

T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**GÖRÜNÜR DERİ LEZYONU BULUNAN VE BULUNMAYAN YETİŞKİN  
BİREYLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON, KÜMÜLATİF TRAVMA,  
SUÇLULUK VE UTAÇ DUYGULARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Beste SÖZEN**

**Psikoloji Ana Bilim Dalı**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**OCAK 2023**

T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**GÖRÜNÜR DERİ LEZYONU BULUNAN VE BULUNMAYAN YETİŞKİN  
BİREYLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON, KÜMÜLATİF TRAVMA,  
SUÇLULUK VE UTAŇ DUYGULARI AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Beste SÖZEN  
(191287003)**

**Psikoloji Ana Bilim Dalı**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN**

**OCAK 2023**



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

**Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi**

Enstitümüz Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı (191287003) numaralı öğrencisi Beste Sözen'in "Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Yetişkin Bireylerin Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duyguları Açısından Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması, 25.01.2023 tarihinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Öğretim Üyesi Adı Soyadı**

- 1) Tez Danışmanı:** Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN
- 2) Jüri Üyesi:** Doç. Dr. Fatma Yeşim CAN
- 3) Jüri Üyesi:** Prof. Dr. İlknur ALTUNAY

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Yetişkin Bireylerin Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duyguları Açısından Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (25/01/2023)

Beste SÖZEN



## ÖNSÖZ

Tez çalışmamda bilgi birikimi ve tecrübesiyle desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Fatma Sibel Mercan'a ve dermatoloji alanı ile ilgili sorularımı içtenlikle yanıtlayan Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay'a teşekkürlerimi iletiyorum.

Daima yanımda olan ve elimden tutan başta annem Emine Sözen ve babam Mehmet Emin Sözen olmak üzere tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum. Sizler bu yolda benim en büyük destekçilerim ve neşe kaynağım oldunuz. Ayrıca zorlandığım her an yanında sakinleşebildiğim, huzur bulduğum, beraber gülebildiğim bütün dostlarıma ve sevdiklerime teşekkür ederim.

Son olarak çalışmamın her safhasına tanıklık etmiş, bilgisayarımın başında uyuklasa da beni asla yalnız bırakmayan biricik kedim Yoldaş'a teşekkürlerimi iletiyorum.

Ocak 2023

Beste SÖZEN

---

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR .....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT .....	xii
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	3
1.2 Araştırmanın Problemi .....	4
1.3 Araştırmanın Hipotezleri .....	4
1.4. Araştırmanın Alt Hipotezleri .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
2.1 Derinin Yapısı .....	6
2.1.1. Psikosomatik Görüş .....	7
2.1.2 Deri Lezyonu ve Psikodermatoloji .....	9
2.2 Kümülatif Travma .....	11
2.2.1 Travma .....	11
2.2.2 Kümülatif Travma Tanımı .....	13
2.3 Depresyonun Tanımı ve Kuramsal Bakış Açıları .....	14
2.4 Anksiyete .....	16
2.5 Suçluluk ve Utanç .....	18
<b>3. YÖNTEM .....</b>	<b>20</b>
3.1 Araştırmanın Modeli .....	20
3.2 Evren ve Örneklem.....	20
3.3 Veri Toplama Araçları.....	21
3.3.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu .....	21
3.3.2 Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD) .....	21
3.3.3 Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖK-K) .....	22
3.3.4 Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ) .....	22
3.4 Verilerin Analizi.....	22
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1 Ölçeklere Ait Normallik ve Güvenirlik Analizlerine Dair Bulgular .....	24
4.2 Katılımcıların Genel Yapısına Ait Bulgular .....	25
4.3 Deri Lezyonlarının Gruplandırılması ve Tutulum Yerine Ait Bulgular .....	27
4.4 Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	28

4.5. Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi .....	29
4.6 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Psikiyatrik Rahatsızlık Değişkenine Göre İncelenmesi .....	30
4.7 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyon Dışında Fiziksel Rahatsızlık Değişkenine Göre İncelenmesi .....	31
4.8 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyon Sebebiyle Sosyal Çevre Tarafından İstenmeme/Dışlanma Değişkenine Göre İncelenmesi .....	32
4.9 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi .....	33
4.10 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Medeni Hal Değişkenine Göre İncelenmesi .....	35
4.11 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi .....	36
4.12 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Gelir Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi .....	38
4.13 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyonun Gündelik Hayata Etkisi Değişkenine Göre İncelenmesi .....	40
4.14 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Estetik Rahatsızlık Değişkenine Göre İncelenmesi .....	43
4.15 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyonun İsmi Değişkenine Göre İncelenmesi .....	45
4.16. Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyonun Tutulum Yeri Değişkenine Göre İncelenmesi .....	48
4.17 Deri Lezyonu Olan Bireylerin Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular .....	50
4.18 Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duygusu Düzeylerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi Üzerine Bulgular .....	51
4.19 Hipotezlerin Kabulü/Reddi .....	52
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>54</b>
5.1. Görünür deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Dair Bulguların İrdelenmesi .....	54

5.2 Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duygu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi.....	60
5.3 Görünür Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duygu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İrdelenmesine Dair Sonuçlar .....	62
<b>6. ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>72</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>91</b>





## KISALTMALAR

<b>AdjR<sup>2</sup></b>	: Düzeltilmiş Determinasyon Katsayısı
<b>Akt.</b>	: Aktaran
<b>Ark.</b>	: Arkadaşlar
<b>F</b>	: F İstatistiği
<b>GA</b>	: Gruplar arası
<b>Gİ</b>	: Grup içi
<b>HAD</b>	: Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği
<b>KT</b>	: Kareler Toplamı
<b>KO</b>	: Kareler Ortalaması
<b>KTÖK-K</b>	: Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form
<b>N</b>	: Gözlem Sayısı
<b>Ort.</b>	: Ortalama
<b>P</b>	: p Değeri
<b>R<sup>2</sup></b>	: Determinasyon Katsayısı
<b>SH</b>	: Standart Hata
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>Std. B</b>	: Standardize beta
<b>Std. Olm. B</b>	: Standardize Olmayan Beta
<b>SUTO</b>	: Suçluluk-Utanç Ölçeği
<b>T</b>	: T-test istatistiği
<b>SD</b>	: Serbestlik Derecesi
<b>Var. K.</b>	: Varyansın Kaynağı

## TABLO LİSTESİ

	Sayfa
<b>Tablo 4.1:</b> Ölçek Bilgileri, Normallik Analizi ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları ....	24
<b>Tablo 4.2:</b> Sosyo-demografik Bilgiler Tablosu .....	25
<b>Tablo 4.3:</b> Deri Lezyonları Frekans Analizi Tablosu .....	27
<b>Tablo 4.4:</b> Lezyon Yeri Frekans Analizi Tablosu.....	27
<b>Tablo 4.5:</b> Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Göre Deri Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu .....	28
<b>Tablo 4.6:</b> Suçluluk-Utanç Ölçeğine Göre Deri Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu .....	28
<b>Tablo 4.7:</b> Kümülatif Travma Ölçeğine Göre Deri Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu.....	28
<b>Tablo 4.8:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu.....	29
<b>Tablo 4.9:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Psikiyatrik Rahatsızlık Değişkeni T-Test Tablosu.....	30
<b>Tablo 4.10:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyon Dışında Fiziksel Rahatsızlık Değişkeni T-Test Tablosu.....	31
<b>Tablo 4.11:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyon Sebebiyle Sosyal Çevre Tarafından İstenmeme/Dışlanma Değişkeni T-Test Tablosu .....	32
<b>Tablo 4.12:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Çalışma Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi .....	33
<b>Tablo 4.13:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Medeni Hal Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi.....	35
<b>Tablo 4.14:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi.....	36
<b>Tablo 4.15:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Gelir Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi ..	38
<b>Tablo 4.16:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Gündelik Hayata Etki Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi.....	40
<b>Tablo 4.17:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Estetik Rahatsızlık Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi.....	43
<b>Tablo 4.18:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Dermatit Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu .....	45
<b>Tablo 4.19:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Vitiligo Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu .....	46

<b>Tablo 4.20:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Yara, Yanık, Leke Lezyonu Değişkeni Mann Whitney-u Tablosu.....	47
<b>Tablo 4.21:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Ellerde Olması Değişkeni T-Test Tablosu .	48
<b>Tablo 4.22:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Ayaklarda Olması Değişkeni T-Test Tablosu .....	49
<b>Tablo 4.23:</b> Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerinin Korelasyon Analizi Tablosu.....	50
<b>Tablo 4.24:</b> Kümülatif Travma Ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçeği Puanlarının Hastane Anksiyete-Depresyon Puanlarını Yordayıcılığının İncelenmesi	51



# GÖRÜNÜR DERİ LEZYONU BULUNAN VE BULUNMAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN ANKSİYETE, DEPRESYON, KÜMÜLATİF TRAVMA, SUÇLULUK VE UTANÇ DUYGULARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı; görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duyguları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmada görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerle herhangi bir deri lezyonu bulunmayan bireyler kümülatif travma, anksiyete, depresyon, suçluluk ve utanç duyguları açısından karşılaştırılmıştır. Araştırma örnekleminin 458'ini deri lezyonu bulunan, 303'ünü ise deri lezyonu bulunmayan katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmada, veri toplama araçları “Sosyo-demografik Bilgi Formu”, “Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD)”, “Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖK-K)” ve “Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ)” olarak belirlenmiştir. Çalışmada bağımsız iki örneklem t-test, one way anova, Kruskalwallis-h, Mannwhitney-u fark analizleri, Pearson korelasyon ve basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analizler alfa=0.05 düzeyinde incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; deri lezyonu bulunan katılımcıların anksiyete düzeyi ile depresyon, utanç ve kümülatif travma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Aynı zamanda araştırmada deri lezyonlu katılımcıların depresyon düzeyi ile utanç duygusu düzeyi ve kümülatif travma düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmüştür. Bununla beraber; deri lezyonu bulunan katılımcıların deri lezyonu bulunmayan katılımcılara göre anksiyete düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak deri lezyonu olan bireyler ve kontrol grubu arasında depresyon, suçluluk, utanç ve kümülatif travma değişkenleri açısından anlamlı bir fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Deri lezyonlu katılımcıların anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygusu düzeyinin; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, çalışma durumu, deri lezyonunun sınıfı, lezyonun tutulum yeri, deri lezyonunun gündelik hayata etkileri, lezyondan estetik rahatsızlık duyma, lezyona bağlı damgalanma, psikiyatrik eşanı, deri lezyonuna ek fiziksel rahatsızlık değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Kümülatif travma, utanç duygusu ve sosyo-demografik değişkenlerin anksiyete ve depresyonun yordayıcıları olduğu bulgusuna erişilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** *Deri lezyonu, Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk, Utanç*

## **ASSESSMENT OF ADULT WITH AND WITHOUT SKIN LESION IN REGARDS TO ANXIETY, DEPRESSION, CUMULATIVE TRAUMA, SHAME AND GUILT**

### **ABSTRACT**

The purpose of this research is to investigate the relationship between anxiety, depression, cumulative trauma, guilt, and shame levels in adults with visible skin lesions. In this study, adult individuals with visible skin lesions and individuals without any skin lesions were compared in terms of cumulative trauma, anxiety, depression, feelings of guilt, and shame. The sample of this study consists of 458 participants with skin lesions and 303 participants without skin lesions. In this research, data collection tools were determined as “Socio-demographic Information Form”, “Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)”, “Cumulative Trauma Scale-Short Form (CTS-S)”, “Guilt and Shame Scale (GSS)”. In this study, independent two-sample t-test, one-way anova, Kruskalwallis-h, Mann-Whitney-u difference analyses, Pearson correlation, and simple linear regression analysis were performed. Analyzes were performed at alpha=0.05 level. According to the research results; it was found that there was a significant relationship between the anxiety level of the participants with skin lesions and the levels of depression, shame, and cumulative trauma. At the same time, in the study, it was observed that there was a positive and significant relationship between the depression level of the participants with skin lesions, the level of shame, and the cumulative trauma level. With this, it was determined that the anxiety level of the participants with skin lesions was significantly higher than the participants without skin lesions. However, there was no significant difference between individuals with skin lesions and the control group in terms of depression, guilt, shame, and cumulative trauma variables. It was seen that the anxiety, depression, cumulative trauma, guilt, and shame levels of the participants with skin lesions differed significantly according to age, gender, marital status, education level, employment status, class of skin lesion, the place of involvement of the lesion, the effects of the skin lesion on daily life, aesthetic discomfort from the lesion, stigma due to the lesion, psychiatric comorbidity and physical discomfort in addition to the skin lesion variables. It has been found that cumulative trauma, shame, and socio-demographic variables are predictors of anxiety and depression.

**Keywords:** *Skin lesion, Anxiety, Depression, Cumulative Trauma, Guilt, Shame*

## 1. GİRİŞ

Fizyolojik ve ruhsal anlamda bir organdan fazlasını ifade eden deri, bizim için hayati öneme sahiptir. Anzieu, deriyi ruhumuzun aynası olarak görür. Ona göre deri, paradoksları bünyesinde barındırır; sağlam olduğu kadar kırılgan, narsistik olduğu kadar libidinal, haz verdiği kadar acı veren, geçişsellik konumuna sahip bir organdır. İçe ait olanla dışa ait olanı birbirine bağlayan bir ara yüzdür (Anzieu, 1995/2008).

Cildimiz, çevremiz ile kurduğumuz ilişkide başat bir role sahiptir. Dış dünya tarafından fark edilmemiz ve dış dünyayı algılayış biçimimiz, temelde cilt yüzeyi tarafından sağlanır. Cildin bu özelliği görülebilir ve dokunulabilir bir organ olması ile bağlantılıdır. Bizi hayal kırıklığına uğratan, başarısızlığa sürükleyen ve iğrenilen bir deri yüzeyi, onun üzerinde gittikçe artan takıntılı bir uğraşıya dönüşebilir ve bu yolla kişi cilt yüzeyine yabancılaşabilir. Bunun sonucu olarak da cerrahi işlemlerle cildin deformasyonuna çareler aramak, kozmetik ürünlere başvurmak, takı, piercing ve dövmelele cildi değişime ve dönüşüme uğratma girişimleri hem bireylerin arzuladığı hem de tüketim toplumunun pompaladığı bir endüstri haline gelmiştir. Yine de derimiz tüm bu girişimlere direnç gösterir. Cildi olmadığı bir şekilde sokma çabaları sonucunda deri kızarır, morarır ve hatta cilt dokusunda skar oluşumları ortaya çıkabilir (Lafrance, 2018).

Dermatolojik hastalıklar, tutulum bölgesi ve türüne göre çeşitlilik göstermekle beraber; pek çok ruhsal bozuklukla ilişki içerisinde. Yapılan alanyazın taraması neticesinde deri hastalığı bulunan kişilerin anksiyete, depresyon ve travmatik yaşantı düzeylerinin yüksek olduğu ve bu kavramların birbiriyle ilişkisinin bulunduğu görülmüştür (Ermertcan ve ark., 2004; Özten ve ark., 2015; Sesliokuyucu ve ark., 2017). Örneğin dermatoloji kliniğine başvuran egzama, ürtiker, pruritik dermatozlar, behçet hastalığı, psöriasis gibi deri hastalığı tanısı almış katılımcılarla yapılan bir çalışmada; hastaların %40.9'unun depresyon, %9.1'inin başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ve yine %9.1'inin obsesif kompulsif bozukluk tanısı aldığı görülmüştür (Ermertcan ve ark., 2004).

Travma, doğal veya doğal olmayan yollarla meydana gelmiş felaketlerin sonucunda kişiyi ürküten, dehşete düşüren ve çaresizlik hissi ortaya çıkaran psikolojik, bedensel, davranışsal ve sosyal etkileri bulunan örseleyici bir spektrum olarak tanımlanabilir (Doğru, 2019). Alanyazın incelendiğinde; deri hastalarının çocukluk çağı travması ve travma sonrası stres belirtileri gibi travmatik yaşantılarına dair araştırmaların bulunduğu görölmüş, ancak; deri lezyonu bulunan bireylerin birikimli travma düzeylerini belirlemek adına yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla beraber; görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma ve suçluluk-utanç duygularını bir arada inceleyen nicel bir çalışma bulunmamaktadır.

Literatürde travmatik yaşantıların suçluluk ve utanç duyguları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte suçluluk ve utanç duygularının somatizasyon ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar da bulunmaktadır (Kourt, 2011; Gerdan & Kurt, 2020). Bunun yanı sıra travmatik yaşam olaylarının depresyon ile ilişkisini yordayan çalışmalar alanyazında mevcuttur. Örneğin; Marmara Depremi sonrası travmatik ruhsal yaşantılara maruz kalan, Yalova bölgesinde hayatlarını sürdüren 190 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada cinsiyet, eğitim, göçük altında kalma, maddi kayıplar ve yakınların kaybı gibi değişkenler incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları kadınların travma sonrası gelişim düzeylerinin erkeklere oranla fazla olduğunu, binada çökme, göçükte kalma ve sosyal desteğin az olmasının travma sonrası olumlu gelişim düzeyinde azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca araştırmada depremden etkilenen bireylerin sosyal destek düzeyindeki azalış ile travma sonrası gelişim düzeyindeki azalış ve depresyon düzeyindeki artış arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Güven, 2010). Yapılan bu çalışma ruhsal travma yaratabilecek bir doğal afetin etkileriyle birlikte sosyal desteğe erişimi az olan bireylerin depresyon geliştirmeye daha yatkın olabileceğini göstermektedir.

