	<b>0.003</b>
	Hayır	13	128.27		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	190	99.39	<b>-3.364</b>	<b>0.001</b>
	Hayır	13	140.08		
Tedavi	Evet	190	100.39	<b>-2.419</b>	<b>0.016</b>
	Hayır	13	125.46		
Toplam	Evet	190	99.04	<b>-2.808</b>	<b>0.005</b>
	Hayır	13	145.23		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	190	99.89	<b>-1.968</b>	<b>0.049</b>
	Hayır	13	132.81		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	151	84.33	<b>-2.251</b>	<b>0.024</b>
	Hayır	12	52.71		
Ruhsal alan*	Evet	151	83.19	-1.149	0.250
	Hayır	12	67.00		
Sosyal alan*	Evet	151	82.59	-0.586	0.558
	Hayır	12	74.54		
Çevresel alan*	Evet	151	82.19	-0.182	0.856
	Hayır	12	79.63		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili doktordan bilgi alma durumuna göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından semptom ve hissedilenler, boş zaman, iş ve okul, kişilerarası ilişkiler, tedavi ve toplam arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür(p<0.05). Ayrıca CADI toplam puanı ile yaşam kalitesi boyutlarından bedensel alan ve doktordan bilgi alma arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmüştür(p<0.05)(Tablo 38).

**Tablo 39. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Eczacı) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Eczacı (Bilgi alma)</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	11	134.14	-1.946	0.052
	Hayır	192	100.16		
Günlük aktiviteler	Evet	11	113.82	-1.043	0.297
	Hayır	192	101.32		
Boş zaman	Evet	11	116.09	-1.137	0.256
	Hayır	192	101.19		
İş ve okul	Evet	11	109.32	-0.759	0.448
	Hayır	192	101.58		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	11	107.82	-0.470	0.638
	Hayır	192	101.67		
Tedavi	Evet	11	96.09	-0.557	0.577
	Hayır	192	102.34		
Toplam	Evet	11	133.86	-1.894	0.058
	Hayır	192	100.17		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	11	126.23	-1.416	0.157
	Hayır	192	100.61		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	10	97.80	-1.101	0.271
	Hayır	153	80.97		
Ruhsal alan*	Evet	10	93.90	-0.827	0.408
	Hayır	153	81.22		
Sosyal alan*	Evet	10	97.15	-1.079	0.281
	Hayır	153	81.01		
Çevresel alan*	Evet	10	100.40	-1.277	0.201
	Hayır	153	80.80		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili eczacıdan bilgi alma durumuna göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği arasında herhangi bir anlamlılık görülmemiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 39).

**Tablo 40. Akneli Ergenlerin Bilgi Alma Durumlarına Göre (Medya) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Medya (Bilgi alma)</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	22	127.34	<b>-2.235</b>	<b>0.025</b>
	Hayır	181	98.92		
Günlük aktiviteler	Evet	22	116.57	-1.873	0.061
	Hayır	181	100.23		
Boş zaman	Evet	22	135.55	<b>-3.941</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	181	97.92		
İş ve okul	Evet	22	117.14	<b>-2.286</b>	<b>0.022</b>
	Hayır	181	100.16		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	22	115.50	-1.589	0.112
	Hayır	181	100.36		
Tedavi	Evet	22	128.57	<b>-3.651</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	181	98.77		
Toplam	Evet	22	138.32	<b>-3.144</b>	<b>0.002</b>
	Hayır	181	97.59		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	22	147.11	<b>-3.841</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	181	96.52		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	19	44.45	<b>-3.719</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	144	86.95		
Ruhsal alan*	Evet	19	72.79	-0.909	0.363
	Hayır	144	83.22		
Sosyal alan*	Evet	19	79.24	-0.280	0.780
	Hayır	144	82.36		
Çevresel alan*	Evet	19	84.45	-0.241	0.809
	Hayır	144	81.68		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili medyadan bilgi alma durumuna göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalaları semptom ve hissedilenler, boş zaman, iş ve okul, tedavi ve toplam arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur( $p < 0.05$ ). Ayrıca ergenlerin medyadan bilgi alma durumu ile CADI toplam puanı ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutlarından bedensel alan arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmüştür( $p < 0.05$ )(Tablo 40).

**Tablo 41. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Güneş Banyosu Yapmak) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref)e Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Güneş Banyosu Yapmak</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	14	94.54	-0.514	0.607
	Hayır	189	102.55		
Günlük aktiviteler	Evet	14	100.14	-0.186	0.852
	Hayır	189	102.14		
Boş zaman	Evet	14	95.14	-0.629	0.529
	Hayır	189	102.51		
İş ve okul	Evet	14	90.00	-1.415	0.157
	Hayır	189	102.89		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	14	108.64	-0.611	0.541
	Hayır	189	101.51		
Tedavi	Evet	14	101.29	-0.077	0.939
	Hayır	189	102.05		
Toplam	Evet	14	101.89	-0.077	0.994
	Hayır	189	102.01		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	14	109.14	-0.475	0.635
	Hayır	189	101.47		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	13	84.27	-0.182	0.855
	Hayır	150	81.80		
Ruhsal alan*	Evet	13	78.54	-0.277	0.782
	Hayır	150	82.30		
Sosyal alan*	Evet	13	68.77	-1.085	0.278
	Hayır	150	83.15		
Çevresel alan*	Evet	13	91.69	-0.775	0.438
	Hayır	150	81.16		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede güneş banyosu yapmak ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ )(Tablo 41).

**Tablo 42. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Yüz Yıkama Sıklığının Arttırılması) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	Yüz Yıkama Sıklığını Arttırmak	N	Ort.	Z	P
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	91	98.39	-0.823	0.411
	Hayır	112	104.93		
Günlük aktiviteler	Evet	91	101.37	-0.208	0.835
	Hayır	112	102.51		
Boş zaman	Evet	91	103.69	-0.512	0.608
	Hayır	112	100.63		
İş ve okul	Evet	91	104.49	-0.972	0.331
	Hayır	112	99.98		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	91	102.33	-0.100	0.920
	Hayır	112	101.73		
Tedavi	Evet	91	105.68	-1.308	0.191
	Hayır	112	99.01		
Toplam	Evet	91	101.02	-0.219	0.827
	Hayır	112	102.79		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	91	86.85	<b>-3.335</b>	<b>0.001</b>
	Hayır	112	114.31		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	71	80.44	-0.374	0.708
	Hayır	92	83.21		
Ruhsal alan*	Evet	71	96.97	<b>-3.575</b>	<b>0.000</b>
	Hayır	92	70.45		
Sosyal alan*	Evet	71	91.40	<b>-2.300</b>	<b>0.021</b>
	Hayır	92	74.74		
Çevresel alan*	Evet	71	92.63	<b>-2.535</b>	<b>0.011</b>
	Hayır	92	73.80		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede yüz yıkama sıklığını arttırmak ile CADI toplam puanı ve yaşam kalitesi boyutlarından ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur( $p < 0.05$ ). Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ile akneyle baş etmede yüz yıkama sıklığını arttırmak arasında istatistiksel açıdan ilişki yoktur( $p > 0.05$ )(Tablo 42).



**Tablo 43. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Su Alımını Arttırmak) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Su Alımını Arttırmak</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	50	104.80	-0.405	0.686
	Hayır	153	101.08		
Günlük aktiviteler	Evet	50	101.99	-0.002	0.998
	Hayır	153	102.00		
Boş zaman	Evet	50	97.61	-0.846	0.398
	Hayır	153	103.43		
İş ve okul	Evet	50	103.93	-0.478	0.633
	Hayır	153	101.37		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	50	101.74	-0.050	0.960
	Hayır	153	102.08		
Tedavi	Evet	50	107.32	-1.199	0.231
	Hayır	153	100.26		
Toplam	Evet	50	106.63	-0.657	0.511
	Hayır	153	100.49		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	50	99.97	-0.283	0.777
	Hayır	153	102.66		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	43	82.42	-0.068	0.946
	Hayır	120	81.85		
Ruhsal alan*	Evet	43	85.17	-0.516	0.606
	Hayır	120	80.86		
Sosyal alan*	Evet	43	86.80	-0.801	0.423
	Hayır	120	80.28		
Çevresel alan*	Evet	43	97.98	<b>-2.597</b>	<b>0.009</b>
	Hayır	120	76.28		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede Su alımını arttırması ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI) ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmemiştir( $p>0.05$ ). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği boyutlarından sadece çevresel alan ile su alımını arttırmak arasında istatistiksel olarak ilişki görülmektedir( $p<0.05$ )(Tablo 43).

**Tablo 44. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Beslenme Alışkanlıklarını Değiştirmek) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Beslenme Alışkanlıklarını Değiştirmek</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	114	99.68	-0.664	0.507
	Hayır	89	104.97		
Günlük aktiviteler	Evet	114	101.30	-0.291	0.771
	Hayır	89	102.89		
Boş zaman	Evet	114	99.05	-1.126	0.260
	Hayır	89	105.78		
İş ve okul	Evet	114	102.44	-0.215	0.830
	Hayır	89	101.44		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	114	100.14	-0.711	0.477
	Hayır	89	104.38		
Tedavi	Evet	114	100.30	-0.759	0.448
	Hayır	89	104.18		
Toplam	Evet	114	99.64	-0.664	0.506
	Hayır	89	105.03		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	114	99.61	-0.661	0.509
	Hayır	89	105.06		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	88	81.46	-0.159	0.873
	Hayır	75	82.63		
Ruhsal alan*	Evet	88	82.02	-0.005	0.996
	Hayır	75	81.98		
Sosyal alan*	Evet	88	75.60	-1.932	0.053
	Hayır	75	89.51		
Çevresel alan*	Evet	88	82.62	-0.182	0.855
	Hayır	75	81.27		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ )(Tablo 44).

**Tablo 45. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Reçetesiz Kozmetik Ürün) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Reçetesiz Kozmetik Ürün Kullanmak</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	8	96.88	-0.263	0.793
	Hayır	195	102.21		
Günlük aktiviteler	Evet	8	84.50	-1.307	0.191
	Hayır	195	102.72		
Boş zaman	Evet	8	113.94	-0.815	0.415
	Hayır	195	101.51		
İş ve okul	Evet	8	114.88	-1.130	0.259
	Hayır	195	101.47		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	8	127.50	-1.744	0.081
	Hayır	195	100.95		
Tedavi	Evet	8	112.00	-0.798	0.425
	Hayır	195	101.59		
Toplam	Evet	8	110.38	-0.421	0.674
	Hayır	195	101.66		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	8	112.13	-0.501	0.616
	Hayır	195	101.58		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	7	65.00	-0.982	0.326
	Hayır	156	82.76		
Ruhsal alan*	Evet	7	91.64	-0.555	0.579
	Hayır	156	81.57		
Sosyal alan*	Evet	7	98.57	-0.978	0.328
	Hayır	156	81.26		
Çevresel alan*	Evet	7	103.86	-1.257	0.209
	Hayır	156	81.02		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede reçetesiz kozmetik ürün kullanmak ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ )(Tablo 45).

**Tablo 46. Akneli Ergenlerin Akneyle Baş Etme Yöntemlerine Göre (Tıbbi Tedavi Görmek) Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Tıbbi Tedavi Görmek</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	Evet	167	103.69	-0.920	0.358
	Hayır	36	94.17		
Günlük aktiviteler	Evet	167	100.59	-1.120	0.263
	Hayır	36	108.54		
Boş zaman	Evet	167	101.06	-0.682	0.495
	Hayır	36	106.36		
İş ve okul	Evet	167	100.42	-1.478	0.139
	Hayır	36	109.35		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	167	102.07	-0.048	0.962
	Hayır	36	101.69		
Tedavi	Evet	167	101.04	-0.813	0.416
	Hayır	36	106.44		
Toplam	Evet	167	102.77	-0.411	0.681
	Hayır	36	98.43		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puanı	Evet	167	104.75	-1.447	0.148
	Hayır	36	89.24		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	Evet	138	84.22	-1.425	0.154
	Hayır	25	69.72		
Ruhsal alan*	Evet	138	81.73	-0.174	0.862
	Hayır	25	83.50		
Sosyal alan*	Evet	138	80.24	-1.155	0.248
	Hayır	25	91.74		
Çevresel alan*	Evet	138	80.63	-0.871	0.383
	Hayır	25	89.54		

\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).

