

**T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**AKNE VULGARİS TANILI HASTALARDA, DEPRESYON, KAYGI, STRES
VE UMUTSUZLUĞUN KÜMÜLATİF TRAVMA İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halil İbrahim YILMAZ

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

TEMMUZ 2021

**T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**AKNE VULGARİS TANILI HASTALARDA, DEPRESYON, KAYGI, STRES
VE UMUTSUZLUĞUN KÜMÜLATİF TRAVMA İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Halil İbrahim YILMAZ

(181287017)

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Sibel Mercan

TEMMUZ 2021



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 181287017 numaralı öğrencisi Halil İbrahim Yılmaz'ın “Akne Vulgaris Tanılı Hastalarda, Depresyon, Kaygı, Stres ve Umutsuzluğun Kümülatif Travma ile İlişkisi” adlı tez çalışması, 14.07.2021 tarihinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından *Oy Birliği* ile Yüksek Lisans tezi olarak *Kabul* edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

Tez Savunma Tarihi: 14/07/2021

- 1) Tez Danışmanı:** Prof. Dr. Fatma Sibel Mercan
- 2) Jüri Üyesi:** Doç. Dr. Selime Çelik Erden
- 3) Jüri Üyesi:** Dr. Öğr. Üyesi Hakan Duman

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Akne Vulgaris Tanılı Hastalarda, Depresyon, Kaygı, Stres ve Umutsuzluğun Kümülatif Travma ile İlişkisi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim (14/07/2021)

Halil İbrahim YILMAZ

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle hem teorik hem pratik olarak iyi bir klinik psikolog olma yolunda bana ışık tutan, hiç kuşkusuz süpervizyon ve tez öğrencisi olmayı seçtiğim kıymetli hocam Prof. Dr. Fatma Sibel Mercan'a teşekkürü bir borç bilirim.

Prof. Dr. Fatma Sibel Mercan hocam ile birlikte Psikodermatoloji alanına merak uyandırmamı sağlayan ve Akne Vulgaris hastalarını değerlendirme aşamasında asistanı değerli arkadaşım Dr. Hazel Ezgi Kaya ile birlikte bana destek olan Dermatoloji uzmanı Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay hocama teşekkür ederim.

Bu uzun ve meşakkatli süreçte yol arkadaşlığı yaptığımız değerli arkadaşım Yiğit Ozan Akyürek'e ve son olarak birçok şeyi kendilerine borçlu olduğum, desteklerini her zaman hissettiğim ablalarım; Aysun Sağdıç, Aynur Özdemir, Kübra Çırpanlı ve annem Halime Yılmaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Temmuz 2021

Halil İbrahim Yılmaz

Psikolog

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
ÇİZELGE LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	2
1.2 Araştırmanın Hipotezleri	2
1.3 Araştırmanın Alt Soruları	2
1.4 Araştırmanın Önemi	3
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.6 Araştırmanın Sayıltıları	3
1.7 Anahtar Kelimeler	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Akne Vulgaris.....	5
2.2 Akne Vulgaris Nedenleri.....	7
2.3 Depresyon.....	8
2.4 Stres	10
2.5 Kaygı	13
2.6 Umutsuzluk	14
2.7 Kümülatif Travma	15
2.7.1 Travmanın tanımı.....	15
2.7.2 Travmanın etkileri.....	16
2.7.3 Kümülatif travma tanımı.....	18
2.8 Akne Vulgaris ve Psikolojik Sağlık	20
3. YÖNTEM	25
3.1 Örneklem	25
3.2 Veri Toplama Araçları.....	25
3.2.1 Sosyodemografik veri formu	25
3.2.2. DASS-42 ölçeği	25
3.2.3. Beck umutsuzluk ölçeği.....	26
3.2.4. Kümülatif travma ölçeği-kısa formu.....	27
3.3 Verilerin analizi	27
4. BULGULAR	28
4.1 Katılımcıların Genel Yapısına İlişkin Frekans Dağılımı.....	28
4.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar	28
4.3. Akne Vulgaris Tanısı Alan ve Almayan Katılımcıların Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi	32

4.4. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Akne Şiddetinin Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi	33
4.5. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Stres, Umutsuzluk ile Kümülatif Travma Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	35
5. TARTIŞMA	37
5.1. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Stres, Umutsuzluk ile Kümülatif Travma Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37
5.2. Akne Vulgaris Tanısı Alan ve Almayan Katılımcıların Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi	40
5.3. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Akne Şiddetinin Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	46
EKLER.....	57
ÖZGEÇMİŞ.....	78



KISALTMALAR

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
APA	: American Psychiatric Association
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TDK	: Türk Dil Kurumu
Akt.	: Aktaran
Ort.	: Ortalama
SS	: Standart Sapma



ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa
Çizelge 4.1. : Katılımcıların Demografik Özellikleri	28
Çizelge 4.2. : Akne ile İlgili Özellikler.....	29
Çizelge 4.3. : Travmatik Olayların Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum).....	30
Çizelge 4.4. : Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımı	31
Çizelge 4.5. : DASS-42 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Akne Vulgaris Tanısı Alma Durumuna Göre İncelendiği Whitney-U Testi Sonuçları	32
Çizelge 4.6. : Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Akne Vulgaris Tanısı Alma Durumuna Göre İncelendiği Whitney-U Testi Sonuçları	32
Çizelge 4.7. : Kümülatif Travma Ölçeği Puanlarının Akne Vulgaris Tanısı Alma Durumuna Göre İncelendiği Whitney-U Testi Sonuçları	33
Çizelge 4.8. : Ölçek Toplam Puanlarının Akne Şiddeti Değişkeni için Kruskal Wallis Testi Sonuçları	33
Çizelge 4.9.: Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Stres, Umutsuzluk ile Kümülatif Travma Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	35

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. : Akne Şiddeti Derecelendirme	6
Şekil 2.2. : Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM-5)	8
Şekil 2.3. : Kümülatif Travma Türleri	19



AKNE VULGARİS TANILI HASTALARDA, DEPRESYON, KAYGI, STRES VE UMUTSUZLUĞUN KÜMÜLATİF TRAVMA İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Çalışmada, akne vulgaris tanılı kişilerin depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyleri ve kümülatif travma ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubu; akne vulgaris tanısı almış ve dermatolog yardımıyla akne derecelendirilmesi yapılan 100 katılımcıdan oluşmuştur. Kontrol grubu ise; akne vulgaris tanısı olmayan 100 katılımcıdan oluşmuştur. Araştırmada; “*Sosyodemografik Veri Formu*”, “*Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42)*”, “*Beck Umutsuzluk Ölçeği*” ve “*Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Formu*” kullanılmıştır. Verilerin analizinde, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon yapılmıştır. Akne vulgaris tanılı katılımcıların hayatta kalma travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Akne vulgaris tanılı katılımcıların kişisel kimlik travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Akne vulgaris tanılı katılımcıların kolektif kimlik travması ile depresyon, kaygı ve stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kolektif kimlik travması ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Akne vulgaris tanılı katılımcıların aile bağlanma travması ile kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile bağlanma travması ile depresyon, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Akne vulgaris tanılı katılımcıların depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeylerinin tanı almayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Akne vulgaris tanısı alan katılımcıların kişisel kimlik travması yaşama sıklığının, tanı almayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Hayatta kalma travması, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin ise akne vulgaris tanısı alma durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk, hayatta kalma, kişisel kimlik, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin akne şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Akne vulgaris, Depresyon, Stres, Kaygı, Umutsuzluk ve Kümülatif Travma*

THE RELATIONSHIP OF DEPRESSION, ANXIETY, STRESS AND HOPELESSNESS WITH CUMULATIVE TRAUMA IN PATIENTS WITH ACNE VULGARIS

ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine the relationship between depression, anxiety, stress and hopelessness levels and cumulative trauma in people with acne vulgaris. The study group of the research; It consisted of 100 participants who were diagnosed with acne vulgaris and were graded with the help of a dermatologist. The control group is; It consisted of 100 participants without a diagnosis of acne vulgaris. In the research; “Sociodemographic Data Form”, “Depression Anxiety Stress Scale (DASS- 42)”, “Beck's Hopelessness Scale” and “Cumulative Trauma Scale-Short Form” were used. Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation were used in the analysis of the data. It was determined that there was no significant relationship between survival trauma and depression, anxiety, stress and hopelessness in the participants with acne vulgaris. A positive and significant relationship was found between the personal identity trauma of the participants with acne vulgaris and depression, anxiety, stress and hopelessness. A positive and significant relationship was found between the collective identity trauma of the participants with acne vulgaris and depression, anxiety and stress. No significant relationship was found between collective identity trauma and hopelessness. A positive and significant relationship was found between family attachment trauma and anxiety in the participants with acne vulgaris. It was found that there was no significant relationship between family attachment trauma and depression, stress and hopelessness. It was found that the depression, anxiety, stress and hopelessness levels of the participants with acne vulgaris were significantly higher than those who were not diagnosed. It was found that the frequency of experiencing personal identity trauma of the participants diagnosed with acne vulgaris was significantly higher than the participants who were not diagnosed. It was determined that the levels of survival trauma, collective identity and family attachment trauma did not differ according to the diagnosis of acne vulgaris. It was found that the levels of depression, anxiety, stress, hopelessness, survival, personal identity, collective identity and family attachment trauma did not differ significantly according to the severity of acne.

Keywords: *Acne Vulgaris, Depression, Stress, Anxiety, Hopelessness and Cumulative Trauma*

1. GİRİŞ

Deri bedenin en büyük organıdır. Derinin sağlıklı olması, kişilerin fiziksel ve ruhsal iyiliği açısından önemlidir. Deri hastalıkları ise kişilerin ruh sağlığını olumsuz etkiler (Beltraminelli ve Itın, 2008; Lewis-Jhones, 2000). Araştırmacılar dermatolojik hastalıklar ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiye uzun yıllardır odaklanmışlardır. Bu araştırmalarda, dermatolojik hastalıklarla ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, kişinin yaşadığı stres akne vulgaris şiddetini arttırmakta, akne vulgarisi olan kişilerde de ruhsal sorunlarda artma dikkat çekmektedir (Koo ve Smith, 1991).

Akne vulgaris; “*pilosebaze bezlerin lezyonlara eşlik eden kronik inflamatuvar bir hastalığı*” olarak tanımlanır. Akne “*komedon, papül, nodül, püstül ve kist*” oluşturur ve bazen de deride kalıcı skar bırakır (Tolman, 1992). Aknenin görüldüğü yaşlar genelde ergenlik dönemi ile yirmili yaşların ortaları olarak bildirilmektedir (Aktan ve diğerleri, 2000).

Akne vulgaris, ergenlik dönemindeki kişilerin neredeyse tamamına yakınında görülür ve genel popülasyonun %15’ini etkiler. Aynı zamanda şiddetli psikososyal sorunlara neden olur. Akneli kişilerde öz saygıda azalma, beden algılarında bozulma, kızgınlık, depresyon, anksiyete geliştirmelerine neden olmakta, kişinin sosyal ve akademik yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (Darji ve diğerleri, 2017; Do ve diğerleri, 2009; Golchia ve diğerleri, 2010).

Mercan (2010); dermatolojik hastalıkların ruhsal bozuklukları ortaya çıkarmasıyla birlikte kişilerin kendilik algılarında bozulma, kişisel memnuniyetlerinde azalma ve sosyalleşmekten kaçınmaya yol açmaktadır. Akne vulgaris tanılı kişilerin de, akne nedeniyle hissettikleri olumsuz duygularla baş etmekte zorlanabilecekleri ve bu durumun, kişilerin umutsuzluk düzeylerinin de arttıracığı beklenmektedir. Umutsuzluk depresyonun bir belirtisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Beck (1967), depresyon hastalarının çoğunluğunun, geleceğe yönelik olumsuz bakış açısına sahip olduklarını belirtmektedir. Melges (1969) ise depresyondaki temel problemi,

umutsuzluk olarak ifade etmektedir (Akt. Dilbaz ve Seber, 1993). Yapılan çalışmalarda akne vulgaris hastalarında depresyon belirtilerinin arttığı, umutsuzluğun da benzer şekilde fazla görüldüğü ifade edilmektedir (Kellett ve Gawkrödger, 2005; Sundström ve diğeri, 2010).

Akne vulgaris hastalığının kümülatif travma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kümülatif travma; kişilerin yaşamları süresince pek çok kez karşılaşılabilen belirli olumsuz olayları veya farklı travmatik deneyimleri kapsayan ve birden fazla kez mağdur olma durumunun ortaya çıkardığı etkilerin birikimi olarak tanımlanmaktadır (Follet ve diğeri, 1996). Alan yazılarında akne vulgaris ile kümülatif travma arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kişilerin kümülatif travma yaşama sıklığının, akne vulgaris üzerinde etkili olabileceği ve akne vulgarisli kişilerin depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeylerini etkileyeceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada akne vulgaris tanılı kişilerin depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyleri ve kümülatif travma ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Akne Vulgaris tanılı hastalarının depresyon düzeyi ile kümülatif travma yaşanma sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
2. Akne Vulgaris tanılı hastalarının kaygı düzeyi ile kümülatif travma yaşanma sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
3. Akne Vulgaris tanılı hastalarının stres düzeyi ile kümülatif travma yaşanma sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
4. Akne Vulgaris tanılı hastalarının umutsuzluk düzeyi ile kümülatif travma yaşanma sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

1.3. Araştırmanın Alt Hipotezleri

1. Akne Vulgaris tanılı hastaların depresyon düzeyi, Akne Vulgaris tanısı almayan kişilerin depresyon düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksektir.
2. Akne Vulgaris tanılı hastaların kaygı düzeyi, Akne Vulgaris tanısı almayan kişilerin kaygı düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksektir.

3. Akne Vulgaris tanıli hastaların stres düzeyi, Akne Vulgaris tanısı almayan kişilerin stres düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksektir.
4. Akne Vulgaris tanıli hastaların umutsuzluk düzeyi, Akne Vulgaris tanısı almayan kişilerin umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksektir.
5. Akne Vulgaris tanıli hastaların kümülatif travma yaşama sıklığı, Akne Vulgaris tanısı almayan kişilerin kümülatif travma yaşama sıklığı anlamlı bir şekilde yüksektir.
6. Akne Vulgaris tanıli hastaların depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk ve kümülatif travma yaşama sıklığı, akne şiddetine göre farklılaşmaktadır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Alan yazılarında, akne vulgaris hastalığı ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiye dair ortak bir görüşün olmadığı görülmektedir. Akne vulgarisin kişilerin yaşantılarına olan etkileri ve akne vulgarise dair kişilerin hissettikleri duyguların depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeylerini arttıracakı düşünülmektedir. Aynı zamanda, akne vulgaris tanıli kişilerin, depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyinin, kümülatif travmayla ilişkili olabileceği öngörülmektedir. İlgili literatürde, akne vulgaris ile depresyon, stres, kaygı, umutsuzluk ve kümülatif travma değişkenlerini birlikte ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Yapılan çalışmanın, literatürdeki boşluğu doldurması beklenmektedir. Aynı zamanda çalışma bulgularından yola çıkarak akne vulgaris tanıli kişilerin psikolojik sağlığına yönelik müdahale programlarının oluşturulmasının yararlı olacağına inanılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma, akne vulgaris tanıli ve tanıli olmayan 200 kişiyle sınırlıdır.
2. Araştırmanın verileri, kullanılan ölçek sorularının cevapları ile sınırlıdır.
3. Araştırma, çevrimiçi toplanan veriler ile sınırlıdır.

1.6. Araştırmanın Sayıltıları

1. Araştırmaya katılan katılımcılar, soruları içtenlikle ve doğru şekilde yanıtlamıştır.
2. Kullanılan ölçekler, araştırmanın değişkenlerini ölçecek niteliktedir.
3. Seçilen örneklem, evreni yeterli şekilde temsil ettiği varsayılmıştır.

1.7. Anahtar Kelimeler

1. **Akne vulgaris:** Akne vulgaris, “*pilosebaze bezlerin lezyonlara eşlik eden kronik inflamatuvar bir hastalığı*” olarak açıklanmaktadır (Tolman, 1992).
2. **Depresyon:** Bireyin daha önceden zevk aldığı aktivitelere karşı ilgisizliği, suçluluk hissi, yalnızlık hissi, karamsarlık, değersizlik, yeme-içme davranışlarında değişiklikler gibi etkileri olan ve bunların beraberinde kişide bedensel şikayetlere de sebep olabilen bir hastalık olduğu belirtilmektedir (APA, 2014).
3. **Kaygı:** Kontrol edilemeyen olumsuz duyguların sonucu meydana gelen bir duygu olarak açıklanmaktadır (Hayes, 2008).
4. **Stres:** Stresin çevreden gelen uyaranları kişinin riskli ve tehdit edici olarak yorumlaması ile beraber fiziksel ve ruhsal belirtiler gösterebilecek düzeyde etkilenmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).
5. **Umutsuzluk:** Kişilerin geleceğe dair olumsuz yönde beklentilerinin olma durumu olarak açıklanmaktadır (O’Connor ve diğerleri, 2000).
6. **Kümülatif Travma:** Kişilerin yaşamları süresince pek çok kez karşılaşılabilen belirli olumsuz olayları veya farklı travmatik deneyimleri kapsayan ve birden fazla kez mağdur olma durumunu ortaya çıkardığı etkilerin birikimi olarak tanımlanmaktadır (Follet ve diğerleri, 1996).

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın değişkenleri olan akne vulgaris, depresyon, stres, kaygı, umutsuzluk ve kümülatif travma ile ilgili literatür çerçevesinde bilgiler yer almaktadır.

2.1. Akne Vulgaris

Akne vulgaris, “*pilosebaze bezlerin lezyonlara eşlik eden kronik inflamatuvar bir hastalığı*” olarak karşımıza çıkmaktadır ve “*komedon, papül, nodül, püstül ve kist*” olarak görülebildiği, ciltte izlere neden olabildiği belirtilmektedir (Tolman, 1992). Zouboulis ve diğerleri (2005), bir deri hastalığı olan akne vulgarisin temel faktörlerinin; “*sebase hiperplazi, foliküler hiperkeratinizasyon ve bakteriyel kolonizasyon*” olduğunu ifade etmektedir.

