

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

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**GENÇ YETİŞKİNLERDE DERİ YOLMA
DAVRANIŞLARI İLE ANKSİYETE VE OBSESİF
KOMPULSİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans

Münevver Sena MEYDAN

Danışman
Doç.Dr. Canan TANIDIR

İstanbul – 2021

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Münevver Sena MEYDAN

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Genç Yetişkinlerde Deri Yolma Davranışları ile Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 03.03.2021

Sayfa Sayısı : 79

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Canan TANIDIR

Dizin Terimleri : Deri yolma, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, komorbidite

Türkçe Özet : Bu çalışmanın amacı 18-30 yaş arası 207 gönüllü bireyde deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerinedir. Bununla beraber deri yolma belirtileri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki de incelenecektir.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Münevver Sena MEYDAN

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

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**GENÇ YETİŞKİNLERDE DERİ YOLMA
DAVRANIŞLARI İLE ANKSİYETE VE OBSESİF
KOMPULSİF BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans

Münevver Sena MEYDAN

Danışman
Doç. Dr. Canan TANIDIR

İstanbul – 2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Münevver Sena MEYDAN

.../.../2021



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Münevver Sena Meydan'ın **Genç Yetişkinlerde Deri Yolma Davranışları ile Anksiyete ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye

İmza

Doç.Dr. Canan TANIDIR
(Danışman)

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2021

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş ve Amaç: Deri yolma bozukluğunda (DYB) birey takıntılı olarak derisini yolarak bunu ciddi bir cilt sorunu haline getirmektedir. Son 10-15 yılda DYB ile ilgili yapılan çalışmaların ve hastalığın klinik olarak bilinirliğinin de artmasıyla DYB, ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 ile ayrı bir klinik tablo olarak ele alınmıştır. DYB ile ilgili çalışmalarda ek tanı oranları yüksektir. Klinik çalışmalarda deri yolma bozukluğu olan hastaların %57-100'ünde anksiyete ve depresif bozukluklar en fazla olmak üzere yaşamboyu en azından bir tane eksen 1 bozukluk tanısının olduğu bildirilmiştir. Bu bulgulara dayanılarak, bağımsız etiyojisi olan ayrı bir bozukluktan çok diğer psikiyatrik bozuklukların özgül olmayan bir belirtisi olarak kavramsallaştırılmasının daha uygun olabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmanın amacı deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bununla beraber deri yolma belirtileri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki de incelenecektir.

Yöntem: Çalışma online ortamda 18-30 yaş arası 200 birey ile yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler, "Kişisel Bilgi Formu", anksiyete belirtilerini ölçmek için "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği", obsesif kompulsif belirtileri ölçmek için "Padua Envanteri" ve deri yolma belirtilerini ve şiddetini ölçmek için "Deri Yolma Ölçeği (Sicking Picking Scale-Revised)" envanteri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan katılımcıların %73.4'ü kadın, %26.6'sı erkek, %46.9'u daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek almış, %12.6'sı obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almış, %30'u anksiyete bozukluğu tanısı almış, %55.6'sı travmatik olay yaşamış, %64.3'ünün cilt yolma alışkanlığı var, %16.4'ü farkında olmadan otomatik bir şekilde derisini yoluyor, %8.7'si mutsuz-gergin-sinirli anlarında derisini yoluyor, %12.6'sı ruh hali fark etmeksizin derisini yolduktan keyif-haz alıyor, farkında ama kendini durduramıyor, %26.6'sı bazen farkında olmadan otomatik olarak derisini yoluyor, bazen de farkında olarak kendini durduramıyor, %78.3'ünün ailesinde deri yolan biri yok, %21.7'sinin ailesinde var, %59.9'unun ailesinde obsesif kompulsif bozukluk veya anksiyete bozukluğu yok, %40.1'inin ailesinde var. Deri Yolma Ölçeği puanları obsesif kompulsif tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde

farklılık göstermektedir. Deri Yolma Ölçeği puanları anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Deri Yolma Ölçeği puanları obesif kompulsif veya anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir

Padua Envanteri puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Durumluk kaygı puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Padua Envanteri ve Temizlik, Düşüncelere Kapılma, Dürtüler, Kontrol, Kesinlik alt boyutundan aldıkları ortalama puanların deri yolma nedeni değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların analiz sonuçlarına göre, Deri Yolma Ölçeği ile Durumluk Kaygı puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Deri Yolma Ölçeği ile Sürekli Kaygı puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Deri Yolma Ölçeği ile Padua Envanteri puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmanın bulgularına göre, deri yolma davranışlarıyla anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler ilişkili gibi görünmektedir ve bu hastalıkların ortak etiyolojik kökenleri olabilir. Daha büyük örneklerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Deri yolma, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, komorbidite

SUMMARY

Introduction and Aim: In excoriation disorder (DYD), the individual obsessively plucks his skin and makes it a serious skin problem. In the last 10-15 years, with the increasing clinical awareness of the disease and the studies on DID, DYD has been considered as a separate clinical picture for the first time in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5. Studies on DYD have high rates of comorbidity. In clinical studies, it has been reported that 57-100% of patients with excoriation disorder have at least one lifetime diagnosis of axis 1 disorder, with anxiety and depressive disorders being the most. Based on these findings, it was suggested that it might be more appropriate to conceptualize it as a nonspecific symptom of other psychiatric disorders rather than a separate disorder with an independent etiology.

Method: The study was conducted online with 200 individuals between the ages of 18-30. The scales used in the study were "Personal Information Form", "State and Trait Anxiety Scale" to measure anxiety symptoms, "Padua Inventory" to measure obsessive-compulsive symptoms and "Sicking Picking Scale-Revised) to measure skin picking symptoms and severity. "Inventory was used.

The aim of this study is to examine the relationship between skin picking behaviors and anxiety and obsessive-compulsive symptoms. In addition, the relationship between excoriation symptoms and some sociodemographic characteristics such as age, gender, marital status, economic status, education level will be examined.

Results: Of the participants in the study, 73.4% were female, 26.6% were male, 46.9% had previously received psychiatric or psychological support, 12.6% were diagnosed with obsessive-compulsive disorder, 30% were diagnosed with anxiety disorder, 55.6%. 64.3% had a traumatic event, 64.3% had a habit of plucking the skin, 16.4% automatically plucked the skin without being aware of it, 8.7% pulled it off in unhappy-tense-angry moments, 12.6% enjoyed plucking the skin regardless of mood. buying, aware but unable to stop himself, 26.6% sometimes unwittingly pulls his skin off automatically, sometimes he cannot stop himself consciously, 78.3% does not have a skin recipient in his family, 21.7% is in his family, 59.9% is in his

family there is no obsessive-compulsive disorder or anxiety disorder, 40.1% have a family history. Scores of the Skin Picking Scale differ significantly according to the variable of the obsessive-compulsive diagnosis. The scores of the Skin Picking Scale differ significantly according to the diagnosis of anxiety disorder variable. Peeling Scale scores differ significantly according to the variable of diagnosis of obsessive-compulsive or anxiety disorder.

Padua Inventory scores differ significantly according to the plucking habit variable. State anxiety scores differ significantly according to the variable of picking habit. It was determined that the average scores of the Padua Inventory and the sub-dimension of Cleaning, Concerning, Impulses, Control, and Precision did not differ significantly according to the cause of picking. According to the analysis results of the participants, it was found that there was a moderate and positive relationship between the Exfoliating Scale and State Anxiety score. It was found that there was a moderate and positive correlation between the Peeling Scale and Trait Anxiety score. It was found that there was a moderate and positive relationship between the Peeling Scale and the Padua Inventory score.

Conclusion: According to the results of the study, a significant relationship was found between skin picking behavior and anxiety. There is a significant relationship between skin picking behavior and obsessive-compulsive symptoms. There is a significant relationship between anxiety and obsessive-compulsive symptoms. There is a significant relationship between skin picking behavior and anxiety and obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: Skinpicking, anxiety, obsessive compulsive disorder, comorbidity

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ.....	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

1.1. Araştırma Problemleri.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezi.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Araştırmanın Sayıtları.....	4
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Deri Yolma Davranışlarında Tanım Ve Tarihçe.....	6
2.1.1. Tanısal süreçlerdeki değişim.....	7
2.1.2. Epidemiyoloji ve yaygınlık.....	7
2.1.3. Etiyolojisi.....	8
2.1.4. Klinik özellikler.....	9
2.1.4.1. Yolma davranışının özellikleri.....	9
2.1.4.2. Deri yolmaya eşlik eden duygular.....	10
2.2. Anksiyete.....	11
2.2.1. Anksiyete tanımı.....	11
2.2.2. Anksiyete'nin tarihçesi.....	12
2.2.3. Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi.....	13
2.2.4. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi.....	14
2.2.5. Anksiyete belirtileri.....	14
2.2.6. Obsesif Kompulsif Belirtiler.....	16
2.2.6.1. Tanımı.....	16
2.2.6.2. Tarihçesi.....	16
2.2.6.3. Epidemiyolojisi ve etiyolojisi.....	17
2.2.6.4. Başlıca obsesyonlar ve kompulsyonlar.....	18
2.3. Deri Yolmaya Eşlik Edem Durumlar İle Anksiyete Ve Obsesif Kompulsif Belirtilerle Birlikteliği.....	19

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

3.1. Araştırmanın Modeli.....	21
3.2. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi.....	21
3.3. Verileri Toplama Araçları.....	21
3.3.1. Kişisel bilgi formu	21
3.3.2. Padua envanteri.....	21
3.3.3. Deri yolma ölçeği (Sicking picking scale-revised).....	22
3.3.4. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği.....	22
3.4. Veri Analizi	22

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA VE YORUM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKÇA	43
EKLER.....	53

KISALTMALAR

APA	:	American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DSM	:	The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı Veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı)
DYB	:	Deri Yolma Bozukluğu
OKB	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKİB	:	Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar
BTA	:	Başka Türlü Adlandırılmayan
M.Ö	:	Milattan Önce

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	24
Tablo 2. Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	26
Tablo 3. Deri Yolma Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Padua Envanterine Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	26
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Deri Yolma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Padua Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 7. Katılımcıların Obsesif Kompulsif Tanısı Değişkenine Göre Deri Yolma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. Katılımcıların Anksiyete Bozukluğu Tanısı Değişkenine Göre Deri Yolma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 9. Katılımcıların Ailede Obsesif Kompulsif veya Anksiyete Bozukluğu Tanısı Değişkenine Göre Deri Yolma Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 10. Katılımcıların Deri Yolma Alışkanlığı Değişkenine Göre Padua Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 11. Katılımcıların Deri Yolma Alışkanlığı Değişkenine Göre Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 12. Katılımcıların Deri Yolma Nedeni Değişkenine Göre Padua Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 13. Katılımcıların Deri Yolma Nedeni Değişkenine Göre Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 14. Deri Yolma Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı ile Padua Envanteri Arasındaki İlişkiler	32

EKLER LİSTESİ

EK-A: Demografik Bilgi Formu

EK-B: Padua Envanteri

EK-C: Deri Yolma Ölçeği (Sicking Picking Scale-Revised)

EK-D: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği



ÖNSÖZ

Bu çalışmayı gerçekleştirebilmem için bilgilerimi benimle sakınmadan paylaşan, desteğini her zaman hissettiren, eksik kaldığım yerde beni tamamlayan, her zaman sabırla sorularımı cevaplayan, danışmanlığında olduğum için kendimi şanslı hissettiğim kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Canan Tanıdır' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bütün eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen, her zaman yanımda, arkamda olan kıymetlilerim annem Nermin Meydan'a, babam Mehmet Meydan'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Bu zamana kadar ve bu süreçte motivasyonumun düştüğü her an yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim canım ablam Tuğba Meydan'a ve canım abim Emre Meydan'a çok teşekkür ederim. Bu süreçte bana destek olan, yanımda olan canım nişanlım Muhammed Akif Yıldırım'a çok teşekkür ederim.

GİRİŞ

Deri yolma bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalar son 10-15 yılda artmasıyla ve klinik olarak bilinirliğinin de artmasıyla DYB, ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 ile ayrı bir klinik tablo olarak ele alınmıştır. DYB'nin daha önce trikotillomani gibi dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılabilirdiği düşünülmüşken, DSM-5'te her iki hastalık da Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (OKİB) sınıfında yer almaktadır (APA 2013). Deri yolma dermatolojik nedenler dışında, kişinin cildini yineleyici olarak yolmasıyla görülen bir tablodur. Deri yolma davranışı bazen kaşıma, kuruma, yanma reaksiyonlarına tepki olarak da ortaya çıkabilir. Deri yolma davranışında iki tip yolma gözlemlenir. Bazı hastalarda ciltte bulunan küçük kusurlara karşı duyulan görsel ve tinsel uyarana karşı tetiklenen rahatlama ve doyum hissetmek için sergilenen yolma davranışıdır. Bazı hastalarda ise yolma bilinçsizce ve otomatik bir şekilde olur. Birey deri yolma davranışı esnasında duygularında da değişiklikler yaşayabilir. Birey bu esnada hipnoz olmuşçasına yolma davranışını sürdürebilir. Ayrıca yolma davranışı bireye haz verdiği için buna eşlik eden azalmış kaygı durumu da bireyin davranışı sürdürmesine neden olur. Deri yolma davranışlarının ek tanı oranı yüksektir. Anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler en sık eşlik eden bozukluklardır. Kelime anlamı olarak anksiyete; kaygı, sıkıntı, bunaltı, endişe anlamlarına gelmektedir. Anksiyetenin meydana gelmesi, kişinin bir takım fiziksel ve psikolojik etkiler yaşamasını da ardında getirir. Anksiyete bireyin kötü bir haber alacakmış gibi kendisini sıkıntı içerisinde hissetmesidir. Anksiyete de kaygı yaratan duruma karşı deri yolma davranışları başa çıkma savunmaları olarak görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk kişide yüksek düzeyde kaygı ve şüpheye sebep olan ve kişinin istememesine rağmen aklına gelmesini engelleyemediği düşünceler (obsesyonlar) ile bu kaygıyı azaltmak için yaptığı tekrar eden zihinsel ya da fiziksel davranışlardır (kompulsiyonlar). Obsesif kompulsif bozuklarda, kişi obsesyonlarına karşı yineleyici bir biçimde deri yolma davranışı gösterir. Bazı bireylerde cildindeki küçük düzensizliklere karşı deri yolma davranışı göstermektedirler. Sonuçlara göre deri yolma davranışı olan bireylerin çoğunun yolmadan önce kaygılı ve gergin hissettikleri; yolma davranışının ardından bu duyguların azaldığını belirtmişlerdir (Snorrason vd., 2010).