#### **Mann Whitney U testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede tıbbi tedavi görmek ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ )(Tablo 46).

**Tablo 47. Akneli Ergenlerin Lezyon Yerleşim Sayısına Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (DLQI), Cardiff Akne Kısıtlılık İndeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Whoqol-Bref) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=203).**

	<b>Lezyon Yerleşim Sayısı</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ki-Kare</b>	<b>P</b>
<b>DLQI</b>					
Semptom ve hissedilenler	1-2	35	94.79	<b>6.753</b>	<b>0.034</b>
	3-4	104	95.11		
	5-6	64	117.14		
Günlük aktiviteler	1-2	35	109.86	2.188	0.335
	3-4	104	101.91		
	5-6	64	97.84		
Boş zaman	1-2	35	113.41	3.095	0.213
	3-4	104	99.90		
	5-6	64	99.16		
İş ve okul	1-2	35	109.90	4.075	0.130
	3-4	104	102.90		
	5-6	64	96.22		
Kişilerarası ilişkiler	1-2	35	99.60	4.442	0.108
	3-4	104	97.20		
	5-6	64	111.11		
Tedavi	1-2	35	113.13	4.802	0.091
	3-4	104	97.73		
	5-6	64	102.85		
Toplam	1-2	35	105.06	3.558	0.169
	3-4	104	94.92		
	5-6	64	111.83		
<b>CADI</b>					
CADI toplam puan	1-2	35	93.04	1.200	0.549
	3-4	104	102.27		
	5-6	64	106.45		
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Bedensel alan*	1-2	25	56.94	<b>9.337</b>	<b>0.009</b>
	3-4	88	83.72		
	5-6	50	91.50		
Ruhsal alan*	1-2	25	78.38	0.182	0.913
	3-4	88	82.41		
	5-6	50	83.08		
Sosyal alan*	1-2	25	68.46	3.831	0.147
	3-4	88	81.16		
	5-6	50	90.25		
Çevresel alan*	1-2	25	75.50	1.176	0.555
	3-4	88	80.82		
	5-6	50	87.33		

**\*Whoqol-Bref ölçeğine 16 yaş ve üzeri akneli ergenler dahil edilmiştir (n=163).**

**Kruskal Wallis testi sonucu**

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşim sayısına göre puan ortalamaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından semptom ve hissedilenler ile Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi boyutlarından bedensel alan arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 47).



## BÖLÜM IV

### 4.TARTIŞMA

Akneli ergenlere ilişkin yaşam kalitesi çalışmalarının sınırlı olması nedeniyle tartışma ergenlerin ve ebeveynlerinin özellikleri, ergenlerin tedavi alma durumları ve yaşam kalitelerini etkileyen değişkenlerin incelenmesiyle yapılmıştır.

**Akneli ergenlerin yaş ortalamaları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanların yaş ortalaması  $17.5 \pm 2.25$ , ortanca yaş 18, en küçük yaş 11 ve en büyük yaş 20'dir (Tablo 1). Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi puanları ile yaş arasında birliktelik görülmemektedir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 14).

Aksu ve ark. (2011) araştırmalarında yaş ortalaması  $15.1 \pm 1.53$ , en küçük yaş 13 ve en büyük yaş 18'dir. Akne ile yaş arasında önemli bir birliktelik saptamışlardır ( $p < 0.05$ ). Aknenin en çok görüldüğü yaş grubu ise 15-16 yaşdır (3).

Aktan ve ark. (2000) araştırmalarında hastalarının yaş ortalamasını  $16.1 \pm 0.87$ , en küçük yaş 14 ve en büyük yaş 20 olarak belirlemişlerdir (5).

Motley ve Finlay (1989) araştırmalarında, aknenin ilk olarak 11-12 yaşlarda kendini göstermesine rağmen, tedavi arayışlarının genellikle görünümün önemli olduğu 16-18 yaşlarda ortaya çıktığını belirtmektedirler.

Güldü ve ark. (2002) araştırmalarına 6-16 yaş grubundaki öğrencileri dahil etmiş ve ilköğretim çağı çocuklarında akne vulgarisin görülme oranını %16.7 olarak saptamıştır. Bu gruptaki katılımcılarda yaş ilerledikçe akne vulgaris görülme oranının da arttığı bulunmuştur. 6-8 yaş arasında akne prevalansı %0.82 iken, 9-11 yaş grubunda %3.53, 12-14 yaş grubunda %31.98 ve 15-16 yaş aralığında %82 olarak belirlenmiştir (31).

Kutlu ve ark. (2010) araştırmalarında hastaların %46.8 ile ergenlik dđnemi akne yaş ortalaması 17.03, ergenlik sonrası %53.1 ile akne yaş ortalaması 26.5 olarak değerlendirilmiştir(50).

Rodemaker ve ark. (1989) alışmalarında akne insidansını 16 yaşındaki erkeklerde %95, kızlarda %83, 21 yaşındaki erkeklerde %91, kızlarda %79 olarak belirtmişlerdir. Bu yaşlardan sonra insidans giderek azalmaktadır(70).

Kubota ve ark. (2010) araştırmalarına 13-19 yaş grubu đđrencileri dahil etmiş ve 13-15 yaş aralığında akne prevalansını %55.5, 16-19 yaş aralığında ise akne prevalansını %62.7 olarak belirlemiştir(48).

Yarpuz ve ark. (2008) araştırmalarında yaş ortalaması  $21.8 \pm 5.1$ , en küçük yaş 15'dir. Akneli ergenlerde psikolojik belirtilerde etkili olabilecek sosyo-demografik ve klinik risk faktđrleri ile ilgili incelemede, belirtilerle ilişkili olduğu saptanan tek değişken olarak hastaların yaşı bulunmuştur. Hastaların yaşı kldke yaşadıkları psikolojik belirtiler şiddetlenmektedir. Ergenlik dđnemi, beden imajı ve buna bağlı kaygıların en yoğun ve aynı zamanda kişilerin karşılaştıkları sorunlarla başetme becerilerinin en kısıtlı olduğu dđnem olarak düşünülmektedir(91).

Yaş ilerledikçe ergenlerin dış gđrnmlerine ilişkin kaygıları azalmakta, buna karşılık, aknenin neden olduğu sorunlarla başetme becerileri artmaktadır.

**Akneli ergenlerin cinsiyetlerine gđre dağılımları incelendiğinde;** Akneli ergenlerin %33.0'u erkek, %67.0'si kadındır(Tablo 1). Dermatoloji yaşam kalitesi ۆleęi ve Cardiff akne kısıtlılık ۆleęinin puanlarına bakıldığında; cinsiyet ve akne arasında anlamlılık yoktur ( $p > 0.05$ ). Yaşam kalitesi boyutlarıyla cinsiyet arasında ilişki gđrlmemiřtir( $p > 0.05$ )(Tablo 10).

Kubota ve ark. (2010) araştırmalarında; katılanların %51.6'sını akneli erkek, %64.8' ini de akneli kız olarak belirlemişlerdir. Ayrıca kızların akne yüzünden erkeklerden daha depresif olduklarını saptamışlardır( $p < 0.05$ )(48).

Walker ve ark. (2005) araştırmaya katılanların %54'n erkek, %46'sını kız olarak bulmuşlardır. Araştırmalarında kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak ۆnemli bir farklılık saptanmamıştır( $p > 0.05$ )(84).



Smithard ve ark. (2001) araştırmalarında; katılanların %55'ini erkek, %45'ini kız olarak saptamışlardır. Ayrıca aknenin erkeklerde daha fazla görülmesine rağmen, kızların duygusal açıdan olumsuz yönde daha fazla etkilendiklerini saptamışlardır( $p<0.05$ )(74).

Tan ve ark. (2007) araştırmaya katılanların %43.3'n erkek, %56.6'sını kız olarak bulmuşlardır. Akne ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık saptanmamıştır( $p>0.05$ )(77).

Aksu ve ark. (2011) araştırmalarında; 13-14 yaş grubundaki kızların (%60.1) bu yaş aralığındaki erkeklerden daha fazla etkilendiklerini saptamış olmakla birlikte, aksine 15-18 yaş grubundaki erkeklerinde akneden kızlardan daha fazla etkilendiği bulunmuştur(3).

Yahya'nın (2009) araştırmasına katılanların %50.8'i erkek, %49.2'si kızdır. Akne ile cinsiyet arasında önemli bir anlamlılık saptanmamıştır( $p>0.05$ ). Akne şiddetini kız ve erkeklerde benzer bulmuşlardır(90).

Lasek ve ark. (1998) araştırmalarında; aknenin yaşam kalitesine etkisinin kadın ve erkeklerde benzer olduğunu saptamışlar ancak istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır( $p>0.05$ )(51).

Yarpuz ve ark. (2008) araştırmalarında; katılanların %43.4'n erkek, %56.6'sını kız olarak belirlemişlerdir(91). Ayrıca çalışmalarında akneli erkek ve kadın hastalar arasında psikolojik açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır( $p>0.05$ ).

Bu bulgunun hastalarının ergenlik döneminde olmasından ve ergenlik döneminin her iki cinsiyet içinde beden imajı ve dış görünüş açısından zorlayıcı olmasından kaynaklandığını düşünmektedirler(91).

Bu bulgular çalışmamızın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Katılımcıların %14.8'i ilkokul mezunu, %33.5'i ortaokul mezunu, %45.3' lise mezunu ve %6.4' ise niversite öğrencisidir(Tablo 1). Eğitim durumu (lise+niversite ve ilkokul+ortaokul) ile akne açısından ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin eğitim durumu ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece çevresel alan ile aralarında anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 11).

Yarpuz ve ark. (2008) çalışmalarında eğitim süresi azaldıkça yaşanan psikolojik belirtilerin arttığını saptamışlardır(91).

Tezcan'nın (1985) 'Eğitim Sosyolojisi' isimli kitabında, eğitimi bireyin gelişmesine yardım eden, yaşamında gerekli bilgi, beceri ve davranışlar elde etmesine yarayan bir süreç olarak tanımlamıştır(79). Bireyin edindiği bu özellikler ile yaşamında karşılaştığı sorunlarla başedebilmesi, başarı sağlaması ve bilinç düzeylerinin artması yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Bu durumda eğitim süresinin azlığından kaynaklanan donanımsızlık ile başetme ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik nedeniyle yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkileneceği düşünülmüştür.

**Akneli ergenlerin aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılan ergenlerin %86.7'sinin çekirdek, %10.8'inin geniş, %2.5'inin parçalanmış aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur(Tablo 2). Aile tipi ile toplam dermatoloji yaşam kalitesi puanı ve günlük aktiviteler arasında istatistiksel açıdan ilişki görülmüştür( $p<0.05$ ). Aile tipi ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 15).

Türkiye genelinde aile yapısının %80.7'sinin çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır (TÜİK, Aile yapısı araştırması, 2006). Kültürel yapı, demografik özellikler ve sosyo-ekonomik düzeyin belirlediği aile yaşamında, çekirdek aile yapısındaki bireyler arasında olumlu etkileşim ve iletişim deneyimlerinin daha fazla görülmesi ile yaşam kalitesinin de olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir.