Akne vulgarisin başlangıç yaşı değişkenlik göstermek ile beraber genellikle ergenlik döneminde başlayıp yirmili yaşların ortasından itibaren azalarak devam etmektedir. Kadınlara göre erkeklerde daha sık ve şiddetli görülmektedir (Aktan ve diğerleri, 2000). Akne vulgarisin, ergenlerin ve genç yetişkinlerin en az yüzde 85'ini etkileyen yaygın bir cilt hastalığı olduğunu bildirilmektedir (Hanna ve diğerleri, 2003). Akne genellikle yüzde ve gövdenin üst kısmında görülmektedir ve geçici olabilmekle beraber yaşam boyu da devam edebilmektedir. Aynı zamanda kalıcı izler bırakabildiği görülmektedir (Hayta ve diğerleri, 2011).

Akne vulgaris ortalama olarak 13-25 yaş arasında olup bazen 40'lı yaşlara kadar devam edebilen iyi prognozlu bir hastalıktır. Erken ve zamanında teşhis ve doğru tedavi yöntemi ile skatris oluşumu engellenebileceği ya da skatris oluşumu en aza indirilebileceği belirtilmektedir (Dönmez, 1996). Ayrıca erken teşhis ve tedavi ergenlik döneminde kişilerin psikolojik açıdan olumsuz etkilenmemeleri açısından önem arz edebilmektedir (Strauss ve Thiboutot, 1999). Akne vulgaris genetik yatkınlıkla ilgisi olduğu düşünüldüğü ve bunu destekleyecek örneklerle karşılaştığı görülse de akne vulgaris hastalığının çok yaygın olması ve pek çok kişide olmasından dolayı genetik yatkınlığa dair kesin bir yargıda bulunmanın oldukça zor olduğu

vurgulanmaktadır (Strauss ve Thiboutot, 1999). Yapılan çalışmalar birinci derece aile bireylerinde akne vulgaris olanlarda akne vulgaris olma olasılığının, olmayanlara göre 3 kat fazla olduğunu göstermektedir (Xu, 2007).

Akne vulgaris ile yapılan çalışmalarda; duygusal gerginlik, stres ve kadınlar için regl dönemi akne vulgarisin şiddeti üzerinde etkili olabildiği görülmektedir (Lissauer ve Clayden, 1997). Ayrıca yüz bölgesinde daha sık ve şiddetli görülmesinden dolayı ergenlik döneminde bireyler için psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle özellikle ergenlik döneminde akne vulgaris hastaları dikkatli takip edilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir (Braun-Falco ve diğerleri, 1996). Yapılan çalışmalar akne vulgaris sadece kozmetik bir problem olarak ele alınmaması gerektiğini göstermektedir. Yaşam için ciddi bir tehdit oluşturmaya da akne oluşumu birey için bir stres faktörü olabildiğini ve depresyon, kaygı, suicidal düşünce gibi psikolojik sorunları beraberinde getirebildiğini vurgulamaktadır (Rapp ve diğerleri, 2004; Magin ve diğerleri, 2006; Purvis ve diğerleri, 2006).

Akne vulgarisin tedavisinde öncelikle hastanın genel sağlık durumu ve aknelerin şiddeti değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra hastanın yapısal, hormonal bozuklukları var ise onların saptanması gerekmektedir (Dönmez, 1996). Ayrıca tedavi oluşturulurken hastanın yaşı, psikososyal durumu ve var ise kullanmakta olduğu ilaç ya da ilaçlar gibi faktörlerde önemli olduğu ifade edilmektedir (James, 2005). Akne vulgaris tedavisinde amaç akne şiddetini en az seviyede tutabilmek ve oluşmuş ya da oluşabilecek izleri en aza indirgeyebilmektir (Leyden, 2003).

Amerikan Dermatoloji Akademisi Sınıflamasına göre; akne şiddetine göre üçe ayrılmaktadır (Pochi ve diğerleri, 1991):

Şekil 2.1: Akne Şiddeti Derecelendirme

1) Hafif Akne:	Komedonlarla karışık birkaç papül ve püstülün varlığıyla karakterizedir ancak nodül yoktur
2) Orta Derecede Akne:	Birkaç nodülle birlikte çok sayıda papül ve püstül varlığı ile karakterizedir
3) Şiddetli Akne:	Çok sayıda veya yaygın papül ve püstüllerin yanı sıra birçok nodülün varlığıyla karakterizedir

2.2. Akne Vulgaris Nedenleri

Alan yazılarında, biyolojik nedenler dışında akne vulgarisi etkileyen pek çok değişkeninin olduğu görülmektedir. Dönem (1996), akne vulgarisin nedenlerinden birinin iklim olabileceğini ve iklim etkisi olarak nemli havalarda terlemenin etkisiyle artan lezyonlar akne oluşumunu hızlandırdığını belirtmektedir. Doğal güneş ışığı akne üzerinde iyileştirici etkidedir ancak ultraviyole ışıklar sebumun düzeyini arttırabilmektedir (Braun-Falco ve diğerleri, 1996).

Degitz ve diğerleri (2007); bazı ilaç gruplarının “(Lityum, B6, B12 vitamini, tetrasiklin grubu antibiyotikler, disülfram vb.)” akneye neden olabileceğini belirtmektedir. Bunların yanı sıra deri hastalıkları bazen bir psikiyatrik ilaç kullanımının ardından yan etki olarak da oluşabilmektedir. Ayrıca deri hastalıkları için kullanılan herhangi bir ilaç kullanımının ardından da psikiyatrik bir yan etki oluşabileceği ifade edilmektedir (Çetin ve Özmen, 2010).

Akne vulgarisin nedenlerinden birinin yapılan diyetler olarak düşünülmektedir ancak bazı çalışmalar diyet sürecinde tüketilen gıdalar ile akne oluşumu arasında bir ilişkiye rastlanmadığı görülmektedir (Dönmez, 1996) ancak bu konu ile ilgili çalışmalar devam etmektedir (Spencer ve diğerleri, 2009). Bazı çalışmalara göre ise diyet döneminde artan süt tüketimi ve glisemik içerikli diyetler ile akne oluşumu arasında bir ilişki olduğunu saptamıştır (Adebamowo ve diğerleri, 2005).

Akne ve stres arasında çift taraflı bir ilişki olduğu görülmektedir. Stres akneye neden olabileceği gibi akne de strese neden olabilmektedir (Monk ve diğerleri, 1993). Stres, lipogenez üzerinde etkili olması neden ile de akne oluşumuna neden olabilmektedir (Coates ve diğerleri, 2002).

Fiziksel ve sosyal değişimlerin yoğunlaştığı, bireyin benliğinin, kimlik algısının oluşmaya başladığı dönemde başlayan ya da var ise artan akneler birey için stres faktörü olabilmektedir. Akne birey için kaygının odak noktası haline gelerek günlük aktivitelerini, kendisi ile ilgili olan algısını, düşüncelerini etkileyebilmektedir (Hanna ve diğerleri, 2003, Khan ve diğerleri, 2001, Rubinow ve diğerleri, 1987).

Bu konuda yazılan makalelerde, akne vulgarisin cilt bakımıyla ilişkili olabileceği ve akne vulgaris hastalarının “*komedojenik olmayan*” temizleyiciler tercih etmesi

gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca cildi temizlerken cilde nazik davranılması gerektiği ve parmaklarla masaj yapılarak temizlenmesi gerektiği düşünölmektedir (Gollnick ve diğerleri, 2003). Ayrıca nedenler arasında genetik faktörler ve yapılan diyetlerden de bahsetmek mümkün olduğu belirtilmektedir. (O'Neill ve Gallo, 2018).

2.3. Depresyon

Çok eski dönemlere dayanan depresyon kavramı M.Ö. 400 yıllarda Hipokrat tarafından “*melankoli*” olarak adlandırıldığı ifade edilmektedir (Georgotas, 1988). Geçmişten günümüze farklı şekillerde tanımlanmaya çalışılan, betimlenen depresyon terimi artık günümüzde keder duygusunun yoğun olarak ve uzun süre devam etmesi halinde kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM tanı kitabına göre majör depresyon tanı kriterleri řu şekilde yer almaktadır:

Şekil 2.2: Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri (DSM-5)

- A. Aşağıdaki maddelerden 5 tanesi (ya da daha fazlası) 14 gün süre ile sürekli bulunması ve eskisine göre işlevsellikte değişiklik yaratması (1. veya 2. semptomlardan en az biri bulunmalıdır)
- 1) Hemen hemen her gün depresif duygudurum içinde olma, kendini üzgün, umutsuz hissetme veya diğer kişiler tarafından bu gözlemin yapılması
 - 2) Neredeyse her gün, hemen hemen tüm faaliyetlerde belirgin bir ilgi ve istek azalması
 - 3) İştahta azalma veya artma
 - 4) Uyku azalması veya artması
 - 5) Psikomotor ajitasyon ve yavaşlama
 - 6) Yorgunluk ve enerji kaybı
 - 7) Suçluluk ve değersizlik hissetme
 - 8) Düşünme becerisinde veya konsantrasyonda azalma, kararsızlık
 - 9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihara meyillilik

B. Kişinin sosyal, mesleki yaşamında ve diğer alanlarda işlev kaybı vardır.
C. Semptomlar madde kullanımı veya başka bir tıbbi duruma bağlı değildir.
D. Herhangi başka bir ruhsal hastalıkla izah edilemez.
E. Manik veya hipomanik nöbet olmaz.

Depresif bozuklukların pek çok çeşidi vardır ve bunlar; “Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu”, “Major Depresif Bozukluk”, “Distimik Bozukluk”, “Premenstrüel Disfori Bozukluğu”, “Madde/İlacı bağlı Depresif Bozukluk”, “Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk”, “Diğer Belirtilmiş Depresif Bozukluk”, “Belirsiz Depresif Bozukluk” olarak sıralanmaktadır (APA, 2014). Depresif bozukluklar içerisinde en yaygın şekilde karşımıza çıkan bozuklukların ise “major depresyon bozukluğu” ve “distimik bozukluk” olarak belirtilmektedir (World Health Organization, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü ise depresyonu hafif, orta ve şiddetli depresyon olarak 3’e ayırmaktadır. Hafif depresyon, en az iki hafta sürmekle beraber ilginin azalması ve enerji kaybı olmak şartıyla belirtilerden en az dört tanesinin olması gerekmektedir. Orta depresyon diyebilmek için en az altı semptomun olması ve şiddetli depresyon diyebilmek için ilk üç belirti ile beraber sekiz semptomun da olması gerekmektedir. Farmer (1996), şiddetli depresyonda biyolojik yatkınlıkların daha fazla rol oynadığını belirtirken hafif depresyonda ise çevresel etmenlerin rolünün daha çok olduğunu ifade etmektedir. Depresyonun yaşam süresince görülme yaygınlığının %1,5-19 arası olduğu ve Türkiye’de %8 ile %20 arasında değiştiği belirtilmektedir (Doğan ve diğerleri, 1995; Howland, 2013). Köroğlu (2004) ise depresyonun yaşam süresince risk erkekler için %5 ile %12 arasında, kadınlar için ise %10-%25 arasında değiştiğini ifade etmektedir.

Depresyonun kişinin sosyal ilişkilerinin de bozulmasına neden olan bir rahatsızlık olduğunun altı çizilmektedir (Tarhan, 1989). Depresyonun farklı yaş gruplarında farklı semptomlarla görülebildiği ve özellikle adölesan dönemi depresyonun en sık görüldüğü dönemlerden biri olduğu ifade edilmektedir (Goldman, 1992).

Alan yazılarında, pek çok araştırmacının depresyonun oluşum ve gelişim süresinde farklı yorumlar, analizler yaptığı ve farklı kuramlar geliştirdiği görülmektedir. Bu

kuramlardan biri olan ve Freud'un geliştirmiş olduğu psikanalitik kurama göre depresyon; *“kişinin sevgi duyduğu gerçek ya da sembolik olan nesnenin yitirilmesi, kaybı sonucunda yaşanan yas”* olarak nitelendirilmektedir. Freud'a göre yaşanan kaybın ardından kişinin bir öfke duyması ve bu öfkeyi yansıtabileceği nesnenin olmamasından dolayı öfke duygusunu kendisine yöneltmesi, kişinin kendisini suçlu hissetmesi gibi olumsuz duygular beraberinde depresyonun yaşanmasına neden olmaktadır (Akt. Akdoğan, 2013).

Öğrenme temeline dayalı davranışçı kurama göre Seligman, depresyonu ortaya attığı *“öğrenilmiş çaresizlik”* modeli ile açıkladığı görölmektedir (William ve diğerleri, 1975). Öğrenilmiş çaresizlik modeli, kişiye acı veren ve zorlayan durumlar neticesinde kişinin olumsuz duyguları ile baş edememesi, bunlardan kaçınmaması ile yaşadığı çaresizlik duygusunu bir süre sonra öğrenmesi olarak açıklanmaktadır. Bilişsel yaklaşımlı kurama göre depresyon üzerinde bilişsel bozulmalar etkili olduğu düşünölmektedir ve Beck'e göre depresyonda etkisi olan temel neden, kişinin çarpıtılmış düşönceleri olduğu belirtilmektedir (Akt. Hisli, 1989).

2.4. Stres

Literatür incelendiğinde, stres kavramı ile ilgili farklı yorumlar olduğu görölmektedir (Aysal, 2014). Çalışmalar araştırıldığında stres kelimesini ilk kullananların fizik bilimciler olduğu görölmüştür ve 18. yüzyılda fizikçi Thomas Young, stres kavramını maddenin içinde bulunan bir güç olarak açıklamıştir (Akman, 2004). 19. yüzyılda ise farklı bir açıklama ile fizikçi Bernard, stresi organizmanın dengesini sarsan tetikleyiciler olarak nitelendirmiştir (Akt. Yerlikaya, 2009). Stres kavramı için en sık kullanılan tanımlardan biri de *“stresin çevreden gelen uyaranları kişinin riskli ve tehdit edici olarak yorumlaması ile beraber fiziksel ve ruhsal belirtiler gösterebilecek düzeyde etkilenmesi durumu”* olarak görölmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Sosyal olarak tanımı incelendiğinde ise; stres kavramının kişiye dert, sıkıntı, keder veren anlamlarında kullanıldığı görölmektedir (Güçlü, 2001). Yine başka bir tanımda ise stres, *“genel uyum”* problemi olarak nitelendirilmiştir ve bu tanımlamaya göre kişi bir olaya karşı 3 farklı şekilde tepki verebilmektedir. Bunlardan ilki; kişi bir olayla karşılaştığında bedende alarm tepkisi aktifleşmektedir ve ardından olayı farkedene beden olaya karşı kaçma ya da savaşma tepkisi için karar vermektedir. İkinci adımda beden artık olaya alışmaya başlamaktadır ve uyum sağlamaktadır. Üçüncü ve son

adımında ise bedenin uzun süre maruz kaldığı olaya karşı artık gücü tükenmeye başlamaktadır ve ilk adımdaki alarm tepkisi bedende tekrardan canlandırdığı görülmektedir (Selye, 1970). Bu sürecin uzaması halinde bedende fiziksel belirtiler oluşmaya başlayabilmektedir (Aysan, 1993).

Farklı tanımlamaların yanı sıra stres ile ilgili farklı çalışmalar yapıldığı ve stres farklı perspektiflerden de ele alındığı görülmektedir. Selye'nin 1956 yılında yapmış olduğu çalışmasına göre stres 4 farklı kategoriden oluşmaktadır. Bunlar; "*fazla stres*", "*yetersiz stres*", "*iyi stres*" ve "*kötü stres*"tir. Bireyin stresten olumsuz şekilde etkilenmemesi için ise yapması gereken şeyin kötü stresi en aza indirerek ve iyi stresi ön plana alarak dengelemesi gerektiği savunulmuştur. Stres ile ilgili araştırmalar ve çalışmalar devam ettikçe stresin yapıcı stres ve yıkıcı stres olarak iki farklı şekilde olduğu belirtilmiştir. Yıkıcı stresin bireyi olumsuz etkilediği ve hastalıklara sebep olabileceği savunulurken yapıcı stresin ise bireyi olumlu etkilediği ve performans gerektiren bir durumda yapıcı stresin bir iç motivasyon ve itici güç olarak bireyi olumlu etkilediği savunulmuştur (Selye, 1970).

Stres ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda araştırmacılar stresi 3 farklı model ile açıklamışlardır. Bunlar;

- 1. Uyarana Dayalı Stres:** Bu model stresin tanımlamalarından en eskisine dayanan modeldir. Bu modele göre stres dış uyaranların etkisi ile oluşmaktadır ve kişide fiziksel ya da ruhsal olarak olumsuz belirtilere neden olabilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Ancak bu model çalışmalarında kişisel farklılıklar göz ardı edilmiş ve genellemeler üzerinden yorumlanmıştır. Ayrıca kişinin baş etme stratejileri ve sosyal destekleri de model oluşturulurken yeterli derece de incelenmediği ve araştırılmadığı görülmektedir (Schwarzer ve Schulz, 2003).
- 2. Tepkiye Dayalı Stres:** Tepkiye dayalı stres modeline göre ise stres, çevreden gelen uyaranlara karşı bireyin içsel olarak oluşturduğu tepkidir. Bu nedenle de bu modelde stresi oluşturan uyaranlardan ziyade stresin kişide oluşturduğu tepkileri incelenmiştir (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu modele göre stresi oluşturan uyaranların değil de kişide oluşturduğu tepkiler olduğuna dair incelemeyi yapan ilk kişi 1932 yılında Canon'dur. Canon, bu anlamda ilk olarak vücuttaki iç dengeden bahsetmiş ve bu iç dengenin kendini koruma

özelliğini açıklamıştır. Bu iç denge kişiyi karşılaştığı olay sonucunda “kaç ya da savaş” tepkisine hazırlanmaktadır ve bir zaman sonra bu strese maruz kalan bireyde fiziksel ya da ruhsal belirtiler oluşmaktadır (Akt. Erkan, 2005).