Araştırmada deri lezyonlu yetişkin bireylerin suçluluk ve utanç duygularının kümülatif travma düzeyi ile anksiyete-depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi etkileyen bir faktör olacağı düşünülmektedir. Kümülatif travmaya maruz kalan deri lezyonlu bireylerin suçluluk ve utanç duygularını deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireylere göre daha fazla yaşadığı ve buna bağlı olarak kaygı ve depresyonu daha fazla deneyimleyebilecekleri öngörülmektedir. Literatürde travmatik yaşantıların suçluluk ve utanç duyguları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin;

çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, dissosiyatif yaşantıların artışı ile suçluluk duygusunun azaldığı bulgusu elde edilmiş, alt boyutlar açısından bakıldığında ise duygusal ihmalin artışının utancı azalttığı görülmüştür (Kourt, 2011). Yapılan bu çalışma travmatik yaşantılar ile olumsuz olarak değerlendirilen suçluluk ve utanç duyguları arasında negatif bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Bunun yanı sıra suçluluk ve utanç duygularının somatizasyon ile ilişkinin incelendiği çalışmalara da rastlanmıştır. Örneğin; Somatik belirtiler, bağlanma stilleri ve suçluluk-utanç duyguları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmanın sonucunda hem suçluluk hem de utanç duygusunun somatizasyon ile ilişkili olduğu görülmüş, özellikle utanç duygusunun somatizasyonun dikkate değer bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan çalışma kadınların somatizasyon ve suçluluk-utanç düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Gerdan & Kurt, 2020).

Araştırmada deri lezyonu bulunan ve deri lezyonu bulunmayan bireyler anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duyguları bağlamında ele alınacaktır. Bununla birlikte deri lezyonu olan katılımcıların anksiyete, depresyon, kümülatif travma suçluluk ve utanç duyguları ve bu değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisi irdelenecek, değişkenler sosyo-demografik veriler ışığında ele alınacaktır.

### **1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Araştırmanın yapılmasının amacı görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygu düzeylerinin arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca; görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin kümülatif travma, anksiyete, depresyon, suçluluk ve utanç duyguları açısından deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler ile karşılaştırılması da çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

Alanyazın incelendiğinde; deri hastalarının çocukluk çağı travması ve travma sonrası stres belirtileri gibi travmatik yaşantılarına dair araştırmaların bulunduğu görülmüş, ancak; deri hastalarının kümülatif travma düzeylerini belirlemek adına yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde deri lezyonu bulunan bireylerin sosyo-demografik özellikler bağlamında irdelendiği çalışmalarda ele alınan demografik değişkenlerin oldukça sınırlı olduğu gözlenmiştir. Bununla beraber deri hastalarının anksiyete, depresyon, kümülatif travma ve suçluluk-utanç duygularını



bir arada inceleyen nicel bir çalışmanın bulunmayışı nedeniyle yapılacak araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2 Araştırmanın Problemi**

Bu araştırmada şu sorulara cevap aranması hedeflenmiştir: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile aktif deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında kümülatif travma, anksiyete, depresyon, suçluluk ve utanç duyguları açısından istatistiksel anlamda farklılıklar bulunmakta mıdır? Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin kümülatif travma yaşantısının varlığı ve düzeyi ile suçluluk ve utanç duygu düzeyleri, deri lezyonlu kimselerin anksiyete ve depresyon düzeylerini yordamakta mıdır? Sosyo demografik değişkenlere göre görünür deri lezyonu bulunan bireylerde kümülatif travma, anksiyete, depresyon, suçluluk ve utanç duygusu düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?

## **1.3 Araştırmanın Hipotezleri**

**H1:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyi ile kümülatif travma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H2:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyi ile suçluluk ve utanç düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H3:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde kümülatif travma düzeyi ile suçluluk ve utanç düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H4:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç düzeylerinde demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

## **1.4. Araştırmanın Alt Hipotezleri**

**H5:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında anksiyete ve depresyon düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.

**H6:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında kümülatif travma düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.

**H7:** Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında suçluluk ve utanç düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Derinin Yapısı

Deri hayati öneme sahip kompleks bir organdır. Diğer bütün organları bünyesinde barındırır ve bir arada tutar. Görme, duyma, tat alma, koklama duyu organlarımız olmadan hayatta kalabiliriz ancak derinin büyük bir kısmının bir aradalığı olmadan yaşama devam etmek olanaksızdır. Deri yaş, cinsiyet, etnik köken gibi maddi özelliklerin bilgisini verirken; renginde, dokusunda, kusurlarında, kullanılan cilt bakım ürünleri ve geçirilen cerrahi operasyonlar nezdinde ruhsal yapılanmaya dair birtakım bilgileri barındıran duyu organıdır. Hem vücutla hem de ruhsal yapıyla yakından alakadar olan deri, pek çok fonksiyona sahiptir. Acı, utanç, haz, öfke, korku, sıcak ve soğuk gibi ruhsal ve bedensel duyumların zuhur ettiği bir örtüdür. Vücudun en büyük ve en ağır parçasını oluşturan derinin sürdürülebilir ve bilimsel bir şekilde ele alınışı yakın bir zamana tekabül etmektedir. (Anzieu, 1995/2008; Prosser, 2001; Akt. Özpoçraz ve Tamam, 2001; Akt . Mercan ve Altunay; 2006; Lafrance, 2018).

Ogden bebeğinin derisinin özel bir yere sahip olduğundan söz eder. Cildin yüzeyi benliğin oluşum yeridir. Bebek için başat ve yapılandırıcı olan deneyimler cildin yüzeyi boyunca yaşanır. Bedenin yüzeyindeki duyuşal izlenimler iç ve dış, benlik ve öteki arasında set çeken bir deneyime dönüşür. Zaman zaman gerçek; zaman zaman da imgesel bir örtü olarak sınır görevi gören deri, çocuğun kişiliğinin zeminini oluşturur (Akt Lafrance, 2009).

Fransız Psikanalist Didier Anzieu (1995) Freud'un derinin yüzeyine atfettiği önemi formülize ederek 'Deri-Benlik' kavramını oluşturur. Deri-benlik veya deri-ego deri ile ruh arasında paralellik kuran ve birleştiren bir niteliğe sahiptir. Anzieu, derinin ruhsallıktaki rolüne dair birtakım ikilemlerden söz eder: Deri ikircikli biçimde bedeni dışarıdan gelen tehlikelere karşı savunurken aynı zamanda birtakım rahatsızlıkları gözler önüne serer. Bedensel iyi oluşumuzun ve ruhsal yaşantımızın bir ifadesidir. Keyif verir; ancak kederlendirir de. Hem dinginliğin hem de uyarılmanın alanıdır.

Deri tüm bu boyutlar arasında geçişlilik konumuna sahip bir organdır. Bu bağlamda deri iç ile dış arasında duyuların ve tasarımların tamamını barındıran bir sınır görevi görmektedir (Anzieu, 1995).

Fain'e göre ilk nesne (anne) aracılığıyla devreye sokulan (annenin sureti, dokunması, okşaması vs.) yatırımlar ve yatırımın geri çekilmesi arasındaki denge, sınırların oluşmasını önceler. Bu ilk ilişki sayesinde cilt üzerine yapılan libidinalizasyonun niteliği deri bozuklukları nezdinde anlamlandırılması gereken bir öge haline gelmektedir (Akt. Szewc, 2008/2019). İksel ilişkide ebeveynin bebeğin bedenine teması ile cinselleşen bedene yönelik dışarıdan gelen yahut kişinin kendi derisine yaptığı saldırılar bilinçdışı suçluluk ve utanç duygularına işaret etmektedir (Torun, 2022).

### **2.1.1. Psikosomatik Görüş**

Geçmiş yıllardan günümüze hastalık, beden, ruhsal yapı ile alakadar olgular araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Tıp tarihine genel olarak bakıldığında bir tarafta bedenin rahatsızlanmasında veya seyrinde ruhsal olguların etkili olduğu görüşü, diğer tarafta ise; ruhun ve bedenin birbirinden ayrık iki mekanizma olduğu görüşü yer almaktadır. Eski çağlarda bedensel rahatsızlığı olan kimselerin kötü ruhların esareti altında olduğu görüşü yaygındı ve insanlar çeşitli yöntemlerle bu kötü ruhun dışarıya çıkarılması çabası içerisindeydiler (Akt. Karakılıç, 2012).

Antik Yunan dönemine gelindiğinde ise Sokrates ve Hipokrat'ın hastalıklar konusunda bütüncül bir yaklaşım önerisinde buldukları görülmektedir. Hipokrat hastalıkların beden sıvılarındaki oransızlık ile bağlantı olduğu görüşünü savunmuş, hastalıkların doğuşunu beden ile ilişkilendirmiştir. Hastalıkları kategorileştiren Hipokrat; hümanistik bir yaklaşımla hastaların yaşam öykülerini ve kimlik bilgilerini de tedavinin bir parçası haline getirmiştir. (Akt. Karakılıç, 2012; Parman, 2005/2012).

Modern tıp öncesinde filozoflar bedene ve ruha dair birleştirici söylemlerde bulunmuş olsalar da psikosomatik doğuşunu Freud ile ilişkilendirmek yerinde olacaktır. Freud Anna O. vakası üzerinden yaptığı gözlemler ve çıkarımlar ile konversiyon kavramını geliştirmiştir. Konversiyon, bilinçdışı çatışmanın fiziksel belirti olarak kendini göstermesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Psikosomatik hastalıklar ise konversiyon histerisinden farklı bir mekanizma üzerinden hareket

ederek oluşmaktadır. Burada Freud aktüel nevroz ve psikonevroz arasındaki ayrıma dikkat çeker. Güncel nevrozlar, temsil edilemeyen, dile gelmeyen duygulanımların beden vasıtasıyla görünür olmasını ifade eder ve psikosomatik hastanın deneyimi acı çeken bir bedendir (Parman, 2005/2012).

Freud döneminde ve sonrasında psikanalistler psikosomatik hastalıkların gelişimi, seyri üzerine çeşitli kuramlar geliştirmişlerdir. Örneğin Groddeck psikosomatik hastalıkların kökeninde altbenlik olduğunu öne sürmüştür. Bu yaklaşıma göre bedensel rahatsızlıklar, kişiyi daha büyük felaketlerden koruyan, önleyici bir amaca hizmet ederler. Bir başka psikanalist olan Sandor Ferenczi “*Organ Nevrozu*” terimini literatüre kazandırmış ve vücudun bir alanının hastalık ile birlikte libidinalize edilişinden söz etmiştir. Onun öğrencisi olan Franz Alexander, Chicago Okulu’nu kurarak belirli hastalıklar ile belirli kişilik örgütlenmelerini ilişkilendirmiştir (Parman, 2005/2012; İkiz, 2008/2019).

Günümüz psikosomatik kuramlarından ve kuramcılarında oluşan Paris Psikosomatik Okulu 1972 yılında Pierre Marty ve Michel Fain tarafından kurulmuştur ve çalışmalarını halen sürdürmektedir. Marty, Freud’un düşünceleri üzerinden yola çıkarak psikosomatik hastalıklar ile ilgili “*temel depresyon*” ve “*alerjik nesne ilişkisi*” olmak üzere iki önemli kavram ortaya atmıştır. Ona göre, kişi ruhsal çatışmalarını zihinselleştirme aracılığıyla boşaltma imkanı bulamıyorsa somatizasyona başvurur. Burada önbilincin aksamadan çalışıyor olması önem teşkil etmektedir. Önbilinç, bilinç ve bilinçdışı arasında ayırıcı ve sistematize edici bir göreve sahiptir. İyi çalışmadığı durumlarda zihinselleştirme ve buna eşlik eden düşleme potansiyelinde birtakım noksanlıklar meydana gelmektedir (Parman, 2005/2012; İkiz, 2008/2019). Temel depresyonda ise Freud’un aktüel nevrozuna denk düşen ve onu öteki depresyon biçimlerinden kendini suçlama ve yetersizlik hisleri bağlamında ayıran bir nitelik bulunmaktadır. Psikosomatik hastalıklarda görülebilen bu depresyon biçiminde acı ve keder gibi duyguların ve arzunun kısıtlı biçimde dile geldiği ve bedensel belirtilerin ön plana çıktığı nesnesiz bir anksiyete halinden bahsedilir. Kişiyi tümüyle saran çöküntü hissini kesintisiz biçimde devam etmesi kaygının beden yoluyla dışavurumunu zorunlu kılar (Akt. İkiz, 2008/2019).

### 2.1.2 Deri Lezyonu ve Psikodermatoloji

Deride çevresel etkenler (ısı, radyasyon, kimyasal vb.), kişinin kendine zarar verici davranışları, genetik etkenler yahut ruhsal ya da bedensel başka rahatsızlıkların tezahürü olarak türlü lezyonlar meydana gelebilmektedir. Duygusal meselelerin ve kaygılı yaşam hadiselerinin cildimiz üzerindeki etkisi düşünüldüğünde; cilt lezyonlarının ruhsal bir hastalığın hem nedeni hem sonucu hem de eşlikçisi olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte derinin özellikle baş, boyun ve el bölgelerinin daha görünür olması hasebiyle, bu bölgelerde ortaya çıkan lezyonlar sosyal çevreden gelebilecek tepkilerle bir damgalanma kaynağı olabilmektedir. Deri lezyonu bulunan kişi, çevresindeki insanların cildine yönelik değerlendirmelerini ve tepkilerini tarar, mevcut tehditleri algılar. Çevrelerindeki insanların bulaşıcı bir hastalığa sahip olduklarına dair inanç ve iğrenme, deri hastalığı bulunan kişilerde utanç duygusunu ortaya çıkarabilmekte ve hayata bakış açılarını etkileyebilmektedir. Damgalanma tehdidine karşı tetikte olma hali, kişinin ruhsallığında kaygı mekanizmasını geliştiren bir işleve sahip olabilmektedir (Özkaya ve ark, 2015; akt. Zieciak ve ark., 2017 Geniş, 2020 Gieler ve ark., 2020).

Deri ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin sistematik olarak irdelenmesi 1930 ve 1940'ları bulmaktadır. Bu dönemlerde MacKenna dört çeşit kişilik tipinin farklı deri lezyonlarını ortaya çıkarabileceğini ileri sürmüştür. Ona göre ilksel nesne ile kurulan ilişkide sado-mazo çatışmalar derinin yüzeyinde oluşabilecek kaşıntıların sebebi olabilmektedir. Bununla beraber sosyal anksiyete, teşhircilik ve bedene yönelik fobilerde bulunan bilinçdışı çatışmalar deri hastalıklarında da aktif olmaktadır. Bedenin sergileyicisi olarak deri, narsistik gereksinimler ve emniyette olma hissi ile doğrudan ilişki içerisindedir (Mercan, 2010; Akt. Karakılıç, 2012).

Gerard Szwec cilt lezyonlarının bastırılmış ruhsal çatışmanın bedendeki yansıması olduğunu ifade eder. Bununla beraber deri hastalıkları söz konusu olduğunda; psikosomatik olduğu öngörülen hastalığın gerçekte var olup olmadığı, lezyonun bulunduğu alan, semptomların ayırt edici özellikleri ve hastalığın konversiyon mu, organ nevrozu mu yahut duygulanımın dışı vurumu mu olduğu meseleleri gündeme gelmektedir. Bebeğin ebeveynleriyle kurduğu ilksel ilişkinin özellikleri (annenin teması, tutuşu, okşamaları) ve bebeğin bu ilişkiyi nasıl deneyimlediği, cildin yüzeyine yaptığı libidinalizasyonun şekliyle ilgili birtakım bilgiler sağlamaktadır. Bu ilksel temasta, annenin bebeğine dokunmaya dair endişelerinin bulunması, bebeğin

dokunulmaktan hoşlanmamasına neden olabilmektedir ve bebek böyle bir durumda kendi kendini sakinleştirme yollarına başvurur. Böyle bebekler anneyle kurulan ilişki tasarımlarını, annenin temasını, beslemesini, altlarını almasını kabul etmezler. Bu noktada hem deri hastalıklarının hem de harekete aşırı yatırımın özü anneden gelen mesajlara bağlıdır (Szwec, 2008/2019).

Psikodermatoloji veya psikokutan tıp; ruh sağlığı ve deri bilimin kesişimini ifade eden tıbbın uzantısı sayılabilecek bir alandır. Ruhsal hastalıklar temelli olan cilt hastalıkları, deri hastalıkları ile üzeri örtülmüş ruhsal hastalıklar, psikosomatik kökenli ya da psikosomatik nedenlerle nükseden deri hastalıkları, kişinin deri hastalığı nedeniyle dışlanma veya damgalanmaya uğraması sonucunda ortaya çıkabilecek ruhsal problemler, psikiyatrik ilaçların, genetiğin yahut dış etkenlerin birleşerek oluşturabileceği deri hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklar psikodermatolojinin içeriğini oluşturmaktadır (Mercan ve Altunay, 2006; Akt. Miniksar, 2015).

Deri hastalıkları, değer verilen birinin kaybı veya ayrılık gibi örseleyici bir ruhsal yaşantının sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Alopesi areata (saçkıran), psoriasis gibi deri hastalıkları bu sınıfta yer alabilen hastalıklardandır, Bununla beraber psoriasis, akne vulgaris, atopik dermatit, kronik ürtiker, kronik idiyopatik pruritus gibi deri hastalıklarının depresyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Akt. Koblenzer, 1997; Szwec, 2008/2019; Ulnik ve Linder, 2016).

İnflamatuvar dermatoz ile birlikte ruhsal kaygı şiddetlenebilir ve bu durum özellikle kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir (Koblenzer, 1997). Kadınlarda ortaya çıkan kaygının altında toplumsal cinsiyetin ve genelgeçer olduğu kabul edilen güzellik standartlarının yattığı düşünülebilir. Kadınların teni medyada, modada ve gündelik hayatta erkeklere göre daha çok sergilenebilir konumdadır. Pürüzlü ve yaralı bir erkek cildi erkekleri daha 'erkeksi' gösterirken; kadınların daha 'kadınsı' bir görünüme kavuşmaları için bütün bu kusurları çeşitli çabalarla yok etmeleri beklenmektedir. Kadınların cildini daha çok göstermesinin beklenmesi olgusu kadınları, cilt bakım ürünleri almaya, vücut tüylerini almaya, fondöten ve kapaticılar ile pürüssüz bir cilt görünümü yaratmaya ve çeşitli cerrahi operasyonlara başvurarak cildin deformasyonlarını gidermeye yöneltmektedir (Lafrance, 2018). Kadınların cilt lezyonları nezdinde psikiyatrik belirtiler göstermeye daha yatkın olmasının kültürel

normlar ve tüketim toplumu tarafından dayatılan güzellik standartları ile ilişki olabileceği söylenebilir.