**Akneli ergenlerin yaşadıkları yere göre dağılımları incelendiğinde;** Akneli ergenlerin %84.7'sinin ilde, %6.9'unun ilçede ve %8.4'ünün köy/kasabada yaşamakta olduğu belirlenmiştir(Tablo 2). Yaşanılan yer ile dermatoloji yaşam kalitesi (DLQI) ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında ilişki görülmemiştir( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılanların yaşadıkları yer ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 16).

El-Khateeb ve ark. (2013) araştırmalarında; katılanların %54.2'sinin kırsal kesimlerde, %54.1'inin kentsel kesimde yaşadığı belirlenmiş ve istatistiksel açıdan önemli bir farklılık saptanmamıştır(19).

Çalışmamızdaki bulgularda ilde yaşayanların fazla olması, kırsal kesimlerden kentsel bölgelere son zamanlarda artan göçün bir sonucu olarak düşünülmektedir.

**Akneli ergenlerin gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Katılımcıların %85.7'sinde gelir gideri karşılıyor, %11.8'inde gelir gideri karşılamıyor ve %2.5'inde gelir giderden fazla olarak bulunmuştur(Tablo 2). Gelir durumu ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından 'semptom ve hissedilenler', 'boş zaman', 'kişilerarası ilişkiler', 'tedavi' ve 'toplam' arasında ilişki görülmüştür( $p<0.05$ ). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutlarından 'sosyal alan' ve 'çevresel alan' arasında anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ )(Tablo 17).

Yeni Zelanda'da Pearl ve ark. (1998) araştırmalarında sosyo-ekonomik seviyesi iyi olan öğrencilerde akne tedavisinin daha başarılı olduğu bildirilmiştir(65). Güldü ve ark. (2002) yaptığı araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerde akne görülme oranının düşük bulunmasının akne tedavisine gösterilen özenle ilgili olduğu düşünülmektedir(31).

Bu durumda ailelerin gelir durumlarının akne tedavi başarısını ve hastalık görülme süresini etkilediği düşünülmektedir.

**Akneli kızların menstrual siklus durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılan kızların %36.8'inde menstrual düzensizlik varken, %63.2'sinde ise yok olarak belirlenmiştir(Tablo 2). Araştırmamıza katılan akneli ergenlerden kızlarda adet düzensizliği varlığı ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemiştir( $p>0.05$ ).Araştırmaya katılan akneli ergenlerden kızlarda adet düzensizliği ile yaşam kalitesi boyutları arasında fark yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 19).

Tan ve ark. (2007) çalışmalarındaki katılımcıların %19.2'si menstrual siklus ile akne alevlenmesi arasında ilişki kurmazken, kızların %41.8'si ara sıra menstrual siklusta akne alevlenmesi yaşadığını söylerken, araştırmaya katılan kızların %39'u ise menstrual siklus ile akne arasında ilişki olduğunu düşünmektedirler(77).

Freyre ve ark. (1998) araştırmalarında yüzde akne görülme Şiddetinin menarş sonrası kızlarda %39.9 oranında olduğu bulunmuştur. Bu oran menarş öncesinde %20.9 olarak belirlenmiştir. Ayrıca araştırmalarında menarştan 6 yıl sonra akne görülme oranının %66.7 ile en yüksek seviyede olduğu saptanmıştır.

Kilkenny ve ark. (1997) araştırmalarında orta düzeyde aknesi olan kız öğrencilerin menstrual siklusun başladığı ve daha fazla psikolojik problemler görüldüğü belirlenmiştir(45).

Kubota ve ark. (2010) araştırmalarında katılanların %39.1'i menstrual siklus ile akne alevlenmesi arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Menstrual siklus ile akne arasındaki ilişki lise döneminde artmaktadır(48).

Menstrual siklusta düzensizlik olmasa bile hormonal değişikliklerden dolayı akne görülme ya da alevlenme durumu ile psikolojik problemlerin görüldüğü düşünülmektedir.

**Akneli ergenlerin anne ve baba eğitim düzeyleri incelendiğinde;** Katılımcıların annelerinin %7.9'unun okur-yazar olmadığı, %1'inin sadece okuma-yazma bildiği, %56.7'sinin ilkokul mezunu, %10.8'inin ortaokul mezunu, %14.3'ünün lise mezunu ve %9.4'ünün yüksekokul/niversite mezunu olduğu, babalarının ise %1.5'unun okur-yazar olmadığı, %0.5'inin sadece okuma-yazma bildiği, %39.4'ünün ilkokul mezunu, %9.4'ünün ortaokul mezunu, %25.6'sinin lise mezunu ve %23.2'sinin de yüksekokul/niversite mezunu olduğu saptanmıştır(Tablo 3).

Mann Whitney U testine göre; anne eğitim durumu (lise+niversite ve ilkokul+ortaokul) ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi alt skalalarından 'boş zaman' ve CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak ilişki görülmüştür ( $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin annelerinin eğitim durumu ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece çevresel alan ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 12).

Yapılan Mann whitney U testine göre; baba eğitim durumu (lise+niversite ve ilkokul+ortaokul) ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve dünya sağlık rgt yaşam kalitesi boyutları aralarında istatistiksel açıdan ilişki görülmemiştir( $p>0.05$ )(Tablo 13).

TNSA 2008 sonuçlarına göre de, Türkiye’de ilköğretim mezunu kadınların oranı %52.0 olup, %69.0’ının çalışmadığı bulunmuştur(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008).

Literatürde Oktan ve ark.(2010) araştırmalarında bireyin nasıl görüldüğü ve nasıl bir kişi olduğu ile yoğun olarak ilgilendiği, sorular sorduğu ve bu sorulara cevap aradığı ergenlik dönemindeki artan kimlik arayışında, ergenlerin aileleri tarafından kabul görmesi, bu değişimlere karşı bilgilendirilmeleri gerektiği üzerinde durulmuştur(63). Ayrıca beden imajının sağlıklı gelişmesinde ergenlerin ailede kendileri ile ilgili kişisel bakım, özen ve dikkat konusunda eleştirilmekten çok desteklenmeleri yaşanacak olumsuzlukların ve çatışmaların minimum düzeyde olacağını düşündürmektedir. Bu durumla ilgili ailelerin farkındalıklarının ve eğitim düzeylerinin yüksek olması ergenlerin bu dönemi daha kolay ve sorunsuz atlatabilmeleri açısından önemlidir.

Çalışmamızda ergenlerin ailelerinin eğitim düzeylerinin düşük olması bu dönemde yaşanabilecek olası çatışmaların etkenlerinden biri olarak düşünülmektedir.

**Akneli ergenlerin anne ve babalarının çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Akneli ergenlerin annelerinin %80.8’inin ev hanımı, %10.3’ünün memur, %3.4’ünün serbest meslek ve %5.4’ünün işçi olduğu, babalarının ise %26.2’sinin memur, %15.8’inin işçi, %31.1’inin serbest meslek, %26.2’sinin emekli ve %0.5’inin ise işsiz olduğu saptanmıştır(Tablo 3).

Araştırmaya katılan ergenlerin ailelerinin çalışma durumları göz önünde bulundurularak; aile gelir durumlarının düşük ve orta düzeyde olduğu söylenebilir.

**Akneli ergenlerin ailelerinin sosyal güvence durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanların %53.7’sinin SSK’lı, %11.8’inin Bağkur’lu, %4.4’ünün Yeşil Kart’lı olduğu, %28.6’sının Emekli Sandığı’na bağlı olduğu ve %1.5’unun ise herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır(Tablo 3).

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye’de ailelerin %69.0’unun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008).

**Akneli ergenlerin lezyon yerleşimi durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyonların yerleşimi %85.7'sinde alın, %90.1'inde yanak, %66.5'inde burun, %78.3'ünde çene, %17.7'sinde göğüs ve %44.8'inde omuzlar-sırt olarak belirlenmiştir(Tablo 4).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi 'alın' olanlar ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi 'alın' olanlar ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 20).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi 'yanaklar' olanlar ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 21).

Araştırmaya katılanlarda lezyon yerleşimi 'burun' olanlar ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılanlarda lezyon yerleşimi 'burun' olanlar ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece bedensel alan arasında istatistiksel olarak farklılık vardır( $p<0.05$ )(Tablo 22).

Araştırmaya katılan ergenlerde lezyon yerleşimi 'çene' olanların; Cardiff akne kısıtlılık indeksi toplam puanı ve dermatoloji yaşam kalitesinin alt skalalarından semptom ve hissedilenler arasında istatistiksel anlamda farklılık vardır( $p\leq 0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi 'çene' olanlar ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece bedensel alanda istatistiksel açıdan farklılık vardır( $p<0.05$ ) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi göğüs olanlar ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında farklılık yoktur( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi göğüs olanlar ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 24).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi omuz-sırt olanlar ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında istatistiksel açıdan farklılık yoktur( $p>0.05$ ).

Sadece dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalası olan semptom ve hissedilenlerde istatistiksel açıdan minimal bir farklılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyon yerleşimi ‘omuz-sırt’ olanlar ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 25).

Wei ve ark. (2010) araştırmalarında lezyon yerleşimlerini katılanların %67.4’ünde yanaklarda, %54.9’unda alında, %26.8’inde burunda, %25.9’unda sırtında, %25.6’sında çenede ve %16.6’sında ise göğüste belirlemiştir(86).

Güldü ve ark. (2002) araştırmalarında lezyon yerleşiminde yüz aknesi prevalans oranlarını adolesan erkeklerde %81 ile %95, adolesan kızlarda ise %79 ile %82 arasında belirlemiştir(31).

El-Khateeb ve ark. (2013) araştırmalarında lezyon yerleşimlerini katılanların %94.8’inde yanaklarda, %92.9’unda alında, %78.1’inde çenede, %60.7’sinde burunda ve %56.2’sinde vücutta saptanmıştır(19).

Yarpuz ve ark. (2008) çalışmalarında hastaların yaklaşık dörtte üçünde akne yerleşim yerini ‘yüz’ olarak belirlemiştir. Akne yerleşim yeri yüz, ağırlıklı gövde ve eşit ağırlıklı olan üç hasta grubunun ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark saptamamışlardır( $p>0.05$ )(91).

Yapılan çalışmalarda aknesi olan öğrencilerin, diğer insanların arasında olmayı sevmediklerini ve bazen insanların kendilerine baktıklarını düşündüklerini belirtmektedirler(van der Meeren ve ark. 1985)(82). Bunun yanı sıra gövde lezyonu olan hastalarda ise fiziksel temastan korku, yüzme ve spor gibi faaliyetlerden kaçınma, uyku güçlüğü gibi sıkıntılarının ortaya çıktığı belirtilmiştir(Rubinow ve ark. 1987)(83).

Bu durumda çalışmamızın bulguları diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin akne şiddetine göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanların akne şiddeti %20.7’si hafif (komedon), %62.1’i orta (papül-püstül), %17.2’si şiddetli (nodül-kist) olarak saptanmıştır(Tablo 4). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne şiddeti ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi alt skalalarından olan ‘semptom ve hissedilenler’ ile CADI toplam puanı arasında farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlılık yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 26).

Aksu ve ark. (2011) araştırmalarında; akne şiddeti ile hastalık süresi ve beden kitle indeksinin yüksek olması arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmıştır( $p<0.05$ ). Hastalık süresinin uzaması akne şiddetini arttıran bir risk olarak görülmektedir(3).

Lasek ve ark. (1998) çalışmalarında; akne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir( $p<0.05$ ). Akne şiddetinin fazla olması yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir(51).

Bunun yanı sıra Niemeyer ve ark. (1998) çalışmalarında akneli olguların hastalıklarının duygusal stres ve psikososyal sorunlara neden olduğunu, ancak akne şiddeti ile bu faktörler arasında ilişki olmadığını saptamışlardır(58).