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

1.1. Araştırma Problemleri

Bu tezin problemi genç yetişkinlerdeki deri yolma davranışlarının anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasında ilişki olup olmadığıdır. Ayrıca deri yolma davranışları ile cinsiyet, yaş, medeni durum gibi sosyodemografik verilerin arasındaki ilişki de incelenecektir. Deri yolma bozukluğunda (DYB) birey takıntılı olarak derisini yolarak bunu ciddi bir cilt sorunu haline getirmektedir. Son 10-15 yılda DYB ile ilgili yapılan çalışmaların ve hastalığın klinik olarak bilinirliğinin de artmasıyla DYB, ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 ile ayrı bir klinik tablo olarak ele alınmıştır. DYB'nin daha önce trikotillomani gibi dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılabilirdiği düşünülmüşken, DSM-5'te her iki hastalık da Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (OKİB) sınıfında yer almaktadır (APA 2013). DYB hastaları ile psikiyatrik eş tanısı olan dermatolojik hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) oranı DYB hastalarında %45.2, kontrol grubunda ise %3.7 bulunmuştur (Çalıkları ve ark 2013). OKB olgularıyla yapılan bir çalışmada ise en yüksek oranda görülen dürtü kontrol bozukluğunun DYB olduğu (yaşam boyu %10.4, şimdiki durumda %7.8) bildirilmiştir (Grant ve ark 2006). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, psikojenik deri yolmanın ayrı bir psikiyatrik bozukluk olmaktan çok depresyon ve OKB gibi psikiyatrik sendromlara eşlik eden bir belirti olabileceği öne sürülmüştür (Çalıkları vd., 2002). DYB ile ilgili çalışmalarda ek tanı oranları yüksektir. Klinik çalışmalarda deri yolma bozukluğu olan hastaların %57-100'ünde anksiyete ve depresif bozukluklar en fazla olmak üzere yaşamboyu en azından bir tane eksen 1 bozukluk tanısının olduğu bildirilmiştir (Snorrason ve ark 2012). Bu bulgulara dayanılarak, bağımsız etiolojisi olan ayrı bir bozukluktan çok diğer psikiyatrik bozuklukların özgül olmayan bir belirtisi olarak kavramsallaştırılmasının daha uygun olabileceği öne sürülmüştür. Bununla birlikte birçok psikiyatrik bozuklukta ek tanı oranları yüksektir (Grant vd., 2010).

1.2. Araştırmanın Hipotezi

Ana Hipotez: Deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif yönde bir ilişki olacağı ve deri yolma davranışı olan kişilerin, obsesif kompulsif belirtileri ve kaygı düzeylerinin deri yolma davranışı olmayan kişilere kıyasla daha yüksek olacağıdır.

Alt Hipotezler:

H1: Deri yolma davranışı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H2: Deri yolma davranışı ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3: Anksiyete ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H4: Deri yolma davranışı ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H5: Deri yolma davranışı cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H6: Deri yolma davranışı daha önce tanılanmış bir anksiyete bozukluğuna sahip olma değişkeni ile anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

H7: Deri yolma davranışı ile ailede obsesif kompulsif bozukluk ya da herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı almış bireyin bulunması değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H8: Deri yolma davranışı daha önce tanılanmış bir obsesif kompulsif bozukluk tanısına sahip olma değişkeni ile anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı 18-30 yaş arası 207 gönüllü bireyde deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerinedir. Bununla beraber deri yolma belirtileri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki de incelenecektir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Son 10-15 yılda DYB ile ilgili yapılan çalışmaların ve hastalığın klinik olarak bilinirliğinin de artmasıyla DYB, ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 ile ayrı bir klinik tablo olarak ele alınmıştır. DYB'nin daha önce trikotillomani gibi dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılabilceği düşünölmüşken, DSM-5'te her iki hastalık da Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (OKİB) sınıfında yer almaktadır (APA 2013).

Yapılan literatür araştırmalarında obsesif kompulsif bozukluk (OKB) oranı DYB hastalarında %45.2, kontrol grubunda ise %3.7 bulunmuştur (alıkuşu ve ark 2013). Bir OKB çalışmasında ise en yüksek oranda görölen dürtü kontrol bozukluğunun DYB olduğu (yaşam boyu %10.4, şimdiki durumda %7.8) bildirilmiştir (Grant ve ark 2006). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, psikojenik deri yolmanın ayrı bir psikiyatrik bozukluk olmaktan çok depresyon ve OKB gibi psikiyatrik sendromlara eşlik eden bir belirti olabileceği öne sürölmüştür(alıkuşu ve ark 2002). Yine de DYB'nin ilk defa DSM-5'te yer alan yeni bir tanı olması sebebi ile bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve deri yolma davranışlarının etiyojisine ve komorbiditesine ışık tutacağı düşünölmektedir. Ayrıca gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından da önemlidir.

1.5. Araştırmanın Sayıtları

Çalışmanın varsayımları;

1. Araştırmanın katılımcılarının soruları doğru biçimde cevaplayacakları düşünölmektedir.

2. Araştırma da kullandığımız ölçekler kişisel bilgi formu "Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği", "Padua Envanteri" "Deri Yolma Ölçeği (Sicking Picking Scale-Revised)" envanteri geçerli ve güvenilir ölçmektedir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmamız İstanbul ilinde yaşayan 207 birey ile sınırlıdır.

2. Araştırmamızda elde edilen veriler kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır.

3. Bu alışma yerli ve yabancı ulaşılabilen kaynaklar ile sınırlıdır.

4.Yapılan çalışma pandemi sürecine denk geldiği için online ortamda gerçekleştirilmiştir.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Deri Yolma Davranışlarında Tanım Ve Tarihçe

Deri yolma, dermatolojik olan bir sorun olmaksızın, kişinin cildini tekrar eden kompulsif bir biçimde yolması, sıkması ya da kazınması gibi derisinde doku hasarına neden olan psikiyatrik bir bozukluktur (Arnold vd., 2001). Deri yolma davranışının nedenleri arasında kaşıntı, kuruma, yanma, karıncalanma ya da ağrı gibi reaksiyonlara karşılık verme sayılabilir (Arnold vd., 1998; Fruensgaard, 1984). Deri yolma 1900'lü yıllardan beri tanımlanıyor olsa da hakkında yeterince bilgiye sahip değiliz ve bu sebeple birçok hastaya tanılama yapılmamakta ve tedavi sunulmamaktadır (William vd., 1999; Gupta vd., 1986). Bu hastalığa sahip bireyler bu durumdan utandıkları ve tedavinin faydasız olacağını düşündükleri için psikiyatrist ya da dermatoloğa başvurma oranı düşüktür (Jafferany vd., 2017; William vd., 1999). Deri yolma durumunun sebebi, yolmanın sonuçları, bu durumla birlikte hissedilen duygu ve yolma davranışının süresi davranışın patolojik olup olmamasını belirler (Keuthen, 2000). Yolma davranışının, normal yolma ile farkı yineleyici olması ve belirgin bir deri dokusu hasarına neden olmasıdır (Arnold vd., 2001; Keuthen vd., 2000; William vd., 1999). Bazı durumlarda patolojik deri yolma yaşamı tehdit edici sonuçlara neden olabilir (Kim vd., 2013; O'Sullivan vd., 1999).

Deri yolma davranışında iki tip yolma gözlemlenir. Bazı hastalarda ciltte bulunan küçük kusurlara karşı duyulan görsel ve tinsel uyarana karşı tetiklenen rahatlama ve doyum hissetmek için sergilenen yolma davranışdır. Bazı hastalarda ise yolma bilinçsizce ve otomatik bir şekilde olur. Hasta ancak kanamaya sebep verdiğinde fark edebilir (Walther vd., 2009; Snorrason vd., 2010). Bölgesel olarak incelediğimizde genellikle ulaşmanın kolay olduğu kafa, el, ayak, parmaklar sık yolunan bölgeler sayılabilir (Odlaug vd Grant, 2008).

Deri yolma, Erasmus Wilson tarafından ilk defa 1875 yılında 'nörotik ekskoriasyon' ismiyle açıklanmıştır. Konuyla ilgili erken literatürde deri yolmanın genellikle hassas, kibirli, öfkeli, hassas ve asabi bireylerde daha sık görüldüğü söylenmiştir (Grant vd., 2012).

2.1.1. Tanısal süreçlerdeki değişim

Deri yolma DSM-IV' de BTA-Dürtü Kontrol Bozukluğu (Başka Türlü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu) adı altında bulunmaktadır (APA, 1994). Günümüze kadar bir çok araştırmacı deri yolmayı dürtü kontrol bozukluğu, OKB'nin bir çeşidi ya da stereotipik davranış bozukluğu şekillerinde isimlendirmiştir (Arnold vd., 2001; Dell'Osso, 2006; Stain, 2007). Deri yolmanın komorbid olduğu birçok hastalık bulunmaktadır. Bunlar arasında beden dismorfik bozukluğu, OKB, delüzyonel parazitöz, trikotillomani ve Prader-Willi sendromu sayılabilir (Arnold vd., 2001; Grant vd., 2006; Dykens ve Roof 2008; Emmett, 1983). Özellikle OKB hastalarında deri yolma komorbiditesi en yüksek olan bozukluktur (Lovato vd., 2012).

Deri yolma davranışının beden odaklı tekrarlayıcı davranışlar içerisinde kategorize edilmesi tavsiye edilmiştir (Bohne vd., 2002). DSM-5 de deri yolma bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bulunmaktadır.

DSM-5 Deri Yolma Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- A. Deride lezyon ile sonuçlanan yineleyici deri yolma.
- B. Yineleyici olarak deri yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri
- C. Deri yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur
- D. Deri yolma, bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. uyuz hastalığı) fizyolojisiyle ilgili etkilere bağlanamaz
- E. Deri yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. psikotik bozukluklara bağlı hezeyanlar ya da taktıl halüsinasyonlar, beden dismorfik bozukluğuna bağlı deride kusurlu algılanan yüzeyleri düzeltme çabası ya da intihara yönelik olmayan kendini yaralama davranışları).

2.1.2. Epidemiyoloji ve yaygınlık

Genel toplumda DYB'nin görülme oranlarının %1-2 olduğu ve tedaviye başvuranların çoğunun kadın(%75-90) olduğu bildirilmiştir (Snorrason vd.,2015).

Telefon aracılığı ile yapılan bir ankette %16.6 kişide aşikar bir doku kaybına sebebiyet verecek deri yolma olduğu bulunmuştur (Keuten vd., 2010).

Deri yolmanın şiddetinin artmış olma durumu sorgulandığında ise bu oran %1.4'e inmiştir (Snorrason vd., 2015). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise ömür boyu yaygınlığı %2.7-4 arasında bulunmuştur (Bohne vd., 2002). Son dönemde öğrencilerle yapılan bir çalışmada DSM-5 kriterleri doğrultusunda deri yolma davranışı %7.6 şeklinde bulunmuştur (Prochwicz vd., 2016). Herhangi psikiyatrik rahatsızlıkları sebebiyle psikiyatri kliniklerinde yatan ergenlerde deri yolma yaygınlığı %11.8 olarak bulunmuştur (Grant vd., 2007). Beden dismorfik bozukluğu tanısı olan kişilerde ömür boyu yaygınlık %26.8-44.9 şeklinde, ek olarak OKB tanılı ergenlerde oran %12.8; yetişkinlerde ise %10.8 olarak bulunmuştur (Grant vd., 2006; Grant vd., 2010).

2012 yılında ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma DYB sıklığını %2.04 olduğunu göstermiştir (Çalikuşu vd., 2012). Deri yolma davranışını Türk ve Alman öğrenciler üzerinde incelediklerinde Türk öğrenciler de %87.8, Alman öğrencilerde ise %91.7 olarak bulmuşlardır (Çalikuşu vd., 2012; Bohne vd., 2002).

Sosyodemografik açıdan incelediğimizde kadınlarda oran üç kat fazla (Bohne vd., 2002; Arnold vd., 2001) bulunmakla birlikte cinsiyetin farklılık göstermediğini bulan çalışmalarda vardır (Bienvenu vd., 2000; Stain vd., 1993). Medeni durum açısından incelediğimizde bu değişkenin çok etkili olmadığı görülmüştür (Bienvenu vd., 2000; Stephania vd., 2009). Ek olarak bireylerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bienvenu vd., 2000; Hayes vd., 2009; Lovato vd., 2012).

2.1.3. Etiyolojisi

Yapılan çalışmalar gösteriyor ki deri yolması bulunan kişilerin birinci dereceden akrabalarında da bu davranış bulunmaktadır (Simmeon vd., 1997; Wilhelm vd., 1999; Neziroğlu vd., 2008). Monzani ve arkadaşları yaptığı ikiz çalışmasında ikizlerin %1.2 sinde anlamlı bir deri yolma davranışı belirtmişlerdir. Tek yumurta ikizlerinde oran çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu için genetik etki desteklenmektedir. Ancak gene de tek yumurta ikizlerinde oran %100'e

ulaşmamaktadır. Bu da kalıtıma ek olarak çevresel faktörlerin etkisi olduğunu da gösterir niteliktedir (Monzani vd., 2012).

Kore’de yapılan bir çalışma deri yolmanın akademik stres, kaygı ve dürtüsellik ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Yeo ve Lee, 2017).

Yapılan çalışmalar kişinin derisini yolmak için duyduğu arzunun yoğunluğunu ve deri yolma atakları sırasında büyük bir haz aldıklarını söylemektedir. Yapılan bazı çalışmalar bunun “anormal ödül işleme” den kaynaklı olabileceğini bildirmektedir (Snorrason vd., 2015).

Yapılan çalışmalar bu bozukluk ile trikotilomani arasında anlamlı oranda örtüşme göstermiştir (Khumalo vd., 2016). Bazı olgular DYB’nin kuşaklar arasında da geçişi olduğunu göstermektedir (Khumalo vd., 2016).

2.1.4. Klinik özellikler

Deri yolmanın başlama yaşı geniş bir yelpaze de bulunmaktadır. Çocukluk, ergenlik ya da daha ileri ki yaşlarda görülebilir (Çalikuşu vd., 2002; Arnold vd., 1998; Bohne vd., 2002; Keuthen vd., 2010; Filessiner vd., 2007). Kadınlarda deri yolma daha yaygın olarak görülmektedir. Bunun sebebi tedaviye başvurma ile ilgili olabilir (Teng vd., 2002). Diğer bir görüş deri yolmada hormonların da etkili olduğunu söylemektedir (Grant vd., 2012). Bazı kadınların premenstrüel dönemlerinde deri yolma davranışlarının artması bu görüşü destekler niteliktedir. Bireylerin %20’sinden daha azı tedaviye başvurmaktadır (Grant vd., 2007)

2.1.4.1. Yolma davranışının özellikleri

Deri yolma davranışı genellikle sivilce ya da akne yolma ile başlamaktadır (Wilhelm vd., 1999). Bazen kaşıntı, kuruluk, karıncalanma ve ağrı gibi reaksiyonlara tepki olarak da görülebilir (Lesley vd., 1998). Yolma davranışı bireyler arası değişiklik gösterir; bazılarında daha uzun ve yoğunken bazılarında daha kısa sürebilir (Arnold vd., 1998; Simeon vd., 1997).

Deri yolmayı tetikleyen etkenler farklılık gösterebilir. Bunların arasında televizyon izlemek, kitap okumak gibi eylemlerde ataklar başlarken bazılarında ise kaygı, stres ve sıkıntılı durumlar atakların başlamasına sebebiyet verebilir (Grant vd.,

2007; Arnold vd., 1998). Hastalar genellikle yoldukları derilerini saklamak için bant ya da makyaj malzemesi gibi yöntemleri kullanırlar (Wilhelm vd., 1999).

Bireyler deri yolmamak için bazı yöntemlere başvurabilirler. Bunlar arasında eldiven takma, kendini meşgul etme, bandaj kullanma, tırnakları kısacık kesme, kendilerine sürekli “dur” demek gibi yöntemler sayılabilir (Arnold vd., 1998). Deri yolma davranışı bilinçsiz şekilde başlar ve sonrasında bilinçli duruma dönüşür. Genellikle birçok olgu da cilt kanayıcaya ya da diğer bireyler fark edene kadar devam eder (Grant vd., 2013). Çoğu bireydürtülerini kontrol edemediğini ve farkında olmadan kendilerini yolma davranışı yaparken bulduğunu bildirmektedir. Bu yolmalar OKB’deki ritüel şeklinde olabilir.