Psikodermatolojik hastalıkların çeşitli sınıflandırma biçimleri bulunmaktadır. Günümüzde en çok kullanılan sınıflandırmalardan biri Koo ve Lee tarafından oluşturulmuştur (Tablo 2.1.) (Jafferany, 2007).

**Tablo 2.1:** Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması

Sınıflandırma	Örnekler
Psikofizyolojik Hastalıklar	Psoriasis, Atopik Dermatit, Akne, Hiperhidroz, Ürtiker, Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonu, Seboreik Dermatit, Aft, Rozacea, Kaşıntı.
Dermatolojik Semptomlarla Beraber Psikiyatrik Bozukluklar	Artefakt Dermatit, Sanrısız Parazitoz, Trikotillomani, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Fobik Durumlar, Dismorfofobi, Yeme Bozuklukları, Nörotik Ekskoryasyonlar, Psikojenik Kaşıntı.
Psikiyatrik Semptomlarla Beraber Dermatolojik Bozukluklar	Alopesi Areata, Vitiligo, Kronik Egzama, İktiyoziform Sendromlar, Albinizm
Diğerleri	Vulvodini, Glossodini, Kutanöz Sensoryal Sendromlar, Psikojenik Purpura Sendromu, Dermatoloji Hastalarında Özkıyım

## 2.2 Kümülatif Travma

### 2.2.1 Travma

Travma, doğal veya doğal olmayan yollarla meydana gelmiş felaketlerin sonucunda kişiyi ürküten, dehşete düşüren ve çaresizlik hissi ortaya çıkaran psikolojik, bedensel, davranışsal ve sosyal etkileri bulunan örseleyici bir spektrum olarak tanımlanabilir.

Deprem, sel, salgın, tsunami, hortum, ölüm, hastalık gibi doğal olaylar ya da ayrılık, kaza, işkence, istismar gibi insan eliyle oluşan olgular insan ruhsallığında travma yaratabilmektedir. Travmatik deneyimin ardından insanlar acılarını azaltmak ve eski rutinlerine dönebilmek adına yakın çevrelerinden desteğe ihtiyaç duyarlar. Bir başkası tarafından sunulan bu desteğin varlığı, niteliği ve genişliği kişinin travmatik deneyimle olan ilişkisini de etkiler. Çevreden gelen desteğin yanında bireyin başa



çıkma biçimleri, kişiliği ve travma öncesindeki yaşantısı da süreci etkileyen faktörlerdendir (Akt. Palabıyıkoglu ve Cesur, 2013; Cozolino, 2006/2014; Doğru, 2019).

Travma, bireyin hakimiyet sağlayamadığı, çoğunlukla güçsüz hissettiren, saldırı, şiddet ve ölümün kıyısında olma halini barındıran bir yaşantıdır. Travmatik deneyim bize yabancı olmasına rağmen ani bir biçimde ruhsallığımıza entegre olmaktadır. Travmatik yaşantı olayın mağduru, yakınları ve müdahale ekiplerini dahi etkileyebilecek ve içine alabilecek düzeyde olabilmektedir. Bununla beraber; bir kimse için travmatik etki bırakan yaşam olayları, bir başkasının ruhsallığında travmatik etkiye neden olmayabilir. Ayrıca travmanın kişinin hayatının hangi döneminde yaşandığına göre de etkisi değişebilmektedir. (Palabıyıkoglu ve Cesur, 2013; Yüksel, 2014; Özkul, 2019).

Örseleyici deneyimlerin ardından bireyler panik bozukluk, depresyon, bağımlılık, özkıyım düşünceleri, dissosiyasyon, güvensizlik, gündelik hayatı etkileyecek ölçüde işlevsellikte bozulma gibi birtakım sorunlar ve ruhsal rahatsızlıklar yaşayabilmektedirler. Bununla beraber örseleyici yaşantının türüne göre; örneğin cinsel istismara maruz kalmış birinde cinsel işlev bozukluğu ya da deprem gibi doğal afet yaşamış birinde kapalı alan korkusu gibi semptomlar gözlenebilmektedir (Yüksel, 2014).

Travmatik olgular; Tip I (Akut), Tip II (Karmaşık, genelde ebeveyn kaynaklı ve tekrarlayan) ve Tip III (Kitlesele Travma, aynı anda pek çok kişiyi etkileyen) olmak üzere üçe ayrılır. Kişi hayatı boyunca bu üç tip travmatik deneyimi birlikte yaşayabilmekte ve bu durumu “Birlikimli (Kümülatif) Travma” olarak kendini gösterebilmektedir. Ayrıca gizil kalmış olabilecek kayıtsız, korkulu ve takıntılı çeşitleri bulunan güvensiz bağlanma da gelişimsel travma tiplerinden biri olarak yer almaktadır (Şar, 2011; Akt. Şar, 2018).

Cozolino çocukluk döneminde yaşanan emosyonel ve bedensel taciz ve ihmal travmalarının beynin yapısını ve işleyişini aksatıcı bir yönünün bulunduğuna dikkat çeker ve bu travmaların kişilik bozukluklarına yol açabileceğini belirtir. Bunun yanısıra; çocukluk travmaları, çocuklarda yaklaşma-kaçınma çatışmasına yol açabilmektedir. Cozolino buna şöyle bir örnek verir: Anne ve/veya babası ile korkuya dayalı bir ilişkisi bulunan çocuklar, kendilerinde kaygı yaratacak durumlarla karşılaştıklarında hem ebeveynlerine yönelme hem de onlardan uzaklaşma isteği içerisindeyler. Bu sebeple ilişki travması dirençli bir formda kalarak bireyin

yetişkinlik yıllarında kişiliğinin yapı taşlarından biri haline gelebilmektedir (Cozolino, 2006/2014). Şar (2014), çözümlenmemiş çocukluk çağı travmalarının çocukluk dönemiyle sınırlı kalmadığını, birleşen travmatik yaşantıların savaş, terör saldırı gibi çağı etkileyen olaylarla tekrar ettiğini vurgular (Şar, 2014).

### 2.2.2 Kümülatif Travma Tanımı

Follette ve arkadaşları örseleyici yaşam olaylarının yineleyici biçimde meydana gelmesi ya da farklı türden travmatik deneyimlere maruziyeti belirtmek adına “*Kümülatif Travma*” terimini ortaya atmışlardır (Follette ve ark., 1996). Ayrıca; savaş, soykırım ve terör gibi toplumsal travmaya yol açabilecek felaketlere uğramak, tanıklık etmek ya da toplumsal travmanın nesilden nesile aktarımı da doğrudan veya ikincil travmatizasyonu kişileri etkileyerek kümülatif travmaya neden olabilmektedir (Şar, 2005; akt. Derin ve Öztürk, 2020).

Alanyazına bakıldığında özellikle çocuklukta sürekli ve yineleyen biçimde travmatik yaşantılara maruz kalmanın Travma Sonrası Stres semptomlarına neden olduğu ve öz düzenlemede bozukluğa yol açtığı görülmüştür (Cloitre ve ark., 2009) Bununla birlikte travmaya maruz kalmış kişilerin ruhsal durum değerlendirmesi yapılırken çok boyutlu bir yaklaşım benimsenir ve kişinin daha önceden yaşadığı örseleyici olaylar da göz önünde bulundurulur (Yüksel, 2014). Bu bilgiler ışığında kümülatif travma varlığının TSSB belirtilerinin ortaya çıkışında rol aldığı söylenebilir.

Flannery, travmatik deneyimin bitişiyle beraber insan ruhsallığında ve bedeninde oluşan işlevsel bozuklukların devam ederek “*Travma Sonrası Stres Bozukluğu*” (TSSB) halini alabileceğini ifade etmektedir (Akt. Damka, 2009). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) A. kriterlerine göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı ölçütleri dolaysız yoldan travma yaratacak duruma maruz kalma, diğerlerinin travmatik yaşantısına şahitlik etme, yakın çevreden birinin travmatik deneyimini öğrenme ve travmatik yaşantı(ları)nın detaylarına fazlaca yahut tekrarlayan biçimde maruz kalma maddeleri ile belirtilmiştir (APA, 2014).

TSSB travmatik yaşantıyı yineleyen biçimde deneyimleme, kaygı düzeyinde artış, söz konusu deneyimi anımsatan ortamlardan, bireylerden ve aktivitelerden kaçınma, sınırlı emosyonel tepki ve kalp hızında artış, soluk alıp vermenin aşırı derecede hızlanması, vücut ısısının artması, fazla terleme gibi otonomik uyarılma semptomları ile zuhur etmektedir. Şar, geç başlangıçlı TSSB hastalarının psikosomatik hastalıklar

nedeniyle hastane başvurusunda bulunabileceğinin altını çizmektedir (Akt. Güven, 2010; Şar, 2018; Kring ve ark, 2019).

### **2.3 Depresyonun Tanımı ve Kuramsal Bakış Açıları**

Depresyon Türkçe'ye Fransızcadan geçmiş bir sözcüktür ve yoğun üzüntü, keyif alamama, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik yetersizlik ve karamsarlık ile karakterizedir.

Depresyonun hem bedensel hem de ruhsal belirtileri bulunmaktadır. Umutsuzluk, ilgisizlik, değersizlik ve yetersizlik duyguları, keyifsizlik, karamsarlık, suçluluk, özkiyim düşünceleri, ruhsal acı, boşluk hissi, hüznün, karar vermede zorluk, odaklanma problemleri ruhsal belirtileri oluştururken; yorgunluk, iştahsızlık veya iştah artışı, yavaş konuşma, uykusuzluk veya çok uyuma, libido düşüklüğü, bedensel ağrı, beden postürünün bozulması, psikomotor ajitasyon fiziksel belirtileri oluşturmaktadır. Bununla beraber; zaman zaman depresif hastalar depresyonda olduklarının farkına varmayabilirler ve hastaneye bedensel semptomlar dolayısıyla başvuruda bulunabilirler. (Kring ve ark.,2019; Cüceloğlu, 1991/2013; Yazıcı ve Çakır, 2014).

Depresyonun epidemiyolojisine bakıldığında; genç yetişkinlerin diğer gelişim evrelerine göre, kadınların erkeklere göre depresyon geliştirmeye daha yatkın olduğu söylenebilir. Ayrıca erkeklerin depresyon ile başa çıkmak için alkol ve madde gibi uyuşturucu maddelere başvurma sıklığının kadınlardan daha fazla olduğu araştırmalarca ortaya konmuştur. Çocuklukta yaşanan kayıplar, işsizlik, partner kaybı gibi stresli yaşam olaylarının depresyonun ortaya çıkışı ve prognozu ile doğrudan alakalı olduğu da yapılan gözlemler arasındadır. Bu noktada stresli yaşam olayının düzeyi ve depresyondaki kişi için nasıl bir anlama sahip olduğu, kişinin içinde bulunduğu kültür, genetik yatkınlık gibi değişkenler de depresyona yönelik eğilimi etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (Yazıcı ve Çakır, 2014; Baker, 2005/2017).

Farklı kuramsal bakış açıları depresyonun oluşumu, depresyonun ele alış biçimleri ve tedavi yaklaşımları açısından farklı görüşler ortaya koymaktadır. Depresyona ilişkin psikanalitik açıklamalara bakıldığında; oral dönem saplanması, nesne kaybı endişesi ve ilgili savunma mekanizması, nesne bölünmesi, cezalandırıcı üstbenlik, bağlanma

biçimleri gibi kavramlardan yola çıkıldığı görülmektedir (Erbudak, 2018; Yazıcı ve Çakır, 2014).

Freud 1917 yılında kaleme aldığı ‘yas ve melankoli’ adlı makalesinde melankoliyi *“derinlemesine acı verici bir hüznün, dış dünyaya yönelik ilginin kesilmesi, sevme yeteneğinin kaybı, tüm etkinliklere ket vurulması ve kendini önemseme duygularının kendini suçlama ve kendini yemelerde anlatım bulacak olan azalması ve sanrısız bir cezalandırılma beklentisiyle sonuçlanması”* şeklinde tanımlamakta; bununla beraber yas ile melankoli arasındaki ayrıma dikkat çekerek yas yaşantısında kendini önemsemede azalmanın bulunmadığını ifade etmektedir. Melankolik, benliğinde meydana gelen bölünmeden kaynaklı olarak; bir yandan kayıp nesne ile özdeşleşerek oral döneme geriler, diğer yandan da kendini eleştirme, aşağılama vasıtasıyla sevilen nesneye duyduğu öfkeyi kendi egosuna döndürür. Burada melankoliğin sevdiği ve kaybettiği nesneye duyduğu öfkeyi yine aynı nesneyle özdeşleşmesi sonucunda kendine yönelttiği görülmektedir. (Freud, 1917/2013; Quinodoz, 2016; Leader, 2008/2018).

Karl Abraham’a göre yetişkinlikte yaşadığımız kayıplar ruhsallığımızda bir gerilemeye yol açar ve çocuklukta anneye kurulan ilişki –ki bu ilişki çocuğun annesine yönelik nefretinin yine annesine duyduğu sevgiye üstün gelmesiyle çocuğun yoğun bir ümitsizlik duygusuna kapılmasıyla sonuçlanır- yeniden canlandırılır. Ona göre depresyondaki kişilerin kendilerine yönelik suçlamaları esasen annelerine yönelik suçlamalardır (Akt. Leader, 2008/2018).

Melanie Klein, erken çocuklukta önceleri iyi ve kötünün keskin biçimde birbirinden ayrıldığını ve çocuğun anneyi bu yolla ikiye böldüğünü savunur. Çocuk, iyi meme ve kötü meme olarak ruhsallıkta böldüğü şeylerin bir ve tek nesneye ait olduğunu fark ettiğinde; bu nesneye gösterdiği saldırganlıktan dolayı suçluluk duygusu hisseder. Bu suçluluğun hissedilmeye başlandığı dönem, ruhsallıkta depresif konum olarak nitelendirilen bir evreye tekabül etmektedir. Yetişkinlikte yaşanan her kayıp, bizi depresif konuma sürükler ve o evrede annenin kaybıyla başa çıkma becerilerimiz yetişkin hayatımızda da depresif belirtilerin varlığını ve bu belirtilerle başa çıkma kapasitemizi belirler (Akt. Leader, 2008/2018).

Varoluşçu yaklaşım ise depresyona bütünsel bir bakış açısıyla yaklaşır. Heidegger, dünyaya fırlatılmışlığımız üzerinde durur. Hayatın temel bileşenlerinin içerisinde bulunduğumuz ruhsal konumla ilişkili olduğunu ve ruhsal konumlanışımızın da

diğerleriyle kurduğumuz ilişkileri etkilediğini vurgular. Bu sebeptendir ki depresyonun karanlık doğasına bakmak yerine dünyadaki konumlanışımızı dönüştürmek depresyondan çıkış biletimiz olacaktır (Akt. Baker, 2005/2017).

Depresyonun yol açtığı varoluşsal suçluluk hissi, şu anın anlamsızlığı, geçmişin pişmanlığı ve ileriye görememe hali, kişiyi kim olduğu ve yaşamındaki amaçları ile ilgili bir sıkışmışlığa sürükler. Bu sıkışmışlık hali, kişinin hayatı anlamsız bulması ve bir tür boşluk deneyimlemesine yol açar. Depresyondaki birey hem kendini hem de çevresini değersiz, yetersiz ve boş görür. Varoluşçu yaklaşıma göre kişinin esas korkusu geleceğe yönelik değil, yaşamı ‘şimdi ve burada’ deneyimleme korkusudur (Akt. Baker, 2005/2017).

Kognitif Kurama göre depresyon, bilişsel çarpıtmaların sonucudur. Buna göre kişiler geçmişte yaşadıkları negatif yaşam olayları sebebiyle depresyona eğilim gösterirler. Beck’e göre bireyin benliğini algılayış biçimi, dünyayı algılayış biçimi ve geleceğe yönelik beklentileri hususundaki negatif bakış açısı depresyon geliştirmesindeki başlıca nedenlerdir. Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre ise depresyon yanlış öğrenmelerin bir sonucudur ve kişi kaygı yaratan durumlarla başa çıkmada yaşadığı başarısızlıkla beraber kendini çaresiz hisseder, çıkmaza girer. Bu yanlış öğrenme sonucunda kendini depresyonda bulur (Akt. Yazıcı ve Çakır, 2014).

Depresyon, bedensel hastalıkların nedeni, semptomlarından biri, prognozu etkileyen etmen ya da sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Bedensel rahatsızlıkların depresyon geliştirdiği senaryolarda; kişinin nasıl bir hastalıkla mücadele ettiği, kullandığı ilaçlar, sağlıklı dönemdeki karakter örgütlenmesi ve yakınlarıyla olan ilişkisi ve hastalık süresince ortaya çıkan fizyolojik-hormonal değişimler gibi pek çok değişken devrededir. Halihazırda depresyonun bedensel semptomlarının da bulunduğu göz önüne alındığında hangi belirtilerin fiziksel hastalıktan kaynaklandığı, hangi belirtilerin depresyonun sonucu olarak ortaya çıktığı uzmanlar tarafından dikkatlice ayırt edilmelidir (Özkan ve Özkan, 2014).