- 3. Etkileşimsel Stres:** Bu modele göre de stres bir etkileşim ilişkisidir ve bu modelde stresi yalnızca bir uyaran ya da yalnızca bir tepki şeklinde açıklamak uygun değildir. Stres, bireyin çevresi ve kendisi ile olan bir etkileşimle oluşur. (Lazarus ve Folkman, 1984).

Yapılan birçok çalışmada; yaşanan stres ve buna uzun süre maruz kalmak birçok hastalığın ortaya çıkabilmesinde etkili olabildiği görülmektedir (Gill ve diğerleri, 2004) Organizma uzun süreli strese maruz kaldığında vücudun mikroplara karşı savaşma gücünün azalması ile baş ağrısı, sırt ağrıları, hipertansiyon, kanser, ülser gibi fiziksel hastalıklar ile karşılaşılabilir (Greenberg, 1983). Buradan da yola çıkılarak bireyin stresi kontrol edebilmesi ve stresle baş edebilme stratejileri geliştirmesinin kendi iyi oluşu için önem arz ettiğinden bahsetmek mümkündür.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde; depresyon, anksiyete, terleme, kilo alımı-kaybı gibi fizyolojik hastalıklarda stresin etkisinin olduğu ortaya konulmaktadır (Misra ve diğerleri, 2000). Lazarus ve diğerleri (1984) stresi tanımlarken birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme olarak iki farklı değerlendirmeden bahsetmiştir:

- Birincil değerlendirme adımında, kişi bir durum ile karşılaştığında bu karşılaşılan durum kişi için ne kadar önem arz ediyor bunun kararının verilmesini içermektedir.
- İkincil değerlendirme süreci ise bireyin kendi kişilik özelliklerini, baş etme stratejilerini de gözden geçirerek karşılaştığı duruma nasıl tepki vereceğini nasıl baş edeceğini belirlemesini içine almaktadır.

Zautra ve diğerleri (1994), romatoid tanısı almış kadın hastalar ile yaptıkları çalışmanın sonucunda hastalardaki stres hormonunun depresyon ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde, Zautra ve diğerleri (2002) yaptıkları çalışmada; stresin, bağışıklık sistemi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmada romatoid artrit tanısı olan kadın hastalar incelendiğinde, hastaların yüksek kişiler arası strese maruz kaldıkları haftalar ile düşük strese maruz kaldıkları haftalar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

2.5. Kaygı

Kaygı, bireyin stresli bir duruma maruz kaldığı anda oluşturduğu tepkiye denmektedir. İnsan olmanın doğası gereği olan kaygının, bireyin içinde bulunduğu duruma uyum sağlamasını ve hayatta kalma çabasını içermektedir. Tehlikeli bir uyaran karşısında kaygılanmanın doğal bir tepki olduğu ve var olan bir tehditle karşılaştığında bireyin hayatta kalabilmesi veya zorlukla mücadele etmeye çaba harcayarak zarar görmesini engellemeye yarar sağlamaktadır (Wells, 1997). Hayes (2008) kaygıyı; kontrol edilemeyen olumsuz duyguların sonucu meydana gelen bir duygu olarak açıklamaktadır.

Kaygı duygusuyla kişiler, günlük hayatta sık sık karşılaşabilmektedir. Kişi stres yaşadığı anlarda, kaygı duygusunu hissedebilmektedir ancak her kaygılı hissi bir psikolojik hastalık olarak nitelendirilen kaygı bozukluğu demek olmadığını altı çizilmektedir. Kaygı bozukluğu daha çok doğal afetler, kazalar, hastalıklar, yakın birinin kaybı gibi beklenmedik anlarda yaşanan ve ardından sık hissedilen endişeli olma hali olarak değerlendirilmektedir (Antony ve Swinson, 2000; Namdar, 2019).

Kaygı daha çok günlük hayatta karşılaştığımız olumsuz durumlar karşısında göstermiş olduğumuz endişelilik hali olarak ele alınmaktadır ve kişinin yaşadığı olumsuz duygu, endişe ile baş edebilmesi için vermekte olduğu bir tepki olduğu belirtilmektedir (Özpoyraz, 1998). Alan yazılarında kaygının, yıllar boyunca farklı konu ve alanlarda araştırıldığı ve kuramcılar kaygı ile ilgili farklı bakış açıları, metodlar sunduğu görülmektedir. Freud (1927;1936)'a göre kaygı bir iç çatışmanın sonucudur. Ancak bu iç çatışma Freud'un tanımladığı id-ego-süperego ötesinde kişinin iç dünyası ve dış dünya arasında oluşan bir çatışmadır. Freud kaygıyı üçe ayırmıştır. Birincisi, dış dünyadan gelen tehlikelere karşı verilen gerçek ve normal bir tepkidir. İkinci ve üçüncü olarak tanımladığı kaygı çeşitleri ise nevrotik kaygı ve ahlaki kaygıdır. Freud'a göre kişi bu iki kaygıyı yaşadığında bunun farkında değildir. (Akt. Burger, 2016). Sullivan (1953) kaygı tanımını yaparken Freud'un tanımından çok uzaklaşmadan benzer bir tanımda bulunmuştur. Sullivan kaygıyı, bireylerin kendi düşüncelerinin ortaya çıkmasından ve bu düşüncelerin başkaları tarafından kabul görmemesinden dolayı duyulan endişe, korku olarak açıklamıştır (Akt., Erözkan, 2011).

Horney ise kaygıyı kişilerin başa çıkmakta zorlandıkları bir duygu olarak ve bu duygu ile başa çıkmak için kendilerine ya da çevrelerine zarar verebilecek davranışlarda bulunma halinde olmaları olarak tanımlamıştır. Horney, Freud'un kaygı ile ilgili bilinçdışı yorumunu desteklemektedir ancak kaygı düzeyinde kültürün ve sosyal ilişkilerin daha etkili olduğunu savunmaktadır (Akt. Burger, 2016).

Davranışçı psikoloji; davranış kuramına göre birçok davranış ve duygu gibi kaygı da öğrenilmiş bir duygu olarak ele almaktadır (Mowrer, 1960). Bilişsel psikoloji ise; kaygı bireylerin geliştirmiş oldukları şemalarından kaynaklanmaktadır. Ellis (1955)'a göre kişi kendisinde kaygıya neden olabilecek olaylar ile karşılaştığında kaygı duygusunu yaşamaktadır ancak bu duygu ile nasıl başa çıkacağını bilememektedir. Literatür incelendiğinde kaygı duygusunun günlük hayatın bir parçası olduğu ve kişinin bir olay karşısında endişe ve sinirlilik hali olarak verdiği tepki olduğu görülmektedir. Kaygı, bireyler için hayatın bir parçasıdır ve günlük yaşantısında karşısına çıkabilecek temel duygulardan biridir ancak kaygı duygusu belli bir düzeyin üstünde ve uzun süreli yaşanması kişi için tehdit edici bir hale gelebilmektedir ve kişinin hayatını olumsuz etkilemeye başladığında ise psikolojik bir hastalığa dönüşebilmektedir. Kaygı yaşanan olaylar ile oluşan olumsuz duygu olmak ile beraber bazen de bireyin kendi bedeninde fark etmeye başladığı değişimler sonucunda oluşan bir duygu hali olabilmektedir (Türkçapar, 2004).

2.6. Umutsuzluk

Umutsuzluk; bireyin ruhsal olarak iyi olma halinin olmadığı, yapacaklarına ya da yapmak istediklerine dair alternatiflerinin bulunmadığı ya da bulunmadığını düşündüğü durumdaki duygu halidir. Kişi içinde olduğu zaman ve gelecek zaman için olumsuz düşüncelere hakim olur (Üngören ve Ehtiyar, 2009). Kişinin geleceğe dair herhangi bir beklentisinin olmaması halidir. Umut insanın doğasında olan bir duygudur. Hayatta kalmak için doğuştan itibaren varolan bir duygudur. Umutsuzluk duygusu ise kişinin artık hayata yaşama dair beklentisinin inancının kalmamasıdır (Fromm, 1968). Umutsuz olan kişilerde yapacakları işin sonucunda başarısızlık olacağını düşüncesi olduğu ifade edilmektedir (Çınar ve Karcıoğlu, 2012).

Umutsuz olan bireylerde umutsuzlukla beraber değersiz ve çaresiz hissetme, umutsuz olma, karar vermede güçlük gibi duygu durumları da görülmektedir (Seber ve

diğerleri, 1993). Bu duyguların dışında konuşma isteğinde azalma, daha az konuşma, konuştuğunda karamsar olma, olumsuz durumlara odaklanma ve olumsuzluklardan bahsetme, tepkilerinde azalma, kişilere ve olaylara ilgide azalma, yeme ve uyku düzeninde değişiklikler gibi belirtilerle de karşılaşmanın mümkün olduğu ifade edilmektedir (Üngören, 2009).

Kişinin hayatta yaşadığı zorluklar ile başedebilmesi için ayakta kalabilmesi için önemli duygu ümit etmektir. Kişi zor bir durum ile karşılaştığında, zorlandığında ümit etmesiyle beraber içinde yapacağı işe, duruma dair motivasyon bulabilmektedir ve hayatına devam edebilmektedir. Bununla beraber ruhsal hastalıklar yaşayan bireylerde de iyileşme sürecinin en önemli unsuru kişinin geleceğe dair umudunun olması, iyileşeceğine dair ümitli olması olarak ifade edilmektedir (Sayar, 2015). Bazı araştırmacılara göre kişinin yaşamında hedeflerine ulaşmasında birden fazla kriter vardır. Bu kriterlerden bazıları karşıdaki insanlara güvenme, hedeflere ulaşma çabası ve bu çabaya dair inançlar kişinin umutlu ya da umutsuz olmasında etkili olmaktadır (Dilbaz ve Seber, 1998). Ergenlik döneminde bireylerin okul nedeni ya da başka nedenlerden dolayı ailesinden ayrılma, uzaklaşma durumunda kalması ile yaşadığı yalnızlık duygusu geleceğe dair umutsuzluk içinde olmasına neden olabilmektedir (Tümkiye, 2005).

Ruhsal hastalıklar incelendiğinde depresyon, umutsuzluk duygusunu içinde bulunduran bir hastalıktır. Depresyon hastaları ile yapılan bilişsel terapi süreçlerinde umutsuzluk duygusu ile çalışılmaktadır ve umutsuzluk düzeyinin azaltılmasının ergen bireylerde var ise intihar düşüncesinin engellenmesinde önemli olduğu görülmüştür (Seber ve diğerleri, 1993).

2.7. Kümülatif Travma

2.7.1. Travmanın tanımı

Tıpta “sarsıntı” ve “bir doku veya organın yapısını, biçimini değiştiren ve dıştan bir tepkinin sonucunda ortaya çıkan yerel yara” olarak açıklanmaktadır (TDK, 2020). Ayrıca travma, tıpta bedensel ve ruhsal olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır. 19. ve 20. yüzyılda daha çok fiziksel anlamda kullanılırken (Jones ve Wessely, 2007), 20. yüzyılın ilk yarısından sonra ruhsal anlamdaki tanımına daha çok yer verilmeye başlanmıştır. Ruhsal travma; kişinin fiziksel olarak maruz kaldığı hayatını tehdit edici

durum karşısında korku, endişe, çaresizlik hissetmesi ve bu duygular ile baş edememesi ya da baş etme mekanizmalarını kullanamayacak duruma gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Aker, 2003).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise travmayı DSM-IV’de “ölüm, ciddi yaralanma, veya cinsel şiddete veya tehdidine maruz kalma” olarak açıklamıştır (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV, APA, 1994). Ardından DSM-V’de “sivil ya da asker olarak savaşa maruz kalma, gerçek bir fiziksel saldırı ya da tehdidi, gerçek cinsel saldırı ya da tehdidi, kaçırılma, rehin alınma terör saldırıları, işkence, savaş esiri olarak hapsedilme, doğal ya da insan kaynaklarıyla yapılan felaketler, ciddi motorlu araç kazaları, çocuk istismarı aniden gelişen tıbbi durumlar gibi pek çok olay” olarak daha da genişleterek tanımlandığı görülmektedir (APA, 2014).

Kişi kendisini tehdit altında hissettiği bir durum ile karşılaştığında bu duruma maruz kaldığında kendisi çaresiz hissediyor, baş etme yetisinin tükendiğini hissediyor ise bu durum travmatik etkilere neden olabilmektedir ancak bir olayın travmatik sayılabilmesi için üç önemli kriter vardır. Bunlar; olayın beklenmedik anda birden meydana gelmesi, önlem alınamaması, engellenememesi ve birey tarafından uyum bozucu, olumsuz yaşantı olarak algılanmasıdır (Carlson ve Dalenberg, 2000).

Travmaya neden olabilecek durumlar incelendiğinde, travma tür olarak ikiye ayrılmıştır: insan kaynaklı olanlar ve doğa kaynaklı olanlar olarak. İnsan kaynaklı olanlar da kasıtlı ve kaza ile olanlar olarak ikiye ayrılmaktadır (Dürü, 2006).

2.7.2. Travmanın etkileri

İnsan hayatı boyunca farklı tür problemler, olaylar ile karşı karşıya kalabilmektedir ve bu olumsuz yaşantılar kişide stres, kaygı gibi duygulara neden olabilmektedir. Ancak yaşanan bu olumsuz durumlar kişinin baş etme yetisini kaybettiriyor ise yoğun korku, endişe ve kaygıya neden oluyor ise travmatik yaşantı olarak değerlendirilebilmektedir. Travmatik yaşantılarda genellikle olumsuz ve tehdit edici olarak değerlendirilen durum ortadan kalksa bile kişide etkileri devam etmektedir. Bununla beraber kişi olumsuz deneyimi yaşamasının ardından üzüntü, kaygı ve diğer insanlara karşı öfke gibi duygular yaşayabilmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 2004).

Travmatik yaşantılar ile ilgili çalışmalar incelendiğinde görülmektedir ki travmatik yaşantıların ortak özelliği beklenmedik anda gelmiş olmasıdır. Kişi hazırlıklı olmadığı ve beklemediği bir durum ile karşılaştığı için baş etme noktasında kendini yetersiz hissedebilmektedir ve bu durum kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında farklılıklara neden olabilmektedir. Yaşanılan travmatik olay ardından kişinin öfkeli ve saldırgan tavırlar sergilediğini görmek mümkündür. Bunun yanı sıra kişinin sosyal anlamda kişilerarası ilişkilerinde de bozulmalar olabilmektedir. Kişi yaşamış olduğu travmatik yaşantı ardından daha içe kapanık, kendi halinde tavırlar sergileyebilmektedir (Herman, 2007). Kişi sanki olayı tekrardan yaşıyormuşçasına tepkiler verebilmektedir, ani ve beklenmedik tepkiler verebilmektedir ve öfke patlamaları yaşayabilmektedir (Gürdil, 2014).

Travma sonrasında her birey birbiri ile aynı tepkiyi vermeyebilmektedir ve verilen tepkiler de kişiden kişiye göre değişiklik gösterebilmektedir. Yaşanılan travmanın türü, kişinin bu travmaya maruz kalma süresi, durumu ve kişinin kişilik özelliklerine göre verilen tepkiler değişebilmektedir (Baysak, 2010). Travma tek bir durumdan kaynaklanacağı gibi zaman içerisinde meydana gelen ve tekrarlı çoklu durumlardan da (aile içi şiddet vb.) kaynaklanabilmektedir (Toy ve Klamen, 2007).

Bazı kuramcılar, kişilerin travma sonrasında hayatlarında olumlu yeni değişiklikler yapmasının, yeni kararlar almasının kişinin gelişmesine katkı sağladığını ifade etmiştir (Park, 2010). Ancak bu gelişim için kişinin öncelikle yaşamış olduğu travmatik olayın etkisi ile yaşadığı stres, üzüntüyü atlatması gerekmektedir ve ardından iyileşme süreci başlamaktadır, bu durum zaman gerektirebilmektedir (Zalta, 2017). Bazı kuramcılara göre ise travma sonrası yaşanan olumlu yaşantılar aslında iyileşme sürecini olumsuz etkileyen ve önleyen bir savunma mekanizması olarak düşünülmektedir (Boals ve Schuler, 2019).

Yaşanılan travmatik olay ardından yaşanan yoğun korku, kaygı, endişe, çaresizlik gibi farklı duygular kişide yüksek düzeyde strese neden olabilmektedir. Bu nedenle travma yoğun strese neden olduğu için bir stres bozukluğu olarak da adlandırılmaktadır (Cozolino, 2016).

Travmatik stres bireysel ya da çevresel etkileri nedeni ile uzun süre devam edebilmektedir ve bu durumda “*Travma Sonrası Stres Bozukluğu*” olarak adlandırılan

hastalığa neden olabilmektedir (Brown ve diğerleri, 2001) ve araştırmalara göre TSSB, travma sonrasında yaşanan belirtilerden, hastalıklarda en sık görülenlerdir (APA, 2014).

2.7.3. Kümülatif travma tanımı

Birden fazla ve farklı travma türleri vardır. Kişinin kendisini güvensiz hissettiği ve tehlikeye maruz kaldığı bir durum ile hayatı boyunca tekrar karşı karşıya kalması ya da farklı tür ve birden fazla kişiyi etkileyen travmaların genel adı “Kümülatif Travma” olarak tanımlanmıştır (Follett ve diğerleri, 1996).

İnsanlar yaşamlarının farklı dönem ve farklı alanlarında travmatik olaylara maruz kalabilmektedir. Bununla beraber yapılan çalışmalar göstermektedir ki travmaya maruz kalma arttıkça kişilerde “*Travma Sonrası Stres Bozukluğu*” ve şiddetlerinde de artmalar olmaktadır (Hauff ve diğerleri, 2016). Kessler ve diğerlerinin 1995 yılında TSSB hastaları ile yapmış olduğu çalışma sonucunda, TSSB olan hastalarda eş zamanlı farklı ruhsal hastalıklarında olduğunu saptanmıştır. Bu hastalıkların genelde majör depresyon, diğer anksiyete bozuklukları ve somatizasyon bozuklukları olduğu görülmüştür.