Kişinin dış görünüşü ile ilgili fikirleri ve düşüncelerine yanıt olarak yolma davranışı da gözlemlenebilir. Buradaki uğraş bireyin derisini pürüzsüz yapma düşüncesine dayanmaktadır ve ilerlediğinde bu süreç beden dismorfik bozukluğuna kadar varabilir (Phillips vd., 1995). Bazı bireylerde duygu regülasyonunu yapmakta zorluk çektiği için yolma davranışına başvurabilmektedir (Flessiner vd., 2007).

2.1.4.2. Deri yolmaya eşlik eden duygular

Birey deri yolma davranışı esnasında duygularında da değişiklikler yaşayabilir. Birey bu esnada hipnoz olmuşçasına yolma davranışını sürdürebilir. Ayrıca yolma davranışı bireye haz verdiği için buna eşlik eden azalmış kaygı durumu da bireyin davranışı sürdürmesine neden olur. Ataklar son bulunca birey suçlu, utanmış ve fizyolojik açıdan ağrılı hissedebilir. Birey bu duyguları yaşadığında yolma davranışına ara verebilir ancak bu esnada yaşadığı gerginlik de diğer atağı tetikler (Keuthen vd., 2000).

Keuthen ve arkadaşlarının 1999 yılında öğrencilerle yaptığı araştırma bulgularına göre yolma davranışından önce hissedilen yoğun sıkıntı duyulması, yolma davranışıyla birlikte yoğun duygu ve rahatlamamanın ardından gelen utanma ve sıkılma duyguları yalnızca hasta grubunda gözlemlenmiştir (Keuthen vd., 1999).

Yapılan bir diğer çalışmada üniversite öğrencilerinin yolma davranışından önceki, esnasındaki ve sonrasındaki duygudurumları sorgulanmıştır. Sonuçlara göre deri yolma davranışı olan bireylerin çoğunun yolmadan önce kaygılı ve gergin

hissettikleri; yolma davranışının ardından bu duyguların azaldığını belirtmişlerdir (Snorrason vd., 2010).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyete tanımı

Kelime anlamı olarak anksiyeteyi incelediğimizde; kaygı, sıkıntı, bunaltı anlamlarına gelmektedir. Anksiyetenin meydana gelmesi, kişinin bir takım fiziksel ve psikolojik etkiler yaşamasını da ardında getirir. Fiziksel etkiler arasında kalp atışında artış, boğuluyormuş gibi hissetme, nefes alamama, ellerde ve ayaklarda titreme, terleme gibi belirtiler sayılabilir. Psikolojik etkileri arasında ise sıkıntı hali, heyecan, kötü bir şey olacağı düşüncesi, korku gibi duygular görülebilir (Arkonaç, 1999; Ünsal, 2007).

Organizmanın tehlikeli durum içerisinde yaşadığı; gergin olma, kaçınma veya saldırıda olma hali şeklinde tanımlanan kişinin hoşlanmadığı bir emosyondur (Tezcan, 2011). Anksiyete kelimesini incelediğimizde bunalma, korkma, endişe, sıkıntı gibi sözcüklerinin anlamlarını içinde barındırır. Anksiyete bireyi hem ruhsal hem (somatik) açıdan etkileyen bir duygudur (Alpaslan, 2009).

Kaygı ve korku sık sık birbirine karıştırılırlar. Ayrıldıkları belli noktalar vardır. Anksiyete bireyin kötü bir haber alacakmış gibi kendisini sıkıntı içerisinde hissetmesidir. Anksiyetede varlığı kabul edilen ve görülen, bireyin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik tehditlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Her olay her birey tarafından aynı duyguyla algılanmaz. Kişinin bir olayı stresli olarak algılama durumu, kişinin savunma mekanizmalarına ve olayın yapısına bağlıdır (Kocabaşoğlu, 2005). Kaygı konusunda önemli olan normal ve anormal kaygıyı ayırt edebilmektir. Normal kaygıda birey otomatik olarak kendisini koruma güdüsü duyar ve bir tehlike durumunda yaşamın sürekliliği için ortaya çıkar (Uzbay, 2002).

Eğer birey beden ve ruh sağlığını tehdit edici bir unsur olmamasına rağmen kötü bir şey olacağına dair abartılı bir kaygı içerisindeyse ve bu durum günlük işlevselliğini olumsuz yönde etkiliyorsa bu durumda anormal kaygıdan bahsedilebilir. Anormal kaygıda şiddet ve süresi önemli bir değişkendir (Uzbay, 2002).

APA'nın tanımına göre anksiyete, kişiliğin bilinçli alanlarında hissedilen tehlike sinyalleridir. Bireyin tehdit olarak algıladığı bu sinyaller, kişilikte, dış ortam ile bağlantılı ya da bağlantısız olarak oluşur. Kaygı; kronik ve akut ile patolojik ve normal anksiyete şeklindedir sınıflandırılabilir. Bireyin yaşamı içerisinde zaman zaman meydana gelen kaygı normal kaygı olarak adlandırılır. Nevrotik kaygı, sebepsiz meydana gelen ve bireyin mantıksız olduğunu düşündüğünü kaygıdır. Akut kaygı; kısa ama yoğun bir şekilde hissedilen kaygıdır. Kronik kaygı ise uzun ama yoğunluğu daha düşük olan kaygıdır (Sümer, 2008).

2.2.2. Anksiyete'nin tarihçesi

Anksiyete ilk olarak M.Ö 3000'li yıllarda yazılan Gılgamış destanında ölümsüz olma kaygısı ile karşımıza çıkar (Tükel, 2000). Sonrasında Hipokrat ruhsal bozukluklarla alakalı yazılarında kaygıdan bahseder (Stone,1997). 1800'lü yıllarda Otto Domrich ilk defa "kaygı atakları" kelimesinden bahsetmiştir. Gene aynı yıllarda Feuchtersleben organik hastalıkların kaygıya neden olacağından; sonrasında Morel otonom sinir sisteminde yaşanan değişikliklerin kaygıya sebebiyet vereceğinden ve Heinrich Neumann kaygının doyurulmamış cinsel ve diğer dürtülerden kaynaklı olduğu fikrini benimsemiştir (Arıkan, 1999).

Kaygı bozukluklarını kapsamlıca inceleyen ilk birey Sigmund Freud'dur. Freud kaygının psiko-fizyolojik belirtilerini toparlayarak organik bir kökeni olduğunu ve bu noktada nevrotik anksiyetenin ayrıca ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Freuda göre libinal enerjide ki blokaj kaygıyı yaratmaktadır (Özakkaş, 2014).

1952 yılında yayınlanmış olan DSM-I' de kaygı bozuklukları "Anksiyöz Reaksiyon ve Fobik Reaksiyon" olarak gruplandırılmıştır. DSM I ve II'nin sınıflandırılmasında psikanalitik kuram temel alınmıştır (Alkın, 2000). Anksiyetenin çatısı altındaki diğer klinik durumların ayrılarak farklı klinik durumlar şeklinde tanımlanması DSM-III'te yapılmıştır. Her bozukluk için ayrı tanı kriterleri yazılmıştır (Alkın, 2000). DSM-IV' e geçildiğinde ise Kaygı bozuklukları; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Fobik (Özgül) Bozukluklar, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Akut Stres şeklinde kategorize edilmiştir (Dan vd., 2010).

Son olarak çıkan DSM-V’te ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk, kaygı bozukluklarından çıkarılarak ayrı başlıklarda ele alınmıştır (APA, 2013).

2.2.3. Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi

Kaygı bozukluklarının meydana gelmesinde 3 yapının etkisinden bahsedilmektedir. Bunlar biyolojik yatkınlık, psikolojik savunmasızlık ve erken dönem öğrenilmiş deneyimleridir (Albano vd., 2003). Yapılan genetik araştırmalar, kaygının genetik yatkınlığının yüksek oranda olduğunu göstermektedir (Barlow, 2004). Psikolojik savunmasızlık ile tanımlanmak istenen kişinin mizacıdır. Psikolojik savunmasızlığın da kaygı bozukluklarına neden olacağını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Albano vd., 2003; Smith vd., 2001). Bowlby, bağlanma ile ilgili çalışmalarında ebeveyn tutumlarının da kaygı bozuklukları üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Ek olarak farklı ebeveyn tutumlarının belli başlı anksiyete bozukluklarına sebebiyet vereceğini söylemiştir (Bowlby, 2014). Örnek olarak, aşırı koruma tutumunun panik bozukluk ile ilişkili olduğu görülmüştür (Silove vd., 1991). Bilişsel kurama göre kaygı klasik koşullanma gibi öğrenme ile ilgili sebeplere bağlanmaktadır (Kerimoğlu vd., 2011) Geçtan, kaygının sebebini çevredeki bireylerin model alınması ve anneden çocuğa kaygının geçmesine bağlamaktadır (Tükel, 2000). Cüceloğlu’na göre kaygı dört temel unsura bağlıdır. Bunlar; belirsizlik, iç çelişki, olumsuz bir sonuç beklemek ve desteğin çekilmesidir. Geleceğe yönelik kesinliğin olmaması kişide kaygı yaratabilir(belirsizlik). İnanılan düşünce ve yapılan eylem arasındaki çelişki kişiyi kaygılandırabilir(iç çelişki). Kişinin bir durumun sonucunun kötü olacağını varsayması ve düşünmesi kaygıya sebebiyet verebilir(olumsuz bir sonuç beklemek). Kişinin alışageldiği çevreden ayrılması ve yeni bir durumla karşı karşıya kalması kaygıya sebebiyet verebilir(desteğin çekilmesi) (Tükel, 2000).

Kısacası kaygı bozukluklarının oluşma sebebini her kuram ve kuramcı farklı şekillerde açıklamaktadır.

2.2.4. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi

Kaygı bozukluklarının görülme sıklığının artmış olması bu durum için yapılan çalışmaları da arttırmıştır. Kaygı bozukluklarında erken müdahale ve destek hem bireysel hem toplumsal iyileşme için çok kıymetlidir.

Toplumsal açı incelendiğinde ekonomik olarak toplumların bundan etkilendiği gözlemlenmiştir. Bu bağlamda ABD’de yapılan çalışmalar, kaygı bozuklukları için yapılan harcamaların 42.3 milyar dolar olduğunu göstermiştir (Greenberg vd., 1999).

Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisini anlamak için yapılan çalışmalar farklı eştanıları da peşinde getirmiştir. Bu noktada anksiyeteye sebebiyet veren etkenlerin fazlalığı, eştanıların farklılıklar göstermesi ve farklı hastalarla tanımlamaya çalışmak tam olarak kaynağı bulmada engel olmaktadır (Jules vd., 1997).

Ruh sağlığı alanında en yaygın görülen bozukluk anksiyete bozukluğudur ve ortalama %25 oranında bir yoğunluk olduğu söylenmektedir. Bu değer yüksek olması diğer hastalıklara komorbid olma oranını da arttırmaktadır. Kaygı bozukluklarının kişide görülmesinin ardından ana sebebi bulunarak tedavi etmek en faydalı çözüm olmalıdır. Bu sebeple epidemiyolojik çalışmalar yapılırken her etkenin dikkate alınması daha faydalı olacak ve daha hızlı sonuçlar verecektir (Bal, 2010).

2.2.5. Anksiyete belirtileri

Kaygı bozukluklarında birçok sistem bir arada çalışmakta ve bu da karmaşık tepkiler doğurabilmektedir. Bu tepkiler somatik olarak da görülebilir. Kişinin duygusal sisteminde dehşet, panik, korku gibi duygular oluşurken; bilişsel sistemde düşünce ve inanç sistemi kişinin yaşantılarını etkilemektedir. Davranışsal sistemi incelediğimizde kişi, ya hızlı eyleme geçer ya da eyleme geçemeyerek sürekli kendisine ket vurur. Tüm bu tepkilerin oluşma sebebi kişinin kendini içinde hissettiği tehlike durumunun sebep olduğu kaygıyı azaltmak ve tehlikeden uzaklaşmak içindir (Işık ve Taner, 2006).

Beck ve Emery anksiyetenin bilişsel belirtilerini üç başlıkta ele almıştır (Aaron ve Emery, 2006). Bunlar;

• Duyusal-algisal semptomlar; bulanmış bir zihin, uzağı ve nesnelere bulanık görme, aşırı uyarılmışlık hali ve çevreyi gerçek dışı algılamak. Bu esnada kişinin kendilik algısı korunmaktadır.

• Düşünme güçlüğü; kişinin bilişsel enerjisinin büyük bir kısmı kaygı yaratan durum için ayrılmıştır. Kişi kaygı yaratan durumla fazlasıyla meşgul olur ve diğer bilişsel işlevlere yeterince enerji harcayamamaktadır. Zihni karışmış, düşüncelerini kontrol edemeyen ve dikkati çabuk dağılır bir haldedir. Unutkanlığı artabilir. Düşüncelerinde objektifliğini yitirebilir (Işık vd., 2006).

• Kavramsal belirtiler; kişinin bilişsel süreci kaygıya sebep olan durum tarafından hapsedilmiş gibidir. Kişi bununla başa çıkamayacağı ve aklını kaçıracağı korkusu içindedir. Her an bu sebepten başına bir şey gelebileceğinden ve bunu kontrol edemeyeceğinden korkar. Korku duyulan şey ile ilgili imge, fikir ve düşünceler bireyin zihninde tekrar tekrar döner (Beck vd., 2006).

Kaygının duygusal belirtilerini incelediğimizde birçok durumla karşılaşabiliriz. Kişi korku, kaygı, tetikte olma, sinir, gerginlik, şaşkınlık, endişe, tedirginlik, diken üstünde durma, tahammül edememe, öfke gibi duygular hissedebilir. Kaygıda en önemli nokta bireyin kendini alarm halinde ve dehşet içerisinde hissetmesidir (Beck vd., 2006).

Kaygının davranışsal belirtileri bireyin davranışsal sistemi aktive eder ya da var olan aktivasyonu ketleyebilir. Davranışsal sistemi aktive eden belirtiler; aşırı nefes alıp-verme, titreme, çarpıntı gibi belirtilerdir. Davranışsal sistemi ketleyen belirtiler ise donma reaksiyonudur. Donma reaksiyonuna ek olarak kişide konuşma ve motor hareketlerde de bozukluk görülebilir. Bu tepkiler de özünde bireyin başa çıkma savunmaları sayılır ve kaygıyı azaltmak için verdiği tepkilerdir ancak buna rağmen bu tepkiler kaygıyı daha da güçlendirmektedir (Işık vd., 2006).

Kaygının fiziksel belirtileri tehdit ve tehlike durumuna karşı kişinin kendisini korumasını sağlar. Birey tehdit hissettiği anda sempatik sinir sistemi aktive olur ve kişi de çarpıntı, hızlı kan basıncı, solunumda artış, göz bebeklerinin büyümesi, motor hareketlerde artış, terleme, midede kasılma, yüz kızarması gibi belirtiler görülebilir. Kişinin parasempatik sisteminin devreye girmesinin ardından kişinin kan basıncı ve nabızı düşer; bayılma görülebilir (Beck vd., 2006).

2.2.6. Obsesif Kompulsif Belirtiler

2.2.6.1. Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluk kişide yüksek düzeyde kaygı ve şüpheye sebep olan ve kişinin istememesine rağmen aklına gelmesini engelleyemediği düşünceler (obsesyonlar) ile bu kaygıyı azaltmak için yaptığı tekrar eden zihinsel ya da fiziksel davranışlardır (kompulsiyonlar). Kompulsiyonlarda bireyin kaygısını kısa bir süre içerisinde azaltır fakat kişi kısa bir süre sonra tekrar stresli yaşantısına döner. Bu da kişi de kompulsiyonların bir döngü şeklinde sürmesine neden olur (Williams vd., 2014).