## **2.4 Anksiyete**

Anksiyete adını ‘angere’ sözcüğünden almaktadır ve hoşnutsuzluk içerisinde, nesnesi bulunmayan bir endişe halini ifade eder. Korku ile arasındaki farkı ortaya koyan kilit kavram da nesnesinin olmayışıdır. Korku bir nesneye yöneliktir. Örneğin denizde

yüzerken karşımıza bir köpek balığı çıkarsa korkarız ancak; köpek balığı ortadan kaybolduğunda korku da kaybolur. Kaygı ise karşı karşıya bulunduğumuz güncel bir tehlikeden ziyade; bir tehlike beklentisini ifade eder ve bir belirsizliğe dairdir. Kişinin zihni, başına gelebilecek olumsuz deneyimlerle meşguldür. Kaygılı birey kendini güvende hissetmez, tetikte olma hali içerisindeydir. Bununla beraber; kaygının birey üzerinde bedensel, ruhsal ve tutumsal etkileri bulunur. Kaygının ruh sağlığı üzerine etkileri insandan insana değişmekle birlikte; bedensel semptomlar (soluk almada güçlük yahut sık nefes alıp verme, kalp atışı hızında artış, titreme, terleme, beden kasılması ve ağrması, bitkinlik vb.) gözle görülür düzeydedir. Sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk, agorafobi ve yaygın anksiyete bozukluğu şeklinde sınıflandırılan kaygı bozukluklarının toplumdaki dağılımı %4 ila 7 arasında seyrederken; bedensel rahatsızlığı olan kimselerde bu oran %10 ila %20'yi bulmaktadır. Kronik gidişatlı ve hayati tehlikeye yol açan hastalıklara sahip bireylerde kaygı seviyesi de artmaktadır. (Uzday, 2002; Kring ve ark., 2019; Özkan ve Özkan, 2014; Yaman, 2020).

Kaygı, psikiyatride bir bozukluk olarak adlandırılmasına rağmen her zaman negatif olarak değerlendirilmez. Belirli düzeyde kaygı bizi tehlikelerden korur ve yeni öğrenmelere kapı açar. Çok düşük kaygı düzeylerinde yahut panik halinde yüksek bir kaygı yaşandığında ise adaptasyon ve performans olumsuz yönde etkilenir (Cüceloğlu, 1991/2013).

Bedensel rahatsızlığı bulunan kimseler hastalıklarına sebebiyet veren/ eşlik eden bir bozukluk olarak, hastalıklarının ya da sağaltım biçiminin sonucu olarak ya da hastalıktan bağımsız bir ruhsal bozukluk olarak kaygıyı deneyimleyebilirler. Bu noktada söz konusu kişinin hastalığa yüklediği mana, kucaklayıcı bir çevreye sahip olup olmadığı, yaşam öyküsü, ego gücü gibi unsurlar deneyimlenen kaygının sebebini, sıklığını ve düzeyini belirleyici bir faktör olarak ortaya çıkabilmektedir (Özkan ve Özkan, 2014).

Kaygı meselesi varoluşçu bir bakış açısından ele alındığında öne çıkan düşünürlerden biri olan Heidegger görüşleri bağlamında dikkatleri çekmektedir. Heidegger'in evsizlik manası taşıyan "*unheimlichkeit*" olarak adlandırdığı kaygı biçimi, hayattaki konumumuzu garantiye alamamaktan doğmaktadır. Freud'un tekinsiz olarak tanımladığı bu kaygı içeride olan saldırganlık dürtüsünün dışa yansıtılması ve dış dünyanın tekinsiz algılanmasını da ifade eder. Bu kaygı

vesilesiyle kişi alışageldiği yaşantısından ve konfor alanından çıkararak algı kapılarını yeni dönüşüm yollarına açar (Tantam, 2005/2017).

## 2.5 Suçluluk ve Utanç

Utanç ve suçluluk duyguları her bireyin hayata adım attığı günden yaşamının son anlarına dek sayısız kez hissettiği tanidik duygulardır. Yenidoğan yaklaşık bir yaşına dek ebeveyn şefkatine ve ilgisine mutlak bir muhtaçlık içerisindedir. Zamanla ebeveynlerinden ve çevresinden gördüğü sevgi ve ilgi, yasaklar ve belirli davranış kalıplarının uygulanması hususundaki direktifler ile bütünüleşir. ocuk neyi yapıp neyi yapmaması gerektiğini öğrenir. Bu dönemde cezalandırmalar ve ayıplamalar ile utanç duygusu gün yüzüne çıkar. Eğer utanç duygusu hafif ve yeterli dozda yaşantılanırsa çocuğun vicdan ve sorumluluk duygusu gelişir. Utancı yoğun olarak deneyimleyen çocuklarda ise emosyonel düzenleme ve kimlikle ilgili aksaklıklar ortaya çıkmaktadır (Akt. Cozolino, 2014).

Erikson benlik gelişimini evrelere ayırırken utanç duygusunu anal evre; suçluluk duygusunu ise fallik evre ile ilişkilendirmiştir. Kurama göre Freud’un psiko-cinsel gelişim evrelerinden anal evreye denk düşen dönemde ocuk bireyleşme potansiyeline karşın utanç, fallik evreye denk düşen dönemde ise girişkenlik potansiyeline karşın suçluluk duygusu ortaya çıkmaktadır (Akt. Mitchell ve Black, 1995/2014).

Suçluluk duygusu toplumsal kurallara uymamanın beraberinde getirdiği bir his olmakla beraber bireyin eyleminden duyduğu pişmanlıkla doğmaktadır. Utanç duygusu ise kişinin kendiliğine demir atan yetersizliklerden kaynaklanan bir duygudur (Akt. Kalyoncu ve ark., 2002).

Suçluluk duygusu psikanaliz literatüründe başat bir konuma sahiptir. Freud’a göre suçluluk duygusunun büyük bir kısmı gizil kalır ve “*bilindişi suçluluk*” olarak ruhsallıkta yer edinir. Özneler için suçluluk duygusu kaynağını, benliğin dışındaki bir otorite figürü ve üstbenden alır. Ona göre; ego ve süperego arasındaki çatışma bilinçli bir suçluluk duygusunu ve beraberinde “*cezalandırılma ihtiyacını*” getirir. Erken ocuklukta içselleştirilen otorite figürleri süperego oluşumunun temellerini atar. Kişi davranışlarını ve düşüncelerini bahsi geçen dışsal figürlerden

gizleyebilirken kendi süperegosundan yani vicdanından kaçamaz (Akt. Qinodoz, 2016).

McWilliams (2011) utanç ve suçluluk duyguları arasındaki ayrımın psikanalitik tanı açısından önemine dikkat çekmiştir. Suçluluk içselleştirilmiş eleştirici anne-baba figürü ve üstben ile ilişkilidir. Utanç ise çevre tarafından onaylanmama ve diğerleri tarafından hatalı görülme ile ilişki bir duygudur. Yani suçlulukta vurgu kişinin içine, üstbenine yönelikken; utançta referans kendiliğin dışında bulunmaktadır. Utanca çaresizlik ve yetersizlik duyguları eşlik eder, suçluluk ise beraberinde zarar verme, kötülük yapma gücünü getirir (McWilliams, 2011/2020).





### **3. YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Modeli**

Araştırmada görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duyguları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Yapılan çalışmada ilişkiisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini kümülatif travma, suçluluk ve utanç duyguları düzeyi oluştururken; anksiyete ve depresyon düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Araştırmadan elde edilecek veriler SPSS for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

#### **3.2 Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki deri lezyonu bulunan tüm bireyler oluşturmakla beraber; örneklemini vücudunun görünür yeri/yerlerinde deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın deney grubunda aktif deri lezyonu bulunan ve daha önce deri lezyonu ile ilgili herhangi bir sağlık kuruluşundan tedavi hizmeti almış bireyler yer alırken kontrol grubunda ise; aktif deri lezyonu bulunmayan ve geçmişte de kronik bir deri hastalığı geçirmemiş yetişkin bireyler yer almaktadır. Araştırmanın katılımcıları rastgele olmayan kartopu örnekleme yöntemi ile seçilmiştir ve araştırma verileri anket ile online (çevrimiçi) ortamda toplanmıştır. Örneklem grubunun büyüklüğü deri hastaları ile gerçekleştirilen benzer çalışmalar incelenerek belirlenmiştir (Ermertcan ve ark., 2004; Özten ve ark., 2015; Sesliokuyucu ve ark.,2017). Çalışmaya toplamda 761 katılımcı dahil edilmiş olup; bunların 458'ini deri lezyonu bulunan, 303'ünü ise deri lezyonu bulunmayan katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmanın deney grubunda 292 kadın ve 166 erkek, kontrol grubunda ise 160 kadın ve 143 erkek yetişkin katılımcı bulunmaktadır.

### **3.3 Veri Toplama Araçları**

Çalışmada yer alan katılımcılara sırasıyla; Sosyo-demografik Bilgi Formu, Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD), Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form(KTÖK-K) ve Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ) uygulanmıştır.

#### **3.3.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

Sosyo-demografik Bilgi Formu, çalışmada yer alan katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek adına araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanmış bir soru formudur. Uygulanan Sosyo-demografik Bilgi Formu'nda katılımcıların, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, fiziksel ya da psikiyatrik bir rahatsızlığının bulunup bulunmadığı gibi kişisel bilgiler yer almaktadır. Bununla beraber deney ve kontrol grupları için iki ayrı form oluşturulmuş olup, vücudunun görünür yeri/yerlerinde deri lezyonu bulunan katılımcılar için ayrıca deri lezyonunun tutulum yeri, deri hastalığının/lezyonunun ismi, lezyonun ne zamandır vücutta yer aldığı, lezyonun gündelik hayata etkisi, lezyondan duyulan estetik rahatsızlık, lezyon dolayısıyla istenmeme/dışlanmanın var olup olmadığı gibi deri lezyonuna yönelik ekstra sorular bulunmaktadır. Açık uçlu ve çoktan seçmeli soruların yer aldığı Sosyo-demografik Bilgi Formu deri lezyonu bulunan katılımcılar için 39, deri lezyonu bulunmayan kontrol grubu için ise 31 soru olacak şekilde hazırlanmıştır.

#### **3.3.2 Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD)**

Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında Türkçe'ye uyarlanmış olan Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD) 14 madde içermekte olan ve 0-3 arası puanlama sistemi bulunan 4'lü likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekteki çift sayılı maddeler depresyonu, tek sayılı maddeler ise anksiyeteyi yordamaktadır. Ölçek, kişilere tanı koymayı hedeflememekle beraber; fiziksel rahatsızlığa sahip bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyini ortaya koymaktadır. Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0.77'dir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010). Yapılacak çalışmada, Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği'nin seçilmesinin nedeni; bu ölçeğin fiziksel hastalığa sahip bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek adına uygun bir ölçüm aracı olduğunun düşünülmesidir.

### **3.3.3 Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖK-K)**

Kira ve arkadaşları tarafından 2008 yılında travmanın birikmeli etkisini ölçmek amacıyla geliştirilen Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖK-K)'un Türkçe'ye uyarlanması, 2019 yılında Eltan tarafından gerçekleştirilmiştir. 35 maddeden oluşan KTÖK-K 7'li likert tipi ölçekle değerlendirilmekte ve oluşma, sıklık, yaş ve değerlendirme parametrelerinden oluşmaktadır. Ölçekte olma durumu; olayın yaşanıp yaşanmadığı, sıklık; olayın kaç kez meydana geldiği, değerlendirme; kişinin yaşanan olayı olumlu yahut olumsuz olarak değerlendirdiği ve yaş ise; travmatik yaşantının ilk ne zaman gerçekleştiğini yansıtan parametrelerdir. KTÖK-K'nin uyarlanmış versiyonunda negatif puan açısından Cronbach alfa katsayısı tüm örneklem için .74 olarak bulunurken KTÖK-K pozitif puan katsayısı anlamlı aralıkta bulunmamıştır (Eltan, 2019). Ölçeğin geçerli ve güvenilir bir çalışma olarak sunulması ve birikmeli travmayı farklı parametreler nezdinde ele alıyor olması nedeniyle, yapılacak çalışmada kullanılacak bir ölçüm aracı olduğu düşünülmektedir.

### **3.3.4 Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ)**

Şahin & Şahin tarafından (1992) suçluluk ve utanç duygularını değerlendirmek amacıyla 24 madde ve 5'li likert tipi bir derecelendirme ölçeği olarak geliştirilen Suçluluk-Utanç Ölçeği'nin suçluluk alt ölçeği için Cronbach alfa katsayısı .81 iken utanç alt ölçeği için .80'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bu duyguların yoğunluğu ile orantılıdır (Akt. Akbağ ve İmamoğlu, 2010).

## **3.4 Verilerin Analizi**

Veriler SPSS-22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyo-demografik Bilgi Formu soruları için frekans tabloları oluşturulmuştur. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için normal dağılım gösteren ölçekler için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde tek yönlü anova analizi uygulanmıştır. Grup gözlem sayısı yetersiz 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde parametrik olmayan kruskal wallis-h analizi, 2 gruplu değişkenlerde parametrik olmayan mann whitney-u analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek adına pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Hastane Anksiyete-Depresyon (HAD)

Ölçeği'ni yordayan değişkenleri belirlemek için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler  $\alpha=0,05$  seviyesinde uygulanmıştır.



#### 4. BULGULAR

Yapılan araştırmanın sonucunda görünür deri lezyonu bulunan katılımcıların anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygusu düzeyleri bakımından cinsiyet, psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlık varlığı, deri lezyonu sebebiyle sosyal çevre tarafından dışlanma/istenmeme durumu, çalışma, medeni hal, eğitim durumu, lezyondan duyulan estetik rahatsızlığın şiddeti, lezyonun gündelik hayata etkisi ve lezyonun tutulum yeri gibi sosyo-demografik değişkenler bağlamında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca deri lezyonlu bireylerin anksiyete düzeyleri ile depresyon, utanç ve kümülatif travma düzeyleri arasında; depresyon düzeyleri ile utanç ve kümülatif travma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte deri lezyonu bulunan deney grubunun anksiyete puanı ortalamasının deri lezyonu bulunmayan kontrol grubunun anksiyete puanı ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Son olarak çalışmanın sosyo-demografik değişkenlerinin ve kümülatif travma ile utanç duygusu düzeylerinin anksiyete ve depresyonun önemli yordayıcıları olduğu görülmüştür. İlgili kısımda çalışmanın bu bulguları irdelenmiştir.

##### 4.1 Ölçeklere Ait Normallik ve Güvenirlik Analizlerine Dair Bulgular

**Tablo 4.1:** Ölçek Bilgileri, Normallik Analizi ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Değişken	N	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac's Alpha
Anksiyete	458	9,38	4,82	,000	,051	-,786	,863
Depresyon	458	7,84	4,23	,000	,328	-,377	,777
HAD Toplam	458	17,23	8,18	,000	,102	-,576	,883
Suçluluk	458	50,37	7,44	,000	-1,051	1,105	,840
Utanç	458	40,90	8,54	,000	-,232	-,462	,815
Suçluluk Utanç	458	91,27	13,67	,000	-,557	,424	,870
Kümülatif Travma	453	43,69	26,15	,000	,863	,871	,808
Yaş	458	36,63	10,97	,000	,493	-,358	-

\* p <0,05

Tablo 4.1'de normallik analizi ve güvenilirlik analizleri yer almaktadır. Ölçeklerin Cronbach Alpha katsayılarına bakıldığında tüm ölçeklerin Cronbach Alpha

katsayısının .60'ın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeklerin güvenilirlik seviyelerinin yeterli ve yüksek olduğunu göstermektedir (Kayış, 2009; Kılıç, 2016). Kolomogorov-smirnov analizi sonuçlarına göre çalışmada kullanılan tüm ölçekler normal dağılım göstermektedir ( $p=.000<.05$ ). Basıklık ve çarpıklık değerleri  $\pm 2$  sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılacaktır (George ve Malery, 2010).