Çelik ve ark. (2009) araştırmalarında; hastalık şiddeti ile psikolojik belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır ve bu durumu çalışmalarındaki hasta sayısının az olması ile ilişkilendirmişlerdir(17). Literatürde Wu ve ark. (1988) hastalık şiddeti yüksek olan hastalarda anksiyete seviyelerinin de yükseldiğini belirlemişlerdir. Ayrıca bu belirtilerin kadın hastalarda daha belirgin olduğunu vurgulamışlardır. Bu durum kültürel faktörlerle ilişkili olarak kadınların dış görünümelerini daha fazla önemsediklerini göstermektedir.

Smithard ve ark. (2001) çalışmalarında; katılanların %50'sinde hiç akne bulunmazken, %22'sinde hafif düzeyde akne, %17'sinde orta düzeyde akne ve %11'inde şiddetli düzeyde akne belirlenmiştir. Güldü ve ark.(2002) araştırmalarında akne vulgaris tespit edilen 316 kişinin %99.7'sinde komedon, %19.2'sinde papül-püstül, %5.7'sinde kist-nodül, %0.94'ünde postinflamatuvar pigmentasyon, %2.2'sinde akne skarları tespit edilmiştir(74).

Wei ve ark. (2010) araştırmalarında katılanların %54.1'inde akne şiddetini hafif düzeyde, %30.7'sini orta düzeyde, %12.4'ünü şiddetli ve %2.6'sını çok şiddetli olarak belirlemişlerdir(86).

Yahya ve ark. (2009) çalışmalarına katılan ergenlerin akne şiddeti %93.1'inde hafif düzeyde, %6.9'unda ise orta düzeyde bulunmuştur. Araştırmaya katılan ergenler arasında şiddetli ya da çok şiddetli akne düzeyi görülmemiştir. Akne şiddeti kız ve erkeklerde benzer bulunmuştur(90).



El-Khateeb ve ark. (2013) çalışmalarında; katılanların akne şiddeti %72.5'inde hafif düzeyde, %27.1'inde orta düzeyde, %0.4'ünde şiddetli olarak saptanmıştır. Akne şiddeti erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu saptanmıştır(19).

Yarpuz ve ark. (2008) çalışmalarında akne şiddeti ile psikolojik belirtiler arasında ilişki bulamamış olmalarını, hastalarının aknenin psikolojik sıkıntılara yol açması için şiddetli olması gerektiğini düşündüklerini saptamışlardır(91).

Çalışmamızın bulguları diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin yaş, hastalık süreleri ve beden kitle indekslerine göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılan akneli ergenlerin beden kitle indekslerine bakıldığında; %8.4'ü zayıf, %89.7'si normal, %2'si ise şişman olarak bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmaya katılan ergenlerde, akne süresi %38.9'unda 0-1 yıl, %27.6'sında 1-2 yıl, %19.2'sinde 2-3 yıl, %7.4'ünde 3-4 yıl, %6.4'ünde 4-5 yıl, %0.5'inde ise 5 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur(Tablo 4). Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi puanları ile yaş, beden kitle indeksi ve hastalık süresi arasında istatistiksel açıdan birliktelik görülmemektedir. Yaşam kalitesi boyutları açısından bedensel alan ile hastalık süresi arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir birliktelik görülmektedir ( $p<0.05$ ). Çevresel alan ile beden kitle indeksi persantili arasında negatif yönde bir birliktelik vardır(Tablo 14).

Tan ve ark. (2007) araştırmalarında; katılanların akne süresi, %28.2'sinde 6 aydan az, %18.4'ünde 6ay-1 yıl, %22.1'inde 1-2 yıl, %31.3'ünde ise 2 yıldan fazla olarak belirlenmiştir(77).

Aksu ve ark. (2011) çalışmalarında; normal ve fazla kilolu olmanın, akne görülme sıklığını arttırdığını belirlemişler ve bunu risk faktörü olarak görmüşlerdir( $p<0.05$ ). Ayrıca beden kitle indeksinin yüksek olması ile akne şiddeti arasında ilişki bulunmuştur( $p<0.05$ ). Akne şiddeti ile hastalık süresi arasında da istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmıştır( $p<0.05$ ). Araştırmalarına katılanların akne süresi ortalama  $22.18\pm 15.04$  ay olarak belirlenmiştir. Hastalık süresinin uzaması akne şiddetini arttıran bir risk olarak görülmektedir(3).

Yahya ve ark. (2009) araştırmalarında; katılanların %61.4'ünde akne süresi 6 ay ve daha az, %26.8'inde ise bir yıl ve üzeri olarak belirlenmiştir. Ayrıca kızlarda akne görülme süresinin erkeklere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir(90).

Kubota ve ark. (2010) araştırmalarında; katılanların akne süresi, %29.6'sında 6 aydan az, 14.7'sinde 6ay-1 yıl, 23.4'ünde 1-2 yıl, %29.5'inde ise 2 yıldan fazla olarak belirlenmiştir(48).

Kilkenny ve ark. (1997) araştırmalarında; katılanların son 12 ayda akne ile karşılaştıkları bildirilmiştir(45).

Lasek ve ark. (1998) araştırmalarında; katılanların akne süresini %62'sinde 2 yıl ve üzeri, %17'sinde 4-11 ay, %10'unda 1-2 yıl ve %9'unda 1-3 ay olarak belirlemişlerdir(51).

Yarpuz ve ark. (2008) araştırmalarında akne süresini kadınlarda yaklaşık 6 yıl, erkeklerde ise yaklaşık 4 yıl olarak belirlenmiş ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır( $p<0.05$ ). Ayrıca akne süresini yaşla birlikte artmakta( $p<0.05$ ), akne şiddetini ise yaşla birlikte azalmakta( $p<0.05$ ) olduğunu belirlemişlerdir(91).

Beden imajının önemli olduğu ergenlik döneminde, bu durumu etkilecek olan uzun hastalık süreçleri ergenlerdeki yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda ergenlerde akne görülme süresinin artması ile yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

**Akneli ergenlerin tıbbi tedavi alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanların %93.1'inin tıbbi tedaviyi sürdürdüğü, %14'ünün ise tıbbi tedavi almadığı bulunmuştur(Tablo 5). Çalışmamızda tıbbi tedavi alan hastaların %60.8'inin topikal tedavi aldığı, %14.8'inin antibiyotik tedavisi aldığı, %24.3'ünün ise retinoid tedavisi (İzotretinoin) aldığı saptanmıştır(Tablo 5). Araştırmamıza katılan akneli ergenlerin tedavi alma durumları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin (DLQI) alt skalalarından 'iş ve okul' ile 'tedavi' arasında farklılık vardır( $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin tedavi alma durumları ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece 'bedensel alan' boyutunda farklılık vardır( $p<0.05$ )(Tablo27).

Tan ve ark. (2007) araştırmalarında katılımcıların %41'i tedavi gördüğünü, %31.8'inin aile hekimi ya da dermatologdan tıbbi tedavi aldığını, yarıdan fazlasının ise (%56.8) reçetesiz ürünler kullandığını saptamışlardır(77).

Kubota ve ark. (2010) araştırmalarına katılan ergenlerin büyük çoğunluğu (%61.3) akne ile ilgili herhangi bir tedavi almazken, %38.8'i tedavi görmektedir. Çalışmada tıbbi tedavi alan hastaların %66.5'i topikal tedavi aldığını belirtmişlerdir(48).

Aksu ve ark. (2011) alışmalarına katılan akneli ergenlerin sadece %11.5'inin tıbbi tedavi gördüğünü saptamıştır. Tıbbi tedavi alan bu ergenlerin %6'sı aile hekiminden,%5'i ise dermatologdan yardım almaktadırlar(3).

El-Khateeb ve ark. (2013) alışmalarında; katılan ergenlerin %53'ünün akne lezyonununun oluşmasından üç ay sonra tıbbi tedaviye başladıklarını saptamışlardır. Çalışmaya katılan kızların tıbbi yardım almaya daha meyilli oldukları saptanmıştır(19).

Literatürde aknenin ilk olarak 11-12 yaşlarda kendisini göstermeye başlamasına rağmen, tıbbi tedavi araşışlarının genellikle dış görünümünün önemli olduğu 16-18 yaşlarında ortaya çıktığı belirtilmiştir.(Motley ve ark.1989)

Bu bulgular araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin yüz yıkama sıklığına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılan ergenlerin %22.7'si yüzünü günde bir kez, %62.1'i yüzünü günde 2-3 kez, %13.3' yüzünü günde 4-5 kez, %2.0'si ise yüzünü günde 6 ve üzeri yıkamaktadır(Tablo 6). Araştırmamıza katılan akneli ergenlerde yüz yıkama sıklığı ile sadece Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) toplam puanı ile anlamlılık görülmüştür(p<0.05)(Tablo 28).

Tunalı ve ark. yüzünü günde 2-3 kez yıkayanlar ile günde bir kez yıkayanlar arasında akne görülme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır(p<0.05). Genel olarak, sıcak sabunlu su ile sıklıca cilt yıkanmasının komedon oluşumunu inhibe ettiği bildirilmiştir.

Aksu ve ark. (2011) alışmalarında günde üç ve üzeri kez yüzünü yıkamanın akne görülme sıklığının azaltan bir faktör olduğunu saptamışlardır(3).

Sonuç olarak günde ikiden fazla yüz yıkama alışkanlığının, akne görülme sıklığını ya da tedavi süresini azalttığı ve olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu bulgular araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin akne nedeni olarak inandıkları etkenlere göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılan ergenlerin akneye neyin neden olduğu konusundaki inançlarında; ergenlerin %13.3'ü hijyen eksikliğine, %45.3'ü hormonal nedenlere, %72.9'u yağlı yiyeceklere, %9.4'ü kalıtıma, %70.9'u strese ve %1.5'i ise belli bir nedenin olmadığına inandıkları bulunmuştur(Tablo 6).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, hijyen eksikliğine inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından sadece 'semptom ve hissedilenler' ve CADI toplam puanı arasında anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Ayrıca yaşam kalitesi boyutlarından 'ruhsal alan' ile inançlardan 'hijyen eksikliği' arasında ilişki görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 30).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, hormonal nedenlere inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ile Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ ). Yaşam kalitesi boyutlarından sosyal alan ile inançlardan hormonal nedenler arasında anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ )(Tablo 31).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, yağlı yiyeceklere inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği arasında ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ )(Tablo 32).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, kalıtıma inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği ile aralarında bir anlamlılık görülmemiştir( $p>0.05$ ) (Tablo 33).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, strese inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinde 'semptom ve hissedilenler', toplam ve CADI toplam puanı arasında ilişki görülmüştür( $p<0.05$ ). Ayrıca Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeğinin 'bedensel alan' ile akne nedeni olarak görülen stres arasında anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 34).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, belli bir nedenin olmamasına inananlar ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği (Whoqol-Bref) arasında herhangi bir anlamlılık bulunmamıştır( $p>0.05$ )(Tablo 35).

Yahya ve ark. (2009) çalışmalarında katılımcıların %26.3'ü hijyen eksikliğini, %37.7'i yağlı yiyecek tüketimini, %10.2'si kalıtımı, %9.8'i bakterinin varlığını akne nedeni olarak belirtmiş olup, %6'sı ise belirli bir neden belirtmemişlerdir(90).

Wei ve ark. (2010) araştırmalarında; genetik faktörü, stresi, menstrual bozukluğu, yağlı yiyecekleri, yağlı cilt yapısına sahip olmayı ve sekiz saatten az uyumayı akne nedeni olarak belirtmişlerdir(86).

Burris ve ark. (2013) araştırmalarında; katılanların %58.1'inin akne şiddeti ile beslenme alışkanlıkları arasında ilişki olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Buna göre katılanların %26.2'si patates kızartmasının, %25.8'i çikolatanın, %23.8'i pizzanın akneyi şiddetlendirdiğine inandıkları saptanmıştır(14).