Obsesyon kelimesi ele geçirilmek anlamındaki Latince bir kelime olan “obsidere” kelimesinden gelmektedir. Kişinin kendini belirli bir düşünceden kurtaramamasını temsil eder. Obsesyonlar kişinin istemediği ve bilinçli çabasıyla kovamadığı, kişide sıkıntı, stres kaygıya neden olan inatçı ve tekrarlayıcı duygu, düşünce ve dürtüler bütünüdür. Türk toplumu obsesyonlar için genellikle evham, takıntı ya da vesvese gibi sözcükleri kullanırlar (Tükel ve Demet, 2017).

Kompulsiyon kelimesi ise köşeye sıkışmış, zorlanmış anlamındaki Latince bir kelime olan “compellere” kelimesinden gelmektedir. Kompulsiyonlar bireyin katı bir şekilde uygulaması gerektiğini hissettiği ve obsesyonlarına karşı bir tepki olarak yaptığı tekrar eden kural ya da ritüellerdir. Bu ritüel ya da kurallar kişinin zihinsel kaygısını azaltmak için tekrarladığı, stresle başa çıkmak için yaptığı ya da korktuğu bir durumdan kaçınmak için yaptığı davranışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Okb hastalarında obsesyon ve kompulsiyonlar bir arada görülmekle birlikte; yalnızca obsesyon ya da yalnızca kompulsiyonun görüldüğü hastalarda bulunmaktadır.

2.2.6.2. Tarihçesi

OKB yaklaşık üç yüz yıldır bilinmektedir ancak OKB'ye ilişkin durumlar çok daha eskilere dayanmaktadır. M.Ö İsrail Kralı Saul'un şeytandan gelmiş olduğuna inandığı bir çeşit zarar verici düşüncelerin onun aklına girdiğini ve bu düşüncelerden kurtulabilmek için çeşitli davranışlarda bulunduğunu belirtmiştir. 15. Yüzyıl Avrupası'nda Engizisyon mahkeme üyelerince yazılmış olan “Malleus Maleficarum” isimli eserde şeytan tarafından ele geçirilip kompulsif davranışları olduğuna inanılan

bir rahipten bahsedilmektedir. Shakespeare'in kaleme aldığı Lady Machbet isimli karakter de el yıkama kompulsiyonu görülmektedir (Zayman, 2016).

OKB ile ilgili tanımlamalarda kişilerin ait olduğu kültürün etkisi de görülmektedir. İngilizler daha çok dini ve melankolik açıdan ilişkisini öne sürerken, Fransızlar şüphe ve irade kaybını vurgulamıştır. Almanlar ise bu bozukluğu düşüncenin gerçektışıllığına odaklanarak psikoz ile ilişkilendirmiştir (Maj vd., 2003). OKB'nin tıp literatüründe tanımlanması ilk defa 1838'de içgörülü delilik şeklinde tanımlanmıştır (Özerdem, 1998).

Obsesyon kavramı ilk kez 1866 yılında Morel tarafından kullanılmıştır. İlerleyen yıllarda nörolog Westpahl, obsesyon kavramını kişinin istememesine rağmen bireyde aniden ortaya çıkan fikir ve düşünceler şeklinde tanımlamıştır. 1903 yılında Doktor Janet kişinin bilişsel süreçlerinde bozulma ile beliren fobi ve obsesif kompulsif belirtilerin birlikte gözlemlendiği "psikastenî" kavramı ile birlikte OKB'nin klinik olarak bulgularını kapsamlıca tanımlayan ilk kişidir (Pulular, 2000). İlerleyen süreçte Janet ve Schneider OKB ile ilgili;

- Bir şeyi düşünmeye, hissetmeye ya da eyleme koymaya ilişkin zorlanma hissi,
- Bireyin içgörüsünü koruyarak obsesyonlarının saçma ve manasız olduğunu farkında olması,
- Obsesyonlar ile beraber direncin de var olması (Özerdem, 1998).

1935 yılında Leo Kanner çocuklarda OKB'den bahsetmiştir. Freud'a göre ise OKB cinsel ve saldırgan dürtülerden kaynaklanmaktadır. Ek olarak inat, cimrilik ve dakik olma gibi özellikler de OKB ile ilişkili bulunmuştur (Pulular, 2000).

2.2.6.3. Epidemiyolojisi ve etiyolojisi

Semptomların ve klinik tablonun farklılık göstermesine rağmen OKB bütün dünyada görülen bir bozukluktur. Yapılan çeşitli çalışmalar cinsiyet dağılımının eşit olduğunu ancak temizlik kompulsiyonunun kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalar da bunun aksine OKB'nin cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Örneğin dini ve temizlik obsesyonları kadınlarda

daha yaygınken saldırganlık ve cinsel obsesyonlar erkeklerde daha yoğun görülmektedir (Karadağ vd., 2006).

OKB genel olarak ergenlik öncesinde başlangıç gösterebilir. Bununla beraber 10 yaş öncesi çocuklarda da başlama eğilimi olduğu düşünülmektedir. 5-15 yaş arası bireylerde %0.25 oranında görülmektedir. Yapılan çalışmalar OKB'nin yaşam boyu yaygınlığını %1.6-2 arasında olduğunu göstermektedir (Ronald vd., 2006). Yapılan araştırmalar yaş ile birlikte OKB semptomlarında azalma olduğunu göstermektedir. OKB tanısı olan bireylerin bir kısmında ek olarak kaygı bozukluğu ya da depresyon da gözlemlenmektedir (Kring vd., 2015).

2.2.6.4 Başlıca obsesyonlar ve kompulsiyonlar

Obsesyon kelimesi Türkçe anlamıyla takıntı, kompulsiyon kelimesi ise zorlantı olarak kullanılmaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta başlıca takıntılar gruplanabilir. Somatik obsesyonlar; düzen-simetri, kesinlik-emin olma ihtiyacı, biriktirme, kirlenme, bulaşma sayılabilir (Gölcük, 2016). Düşünsel obsesyonlarda ise en yoğun görülen tutumlar kendine ya da diğerlerine zarar verme korkusu sayılabilir (Butcher vd., 2017). Bunlar dışında metafizik takıntılarda bulunmaktadır. Metafizik takıntılar arasında; tekrarlama, sayma, büyüsel düşünceler, depersonalizasyon ya da derealizasyon biçiminde oluşan düşünsel sorgulamalar sayılabilir (Tan, 2016). Ek olarak yasaklanmış düşünceler şeklinde anılan saldırganlık, dini ve ilişkili takıntılarda bulunmaktadır (Gomes).

Zorlantıları inceleyecek olursak, genel zorlantılar temizlenme, dokunma, sayma, düzenleme, biriktirme, kontrol etme, saklama sayılabilir (Köroğlu, 2015). Yapılan bir araştırmada sıklığına göre obsesyonlar şu şekilde sıralandırılmıştır; temizleme ve yıkama %63 somatik obsesyonlar %58, dini ve bulaşma obsesyonları %49, kontrol etme obsesyonu ise %58'dir (Okasha vd., 1994). Veale ve Willson'ın yaptığı geniş çaplı araştırmaya göre en yaygın takıntılar listelenmiştir. Buna göre en yaygın takıntı %38 ile kirlenme bulaşma, %24 şüphe takıntısı, %10 simetri ve düzen, %7 bedensel obsesyonlar, %6 dini obsesyonlar, %5 biriktirme obsesyonu, %4 saldırganlık ve %1 ise istenmeyen parazit düşünceler olarak sıralanmıştır. Aynı araştırmanın devamında ise kompulsiyonlar şu şekilde sıralanmıştır. %29 kontrol etme (kapı, ütü vb.), %11 yinelenen davranışlar, %6 sıralama ve düzen, %3.5 biriktirme ve %2 sayma kompulsiyonudur (Veale ve Wilson, 2017).

2.3. Deri Yolmaya Eşlik Edem Durumlar İle Anksiyete Ve Obsesif Kompulsif Belirtilerle Birlikteliği

Deri yolma bozukluğunda ek tanı oranı yüksektir. Yapılan bir çalışma gösteriyor ki DYB'na en çok eşlik eden tanı grubu %57-100 oranında depresif bozukluklar ve anksiyetedir (Snorrason vd., 2012). Birçok psikolojik rahatsızlıkta ek tanı oranı yüksektir, DYB' de onlardan yüksek bir oran yoktur (Grant ve Odlaug, 2010).

Duygudurum bozuklukları ve anksiyete çok sık gördüğümüz ek tanılardır. Yapılan çalışmalar duygudurum bozukluklarında ek tanı oranını %48-68 olarak bulmuştur (Arnold vd., 1998; Wilhelm vd., 1999). Türkiye de yapılan DYB ile ilgili bir çalışmada DYB'ye ek tanı olarak depresif bozukluklar bulunmuştur (Çalikuşu vd., 2002).

Üniversite öğrencileri ile yapılan iki çalışmada DYB ile depresif belirtiler arasındaki ilişki incelenmiştir ve bu iki grup arasında yüksek oranda ilişki bulunmuştur (Hajcak vd., 2006; Bohne vd., 2002). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada ise DYB tanısı olan bireylerin kaygı, duygudurum, yeme, dürtü bozuklukları ve madde bağımlılığı ilişkisi incelenmiş ve ömür boyu yaygınlığı kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır (Odlaug vd., 2013). Bu çalışma gösteriyor ki DYB bağımlılık ile trikotillomani gibi kaygı bozuklukları arasında bir yerde yer alabilmektedir (Lochner vd., 2012).

Yapılan bir toplum çalışmasında psikojenik DYB olan 222 kişinin deri yolma şiddeti ve anksiyete, depresif, dürtüsel, obsesif kompulsif belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Hayes vd., 2009). Neziroğlu ve arkadaşlarının çalışması da DYB ve anksiyete ve depresyon arasında yüksek bir ilişki olduğunu saptamıştır (Neziroğlu vd., 2008).

Türkiye de yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının %27.4'ünün dürtü kontrol bozukluğu olduğu bulunmuştur. En yaygın olarak gözlemlenen dürtü kontrol bozukluğu ise DYB'dir (Karakuş ve Tamam, 2011).

Kaygı bozukluğu için ek tanı oranı %41-65'dir (Arnold vd., 1998; Wilhelm vd., 1999). Türkiye de yapılan bir çalışmada OKB ve DYB ilişkisi %45.2 olarak bulunmuştur (Çalikuşu vd., 2002). OKB hastalarında DYB komorbidi çok sık

görülmektedir (Fontenelle vd., 2005).Yapılan bir çalışma OKB hastalarının %16.3'ünde DYB saptamıştır (Lovato vd., 2012). Ayrıca beden dismorfik bozukluğu, yemek bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, trikotillomani, dürtü kontrol bozuklukları ve kleptomani görülen diğer ek tanılardandır (Arnold vd., 1998; Wilhelm vd., 1999). Fakat yapılan çalışmalar DYB ile beden dismorfik bozukluk arasında ortak veriler bulmamaktadır. Yapılan çalışmalar %5,%9 ve %32 gibi farklı veriler vermektedir (Arnold vd., 1998; Wilhelm vd., 1999; Odlaug vd., 2008).

DYB de yolma davranışının nedeni obsesyonları nötr hale getirmek iken beden dismorfik bozukluğundaki neden deride olmayan ya da neredeyse minimal düzeydeki kusurları değiştirmek içindir (Wilhelm vd., 1999). DYB ve trikotillomaninin demografik değişkenler, ek tanı, aile öyküsü ve kişilik özellikleri açısından benzer yönleri bulunmaktadır. Bu bozukluklar daha çok kadınlarda görülmektedir ve kroniktir (Arnold vd., 1998; Lochner vd., 2012).

En sık görülen bir diğer ek tanı kişilik bozukluğudur. Wilhelm ve arkadaşları DYB hastalarının %71'inde kişilik bozukluğu tanısının karşılandığı ve %48 oranla en yüksek kişilik bozukluğu ek tanısının Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu olduğunu sonrasında %26 ile Borderline Kişilik Bozukluğu ve %23 ile Çekingen kişilik bozukluğu izlemektedir (Wilhelm vd., 1999).

Yapılan çalışmalar DYB hastalarının %54.5 ile %100 arasında ek tanı olarak DSM-IV Eksen I bozukluğu olduğunu göstermektedir (Arnold vd., 1998; Odlaug vd., 2008; Grant vd., 2007). Yapılan bir çalışma gösteriyor ki DYB hastaları obsesyonlarını azaltmak için %17.4'ü madde,%25'i alkol ve %22.8'i tütün türevi maddeler kullanmaktadırlar (Flessner ve Woods, 2006).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma, “ilişkisel tarama modeli” doğrultusunda yapılmıştır. Bu model iki ya da daha fazla değişken arasındaki etkileşim olup olmadığını ve miktarını ölçmektedir.

3.2. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Bu araştırma İstanbul ilinde yaşayan 18-30 yaş arası 207 gönüllü birey ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Verileri Toplama Araçları

Çalışmamızda sosyo-demografik verileri belirlemek amacıyla çalışmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, anksiyete belirtilerini ölçmek için “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği”, obsesif kompulsif belirtileri ölçmek için “Padua Envanteri” ve deri yolma belirtilerini ve şiddetini ölçmek için “Deri Yolma Ölçeği (Sicking Picking Scale-Revised)” envanteri kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile katılımcılara cinsiyetleri, meslekleri, eğitim düzeyleri, psikiyatrik bir tanıları olup olmadığı vb. sorular yöneltilmiştir. (EK-A).

3.3.2. Padua envanteri

Sanavio tarafından 1988 yılında geliştirilen ve 60 sorudan oluşan bir formdur. Obsesif Kompulsif belirtilerin şiddetinin ve baskın olan belirti dağılımının belirlenmesinde kullanılır.

Sadece gözlenebilir kompulsif davranışların dışında (temizlik/kontrol) gizli ya da zihinsel olarak yapılanları da değerlendirme imkanı vermektedir. Alt ölçekler temizlik(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10), düşüncelere kapılma(11,24,25,26,27,28,29,30,31,34), dürtüler(35,36,37,38,39,40,41), kontrol (16,17,18,19,20,21,22,23), kesinlik (12,13,14,15,32,33) maddelerinden oluşmaktadır.

Bir öz bildirim ölçeği olup, 0-4 arasında puanlandırılır. Her bir test maddesinde yer alan ‘0’ puanı, tanımlanan belirtinin hiç yaşanmaması ya da rahatsız edici olmamasına, ‘4’ puanı ise aşırı derecede yaşanması ya da rahatsız edici olmasına karşılık gelmektedir. Puanlama maddelere karşılık gelen yanıtların toplanması ile yapılır ve tüm alt ölçeklerden elde edilen puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Toplam puanlardaki artış, obsesif kompulsif belirtilerin düzeylerindeki artışla doğru orantılıdır. Türkçeye 2005 yılında Beşiroğlu, Ağargün, Boysan, Eryonucu, Güleç ve Selvi tarafından uyarlanmıştır ve güvenilirliği .95 olarak hesaplanmıştır. (EK-B).

3.3.3. Deri yolma ölçeği (Sicking picking scale-revised)

Son 1 haftadaki yolma dürtünün şiddeti, yolma davranışı üzerindeki kontrol hissi, yolma dürtüsü ve davranışıyla harcanan zaman, sosyal ve iş yaşamının etkilenmesi, yolmaya bağlı gelişen komplikasyonları 8 maddede inceleyen bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır (Snorrason,2012). Türkçe güvenilirlik geçerlik çalışması bulunmamaktadır. Ölçek çalışmacılar tarafından Türkçeye tercüme edilip kullanılmıştır (EK-C).