#### 4.2 Katılımcıların Genel Yapısına Ait Bulgular

**Tablo 4.2:** Sosyo-demografik Bilgiler Tablosu

Değişken	Grup	N	Yüzde(%)
Lezyon Durumu	Var	458	60,18
	Yok	303	39,82
Lezyon Yok Cinsiyet	Kadın	160	52,81
	Erkek	143	47,19
Lezyon Var Cinsiyet	Kadın	292	%63,8
	Erkek	166	%36,2
Psikiyatrik Rahatsızlık	Evet	80	%17,5
	Hayır	378	%82,5
Deri Lezyon Hariç Fiziksel Rahatsızlık	Evet	125	%27,3
	Hayır	333	%72,7
Yaşadığınız Yer	Şehir Merkezi	363	%79,3
	Kırsal	95	%20,7
Dışlanma	Evet	128	%27,9
	Hayır	330	%72,1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	246	%53,7
	Çalışmıyor	127	%27,7
	Öğrenci	52	%11,4
	Emekli	33	%7,2
Medeni Hal	Evli	248	%54,1
	Bekar	168	%36,7
	Diğer	42	%9,2
Eğitim Durumu	Lise ve altı	140	%30,6
	Lisans	251	%54,8
	Lisansüstü	67	%14,6
Aylık Gelir	0-1999 TL	109	%23,8
	2000-3999 TL	105	%22,9
	4000-6999 TL	138	%30,1
	7000-9999 TL	65	%14,2
	10000 TL ve üzeri	41	%9,0
Lezyon Süre	2 yıldan az süredir	57	%12,4
	2yıl ila 5 yıl arası	75	%16,4
	5 yıldan fazla süredir	326	%71,2
Gündelik Hayat Etki	Oldukça fazla	138	%30,1
	Orta düzeyde	208	%45,4
	Hemen hemen hiç	80	%17,5
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	%7,0
Lezyon Estetik Rahatsızlık	Hiç	33	%7,2
	Hafif	105	%22,9
	Orta	179	%39,1
	Şiddetli	141	%30,8

Tablo 4.2’de katılımcıların sosyo-demografik bilgileri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; araştırmaya katılan deri lezyonu bulunan katılımcıların toplam sayısının 458 (%60,18) olduğu, 292’sinin kadın (%63,8), 166’sının erkek (%36, 2) olduğu; Deri lezyonu bulunmayan katılımcıların toplam sayısının ise 303 (%39,82) olduğu, 160’ının kadın (%52,81) olduğu, 143’ünün erkek (%47,19) olduğu tespit edilmiştir. Deri lezyonlu katılımcıların yaş ortalamasının 36,63 olduğu, %82,5’inin psikiyatrik rahatsızlığının bulunmadığı, %72,7’sinin deri lezyonu haricinde fiziksel bir hastalığının bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca deri lezyonu bulunan katılımcıların çoğunlukla şehir merkezinde yaşadığı (%79,3), çoğunluğunun çalışıyor olduğu (%53,7), evli olduğu (%54,1), yine çoğunluğunun üniversitelerin lisans bölümlerinden mezun olduğu (%54,8) ve yaş ortalamasının 36,63 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların aylık gelirleri göz önüne alındığında; %23,8’inin 0-1999 TL arası aylık kazancının olduğu, %22,9’unun 2000-3999 TL arası aylık kazancının olduğu, %30,1’inin 4000-6999 TL arası aylık kazancının olduğu, %14,2’sinin 7000-9999 TL arası aylık kazancının olduğu ve %9’unun 10000 TL ve üzeri aylık kazancının bulunduğu görülmüştür. Deri lezyonlu katılımcıların Sosyo-demografik formda deri lezyonuna dair sorulan sorulara verdikleri yanıtlara bakıldığında; katılımcıların %12,4’ünün 2 yıldan az süredir, %16,4’ünün 2 ila 5 yıldır, %71,2’sinin 5 yıldan fazla süredir deri lezyonundan mustarip olduğu, %72,1’inin deri lezyonu dolayısıyla çevresi tarafından dışlandığını/istenmediğini düşünmediği ortaya çıkmıştır. Son olarak deri lezyonunun katılımcıların gündelik hayatına etkisine ve estetik açıdan rahatsızlık hissedip hissetmediklerine bakıldığında; katılımcıların %30,1’inin gündelik hayatının deri lezyonuna bağlı olarak oldukça fazla etkilendiği, %45,4’ünün gündelik yaşantısının orta düzeyde etkilendiği, %17, 5’inin gündelik hayatının hemen hemen hiç etkilenmediği ve %7’sinin deri lezyonunun gündelik yaşantısını hiçbir şekilde etkilemediği görülmüş, katılımcıların deri lezyonlarının estetik açıdan kendilerini rahatsız etme dereceleri ise %30,8’nin şiddetli, %39,1’inin orta derecede, %22,9’unun hafif derecede rahatsız olduğu ve %7,2’sinin rahatsızlık duymadığı yönündedir.

### 4.3 Deri Lezyonlarının Gruplandırılması ve Tutulum Yerine Ait Bulgular

**Tablo 4.3:** Deri Lezyonları Frekans Analizi Tablosu

Lezyon İsmi	Kişi Sayısı	Yüzde(%)
Dermatit	146	%31,9
Psoriasis	153	%33,4
Vitiligo	55	%12,0
Ürtiker	44	%9,6
Akne	55	%12,0
Yara, Yanık, Leke	13	%2,8
Rozacea	27	%5,9

Tablo 4.3'te katılımcıların deri lezyonları frekans analizi tablosu verilmiştir. Araştırmanın 153'ünü psoriasis (%33,4), 146'sını dermatit (%31,9), 55'ini vitiligo (%12), 55'ini akne (%12), 44'ünü ürtiker (%9,6), 27'sini rozacea (%5,9) ve 13'ünü (%2,8) yara, yanık ve lekesi bulunan katılımcılar oluşturmaktadır.

**Tablo 4.4:** Lezyon Yeri Frekans Analizi Tablosu

Lezyon Yeri	Kişi Sayısı	Yüzde(%)
Yüz	266	%58,1
Saçlı deri	206	%45,0
Boyun	65	%14,2
Eller	180	%39,3
Kollar	190	%41,5
Bacaklar	190	%41,5
Ayaklar	130	%28,4
Sırt	140	%30,6
Gövde	28	%6,1
Tüm vücut	17	%3,7

Tablo 4.4'te katılımcıların lezyonlarının tutulum yerleriyle ilgili frekans analizi tablosu verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların %58,1'inin yüzünde, %45'inin saçlı derisinde, %41,5'inin bacaklarında, %41,5'inin kollarında, %39,3'ünün ellerinde, %30,6'sının sırtında, %28,4'ünün ayaklarında, %14,2'sinin boynunda, %6,1'inin gövdesinde ve %3,7'sinin tüm vücudunda deri lezyonlarının bulunduğu görülmüştür.



#### 4.4 Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.5:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Göre Deri Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Anksiyete	Var	458	9,38	4,82	2,971	759	<b>,003*</b>
	Yok	303	8,35	4,56			
Depresyon	Var	458	7,84	4,23	1,396	759	,163
	Yok	303	7,40	4,26			
HAD Toplam	Var	458	17,23	8,18	2,442	759	<b>,015*</b>
	Yok	303	15,76	7,98			

\* p< 0,05

Tablo 4.5 incelendiğinde; görünür deri lezyonu olanların anksiyete alt boyutu puanı ortalamasının (9,38±4,82), deri lezyonu olmayanların anksiyete alt boyutu puanı ortalamasından (8,35 ±4,56) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu tespit edilmiştir. (p=,003<0,05). Bununla beraber deri lezyonu olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (17,23 ±8,18), deri lezyonu olmayanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (15,76 ±7,98) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,015<0,05).

**Tablo 4.6:** Suçluluk-Utanç Ölçeğine Göre Deri Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Suçluluk	Var	458	50,37	7,44	,620	759	,535
	Yok	303	50,02	7,77			
Utanç	Var	458	40,90	8,54	1,759	759	,079
	Yok	303	39,77	8,80			
Suçluluk Utanç	Var	458	91,27	13,67	1,433	759	,152
	Yok	303	89,79	14,21			

\* p< 0,05

Tablo 4.6'ya göre Suçluluk utanç ölçeği ve alt boyutları ile deri lezyonu değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4.7:** Kümülatif Travma Ölçeğine Göre Deri Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Kümülatif Travma	Var	454	44,04	27,20	-,264	748	,792
	Yok	296	44,60	29,93			

\* p<0,05

Tablo 4.7'ye göre Kümülatif Travma Ölçeği ile deri lezyonu değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ )

#### 4.5. Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.8:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Anksiyete	Kadın	292	9,84	4,82	2,722	456	<b>,007*</b>
	Erkek	166	8,57	4,72			
Depresyon	Kadın	292	7,74	4,25	-,659	456	,510
	Erkek	166	8,01	4,20			
HAD Toplam	Kadın	292	17,59	8,25	1,253	456	,211
	Erkek	166	16,59	8,03			
Kümülatif Travma	Kadın	288	46,50	26,14	3,058	451	<b>,002*</b>
	Erkek	165	38,76	25,50			
Suçluluk	Kadın	292	51,48	6,54	4,026	456	<b>,000*</b>
	Erkek	166	48,41	8,48			
Utanç	Kadın	292	42,41	8,31	5,179	456	<b>,000*</b>
	Erkek	166	38,23	8,29			
Suçluluk Utanç	Kadın	292	93,90	12,51	5,635	456	<b>,000*</b>
	Erkek	166	86,65	14,42			

\*  $p<0,05$

Tablo 4.8 incelendiğinde deri lezyonu bulunan kadınların anksiyete alt boyutu puanı ortalamasının ( $9,84\pm 4,82$ ), deri lezyonu bulunan erkeklerin anksiyete alt boyutu puanı ortalamasından ( $8,57\pm 4,72$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür ( $p=,007<0,05$ ).

Tablo 4.8'e göre deri lezyonlu kadınların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması ( $46,50\pm 26,14$ ), deri lezyonlu erkeklerin kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından ( $38,76\pm 25,50$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,002<0,05$ ).

Bununla birlikte deri lezyonu bulunan kadınların suçluluk ölçeği puanı ortalamasının ( $51,48\pm 6,54$ ), deri lezyonu bulunan erkeklerin suçluluk ölçeği puanı ortalamasından ( $48,41\pm 8,48$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu ( $p=,000<0,05$ ), deri lezyonlu kadınların utanç ölçeği puan ortalamasının ( $42,41\pm 8,31$ ), deri lezyonlu erkeklerin

utanç ölçeği puan ortalamasından (38,23±8,29) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük (p=,000<0,05) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deri lezyonlu kadınların suçluluk utanç toplam ölçeği puanı ortalaması (93,90±12,51), deri lezyonlu erkeklerin suçluluk utanç toplam ölçeği puanı ortalamasından (86,65±14,42) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05).

#### 4.6 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Psikiyatrik Rahatsızlık Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.9:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Psikiyatrik Rahatsızlık Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Anksiyete	Evet	80	11,60	4,82	4,617	456	,000*
	Hayır	378	8,91	4,69			
Depresyon	Evet	80	9,26	4,35	3,330	456	,001*
	Hayır	378	7,54	4,15			
HAD Toplam	Evet	80	20,86	8,39	4,459	456	,000*
	Hayır	378	16,46	7,93			
Kümülatif Travma	Evet	79	55,88	29,10	4,201	451	,000*
	Hayır	374	41,11	24,77			
Suçluluk	Evet	80	49,97	8,45	-,523	456	,601
	Hayır	378	50,45	7,22			
Utanç	Evet	80	40,27	9,38	-,722	456	,471
	Hayır	378	41,03	8,35			
Suçluluk Utanç	Evet	80	90,25	15,29	-,736	456	,462
	Hayır	378	91,48	13,31			

\* p< 0,05

Tablo 4.9'a göre psikiyatrik rahatsızlığı olan deri lezyonluların anksiyete ölçeği puanı ortalaması (11,60±4,82), psikiyatrik rahatsızlığı olmayan deri lezyonluların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (8,91±4,69) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05). Bununla beraber; psikiyatrik rahatsızlığı olan deri lezyonluların depresyon ölçeği puanı ortalaması (9,26±4,35), psikiyatrik rahatsızlığı olmayan deri lezyonluların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (7,54±4,15) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,001<0,05). Psikiyatrik rahatsızlığı olan deri lezyonluların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (20,86±8,39), psikiyatrik rahatsızlığı olmayan deri lezyonluların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından

(16,46±7,93) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000<0,05$ ).

Psikiyatrik rahatsızlığı olan deri lezyonluların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (55,88±29,10), psikiyatrik rahatsızlığı olmayan deri lezyonluların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (41,11±24,77) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu bulgulanmıştır ( $p=,000<0,05$ ).

Suçluluk-utanç ölçeğine göre psikiyatrik rahatsızlık değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ )

#### 4.7 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyon Dışında Fiziksel Rahatsızlık Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.10:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyon Dışında Fiziksel Rahatsızlık Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Anksiyete	Evet	125	10,28	4,60	2,464	456	<b>,014*</b>
	Hayır	333	9,04	4,86			
Depresyon	Evet	125	8,47	4,28	1,947	456	,052
	Hayır	333	7,60	4,20			
HAD Toplam	Evet	125	18,76	8,01	2,463	456	<b>,014*</b>
	Hayır	333	16,65	8,18			
Kümülatif Travma	Evet	123	54,75	28,19	5,686	451	<b>,000*</b>
	Hayır	330	39,56	24,12			
Suçluluk	Evet	125	50,06	7,93	-,540	456	,589
	Hayır	333	50,48	7,26			
Utanç	Evet	125	41,10	8,45	,310	456	,757
	Hayır	333	40,82	8,58			
Suçluluk Utanç	Evet	125	91,16	13,93	-,101	456	,920
	Hayır	333	91,31	13,59			

\*  $p< 0,05$

Tablo 4.10 incelendiğinde; deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olanların anksiyete ölçeği puanı ortalaması (10,28±4,60), deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olmayanların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (9,04±4,86) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmektedir ( $p=,014<0,05$ ). Bununla birlikte deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (18,76±8,01), deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olmayanların HAD

Toplam ölçeği puanı ortalamasından (16,65±8,18) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu tespit edilmiştir (p=,014<0,05). Ancak depresyon alt boyutu açısından psikiyatrik rahatsızlık değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Kümülatif travma nezdinde bakıldığında ise; deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (54,75±28,19), deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olmayanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (39,56±24,12) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05).

Ancak Suçluluk Utanç ölçeğine göre psikiyatrik rahatsızlık değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

#### 4.8 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyon Sebebiyle Sosyal Çevre Tarafından İstenmeme/Dışlanma Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.11:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyon Sebebiyle Sosyal Çevre Tarafından İstenmeme/Dışlanma Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Anksiyete	Evet	128	11,35	4,46	5,632	456	<b>,000*</b>
	Hayır	330	8,62	4,74			
Depresyon	Evet	128	9,92	4,13	6,884	456	<b>,000*</b>
	Hayır	330	7,03	3,99			
HAD Toplam	Evet	128	21,28	7,72	6,943	456	<b>,000*</b>
	Hayır	330	15,65	7,81			
Kümülatif Travma	Evet	124	50,02	31,11	2,829	451	<b>,005*</b>
	Hayır	329	41,30	23,63			
Suçluluk	Evet	128	49,57	7,64	-1,435	456	,152
	Hayır	330	50,68	7,35			
Utanç	Evet	128	41,82	8,85	1,447	456	,148
	Hayır	330	40,54	8,40			
Suçluluk Utanç	Evet	128	91,39	13,91	,122	456	,903
	Hayır	330	91,22	13,59			

\* p< 0,05

Tablo 4.11 incelendiğinde; deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin deri lezyonu hasebiyle sosyal çevresi tarafından istenmediğini/dışlandığını düşünenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalaması (11,35±4,46), istenmediğini/dışlandığını düşünmeyenlerin

anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (8,62±4,74) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür (p=,000<0,05). Bununla beraber; istenmediğini/dışlandığını düşünenlerin depresyon ölçeği puanı ortalaması (9,92±4,13), istenmediğini/dışlandığını düşünmeyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalamasından (7,03±3,99) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05). Deri lezyonu hasebiyle sosyal çevresi tarafından istenmediğini/dışlandığını düşünenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (21,28±7,72), istenmediğini/dışlandığını düşünmeyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (15,65±7,81) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05).

Kümülatif Travma Ölçeğine göre ise; istenmediğini/dışlandığını düşünenlerin kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (50,02±31,11), dışlandığını düşünmeyenlerin kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (41,30±23,63) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür (p=,005<0,05). Bununla beraber Suçluluk Utanç ölçeğine göre istenmeme/dışlanma değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı bulgulanmıştır (p>0,05).

#### 4.9 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.12:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Çalışma Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Anksiyete	Çalışıyor	246	8,60	4,60	<b>GA</b>	676,174	3	225,391	10,278	<b>,000*</b>
	Çalışmıyor	127	10,45	5,22	<b>GI</b>	9956,422	454	21,930		
	Öğrenci	52	11,65	3,80	<b>Toplam</b>	10632,596	457			
	Emekli	33	7,54	4,23						
	Toplam	458	9,38	4,82						
Depresyon	Çalışıyor	246	7,52	4,09	<b>GA</b>	91,745	3	30,582	1,712	,164
	Çalışmıyor	127	8,39	4,67	<b>GI</b>	8110,248	454	17,864		
	Öğrenci	52	8,40	3,48	<b>Toplam</b>	8201,993	457			
	Emekli	33	7,24	4,40						
	Toplam	458	7,84	4,23						
HAD_ Toplam	Çalışıyor	246	16,12	7,75	<b>GA</b>	1245,874	3	415,291	6,425	<b>,000*</b>
	Çalışmıyor	127	18,85	9,26	<b>GI</b>	29343,593	454	64,633		
	Öğrenci	52	20,05	6,15	<b>Toplam</b>	30589,467	457			
	Emekli	33	14,78	7,59						
	Toplam	458	17,23	8,18						

**Tablo 4.12:** (Devamı) Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Çalışma Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Kümülatif Travma	Çalışıyor	245	39,70	25,04	<b>GA</b>	9394,822	3	3131,607	4,690	<b>,003*</b>
	Çalışmıyor	124	50,12	27,33	<b>GI</b>	299790,290	449	667,684		
	Öğrenci	51	45,88	26,88	<b>Toplam</b>	309185,113	452			
	Emekli	33	45,69	24,20						
	Toplam	453	43,6	26,15						
Suçluluk	Çalışıyor	246	50,28	7,41	<b>GA</b>	208,050	3	69,350	1,253	,290
	Çalışmıyor	127	51,18	7,51	<b>GI</b>	25132,850	454	55,359		
	Öğrenci	52	48,84	6,74	<b>Toplam</b>	25340,900	457			
	Emekli	33	50,30	8,36						
	Toplam	458	50,37	7,44						
Utanç	Çalışıyor	246	40,46	8,37	<b>GA</b>	202,577	3	67,526	,925	,428
	Çalışmıyor	127	41,94	9,17	<b>GI</b>	33134,002	454	72,982		
	Öğrenci	52	40,88	8,04	<b>Toplam</b>	33336,579	457			
	Emekli	33	40,18	7,95						
	Toplam	458	40,90	8,54						
Suçluluk Utanç Toplam	Çalışıyor	246	90,74	13,58	<b>GA</b>	652,821	3	217,607	1,165	,323
	Çalışmıyor	127	93,13	13,99	<b>GI</b>	84786,063	454	186,753		
	Öğrenci	52	89,73	12,35	<b>Toplam</b>	85438,884	457			
	Emekli	33	90,48	14,89						
	Toplam	458	91,27	13,67						

Tablo 4.12'ye göre çalışmayanların anksiyete ölçeği puanı ortalaması ( $10,45 \pm 5,22$ ), çalışanların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından ( $8,60 \pm 4,60$ ), çalışmayanların anksiyete ölçeği puanı ortalaması ( $10,45 \pm 5,22$ ), emeklilerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasından ( $7,54 \pm 4,23$ ), öğrencilerin anksiyete ölçeği puanı ortalaması ( $11,65 \pm 3,80$ ), çalışanların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından ( $8,60 \pm 4,60$ ) ve öğrencilerin anksiyete ölçeği puanı ortalaması ( $11,65 \pm 3,80$ ), emeklilerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasından ( $7,54 \pm 4,23$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000 < 0,05$ ).