Travma sonrası yaşanan uzun streste de akut streste de fizyolojik olarak birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Stres anlarında kanda yüksek düzeyde kortizol bulunması beyin ve bedende olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra stres, uykusuzluk, iştahsızlık, yorgunluk fiziksel belirtiler de oluşturabilmektedir (Cozolino, 2016; Siegel, 2015). Travmanın oluşturduğu stresle ve oluşturduğu fizyolojik etkiler ile beraber daha önce bahsedilen akne vulgarise neden olabilecek etkiler incelendiğinde aralarında bir bağlantı olabileceği düşünülmektedir.

Travma sonrası, stresin de etkisi ile uykusuzluk, iştahsızlık, düzensiz beslenme gibi durumlar çalışmamızda daha önce akne oluşumuna etkisi olabilecek belirtiler arasında da gösterilen belirtiler olması nedeni ile bu durumunda akne oluşumunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Kümülatif travma ile ilgili literatür incelendiğinde, araştırmamızın temelini oluşturan akne vulgaris ve kümülatif travma ile ilgili yeterli kaynaklara ulaşılamamıştır. Konu ile ilgili yeterli kaynağa ulaşılamaması ve farklı araştırma ve yorumlardan destek alınamaması araştırmamızın kısıtlılıklarındandır. Kümülatif travmanın türleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Eltan, 2019):

Şekil 2.3: Kümülatif Travma Türleri

1. Ölüm – Kalım Travmaları (Doğal Yollarla Oluşan):	Yalnızca doğal yollar ile gelişen ve kişilerin hayatlarını, varlığını olumsuz etkileyen travma türüdür. Kişi bizzat olayı yaşamayıp travmatik olaya maruz kaldığında da kişide yaşanmışçasına yakın etkiler görülebilir. Deprem, sel, tsunami doğal yollar ile olan travmalara örnektir.
2. Ölüm – Kalım Travmaları (İnsan Eliyle Oluşan) :	Bu travma doğal yollar ile oluşan ölümden farklı olarak insan etkisi ile oluşan ölümler sonucunda bir travmadır. Bu travmada da bizzat yaşamayıp maruz kalmakta kişiyi olumsuz etkileyip benzer etkilerin görülmesine neden olabilir. Savaş, kaza, taciz, işkence insan eli ile olan travmalara örnektir.
3. Kişisel Kimlik Travmaları (Cinsel travmalar, ilişkisel ve akademik travmalar) :	Kişisel kimlik travmaları, kişinin özbenliğini olumsuz etkilemekle beraber kişide güvensizliğe ve kendini bulunduğu ortamlara ait hissetmeme gibi durumlara neden olabilmektedir.
4. Kolektif Kimlik Travmaları (Tarihsel travmalar, ayrımcılık):	Kolektif kimlik travmaları din, dil, ırk, mezhep gibi faktörler göz önüne alınarak kişilerin birbirlerini ötekileştirmesi ile oluşmaktadır. Toplumsal eşitsizliklerin, ayrımın ön planda olduğu bu travma türünde yaşanan olaylar tek seferlik de olabilir tekrarlayan şekilde devam da edebilir.
5. Aile – Bağlanma Travmaları:	Bu travma özellikle çocukluk çağı travmalarıdır. Bireylerin çocukluk döneminde ebeveynleri ya da ebeveynleri dışında bakım veren var ise bakım vereni ile kurduğu ilişkiler sonucunda yaşanan olumsuz ve stresli olaylar ile oluşabilmektedir.

2.8. Akne Vulgaris ile Psikolojik Sağlık

Deri hastalıklarından biri olan akne vulgaris, deri hastalıkları içinde en sık rastlanılan bir rahatsızlık olduğu görülmektedir ve akne vulgarisin; kişilerin ruhsal sağlığı üzerindeki etkisi uzun zamandır araştırılmaktadır (Yolaç Yarpuz ve diğerleri, 2008). Deri, birey için doğduğu andan itibaren iletişim ve duygusal durumun ifade aracı olarak görülmektedir ve aynı zamanda beden egosunun iç dengesinden sorumlu olarak duygusal anlamda yaşanan olumsuzluklar strese neden olabileceği için fiziksel hastalıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle deri üzerinde gözle görülebilen fiziksel hastalıkların birey için psikolojik düzeyde etkileri görülebilmektedir (Ünal ve diğerleri, 1991).

Akne vulgaris en çok yüz bölgesinde ve sıklık şiddetine göre sırayla yanaklarda, burunda, alında, çenede görülmektedir (Odom ve diğerleri, 2000). Yüzde bulunan akneler gibi gövde de bulunan akneler de bireyler için can sıkıcı hale gelebilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde gövdesinde akne bulunan bireylerde fiziksel temastan kaçınma, rahatsız olma, yüzme ve gövdenin görülebileceği sporlardan kaçınma ve uyku problemlerinin yaşandığı görülmektedir (Rubinow ve diğerleri, 1987).

Ciltte bulunan akneler bazen birey için bir hastalık olarak görülmeyeceği ve kişinin yaşamakta olduğu bir psikolojik rahatsızlık varsa bunun akne ile bir bağlantısı olup olmadığı konusunda fikrinin olamayacağı belirtilmektedir. Bu durum da psikolojik destek almak göz ardı edilebilmektedir ya da ertelenebilmektedir (Picardi ve diğerleri, 2013) ancak alan yazılarında, psikolojik belirtilerle akne hastalığının birbirine eşlik edebileceğine dair çalışmalar olduğu görülmektedir (Gupta, 2001).

Akne hastaları kendilerini hasta olarak kabul etmeseler ve psikolojik destek fikrini düşünmeseler de yapılan çalışmalarda, akne hastalarında yaşam kalitesinde belirgin düzeyde bozukluk söz konusu olduğu görülmektedir (Mallon, 1999). Beden, doğuştan itibaren iletişim aracı olarak kullanılmakla beraber ileri yaşlarda kişi için sosyalleşme alanında önemli rol oynamaktadır. Bu durum da bireyin kişilerarası iletişimi üzerinde etkiye neden olabilmektedir (Gupta ve Worhees, 1990; Ünal ve Gül, 1993).

Akne, duygusal stresin sonucu olabileceği gibi duygusal stresin nedeni olarak da ortaya çıkabilmektedir (Koo ve Smith, 1991) ancak bununla ilgili net bir şey söylemek

henüz mümkün olmadığı ve akneyle ilgili çalışmalarda duygusal faktörün etkisi ile ilgili bir fikir birliğinin sağlanmadığı belirtilmektedir (Van der Meeren ve diğerleri, 1985). Koçak ve diğerleri, 2006), 16-30 yaş arası akne hastalığı olan 45 birey ile yaptıkları çalışmada on altı bireye psikiyatrik tanı konmuştur ancak psikiyatrik tanı konulan hastalar ile psikiyatrik tanı konulmayan hastalar arasında akne şiddet puanları arasında anlamlı bir farklılığa saptanmamıştır.

Akne ile psikopatoloji arasında ilişki olup olmadığı araştırmacılar için merak konusu olduğu ancak araştırmacıların ortak bir görüşte buluşamadıkları dikkat çekmektedir. Akneli hastalar ile yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon şiddetleri yüksek olarak saptanan çalışmalar bulunmaktadır (Gupta ve Gupta, 1998; Yazıcı, 2004; Kellet ve Gawkrödger, 1999; Wu, 1988). Bununla beraber akneli hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği (Mallon ve diğerleri, 1999; Yazıcı ve diğerleri, 2004), sosyal ortamlarda bulunma ve işlevsellikte azalma (Jowett ve Ryan, 1985; Pearl ve diğerleri, 1998; Motley ve Finlay, 1989) olduğunu gösteren çalışmalarla karşılaşılmaktadır. Fakat yapılan bu çalışmalar incelendiğinde klinik psikiyatrik bir değerlendirmenin olmadığı görülmektedir (Koçak ve diğerleri, 2007). Ancak sonraki yıllarda, klinik değerlendirmenin yapıldığı çalışmalara da rastlanmaktadır. Akneli hastalar ile klinik değerlendirme yapılarak oluşturulan bir çalışmada kullanılan ICD-10'a göre akneli hastalar ile depresyon düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Khan ve diğerleri, 2001). Yine SCID-1 kullanılarak yapılan başka bir araştırmada akneli hastalar ile psikopatoloji arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Uzun ve diğerleri, 2003).

Akne ile ilgili yapılan çalışmalarda; akne vulgaris hastalığı olan bireylerde genel iyi oluş hallerinde ve kendilik algısını değerlendirmede azalma, çekinme, sosyal ortamlardan izolasyon, içe kapanıklık gibi problemlerin yanı sıra aile içinde de sorunlar olabilmektedir ve depresyon, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklar ile karşılaşılmaktadır (Aktan ve diğerleri, 2000; Hanna ve diğerleri, 2003; Kellet ve Gawkrödger 1999; Rubinow ve diğerleri, 1987).

Van der Meeren ve diğerleri (1985) tarafından yapılan bir başka çalışmada; akne hastalığı olan öğrencilerin yapılan partilere davet edilmediği, insanlardan uzakta olmayı tercih ettikleri ve sürekli başkalarının kendilerine baktıklarını düşündükleri bildirilmektedir. Kaymak ve diğerleri (2006)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre ise

akne vulgaris hastalarda psikolojik rahatsızlıklar klinik düzeyde olmadığı belirtilmektedir.

Kumbasar ve Yılmaz (2005) dermatoloji hastaları ile yapmış olduğu çalışmanın sonucunda, hastalardan yatarak tedavi görenlerin %60'ı, ayakta tedavi görenlerin %30'unda dermatolojik hastalıklara psikolojik belirtilerin eşlik ettiği saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda, dermatolojik hastalığı olan bireylerde, depresif belirtiler, majör depresyon, strese duyarlılık gibi belirtilerin olduğu vurgulanmaktadır (Gupta, 2003; Picardi ve diğerleri, 2000).

Depresyonun tanımı, belirtileri ve etkileri incelendiğinde, depresyonun fiziksel hastalıklara neden olabileceği ya da fiziksel hastalıkların depresyona neden olabileceği düşünülmektedir ve ilgili literatür incelendiğinde, deri hastalıkları ve depresyon arasındaki ilişki ile ilgili çalışmaların olduğu görülmektedir. Dermatoloji hastalarında psikiyatrik tanı alma durumunu inceleyen çalışmalar sonucunda; deri hastalığı şikayeti ile gelen bireylerde psikiyatrik tanı alma oranının %40-70'lerde olduğu tespit edildiği bildirilmektedir ve hastalarda, hastalığın ilk ortaya çıktığı dönemde, şiddetlendiği dönemde psikiyatrik belirtilerin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Güz ve diğerleri, 2000).

Aktan ve diğerleri (1997), Türkiye'de 256 hasta ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %9.6'sında depresyon, %9.3'ünde somatoform bozuklukları olduğu sonucuna varmıştır. Dermatoloji hastaları ile yapılan araştırmalarda en sık rastlanılan psikiyatrik tanının depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu vurgulanmaktadır (Cotterill 1996; Fava ve Perini 1980; Stoudemire, 1997).

Güz ve diğerleri (2000), yaptığı çalışmanın sonucunda; dermatoloji hastalarındaki depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda, cildinde görülecek şiddette aknesi olan bireylerde özgüvende azalma olabileceği ve depresyon belirtilerinin olabileceği belirtilmektedir (Golchai ve diğerleri, 2010; Do ve diğerleri, 2009). Akne hastaları ile yapılan çalışmalar sonucunda genellikle akne vulgaris hastalarında depresyon ve psikolojik stresin sağlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır (Halvorsen ve diğerleri, 2011).

Akne vulgaris hastası olan 82 hasta ile yapılan bir çalışma sonucunda ise bireylerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile akne vulgaris hastalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı görülmektedir (Golchai ve diğerleri, 2010). Benzer şekilde, akne vulgaris hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da depresyon ve anksiyete düzeyleri ile akne vulgaris arasında ilişkiye rastlanmamaktadır (Gupta ve Gupta, 1990). Hayta ve diğerleri (2011) 171 akne vulgaris hastalığı olan birey ile yaptığı çalışmada akne vulgaris hastalığı ile depresyon düzeyi arasında ilişki olmadığı belirtmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında, akne vulgaris ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların farklılık gösterebildiği ancak aknenin özellikle kişilerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilemesinin sonucunda kişilerin depresif belirtilerinin artacağı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, stres faktörünün bireyin fiziksel ve ruhsal iyi oluş hali üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Stres ile ilgili birçok çalışma ve araştırma yapılmıştır. Stresin birçok hormon üzerinde etkili olması bağışıklık sistemini olumsuz etkiliyor olması ve benzer şekilde akne vulgaris hastalığının da kişilerde strese neden olması nedeni ile akne vulgaris ve stres arasında çift taraflı bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. Stresin akne vulgaris oluşumuna neden olabileceği gibi akne vulgaris hastalığının olması da strese neden olabilmektedir (Monk ve diğerleri, 1993). 2002 yılında Coates ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre stres, lipogenez üzerinde etkilidir ve stres lipogenezin artmasına neden olabileceği için akne oluşumuna da neden olabilmektedir. Ayrıca ergenlik dönemi ile başlayan ya da var ise artan akneler bu dönemde bireyler için strese neden olabilmektedir (Hanne ve diğerleri, 2003).

Akne vulgaris, şiddetine bağlı olarak kişilerin yaşamlarını olumsuz etkilediği ve bu sebeple başta kadınlar olmak üzere hastaların ruhsal sağlığını bozabilmektedir. Özellikle akne vulgaris tanılı hastaların sosyal görünüş kaygı düzeylerinin artmasına neden olarak gündelik yaşamdaki aktiviteleri yapmasına engel olabilmektedir. Ayrıca akne vulgaris tanılı kadınların, erkeklere göre daha fazla depresyon ve kaygı geliştirebildiğine değinilmektedir (Erdemir ve diğerleri, 2013). Yolaç-Yarpuz ve diğerleri (2008) çalışmasında, akne vulgaris hastalarının, sağlıklı kişilere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı zamanda akne vulgaris hastalarının benlik değerinin ise düşük olduğunu bulmuştur.

Bağcıoğlu ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada, akne vulgarisli kişilerin anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptamıştır. Alan yazılarında akne vulgaris ile kaygı düzeyi arasında ilişkinin olmadığı görüşünü savunan çalışmaların olduğu da dikkat çekmektedir. Özcan ve diğerleri (2000), yaptıkları çalışmada akne vulgaris hastaları ile sağlıklı kişilerin kaygı düzeylerini incelemiş ve araştırma sonucunda akne vulgaris hastaları ve sağlıklı kişilerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Niemeyer ve diğerleri (1998) ise akne şiddeti ile kaygı arasında bir ilişkinin olmadığını belirtmektedir.

Deri hastalıklarına depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıkların eşlik etmesi ile beraber cinsiyet, yaş gibi fonksiyonların da etkili olduğu görülmektedir (Barankin ve diğerleri, 2002). Çalıkoğlu ve diğerlerinin 2000 yılında akne vulgarisin psikosomatik faktörler ile ilişkisini incelediği çalışmada en yüksek ilişkinin depresyon düzeyi ile olduğunu tespit etmiştir. Anderson ve diğerleri, 1998 yılında yapmış oldukları çalışmada; akne vulgarisin bazı kişilerde iş ve okul yaşamında verimliliği, performansı olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, dermatoloji hastaları ile ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişkilere bakıldığında akne vulgaris ile depresyon, anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Umutsuzluk düzeyinin ise depresyonun belirtilerinden ve semptomlarından biri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle akne vulgaris hastalığı ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olacağı düşünülmektedir. Ancak dermatolojik hastalıklar ile ruhsal hastalıklar arasında anlamlı ilişkilere rastlandığı gibi aralarında ilişkinin saptanmadığı (Aktan, 2000) ve klinik düzeyde incelendiğinde akne vulgaris hastaları ile psikolojik hastalıklar arasındaki ilişkinin klinik düzeyin altında kaldığı (Yolaç Yarpuz ve diğerleri, 2008; Kaymak ve diğerleri, 2006) çalışmalar da mevcuttur. Yapılan araştırmalar ile elde edilen sonuçlar bize akne vulgaris ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkide bir fikir birliği olmadığını göstermektedir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve verilerin analizi yer almaktadır.

3.1. Örneklem

Araştırmanın çalışma grubu; akne vulgaris tanısı almış ve dermatolog yardımıyla akne derecelendirilmesi yapılan 100 katılımcıdan oluşmuştur. Kontrol grubu ise; akne vulgaris tanısı olmayan 100 katılımcıdan oluşmuştur. Örneklem kartopu yöntemiyle ulaşılmıştır. Araştırma verileri, etik kurul onayı alınarak ve katılımcılara aydınlatılmış onam formu imzatarak toplanmıştır. Katılımcılara ilişkin demografik özellikler bulgular bölümünde yer verilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; kişilerin demografik özelliklerini öğrenmek için “*Sosyodemografik Veri Formu*”, depresyon, kaygı ve stres seviyelerini ölçmek için “*DASS-42 Ölçeği*”, umutsuzluk düzeylerini ölçmek için “*Beck Umutsuzluk Ölçeği*”, kümülatif travmadan yaşama sıklığı düzeylerini ölçmek için “*Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Formu*” kullanılmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik veri formu:

Katılımcıların cinsiyet, eğitim düzeyi, akne süresi, akne şiddeti gibi demografik bilgilerini almak için araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanmış olan soru formudur.

3.2.2. DASS-42 ölçeği:

Ölçeği, Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun uyarlaması Bilgel ve Bayram (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, dört basamaklı Likert tipi bir ölçektir ve maddeler 0 ile 3 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanları her alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. Ölçekte ters

madde yoktur. Ölçek, “Depresyon” (madde 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42), “Anksiyete” (madde 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41) ve “Stres” (madde 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) olmak üzere, her bir boyut için 14 madde ile toplam 42 maddeden oluşmakta ve son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon, anksiyete ve stres semptomlarını ölçmektedir. Orijinal çalışmada ölçeğin depresyon, anksiyete, stres boyutları için iç tutarlık katsayıları (Cronbach Alfa) sırasıyla .91, .84, .90 olarak bulunmuştur. Türkçe formunun iç tutarlık katsayıları (Cronbach Alfa) depresyon boyutu için .92, anksiyete için .86 ve stres için .88 olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliğinde orijinale benzer olarak toplam varyansın %44“ünü açıklayan üç faktöre ulaşılmıştır. Ölçüt geçerliği için “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği” nin (HAD) alındığı geçerlik çalışmasında, DASS-42 ile HAD- depresyon boyutu arasındaki korelasyon .64 ($p < .01$), HAD anksiyete boyutu ile arasındaki korelasyon ise .58 ($p < .01$) olarak bulunmuş, stres boyutu ise HAD hem depresyon hem anksiyete boyutu 55 .45 ile .59 ($p < .01$) düzeyinde korelasyon göstermiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda kesme puanı depresyon için 10, anksiyete için 7, stres için 14 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2012).