3.3.4. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Durumluk – Sürekli Kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen Likert tipi bir ölçektir. “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçekleri’nde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Puanlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından yapılmıştır. (EK-D)

3.4. Veri Analizi

Veri analizine başlamadan önce, toplanan veriler bilgisayar ortamına gönderilmiş ve istatistiksel analizi SPSS 25 programıyla yapılmıştır. Analizin ilk

aşaması olan normallik testi uygulanmış ve basıklık-çarpıklık değerleri kontrol edilmiştir. Basıklık-Çarpıklık değerleri -2, +2 arasında olduğundan dolayı normal dağılım olduğuna karar verilmiştir(George ve Mallery, 2010). Tüm ölçeklere ait çarpıklık ve basıklık değerleri aşağıda verilmiştir.

Deri Yolma Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı ile Padua Envanterine Ait Çarpıklık ve Basık Değerleri

	Çarpıklık	Basıklık
Deri Yolma Ölçeği	0.598	-0,784
Durumluk Kaygı	-0.034	-0.479
Sürekli Kaygı	-0.197	-0.009
Padua Envanteri	0.604	-0.212
Temizlik	0.283	-0.934
Düşüncelere Kapılma	0.641	-0.057
Dürtüler	1.299	1.062
Kontrol	0.529	-0.383
Kesinlik	0.936	-0.098

Normal dağılım olduğu için parametrik testler kullanılmaya karar verilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki farkın analizi için Bağımsız Örneklem T-Testi uygulanmıştır. İki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu kısım, Sosyodemografik Bilgi Formu ile toplanan verilerin analizi bulgularını içermektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	152	73.4
	Erkek	55	26.6
	Toplam	207	100.0
İş durumu	Öğrenciyim	38	18.4
	Bir işte çalışıyorum	80	38.6
	Hem çalışıyorum hem öğrenciyim	22	10.6
	Şu an işsizim	67	32.4
	Toplam	207	100.0
	Medeni durum	Bekar	117
Evli		78	37.7
Boşanmış		10	4.8
Dul		2	1.0
Toplam		207	100.0
Anne-baba birlikte mi?	Hayır	39	18.8
	Evet	168	81.2
	Toplam	207	100.0
Kardeş sayısı	0	4	1.9
	1	12	5.8
	2	76	36.7
	3	70	33.8
	4 ve üzeri	45	21.7
	Toplam	207	100.0
Daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek aldınız mı?	Hayır	110	53.1
	Evet	97	46.9
	Toplam	207	100.0
Şimdiye kadar obsesif kompulsif bozukluğu tanısı aldınız mı?	Hayır	181	87.4
	Evet	26	12.6
	Toplam	207	100.0
Şimdiye kadar anksiyete bozukluğu tanısı aldınız mı?	Hayır	145	70.0
	Evet	62	30.0
	Toplam	207	100.0
Travmatik olay yaşadınız mı?	Hayır	92	44.4
	Evet	115	55.6
	Toplam	207	100.0
Cilt yolma alışkanlığınız var mı?	Hayır	74	35.7
	Evet	133	64.3
	Toplam	207	100.0

Ne zamanlar derinizi yoluyorsunuz?	Farkında olmadan	34	16.4
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	8.7
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için.	26	12.6
	Farkında olsada olmasada kendini durduramıyor	55	26.6
	Derimi yolmuyorum	74	35.7
Toplam		207	100.0
Ailede deri yolan biri var mı?	Hayır	162	78.3
	Evet	45	21.7
	Toplam	207	100.0
Ailede obsesif kompulsif bozukluk veya anksiyete bozukluğu tanısı alan var mı?	Hayır	124	59.9
	Evet	83	40.1
	Toplam	207	100.0

Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %73.4'ü kadın, %26.6'sı erkek, %18.4'ü öğrenci, %38.6'sı bir işte çalışıyorum, %10.6'sı hem öğrenci hem çalışıyor, %32.4'ü şuan işsiz, %56.5'i bekar, %37.7'si evli, %4.8'i boşanmış, %1'i dul, %81.2'sinin anne-baba birlikte, %18.8'inin değil, %1.9'unun kardeşi yok, %5.8'inin 1 kardeşi, %36.7'sinin 2 kardeşi, %33.8'inin 3 kardeşi, %14'ünün 4 kardeşi, %5.3'ünün 5 kardeşi, %1.9'unun 6 kardeşi, %0.5'inin 7 kardeşi var, %53.1'i daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek almamış, %46.9'u almış, %87.4'ü şimdiye kadar obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almamış, %12.6'sı almış, %70'i şimdiye kadar anksiyete bozukluğu tanısı almamış, %30'u almış, %44.4'ü travmatik olay yaşamamış, %55.6'sı yaşamış, %35.7'sinin cilt yolma alışkanlığı yok, %64.3'ünün var, %16.4'ü farkında olmadan otomatik bir şekilde derisini yoluyor, %8.7'si mutsuz-gergin-sinirli anlarında derisini yoluyor, %12.6'sı ruh hali fark etmeksizin derisini yolmaktan keyif-haz alıyor, farkında ama kendini durduramıyor, %26.6'sı bazen farkında olmadan otomatik olarak derisini yoluyor, bazen de farkında olarak kendini durduramıyor, %78.3'ünün ailesinde deri yolan biri yok, %21.7'sinin ailesinde var, %59.9'unun ailesinde obsesif kompulsif bozukluk veya anksiyete bozukluğu yok, %40.1'inin ailesinde var.

Tablo 2.Katılımcıların yaşlarına ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Yaş	207	19	30	26,62	2,97

Katılımcıların yaş ortalaması 26,62(ss=2,97), en küçük yaş 19, en büyük yaş 30'dur.

Tablo 3. Deri yolma ölçeği, durumluk-sürekli kaygı ölçeği ve padua envanterine ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Deri Yolma Ölçeği	207	0	30	9,92	8,67
Durumluk Kaygı	207	20	72	42,60	10,68
Sürekli Kaygı	207	24	76	48,15	9,74
Padua Envanteri	207	0	159	57,02	35,07
Temizlik	207	0	40	19,20	11,49
Düşüncelere Kapılma	207	0	39	14,24	9,12
Dürtüler	207	0	25	6,29	5,95
Kontrol	207	0	32	11,14	7,77
Kesinlik	207	0	24	6,14	6,13

Tabloda görüldüğü üzere DeriYolmaÖlçeği ortalaması 9,92(ss=8,67), Durumluk Kaygı ortalaması 42,60(ss=10,68), Sürekli Kaygı ortalaması 48,15(ss=9,74), Padua Envanteri ortalaması 57,02(ss=35,07), Temizlik ortalaması 19,20(ss=11,49), DüşüncelereKapılma ortalaması 14,24(ss=9,12), Dürtüler ortalaması 6,29(ss=5,95), Kontrol ortalaması 11,14(ss=7,77), Kesinlik ortalaması 6,14(ss=6,13)'dür.

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre deri yolma ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Deri Yolma Ölçeği	Kadın	152	8.80	7.84	-3.15	205	0.002*
	Erkek	55	13.01	10.07			

*p<0.05,Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Deri Yolma Ölçeği puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205)=-3.15$, $p<0.05$).Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Durumluk Kaygı	Kadın	152	42.04	9.77	-1.26	205	0.210
	Erkek	55	44.15	12.85			
Sürekli Kaygı	Kadın	152	48.54	8.84	0.94	205	0.346

* $p < 0.05$, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 6. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre padua envanteri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
PaduaEnvanteri	Kadın	152	53.91	34.15	-2.14	205	0.034*
	Erkek	55	65.61	36.44			
Temizlik	Kadın	152	18.46	11.54	-1.56	205	0.120
	Erkek	55	21.27	11.18			
DüşüncelereKapılma	Kadın	152	13.97	9.03	-0.72	205	0.473
	Erkek	55	15.00	9.38			
Dürtüler	Kadın	152	5.75	5.65	-2.19	205	0.030*
	Erkek	55	7.78	6.52			
Kontrol	Kadın	152	10.27	7.72	-2.73	205	0.007*
	Erkek	55	13.56	7.43			
Kesinlik	Kadın	152	5.47	5.88	-2.67	205	0.008*
	Erkek	55	8.00	6.49			

* $p < 0.05$, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Padua Envanteri puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -2.14$, $p < 0.05$). Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Dürtüler alt boyutu puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -2.19$, $p < 0.05$). Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Kontrol alt boyutu puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -2.73$, $p < 0.05$). Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Kesinlik alt boyutu puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -2.67$, $p < 0.05$). Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Analiz sonuçlarına göre, Temizlik, Düşüncelere alt boyutu puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 7. Katılımcıların obsesif kompulsif tanısı değişkenine göre deri yolma ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken Tanısı	Obsesif Kompulsif	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
DeriYolmaÖlçeği	Hayır	181	8.79	7.94	-5.28	205	0.000*
	Evet	26	17.81	9.53			

*p<0.05, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Deri Yolma Ölçeği puanları obsesif kompulsif tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205)=-5.28$, $p<0.05$). Obsesif kompulsif tanısı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre deri yolma ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken Tanısı	Anksiyete Bozukluğu	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
DeriYolmaÖlçeği	Hayır	145	7.59	7.33	-6.49	205	0.000
	Evet	62	15.38	9.15			

*p<0.05, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Deri Yolma Ölçeği puanları anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205)=-6.49$, $p<0.05$). Anksiyete bozukluğu tanısı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların ailede obsesif kompulsif veya anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre deri yolma ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken Tanısı	Ailede Tanı	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
DeriYolmaÖlçeği	Hayır	124	7.34	7.31	-5.62	205	0.000
	Evet	83	13.78	9.14			

*p<0.05, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Deri Yolma Ölçeği puanları obsesif kompulsif veya anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205)=-5.62$, $p<0.05$). Obsesif kompulsif veya anksiyete bozukluğu tanısı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların deri yolma alışkanlığı değişkenine göre padua envanteri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	DeriYolma	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Padua	Hayır	74	40.42	22.72	-5.42	205	0.000*
Envanteri	Evet	133	66.26	37.33			
Temizlik	Hayır	74	13.88	7.75	-5.28	205	0.000*
	Evet	133	22.16	12.16			
Düşüncelere	Hayır	74	9.91	5.96	-5.44	205	0.000*
Kapılma	Evet	133	16.65	9.68			
Dürtüler	Hayır	74	4.37	4.31	-3.56	205	0.000*
	Evet	133	7.36	6.46			
Kontrol	Hayır	74	8.49	5.80	-3.78	205	0.000*
	Evet	133	12.62	8.33			
Kesinlik	Hayır	74	3.76	4.25	-4.34	205	0.000*
	Evet	133	7.47	6.62			

* $p < 0.05$, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Padua Envanteri puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -5.42$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Temizlik alt boyutu puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -5.28$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Düşüncelere kapılma alt boyutu puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -5.44$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Dürtüler alt boyutu puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -3.56$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Kontrol alt boyutu puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -3.78$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Kesinlik alt boyutu puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -4.34$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların deri yolma alışkanlığı değişkenine göre durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	DeriYolma	N	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Durumluk	Hayır	74	39.39	9.82	-3.31	205	0.001*
Kaygı	Evet	133	44.39	10.76			
Sürekli	Hayır	74	44.90	8.85	-3.69	205	0.000*
Kaygı	Evet	133	49.96	9.77			

* $p < 0.05$, Kullanılan test: Bağımsız Örneklem T-testi

Analiz sonuçlarına göre, Durumluk kaygı puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -3.31$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Sürekli kaygı puanları deri yolma alışkanlığı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t(205) = -3.69$, $p < 0.05$). Deri yolma alışkanlığı olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların deri yolma nedeni değişkenine göre padua envanteri puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Yolma Nedeni	N	\bar{X}	Ss.	K.T	Sd.	K.O	F	p	
Padua	Farkında olmadan	34	62,71	40,66	G.Arası	3678,90	3	1226,30	0,88	0,455
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	62,51	36,81	G.İçi	180262,78	129	1397,38		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için	26	60,39	36,07	Toplam	183941,68	132			
	Farkında olsa da, olmasa da kendini durduramıyor	55	72,44	36,05						
	Toplam	133	66,26	37,33						
Temizlik	Farkında olmadan	34	21,37	12,69	G.Arası	343,29	3	114,43	0,77	0,513
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	21,05	11,79	G.İçi	19186,12	129	148,70		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için	26	20,07	10,86	Toplam	19529,41	132			
	Farkında olsada, olmasa da kendini durduramıyor	55	24,00	12,59						
	Toplam	133	22,16	12,16						
Düşüncelere Kapılma	Farkında olmadan	34	16,21	11,05	G.Arası	161,58	3	53,86	0,57	0,636
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	16,78	10,04	G.İçi	12206,33	129	94,62		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için	26	14,81	9,13	Toplam	12367,92	132			
	Farkında olsa da, olmasa da kendini durduramıyor	55	17,75	9,00						
	Toplam	133	16,65	9,68						

Dürtüler	Farkında olmadan	34	7,39	7,13	G.Arası	57,10	3	19,03	0,45	0,717
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	6,06	5,56	G.İçi	5449,30	129	42,24		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için .	26	6,91	7,34	Toplam	5506,40	132			
	Farkında olsa da olmasa da kendini durduramıyor	55	7,98	5,93						
	Toplam	133	7,36	6,46						
Kontrol	Farkında olmadan	34	10,62	8,20	G.Arası	274,13	3	91,37	1,33	0,268
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	12,91	8,95	G.İçi	8880,83	129	68,84		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için	26	11,88	8,64	Toplam	9154,96	132			
	Farkında olsa da, olmasa da kendini durduramıyor	55	14,11	7,98						
	Toplam	133	12,62	8,33						
Kesinlik	Farkında olmadan	34	7,12	6,71	G.Arası	144,23	3	48,07	1,10	0,352
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	5,72	6,79	G.İçi	5637,84	129	43,70		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için .	26	6,72	6,23	Toplam	5782,07	132			
	Farkında olsa da, olmasa da kendini durduramıyor	55	8,60	6,66						
	Toplam	133	7,47	6,62						

*p<0.05, Kullanılan test: Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA)

Padua Envanteri ve Temizlik, Düşüncelere Kapılma, Dürtüler, Kontrol, Kesinlik alt boyutundan aldıkları ortalama puanların deri yolma nedeni değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir($p>0.05$).