HAD toplam puanları kıyaslandığında ise; çalışmayanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması ( $18,85 \pm 9,26$ ), çalışanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından ( $16,12 \pm 7,75$ ), Öğrencilerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması ( $20,05 \pm 6,15$ ), çalışanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından ( $16,12 \pm 7,75$ ) ve öğrencilerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması ( $20,05 \pm 6,15$ ), emeklilerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından ( $14,78 \pm 7,59$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000 < 0,05$ ).

Kümülatif Travma puanları göz önüne alındığında ise; çalışmayanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (50,12±27,33), çalışanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (39,70±25,04) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür. (p=,003<0,05). Bununla birlikte Suçluluk Utanç ölçeği ve alt boyutlarına göre çalışma durumu değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05)

#### 4.10 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Medeni Hal Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.13:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Medeni Hal Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Kümülatif Travma	Evli	246	41,67	25,13	<b>GA</b>	8664,970	2	4332,485	6,487	<b>,002*</b>
	Bekar	166	43,30	26,27	<b>GI</b>	300520,143	450	667,823		
	Diğer	41	57,34	28,21	<b>Toplam</b>	309185,113	452			
	Toplam	453	43,68	26,15						
Suçluluk	Evli	248	50,85	7,17	<b>GA</b>	447,569	2	223,784	4,090	<b>,017*</b>
	Bekar	168	49,18	7,93	<b>GI</b>	24893,331	455	54,711		
	Diğer	42	52,28	6,33	<b>Toplam</b>	25340,900	457			
	Toplam	458	50,37	7,44						
Utanç	Evli	248	41,33	8,46	<b>GA</b>	108,507	2	54,253	,743	,476
	Bekar	168	40,29	8,79	<b>GI</b>	33228,072	455	73,029		
	Diğer	42	40,80	7,99	<b>Toplam</b>	33336,579	457			
	Toplam	458	40,90	8,54						
Suçluluk Utanç	Evli	248	92,18	13,45	<b>GA</b>	886,526	2	443,263	2,385	,093
	Bekar	168	89,47	14,25	<b>GI</b>	84552,358	455	185,829		
	Diğer	42	93,09	12,00	<b>Toplam</b>	85438,884	457			
	Toplam	458	91,27	13,67						
Anksiyete	Evli	248	9,08	4,69	<b>GA</b>	139,946	2	69,973	3,034	,049
	Bekar	168	10,07	4,94	<b>GI</b>	10492,650	455	23,061		
	Diğer	42	8,42	4,85	<b>Toplam</b>	10632,596	457			
	Toplam	458	9,38	4,82						
Depresyon	Evli	248	7,62	3,99	<b>GA</b>	39,890	2	19,945	1,112	,330
	Bekar	168	8,23	4,30	<b>GI</b>	8162,103	455	17,939		
	Diğer	42	7,57	5,22	<b>Toplam</b>	8201,993	457			
	Toplam	458	7,84	4,23						
HAD_Toplam	Evli	248	16,71	7,78	<b>GA</b>	323,276	2	161,638	2,430	,089
	Bekar	168	18,30	8,39	<b>GI</b>	30266,191	455	66,519		
	Diğer	42	16,00	9,27	<b>Toplam</b>	30589,467	457			
	Toplam	458	17,23	8,18						

\*p<0.05



Tablo 4.13 incelendiğinde; diğer (ayrılmış ya da eşi vefat etmiş) medeni hal grubunda olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (57,34±28,21), evlilerin kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (41,67±25,13) ve diğer medeni hal grubunda olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (57,34±28,21), bekarların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür (p=,002<0,05).

Suçluluk-Utanç ölçeği nezdinde ele alındığında; diğer medeni hal grubunda olanların suçluluk ölçeği puanı ortalaması (52,28±6,33), bekarların suçluluk ölçeği puanı ortalamasından (49,18±7,93) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,017<0,05). Bununla birlikte Hastane anksiyete-depresyon ölçeğine ve utanç duygusu düzeyine göre medeni hal değişkeni için uygulanan post-hoc analizleri sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

#### 4.11 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.14:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Anksiyete	Lise ve altı	140	8,82	4,86	<b>GA</b>	288,862	2	144,431	6,353	<b>,002*</b>
	Lisans	251	10,06	4,72	<b>GI</b>	10343,734	455	22,733		
	Lisansüstü	67	8,00	4,72	<b>Toplam</b>	10632,596	457			
	Toplam	458	9,38	4,82						
Depresyon	Lise ve altı	140	8,05	4,59	<b>GA</b>	156,800	2	78,400	4,434	<b>,012*</b>
	Lisans	251	8,10	3,97	<b>GI</b>	8045,193	455	17,682		
	Lisansüstü	67	6,43	4,21	<b>Toplam</b>	8201,993	457			
	Toplam	458	7,84	4,23						
HAD_Toplam	Lise ve altı	140	16,87	8,63	<b>GA</b>	765,797	2	382,898	5,842	<b>,003*</b>
	Lisans	251	18,17	7,84	<b>GI</b>	29823,670	455	65,547		
	Lisansüstü	67	14,43	7,84	<b>Toplam</b>	30589,467	457			
	Toplam	458	17,23	8,18						
Kümülatif Travma	Lise ve altı	136	45,23	26,14	<b>GA</b>	977,418	2	488,709	,714	,490
	Lisans	251	43,67	26,54	<b>GI</b>	308207,695	450	684,906		
	Lisansüstü	66	40,54	24,72	<b>Toplam</b>	309185,113	452			
	Toplam	453	43,68	26,15						

**Tablo 4.14:** (Devamı) Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Suçluluk	Lise ve altı	140	51,67	7,43	<b>GA</b>	346,696	2	173,348	3,156	,044
	Lisans	251	49,86	7,59	<b>GI</b>	24994,204	455	54,932		
	Lisansüstü	67	49,53	6,60	<b>Toplam</b>	25340,900	457			
	Toplam	458	50,37	7,44						
Utanç	Lise ve altı	140	41,30	9,48	<b>GA</b>	48,453	2	24,227	,331	,718
	Lisans	251	40,83	8,00	<b>GI</b>	33288,125	455	73,161		
	Lisansüstü	67	40,29	8,48	<b>Toplam</b>	33336,579	457			
	Toplam	458	40,90	8,54						
Suçluluk Utanç	Lise ve altı	140	92,97	14,57	<b>GA</b>	626,571	2	313,286	1,681	,187
	Lisans	251	90,70	13,40	<b>GI</b>	84812,313	455	186,401		
	Lisansüstü	67	89,83	12,53	<b>Toplam</b>	85438,884	457			
	Toplam	458	91,27	13,67						

Tablo 4.14'e göre lisans mezunlarının anksiyete ölçeği puanı ortalaması (10,06±4,72), lise ve altı seviyede mezunların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (8,82±4,86) ve lisansüstü mezunlarının anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (8,00±4,72) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu tespit edilmiştir ( $p=,002<0,05$ ). Depresyon değişkeni göz önüne alındığında ise; lise ve altı eğitim durumunda olanların depresyon ölçeği puanı ortalaması (8,05±4,59), lisansüstü seviyede mezunlarının depresyon ölçeği puanı ortalamasından (6,43±4,21) ve Lisans mezunlarının depresyon ölçeği puanı ortalaması (8,10±3,97), lisansüstü seviyede mezunlarının depresyon ölçeği puanı ortalamasından (6,43±4,21) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür ( $p=,012<0,05$ ). HAD toplam puanları karşılaştırıldığında Lisans mezunlarının olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (18,17±7,84), lisansüstü mezunlarının HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (14,43±7,84) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu ortaya çıkmaktadır ( $p=,003<0,05$ ).

Suçluluk-Utanç ölçeği ve Kümülatif Travma ölçeğine göre eğitim durumu değişkeni için uygulanan post-hoc analizleri sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### 4.12 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Gelir Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.15:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Gelir Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Anksiyete	0-1999 TL	109	11,13	4,77	<b>GA</b>	522,502	4	130,625	5,853	<b>,000*</b>
	2000-3999 TL	105	8,74	4,61	<b>GI</b>	10110,094	453	22,318		
	4000-6999 TL	138	9,38	5,00	<b>Toplam</b>	10632,596	457			
	7000-9999 TL	65	8,33	4,48						
	10000 TL ve üzeri	41	8,04	4,25						
	Toplam	458	9,38	4,82						
Depresyon	0-1999 TL	109	8,45	4,04	<b>GA</b>	213,170	4	53,293	3,022	<b>,018*</b>
	2000-3999 TL	105	7,62	4,44	<b>GI</b>	7988,823	453	17,635		
	4000-6999 TL	138	8,26	4,21	<b>Toplam</b>	8201,993	457			
	7000-9999 TL	65	7,38	4,24						
	10000 TL ve üzeri	41	6,07	3,79						
	Toplam	458	7,84	4,23						
HAD_Toplam	0-1999 TL	109	19,59	8,04	<b>GA</b>	1256,004	4	314,001	4,849	<b>,001*</b>
	2000-3999 TL	105	16,37	8,31	<b>GI</b>	29333,463	453	64,754		
	4000-6999 TL	138	17,65	8,22	<b>Toplam</b>	30589,467	457			
	7000-9999 TL	65	15,72	7,75						
	10000 TL ve üzeri	41	14,12	7,13						
	Toplam	458	17,23	8,18						
Kümülatif Travma	0-1999 TL	106	46,54	27,50	<b>GA</b>	13037,263	4	3259,316	4,931	<b>,001*</b>
	2000-3999 TL	104	48,59	29,29	<b>GI</b>	296147,850	448	661,044		
	4000-6999 TL	137	43,38	25,49	<b>Toplam</b>	309185,113	452			
	7000-9999 TL	65	31,50	18,52						
	10000 TL ve üzeri	41	44,17	21,16						
	Toplam	453	43,68	26,15						

**Tablo 4.15:** Devamı) Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Gelir Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Suçluluk	0-1999 TL	109	49,77	7,53	<b>GA</b>	231,837	4	57,959	1,046	,383
	2000-3999 TL	105	49,94	7,77	<b>GI</b>	25109,063	453	55,428		
	4000-6999 TL	138	50,49	7,47	<b>Toplam</b>	25340,900	457			
	7000-9999 TL	65	50,50	7,37						
	10000 TL ve üzeri	41	52,41	6,24						
	Toplam	458	50,37	7,44						
	Utanç	0-1999 TL	109	41,14	8,75	<b>GA</b>	103,982	4	25,995	,354
	2000-3999 TL	105	41,35	8,60	<b>GI</b>	33232,597	453	73,361		
	4000-6999 TL	138	41,00	8,80	<b>Toplam</b>	33336,579	457			
	7000-9999 TL	65	40,12	7,51						
	10000 TL ve üzeri	41	39,97	8,65						
	Toplam	458	40,90	8,54						
Suçluluk Utanç	0-1999 TL	109	90,92	13,76	<b>GA</b>	98,229	4	24,557	,130	,971
	2000-3999 TL	105	91,29	13,94	<b>GI</b>	85340,655	453	188,390		
	4000-6999 TL	138	91,50	14,06	<b>Toplam</b>	85438,884	457			
	7000-9999 TL	65	90,63	13,11						
	10000 TL ve üzeri	41	92,39	12,81						
	Toplam	458	91,27	13,67						

En düşük gelir durumunu ifade eden geliri 0-1999TL olanların anksiyete ölçeği puanı ortalaması (11,13±4,77), diğer tüm gelir gruplarındaki katılımcıların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05).

Gelir durumu ve depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; geliri 0-1999TL olanların depresyon ölçeği puanı ortalamasının (8,45±4,04), 10.000TL ve üzerinde olanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (6,07±3,79) ve geliri 4000-6999TL olanların depresyon ölçeği puanı ortalamasının (8,26±4,21), geliri 10.000TL ve üzerinde olanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (6,07±3,79) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür (p=,018<0,05).

Geliri 0-1999TL olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (19,59±8,04), 2000-3999TL olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (16,37±8,31), geliri 7000-9999TL olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (15,72±7,75) ve geliri 10.000TL ve üzerinde olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından

anlamli bir sekilde farkli ve buyuk olduğu tespit edilmiştir (p=,001<0,05).

Kümülatif travma ve gelir arasındaki ilişki ele alındığında; geliri 0-1999tl arasında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasının (46,54±27,50), geliri 7000-9999tl arasında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından, Geliri 2000-3999tl arasında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasının (48,59±29,29), geliri 7000-9999tl arasında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (31,50±18,52) ve geliri 4000-6999tl arasında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasının (43,38±25,49), geliri 7000-9999tl arasında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (31,50±18,52) anlamli bir sekilde farkli ve buyuk olduğu görülmüştür(p=,001<0,05).

Suçluluk utanç ölçeği ve alt boyutlarına göre gelir durumu değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

#### 4.13 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyonun Gündelik Hayata Etkisi Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.16:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Gündelik Hayata Etki Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Anksiyete	Oldukça fazla	138	11,33	4,46	<b>GA</b>	1288,290	3	429,430	20,864	<b>,000*</b>
	Orta düzeyde	208	9,40	4,68	<b>GI</b>	9344,306	454	20,582		
	Hemen hemen hiç	80	7,56	4,38	<b>Toplam</b>	10632,596	457			
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	5,43	4,24						
	Toplam	458	9,38	4,82						
Depresyon	Oldukça fazla	138	9,41	4,31	<b>GA</b>	778,970	3	259,657	15,881	<b>,000*</b>
	Orta düzeyde	208	7,78	3,95	<b>GI</b>	7423,024	454	16,350		
	Hemen hemen hiç	80	6,50	3,81	<b>Toplam</b>	8201,993	457			
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	4,81	3,94						
	Toplam	458	7,84	4,23						

**Tablo 4.16:** (Devamı) Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Gündelik Hayata Etki Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
HAD_Toplam	Oldukça fazla	13	20,7	7,72	<b>GA</b>	4068,349	3	1356,116	23,215	<b>,000*</b>
	Orta düzeyde	20	17,1	7,70	<b>GI</b>	26521,118	45	58,417		
	Hemen hemen hiç	80	14,0	7,41	<b>Toplam</b>	30589,467	45	7		
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	10,2	7,41						
	Toplam	45	17,2	8,18						
		8	3							
Kümülatif Travma	Oldukça fazla	13	47,2	26,1	<b>GA</b>	7233,982	3	2411,327	3,586	<b>,014*</b>
	Orta düzeyde	20	44,5	27,3	<b>GI</b>	301951,131	44	672,497		
	Hemen hemen hiç	80	39,8	23,6	<b>Toplam</b>	309185,113	45	2		
	Hiçbir şekilde etkilememekte	31	32,0	19,4						
	Toplam	45	43,6	26,1						
		3	8	5						
Suçluluk	Oldukça fazla	13	51,0	7,24	<b>GA</b>	228,275	3	76,092	1,376	,250
	Orta düzeyde	20	49,7	7,66	<b>GI</b>	25112,624	45	55,314		
	Hemen hemen hiç	80	50,1	7,58	<b>Toplam</b>	25340,900	45	7		
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	52,0	6,22						
	Toplam	45	50,3	7,44						
		8	7							
Utanç	Oldukça fazla	13	42,2	8,18	<b>GA</b>	370,410	3	123,470	1,700	,166
	Orta düzeyde	20	40,4	8,58	<b>GI</b>	32966,168	45	72,613		
	Hemen hemen hiç	80	40,2	8,45	<b>Toplam</b>	33336,579	45	7		
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	39,7	9,63						
	Toplam	45	40,9	8,54						
		8	0							
Suçluluk Utanç	Oldukça fazla	13	93,2	12,8	<b>GA</b>	857,487	3	285,829	1,534	,205
	Orta düzeyde	20	90,2	14,1	<b>GI</b>	84581,397	45	186,303		
	Hemen hemen hiç	80	90,3	13,7	<b>Toplam</b>	85438,884	45	7		
	Hiçbir şekilde etkilememekte	32	91,8	13,4						
	Toplam	45	91,2	13,6						
		8	7	7						

Tablo 4.16'ya göre deri lezyonu günlük hayatını oldukça fazla etkileyenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalaması (11,33±4,46), orta düzeyde etkilenenlerin anksiyete

ölçeği puanı ortalamasından (9,40±4,68), hemen hemen hiç etkileyenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (7,56±4,38) ve hiçbir şekilde etkilenmeyenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (5,43±4,24); Lezyonu günlük hayatını orta düzeyde etkileyenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalaması (9,40±4,68), hemen hemen hiç etkilemeyenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (7,56±4,38) ve hiçbir şekilde etkilenmeyenlerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (5,43±4,24) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmüştür ( $p=,000<0,05$ ).

Depresyon alt boyut puanlarına bakıldığında; Lezyonu günlük hayatını oldukça fazla etkileyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalaması (9,41±4,31), orta düzeyde etkileyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalamasından (7,78±3,95), hemen hemen hiç etkilemeyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalamasından (6,50±3,81) ve hiçbir şekilde etkilemeyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000<0,05$ ). Ayrıca Lezyonu günlük hayatını orta düzeyde etkileyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalaması (7,78±3,95), hiçbir şekilde etkilemeyenlerin depresyon ölçeği puanı ortalamasından (4,81±3,94) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000<0,05$ ).