3.2.3. Beck umutsuzluk ölçeği:

Ölçek Beck ve diğerleri (1974) tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe’ye Seber ve diğerleri (1991) tarafından uyarlanmıştır. Durak ve Palabıyıklıoğlu (1994) ise geçerlilik çalışmasını yapmıştır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 1.,6.,5.,10.,13.,15.,19. maddelerde gelecekle (GİD) ilgili duygular, 2.,3.,9.,11.,12.,16.,17.,20. maddelerde (MK) motivasyonlar ve 4.,7.,8.,14.,18. maddelerde ise gelecek beklentisi (GİB) ile ilintili bilişsel durumlar belirtilmiştir (Szabo vd., 2015). Ölçeğin; 2.,4.,7.,9.,11.,12.,14.,16.,17.,18. ve 20. maddeleri (on bir adet) “pozitif”, 1.,3.,5.,6.,8.,10.,13.,15. ve 19. maddeleri (dokuz adet) negatif olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlanması, her uyumlu yanıt için ‘1’ puan, uyumsuz yanıt için ‘0’ puan şeklindedir. Ölçeğin puan ranjı 0-20 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen aritmetik toplam umutsuzluk puanını oluşturur. Alınan puanların yüksekliği bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir.

3.2.4. Kümülatif travma ölçeği-kısa formu:

Ölçek Kira ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe'ye uyarlaması Eltan (2019) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, 35 maddeden oluşmakta ve likert tipi ölçekle değerlendirilmektedir. Olay yaşandıysa, kaç kez meydana geldiğine verilen yanıt kümülatif travmaların sıklığını hesaplamak için kullanılmaktadır. Travma gerçekleşmediyse 0 olarak, bir kez ise 1, iki kez ise 2, üç kez ise 3 ve üç kezden fazla ise 4 olarak kodlanmaktadır. Oluşma parametresi için, kişiler olayı frekans ölçeğinde yaşamış olup olmadıklarını değerlendirmektedirler. Daha sonra, olay yaşandıysa, kişi olayın kaç kez gerçekleştiğini sıklık parametresinde derecelendirmektedir. Yaş parametresinde, kişiye olay ilk yaşandığında kaç yaş olduğu sorulurken; değerlendirme parametresinde kişiden bu deneyimden 7'li Likert tipi skala üzerinden ne kadar etkilendiğini (olumsuz veya olumlu olarak) ifade etmesi istenmektedir. KTÖK'nun geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir (Kira ve diğerleri, 2008; Kira, Fawzi & Fawzi, 2013). Ölçeğin Türkçe versiyonunda, KTÖ-K Negatif puanı açısından Cronbach'ın alfa katsayısı erkekler için .75, kadınlar için .74 ve tüm örneklem için .74 olarak hesaplanmıştır (Eltan, 2019).

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı yardımıyla analiz edilmiştir. İlk olarak verilerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılmadığı görülmüştür ($p > .05$). Değişken dağılımları normal dağılıma uygun bulunmadığından parametrik olmayan istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda; iki grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Akne vulgaris tanısı alan katılımcıların depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk ile kümülatif travma alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir ($p < .05$).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Yapısına İlişkin Frekans Dağılımı

Katılımcıların demografik değişkenlerine göre frekans ve yüzdelik değerleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Çizelge 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		Çalışma Grubu	Kontrol Grubu
		(akne vulgaris tanılı)	(akne vulgaris tanısı olmayan)
		n	n
1. Cinsiyet	Kadın	58	63
	Erkek	42	37
2. Eğitim Düzeyi	İlkokul ve Ortaokul	3	2
	Lise	35	11
	Üniversite	58	66
	Yüksek Lisans ve Doktora	4	21
3. Medeni Durumu	Bekar	92	69
	Evli	8	31
4. Sigara Kullanımı	Evet	31	38
	Hayır	69	62
5. Alkol Tüketimi	Evet	28	36
	Hayır	72	64
6. Madde Kullanımı	Evet	0	2
	Hayır	100	98

Tablo 1'e göre akne vulgaris tanılı katılımcıların çoğunlukla kadın (%58), üniversite mezunu (%58), bekar (%92), sigara kullanmadıkları (%69), alkol tüketmedikleri (%72) ve madde kullanmadıkları (%100) görülmektedir. Akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların ise çoğunlukla kadın (%63), üniversite mezunu (%66), bekar (%69), sigara kullanmadıkları (%62), alkol tüketmedikleri (%64) ve madde kullanmadıkları (%98) görülmektedir.

Çizelge 4.2: Akne ile İlgili Özellikler

Değişkenler		Ortalama±SS
1. Akne Süresi		3,81±2,72
		n
2. Akne Şiddeti	Hafif	38
	Orta	39
	Şiddetli	23
3. Covid-19 Pandemi Sürecinde Evde İzolasyonun Akneyi Etkileme Durumu	Etkiledi	60
	Etkilemedi	40
4. Akneden Kaynaklı Yüzü Kamufle Etme	Evet	60
	Hayır	40

Tablo 2'ye göre akne vulgaris tanısı alan katılımcıların akne süresi ortalama 3,81±2,72 yıldır. Katılımcıların akne şiddeti; 38'i hafif, 39'u orta ve 23'ü şiddetlidir ve akne vulgaris tanılı hastaların çoğunluğunun (%39) orta şiddetli akneye sahip olduğu görülmektedir. Akne vulgaris tanılı katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde evde izolasyonun akneyi etkileme durumuna çoğunlukla (%60) etkilediğini belirtmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun (%60) akneden kaynaklı yüzünü kamufle ettiğini belirtmektedir.

4.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar

Çizelge 4.3: Travmatik Olayların Sıklığı ve Yüzdeleri (Oluşum)

Travmatik Olay	Çalışma	Kontrol
	Grubu	Grubu
	n	n
1. Doğal Afet Deneyimi	76	82
2. Kaza Deneyimi	20	23
3. Savaş, terörist saldırı deneyimi	2	6
4. Yakın bir arkadaşın veya aile üyesinin ani ölümü	48	40
5. Yakın birinin başına gelen yaşamı tehdit eden olay	26	31
6. Hayati tehlike arz eden bir hastalık yaşamak	6	12
7. Bir silahla tecrübe edilmiş soygun	2	4
8. Bir tanıdığa şiddetli saldırıya tanık olmak	19	9
9. Öldürülmekle tehdit edilmek	11	7
10. Bir bakıcı tarafından fiziksel olarak istismar edilmek	5	1
11. Kendi aile içi şiddete tanık olmak	12	9
12. Kendinden daha yaşlı biri tarafından cinsel temasa geçilmek	4	3
13. Cinsel tacize veya tecavüze uğramak	2	6
14. İşkence görmek veya hapse atılmak	0	2
15. Anne tarafından terk edilmek	1	4
16. Baba tarafından terk edilmek	9	6
17. Irk nedeniyle ayrımcılığa uğramak	16	11
18. Ebeveyn boşanması	21	10
19. Kendi ırk tarihinde baskı veya soykırım yaşamak	12	14
20. Zorluklar nedeniyle sinir krizi geçirmek	47	32
21. Ebeveynlerinden veya kardeşlerinden birinin savaşa katılması	0	7
22. Okul başarısızlıkları	56	28
23. Zorunlu göç etmek	3	4
24. Daha güçlü biri tarafından fiziksel saldırıya uğramak	11	9
25. Ebeveynlerin cinsel temasa geçmesi	1	1
26. Toplum veya kurumlar tarafından cinsiyet nedeniyle ayrımcılık yapılması	15	6
27. İlişkide hatalar yapmak	43	28
28. Eş veya evlat kaybı yaşamak	1	2
29. İşten kovulmak	13	14
30. Yeniden evlenmek	0	4
31. Kötü koşullarda yaşamak	37	26
32. Aile üyeleri tarafından cinsiyet nedeniyle ayrımcılığa uğramak	13	6
33. Birine zarar vermek	5	10

34. Şiddet içeren mahallede yaşamak	23	11
35. Zor doğum hikayesi	16	10

Tablo 3'te görüldüğü gibi, akne vulgaris tanısı alan katılımcıların çoğunun yaşadığı travmatik olayın doğal afet deneyimi (76) olduğu ve akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların ise çoğunun yaşadığı travmatik olayın benzer şekilde doğal afet deneyimi (82) olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, akne vulgaris tanılı katılımcıların işkence görmek veya hapse atılma, ebeveynlerinden veya kardeşlerinden birinin savaşa katılması ve yeniden evlenmek en az yaşadıkları travmatik olaylar olduğu ve akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların ise bir bakıcı tarafından fiziksel olarak istismar edilmek ve ebeveynlerin cinsel temasa geçmesi en az yaşadıkları travmatik olaylar olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4: Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Çalışma Grubu (akne vulgaris tanılı)		Kontrol Grubu (akne vulgaris tanısı olmayan)	
	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS
1. Depresyon	0-35	12,35±7,89	0-35	9,05±7,23
2. Kaygı	0-38	8,82±6,62	0-21	5,89±5,25
3. Stres	0-41	15,84±6,92	0-36	11,46±7,23
4. Umutsuzluk	1-19	11,34±3,92	0-20	9,56±4,80
5. Hayatta Kalma Travması	0-9	2,41±1,89	0-9	2,62±2,10
6. Kişisel Kimlik Travması	0-20	4,96±4,60	0-19	3,66±3,06
7. Kolektif Kimlik Travması	0-19	3,62±2,13	0-14	2,79±1,39
8. Aile Bağlanma Travması	0-8	2,01±1,68	0-9	2,02±1,46

4.3. Akne Vulgaris Tanısı Alan ve Almayan Katılımcıların Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi

Çizelge 4.5: DASS-42 Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Akne Vulgaris Tanısı Alma Durumuna Göre İncelendiği Whitney-U Testi Sonuçları

	Akne Vulgaris Tanısı Alma	N	Sıra Ort.	U	(p)
Depresyon	Evet	100	112,74	3776,00	,003
	Hayır	100	88,26		
Kaygı	Evet	100	114,65	3585,50	,001
	Hayır	100	86,36		
Stres	Evet	100	118,54	3196,50	,000
	Hayır	100	82,47		

Yapılan analiz sonucunda; akne vulgaris tanısı alan katılımcıların depresyon puanları, akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [U=3776,00, p<.01]. Akne vulgaris tanısı alan katılımcıların kaygı puanları, akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [U=3585,50, p<.01]. Akne vulgaris tanısı alan katılımcıların stres puanları, akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [U=3196,50, p<.01].

Çizelge 4.6: Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Akne Vulgaris Tanısı Alma Durumuna Göre İncelendiği Whitney-U Testi Sonuçları

	Akne Vulgaris Tanısı Alma	N	Sıra Ort.	U	(p)
Umutsuzluk	Evet	100	109,44	4106,00	,02
	Hayır	100	91,56		

Yapılan analiz sonucunda; akne vulgaris tanısı alan katılımcıların umutsuzluk puanları, akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [U=4106,00 p<.01].

Çizelge 4.7: Kümülatif Travma Ölçeği Puanlarının Akne Vulgaris Tanısı Alma Durumuna Göre İncelendiği Whitney-U Testi Sonuçları

		Akne Vulgaris Tanısı Alma	N	Sıra Ort.	U	(p)
Hayatta Kalma Travması	Evet		100	98,10	4760,00	,55
	Hayır		100	102,90		
Kişisel Kimlik Travması	Evet		100	113,75	3675,50	,001
	Hayır		100	87,26		
Kolektif Kimlik Travması	Evet		100	107,29	4321,00	,06
	Hayır		100	93,71		
Aile Bağlanma Travması	Evet		100	103,89	4661,50	,38
	Hayır		100	97,12		

Yapılan analiz sonucunda; akne vulgaris tanısı alan katılımcıların kişisel kimlik travması yaşama sıklığı puanları, akne vulgaris tanısı almayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır [U=3675,50, p<.01]. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>.05).

4.4. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Akne Şiddetinin Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi

Çizelge 4.8: Ölçek Toplam Puanlarının Akne Şiddeti Değişkeni için Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		Akne Şiddeti	N	Sıra Ort.	sd	x ²	(p)	Farklılıklar
Depresyon	Hafif		38	45,83	2	2,045	,36	-
	Orta		39	51,46				
	Şiddetli		23	56,59				
Kaygı	Hafif		38	50,30	2	,712	,70	-
	Orta		39	48,24				
	Şiddetli		23	54,65				
Stres	Hafif		38	45,45	2	2,357	,30	-
	Orta		39	51,62				
	Şiddetli		23	56,96				

**Çizelge 4.8: (Devamı) Ölçek Toplam Puanlarının Akne Şiddeti Değişkeni için
Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

	Akne Şiddeti	N	Sıra Ort.	sd	χ^2	(p)	Farklılıklar
Umutsuzluk	Hafif	38	51,58				
	Orta	39	46,22	2	1,759	,41	-
	Şiddetli	23	55,98				
Hayatta Kalma Travması	Hafif	38	47,25				
	Orta	39	49,14	2	2,263	,32	-
	Şiddetli	23	58,17				
Kişisel Kimlik Travması	Hafif	38	50,41				
	Orta	39	49,67	2	,101	,95	-
	Şiddetli	23	52,07				
Kolektif Kimlik Travması	Hafif	38	47,29				
	Orta	39	50,31	2	1,572	,45	-
	Şiddetli	23	56,13				
Aile Bağlanma Travması	Hafif	38	50,18				
	Orta	39	52,77	2	,593	,74	-
	Şiddetli	23	47,17				

Yapılan analiz sonucunda; depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk, hayatta kalma, kişisel kimlik, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması puanlarının akne şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

4.5. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Stres, Umutsuzluk ile Kümülatif Travma Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çizelge 4.9: Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Stres, Umutsuzluk ile Kümülatif Travma Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Depresyon	-							
2 Kaygı	,566**	-						
3 Stres	,597**	,641**	-					
4 Umutsuzluk	,421**	,378**	,432**	-				
5 Hayatta Kalma	-,074	,097	-,016	,044	-			
6 Kişisel Kimlik	,394**	,486**	,423**	,216*	,265**	-		
7 Kolektif Kimlik	,327**	,323**	,259**	,169	,208*	,368**	-	
8 Aile Bağlanma	,118	,360**	,165	,125	,267**	,338**	,236*	-

Yapılan analiz sonucunda; akne vulgaris tanılı katılımcıların hayatta kalma travması ile depresyon ($r=-,074$, $p>.05$), kaygı ($r=,097$, $p>.05$), stres ($r=-,016$, $p>.05$) ve umutsuzluk ($r=,044$, $p>.05$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Akne vulgaris tanılı katılımcıların kişisel kimlik travması ile depresyon ($r=,394$, $p<.01$), kaygı ($r=,486$, $p<.01$), stres ($r=,423$, $p<.01$) ve umutsuzluk ($r=,216$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Akne vulgaris tanılı katılımcıların kolektif kimlik travması ile depresyon ($r=,327$, $p<.01$), kaygı ($r=,323$, $p<.01$) ve stres ($r=,259$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kolektif kimlik travması ile umutsuzluk ($r=,169$, $p>.05$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Akne vulgaris tanılı katılımcıların aile bağlanma travması ile kaygı ($r=,360$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile bağlanma travması ile depresyon ($r=,118$, $p>.05$), stres ($r=,165$, $p>.05$) ve umutsuzluk ($r=,125$, $p>.05$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada akne vulgaris tanılı kişilerin depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyleri ve kümülatif travma ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada, akne vulgaris tanılı kişiler ile tanı almayan kişilerin depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk ve kümülatif travma yaşama sıklığı düzeyleri incelenmiştir.