Tablo 13. Katılımcıların deri yolma nedeni değişkenine göre durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Yolma Nedeni	N	\bar{X}	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Durumluk Kaygı	Farkında olmadan	34	42,57	12,53	G.Arası	842,84	3	280,95	2,51	0,062
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	39,48	10,71	G.İçi	14436,48	129	111,91		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için	26	46,92	10,96	Toplam	15279,32	132			
	Farkında olsa da, olmasa da kendini durduramıyor	55	45,93	8,93						
	Toplam	133	44,39	10,76						
Sürekli Kaygı	Farkında olmadan	34	48,36	11,63	G.Arası	400,52	3	133,51	1,41	0,242
	Mutsuz-gergin-sinirli	18	47,61	10,92	G.İçi	12197,31	129	94,55		
	Ruh haliyle alakasız, keyif-haz aldığı için	26	49,58	9,32	Toplam	12597,82	132			
	Farkında olsa da,	55	51,91	8,09						

olmasa da kendini durduramıyor	133	49,96	9,77
Toplam			

* $p < 0.05$, Kullanılan test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı alt boyutundan aldıkları ortalama puanların deri yolma nedeni değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 14. Deri yolma ölçeği, durumluk-sürekli kaygı ile padua envanteri arasındaki ilişkiler

	1	2	3	4	4a	4b	4c	4d	4e
1-Deri Yolma Ölçeği	-								
2-Durumluk Kaygı	.502**	-							
3-Sürekli Kaygı	.533**	.774**	-						
4-Padua Envanteri	.662**	.484**	.627**	-					
4a-Temizlik	.582**	.384**	.535**	.863**	-				
4b-Düşüncelere Kapılma	.612**	.509**	.671**	.913**	.692**	-			
4c-Dürtüler	.528**	.437**	.483**	.753**	.460**	.699**	-		
4d-Kontrol	.527**	.415**	.553**	.905**	.740**	.812**	.579**	-	
4e-Kesinlik	.605**	.344**	.417**	.867**	.653**	.735**	.703**	.757**	-

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, Kullanılan test: Pearson Korelasyon Testi

Katılımcıların analiz sonuçlarına göre, **Deri Yolma Ölçeği ile Durumluk Kaygı** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .502, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Sürekli Kaygı** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .533, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Padua Envanteri** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .662, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Temizlik** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .582, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Düşüncelere Kapılma** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .612, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Dürtüler** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .528, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Kontrol** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .527, p < 0.01$). **Deri Yolma Ölçeği ile Kesinlik** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r = .605, p < 0.01$).

Durumluk Kaygı ile **Padua Envanteri** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.484, p<0.01$). **Durumluk Kaygı** ile **Temizlik** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.384, p<0.01$). **Durumluk Kaygı** ile **Düşüncelere Kapılma** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.509, p<0.01$). **Durumluk Kaygı** ile **Dürtüler** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.437, p<0.01$). **Durumluk Kaygı** ile **Kontrol** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.415, p<0.01$). **Durumluk Kaygı** ile **Kesinlik** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.344, p<0.01$).

Sürekli Kaygı ile **Padua Envanteri** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.627, p<0.01$). **Sürekli Kaygı** ile **Temizlik** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.535, p<0.01$). **Sürekli Kaygı** ile **Düşüncelere Kapılma** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.671, p<0.01$). **Sürekli Kaygı** ile **Dürtüler** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.483, p<0.01$). **Sürekli Kaygı** ile **Kontrol** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.553, p<0.01$). **Sürekli Kaygı** ile **Kesinlik** puanı arasında orta seviye ve pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=.417, p<0.01$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Yapılan çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın hipotezleri doğrultusunda elde edilen bulguların sonuçları tartışılmış olup alanyazında yapılan ilgili diğer çalışmalar ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Çalışmanın amacı genç yetişkinlerde deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu çalışmanın ana hipotezi deri yolma davranışları ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif yönde bir ilişki olacağı ve deri yolma davranışı olan kişilerin, obsesif kompulsif belirtileri ve kaygı düzeylerinin deri yolma davranışı olmayan kişilere kıyasla daha yüksek olacağıdır. Araştırmanın örnekleminin %73.4'ü kadın, %26.6'sı erkek, %46.9'u daha önce psikiyatrik ya da psikolojik destek almış, %12.6'sı hayatının bir döneminde obsesif kompulsif bozukluk tanısı, %30'u hayatının bir döneminde anksiyete bozukluğu tanısı almış, %64.3'ünün cilt yolma alışkanlığı var, %16.4'ü farkında olmadan otomatik bir şekilde derisini yoluyor, %8.7'si mutsuz-gergin-sinirli anlarında derisini yoluyor, %12.6'sı ruh hali fark etmeksizin derisini yolmaktan keyif-haz alıyor, %26.6'sı bazen farkında olmadan otomatik olarak derisini yoluyor, bazen de farkında olarak kendini durduramıyor, %21.7'sinin ailesinde deri yolan biri var, %40.1'inin ailesinde obsesif kompulsif bozukluk veya anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur.

Deri yolma ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisine dair elde edilen bulgular incelendiğinde deri yolma ile durumluk ve sürekli kaygı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu, deri yolma ile obsesif belirtiler arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu, durumluk ve sürekli kaygı ile obsesif belirtiler arasında da orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu bağlamda elde edilen sonuçlar doğrultusunda yapılan araştırma, oluşturulan hipotezleri doğrular niteliktedir. Hajcak ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada 1.324 üniversite öğrencisindeki tüy yolma ve deri yolma davranışlarının sıklığını ve bunlarla ilişkili sıkıntıyı incelemişlerdir. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, tüy ve deri yolan grupta önemli ölçüde anksiyete ve stres

tepkiselliği semptomları görüldüğü ve obsesif kompulsif semptomların daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Deri Yolma Ölçeği puanları hayatının bir döneminde obsesif kompulsif tanısı almış olma değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Obsesif kompulsif tanısı olanların olmayanlara göre daha fazla deri yolma davranışı gösterdiği görülmüştür. Fontenelle ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada OKB bulunan bireylerde deri yolma bozukluğunun bulunma oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (Fontenelle vd ark., 2005). Yine başka bir çalışmada OKB'si bulunan bireylerin %16,3'ünde DYB olduğu saptanmıştır (Lovato vd ark., 2012). Obsesif kompulsif bozukluğu bulunan 70 kişi ile yapılan başka bir çalışmada da deri yolma bozukluğunun da görülme oranının %18,8 olduğu tespit edilmiştir (Grant vd ark., 2010). Deri yolma bozukluğuna sahip hastaların %54,5 ile %100'ünde hayatları boyunca en az bir kez DSM-IV eksen I deyer alan bozukluklardan biri bulunmaktadır (Arnold vd ark., 1998; Grant vd ark., 2007; Odlaug vd Grant, 2008). Katılımcı sayısının 60 kişi olduğu bir çalışmada, DSM-IV'e göre deri yolma davranışı gösteren bireylerin %15'inde Obsesif kompulsif bozukluk, %36,7'sinde trikotillomani, %16,7'sinde depresif bozukluklar, %26,7'sinde ise tırnak yeme davranışı olduğu saptanmıştır (Odlaug vd Grant, 2007). Duke ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada deri yolma bozukluğuna sahip bireylerin en az yarısında hayatları boyunca DSM-IV eksen I bozukluğundan birinin bulunduğu bildirilmiştir. Depresif bozukluk oranı %13 ile %48, bipolar bozukluk oranı %12 ile %38, anksiyete bozukluk oranı %8 ile %40, yeme bozukluğu oranı %7 ile %21, OKB oranı %10 ile %36 olduğu ve yaşam boyu en az bir kere görüldüğü tespit edilmiştir. Literatürde yapılan bir diğer çalışmada, deri yolma bozukluğuna en sık eşlik eden tanının anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklukları olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda deri yolma bozukluğuna sahip bireylerin 5'te 1'inin tedavi arayışı içinde olduğu, çoğunlukla bu bireylerin eşlik eden depresyon kaygı gibi tanılarını oldukları ve bu amaçla tedaviye başvurdukları, bunun sonucunda deri yolma bozukluğu ile de tedavi başlatıldığı görülmüştür (Tucker vd ark., 2011).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada deri yolma bozukluğu ile sık görülen ek tanıyı incelemiştir. Araştırmada deri yolma bozukluğu olan hastalar ile deri yolma bozukluğu olmayan hastalar karşılaştırılmıştır. Deri yolma bozukluğu olan 31 hastanın en çok görülen ek tanısının majör depresyon (%58,1) olduğu belirtilmiştir. Hastaların %45,2’sinde ise obsesif kompulsif bozukluk görülmüştür. Kontrol grubundaki bireylerde ise obsesif kompulsif bozukluk görülme oranının %3,7 olduğu tespit edilmiştir (Çalikuşu vd ark., 2002). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada DYB olan bireylerde yeme bozuklukları, madde bozukluğu, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve dürtü kontrol bozukluğu görülme oranlarının deney grubu ve kontrol grubu karşılaştırılmasında deney grubundakilerde daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bağlamda deri yolma bozukluğu anksiyete bozukluğu vebağımlılık bozuklukları ile bir arada görülebileceği yorumlanmıştır (Odlauğ vd ark., 2013). Neziroğlu vd arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada deri yolma bozukluğu ile depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkisi incelenmiştir. Yaptıkları çalışma sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada deri yolma bozukluğu olan 222 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırma bulguları sonucunda DYB olan bireylerde dürtüsellik, depresif belirtiler, anksiyete ile arasında anlamlı korelasyonlar olduğu görülmüştür (Hayes vd ark., 2009). Anksiyete bozuklukları ile obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunun deri yolma bozukluğu ile eş tanı oranlarının %41 ile %65 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu bozuklukların yaşam boyu eş tanı yaygınlık oranlarının ise %56 olduğu belirtilmiştir (Arnold vd ark., 1998; Wilhelm vd ark., 1999). Yine Wilhelm ve arkadaşları (1999) OKB’nin deri yolma bozukluğuna eşlik eden en yaygın tanı olduğunu tespit etmişlerdir.

Deri yolma bozukluğu olan bireylerde anksiyete bozukluğu %8-23 oranında, OKB %6 ile %68 oranında, yeme bozukluğu %10 ile %21 oranında, bipolar bozukluğu %12 ile % 37.5 oranında, alkol kullanım bozukluğu %14 ile %36 oranında DEHB %9.1 oranında ve major depresif bozukluk %12.5 ile %48 oranında yaşam boyu görülme oranları bildirilmiştir (Phillips vd Taub, 1995; Arnold vd ark., 1998; Wilhelm vd ark., 1999; Bloch vd ark., 2001; Lochner vd ark., 2002; Grant vd ark., 2007; Odlauğ vd ark., 2008; Neziroğlu vd ark., 2008). Özetlersek çalışmamızdaki bu bulgu literatürdeki birçok çalışmadaki bulgularla örtüşmektedir

ve deri yolma davranışları ve OKB arasında birliktelik oranının yüksek olduğunu göstermektedir.

Yapılan mevcut çalışmada katılımcıların 74'ünün (%35,7) cilt yolma alışkanlığı yok, 133'ünün (%64,3) deri yolma alışkanlığının var olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 34'ü (%16,4) farkında olmadan otomatik bir şekilde derisini yoluyor, 18'i (%8,7) mutsuz-gergin-sinirli anlarında derisini yoluyor, 26'sı (%12,6) ruh hali fark etmeksizin derisini yolmaktan keyif-haz alıyor, 55'i (%26,6) bazen farkında olmadan otomatik olarak derisini yoluyor, bazen de farkında olarak kendini durduramıyor olduğu tespit edilmiştir. Deri yolma davranışı gösteren bireylerin birçoğubazen farkında olmadan otomatik bir şekilde derilerini yolduklarınıbazen ise farkında olup kendilerini durduramadıkları tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların çoğunluğunun deri yolma davranışı gösterdiği görülmüştür. Bu bulgu deri yolma davranışının klinik olmayan bir popülasyonda da çok sık görüldüğünü göstermektedir. Deri yolma davranışı gösteren bireylerin de obsesyon ve kaygı düzeyleri arttıkça deri yolma davranışının da arttığı gözlenmektedir. Chamberlain ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, deri yolma bozukluğunda ortaya çıkan yineleyici yolma davranışlarının obsesif kompulsif bozukluktaki gibi davranışın olumsuz yönlerine ve sonuçlarına rağmen kompulsif bir şekilde tekrar etmesi, istenen ve istenmeyen davranış üzerinde kontrol kaybı ile deri yolmaya dair aşırı istek ve haz duyma gibi durumların deri yolma davranışını gittikçe arttırdığı gözlenmiştir (Chamberlain vd ark., 2016). Yapılan bir diğer çalışmada deri yolma davranışının çoğunlukla alışkanlık ve kendiliğinden otomatik olarak gerçekleştiği belirtilmektedir (Snorrson vd ark., 2012). Yapılan bir çalışmada trikotillomaninin başlıca nedenleri zevk ve alışkanlık olduğu, deri yolmada ise kaşıntı ihtiyacını gidermek ve beğenilmeyen görüntüyü ortadan kaldırmak olarak deri yolunduğu tespit edilmiştir (Aydın vd ark., 2020). Simeon ve arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada deri yolmaya etki eden değişkenlerin stres, yorgunluk ve anksiyete gibi durumların olduğunu belirtmişlerdir. Alanyazında yapılan çalışmalarda deri yolma davranışını tetikleyen unsurların can sıkıntısı, strese girme, yorgunluk düzeyleri ve boş kalma gibi belirtilerin olduğu görülmüştür (Hajcak vd ark., 2006; Odlaug vd Grant, 2008; Neziroğlu vd ark., 2008). Yapılan bir başka çalışmada deri yolma belirtilerinin en çok gece saatlerinde olduğu tespit edilmiştir (Wilhelm, 1999). Deri yolma bozukluğuna sahip bireylerin vücudunun farklı

bölgelerini yolduğu yapılan literatür araştırmaları sonucunda bilinmektedir. Bazı hastaların kolay ulaşılabilir olması sebebiyle ellerindeki deriyi yolmayı tercih ettikleri görölmektedir.

Yapılan bir çalışmada deri yolma bozukluğuna sahip bireylerin en sık yoldukları bölgeler arasında eller, yüzler ve genital bölge olduğu saptanmıştır (Flessner vd ark., 2006). Yine benzer bir çalışmada ise deri yolma bozukluğuna sahip olan bireylerin yoldukları bölgelerde kanama, tahriş, ağrı, acı, iritasyon gibi durumların ortaya çıktığı ve vücutlarında birden fazla bölgenin yolunduğu belirtilmiştir (Odlaug vd Grant, 2008).

Deri yolma bozukluğuna sahip bireylerin hayatlarının büyük bir kısmını deri yolma ile geçirdikleri yapılan araştırmalar sonucu tespit edilmiştir (Wilhelm vd ark., 1999; Keuthen vd ark., 2000; Grant vd ark., 2007; Keuthen vd ark., 2007; Tucker vd ark., 2011). Kişilerin deri yolmaya ayırdıkları zaman ile bir içi zamanında bitirmeyi engelleme, işe ve okula geç kalma gibi durumları meydana getirme ve sosyal aktivitelerde kısıtlamaya sebebiyet verebilmektedir (Flessner vd ark., 2007). Literatürde yapılan bir araştırmada deri yolma bozukluğunun ortalama süresinin 18,9 yıl olduğu tespit edilmiş, başka bir çalışmada ise DYB'nin ortalama süresinin 20,1 sene olduğu saptanmıştır (Keuthen vd ark., 2000; Grant vd ark., 2007). Deri yolma bozukluğuna sahip bireylerin çoğunluğu tedavi arayışında değildir ve çoğunluğu farkında olmadan deri yolma davranışını sürdürmektedir. Tedaviye başvuran bireylerin deri yolmada acı, iritasyon, kanama, ağrı gibi durumlar olması sebebiyle yardım arayışı içinde oldukları ve bu bireylerin ortalamasının %20 civarlarında olduğu tespit edilmiştir (Grant vd ark., 2007; Flessner vd ark., 2007).