Lezyonu günlük hayatını oldukça fazla etkileyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (20,74±7,72), orta düzeyde etkileyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (17,19±7,70), hemen hemen hiç etkilemeyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (14,06±7,41) ve hiçbir şekilde etkilemeyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (10,25±7,41) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000<0,05$ ). Bununla beraber, lezyonu günlük hayatını orta düzeyde etkileyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (17,19±7,70), hemen hemen hiç etkilemeyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (14,06±7,41) ve hiçbir şekilde etkilemeyenlerin HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (10,25±7,41) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,000<0,05$ ).

Lezyonun gündelik hayatını oldukça fazla etkileyenlerin kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (47,25±26,16), lezyonu gündelik hayatını hiç etkilemeyenlerin kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (32,09±19,43) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,014<0,05$ ).

Suçluluk utanç ölçeği ve alt boyutlarına göre lezyonun gündelik hayata etkisi değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ )

#### 4.14 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Estetik Rahatsızlık Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.17:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Estetik Rahatsızlık Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Anksiyete	Hiç	33	6,21	4,40	<b>GA</b>	1152,889	3	384,296	18,405	<b>,000*</b>
	Hafif	105	7,87	4,53	<b>GI</b>	9479,707	454	20,880		
	Orta	179	9,26	4,46	<b>Toplam</b>	10632,596	457			
	Şiddetli	141	11,41	4,75						
	Toplam	458	9,38	4,82						
Depresyon	Hiç	33	4,60	3,11	<b>GA</b>	995,500	3	331,833	20,905	<b>,000*</b>
	Hafif	105	6,96	4,12	<b>GI</b>	7206,494	454	15,873		
	Orta	179	7,42	3,82	<b>Toplam</b>	8201,993	457			
	Şiddetli	141	9,79	4,24						
	Toplam	458	7,84	4,23						
HAD_Toplam	Hiç	33	10,81	6,83	<b>GA</b>	4238,795	3	1412,932	24,344	<b>,000*</b>
	Hafif	105	14,83	7,79	<b>GI</b>	26350,673	454	58,041		
	Orta	179	16,68	7,40	<b>Toplam</b>	30589,467	457			
	Şiddetli	141	21,20	7,91						
	Toplam	458	17,23	8,18						
Kümülatif Travma	Hiç	33	32,15	18,22	<b>GA</b>	10574,455	3	3524,818	5,300	<b>,001*</b>
	Hafif	104	42,24	25,16	<b>GI</b>	298610,657	449	665,057		
	Orta	179	41,86	24,84	<b>Toplam</b>	309185,113	452			
	Şiddetli	137	49,94	28,80						
	Toplam	453	43,68	26,15						
Suçluluk	Hiç	33	51,57	6,55	<b>GA</b>	138,332	3	46,111	,831	,477
	Hafif	105	49,60	8,13	<b>GI</b>	25202,568	454	55,512		
	Orta	179	50,25	7,54	<b>Toplam</b>	25340,900	457			
	Şiddetli	141	50,80	6,97						
	Toplam	458	50,37	7,44						
Utanç	Hiç	33	37,54	8,34	<b>GA</b>	932,269	3	310,756	4,354	<b>,005*</b>
	Hafif	105	39,60	8,91	<b>GI</b>	32404,310	454	71,375		
	Orta	179	40,98	8,50	<b>Toplam</b>	33336,579	457			
	Şiddetli	141	42,54	8,03						
	Toplam	458	40,90	8,54						
Suçluluk Utanç	Hiç	33	89,12	13,01	<b>GA</b>	1211,039	3	403,680	2,176	,090
	Hafif	105	89,20	14,70	<b>GI</b>	84227,846	454	185,524		
	Orta	179	91,24	13,92	<b>Toplam</b>	85438,884	457			
	Şiddetli	141	93,35	12,48						
	Toplam	458	91,27	13,67						

\*p<0.05



Tablo 4.17 incelendiğinde; estetik rahatsızlığı orta düzeyde olanların anksiyete ölçeği puanı ortalaması (9,26±4,46), estetik rahatsızlığı olmayanların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (6,21±4,40) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmektedir (p=,000<0,05).

Deri lezyonundan şiddetli düzeyde estetik rahatsızlık duyanların anksiyete ölçeği puanı ortalaması (11,41±4,75), estetik rahatsızlığı olmayanların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (6,21±4,40), hafif düzeyde anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (7,87±4,53) ve orta düzeyde anksiyete ölçeği puanı ortalamasından (9,26±4,46) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05).

Deri lezyonu sebebiyle estetik rahatsızlığı şiddetli düzeyde olanların depresyon ölçeği puanı ortalaması (9,79±4,24), estetik rahatsızlığı olmayanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (4,60±3,11), hafif düzeyde depresyon ölçeği puanı ortalamasından (6,96±4,12) ve orta düzeyde depresyon ölçeği puanı ortalamasından (7,42±3,82) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu tespit edilmiştir (p=,000<0,05). Bununla birlikte Estetik rahatsızlığı hafif düzeyde olanların depresyon ölçeği puanı ortalaması (6,96±4,12), estetik rahatsızlığı olmayanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (4,60±3,11), Estetik rahatsızlığı orta düzeyde olanların depresyon ölçeği puanı ortalaması (7,42±3,82), estetik rahatsızlığı olmayanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (4,60±3,11) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu bulgulanmıştır (p=,000<0,05).

Tablo 4.17'ye göre deri lezyonu sebebiyle estetik rahatsızlığı orta düzeyde olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (16,68±7,40), estetik rahatsızlığı olmayanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (10,81±6,83) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,000<0,05). Deri lezyonu sebebiyle estetik rahatsızlığı şiddetli düzeyde olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması (21,20±7,91), estetik rahatsızlığı olmayanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (10,81±6,83), hafif düzeyde HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (14,83±7,79), orta düzeyde HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından (16,68±7,40) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmektedir (p=,000<0,05).

Deri lezyonundan şiddetli düzeyde estetik rahatsızlık duyanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (49,94±28,80), estetik rahatsızlık duymayanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (32,15±18,22) ve lezyon rahatsızlığı orta düzeyde olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından (41,86±24,84)

anlamli bir sekilde farkli ve buyuk olduğu ortaya cikmıstır ( $p=,001<0,05$ ).

Deri lezyonu sebebiyle şiddetli düzeyde estetik rahatsızlığı olanların utanç ölçeği puanı ortalaması ( $42,54\pm 8,03$ ), estetik rahatsızlığı olmayanların utanç ölçeği puanı ortalamasından ( $37,54\pm 8,34$ ) ve hafif düzeyde utanç ölçeği puanı ortalamasından ( $39,60\pm 8,91$ ) anlamli bir sekilde farkli ve buyuk olduğu görölmektedir ( $p=,005<0,05$ ).

#### 4.15 Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyonun İsmi Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.18:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Dermatit Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	P
Anksiyete	Hayır	312	9,26	4,84	-,760	456	,448
	Dermatit	146	9,63	4,78			
Depresyon	Hayır	312	7,69	4,13	-1,080	456	,281
	Dermatit	146	8,15	4,44			
HAD Toplam	Hayır	312	16,96	8,07	-1,008	456	,314
	Dermatit	146	17,79	8,40			
Suçluluk	Hayır	312	50,63	7,52	1,094	456	,275
	Dermatit	146	49,81	7,26			
Utanç	Hayır	312	41,45	8,71	2,034	456	<b>,043*</b>
	Dermatit	146	39,71	8,05			
Suçluluk Utanç Toplam	Hayır	312	92,08	13,86	1,867	456	,063
	Dermatit	146	89,53	13,13			
Kümülatif Travma	Hayır	309	43,29	26,93	-,466	451	,642
	Dermatit	144	44,52	24,46			

\*  $p< 0,05$

Tablo 4.18 dermatiti olmayanların utanç ölçeği puanı ortalaması ( $41,45\pm 8,71$ ), dermatiti olanların utanç ölçeği puanı ortalamasından ( $39,71\pm 8,05$ ) anlamli bir sekilde farkli ve buyuk olduğunu göstermektedir ( $p=,043<0,05$ ). Bununla beraber suçluluk, anksiyete, depresyon ve kümülatif travma nezdinde dermatit varlığı değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ )

**Tablo 4.19:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Vitiligo Lezyonu Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	P
Anksiyete	Hayır	403	9,61	4,81	2,739	456	<b>,006*</b>
	Vitiligo	55	7,72	4,62			
Depresyon	Hayır	403	7,98	4,20	1,888	456	,060
	Vitiligo	55	6,83	4,39			
HAD Toplam	Hayır	403	17,59	8,13	2,594	456	<b>,010*</b>
	Vitiligo	55	14,56	8,13			
Suçluluk	Hayır	403	50,34	7,45	-,243	456	,808
	Vitiligo	55	50,60	7,425			
Utanç	Hayır	403	40,94	8,52	,313	456	,755
	Vitiligo	55	40,56	8,69			
Suçluluk Utanç Toplam	Hayır	403	91,28	13,77	,063	456	,950
	Vitiligo	55	91,16	13,05			
Kümülatif Travma	Hayır	398	44,95	26,05	2,798	451	<b>,005</b>
	Vitiligo	55	34,50	25,20			

\*  $p < 0,05$

Tablo 4.19 incelendiğinde; vitiligosu olmayan deri lezyonlu bireylerin anksiyete ölçeği puanı ortalamasının ( $9,61 \pm 4,81$ ), vitiligosu olanların anksiyete ölçeği puanı ortalamasından ( $7,72 \pm 4,62$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu tespit edilmiştir ( $p=9006 < 0,05$ ). Bununla beraber; vitiligosu olmayanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması ( $17,59 \pm 8,13$ ), vitiligosu olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından ( $14,56 \pm 8,13$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p=,010 < 0,05$ ).

Tablo 4.19'a göre vitiligosu olmayanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması ( $17,59 \pm 8,13$ ), vitiligosu olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından ( $14,56 \pm 8,13$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmektedir ( $p=,005 < 0,05$ ).

Suçluluk- Utanç ölçeği ve alt boyutları ile vitiligo değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ )

**Tablo 4.20:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Yara, Yanık, Leke Lezyonu Değişkeni Mann Whitney-u Tablosu

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	P
Anksiyete	Hayır	445	9,37	4,82	-,302	456	,762
	Yara, Yanık, Leke	13	9,92	5,02			
Depresyon	Hayır	445	7,86	4,23	-,416	456	,678
	Yara, Yanık, Leke	13	7,23	4,38			
HAD Toplam	Hayır	445	17,23	8,17	-,015	456	,988
	Yara, Yanık, Leke	13	17,15	8,79			
Suçluluk	Hayır	445	50,26	7,45	-2,290	456	<b>,022*</b>
	Yara, Yanık, Leke	13	54,15	6,06			
Utanç	Hayır	445	40,75	8,52	-2,178	456	<b>,029*</b>
	Yara, Yanık, Leke	13	46,00	7,62			
Suçluluk Utanç Toplam	Hayır	445	91,01	13,63	-2,692	456	<b>,007*</b>
	Yara, Yanık, Leke	13	100,15	12,28			
Kümülatif Travma	Hayır	440	43,33	26,22	-2,017	451	<b>,044</b>
	Yara, Yanık, Leke	13	55,53	20,97			

\* p< 0,05

Tablo 4.20 incelendiğinde; yara, yanık, lekesi olanların suçluluk ölçeği puanı ortalaması (54,15±6,06), yara, yanık, lekesi olmayan deri lezyonluların suçluluk ölçeği puanı ortalamasından (50,26±7,45) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmektedir(p=,022<0,05). Bununla birlikte; yara, yanık, lekesi olanların utanç ölçeği puanı ortalaması (46,00±7,62), yara, yanık, lekesi olmayanların utanç ölçeği puanı ortalamasından (40,75±8,52) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmekte; (p=,029<0,05) yara, yanık, lekesi olanların suçluluk utanç toplam ölçeği puanı ortalaması (100,15±12,28), yara, yanık, lekesi olmayanların suçluluk utanç toplam ölçeği puanı ortalamasından (91,01±13,63) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu ortaya çıkmaktadır (p=,007<0,05).

Araştırma verilerine göre; yara, yanık, lekesi olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması (55,53±20,97), yara, yanık, lekesi olmayanların kümülatif travma ölçeği

puanı ortalamasından (43,33±26,22) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=,044<0,05).

Hastane Anksiyete- Depresyon ölçeği ve alt boyutları ile yara, yanık, leke değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05)

#### 4.16. Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Lezyonun Tutulum Yeri Değişkenine Göre İncelenmesi

**Tablo 4.21:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Ellerde Olması Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	N	Ort.	SS	t	Sd	P
Anksiyete	Hayır	278	9,25	4,89	-,702	456	,483
	Eller	180	9,58	4,71			
Depresyon	Hayır	278	7,47	4,19	-2,335	456	,020*
	Eller	180	8,41	4,25			
HAD Toplam	Hayır	278	16,73	8,26	-1,621	456	,106
	Eller	180	18,00	8,01			
Suçluluk	Hayır	278	50,64	7,50	,987	456	,324
	Eller	180	49,94	7,35			
Utanç	Hayır	278	41,25	8,34	1,090	456	,276
	Eller	180	40,36	8,83			
Suçluluk Utanç Toplam	Hayır	278	91,89	13,63	1,219	456	,223
	Eller	180	90,30	13,71			
Kümülatif Travma	Hayır	274	44,06	27,08	,375	451	,707
	Eller	179	43,11	24,71			

\* p< 0,05

Tablo 4.21 incelendiğinde; deri lezyonu ellerinde olanların depresyon ölçeği puanı ortalamasının (8,41±4,25), lezyonu ellerinde olmayanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından (7,47±4,19) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görülmektedir(p=,020<0,05).

Anksiyete, kümülatif travma, Suçluluk Utanç ölçeği ve alt boyutları ile deri lezyonunun katılımcıların ellerinde bulunması değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05)

**Tablo 4.22:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerine Göre Lezyonun Ayaklarda Olması Değişkeni T-Test Tablosu

	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	P
Anksiyete	Hayır	328	9,15	4,88	-1,652	456	,099
	Ayaklar	130	9,97	4,64			
Depresyon	Hayır	328	7,57	4,24	-2,215	456	<b>,027*</b>
	Ayaklar	130	8,53	4,14			
HAD Toplam	Hayır	328	16,72	8,30	-2,122	456	<b>,034*</b>
	Ayaklar	130	18,51	7,73			
Suçluluk	Hayır	328	50,31	7,68	-,261	456	,794
	Ayaklar	130	50,51	6,83			
Utanç	Hayır	328	40,93	8,60	,124	456	,901
	Ayaklar	130	40,82	8,40			
Suçluluk Utanç Toplam	Hayır	328	91,24	14,02	-,065	456	,949
	Ayaklar	130	91,33	12,79			
Kümülatif Travma	Hayır	324	42,06	25,92	-2,102	451	<b>,036*</b>
	Ayaklar	129	47,76	26,39			

\*  $p < 0,05$

Tablo 4.22'ye göre deri lezyonu ayaklarında olanların depresyon ölçeği puanı ortalaması ( $8,53 \pm 4,14$ ), lezyonu ayaklarında olmayanların depresyon ölçeği puanı ortalamasından ( $7,57 \pm 4,24$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük ( $p = ,027 < 0,05$ ); lezyonu ayaklarında olanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalaması ( $18,51 \pm 7,73$ ), lezyonu ayaklarında olmayanların HAD Toplam ölçeği puanı ortalamasından ( $16,72 \pm 8,30$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyük ( $p = ,034 < 0,05$ ) olduğu görülmektedir.

Çalışmaya göre deri lezyonu ayaklarında olanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalaması ( $47,76 \pm 26,39$ ), lezyonu ayaklarında olmayanların kümülatif travma ölçeği puanı ortalamasından ( $42,06 \pm 25,92$ ) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ( $p = ,036 < 0,05$ ).

Suçluluk-Utanç ölçeği ve alt boyutları ile deri lezyonunun katılımcıların ayaklarında bulunması değişkeni grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

#### 4.17 Deri Lezyonu Olan Bireylerin Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği ve alt boyutları, Kümülatif Travma Ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçeği ve alt boyut puanlarının birbiriyle ilişkisini incelemek adına korelasyon analizi uygulanmıştır.

**Tablo 4.23:** Hastane Anksiyete Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Ölçeklerinin Korelasyon Analizi Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8
Anksiyete (1)	1							
Depresyon(2)	,634** ,000	1						
HAD Toplam(3)	,915** ,000 761	,892** ,000 761	1 761					
Suçluluk(4)	,002 ,949	-,009 ,799	-,003 ,924	1				
Utanç(5)	,248** ,000	,178** ,000	,238** ,000	,464** ,000	1			
Suçluluk Utanç(6)	,156** ,000	,106** ,003	,146** ,000	,834** ,000	,876** ,000	1		
Kümülatif Travma(7)	,324** ,000	,244** ,000	,318** ,000	,003 ,942	,000 ,992	,002 ,963	1	
Yaş(8)	-,253** ,000	-,124** ,008	-,213** ,000	,089 ,057	-,035 ,453	,027 ,571	,006 ,892	1

Tablo 4.23'te korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; görünür deri lezyonu bulunan katılımcıların anksiyete alt boyutu ile depresyon alt boyutu ( $r=,634;p=,000$ ), utanç alt boyutu ( $r=,248;p=,000$ ), Suçluluk Utanç ölçeği  $r=,156;p=,000$ ), Kümülatif Travma ölçeği ( $r=,324;p=,000$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bununla beraber anksiyete alt boyutu ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-,253;p=,000$ ).

Depresyon alt boyutu ile Suçluluk Utanç ölçeği ( $r=,106;p=,003$ ), Utanç alt boyutu ( $r=,178;p=,000$ ), Kümülatif Travma ölçeği ( $r=,244;p=,000$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Depresyon alt boyutu ile yaş değişkeni arasında ise negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=-,124;p=,008$ ).

HAD Toplam ölçeği ile Suçluluk Utanç ölçeği( $r=,146;p=,000$ ), Utanç alt boyutu ( $r=,238;p=,000$ ) ve Kümülatif Travma ölçeği ( $r=,318;p=,000$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki; HAD Toplam ölçeği ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=-,213;p=,000$ ).