Aksu ve ark. (2011) araştırmalarında katılımcılardan %61.6'sı beslenme alışkanlıklarının aknenin oluşumunda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Beslenme alışkanlıklarında şeker alımının olması, yağlı yiyecekler, hamur işleri ve hazır yiyecekler ile akne prevalansı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir(3).

Hedden ve ark. (2008) çalışmalarında katılımcıların %62.3'ü akne nedeni olarak beslenme alışkanlıklarını görmektedir. Özellikle kızlar akne nedeni olarak çikolata tüketiminin akneyi tetiklediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %55.1'i hormonları, %42.4'ü hijyen eksikliğini, %31.9'u stresi, %5.7'si kalıtımı akne nedeni olarak belirtmişlerdir(35).

Yasuo Kubota ve ark. (2010) araştırmalarında katılımcıların %63.1'i stresi, %55.5'i uyku eksikliğini, %60.9'u çikolata tüketimini, %50.3'ü hijyen eksikliğini ve %36.8'i yağlı yiyecekleri akne nedeni olarak görmektedirler(48).

Smithard ve ark. (2001) araştırmalarında akne nedeni olarak katılımcıların %25'i ana neden olarak hijyen eksikliğini, %11'i yağlı yiyecekleri belirtmiştir. Katılımcıların %10'u herhangi bir neden belirtmemişlerdir(74).

Tan ve ark. (2007) çalışmalarında akne oluşumunda katılımcıların %71'i en önemli neden olarak hijyen eksikliğini belirtmişlerdir. Bunun dışında akne nedeni olarak yağlı yiyecekleri, kozmetik ürün kullanımını, uyku eksikliğini, stresi ve hormonal düzensizlikleri belirtmişlerdir(77).

Yapılan çalışmalarda katılanların akne oluşumuna birçok faktörün etki ettiğine inandıkları belirlenmiş olup, en önemli faktörler olarak beslenme alışkanlıkları ve hijyen eksikliği saptanmıştır. Bu bulgular çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin aknenin kişilerarası ve iş/okul performansı üzerine etkili olduğu konusundaki düşüncelerine göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanların %40.9'unun aknenin iş/okul performansını etkilediğine, %59.1'inin ise etkilemediğine inandığı belirlenmiştir(Tablo 6). Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne performans etkisi ile CADI toplam puanı, yaşam kalitesi boyutları (Whoqol-Bref) ve dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin (DLQI) tüm alt skalaları ile arasında anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 29).

Yahya ve ark. (2009) araştırmalarında katılımcıların %4.1'i arkadaş edinme ve arkadaşlık ilişkilerinin, %6.6'sının aile ile ilişkilerinin ve %5.5'inin okul performanslarının ciddi şekilde etkilendiği görülmüştür. Katılımcıların %76.4'ü aknenin kişilerarası ve iş/okul performanslarını etkilemediklerini belirtmişlerdir(89).

Hedden ve ark. (2008) çalışmalarında katılımcıların %48.6'sı aknenin kişilerarası ilişkilerini etkilediğine ve %64.4'ü de aknenin beden imajlarını etkilediklerine inandıklarını belirtmişlerdir(35).

Yasuo Kubota ve ark. (2010) araştırmalarında aknenin kişilerarası veya okul performanslarını etkilemediklerini saptamışlardır(48).

Tan ve ark. (2007) araştırmalarında katılımcıların %48.4'ü aknenin kişilerarası ilişkilerin etkilenmediğini belirtmişlerdir(77).

Sonuç olarak aknenin kişilerarası ilişkileri ve iş/okul performansını etkilediği belirlenmiş olup, çalışmamızın bulguları literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

**Akneli ergenlerin akne ile ilgili konularda kimlerden yardım aldıklarına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanların akne ile ilgili bilgi alma konusunda; %28.1'inin aileye, %25.1'inin arkadaşlarına, %93.6'sının doktora (dermatolog), %10.8'inin medyaya, %1'inin okula, %11'inin ise eczacıya başvurduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili ailelerinden, arkadaşlardan ve eczacıdan bilgi alma durumu ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır( $p>0.05$ )(Tablo 36,37,39).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili bilgi alma durumu ‘doktor’ ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından ‘semptom ve hissedilenler’, ‘boş zaman’, ‘iş ve okul’, ‘kişilerarası ilişkiler’, ‘tedavi’ ve ‘toplam’ arasında anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ ). Ayrıca CADI toplam puanı ile yaşam kalitesi boyutlarından ‘bedensel alan’ ve bilgi alma durumu ‘doktor’ arasında anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 38).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili bilgi alma durumu ‘medya’ ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalaları ‘semptom ve hissedilenler’, ‘boş zaman’, ‘iş ve okul’, ‘tedavi’ ve ‘toplam’ arasında anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Ayrıca bilgi alma durumu ‘medya’ ile CADI toplam puanı ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutlarından ‘bedensel alan’ arasında ilişki görülmüştür( $p<0.05$ )(Tablo 40).

Aksu ve ark. (2011) araştırmalarında katılımcıların %44.4’ü aileden, %32.6’sı doktordan, %49.8’i medya ve internetten ve %66.5’i arkadaşlardan akne hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir(3).

Hedden ve ark. (2008) araştırmalarında; katılanların %75.5’inin medyadan, %58.9’unun doktordan, %53.6’sının aileden, %23.2’sinin ise okuldan akne hakkında bilgi aldıkları görülmüştür(35).

Yahya ve ark. (2009) araştırmalarında; katılanların %24.4’ünün doktordan, %22.5’inin eczaneden ve %10.3’ünün hemşireden akne hakkında bilgi sahibi olduklarını görülmüştür(90).

El-Khateeb ve ark. (2013) araştırmalarında; katılanların %49.5’inin dermatologdan, %22.5’inin eczacıdan, %13’ünün aile hekiminden, %1’inin hemşireden %14’ünün aileden akne hakkında bilgi sahibi oldukları saptanmıştır(19).

Smithard ve ark. (2001) çalışmalarında katılanların %22’sinin doktordan, %45’inin aileden, %44’ünün arkadaşlardan, %5’inin eczaneden akne hakkında bilgi sahibi olduklarını belirlemişlerdir(74).

Sonuç olarak ergenlerin sosyal etkileşim içinde oldukları ve ulaşılabilirliği olan bireylerden akne hakkında bilgi alma konusunda çekinmedikleri görülmüş ve çalışmamızın dermatoloji polikliniğine başvuran ergenler üzerinde yapılmış olması bilgi alma konusunda doktorun öncelikli olarak görülmesine neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızın bulguları diğer bulgularla paralellik göstermemektedir.

**Akneli ergenlerin akneyle baş etmede nelerin etkili olduğu konusundaki inançlarına göre dağılımları incelendiğinde;** Araştırmaya katılanlara akneyle baş etmede neye inandıkları sorulduğunda; akneli ergenlerin %6.9'u güneş banyosu yapmanın, %44.8'i yüz yıkama sıklığını arttırmanın, %24.6'sı su alımını arttırmanın, %56.2'si beslenme alışkanlıklarını değiştirmenin (sebze-meyve ağırlıklı beslenmek), %3.9'u reçetesiz kozmetik ürün kullanmanın ve %82.3'ü ise tıbbi tedavi almanın akne üzerinde etkili olduğuna inandıkları bulunmuştur(Tablo 6).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede sadece 'yüz yıkama sıklığını arttırmak' ile CADI toplam puanı ve yaşam kalitesi boyutlarından 'ruhsal alan', 'sosyal alan' ve 'çevresel alan' arasında anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ )(Tablo 42).

Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede güneş banyosu yapmak, beslenme alışkanlıklarını değiştirmek, reçetesiz tıbbi ürün kullanmak ve tıbbi tedavi görmek ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki görülmemektedir( $p>0.05$ )(Tablo 41,44,45,46).

Hedden'in (2008) araştırmasında akneli ergenlerin akneyle baş etmede sık yüz yıkamanın ve güneş banyosunun başarı oranını arttırdığına inandıklarını belirtmişlerdir(35).

Ayrıca katılımcılar sebze ve meyve ağırlıklı beslenmenin akne üzerine olumlu etkisinin olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir. Araştırmada akneli ergenlerin reçetesiz kozmetik ürün kullanımının akneyle baş etmede etkili olduğuna inanmadıkları görülmüştür.

Yahya ve ark. (2009) araştırmalarında katılımcıların %66.3'ü akneyle baş etmede antiseptik sabunla yüz yıkamanın etkili olduğuna inandıklarını görmüşlerdir(90).



Smithard ve ark. (2001) çalışmalarında katılımcıların %82'sinin yüz yıkama sıklığını arttırmanın, %50'sinin su alımını arttırmanın, %21'inin beslenme alışkanlıklarını değiştirmenin, %9'unun reçetesiz kozmetik ürün kullanımının ve %35'inin de tıbbi tedavi görmenin akne ile baş etmede etkili olduğuna inandıklarını saptamışlardır(74).

Sonuç olarak çalışmamızın bulguları literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.



## BÖLÜM V

### 5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

#### 5.1. Sonuçlar

- ❖ Araştırmaya katılanların yaş ortalamasının  $17.5 \pm 2.25$  olduğu ve dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi puanları ile yaş arasında birliktelik görülmemektedir ( $p > 0.05$ ).
- ❖ Akneli ergenlerin %33.0'ünün erkek, %67.0'sinin kız olduğu ve yaşam kalitesi boyutlarıyla cinsiyet arasında ilişki görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).
- ❖ Katılımcıların %14.8'inin ilkokul mezunu, %33.5'inin ortaokul mezunu, %45.3'ünün lise mezunu ve %6.4'ünün ise üniversite öğrencisi olduğu ve eğitim durumu ile akne açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ). Araştırmaya katılan akneli ergenlerin eğitim durumu ile yaşam kalitesi boyutlarından sadece çevresel alan ile aralarında anlamlılık görülmüştür ( $p < 0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin beden kitle indekslerinde %8.4'ü zayıf, %89.7'si normal, %2'si ise şişman olarak bulunmuştur.
- ❖ Araştırmaya katılanların akne şiddeti %20.7'sinde hafif (komedon), %62.1'inde orta (papül-püstül), %17.2'sinde şiddetli (nodül-kist) olduğu ve akne şiddeti ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi alt skalalarından olan 'semptom ve hissedilenler' ile CADI toplam puanı arasında farklılık olduğu bulunmuş ( $p < 0.05$ ) ancak akne şiddeti ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlılık görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).

- ❖ Araştırmaya katılan ergenlerin %86.7'sinin çekirdek, %10.8'inin geniş, %2.5'inin parçalanmış aile yapısına sahip olduğu ve aile tipi ile toplam dermatoloji yaşam kalitesi puanı ve günlük aktiviteler arasında istatistiksel açıdan ilişki olduğu görülmüştür( $p<0.05$ ). Aile tipi ile yaşam kalitesi boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür( $p>0.05$ ).
- ❖ Akneli ergenlerin %84.7'sinin şehir merkezinde yaşamakta olduğu ve yaşanılan yer ile dermatoloji yaşam kalitesi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel açıdan ilişki olmadığı görülmüştür( $p>0.05$ ).
- ❖ Katılımcıların annelerinin %56.7'sinin ilkokul mezunu, %9.4'ünün yüksekokul /üniversite mezunu olduğu, babalarının ise %39.4'ünün ilkokul mezunu, %23.2'sinin de yüksekokul/üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.
- ❖ Akneli ergenlerin annelerinin %80.8'inin ev hanımı, %10.3'ünün memur, %3.4'ünün serbest meslek ve %5.4'ünün işçi olduğu, babalarının ise %26.2'sinin memur, %15.8'inin işçi, %31.1'inin serbest meslek, %26.2'sinin emekli ve %0.5'inin ise işsiz olduğu saptanmıştır.
- ❖ Araştırmaya katılanların %98.5'inin sosyal güvencesinin olduğu ve %1.5'unun ise herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır.
- ❖ Araştırmaya katılan kızların %36.8'inde menstrual düzensizlik olduğu, %63.2'sinde ise menstrual düzensizlik olmadığı belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan akneli ergenlerden kızlarda adet düzensizliği varlığı ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi ile yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür( $p>0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılanların %93.1'inin tıbbi tedaviyi sürdürdüğü, %14'ünün ise tıbbi tedavi almadığı bulunmuştur. Çalışmamızda tıbbi tedavi alanların %60.8'inin topikal tedavi aldığı, %14.8'inin antibiyotik tedavisi aldığı, %24.3'ünün ise retinoid tedavisi (İzotretinoin) aldığı saptanmıştır.