5.1. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Depresyon, Kaygı, Stres, Umutsuzluk ile Kümülatif Travma Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmada, akne vulgaris tanılı katılımcıların hayatta kalma travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Hayatta kalma travması; kişiler için kendi yaşamına veya diğer bir kişinin yaşamına yönelik doğrudan ya da dolaylı şekilde tehdit oluşturacak olaylar olarak açıklanmaktadır ve içerisinde; savaş, kaza, cinayet, şiddet, doğal afet vb. doğal veya insan eliyle oluşan pek çok travmatik deneyimini barındırmaktadır (Kira, 2001; Eltan, 2019). Vernberg ve Vogel (1993), doğal veya insan eliyle meydana gelen travmatik yaşantıların özellikle çocukların depresyon geliştirmesinde etkili olduğunu belirtmektedir. McNally ve Frueh (2013) çalışmasında, terör olaylarına maruz kalan kişilerde depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğunun yaygın olarak görüldüğünü bulmuştur. Covid-19 pandemisi de hayatta kalma travmalarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamızda; Covid-19 pandemi sürecinde evde izolasyonun, katılımcıların çoğunluğunun akne durumlarını etkilediği bulunmuştur. Koo (1991), duygusal şiddetin akne üzerinde etkili olduğunu ve şiddetlendirebileceğini belirtmektedir. Yapılan bir çalışmada, stresin akne üzerindeki etkisini incelemek amacıyla akne hastalarına gevşeme teknikleriyle stresi azaltma teknikleri gösterilmiş ve akne şiddetinde azalmaların olduğu bulunmuştur (Hughes ve diğerleri, 1983). Bu bağlamda, araştırma katılımcıların çoğunun Covid-19 pandemi sürecinde evde izolasyon uygulamasının akne durumlarını etkileme nedeni; akne ile stres arasındaki

ilişkiden yola çıkarak pandemi süresince izolasyon uygulamalarının kişilerin stres düzeyini arttırması (Rossi ve diğerleri, 2020) ve bu durumun var olan akneyi şiddetlendirmesi olabilir. Ancak araştırmamızda hayatta kalma travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu durumu detaylı bir şekilde ele alırsak; ilgili alan yazılarında travmatik deneyimlerin çoğunlukla kişilerin ruhsal sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmesine rağmen diğer bir açıdan travmatik duruma maruz kalanların travmayla mücadelesinin sonucunda travmatik durumun, kişilerin olumlu yönde psikolojik değişimler gerçekleştirmelerine katkı sağlayabildiğine değinilmektedir (Slyke, 2014). Sawyer ve Ayers (2009) çalışmasında, travma sonrasında kişilerde bazı olumlu değişimlerin olduğunu bulmuştur. Bu durum “Travma Sonrası Büyüme” kavramıyla açıklanmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1999). Frazier ve diğerleri (2001), travma sonrası büyüme ile travma sonrası stres arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Dürü (2006) çalışmasında, umutsuzluk düzeyi ile travma sonrası büyümenin negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğunu saptamıştır. Tedeschi ve Calhoun (2004) ise, travmatik yaşantı sonrası kişilerde “bu olayın üstesinden gelebildiysem, her şeyin üstesinden gelirim” düşüncesinin ortaya çıkardığını belirtmektedir. Bu bağlamda, araştırmamızda hayatta kalma travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmamasının nedeninin; travma sonrası büyümeyle ilişkili olabileceği gibi farklı bir açıdan Türkiye coğrafi konum itibariyle pek çok doğal afetin yaşandığı bir ülkedir (Şavur ve Tomas, 2010) ve doğal olarak sıklıkla yaşanan travmatik deneyimler karşısında, araştırma katılımcıları duyarsızlaşmış olabilir. Bu nedenle hayatta kalma travmaları ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk ilişkili çıkmamış olabilir. Ancak konunun daha kapsamlı ele alınabilmesi adına daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmada, akne vulgaris tanılı katılımcıların kişisel kimlik travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kişisel kimlik travmaları, kişilerin öz benliğini olumsuz etkilemektedir ve kişilerin kendilerini herhangi bir ortama ait hissetmemesine neden olabilmektedir. Cinsel travmalar, ilişki travmaları gibi pek çok travma türünü içermektedir (Kira, 2001; Eltan, 2019). Yapılan çalışmalar, kişisel kimlik travmasının işleyen bellek üzerinde olumsuz etkisinin olduğunu bulunmuştur ve özellikle cinsel istismarın, algısal akıl yürütme ve işleyen bellek üzerindeki etkisinin olumsuz olduğu belirtilmiştir (Kira ve

diğerleri, 2012). Çocuklar için cinsel istismar duygusal anlamda en fazla zarar veren travmalardan biri olduğu belirlenmiştir (Kendall-Tackett ve diğerleri, 1993). Travmatik durumlar kişilerin ruhsal bozukluklar yaşamasına sebep olabilmektedir ve travmatik durum sonrasında kişilerin gelecekte travmatik diğer olayları yaşama ihtimalini daha yüksek görmektedir. Kişide “felaketleri üzerime çekerim”, “kötü olaylar hep benim başıma gelir” gibi olayları içselleştirmelerine, olaya dair ve gelecekteki olası felaketlere dair korku duymasına neden olabilmektedir (Ehlers ve Clark, 2000; Sungur ve Kaya, 2001). Travmatik bir deneyim yaşandığında, benliğin başa çıkabileceğinden daha yüksek düzeyde içsel ya da dışsal uyarana maruz kalma ve durumlarla etkin şekilde başa çıkamama sonucunda TSSB, anksiyete, depresyon vb. psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır (Brown ve diğerleri, 2001; İkin ve diğerleri, 2007; APA, 2014). Bu bağlamda, akne vulgaris tanılı kişilerin kişisel kimlik travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki çıkması literatürle uyumludur.

Araştırmada, akne vulgaris tanılı katılımcıların kolektif kimlik travması ile depresyon, kaygı ve stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kolektif kimlik travması ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kolektif kimlik travmaları; kişinin dini, dili, ırkı, mezhebi gibi faktörlerine bağlı olarak diğerlerince ötekileştirilmesi ile oluşmaktadır. Toplumsal eşitsizliklerin, ayrımın ön planda olduğu bu travma türünde yaşanan olaylar tek seferlik de olabilir tekrarlayan şekilde devam da edebilir (Kira, 2001; Eltan, 2019). Kira ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada, kolektif kimlik travmalarının, ruh sağlığını en güçlü etkileyen travmalar olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada da kişiler için en zarar verici travma türlerinin ayrımcılık ve baskı gibi kolektif kimlik travmaları olduğu bulunmuştur (Kira ve diğerleri, 2008). Bu bağlamda, akne vulgaris tanılı kişilerin yaşadıkları kolektif kimlik travmasıyla (örneğin, toplum içinde ayrımcılığa uğraması vb.) başa çıkmakta zorlanması ve bu durumun depresyon, kaygı ve stres geliştirmesinde etkili olduğu görülmektedir.

Araştırmada, akne vulgaris tanılı katılımcıların aile bağlanma travması ile kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile bağlanma travması ile depresyon, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Aile bağlanma travmaları, özellikle çocukluk çağı travmalarıdır. Bireylerin çocukluk

döneminde ebeveynleri ya da ebeveynleri dışında bakım veren var ise bakım vereni ile kurduğu ilişkiler sonucunda yaşanan olumsuz ve stresli olaylar ile oluşabilmektedir (Kira, 2001). Travmatik olaylar iki tiptir ve birinci tip; taciz, tecavüz, doğal afet gibi beklenmedik, kısa süreli ve tekrarlamayan travmatik olaylardır. Kişilerin hızlı iyileştiği görülebilmektedir. İkinci tip ise çocukluk yaşantısıyla ilişkili ve daha kalıcı olan travmatik olaylardır. Çocukluk döneminde uzun süreli cinsel veya fiziksel tacize uğramak gibi örneklendirilebilir. İkinci tip travmalar, kişilerin depresyon, kaygı vb. geliştirmesinde etkili olmaktadır (Meichenbaum, 1994; Terr, 1991; North ve diğerleri, 1994). Travmatik olaylar yaşandıktan sonra zaman geçtikçe kişilerin olaya dair daha fazla detay hatırlayabilmektedir ve travmatik olay ile baş etmeye başladığı dönemde yaşandığında ise kaygı belirtileriyle baş etme sürecinin sekteye uğrayabilmektedir (Zara, 2011). Bu bağlamda, aile bağlanma travmasının temeli çocukluk yaşantısına dayanması ve daha erken dönemde yaşandığı için etkilerinin uzun süreli ortaya çıkması nedeniyle, kaygıyla pozitif yönde anlamlı çıkması beklenen bir sonuçtur. Ancak araştırmamızın bulgularından olan aile bağlanma travması ile depresyon, stres ve umutsuzluğun ilişki olmaması şaşırtıcı bir sonuçtur. Travmatik yaşantılara kişiler birçok farklı tepki gösterebilmektedir ve bu tepkiler üzerinde; kişilerin verdikleri tepkiler üzerinde de travmatik duruma verdiği anlam, kişilerin kendi kapasiteleri ve çevresel koşulları etkili olabilmektedir (O'Cleirigh ve diğerleri, 2003). Jakšić ve diğerleri (2017), kişinin travmatik duruma yüklediği anlam ve travmatik durum yaşandığı anda algıladığı ölüm tehdidinin depresyon, kaygı ve TSSB belirtileri için belirleyici olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda, gelecekteki çalışmalarda kişilerin aile bağlanma travmalarına yüklediği anlamın ve kişilerin baş etme mekanizmalarının (psikolojik dayanıklılık, sosyal destek vb.) birlikte ele alınmasının yararlı olacağına inanılmaktadır.

5.2. Akne Vulgaris Tanısı Alan ve Almayan Katılımcıların Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi

Akne vulgaris tanısı alan ve almayan katılımcıların depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyleri incelendiğinde; araştırmamızda akne vulgaris tanılı katılımcıların depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeylerinin tanı almayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlgili alan yazılarında benzer sonuçlar bulan çalışmalara rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada, akne vulgaris

hastalarında depresyon ve psikolojik stresin sağlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Halvorsen ve diğerleri, 2011). Yolaç ve diğerleri (2008) çalışmasında, akne vulgaris hastalarının, sağlıklı kişilere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bağcıoğlu ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada, akne vulgarisli kişilerin anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptamıştır. Yapılan çalışmalarda, akne vulgarisin depresif belirtileri arttırması nedeniyle kişilerin umutsuzluk düzeylerini de arttırdığı görülmektedir (Kellett ve Gawkrödger, 2005; Sundström ve diğerleri, 2010). Dermatolojik rahatsızlıklar ile ruhsal hastalıkları arasındaki ilişkiyi incelendiğinde; dermatolojik rahatsızlıklara en yaygın şekilde eşlik eden ruhsal hastalığın depresyon olduğu bulunmuştur (Gupta ve Gupta, 2003). Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada ise, akne sorunu olan öğrencilerin yüksek düzeyde depresif belirtiler, kaygı, intihar düşünceleri ve girişimleri olduğunu bulmuştur (Purvis ve diğerleri, 2006). Yapılan diğer bir çalışmalarda da benzer şekilde, akne oluşumu birey için bir stres faktörü olabildiğini ve depresyon, kaygı, suicidal düşünce gibi psikolojik sorunları beraberinde getirebildiğini belirtilmektedir (Rapp ve diğerleri, 2004; Magin ve diğerleri, 2006). Bu bağlamda araştırmada bulunan akne vulgaris tanılı kişilerin, depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeyinin yüksek olması sonucunun literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olmasıyla birlikte nedeninin; akne vulgarisin kişilerin yaşam kalitesini düşürmesi ve özellikle sosyal hayatına engel olması sebebiyle depresyon, stres, kaygı geliştirmeleri ve bunlara bağlı olarak umutsuzluk hissetmeleri olarak düşünülmektedir.

Araştırmada akne vulgaris tanısı alan ve almayan katılımcıların kümülatif travma yaşama sıklığı incelendiğinde; akne vulgaris tanısı alan katılımcıların kişisel kimlik travması yaşama sıklığının, akne vulgaris tanısı almayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Hayatta kalma travması, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin ise akne vulgaris tanısı alma durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır. İlgili alan yazılarında, akne vulgaris tanısı alan ve almayan kişilerin kümülatif travma yaşama sıklığının karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Kişisel kimlik travmaları, kişilerin sağlıklı kimliğini bulma sürecinde maruz kaldığı olayları içermektedir ve kendi içerisinde pek çok travmayı (cinsel travmalar, ilişkisel ve akademik travmalar) barındırmaktadır (Kira, 2001; Eltan, 2019). Yapılan çalışmalarda, özellikle akne tanılı ergenlerin yaşadıkları akne sorunu okul hayatının ve kişisel aktivitelerinin, yüz bölgesinde çıkan akne nedeniyle

kişisel ve sosyal hayatında özellikle ilişki kurmalarının etkilendiği belirlenmiştir (Tasoula ve diğerleri, 2012). Yüksel Başak ve Ergin (2000) çalışmasında, aknenin kişilerin genellikle toplum içinde ve romantik ilişkilerinde sıkılganlık hissetmesine neden olduğu ve sosyal aktivitelere katılmasını azalttığını belirtmektedir. Halvorsen ve diğerleri (2011), akne vulgaris tanılı ergenlerin romantik ilişki ve cinsel ilişki yaşama sıklığı sağlıklı gruba göre daha düşük olduğunu bulmuştur. Bizim araştırmamızın sonuçlarında, akne vulgaris tanılı kişilerin çoğunluğunun akneden kaynaklı yüzünü kamufle ettiği de bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada; akneli ergenlerin kendilerini rahatsız hissettikleri ve göz temasından kaçındıkları, saçlarını yüzlerini kapatacak şekilde uzattıkları ve kızların akne lezyonlarının görünümünü en aza indirmek için sıklıkla makyaj yaptıkları bildirilmiştir (Feingold, 1992). Diğer bir çalışmada; gövdesinde akne bulunan bireylerde fiziksel temastan kaçınma, rahatsız olma, yüzme ve gövdenin görülebileceği sporlardan kaçınma ve uyku problemlerinin yaşandığı görülmektedir (Rubinow ve diğerleri, 1987). Mercan (2010); dermatolojik hastalıkların ruhsal bozuklukları ortaya çıkarmasıyla birlikte kişilerin kendilik algılarında bozulma, kişisel memnuniyetlerinde azalma ve sosyalleşmekten kaçınmaya yol açtığını dile getirmektedir. Araştırmamızda bulduğumuz akne vulgarisli kişilerin çoğunlukla yüzlerini kamufle etmeleri aslında sosyal, ilişkisel veya diğer alanlarda akneden kaynaklı sorun yaşadıklarının bir işaretidir ve bu sonuç ile akne vulgaris tanılı kişilerin kişisel kimlik travmalarını daha fazla yaşamaları bağlantılı sonuçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, akne vulgaris tanılı kişilerin, akne problemi nedeniyle yaşamlarının çeşitli alanlarında (sosyal, ilişkisel, akademik vb.) yaşadıkları travmatik deneyimlerin kişisel kimlik travmasını yaşama sıklığının daha yüksek olmasında etkili olmuş olabilir.

5.3. Akne Vulgaris Tanısı Alan Katılımcıların Akne Şiddetinin Ölçekler Yönünden Değerlendirilmesi

Araştırmada; depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk, hayatta kalma, kişisel kimlik, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin akne şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. İlgili alan yazılarına bakıldığında birbirinden farklı sonuçların olduğu dikkat çekmektedir. Gupta ve Gupta (2001) çalışmasında, depresyon ve anksiyete düzeyinin akne şiddetinden bağımsız olduğunu bulmuştur. Conen ve diğerleri (2006) çalışmalarında; depresyonun gelişiminde dermatolojik

rahatsızlıkların şiddetiyle ilişkili olmadığını saptamıştır. Özcan ve diğerleri (2000) çalışmasında, akne şiddetine göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin farklılık göstermediğini bulmuştur. Koçak ve diğerleri (2006), 16-30 yaş arası akne hastalığı olan 45 birey ile yaptıkları çalışmada on altı bireye psikiyatrik tanı konmuştur ancak psikiyatrik tanı konulan hastalar ile psikiyatrik tanı konulmayan hastalar arasında akne şiddet puanları arasında anlamlı bir farklılığa saptanmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada akne vulgaris sonucu kişilerin ruhsal sıkıntılar ve psikososyal sorunlar yaşadıkları ama bu durumun aknenin şiddetiyle ilişkili olmadığı saptanmıştır (Niemer ve diğerleri, 1998). Vefa Özdemir ve diğerleri (2013) ise akne vulgarisin, akne şiddetiyle bağlı olarak kişilerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilediğini ve bunun sonucunda önemli ruhsal hastalıklara neden olduğunu belirtmektedir.

Araştırmada, akne şiddetinin katılımcıların ruh sağlığı üzerinde etkili olacağı öngörülmüştür ancak depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk, hayatta kalma, kişisel kimlik, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin akne şiddetine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Bu sonucun nedeninin; araştırmada kişilerin akne şiddeti sınıflandırılırken Amerikan Dermatoloji Akademisi Sınıflandırması'na göre yapılması ve katılımcıların kendi akne şiddetine dair algısının göz önüne alınmaması olarak düşünülmektedir. Kişilerin kendi akne şiddetini değerlendirmesi ile sınıflandırmaya bağlı yapılan akne şiddeti birbiriyle uyumlu olmayabilir. Diğer bir ifadeyle; hafif akneye sahip olan bir kişi, kendi aknesini orta veya şiddetli olarak değerlendirebilir veya orta akneye sahip bir kişi, aknesini şiddetli olarak değerlendirebilir. Wu ve diğerleri (1988), hasta ile dermatolog akne şiddeti derecelendirmesinin birbiriyle uyumunun %60 olduğunu saptamıştır. Kellet ve Gawkrödger (1999) ise hastaların özellikle yüz bölgesindeki akneyi, dermatologlara göre daha şiddetli derecelendirdiğini belirtmektedir. Bu bağlamda, gelecekte yapılacak çalışmalarda, kişilerin akne şiddeti derecelendirmesine dair kendi algısının sorulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmamızda;

- Akne vulgaris tanılı katılımcıların hayatta kalma travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.
- Akne vulgaris tanılı katılımcıların kişisel kimlik travması ile depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Akne vulgaris tanılı katılımcıların kolektif kimlik travması ile depresyon, kaygı ve stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kolektif kimlik travması ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Akne vulgaris tanılı katılımcıların aile bağlanma travması ile kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile bağlanma travması ile depresyon, stres ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.
- Akne vulgaris tanılı katılımcıların depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluk düzeylerinin tanı almayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Akne vulgaris tanısı alan katılımcıların kişisel kimlik travması yaşama sıklığının, tanı almayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Hayatta kalma travması, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin ise akne vulgaris tanısı alma durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır.
- Depresyon, kaygı, stres, umutsuzluk, hayatta kalma, kişisel kimlik, kolektif kimlik ve aile bağlanma travması düzeylerinin akne şiddetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır.

Araştırmamızın bulguları göz önüne alındığında akne vulgaris tanısı olan kişilerin yalnızca cilt problemi yaşayan kişiler olarak değil de ruhsal sağlıklarının da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle akne vulgaris tanılı kişilere yönelik tedavide multidisipliner olarak yaklaşım önerilmektedir. Özellikle akne

vulgaris tanılı kişilerin öz benliğini olumsuz yönde etkileyen kişisel kimlik travmalarını, akne vulgaris tanılı kişilere göre yaşama sıklığının yüksek olması önemli bir sonuçtur. Akne vulgaris tanılı kişilerin yaşadıkları kişisel kimlik travmalarıyla sağlıklı şekilde baş edebilmesi adına psikolojik sağlamlık gibi başa çıkma mekanizmalarını arttırmaya yönelik bilgilendirici seminerler düzenlenebilir. Kişilerin yaşadıkları travmatik durumun olumsuz etkilerine karşı psikolojik sağlığını koruyabilmeleri adına bireysel terapi desteği sağlanabilir.