Çalışmamızda deri yolma ölçeğinin cinsiyet değişkenine göre elde edilen bulgular incelendiğinde erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla anlamlı düzeyde daha fazla deri yolma davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda deri yolma davranışının kadınlarda erkeklerden daha fazla gözlendiği tespit edilmiştir (Arnold vd., 1998; Wilhelm ve ark., 1999; Arnold ve ark., 2001; Teng vd., 2002; Flessner vd ark., 2007). Yapılan bir başka çalışmada ise deri yolma davranışının kadın ve erkeklerde eşi oranda olduğu tespit edilmiştir (Bohne vd., 2002). Çalışmamızdaki bu bulgunun literatürdeki diğer çalışmalarla örtüşmemesi katılımcı sayısının kısıtlı olmasından, dar bir yaş aralığını içermesinden ve

örnekleme kadın erkek oranlarının dengeli olmamasından kaynaklanmış olabilir. Veya kadın katılımcıların kozmetik sebeplerle bu konuda kendilerini daha fazla kontrol edebiliyor olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan çalışma sonuçlarına göre kaygı ölçeğinin cinsiyet değişkenine göre bulguları incelendiğinde kadın ile erkek katılımcıların kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Obsesif kompulsif belirtilerin cinsiyet değişkenine göre elde edilen sonuçları incelendiğinde erkek katılımcıların obsesif kompulsif belirti düzeylerinin kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Alanyazında OKB tanısı almış 539 bireyde dürtü kontrol bozukluğu ve cinsel davranış bozuklukları inceleyen bir çalışmada erkek katılımcılarda obsesif kompulsif belirtilerin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Fuss vd., 2019). Alanyazında yapılan diğer çalışmalarda temizlik obsesyonlarının erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Arrindell vd., 1999; Olatunji vd., 2005). Beşiroğlu ve Ağargün (2006) tarafından yapılan çalışmada OKB görülme oranının cinsiyet açısından bir farklılığa rastlanmadığını vurgulamışlar. Ertan (2008) tarafından yapılan çalışmada da OKB görülme oranının kadın ve erkeklerde eşit olduğunu belirtmiştir. Sonuç olarak literatürdeki çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Çalışmamızda ölçekle OKB tanısı değil sadece belirtiler ölçülmektedir ve örneklemeimizde kadın erkek sayısı açısından denklik yoktur. Bundan dolayı çalışmamızdaki bu bulgu genellenemez.

Ailede anksiyete bozukluğu ya da obsesif kompulsif bozukluğu bulunan bireylerin, ailesinde anksiyete ya da obsesif kompulsif bozukluğu bulunmayan bireylere göre daha fazla deri yolma davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan 207 katılımcının 45'inin (%21,1) ailesinde deri yolma öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 83'ünde (%40,1) ise ailesinde obsesif kompulsif bozukluk veya anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ailesinde deri yolma bozukluğunun, obsesif kompulsif bozukluk veya anksiyete bozukluğuna göre daha az bulunduğu görülmüştür.

Çalışmamızda deri yolma davranışı olan bireyler toplam katılımcı sayısının %64,3'ünü oluşturmaktadır. Çalışmamızda deri yolma davranışı olan bireylerin deri yolma davranışı olmayan bireylere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ailede deri yolma öyküsü bulunma oranının ise toplam katılımcı sayısının %21,7'si olduğu

saptanmıştır. Çalışmamızda ailede deri yolma öyküsü bulunma oranının literatürde yapılan diğer çalışmalardaki bulgulara kıyasla daha az olduğu tespit edilmiştir.

Deri yolma ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlılığına rağmen elde edilen sonuçlar incelendiğinde ailede deri yolma öyküsünün bulunması ailesel bir aktarımın olduğu sonucunu kanıtlamaktadır (Grant vd., 2013). Yine Grant ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada deney grubundaki hastaların yaklaşık %41,7'sinin yakın akrabalarında deri yolma bozukluğu ve trikotillomani olduğunu belirtmişlerdir. Odlaug ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada deri yolma davranışına sahip bireylerin yaklaşık %40'ının yakın akrabalarında psikolojik/psikiyatrik bir bozukluk olduğu belirtilmiştir. OKB tanısı alan bireylerin yakın aile öyküsünde sıklıkla deri yolma bozukluğuna rastlandığı görülmüştür (Bienvenu, 2012). Yapılan başka bir çalışmada ailesinde deri yolma bozukluğu olan bireylerin %87,5'inde DSM-IV eş tanılarının biri bulunmakta olduğu bildirilmiştir (Neziroğlu vd., 2008). Wilhelm ve arkadaşlarının (1999) yetişkin bireylerde deri yolma bozukluğu ile ilgili yaptığı çalışmada ailede deri yolma bozukluğu öyküsü bulunma oranının %42,5 olduğunu bildirmişlerdir. Sonuç olarak literatürdeki bulgular incelendiğinde deri yolma davranışı olan bireylerin ailesinde de deri yolma davranışı görüldüğünü fakat oranların çok yüksek olmadığı belirtilmiştir.

Deri yolmanın OKB ile benzerlikler göstermesi ve benzer etiyolojiye sahip olması ile birlikte impulsif kompulsif spektrumda yer aldığı belirtilmiştir (Ferrao vd., 2006).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Deri yolma davranışı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Deri yolma davranışı ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Anksiyete ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Deri yolma davranışı ile anksiyete ve obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Erkek katılımcıların kadın katılımcılardan daha fazla düzeyde deri yolma davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. Deri Yolma Ölçeği puanları obsesif kompulsif tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Obsesif kompulsif tanısı olanların olmayanlara göre daha fazla deri yolma davranışı gösterdiği görülmüştür. Deri Yolma Ölçeği puanları anksiyete bozukluğu tanısı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Anksiyete bozukluğuna sahip olanların olmayanlara göre daha fazla deri yolma davranışı gösterdiği görülmüştür.

Yapılan çalışmada katılımcı sayısı 207 kişi ile sınırlıdır. 152 kadın ve 55 erkekten oluşan örneklem grubundan eşit cinsiyet dağılımı olmadığı için cinsiyet demografik değişkeni ile ilgili oluşan verilerin objektif bir şekilde olmadığı düşünülmektedir. Gelecek çalışmaların daha geniş bir örneklem grubu ile yapılmasının ve farklı yaş gruplarının incelenmesinin literatüre yeni katkılar sağlayacağını düşündürmektedir. Gelecekteki araştırmalar için çeşitli bilgi kaynakları olan, farklı demografik veriler ile oluşan kesitsel ve boylamsal çalışmaların yapılması ve alternatif değerlendirme yöntemlerinin kullanılmasının alanyazına yeni katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Alanyazında yapılan çalışmalar incelendiğinde obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete ile ilgili yapılmış çalışmalara rastlamak mümkün olsa da deri yolma ile ilgili yeterince çalışma olmadığı görülmektedir. Özellikle ülkemizde deri yolma ile ilgili yapılmış çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Alanyazına deri yolma ile farklı komorbid bozuklukların, farklı demografik verilerle kullanılmasının ve yeni çalışmalar yapılmasının literatüre ışık tutacağı varsayılmaktadır. Deri yolma bozukluğuna sebep olan etmenleri anlamak ve tedavi protokolü oluşturabilmek için gerekli klinik özellikler ile tetikleyici unsurları bilmek ve komorbid tanılarını tespit etmek oldukça önemlidir. Bu alanda yapılacak olan daha

geniş örneklemler fenomenolojik araştırmaların yapılması alanyazına yeni bir ışık tutacaktır.



KAYNAKÇA

- Abay, E., Pulular, A., Memiş, Ç. Ö., & Süt, N. (2010). Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 230-237.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders.
- Alkın, T. (2000). Panik bozukluğu ve agorafobi. *Anksiyete Bozuklukları* (Ed: R Tükel), Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 5-37.
- Alpaslan, A. H. (2009). Ergen yaştaki lisanslı sporcularda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması.
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Dsm-iv sourcebook* (Vol. 1). American Psychiatric Pub.
- Angst, J., Merikangas, K. R., & Preisig, M. (1997). Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Arıkan, M. K. (1999). *Temel Psikiyatrik Sendromlar*. İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Arknaç O. (1999). "Açıklamalı psikiyatri sözlüğü." Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
- Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., & McElroy, S. L. (2001). Psychogenic excoriation. *CNS drugs*, 15(5), 351-359.
- Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., & McElroy, S. L. (2001). Psychogenic excoriation. *CNS drugs*, 15(5), 351-359.
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(10), 509-514.
- Arnold, L. M., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., Morris, E. M., & McElroy, S. L. (1999). An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *Journal of clinical psychopharmacology*, 19(1), 15-18.
- Arrindell, W. A., Mulkens, S., Kok, J. ve Vollenbroek, J. (1999). Disgust sensitivity and the sex difference in fears to common indigenous animals. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 273–280.
- Aydın, E. P., Kenar, J. G., Altunay, İ. K., Beğenen, A. G., Kıvılcım, Y., Özer, Ö. A., & Karamustafalıoğlu, K. O. (2020). Psikodermatoloji Polikliniğine Başvuran Trikotillomani ve Deri Yolma Bozukluğu Tanılı Hastaların Klinik Özellikleri ve Eş Tanıları: Bir Karşılaştırma Çalışması.

- Bal, U. (2010). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları (Yayımlanmamış Uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.
- Barlow, D. H. (2004). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Guilford press.
- Beck, A. T., Emery, G., Özakkaş, T., & Öztürk, V. (2006). Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bir bakış açısı. Litera yayıncılık.
- Beşiroğlu, L. ve Ağargün, M.Y. (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. Türk Psikiyatri Dergisi; 17:213-22.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., ... & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. Biological psychiatry, 48(4), 287-293.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K. Y., Wang, Y., Grados, M. A., ... & Fyer, A. J. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. Psychological medicine, 42(1), 1.
- Bishop Jr, E. R. (1983). Monosymptomatic hypochondriacal syndromes in dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology, 9(1), 152-158.
- Black, A. (1978). The Natural History of Obsessional Neurosis. Obsessional States, HR Beech (Ed), London, Methuen, 19-54.
- Bloch, M. R., Elliott, M., Thompson, H., & Koran, L. M. (2001). Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. Psychosomatics, 42(4), 314-319.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U. M. B. E. R. T. O., Maina, G., & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. European psychiatry, 14(8), 434-441.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. Behavior modification, 26(3), 320-339.
- Bowlby, J. (1973). Ayrılma (2. cilt)(M. Günay, Çev.) İstanbul: Pinhan.
- Brian L. Odlaug, and Jon E. Grant. (2008) "Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking." General Hospital Psychiatry 30.1 61-66.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2017). Abnormal psychology. Pearson Education India.

- Calikusu, C., Kucukgoncu, S., Tecer, Ö., & Bestepe, E. (2012). Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. *Behavior modification*, 36(1), 49-66.
- Calikuşu, C., Yücel, B., Polat, A., & Baykal, C. (2002). The relationship between psychogenic excoriation and psychiatric disorders: a comparative study. *Turk Psikiyatri Dergisi= Turkish Journal of Psychiatry*, 13(4), 282-289.
- Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ ve ark. (2016) Behavioural addiction—A rising tide?. *Eur Neuropsychopharmacol* 6:841-55.
- Dell’Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D., & Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(8), 464-475.
- Duke, D.C., Keeley, M.L., Geffken, G.R. ve ark. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clin Psychol Rev* 30:181-93.
- Dykens, E. M., & Roof, E. (2008). Behavior in Prader-Willi syndrome: relationship to genetic subtypes and age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 1001-1008.
- Ehsani, A. H., Toosi, S., Shahshahani, M. M., Arbabi, M., & Noormohammadpour, P. (2009). Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(8), 945-947.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*. (Ed. Uğur, M., Balcıoğlu, İ., ve Kocabaşoğlu, N.), 25-30.
- Ferrão YA, Almeida V P, Bedin NR ve ark. (2006) Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 47:282-8.
- Flessner, C. A., & Woods, D. W. (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior modification*, 30(6), 944-963.
- Flessner, C. A., Mouton-Odum, S., Stocker, A. J., & Keuthen, N. J. (2007). StopPicking. com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatology Online Journal*, 13(4).
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2005). Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(1), 30-37.
- Fruensgaard, K. (1984). Neurotic excoriations: A controlled psychiatric examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

- Fuss, J., Briken, P., Stein, D. J., & Lochner, C. (2019). Compulsive sexual behavior disorder in obsessive–compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(2), 242-248.
- Gomes, E. C. “What if I’m gay?”: A Corpus Linguistic Analysis of Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Disorder (SO-OCD) Narratives.
- Gölcük, D., & Ayaz, M. (2016). Okul çağı çocuklarında cinsiyet açısından obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arasındaki farkların incelenmesi. *HAYEF Journal of Education*, 15(2), 60-78.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2006). Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(6), 494-501.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2007). Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(9), 1384-1391.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathologic skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *Journal of clinical psychopharmacology*, 30(4), 396.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Hampshire, A., Schreiber, L. R., & Chamberlain, S. R. (2013). White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 38(5), 763-769.
- Grant, J. E., Stein, D. J., Woods, D. W., & Keuthen, N. J. (2012). Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. *American Psychiatric Pub.*
- Grant, J. E., Williams, K. A., & Potenza, M. N. (2007). Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: co-occurring disorders and sex differences. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F. (1986). Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 381-386.
- Hajcak, G., Franklin, M. E., Simons, R. F., & Keuthen, N. J. (2006). Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 177-185.

- Halkacıoğlu, T. (2019). Sosyal fobi belirtileri ile problemlı internet kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Hayes, S. L., Storch, E. A., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 314-319.
- Işık, E., & Taner, Y. I. (2006). Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları.
- Jafferany, M., & Osuagwu, F. C. (2017). Use of Topiramate in Skin-Picking Disorder: A Pilot Study. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(1).
- Juang, Y. Y., & Liu, C.Y. (2001). Phenomenology of obsessive–compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(6), 623-627.
- Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşci, F. Ç., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, 23(3), 145-152.
- Karakuz, G., & Tamam, L. (2011). Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 378-385.
- Kerimoğlu, E., Kılıç, B. G., Gürkan, C. K., & Öztürk, M. Ç. Ergenlikte Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. Edt. Öztürk O, Uluşahin A. İçinde: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları-2. Cilt, 11, 744.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., ... & Jenike, M. A. (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics*, 41(3), 210-215.
- Keuthen, N. J., Jameson, M., Loh, R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., & Dougherty, D. D. (2007). Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *International Clinical Psychopharmacology*, 22(5), 268-274.
- Keuthen, N. J., Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2010). The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive psychiatry*, 51(2), 183-186.
- Khumalo, N. P., Shaboodien, G., Hemmings, S. M., Moolman-Smook, J. C., & Stein, D. J. (2016). Pathologic grooming (acne excoriee, trichotillomania, and nail biting) in 4 generations of a single family. *JAAD Case Reports*, 2(1), 51-53.

- Kim, D. I., Garrison, R. C., & Thompson, G. (2013). A near fatal case of pathological skin picking. *The American journal of case reports*, 14, 284.
- Kocabaşoğlu N. (2005). Stress ve Anksiyete, Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi S¼rekli Tıp Eđitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 47:181-98.
- K¼rođlu, E. (2015). Psikiyatri başvuru elkitabı,(3. Baskı). Ankara: HYB yayıncılık.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davidson, G., & Neale, J. (2015). Anormal Psikoloji (Çev.
- Labad J, Menchon JM, Alonso P et al. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptoms dimensions. *Depr Anxiety*. 25: 832-8.
- Lochner, C., Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Stein, D. J. (2012). DSM-5 field survey: skin picking disorder. , 24, 4, 24(4), 300-304.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2002). Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depression and anxiety*, 15(2), 83-86.
- Lovato, L., Ferrão, Y. A., Stein, D. J., Shavitt, R. G., Fontenelle, L. F., Vivan, A., ... & Cordioli, A. V. (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 562-568.
- Maj, M., Okasha, A., Sartorius, N., & Zohar, J. (Eds.). (2000). *Obsessive-compulsive disorder (Vol. 8)*. Wiley.
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Cherkas, L., Harris, J., Keuthen, N., & Mataix-Cols, D. (2012). Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 159(5), 605-610.
- Neziroğlu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A., & Jacofsky, M. (2008). Skin picking phenomenology and severity comparison. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 10(4), 306.
- O'sullivan, R. L., Phillips, K. A., Keuthen, N. J., & Wilhelm, S. (1999). Near-fatal skin picking from delusional body dysmorphic disorder responsive to fluvoxamine. *Psychosomatics*, 40(1), 79-81.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2007). Childhood-onset pathologic skin picking: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Comprehensive psychiatry*, 48(4), 388-393.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008). Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 57-63.