- ❖ Araştırmaya katılan ergenlerde, akne süresi 79 olguda 0-1 yıl, 56 olguda 1-2 yıl, 39 olguda 2-3 yıl, 15 olguda 3-4 yıl, 13 olguda 4-5 yıl, 1 olguda ise 5 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur. Dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ve Cardiff akne kısıtlılık indeksi puanları ile hastalık süresi arasında birliktelik görülmemiştir. Yaşam kalitesi boyutları açısından bedensel alan ile hastalık süresi arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir birliktelik görülmektedir ( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerde lezyonların yerleşimi %85.7'sinde alın, %90.1'inde yanak, %66.5'inde burun, %78.3'ünde çene, %17.7'sinde göğüs ve %44.8'inde omuzlar-sırt olarak belirlenmiştir.
- ❖ Araştırmaya katılan 46 (%22.7) ergen yüzünü günde bir kez, 126 (%62.1) ergen yüzünü günde 2-3 kez, 27 (%13.3) ergen yüzünü günde 4-5 kez, 4 (%2.0) ergen ise yüzünü günde 6 ve üzeri yıkamaktadır. Araştırmamıza katılan akneli ergenlerde yüz yıkama sıklığı ile sadece Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) toplam puanı ile anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan ergenlerin akneye neyin neden olduğu konusundaki inançlarında; 27 (%13.3) ergenin hijyen eksikliğine, 92 (%45.3) ergenin hormonal nedenlere, 148 (%72.9) ergenin yağlı yiyeceklere, 19 (%9.4) ergenin kalıtıma, 144 (%70.9) ergenin strese ve 3 (%1.5) ergenin ise belli bir nedenin olmadığına inandıkları bulunmuştur.
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, hijyen eksikliğine inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından sadece 'semptom ve hissedilenler' ve CADI toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Ayrıca yaşam kalitesi boyutlarından 'ruhsal alan' ile inançlardan 'hijyen eksikliği' arasında ilişki olduğu görülmüştür( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, hormonal nedenlere inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi ile Cardiff akne kısıtlılık indeksi arasında ilişki olmadığı görülmüştür( $p>0.05$ ). Yaşam kalitesi boyutlarından sosyal alan ile inançlardan hormonal nedenler arasında istatistiksel açıdan anlamlılık olduğu bulunmuştur( $p<0.05$ ).

- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, yağlı yiyeceklere inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi, Cardiff akne kısıtlılık indeksi ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel açıdan ilişki olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, kalıtıma inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksi (DLQI), Cardiff akne kısıtlılık indeksi (CADI) ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği ile aralarında istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı görülmüştür( $p>0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne nedeni olarak, strese inanmaları ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinde ‘semptom ve hissedilenler’, toplam ve CADI toplam puanı arasında ilişki görülmüştür( $p<0.05$ ). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeğinin ‘bedensel alan’ ile akne nedeni olarak görülen stres arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılanların akne ile ilgili bilgi alma konusunda; %28.1’inin aileye, %25.1’inin arkadaşlarına, %93.6’sının doktora (dermatolog), %10.8’inin medyaya, %1’inin okula, %11’inin ise eczacıya başvurduğu saptanmıştır.
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili bilgi alma durumu ‘doktor’ ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalalarından ‘semptom ve hissedilenler’, ‘boş zaman’, ‘iş ve okul’, ‘kişilerarası ilişkiler’, ‘tedavi’ ve ‘toplam’ arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ ). Ayrıca CADI toplam puanı ile yaşam kalitesi boyutlarından ‘bedensel alan’ ve bilgi alma durumu ‘doktor’ arasında anlamlılık olduğu görülmüştür( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akne ile ilgili bilgi alma durumu ‘medya’ ile dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin alt skalaları ‘semptom ve hissedilenler’, ‘boş zaman’, ‘iş ve okul’, ‘tedavi’ ve ‘toplam’ arasında anlamlılık bulunmuştur( $p<0.05$ ). Ayrıca bilgi alma durumu ‘medya’ ile CADI toplam puanı ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi boyutlarından ‘bedensel alan’ arasında istatistiksel açıdan ilişki olduğu görülmüştür( $p<0.05$ ).

- ❖ Araştırmaya katılanlara akneyle baş etmede neye inandıklarına bakıldığında; %6.9 akneli ergen güneş banyosu yapmanın, %44.8 ergen yüz yıkama sıklığını arttırmanın, %24.6 ergen su alımını arttırmanın, %56.2 ergen beslenme alışkanlıklarını değiştirmenin (sebze-meyve ağırlıklı beslenmek), %3.9 ergen reçetesiz kozmetik ürün kullanmanın ve %82.3 ergen ise tıbbi tedavinin akne üzerinde etkili olacağına inandıkları bulunmuştur.
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerin akneyle baş etmede sadece ‘yüz yıkama sıklığını arttırmak’ ile CADI toplam puanı ve yaşam kalitesi boyutlarından ‘ruhsal alan’, ‘sosyal alan’ ve ‘çevresel alan’ arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu bulunmuştur( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmaya katılanların %40.9’unun aknenin iş/okul performansını etkilediğine, %59.1’inin ise etkilemediğine inandığı belirlenmiştir.
- ❖ Araştırmaya katılan akneli ergenlerde akne performans etkisi ile CADI toplam puanı, yaşam kalitesi boyutları (Whoqol-Bref) ve dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin (DLQI) tüm alt skalaları ile arasında anlamlılık görülmüştür( $p<0.05$ ).
- ❖ Araştırmanın bulguları, araştırmanın  $H_1$  hipotezini destekler şekilde bulunmuştur. Özetle akneli ergenlerde yaşam kalitesi sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinden etkilenmektedir.

## 5.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Ergenlerin hastalığına yönelik tutumunun saptanması, bilişsel düzeyine uygun beklentilerin konulması,
- Toplumda akne vulgarisin bir hastalık olarak görülmesine yönelik bilgilendirme kampanyalarının başlatılması,
- Akneli ergenlerin beslenme alışkanlıkları, akne ile ilgili inanışları, öz-bakım alışkanlıkları ve yaşam kalitesi ile ilgili bilinç düzeylerini arttırıcı eğitimlerin düzenlenmesi,
- Türkiye’de akneli ergenlerin yaşam kalitesini araştıran daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## BÖLÜM VI

### KAYNAKLAR

1. Acıoz E., Gökdemir G., Köşlü A. Dermatolojide Yaşam Kalitesi, *Türkderm.* 2002, 37:(1) 16-23.
2. Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS. Milk Consumption and Acne in Teenaged Boys, *J Am Acad Dermatol.* 2008, 58: 787-93.
3. Aksu K., Metintas S., Saracoğlu Z.N., ve ark. Acne: Prevalence and Relationship with Dietary Habits in Turkey, *Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology.* 2011, 1-7.
4. Aktan S., İnanır İ., Sanlı B. Lise Öğrencilerinde Akne Prevalansı, *Türkderm.* 1999, 33: 37-9.
5. Aktan S., Özmen E., Sanlı B., ve ark. Anxiety, Depression and Nature of Acne Vulgaris in Adolescents, *International Journal of Dermatology.* 2000, 39: 354-357.
6. Ashbee HR., Muir SR., Cunliffe WJ., et al. IgG Subclasses Specific to Staphylococcus Epidermidis and Propionibacterium Acnes in Patients with Acne Vulgaris, *Br J Dermatol.* 1997, 136: 730-3.
7. Aydemir H. Akne Vulgaris; Etiyolojiden Tedaviye, *Türk Pediatri Arşivi Dergisi.* İstanbul. 2011, 132-134.
8. Aydemir Ö., Güvenir T., Küey L. Validity and Reliability of Turkish Version of Hospital Anxiety and Depression Scale, *Turkish J Psychiatry.* 1997, 8: 280-287.
9. Azaklı N.H., Derviş E., Altunay İ., ve ark. Akne Vulgarisli Hastalarda İzotretinoin Kullanımının Anksiyete ve Depresyon Skorlarına Etkisi, İstanbul, *Türkderm.* 2012, 46: 29-32.
10. Bağcıoğlu E. Akne Vulgariste Psikolojik Faktörlerin Rolü ve Hastalığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş. 2008, 10-25.
11. Balina L.M., Graupe K. The Treatment of Melasma, 20% Azelaic Asid Versus 4% Hydroquinone Cream, *Int J Dermatol.* 1991, 30: 893-5.
12. Berson D.S. Current Concepts in The Treatment of Acne. 2003, 72-79.



13. Bhambri S., Del Rosso J.Q., Bhambri A. Pathogenesis of Acne Vulgaris. 2009, 8(7): 615-8.
14. Burris J., Rietkerk W. Relationships of Self-Reported Dietary Factors and Perceived Acne Severity in a Cohort of New York Young Adults, *Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013, 384-392.
15. Canpolat B. Ergenlerin Kendilik Algısında Beden İmajının ve Beden Kitle İndeksinin Rolü, Ankara. 2003.
16. Çapkın A.A. İzotretinoin Kullanan Akne Vulgarisli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trabzon. 2010, 6-20.
17. Çelik T., Akman A., Karaman T., ve ark. Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri, *Turk J. Dermatol.* 2010, 4:4-8.
18. Ebling F.J.G., Cunliffe W.J. Disorders of The Sebaceous Glands, *Blackwell Scientific Publications*. 1992, 1699-1744.
19. El-Khateeb E., Khafagy N., Elaziz K. Acne Vulgaris: Prevalence, Beliefs, Patients' Attitudes, Severity and Impact on Quality of Life in Egypt, *Public Health*. 2013, 570-578.
20. Erel A., Gökçora N., Gürer M.A. Akne Vulgarisli Kadın Hastalarda Akne Şiddeti İle Serum Testosteron, DHEAS, Androstenadion Degerleri Arasındaki İlişki, *Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*. 1992, 26(2): 125-126.
21. Ergin Ç., Ergin Ş., Kaleli., ve ark. Akne Vulgaris Hastalarında Antibiyotik Dirençli 'Propionibacterium Acnes' Varlığının Araştırılması, *Türkderm*. 2007, 41:19-21
22. Erkin G., Boztepe G. Akne Vulgaris, *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2004, 35: 207-11.
23. Esen A., Ergün Ş.F., Akyol D.A. 2000 Yılına Yaklaşırken Hemşirelerin Yaşam Kalitesine Bir Bakış, *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi*. İzmir, 2003.
24. Eskicioglu F., Durmazlar P.K. Akne Vulgaris: Algoritmik Yaklaşım, *T Klin Dermatol*. 2004, 14: 96-9.
25. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir. 2004, 1-3.
26. Fitton A., Goa K.L. Azelaic Acid, A Review if its Pharmacological Properties and Therapeutic Efficacy in Acne and Hyperpigmentary Skin Disorders. 1991, 780-98.
27. Gingsburg I.H. The Psychosocial Impact of Skin Disease, *Dermatol Clin*. 1996, 14: 473-84.
28. Gonciviciene R., Zouboulis C.C. Izotretinoin: State of The Art Treatment for Acne Vulgaris. 2010, 8: 110-20.