Araştırma konusunun daha önce ele alınmaması ve özellikle kümülatif travma ile ilgili çalışmaların azlığı, araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde kısıtlılığa sebep olmuştur. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmalarda kümülatif travmaya ağırlık verilmesi tavsiye edilmektedir. Araştırmanın diğer bir kısıtlılığı ise Covid-19 pandemi dönemi devam ederken örnekleme ulaşmaya çalışmaktır ve bu nedenle örneklem toplamda 200 kişiyle sınırlıdır. Gelecekteki çalışmalarda, örneklem sayısı arttırılarak bakılmasının araştırmanın genellenebilirliği açısından yararlı olacağına inanılmaktadır. Ayrıca gelecekteki çalışmalarda; akne vulgaris ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi daha sağlıklı incelemek adına akne vulgaris tedavi öncesi ölçümler ve tedavi sonrasında da ölçümler yapılarak karşılaştırma yapılmasının daha faydalı olacağına inanılmaktadır.

KAYNAKLAR

- Adebamowo, C. A, Spiegelman, D, Danby, F. W, Frazier, A. L, Willett, W. C, Holmes, M. D.** (2005). High school dietary dairy intake and teenage acne. *J Am Acad Dermatol*; Feb;52(2):207-14.
- Akdoğan, A. ve Polatçı, S.** (2013). Psikolojik sermayenin performans üzerindeki etkisinde iş aile yayılımı ve psikolojik iyi oluşun etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(1), 273-294.
- Aker, T. ve Önder, M.** (2003). Psikolojik travma ve sonuçları. *5US Yayınları*, İstanbul.
- Akman, S.** (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 40-55.
- Aksu, A., Saraçoğlu, Z.N. ve Sabuncu D.** (2007). Akne, ekzema ve psöriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*; 29:119–30.
- Aktan, S., Özmen, E. ve Sanlı, B.** (2000). Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents. *International Journal of Dermatology*, 39: 354-357.
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ.** (2000). Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Milli Eğitim Dergisi (145)*, 15-19.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü baskı (DSM-IV). E. Köroğlu (Çev). Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2014). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci baskı (DSM-5). E. Köroğlu (Çev). Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.
- Anderson R, Rajagopalan R.** (1998). Responsiveness of the Dermatology–Specific Quality of Life (DSQL) instrument to treatment for acne vulgaris in a placebo–controlled clinical trial. *Qual Life Res*; 7: 723–34.
- Antony, M. M. ve Swinson, R. P.** (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. American Psychological Association.
- Arndt, K. A.** (1985). Dermatolojik Tedavi El Kitabı; Çevirenler: Sevinç A, Kölemen F, Akan T, Kürkçüoğlu N; 3rd ed; *Taş kitabevi*; 1-11.
- Aysal, N.** (2014). Stres Algısı, Başa Çıkma, Kişilik ve Sağlık Arasındaki İlişkilerin Etkileşimsel Stres ve Başa Çıkma Modelinde İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Aysan, F.** (1993) Strese İlişkin Farklı Açıklama Modelleri. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, (4)82-83.

- Bağcıoğlu, E., Bahçeci, B., Öztürk, A., Deveci, E. ve Şaşmaz, S.** (2014). Akne Hastalarında Yaşam Kalitesi, Problem Çözme, Kontrol Odağı ve Öfke Eğilimi. *Türkderm*; 48: 177-81.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z.** (2010). Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul: Remzi Kitapevi A.Ş.
- Barankin, B. ve DeKoven, J.** (2002). Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Physician*; 48: 712-6.
- Baysak, E.** (2010). Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*.
- Beck, A.T.** (1967). Depression: Clinical, experimental and the theoretical aspects. New York, Hoeber Medical Division, Harper and Row.
- Beltraminelli, H. ve Itin, P.** (2008). Skin and psyche-from the surface to the dept of inner world. *J Dtsch Dermatol Ges*, 6(1):8-14.
- Boals, A., Bedford, L. A. ve Jennifer L. ve Callahan, J. L.** (2019). Perceptions of Change After a Trauma and Perceived Posttraumatic Growth: A Prospective Examination. *Behavioral Sciences*, 9(10), 1-12
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff H. H, ve Burgdorf, W.H.C.** (1996). Dermatology; 2nd ed; New York: *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*;1053-1071.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. ve Mancill, R. B.** (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585.
- Burger, J. M.** (2016). Kişilik. İstanbul: Kaknüs Psikoloji.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G.** (2004). AUTHORS' RESPONSE: "The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations". *Psychological inquiry*, 15(1), 93-102.
- Çalıköğlü, E., Alpay, F.B.** (2000). Pruri Universalis, Alopesi Areata, Psoriasis Vulgaris ve Kronik Ürtikerde Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin Değerlendirilmesi. *T Klin Dermatoloji*; 10:229-32.
- Carlson, E. B. ve Dalenberg, C. J.** (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28.
- Çetin, A. ve Özmen, M.** (2010). Dermatolojik İlaçların Psikiyatrik Yan Etkileri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpafta Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul. *Türkderm*. 44 Özel Sayı 1: 52-4.
- Çınar, O. ve Karcıoğlu, F.** (2012). Büro yönetimi bölümü öğrencilerinin umutsuzluk düzeyleri ve kontrol odağı inançları üzerine bir araştırma: Erzincan Üniversitesi MYO uygulaması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16: 283-96.
- Cohen, A.D., Ofek-Shlomai, A., Vardy, D.A., Weiner, Z. ve Shvartzman, P.** (2006). Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. *J Am Acad Dermatol*. 54(1):94-9. doi: 10.1016/j.jaad.2005.09.019.

- Çopur, A.S. ve Gencer, A.D.** (2015). Toplumsal travma nedir? Course Book for İstanbul Bilgi Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı. İstanbul.
- Cotterill, J. A** (1996). Dermatologic nondisease. *Dermatol Clin* 14 (3):439-445.
- Cozolino, L.** (2016). Why therapy works. Using our minds to change our brains. New York: *Norton & Company*.
- Degitz, K, Placzek, M, Borelli, C. ve Plewig, G.**(2007). Pathophysiology of acne. *J Dtsch Dermatol Ges.* Apr;5(4):316-23.
- Dilbaz, N. ve Seber, G.** (1993). Umutsuzluk kavrami: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3): 134-138.
- Do, J. E., Cho, S. M., In, S. I., Lim, K. Y., Lee, S., & Lee, E. S.** (2009). Psychosocial Aspects of Acne Vulgaris: A Community-based Study with Korean Adolescents. *Annals of dermatology*, 21(2), 125–129. <https://doi.org/10.5021/ad.2009.21.2.125>
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G.** (1995). Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
- Dönmez, S.** (1996). Akne Vulgarisli Hastalarda Polikistik Over İnsidansı ve Hormonal Değişiklikler (Uzmanlık Tezi). *Konya: S.Ü. Tıp Fakültesi*.
- Dürü, Ç.** (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ehlers, C. ve Clark, D. M.** (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ellis, A.** (1955). New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology*.
- Eltan, S.** (2019). Psychometric properties of the cumulative trauma scale: evaluation of the validity and reliability in a Turkish sample (Master's thesis).
- Erkan, Z.** (2005). Stres ve stresle başa çıkma. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(29), 65-69
- Erözkan, A.** (2011). Sosyal kaygının Kaygı Duyarlığı, Benlik Saygısı ve Kişilerarası Duyarlık Açısından İncelenmesi. *İlköğretim Online*, (10), 338-347.
- Farmer, A.E.** (1996). The genetics of depressive disorders. *Int Review Psychiatry*, 8:369-373.
- Fava G. A. ve Perini D. I** (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders. Psoriasis, Chronic Urticer and fungal in-fecton. *Br J Med Psychol* 53:277-282.
- Feingold, A.** (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychol Bull* ;111:304–341.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E. ve Naugle, A. E.** (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of traumatic stress*, 9(1), 25-35.

- Frazier, P., Conlon, A. ve Glaser, T.** (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *J Consult Clin Psychol.* 69(6):1048-55. doi: 10.1037//0022-006x.69.6.1048. PMID: 11777108.
- Fromm, E.** (1968). Umut Devrimi. (Çev.:Şemsa Yeğın). *İstanbul: Payel Yayınları.*
- Georgotas, A.** (1988). Evolution of the concepts of depression and mania. Depression and Mania. Georgotas A, Cancro R (Eds.) *New York, Elsevier Science Publishing Co., Inc.*, s.3-12.
- Gil, K. M., Carson, J. W., Porter, L. S., Scipio, C., Bediako, S. M. ve Orringer, E.** (2004). Daily mood and stress predict pain, health care use, and work activity in African American adults with sickle-cell disease. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(3), 267-274
- Golchai, J, Khani, S.H., Heidarzadeh, A., Eshkevari, S.S, Alizade, N., Eftekhari, H.** (2010). Comparison of anxiety and depression in patients with acne vulgaris and healthy individuals. *Indian J Dermatol.* 55(4):352-4. doi: 10.4103/0019-5154.74539.
- Goldman H.H.** (1992). Review of General Psychiatry. *3 rd ed;* 233-238.
- Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden J. J, Shalita A. R, Thiboutot D.** (2003). Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol;* Jul;49(1 Suppl):1-37.
- Greenberg, J.S.** (1983). *Comprehensi ve Stress Management*, Maryland, USA, Wm. C. Brown Publishers, p. 3-54.
- Güçlü, N.** (2001). Stres yönetimi, *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Gupta M. A. ve Gupta A. K.** (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*, 139:846-850.
- Gupta M. A. ve Worhees J. J.** (1990). Psychosomatic dermatology. *Arch Dermatol*, 126:90-93
- Gupta M.A, Gupta A.K. Schork NJ, Ellis CN, Voorhees J. J** (1990). Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. *Int J Dermatology*;29:719-772.
- Gupta, M.A. ve Gupta, A.K.** (2001). The psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol*;19:360-3.
- Gupta, M.A. ve Gupta, A.K.** (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*;4:833-42.
- Gürdil, G.** (2014). Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Geşalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Güz, H, Ay, M. ve Dilbaz, N.** (2000). Bir Grup Dermatolojik Hastalarda Aleksitimi, Depresyon ve Anksiyete. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. *Düşünen Adam*; 13(3): 161-165

- Halvorsen, J.A., Stern, R.S., Dalgard, F., Thoresen, M., Bjertness, E., Lien, L.** (2011). Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a populationbased study. *J Invest Dermatol*, 131:363- 370.
- Hanna, S, Sharma, J, Klotz, J.** (2003). Acne vulgaris: more than skin deep. *Dermatol Online J*, 9(3): 8.
- Hauff, N. J., Fry-McComish, J., & Chiodo, L. M.** (2016). Cumulative trauma and partner conflict predict post-traumatic stressdisorder in postpartum African-American women. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2372–2383.
- Haves, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., & Follette, V. M.** (1995). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1165.
- Hayes, S. H.** (2008). Restriction of Working Memory Capacity During Worry. *Journal of Abnormal Psychology* (117), 712-717
- Hayta S. B, Yavuz G. Ö. ve Kınır M. F.** (2011). The relationship between acne severity and depression in patients with acne. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*; 33: 430-434.
- Herman, J.** (2007). Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre. (T,Tosun. Çeviren). İstanbul. Literatür Yayıncılık.
- Hisli, N.** (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* (23) :3-13.
- Howland, R. H.** (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
- Hughes, H., Brown, B.W., Lawlis, G.F. ve Fulton, J.E.** (1983). Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. *J Psychosom Res.* 27(3):185-91. doi: 10.1016/0022-3999(83)90021-1. PMID: 6224928.
- Ikin, J.F., Sim, M.R., McKenzie, D.P., Horsley, K.W., Wilson, E.J., Moore, M.R.** (2007). Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war. *Br J Psychiatry*;190:475–83.
- Jakšić, N., Aukst-Margetić, B. ve Marčinko, D.** (2017). Comorbid depression and suicide ideation in patients with combat-related PTSD: 34 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing the role of temperament, character, and traitimpulsivity. *Psychiatria Danubina* ;29,51–9.
- James W. D.** (2005). Clinical practice. Acne. *N Engl J Med.* Apr 7;352(14):1463-72.
- Jones, E. ve Wessely, S.** (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord*; 21(2):164-75.24.
- Jowett, S. ve Ryan, T.** (1985). Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med*, 20:425-429.
- Kaymak, Y., Kalay, M., Ilter, N. ve Taner, E.** (2006). The incidence of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris patients. *Psychol Rep.* 99(3):897-906. doi: 10.2466/PR0.99.3.897-906. PMID: 17305209.

- Kellet, S.C. ve Gawkrödger, D.J.** (1999). The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol*, 140(2):273-82.
- Kellett S. C. ve Gawkrödger D. J.** (1999). The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol*, 140:273-282.
- Kellett, S.C. ve Gawkrödger, D.J.** (2005). A prospective study of the responsiveness of depression and suicidal ideation in acne patients to different phases of isotretinoin therapy. *Eur J Dermatol*. Nov-Dec;15(6):484-8. PMID: 16280305.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. ve Finkelhor, D.** (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C. B.** (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Khan, M. Z., Naeem, A. ve Mufti K. A.** (2001). Prevalence of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 13:7-8.
- Kira, I.** (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86.
- Kira, I. A., Fawzi, M. H. ve Fawzi, M. M.** (2013). The dynamics of cumulative trauma and trauma types in adults patients with psychiatric disorders: Two cross-cultural studies. *Traumatology*, 19(3), 179–195. <https://doi.org/10.1177/1534765612459892>
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B. ve Mohanesh, J.** (2008). Measuring cumulative trauma dose, types, and profiles using a development-based taxonomy of traumas. *Traumatology*, 14(2), 62–87.
- Kira, I., Lewandowski, L., Somers, C. L., Yoon, J. S. ve Chiodo, L.** (2012). The effects of trauma types, cumulative trauma, and PTSD on IQ in two highly traumatized adolescent groups. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 128-139. doi:10.1037/a0022121.
- Koçak O. M., Silsüpür G., Görpelioğlu C. ve Erdal E.** (2007). Akne Vulgaris ve Psikopatoloji İlişkisini Aydınlatmaya Yönelik Bir Çalışma. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. *Klinik Psikiyatri*;10:69-76.
- Koo, J.Y. ve Smith, L.L.** (1991). Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol*. Sep;8(3):185-8. doi: 10.1111/j.1525-1470.1991.tb00856.x. PMID: 1836060.
- Köroğlu, E.** (2004). Psikozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Kramer T, Garralda M. E.** (1998). Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatr*;173:508-13.
- Kulaksızoğlu, A.** (2013). Ergenlik Psikolojisi. Remzi Kitapevi.

- Kumbasar, H. ve Yılmaz, A.** (2005). Psöriyasis patogeneğinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve psöriyasisin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Klin Dahili Tıp Bilimleri Dermatoloji*; 1: 50-6.
- Larsson, P.A. ve Liden, S.** (1980). Prevalence of skin disease among adolescents 12–16 years of age. *Acta Derm Venerol*; 60: 415–23.
- Layton A. M, Hughes B. R, Hull S. M, Eady E. A, Cunliffe W. J** (1992). Seborrhoea-an Indicator for Poor Clinical Response in Acne Patients Treated with Antibiotics. *Clin Exp Dermatol*; 17(3): 173-175.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S.** (1984). Stress, Appraisal, and Coping, New York: Springer.
- Lewis-Jhones, S.** (2000). The psychological impact of skin disease. *Nurs Times*;96(27):2-4.
- Leyden J. J** (2003). A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*; Sep;49(3):200-10.
- Lissauer, T. ve Clayden, G.** (1997). Illustrated Textbook of Paediatrics; London: MosbyWolfe Medical Communications; 265.
- Magin, P, Adams, J, Heading, G, Pond, D. ve Smith. W.** (2006). Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Can Fam Physician*;52:978-9.5.
- Mallon E, Newton J. N., Klassen A, Stewart-Brown S. L, Ryan T. J, Finlay A. Y.** (1999). The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol*;40:672-676.
- McNally, R.J. ve Frueh, B.C.** (2013). Why are Iraq and Afghanistan War veterans seeking PTSD disability compensation at unprecedented rates? *Journal of Anxiety Disorders* ;27,520–6.
- Meichenbaum, D.** (1994). A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). Institute Press.
- Mercan, S.** (2010). Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler. *Türkderm*, 44 Özel Sayı 1: 25-35. DOI: 10.4274/turkderm.44.s25
- Misra, R., Mc Kean, M., West, S. ve Russo, T.** (2000). Academic stress of collage students: Comparison of students and faculty perceptions. *Collage Student Journal*, 34(2), 1-7
- Monk B, Cunliffe W. J, Layton A. M, Rhodes D. J** (1993). Acne İnduced by İnhaled Corticosteroids. *Clin Exp Dermatol*; 18(2): 148-150.
- Motley R. J. ve Finlay A. Y.** (1989). How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol*, 14:194-198.
- Mowrer, O. H.** (1960). Learning Theory and Behavior. Newyork
- Namdar, A.** (2019). Türkiye’de Yaşayan İranlı Sığınmacı ve Mülteci Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Kaygıyı Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U.** (1998). Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder

questionnaire in patients with acne. *Dermatology*. 196(1):108-15. doi: 10.1159/000017842. PMID: 9557243.