- Odlaug, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R., Christenson, G., Derbyshire, K., & Grant, J. E. (2013). Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *General hospital psychiatry*, 35(2), 168-173.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A. H., El Dawla, A. S., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive psychiatry*, 35(3), 191-197.
- Olatunji, B.O., Sawchuk, C.N., Arrindell, W.A. ve Lohr, J.M. (2005). Disgust sensitivity as a mediator of the sex differences in contamination fears. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 713-722.
- Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları Ve Tedavisi*.
- Özerdem, A. (1998). Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1(2), 98-102.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları (11. bs.)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk O., Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, Ankara.
- Phillips, K. A., & Taub, S. L. (1995). Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology Bulletin*.
- Prochwiez, K., Kałużna-Wielobób, A., & Kłosowska, J. (2016). Skin picking in a non-clinical sample of young Polish adults. Prevalence and characteristics. *Comprehensive psychiatry*, 71, 77-85.
- Ricketts EJ, Snorrason Í, Kircanski K ve ark. (2018) A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. *Compr Psychiatry* 87:46-52.
- Rose, J., Roman, N., Mwaba, K., & Ismail, K. (2018). The relationship between parenting and internalizing behaviours of children: A systematic review. *Early Child Development and Care*, 188(10), 1468-1486.
- Rosenbaum, M. S., & Ayllon, T. (1981). The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal. *Behaviour research and therapy*, 19(4), 313-318.
- Schuck, K., Keijsers, G. P., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 11-17.
- Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Manicavasagar, V., & Blaszczyński, A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 159(6), 835-841.
- Simeon, D., Stein, D. J., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *The Journal of clinical psychiatry*, 58(8), 341-347.

- Simeon, D., Stein, D. J., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *The Journal of clinical psychiatry*, 58(8), 341-347.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 395-404.
- Snorrason, I., Belleau, E. L., & Woods, D. W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical psychology review*, 32(7), 618-629..
- Snorrason, Í., Smari, J., & Olafsson, R. P. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(3), 238-245.
- Stein, D. J., Garner, J. P., Keuthen, N. J., Franklin, M. E., Walkup, J. T., & Woods, D. W. (2007). Trichotillomania, stereotypic movement disorder, and related disorders. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 301-302.
- Stein, D. J., Hollander, E., & Rothbaum, B. O. (Eds.). (2010). *Textbook of anxiety disorders*. American Psychiatric Pub..
- Stein, D. J., Hutt, C. S., Spitz, J. L., & Hollander, E. (1993). Compulsive picking and obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Stone, M. H. (1997). *Healing the mind: A history of psychiatry from antiquity to the present*. WW Norton & Company.
- Sümer, A. S. (2008). Farklı öz-anlayış (self-compassion) düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon anksiyete ve stresin değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Tan O. (2016). *Takıntılar*. (14. baskı). İstanbul, Timaş Yayınları.
- Teng, E. J., Woods, D. W., Twohig, M. P., & Marcks, B. A. (2002). Body-focused repetitive behavior problems: Prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behavior Modification*, 26(3), 340-360.
- Tezcan, A. E. (2011). *Depresyonda*. Ankara, Elma Yayınevi
- Torresan, R. C., de Abreu Ramos-Cerqueira, A. T., de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 63-69.

- Tucker, B. T., Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, S. A., & Franklin, M. E. (2011). The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 88-95.
- Tükel R. (2000). *Anksiyete Bozuklukları*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s.56.
- Tükel R., Demet MM. (2017). *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., & Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 362-366.
- Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H. ve Söhmen, T. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbiditesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 86-91
- Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.
- Ünsal, C. (2007). “Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu ve QT Dispersiyonu”, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Veale, D. & Willson, R. (2017). *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. (Çev. N. Yener). İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık
- Walther, M. R., Flessner, C. A., Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2009). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 127-135.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., ... & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(7), 454.
- Williams, M. T., Slimowicz, J., Tellawi, G., & Wetterneck, C. (2014). Sexual orientation symptoms in obsessive compulsive disorder: Assessment and treatment with cognitive behavioral therapy. *Directions in Psychiatry*.
- Yakup, I. Ş. I. K., & ÇELİK, E. Ergenlerde Psikolojik Sağlamlığın Sosyal Dışlanma, Sosyal Kaygı, Cinsiyet ve Sınıf Düzeyi Açısından İncelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(28), 1-1.
- Yeo, S. K., & Lee, W. K. (2017). The relationship between adolescents' academic stress, impulsivity, anxiety, and skin picking behavior. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 111-114.

Zayman, E. (2016). DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk.

Zohar, J. (Ed.). (2012). Obsessive compulsive disorder: Current science and clinical practice. John Wiley & Sons.



EKLER

EK-A: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

RUMUZ:

• Yaş:

• Cinsiyet : Kadın Erkek

• İş durumunuz:

• Öğrenciyim

• Bir işte çalışıyorum

• Hem çalışıyorum hem öğrenciyim

• Şu an işsizim

• Medeni durum : a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul

• Anne ve babanızın birliktelik durumu

• Evli

• Resmi olarak boşandılar

• Boşanmasalar da ayrı yaşıyorlar

• Annem vefat etti: evet hayır

• Babam vefat etti: evet hayır

• Kaç kardeşiniz:

• Daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek aldınız mı?

• Evet

• Hayır

• Şimdiye kadar Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu) tanısı aldınız mı?

• Evet

• Hayır

• Şimdiye kadar herhangi bir Anksiyete Bozukluğu (Kaygı Bozukluğu)(yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk, özgül fobi) tanısı aldınız mı?

• Hayır

• Evet : a) Panik Bozukluk b)Yaygın anksiyete bozukluğu c)Sosyal fobi d)Özgül fobi

• Hayatınızda unutamadığınız, sizi çok derinden etkileyen travmatik bir olay(sizin ya da aile üyelerinizi ya da çok yakın dostlarınızın yaşamını tehdit eden bir olay-trafik kazası-şiddetli deprem-gasp-yaralanma-silahla vurulma- tecavüz gibi) yaşadınız mı ya da böyle bir olaya tanık oldunuz mu?

• Evet

• Hayır

• Derinizi-cildinizi yolma alışkanlığınız var mıdır? (yara kabuklarını yolma, yüz derisini, parmak derilerini yolma, dudağı soyma, cildi kazıma vb)

• Evet

• Hayır

- Derinizi-cildinizi yolma alışkanlığınız varsa bunu ne zamanlar yapıyorsunuz?
- Farkında bile değilim otomatik bir şekilde yoluyorum
- Mutsuz-gergin-sinirli anlarımda yoluyorum sadece
- Ruh halim fark etmeksizin yolduktan bir şekilde keyif-haz alıyorum, farkındayım ama durduramıyorum.
- Bazen farkında olmadan otomatik olarak yoluyorum bazen farkındayım kendimi durduramıyorum.

- Ailenizde derisini-cildini yolan biri var mı?
- Evet
- Hayır
- Ailenizde Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu) veya herhangi bir Anksiyete Bozukluğu (Kaygı Bozukluğu)(yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk, özgül fobi) tanısı almış bir aile bireyi var mı?
- Evet
- Hayır

EK-B: PADUA ENVANTERİ

Padua Envanteri

20	Doğru bir Şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21	Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak snduğunden emin olana kadar geri dönüp bakarm.	0	1	2	3	4
22	Elime para aldığım zaman, st üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
23	Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
24	önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
25	özellikle benimle ilgili önemli konular konuŖulurken, bir Şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
26	Bir Şeyleri özenli bir Şekilde yapsam bile, hl yaptđım iŖi kötü yaptđım veya eksik bıraktđım izlenimini içimde taŖırım.	0	1	2	3	4
27	Yaptđım Őeylerin pek çoğuna iliŖkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
28	Belirli Şeyler üzerinde dŖnmeye baŖladđımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
29	Kendi isteğim dıŖında, hoŖa gitmeyen dŖnceler aklıma geir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
30	Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
31	Dalgalığımın veya yaptđım küçük hataların felket sonuçlar doğuracağını dŖnrm.	0	1	2	3	4
32	Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya baŖlarım.	0	1	2	3	4
33	önemsiz sayılan tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
34	Bir dŖnce veya Ŗphe aldđma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu Şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
35	Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici Şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
36	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aŖađıya baktđım zaman, kendimi boŖluđa bırakacakmıŖ gibi hissederim.	0	1	2	3	4
37	YaklaŖan bir tren grdğim zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi dŖnrm.	0	1	2	3	4
38	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir Őeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
39	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve Ŗiddet içeren dŖncelere sürükler.	0	1	2	3	4
40	Bklann, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41	Bazen sebepsiz yere bir Şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyaı hissederim.	0	1	2	3	4

EK-B: PADUA ENVANTERİ

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

Aşağıdaki ifadeler, hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

No	Hk	Çok az	Çok	Foarte çok	Ayrı
1 Paraya dokunduğumda ellerimi kirlemiş hissedirim	0	1	2	3	4
2 Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar, vb. gibi) Hafif bir temasta bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğini düşünürüm.	0	1	2	3	4
3 Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4 Çöpe veya kirliliğe dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5 Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6 Bulayıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7 Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8 Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kaptağımı düşünerek derhal yıkarım veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
9 Bir şeye dokunduğumda "mikrop kaptağım" düşünerek, derhal yıkarım veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10 Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirliliğe hissedim ve derhal yıkanmam veya üstündeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4

11 Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebileceğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12 Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
13 Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
14 Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
15 Belirli sayıları nedeniz yere tekrarlamak zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
16 Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17 Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
18 Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
19 Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4

EK-C: DERİ YOLMA ÖLÇEĞİ (SICKING PICKING SCALE-REVISED)

Aşağıdaki sorular için geçen haftayı en iyi tanımlayanı seçin. Bazen yükselmeler bazen azalmalar oluyorsa geçen hafta için ortalama bir oran seçin. Lütfen seçim yapmadan önce her şikkı okuduğunuzdan emin olun.

- Derinizi ne sıklıkta yolma isteğiniz/dürtünüz olur?
- Hiç
- hafif, nadiren günde/1 saatten az deri yolma isteğim/dürtüm olur
- orta derecede, sıklıkla deri yolmak için bir isteğim/dürtüm olur, 1-3 saat/günde
- şiddetli, oldukça sık olarak deri yolmak için isteğim/dürtüm olur, 3 ila 8 saat/günde
- aşırı, sürekli olarak veya neredeyse her zaman deri yolmak için isteğim/dürtüm olur.
- Derinizi yolma isteği/dürtüsü ne kadar yoğun ve güçlü olur?
 - çok az ya da hiç
 - derecede
 - hafif orta derecede
 - şiddetli
 - aşırı yoğun
- Derinizi yolmak için bir günde ne kadar vakit harcarsınız?
 - Hiç
 - Az, günde 1 saatten az veya nadiren deri yolma
 - Orta, 1-3 saat/gün, sık deri yolma
 - Şiddetli, günde 3 ila 8 saat arası, veya çok sık deri yolma
 - Aşırı, günde 8 saatten fazla, veya neredeyse sürekli

- Deri yolma davranışınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var? Ne dereceye kadar kendinizi deri yolduktan alıkoyabilirsiniz?
 - Tam kontrol. Kendimi her zaman durdurabilirim
 - İyi kontrol. Genellikle kendimi durdurabilirim
 - Biraz kontrol. Bazen kendimi durdurabilirim
 - Çok az kontrol. Nadiren kendimi durdurabilirim
 - Hiç kontrolüm yok. Kendimi hiçbir zaman durduramam.
- Derinizi yolduğunuz için duygusal olarak ne kadar sıkıntı (kaygı-endişe, hayal kırıklığı, mutsuzluk, umutsuzluk, düşük öz-saygı) yaşarsınız?
 - Herhangi duygusal bir sıkıntı yaşamam.
 - Hafif, sadece hafif bir duygusal sıkıntı, nadiren ve düşük dereceye kadar duygusal sıkıntı yaşarım derimi yolduğum için
 - Orta derecede, bir miktar duygusal sıkıntı yaşarım. Sıklıkla derimi yolduğum için duygusal sıkıntı hissedirim.
 - Şiddetli, büyük bir derecede duygusal sıkıntı. Hemen her zaman duygusal sıkıntı yaşarım derimi yolduğum için
 - Aşırı, sürekli duygusal sıkıntım var. Sürekli, olarak duygusal sıkıntı yaşarım ve değişmesi için hiç umudum yok.
- Deri yolma davranışınız sosyal ve iş hayatınızı ne kadar etkiliyor? (çalışmıyorsanız da şu an için, çalışıyor olsaydınız ne kadar etkilerdi performansınızı?)
 - Hiç
 - Hafif derecede etkiler ama genel performansım çok bozulmaz
 - Orta derecede, sosyal ve iş performansımı kesinlikle etkilerdi ama halen baş edilebilecek düzeyde olur.
 - Şiddetli, iş ve sosyal performansta önemli derecede bozulmaya neden olur.
 - Aşırı, tamamen herhangi bir iş yapamaz haldeyim.

- Deri yolma davranışınızdan ötürü bir şeyi yapmaktan, bir yere gitmekten veya bir kişi ile görüşmekten kaçındığınız olur mu? Eğer evet ise ne kadar kaçınırsınız?
 - Hiç kaçınmam.
 - Hafif derecede, nadiren sosyal ve iş ortamlarından kaçınırım
 - Orta derecede, sıklıkla sosyal ve iş ortamlarından kaçınırım
 - Şiddetli derecede, oldukça sık olarak sosyal ve iş ortamlarından kaçınırım
 - Aşırı derecede, derimi yolduğum için tüm sosyal ve iş ortamlarından kaçınırım
- Deri yolma davranışınızdan ötürü cildinizde ne kadar hasar/yaralanma var? Sadece deri yolma davranışınızın sonucu olan yaralanma/hasarları baz alın.
 - Hiç (deri yolma ile ilgili hiçbir cilt hasarım yok)
 - Hafif, hafif derecede kabuklar, yaralar, sıyrıklar vb. hasar küçük bir alanı kaplıyor ve hasarı kapatmak için herhangi bir girişim yok.
 - Orta, fark edilebilir kabuklar, yaralar, sıyrıklar, çapı 1 cm'den küçük, hasarlar için kişi evdeki malzemelerle (bandaj, krem, fondöten gibi) hasarı örtme gereği duyar, doktor yardımına gerek yoktur.
 - Şiddetli, büyük kabuklar, yaralar, sıyrıklar, çapı 1 cm.'den büyük, enfekte cilt alanları. Kişi sürekli hasarlı alanları kapatır, bazen tıbbi personelden yardım gerekir (antibiyotik, cilt düzeltmesi)
 - Aşırı, büyük açık yaralar, kraterler, sık kanamalar, skar dokuları. Hasar tıbbi müdahale gerektirir. (plastik cerrahi, dikiş atılması, hastaneye yatış.)

EK-D: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX - I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

EK-D: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX - 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