29. Goulden V., Stables G.L., Cunliffe W.J. Prevalence of Facial Acne in Adults, *Am J Acad Dermatol.* 1999, 41: 577-580.
30. Gupta M.A., Johnson A.M., Gupta A.K. The Development of An Acne Quality of Life Scale: Reliability, Validity and Relation to Subjective Acne Severity in Mild to Moderate Acne Vulgaris. 1998, 451-6.
31. Güldü A., Akyol M., Özcelik S., ve ark. Sivas İl Merkezindeki İlköğretim Okullarında Akne Vulgaris Prevalansı, *Türkderm.* 2002, 36(3): 1-4.
32. Haide A. Treatment of Acne Vulgaris. 2004, 292-726.
33. Hanna S., Sharma J., Klazy J. Akne Vulgaris: More Than Skin Deep, *J Am Acad Dermatol.* 2001, 45: 168-175.
34. Harter S. Developmental Differences in The Nature of Self-representations: Implications for The Understanding, Assessment and Treatment of Maladaptive Behaviour, *Cognitive Therapy and Research.* 1990, 14: 113-142.
35. Hedden S.L., Davidson S., Smith B.C. Cause and Effect: The Relationship Between Acne and Self-Esteem in The Adolescent Years, *The Journal for Nurse Practitioners (JNP).* 2008, 595-600.
36. Holland K.T., Holland D.B., Cunliff W.J. Detection of Propionibacterium Acnes Polypeptides Which Have Stimulated An Immune Response in Acne Patients But Not in Normal Individuals. 1993, 2: 12-6.
37. James W.D. Clinical Practice: Acne. 2005, 352-387.
38. Jappe V., Ingham E., Henwood J. Propionibacterium Acnes and Inflammation in Acne, *Br J Dermatol.* 2002, 146: 202-9.
39. Kao J.Y., Smith L.L. Psychologic Aspects of Acne, *Pediatr Dermatol.* 1991, 185-8.
40. Karadağ G., Uçan Ö. Hemşirelik Eğitimi ve Kalite, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2006, 3: 43-51.
41. Katsambas A.D., Dessinoti C. Hormonal Therapy for Acne: Why Not As First Line Therapy?, *Clinics in Dermatology.* 2010, 28: 17-23.
42. Kellett S.C., Gawkrödger D.J. The Psychological and Emotional Impact of Acne and The Effect of Treatment with Isotretinoin, *Br J Dermatol.* 1999, 273-282.
43. Keri E.J., Nijhawan R.I. Diet and Acne, *Expert Review of Dermatology.* 2008, 437-440.

44. Kernick D., Cox A., Powell R. A Cost Consequence Study of The Impact of A Dermatology-Trained Practice Nurse on The Quality of Life of Primary Care Patients with Eczema and Psoriasis. 2000, 555-558.
45. Kilkenny M., Merlin K., Plunkett A. The Prevalance of Common Skin Conditions in Australian School Students. 1998, 139(5): 840-5.
46. Kramer T., Garrolda M.E. Psychiatric Disorders in Adolescents in Primary Care, *Br J Psychiatry*. 1998, 173: 508-13.
47. Konstanski M. Adolescent Body Image Dissatisfaction: Relationship with Self-Esteem, Anxiety and Depression Controlling for Body Moss, *Journal of Child Psychology*. 1998, 2: 255-262.
48. Kubota Y., Shirahige Y., Nakai K., et al. Community-Based Epidemiological Study of Psychosocial Effects of Acne in Japanese Adolescents, *Journal of Dermatology*. 2010, 37: 617-622.
49. Kurokawa I., Danby F.W., Ju Q. New Development in Ourstanding of Acne Pathogenesis and Treatment, *Experimental Dermatology*. 2008, 18: 821-832.
50. Kutlu S., Altunay İ.K., Köşlü A. Ergenlik ve Ergenlik Sonrası Akneli Hastalarda Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi, *Türkderm*. 2010, 44: 138-42.
51. Lasek J.R., Chren M. Acne Vulgaris and the Quality of Life of Adult Dermatology Patients, *Arch Dermatol*. 1998, 134:454-458.
52. Lello J., Pearl A., Arrol B. Prevalence of Acne Vulgaris in Aucland Senior High School Students. 1995, 108: 287-9.
53. Mallon E., Newton JN., Klassen A., et al. The Quality of Life in Acne: A Comparison with Generic Medical Conditions Using Generic Questionnaires. *Br J Dermatol*. 1999, 140: 672-6,.
54. Mills O.H., Parte M., Klingman A.M. Enhancement of Comedogenic Substances by Ultraviolet Radiation, *Br J Dermatol*. 1978, 145-8.
55. Mirata N.Y., Köşlü A. Akne Vulgarisin Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul. 1998, 42.
56. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik, II. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitabı, İzmir. 2007, 9-11.
57. Newton J.N., Mallon E., Klassen A. The Effectiveness of Acne Treatment: An Assessment by Patients of The Outcome of Therapy. 1997, 563-7.

58. Niemeier V., Kupfer J., Demmelbauer E.M. Evaluation of The Chronic Skin Disorder Questionnaire in Patients with Acne, *Dermatology*. 1998, 196: 108-115.
59. Niemeier V., Kupfer J., Gieler U. Acne Vulgaris-Psychosomatic Aspect, *JDDG*. 2006, 4: 1027-36.
60. Nguyen Q.H., Bui T.P. Azeloic Acid Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Properties and its Therapeutic Role in Hyperpigmentary Disorders and Acne, 1995, 34:75-84.
61. Nguyen R., Su J. Treatment of Acne Vulgaris, *Paediatrics and Child Health*. 2010, 21:3, 119-125.
62. Odom R.B., James W.D., Berger T.G. Acne Vulgaris, Andrew's Diseases of The Skin, *Clinical Dermatology*. 2008, 231-251.
63. Oktan V., Şahin M. Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010, Cilt:7, Sayı: 2, 544-556.
64. Özcan Y., Özcan H., Ünal S. Akne Vulgarisli Bireylerde Kişilik Özellikleri, *Klinik Psikiyatri*. 2000, 3: 56-60.
65. Pearl A., Arroll B., Lello J. The İmpact of Acne: A Study of Adolescents Attitudes, Perception and Knowledge. 1998, 269-271.
66. Peker M., Taştan B.H., Arca E., ve ark. Akne Vulgariste Topikal Eritromisin, Tetrasiklin ve Klindamisin Etkinliği, *Türkderm*. 2004, 38: 1-9.
67. Perim A. Trakya Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Edirne. 2007, 6-29.
68. Pınar R. Türkiye'de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi, Cerrahi ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, C.B.Ü. Rektörlüğü Matbaası, Manisa. 2012, 5-10.
69. Picardi A., Mazzotti E., Posquini P. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Patients with Skin Disease, *J Am Acad Dermatol*. 2006, 54(3): 420-426.
70. Rademaker M., Gorioch JJ, Simpson NB. Acne in School Children: No Longer Concern for Dermatologist. 1989, 298: 1217-1219.
71. Rigopoulos D., Larios G., Katsambas A.D. The Role of Izotretinoin in Acne Therapy: Why Not As First-line Therapy? Facts and Controversies, *Clin Dermatol*. 2010, 28: 24-30.
72. Sacar T., Sacar H. Akne Vulgaris, *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2010, 8(2):126-130.
73. Savaskan H., Acar M.A., Memişoğlu H.R. Yağ Bezi Hastalıkları, İstanbul. 1994, 483-94.

74. Smithard A., Glazebrook C., William H.C. Acne Prevalence, Knowledge About Acne and Psychological Morbidity in Mid-Adolescence: A Community-Based Study, *British Journal of Dermatology*. 2001, 145: 274-29.
75. Spencer E.H., Ferdowsian H.R., Barnard N.D., et al. Diet and Acne, A Review of Evidence, *International Journal of Dermatology*. 2009, 49: 339-347.
76. Stathakis V., Kilkenny M., Marks R. Descriptive Epidemiology of Acne Vulgaris in Adolescence, *J. Dermatol*. 1997, 38: 115-123.
77. Tan H., Barkham T., Yan Y. Community-Based Study of Acne Vulgaris in Adolescents in Singapore, *British Journal of Dermatology*. 2007, 547-551.
78. Taş F., Yılmaz H.B. Pediatrik Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi Kavramı, *Türk Onkoloji Dergisi*. 2008, 23(2): 104-107.
79. Tezcan M. Ed. *Eğitim Sosyolojisi* 4. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. 1985, PP 4.
80. Treloar V. Comment on The Commentary: Diet and Acne, *J Am Acad Dermatol*. 2008, 59: 534-535.
81. Tüzün Y., Gürer M.A., Serdaroglu S. Akne Vulgaris. 2008, 1189-1214.
82. Üstün E.M., Karadeniz G. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Manisa, 2006.
83. Van der Meeren H.L.M. The Psychological Impact of Severe Acne. 1995, 7: 84-6.
84. Walker N., Lewis M.S. Quality of Life and Acne in Scottish Adolescent Schoolchildren: Use of The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and The Cardiff Acne Disability Index (CADI), *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2006, 45-50.
85. Walton S., Wyatt E., Cunliffe W.J. Genetic Control of Sebum Excretion and Acne, A Twin Study, *Br J Dermatol.*, 1998, 18: 393-6.
86. Wei B., Pang Y., Zhu H., et al. The Epidemiology of Adolescent Acne in North East China, ), *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010, 953-957.
87. William DJ. eds *Andrew's Deri Hastalıkları ve Klinik Dermatoloji*, 2003; 231-239.
88. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.L. Acne Vulgaris, Fitzpatrick's Dermatology in Medicine. 2008, 690-703.
89. Woolfson H. Acne Fulminans with Circulating Immune Complexes and Leukaemoid Reaction Treated with Steroids and Azathioprine, *Clin Exp Dermatol*. 1987, 12: 463-466.

**90.** Yahya H. Acne Vulgaris in Nigerian Adolescents-Prevalence, Severity, Beliefs, Perceptions and Practices, *International Journal of Dermatology*. 2009, 48: 498-505.

**91.** Yarpuz A., Saadet E., Şanlı H. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler ile İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008, 19(1):29-37.

**92.** Yılmaz E. Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar-Ulusal Boyut, Cerrahi ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, C.B.Ü. Rektörlüğü Matbaası, Manisa. 2012, 11-18.



## EKLER

### EK-1

#### HASTA TANITIM FORMU

1. Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

2. Yaş:

3. Cinsiyet:

Erkek

Kadın

4. Kilo:

5. Boy:

6. Tel (GSM):

7. Anketin Uygulandığı Hastane:

Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi

Merkez Efendi Devlet Hastanesi

8. Öğrenim durumu:

a) Okur- yazar değil

b) İlkokul mezunu

c) Ortaokul Mezunu

d) Lise mezunu

e) Üniversite mezunu

9. Annenin yaşı: .....

10. Annenin eğitim durumu: .....

Okur-Yazar değil

2. İlkokul

3. Ortaokul

4. Lise

5. Yüksekokul/Fakülte

11. Annenin mesleği: .....

12. Babanın yaşı: .....

13. Babanın eğitim durumu:

1. Okur-Yazar değil    2. İlkokul    3. Ortaokul    4. Lise    5. Yüksekokul/Fakülte

14. Babanın mesleği: .....

15. Aile Tipi:

1. Çekirdek    2. Geniş    3. Parçalanmış

16. Yaşanılan yer:

1. İl    2. İlçe    3. Köy/Kasaba

17. Gelir Durumu:

1. Gelir gideri karşılıyor.    2. Gelir gideri karşılamıyor    3. Gelir giderden fazla

18. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Yok    2. SSK    3. Emekli Sandığı    4. Bağkur    5. Yeşil kart

19. Hastalık süresi:

20. Adet düzensizliği:

- Var  
 Yok

21. Kronik bir hastalığınız var mı?

- Evet  
 Hayır

22. "EVET" ise .....