- North, C. S., Smith, E. M. ve Spitznagel, E. L.** (1994). Violence and the homeless: An epidemiologic study of victimization and aggression. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 95–110. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070110>.
- O'Connor, R.C., Connery, H. ve Cheyne, W.M.** (2000). Hopelessness: the role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability. *Psychology, Health and Medicine*, 5(2), 155-162
- Oberlander E. L., Schneier F. R., Liebowitz M. R.** (1994). Physical disability and social phobia. *J Clin Psychopharmacol*, 14(2):136-143.
- Odom R. B, James W. D, Berger, T. G** (2000). Andrew, s diseases of the skin: *Clinical Dermatology*.
- Omede, J. ve Omede, A.A.** (2015). Terrorism and insecurity in Nigeria: moral, values and religious education as panaceas. *Journal of Education and Practice*;6:120–6.
- O'Neill A. M. ve Gallo R. L.** (2018). Host-microbiome interactions and recent progress into understanding the biology of acne vulgaris. *Microbiome*; Oct 2;6(1):177-8.
- Özcan, Y., Özcan, H. ve Ünal, S.** (2000). Akne Vulgarisli Bireylerde Kişilik Özellikleri. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, *Klinik Psikiyatri*; 3:56-60.
- Özpoyraz, N. ve Tamam, L.** (2001). Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları. *T Klin Dermatoloji* ;11:46–55.
- Özpoyraz, N., Ünal, M. ve Özpoyraz, M.** (1995). Deri hastalıkları ve ruhsal toplumsal özellikler. *Psycho Med*; 1:60–6. 12.
- Özpoyraz, N., Tamam, L. ve Şentürk, A. A.** (1998). Madde Kullanım Bozuklukları. *Galenos Aylık Tıp Dergisi*, 1(8), 58-66.
- Park, C.L.** (2010). Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and its Effects on Adjustment to Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 136: 257-301.
- Pearl, A., Arroll, B., Lello, J. ve Birchall, N.M.** (1998). The impact of acne: a study of adolescents' attitudes, perception and knowledge. *N Z Med J*. 24;111(1070):269-71. PMID: 9734528.
- Picardi A, Abeni D, Melchi C. F., Peddu P, Pasquini P.** (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol*;143:983-91.
- Pochi, P.E., Shalita, A.R., Strauss, J.S., Webster, S.B., Cunliffe, W.J., Katz, H.I.** (1991). Report of the consensus conference on acne classification. *J Am Acad Dermatol*; 24: 495-500.
- Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P.** (2006). Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross sectional survey of New Zealand secondary school students. *J Paediatr Child Health*;42:793-6.6.

- Rapp D. A., Brenes G. A., Feldman S. R., Fleischer A. B., Gram G. F., Daily M.** (2004). Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *Br J Dermatol*;151;183-9.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A. ve Di Lorenzo, G.** (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N= 18147 web-based survey. medRxiv.
- Rubinow D. R., Peck G. L., Squillanve K, Gantt G. G.** (1987). Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after succesful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol*;17:25-32.
- Sawyer, A. ve Ayers, S.** (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychol Health*. 24(4):457-71. doi: 10.1080/08870440701864520. PMID: 20205005.
- Sayar, K.** (2015). Kalbin Direnişi. (8. Baskı). İstanbul: *Timaş Yayınları*.
- Schwarzer, R. ve Schulz, U.** (2003). Stressful Life Events. A. M. Nezu, & P. A. Geller (Ed.) Handbook of Psychology: Vol 9. Health Psycohology
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D.** (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1:139-42.
- Selye, H.** (1976). The Stress Of Life,(Rev.Ed.) New York: Mc Graw-Hill.
- Siegel, D. J.** (2015). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. *Guilford Publications*.
- Spencer E. H, Ferdowsian H. R, Barnard N. D** (2009). Diet and acne: a review of the evidence. *Int J Dermatol*; Apr;48(4):339-47.
- Stoudemire, A.** (1997). Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik etkenler ve DSM-IV Genel bir bakış: Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler, Ed. *Stoudemire A. Compos Mentis Yayınları, Ankara, 1-15.*
- Strauss, J.S, Thiboutot, D.M. Disease of The Sebaseus Glands. In: Freedberg IM, Eisen AB, Wolff K** (1999). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine; 5th ed; Newyork: *McGraw Hill Company*; 769-784.
- Sundström, A., Alfredsson, L., Sjölin-Forsberg, G., Gerdén, B., Bergman, U., Jokinen, J.** (2010). Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: retrospective *Swedish cohort study*. *BMJ*. Nov 11;341:c5812. doi: 10.1136/bmj.c5812.
- Sungur, M. ve Kaya, B.** (2001). The onset and longitudinal course of a man made post traumatic morbidity: survivors of the Sivas Disaster. *IJPCP*, 5, 195-202.
- Tarhan, L.** (1989). The effect of substrate diffusion factor on immobilized alpha-amylase. *Starch-Staerke (Germany, FR)*.
- Tasoula, E., Gregoriou, S., Chalikias, J., Lazarou, D., Danopoulou, I., Katsambas, A., Rigopoulos, D.** (2012). The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*, 87(6):862-9. doi: 10.1590/s0365-05962012000600007.

- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G.** (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15.1, ss. 1-18.
- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G.** (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9.3, ss. 455-471.
- Tekin, N.S., Sezer, T., Altınyazar, C., Koca, R. ve Çınar, S.** (2007). Zonguldak bölgesinde çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının prevalansı: Beş yıllık retrospektif analiz. *T Klin J Dermatol* 2007; 17: 92–8.
- Terr, L. C.** (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>.
- Tolman E. L.** (1992). Acne and acneiform dermatosis. *Dermatology*, SL Moschella, HJ Hurley (Ed), 3. Baskı, Philadelphia, WB Saunders Com, s.1477-1484.
- Toy, E. C. ve Klamen, D.** (2007). Olgu Dosyaları Psikiyatri. (İ. Balcıoğlu. Çeviri Editörü). İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri.
- Tümkiye S.** (2005). Ailesi yanında ve yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4: 445-59.
- Türk Dil Kurumu** (2020). Alındığı tarih: 11.06.21. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
- Türkçapar, H.** (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 12-16.
- Tüzün, Y., Kotogyan, A., Aydemir, E. H. ve Baransu, O.** (1994). *Dermatoloji; Nobel Tıp Kitabevi; 2. Baskı; 1994: 483-488.*
- Ünal, S. ve Gül, Ü.** (1993). Alopesi areatali hastalarda depresif bulgular. *Türk J Derm*, 3 (2):75-77.
- Ünal, S., Berksun, O., Kınıklı, G. ve Kaya, E.** (1991). Kronik ürtiker ve allerjik nezle olgularında psikolojik semptomlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(4);289-293.
- Üngören, E. ve Ehtiyar, R.** (2009). Türk ve Alman öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Yasar University*, 4: 2093-127.
- Uzun, O., Basoglu, C. ve Akar, A.** (2003). Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry*; 44:415-419.
- Van der Meeren H. L. M., Van der Meeren W. W. ve Van der Hurk C. M. A. M.** (1985). The psychological impact of severe acne. *Cutis*, 36(1):84-6.
- Vefa Erdemir, A., Bağcı, S.I., Yüksel İnan, E. ve Turan, E.** (2013). Akne Vulgarisli Hastalarda Sosyal Görünüş Kaygısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*, 14: 35-9 DOI: 10.5152/imj.2013.08.
- Vernberg, E.M. ve Vogel, J.M.** (1993). Part 2: Interventions With Children After Disasters, *Journal of Clinical Child Psychology*, 22:4, 485-498.
- William R, M., Martin E. ve Seligman P.** (1975). “Depression and learned helplessness in man”. *Journal of Abnormal Psychology*; 84(2): 228-238.

- Wu, S.F., Kinder, B.N., Trunnell, T.N., James, E. ve Fulton, M.D.** (1988). Role of anxiety and anger in acne patients: A relationship with the severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol*, 18:325-33.
- Xu S. X, Wang H. L, Fan X, Sun L. D, Yang S, Wang P. G, Xiao F. L, Gao M, Cui Y, Ren Y. Q, Du W. H, Quan C, Zhang X. J** (2007). The familial risk of acne vulgaris in Chinese Hans -a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*; May;21(5):602-5.
- Yazıcı, K., Baz, K. ve Yazıcı, A. E.** (2004). Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. 18:435-439.
- Yerlikaya, E. E.** (2009). Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları İle Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Yolaç Yarpuz, A., Demirci Saadet, E., Erdi Şanlı, H. ve Devrimci Özgüven, H.** (2008). Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 29 - 37.
- Yüksel Başak, P. ve Ergin Ş.** (2000). Akne vulgarisin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkderm*; 34: 107-109.
- Zalta, A. K. , Gerhart, J. , Hall, B. J. , Rajan, K. B. , Vechiu, C., Canetti, D. ve Hobfoll,S. E.**(2017). Self-Reported Posttraumatic Growth Predicts Greater Subsequent Posttraumatic Stress Amidst War And Terrorism. *Anxiety, Stress, & Coping*,30(2), 176–187
- Zautra, A. J., Burleson, M. H., Matt, K. S., Roth, S. ve Burrows, L.** (1994). Interpersonal stress, depression, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychology*, 13(2), 139-148.
- Zautra, A. J., Smith, B. W. ve Yocum, D.** (2002). Psychosocial influences on arthritis related disease activity. *International Congress Series*, 1241, 47-50.
- Zouboulis, C.C., Eady, A. ve Philpott, M.** (2005). What is the pathogenesis of acne? *Exp Dermatol*; 14:143-52.

6. EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay Sayfası

EK-2 Sosyo Demografik Bilgi Formu

1. E-posta:
2. Cinsiyet:
3. Yaş:
4. Eğitim Düzeyi:
5. Meslek:
6. Medeni Durumu:
7. Akne Hastalık Süresi:
8. Ek Bedensel hastalık:
9. Ruhsal Hastalık:
10. Psikiyatrik İlaç Kullanımı:
11. Diğer İlaç Kullanımı:
12. Sigara Kullanımı:
13. Alkol kullanımınız var mı?
14. Madde kullanımınız var mı? (Varsa belirtiniz)
15. Hobileriniz var mı? (Yanıtınız Evet ise nelerdir?)
16. Evde izolasyon sürecinin akne hastalığınız üzerinde etkisi olduğunu düşünüyor musunuz? Açıklayınız.
17. Eve kapanmış iseniz bu akne miktarınız arttırdı mı?
18. Akne yüzünden yüzünüzü gizleme, kamufle etme ihtiyacı duyuyor musunuz?
19. Akne Hastalık Şiddeti:

EK-3 Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Formu

Yönerge: Birçok kişi hayatında farklı olaylar ve durumlar yaşamıştır. Aşağıdaki sorularda size belirli olaylarla ilgili sorular sorulmaktadır. Lütfen her olay için, eğer sizin yaşamınızda olduysa kaç kere olduğunu ve size olumlu veya olumsuz ne kadar etkilediğini verilen 1'den 7'ye kadar olan ölçekte uygun yeri işaretleyerek belirtiniz.

1. Hayatımda deprem, kasırga veya sel gibi doğal afetlere şahit oldum ya da bizzat yaşadım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

2. Yaşamımı tehdit eden bir kaza yaşadım, örn. trafik kazası.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

3. Savaşa veya çatışmaya katıldım veya maruz kaldım, veya teröre maruz kaldım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

4. Ebeveynlerimin, yakın bir arkadaşımın veya sevdiğim birinin ani ölümünü yaşadım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

5. Sevdiklerimin, örneğin ebeveynlerimin veya yakın arkadaşlarımla, ölümcül veya kalıcı hasar bırakan bir olay yaşamasına şahit oldum.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

6. Yaşamımı tehdit eden bir hastalık ya da kalıcı hasar bırakan bir olay yaşadım. (örneğin kanser, felç, ciddi kronik hastalık veya ciddi yaralanma).

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

7. Silahlı bir soygun yaşadım (soygun ya da saldırı).

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

8. Bir tanıdığın ya da bir yabancıнын şiddetli bir saldırıya uğramasına şahit oldum (örneğin: silahla vurulma, terör saldırısında yaralanma veya hayatını kaybetme, bıçaklanma, şiddetli dövülme).

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

9. Öldürülmek veya ciddi olarak zarara uğratılmakla tehdit edildim.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

10. Bana bakım veren biri, örneğin ebeveynim tarafından fiziksel tacize uğradım, yaralanmama sebep olacak derecede itildim veya dövüldüm.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

11. Bana bakım veren birinin ya da ebeveynimin, bakım veren başka birine ya da diğer ebeveynime vurduğunu, canını acıttığını ya da ölümle tehdit ettiğini duydum veya gördüm.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

12. Benden yaşça büyük biri tarafından cinsel ilişkiye yönlendirildim.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

13. Bir veya birden fazla kişi tarafından tecavüze veya cinsel tacize uğradım veya istenmeyen cinsel ilişkiye maruz kaldım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

14. Hapse girdim ve/veya işkence gördüm.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

15. Ben küçükken annem beni terk etti veya birbirimizden ayrı kaldık.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

16. Ben küçükken babam beni terk etti veya birbirimizden ayrı kaldık.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

17. Etnik kimliğim, ırkım, kültürüm, dinim veya ulusal kökenimden dolayı başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları ile aşağılandım, tehdit edildim veya ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

18. Ebeveynlerim boşandı veya ayrıldı.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

19. Irkımın tarihçesinde baskı görme, ayrımcılığa uğrama veya soykırım ile tehdit edilme bulunmaktadır.

Hiçbir zaman() Biraz () Kısmen() Orta düzeyde() Çok fazla()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

20. Görünürde küçük ama tekrarlayan veya hiç kesilmeyen sorunlar veya kronik stres yüzünden sinir krizi geçirdim veya geçirmek üzere gibi hissettim (örneğin kontrolümü kaybedecekmiş gibi).

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

21. Ebeveynlerimden veya kardeşlerimden en az biri savaşa veya çatışmaya katıldı veya işkence gördü.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

22. Okulda sıklıkla başarısızlıklar yaşadım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

23. Köy, şehir veya ülkemdeki yakın çevremden uzaklaştırıldım ve yer değiştirmeye zorlandım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

24. Daha güçlü kişi veya kişiler tarafından fiziksel saldırıya uğradım, dövüldüm ve yaralandım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

25. Bana bakım veren biri/ebeveyn tarafından cinsel ilişkide bulunmaya yönlendirildim.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

26. Toplumsal cinsiyetimden (kız/kadın veya oğlan/adam) dolayı toplumda; başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları sebebiyle ya da

kurumlar tarafından (aile üyeleri dışında) aşağılandım, haklarım reddedildi, ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

27. İlişkilerimde ciddi reddedilme veya başarısızlık yaşadım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

28. Eş veya evlat kaybı yaşadım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

29. İşime son verildi, işten atıldım veya iş yaşamımda başarısızlığa uğradım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

30. Tekrar evlendim.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

31. Düşük gelirli ve birçok zorluk yaşayan bir ailenin üyesi oldum.

Hiçbir zaman yoksul değildi() Biraz yoksuldu() Gerçekten yoksuldu()

Çok yoksuldu() Son derece yoksuldu()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

32. Toplumsal cinsiyetimden: erkek veya kız olmamdan dolayı bazı aile üyelerim (örn., ebeveynler, kardeşler) tarafından aşağılandım, tehdit edildim veya ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

33. Başka bir kişiye zarar vermek zorunda kaldım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

34. Şiddet ve yasa dışı olayların sık olduğu bir mahallede yaşadım.

Hiçbir zaman() Bir kez() İki kez() Üç kez() Pek Çok kez()

Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

35. Doğumumun zor bir doğum olduğu söylendi.

Hiç zor değil() Biraz zor() Zor() Çok zor() Aşırı zor (yaşamımı tehdit eden)()

Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

Son derece olumlu	Çok olumlu	Biraz Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	Biraz Olumsuz	Çok olumsuz	Son derece olumsuz
1	2	3	4	5	6	7

EK-4 DASS-42

Lütfen son haftaları göz önünde tutarak aşağıda yer alan cümleleri ne kadar sıklıkla yaşadığınızla ilgili olarak “0: hiçbir zaman, 1: bazen ve ara sıra, 2: oldukça sık ve 3: her zaman” seçeneklerinden size en uygun olanını işaretleyin

No	Son 1 haftadaki durumunuzu göz önünde bulundurduğunuzda	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü fark ettim				
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim				
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim				
4	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)				
5	Hiçbir şey yapamaz oldum				
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim				
7	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)				
8	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
9	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum				

10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
11	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdi hissine kapıldım				
12	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim				
13	Kendimi üzgün ve depressif hissettim				
14	Herhangi bir şekilde <i>geciktirildiğimde</i> (asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde) sabırsızlandığımı hissettim				
15	Baygınlık hissine kapıldım				
16	Neredeyse her şeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim				
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
18	Alınan olduğumu hissettim				
19	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (örneğin ellerim terliyordu)				
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				
21	Hayatın değersiz olduğunu hissettim				

22	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim				
23	Yutma güçlüğü çektim				
24	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim				
25	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)				
26	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim				
27	Kolay sinirlendirilebildiğimi farkettim				
28	Panik haline yakın olduğumu hissettim				
29	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi farkettim				
30	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım				
31	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu				
32	Bir şey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.				
33	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim				
34	Oldukça değersiz olduğumu hissettim				

35	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum				
36	Dehşete düştüğümü hissettim				
37	Gelecekte ümit veren bir şey göremedim				
38	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım				
39	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim				
40	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.				
41	Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.				
42	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım				

EK-5 Beck Umutsuzluk Ölçeği

Ařađıda geleceđe ait dűřünceleri ifade eden bazı cűmleler verilmiřtir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak bunların size ne kadar uygun olduđuna karar veriniz. Örneđin okuduđunuz ilk ifade size uygun ise “evet” uygun deđilse “hayır” ifadesinin altındaki kutunun iđine (X) iřareti koyunuz.

___1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

___2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

___3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

___4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

___5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

___6- Benim için çok önemli konularda ileride basarili olacağımı umuyorum.

___7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

___8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

___9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.

___10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı

___11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor

___12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum

___13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

___14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

___15-Geleceğe büyük inancım var.

___16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

___17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

___18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

___19-Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.

___20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok,nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Halil İbrahim Yılmaz

Eğitim Durumu

- Doğuş Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji (2017)
- İstanbul Gedik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (2021)

Yabancı Dil

- İngilizce

İş Deneyimi ve Stajlar

- Çözüm Eğitim Kurumu – Psikolojik Danışman (08.2020/09.2020)
- Şişli Belediyesi Sosyal Hizmetler Müdürlüğü – Stajyer Psikolog (02.2020 / 10.2020)
- 10'uncu Komd. Tug. Rehberlik ve Danışmanlık Merkezi – Psikolog (01.2018/ 09.2018)
- Zübeyde Hanım Mesleki Teknik Anadolu Lisesi – Stajyer Öğretmen (05.2017 / 06.2017)

- Ekol Psikolojik Danışmanlık Merkezi – Stajyer Öğrenci (06.2016 / 07.2016)