23. Lezyonların yerleşimi:

- Alın
- Yanaklar
- Burun
- Çene
- Göğüs
- Omuzlar-Sırt

24. Klinik şiddet: (Hekim tarafından belirlenmiş)

- Hafif (Komedon)
- Orta (Papül-Püstül)
- Şiddetli (Nodül)
- Çok şiddetli (Kist)

25. Akne ile ilgili bir tedavi görüyor musunuz? Cevabınız 'EVET' ise tedaviniz nedir?

- Evet.....
- Hayır

26. Ne sıklıkta yüzünüzü yıkamaktasınız?.....

27. Akne nedeni olarak neye inanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hijyen eksikliği
- Hormonal nedenler
- Yağlı yiyecekler
- Kalıtım
- Stres
- Belli bir nedeni yok

28. Aknenin kişilerarası ilişkilerinizi ve iş/okul performansınızı etkilediğine inanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

29. Akne ile ilgili konularda kimlerden yardım/bilgi alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aile
- Arkadaşlar
- Doktor (Dermatolog)
- Eczacı
- Medya(TV,gazete,internet,dergi)
- Okul

30. Akneyle baş etmede nelerin etkili olduğuna inanıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Güneş banyosu yapmak
- Yüz yıkama sıklığını arttırmak
- Su alımını arttırmak
- Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek (Sebze ve meyve ağırlıklı beslenmek)
- Reçetesiz kozmetik ürünleri kullanmak
- Tıbbi tedavi görmek

## EK-2

### Cardiff Akne Kısıtlılık Ölçeği (CADI)

1. Sivilcelerinizi nedeniyle son bir aydır öfke, hayal kırıklığı ya da utanç hissettiniz mi?
  - a. Gerçekten çok fazla
  - b. Fazlaca
  - c. Biraz
  - d. Hiç
2. Sivilceli olmanızın, son bir aydır, günlük sosyal hayatınızı, sosyal etkinlikleri ya da karşı cinsle ilişkilerinizi engellediğini düşünüyor musunuz?
  - a. Tüm etkinlikleri ciddi derecede
  - b. Çoğu etkinliği orta derecede
  - c. Ara sıra veya sadece bazı etkinlikleri
  - d. Hiç
3. Sivilcelerinizi nedeniyle, son bir aydır mağazalarda giysi değiştirmekten ya da mayo giymekten kaçındınız mı?
  - a. Her zaman
  - b. Çoğu zaman
  - c. Ara sıra
  - d. Hiç
4. Son bir aydır derinizin (cildinizin) görünümü hakkında hissettiklerinizi nasıl tanımlarsınız?
  - a. Çok ümitsiz ve perişan
  - b. Genellikle endişeli
  - c. Ara sıra endişeli
  - d. Aldırış etmiyorum

5. Sivilcelerinizin Őu anda ne kadar kötü olduğunu düşünüyorsunuz? Lütfen belirtiniz.

- a. Olabileceğinin en kötüsü
- b. Ciddi bir sorun
- c. nemsiz bir sorun
- d. Sorun değil



### EK-3

#### DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ (DLQI)

1. Geçen hafta boyunca deri hastalığınız ne kadar kaşıntılı, acı ve ağrı verici ya da batmalıydı?

- a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

2. Geçen hafta boyunca derinizin durumu yüzünden ne kadar utandınız ya da derinizin görünümünden rahatsız olduğunuzu fark ettiniz?

- a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

3. Geçen hafta boyunca derinizin durumu alışverişe gitmenizi ya da bahçenizle ilgilenmenizi ne kadar engelledi?

- a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

4. Geçen hafta boyunca derinizin durumu giydiğiniz kıyafetleri ne kadar etkiledi?

- a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

5. Geçen hafta boyunca derinizin durumu sosyal faaliyetleriniz ya da boş zaman faaliyetlerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

6. Geçen hafta boyunca derinizin durumu herhangi bir sporu yapmanızı ne kadar zorlaştırdı?

- a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

7. Geçen hafta boyunca derinizin durumu sizi işinizden ya da çalışmanızdan alıkoydu mu?

- a) Evet                      b) Hayır

Cevabınız 'HAYIR' ise, geçen hafta boyunca derinizin durumu iş yaparken ya da çalışırken ne kadar sorun yarattı?

a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

8. Geçen hafta boyunca derinizin durumu eşinizle, arkadaşınızla ya da akrabanızla ne kadar sorun yarattı?

a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

9. Geçen hafta boyunca derinizin durumu ne ölçüde cinsel sıkıntıya yol açtı?

a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

10. Geçen hafta boyunca deriniz için uygulanan tedavi ne kadar sorun yarattı? Örneğin, evinizde düzensizlik ve dağınıklığa yol açarak veya zamanınızı alarak.

a) Hiç                      b) Biraz                      c) Çok                      d) Çok fazla

## EK-4

### DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL-BREF)(TR)

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

- a)Çok kötü    b)Biraz kötü    c)Ne iyi, ne kötü    d)Oldukça iyi    e)Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil    b)Çok az hoşnut    c)Ne hoşnut, ne de değil    d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3. Ağrılarınızı yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?

- a)Hiç    b)Çok az    c)Orta derecede    d)Çokça    e)Aşırı  
derecede

4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

- a)Hiç    b)Çok az    c)Orta derecede    d)Çokça    e)Aşırı  
derecede

5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

- a)Hiç    b)Çok az    c)Orta derecede    d)Çokça    e)Aşırı  
derecede

6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

- a)Hiç    b)Çok az    c)Orta derecede    d)Çokça    e)Aşırı  
derecede

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Son  
derece

8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Son  
derece

9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Son  
derece

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Tamamen

11. Bedensel görüşünüzü kabullenir misiniz?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Tamamen

12. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Tamamen

13. Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilirsiniz?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Tamamen

14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

- a)Hiç                      b)Çok az                      c)Orta derecede                      d)Çokça                      e)Tamamen



Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15. Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

- a)Çok kötü      b)Biraz kötü      c)Ne iyi, ne kötü      d)Oldukça iyi      e)Çok iyi

16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

20. Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- a)Hiç hoşnut değil      b)Çok az hoşnut      c)Ne hoşnut, ne de değil      d)Epeyce hoşnut  
e)Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26. Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

- a)Hiçbir zaman      b)Nadiren      c)Ara sıra      d)Çoğunlukla      e)Her zaman

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eř, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde bakı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

- a)Hiç      b)Çok az      c)Orta derecede      d)Çokça      e)Aşırı derecede

## **HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ**

**ARAŞTIRMANIN ADI:** Akneli ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler

**CALIŞMANIN AÇIK ADI** Dermatoloji polikliniğine başvuran 11-20 yaş grubundaki akneli (sivilceli) gençlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi.

### **Gönüllünün Baş Harfleri << >>**

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce çalışmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir.

### **BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:**

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?**

Çalışmanın konusu ve amacı; **Akne (Sivilce) tanısı almış** 11-20 yaş grubundaki gençlerde, sivilcenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesidir.

### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışma kapsamında dermatoloji polikliniğine başvuran akneli (sivilceli) gençlere, yaşam kalitesi düzeyini ve etkileyen faktörlerin değerlendirilebilmesini sağlayacak olan soruları ve şıklar halinde cevapları içeren anket uygulanacaktır.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIM NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?**

Bu çalışmaya katılmanızdan kaynaklı hiçbir olası yan etki, risk ya da rahatsızlık olmayacaktır.

## **CALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Akne (Sivilce) gençlerde % 80'lere ulaşan görülme sıklığıyla yaygın bir hastalıktır. Sivilce ve psikososyal sorunlar gençlerde beden imajı, sosyalleşme ve cinselliğin gelişimsel konularıyla ilişkilendirilebilir. Son yıllarda tıbbın birçok farklı alanında olduğu gibi dermatolojik hastalıklarda da yaşam kalitesi kavramı önem kazanmıştır. Kişinin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olan sivilce, depresyon, kaygı, utanç, özgüven eksikliği ve sosyal soyutlanma gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca bazı kişilerde iş ve okulda üretkenlik ve performansta azalmaya neden olabilmektedir. Bu bağlamda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemli katkılar sağlayacaktır.

## **CALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Bu çalışmaya katıldığımız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri, izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER**

Yrd.Doç.Dr. Dilek ERGİN  
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Merkezi  
İstasyon Mevkii-MANİSA  
Tel: 05332605537

H.Özlem ŞEN  
Celal Bayar Üniversitesi Kan  
Uncubozköy Yerleşkesi  
Tel: 05065269684

## **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri araştırmacıyla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

*Gönüllü / Hastanın adresi:*

*Gönüllü / Hastanın telefonu:*

*Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı: İmzası*

*Tarih*

*Veli / Vasinin Adı Soyadı: İmzası*

*Tarih*

*Veli / Vasinin adresi ve telefonu:*

*Rıza alım işlemine başından  
Sonuna kadar tanıklık eden  
Adı Soyadı Görevi  
Tarih*

*İmzası*

*Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı  
Tarih*

*İmzası*



**EK-6**

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
YEREL ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı: 20478486-319

Konu: Araştırma dosyası

13/08/2011

Sn: Yrd. Doç. Dr. Dilek ERGİN

“Dermatoloji Polikliniğine başvuran 11-20 yaş grubundaki akneli ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi” isimli düzeltme dilekçesi incelenmiş; Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri ile birlikte Etik açıdan **UYGUN** olduğuna karar verilmiştir

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ  
Başkan

## EK-7



T.C.  
MANİSA VALİLİĞİ  
Merkezefendi Devlet Hastanesi



"Manisa'da Sağlık Merkezi"

Sayı : B.10.4.İSM.4.45.00.19.  
Konu : Anket

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
MANİSA MERKEZEFENDİ DEVLET  
HASTANESİ  
Evrak No 6348  
Tarih 07/07/11 14:04

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

**MANİSA**

**İlgi :** 15/06/2011 tarih ve 332 nolu yazınız.

Hemşirelik yüksek lisans programı öğrencisi Halime Özlem ŞEN'in, hastanemizde yapmayı planladığı hastane anket çalışmasını, hastanemiz genel işleyişine uymak ve hastaların iznini almak suretiyle yapması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

Rad. Dr. M. Sakıp ESKİCİOĞLU  
Baştabip

Adres : M.Efendi Mah. İzmir Cad.No:289/B 45020-MANİSA Ayrıntılı bilgi için irtibat : Necmettin TUNCA  
Tel : 0 236 444 20 08 - (0236) 231 45 87 - Faks: (0236) 234 60 26 - E Mail : merkezevendih@gov.tr  
FR-403/REV-01/05.02.2010

## ÖZGEÇMİŞ

Halime Özlem ŞEN, 1983 yılında Turgutlu/Manisa’da dünyaya gelmiştir. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir ilinde tamamladıktan sonra 2001 yılında Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksek Okulu’nun Hemşirelik Bölümünü kazanmıştır. 2005 yılında lisans eğitimini tamamlamıştır. Aynı yıl Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Yoğun Bakım Ünitesi’nde çalışmaya başlamış ve 18 ay yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştıktan sonra Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi’ne ataması olmuştur. 2007 yılında Celal Bayar Üniversitesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi’nde göreve başlamış, 2009 yılında ise Aferez Ünitesi’nde görevlendirilmiştir. Halen Aferez Ünitesi’nde sorumlu hemşire olarak görevini sürdürmektedir.