#### 4.18 Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duygusu Düzeylerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Yordayıcı Etkisi Üzerine Bulgular

Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği'ni bağımlı, Kümülatif Travma Ölçeği ve Suçluluk- Utanç Ölçeğini bağımsız değişken olarak yapılan Regresyon Analizi sonuçları aşağıdaki gibidir.

**Tablo 4.24:** Kümülatif Travma Ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçeği Puanlarının Hastane Anksiyete-Depresyon Puanlarını Yordayıcılığının İncelenmesi

Yordanan	Yordayan	Std. Olm. B	Std. S.H.	Std. B	T	p	F (p)	R <sup>2</sup> AdjR <sup>2</sup>
HAD Toplam	(Sabit)	20,278	2,726		7,437	,000	21,789	0,593
	Kümülatif Travma	,067	,012	,224	5,498	,000	(0,000*)	(0,352)
	Utanç	,183	,037	,190	4,907	,000		
	Estetik Rahatsızlık (Şiddetli)	2,159	,812	,122	2,658	,008		
	Dışlanma	-2,962	,736	-,162	-4,026	,000		
	Psikiyatrik Rahatsızlık	-3,252	,851	-,152	-3,822	,000		
	Gündelik Hayata Etki(Hiç bir şekilde etkilememekte)	-6,730	1,413	-,208	-4,763	,000		
	Gündelik Hayata Etki (Hemen Hemen Hiç)	-3,578	1,066	-,167	-3,356	,001		
	Gündelik Hayata Etki (Orta Düzeyde)	-1,796	,804	-,110	-2,234	,026		
	Gelir(2000-3999 TL)	-2,636	,762	-,136	-3,461	,001		
	Gelir (10000 Tl ve üzeri)	-2,710	1,125	-,095	-2,409	,016		
	Eğitim Durumu (Lisansüstü)	-2,298	,905	-,099	-2,540	,011		

Tablo 4.24'te Hastane-Anksiyete Depresyon Ölçeği puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, Had ölçeğinin %35,2'sini açıklamaktadır.



Sonuçlara göre Kümülatif Travma Ölçeği puanı ( $\beta=,067$ ;  $p<0,05$ ) ve Utanç Ölçeği puanı ( $\beta=,183$ ;  $p<0,05$ ) Had Ölçeği puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır. Katılımcılar için lezyonun estetik rahatsızlığı şiddetli (referans=hiç) ise Had Toplam ölçeği puanı 2,159 puan artmakta( $\beta=2,159$ ;  $p<0,05$ ); katılımcılar dışlanma yaşamamış (referans=dışlanma yaşamış) ise Had Toplam ölçeği puanı 2,962 puan azalmakta ( $\beta=-2,962$ ;  $p<0,05$ ); katılımcıların psikiyatrik rahatsızlığı yok (referans=psikiyatrik rahatsızlık var) ise Had Toplam ölçeği puanı 3,252 puan azalmakta ( $\beta=-3,252$ ;  $p<0,05$ ); katılımcılar için lezyonun gündelik hayata etkisi yok (referans=oldukça fazla) ise Had Toplam ölçeği puanı 6,760 puan azalmakta ( $\beta=-6,730$ ;  $p<0,05$ ); katılımcının geliri 10000TL ve üzerinde (referans= 0-1999TL arası) ise Had Toplam ölçeği puanı 2,710 puan azalmakta ( $\beta=-2,710$ ;  $p<0,05$ ); katılımcının eğitim durumu lisansüstü (referans=lise ve altı) ise Had Toplam ölçeği puanı 2,298 puan azalmaktadır ( $\beta=-2,298$ ;  $p<0,05$ ).

#### **4.19 Hipotezlerin Kabulü/Reddi**

*“H1: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyi ile kümülatif travma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Kabul edilmiştir.**

*“H1a: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete düzeyi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Kabul edilmiştir.**

*“H1b: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete düzeyi ile kümülatif travma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Kabul edilmiştir.**

*“H1c: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde depresyon düzeyi ile kümülatif travma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Kabul edilmiştir.**

*“H2: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyi ile suçluluk ve utanç düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Kabul edilmiştir.**

*“H2a: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete düzeyi ile suçluluk duygusu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Reddedilmiştir.**

*“H2b: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde anksiyete düzeyi ile utanç duygusu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.”* **Kabul edilmiştir.**

“H2c: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde depresyon düzeyi ile suçluluk duygusu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” **Reddedilmiştir.**

“H2d: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde depresyon düzeyi ile utanç duygusu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” **Kabul edilmiştir.**

“H3: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde kümülatif travma düzeyi ile suçluluk ve utanç düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” **Reddedilmiştir.**

“H3a: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde kümülatif travma düzeyi ile suçluluk duygusu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” **Reddedilmiştir.**

“H3b: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerde kümülatif travma düzeyi ile utanç duygusu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” **Reddedilmiştir.**

“H4: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireylerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç düzeylerinde demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” **Kabul edilmiştir.**

“H5: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında anksiyete ve depresyon düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.” **Kabul edilmiştir.**

“H5a: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.” **Kabul edilmiştir.**

“H5b: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında depresyon düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.” **Reddedilmiştir.**

“H6: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında kümülatif travma düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.” **Reddedilmiştir.**

“H7: Görünür deri lezyonu bulunan yetişkin bireyler ile deri lezyonu bulunmayan yetişkin bireyler arasında suçluluk ve utanç düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.” **Reddedilmiştir.**

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan çalışmada görünür deri lezyonu bulunan kişilerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygu düzeyleri ele alınmıştır. Ayrıca araştırmada; görünür deri lezyonu bulunan ve deri lezyonu bulunmayan yetişkin kişilerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygu düzeyleri açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bölümde çalışma neticesinde elde edilen bulgular alanyazın rehberliğinde başlıklar altında incelenmiştir.

### 5.1. Görünür deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Dair Bulguların İrdelenmesi

Araştırmanın verileri, deri lezyonu bulunan kadınların anksiyete, kümülatif travma, suçluluk ve utanç düzeylerinin deri lezyonu bulunan erkeklerinkinden anlamlı derecede farklı ve büyük olduğunu göstermektedir. Literatür bulguları bu sonucu destekler niteliktedir (Karateke, 2010; Balaban ve ark., 2011; Baş ve ark., 2015; Ünal ve ark., 2021). Örneğin Karateke (2010), yanık hastalarının ruhsal belirtilerini araştırdığı çalışmasında, bizim araştırmamıza paralel biçimde, kadınların anksiyete ve depresyon düzeyinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Karateke, 2010).

Çalışma neticesinde yara, yanık ve lekesi olan katılımcıların suçluluk, utanç ve kümülatif travma ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamasının diğer deri lezyonlarından mustarip katılımcıların suçluluk, utanç ve kümülatif travma puanlarının ortalamasından anlamlı derecede farklı ve büyük olduğu görülmüştür. Gieler ve arkadaşları (2020), deri hastalığı ergenlik öncesinde başlayan katılımcıların ergenlik sonrası deri lezyonu ortaya çıkanlara göre daha az psikososyal problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeni önceden beri hastalığa sahip olan bireylerin deri lezyonunun yol açtığı kusurları içselleştirerek beden imajları ile bir bütün haline getirebilmiş olmalarıdır (Gieler ve ark., 2020). Yara, yara izi, yanık, leke gibi deri lezyonlarının çoğunlukla bir kaza, hastalık, doğal afet gibi olaylardan sonra ortaya çıkmış olabileceği düşünüldüğünde bu bireylerin diğer gruplara oranla

bedeninin görünüşü ile ilgili daha fazla rahatsızlık duyması ve sonucunda suçluluk ve utanç duyguları ile karşılaşmaları olası görünmektedir. Karateke (2010), yanık hastalarının ruhsal belirtilerini irdelediği çalışmada kazaların sebebiyet verdiği yanıklar ile kaygı ve depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit etmiştir (Karateke, 2010). Her ne kadar bizim çalışmamızda yara, yanık ve lekeli hastaların depresyon ve anksiyete oranlarının diğer deri hastalıklarına göre farklılaşmadığı görülmüş olsa da Karateke'nin bulgusu bizim çalışmamızda yara, yanık ve lekeli grubun ruhsal belirtilerinin diğer gruplara göre daha fazla çıkması ile uyumludur. Yanık hastalarının ruhsal yaşantısını ele alan bir başka makalede, yanık sonrası deride meydana gelen deformasyonların bu kişilerin beden imajı üzerinde etkili olabileceği; bununla birlikte yanık hastalarında travma sonrası stres, depresyon ve deliryum gibi ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (Akarsu ve ark., 2017). Çalışmamızda yara, yanık ve lekeli grubun diğer deri lezyonlulara oranla kümülatif travma düzeyinin daha yüksek oluşu bu bilgi ile uyumludur.

Araştırmanın bulgularına göre deri lezyonu ellerinde ve ayaklarında olan katılımcıların depresyon düzeyleri diğer tutulum bölgelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca deri lezyonu ayaklarında bulunan katılımcıların kümülatif travma düzeyi diğer tutulum bölgelerinde olanlara göre daha yüksektir. Vücudun görünür yerlerinde deri lezyonlarının bulunması psikiyatrik hastalıklar ile ilişkilidir (Miniksar, 2015). Aksoy ve arkadaşları (2012), seboreik dermatitli hastalarla yaptıkları çalışmada, deri lezyonlarının vücudun yüz bölgesinde belirmesi ile depresyon puanlarının artışı arasında ilişki tespit etmişlerdir. Cildin deformasyonunun kişinin yakınlarıyla kurduğu bağı etkilemekte olduğunu ve buna bağlı olarak ruhsal sorunların ortaya çıkabildiğini belirtmişlerdir (Aksoy ve ark., 2012). Ancak bizim çalışmamızda yüz tutulumuna dair anlamlı bir bulguya rastlanamamıştır.

Damgalanma özellikle vücudun görünür yerlerinde deri lezyonu bulunan kimselerin sosyal çevreleri tarafından sayısız kere maruz bırakıldıkları bir olgudur. Vitiligo, psoriasis, akne, ürtiker gibi vücutta belirgin şekilde görülebilen hastalıklar, bu hastalığa sahip kimselerin beden imajını olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Beden imajı zarar gören hastalarda depresyon, kaygı, damgalanma hissi düzeyinde artmalar meydana gelebilmekte; deri lezyonlu hastaların gündelik hayatı ve kişilerarası ilişkileri beden imajının uğradığı zarar ile olumsuz anlamda

etkilenebilmektedir (Tomas-Aragones ve Marron, 2016). Literatür bize bu anlamda oldukça geniş bir bilgi yelpazesi sunmaktadır. Psoriasisli hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada yüksek düzeyde damgalanmaya maruz kalan hastaların depresyon seviyesinin arttığı tespit edilmiştir. Bununla beraber yapılan çalışmada sosyal desteğin az olması ile damgalanma düzeyinin arttığı tespit edilmiş ve kadın olmanın damgalanmayı artıran bir değişken olarak öne çıktığı görülmüştür (Lakuta ve ark., 2017). Psoriasis hastalarında stigmatizasyon düzeyini irdeleyen bir başka çalışmada; hastalığın tırnak tutulumu ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Alpsoy ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda deri lezyonu ellerinde olan katılımcıların depresyon puanlarının daha yüksek bulunmasının bahsi geçen içselleştirilmiş damgalanma ile alakadar olabileceği düşünülmüştür. Eller sosyal yaşamda ve iş hayatında oldukça aktif rol oynayabilen bir vücut bölgesidir. Bu alanda oluşabilecek deformasyon kişinin gündelik hayatını etkileyebilecek düzeydedir. El tutulumu olan deri hastaları, çeşitli sebeplerden dolayı sosyal çevreleri tarafından damgalanmaya maruz kalıyor, akabinde de depresyon geliştiriyor olabilirler. Ayrıca literatüre paralel olarak bizim araştırmamızda çevresi tarafından dışlandığını/istenmediğini düşünen deri lezyonlu katılımcıların anksiyete, depresyon ve kümülatif travma düzeyleri dışlandığını/istenmediğini düşünenlere oranla anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu sonuç bize deri lezyonuna sahip bireylerde dışlanıyor olmanın pek çok ruhsal belirtiliyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Deri lezyonunun gündelik hayata etkileri damgalanmayı, hayat kalitesini, iş, eğitim ve sosyal çevre ile ilişkileri, cinselliği ve bedensel iyi oluşu da kapsayan bir bütündür. Araştırmamızda yer alan katılımcıların çoğunun gündelik yaşantısı deri lezyonları sebebiyle orta ve yüksek derecede etkilenmiştir. Miniksar (2015) deri hastalığı bulunan çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmada deri hastalıklarının kişilerin bedenini ve gündelik yaşantısını sınırladığını ve bu durumun ruhsal hastalıklara sebebiyet verebileceğini belirtmiştir (Miniksar, 2015). Bu çalışma ile uyumlu olarak araştırmamızda deri lezyonunun kişilerin gündelik hayatı etkileme derecesi ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Deri lezyonu bulunan katılımcıların gündelik hayatı lezyon sebebiyle ne kadar çok etkileniyorsa depresyon ve anksiyete geliştirme riskleri o kadar artıyor denilebilir.

Çalışmamızda deri lezyonu dolayısıyla estetik rahatsızlık duyma oranı arttıkça katılımcıların anksiyete ve depresyon oranının da arttığı gözlenmektedir. Bununla birlikte deri lezyonundan şiddetli düzeyde estetik rahatsızlık duyan katılımcıların estetik rahatsızlık duymayanlara ve hafif düzeyde rahatsızlık hissedenlere oranla utanç duygusunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Deri lezyonundan estetik rahatsızlık duyma oranı ile kümülatif travma düzeyi arasında da anlamlı derecede pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuçların da yukarıda bahsi geçen damgalanma ve deri hastalığının gündelik hayata etkileri dolayısıyla ortaya çıkan bulgular ile paralel olduğu söylenebilir. Çalışmanın sonuçlarında da görüldüğü üzere dışlanma, damgalanma, estetik rahatsızlık duyma ve deri lezyonu nedeniyle gündelik hayatında etkilenmeler deneyimleyen lezyonlu kimselerin depresyon, kaygı, ruhsal travma, utanç gibi psikolojik belirtileri artmaktadır. İnsan sosyal çevresinden bağımsız bir varlık olarak değerlendirilemez. Kişilerin vücutlarının görünür kısımlarında bulunan deri lezyonları ister istemez sosyal ilişkilerine ve gündelik yaşantılarına sızıyor, bu durum neticesinde lezyonlu kişilerin yukarıda sayılan psikolojik belirtileri ve akabinde birtakım psikopatolojileri geliştiriyor olabilecekleri söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına göre psikiyatrik rahatsızlığın eşlik ettiği deri lezyonlu bireylerin anksiyete, depresyon ve kümülatif travma düzeyleri, psikiyatrik hastalığın eşlik etmediği deri lezyonlu bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dermatolojik hastalıklara ruhsal bozuklukların sıklıkla eşlik ettiği; hastalığın başlamasında, alevlenmesinde rol oynadığı bilinmektedir (Kökçam ve Dilek, 2010). Literatür incelendiğinde; Özten ve arkadaşları (2015), trikotillomani ve deri yolma bozukluklarının ruhsal travma ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında deri hastalığına eşlik eden psikiyatrik bozukluk ile travmatik yaşantılar arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (Özten ve ark., 2015). Araştırmamızın bulguları bu çalışmayı desteklemektedir. Kümülatif travma farklı travmatik yaşantıların meydana gelmesinin yahut bir çeşit ruhsal travmanın tekerrür etmesini ifade ettiğinden kişilerin kümülatif travma düzeyindeki artışın stresle başa çıkma becerilerindeki bir zorlanmayı beraberinde getirebileceği söylenebilir. Bu durum deri lezyonlu kimselerin psikiyatrik hastalık geliştirmesine zemin hazırlamış olabilir. Ruhsal travmaya çok kez maruz kalmış kişilerin yaşadıkları stresi deri hastalığı üzerinden görünür kılabilceği de düşünülebilir. Yarpuz ve arkadaşları (2008), akneli

katılımcılarla yaptıkları araştırmada, akne hastalarının anksiyete ve depresyon değerlerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla beraber bu ruhsal semptomların yüksek oluşunun sosyodemografik veriler ile alakadar olduğunu düşünmüşlerdir. Çalışmalarında yaş ile ruhsal belirtiler arasında negatif yönlü bir ilişki gözlemişlerdir (Yarpuz ve ark., 2008) Bizim araştırmamızda da paralel biçimde yaş arttıkça anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının azaldığı gözlenmektedir. Bu durumun deri hastalığının zamanla ruhsallığa entegre edilmesinin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. Deri hastalığından mustarip bireyler zamanla hem estetik açıdan hem de deri hastalığının gündelik hayatlarına olan olumsuz etkileri bağlamında hastalığın getirdiği zorluklara alışmış ve bunu içselleştirmiş olabilirler. Bununla beraber kişilerin yaş aldıkça kimlik gelişimini tamamlamış olmaları ve kayıpla başa çıkma kapasitelerindeki artış anksiyete ve depresyon düzeylerindeki azalma ile ilgili görünmektedir.

Fiziksel hastalıkların deri lezyonuyla birlikte bulunuşu, kişilerin hem bahsi geçen hastalık özelinde hem de deri lezyonunun yol açtığı estetik ve bedensel sorunlar açısından çeşitli ruhsal belirtileri meydana çıkarabilmektedir. Özten ve arkadaşları (2015) trikotillomani ve deri yolma bozukluğu olan katılımcıların ruhsal travma düzeyini araştırdıkları çalışmalarında sosyo-demografik değişkenlerden biri olan fiziksel hastalığın deri lezyonuna eşliği ile travma sonrası stres arasında pozitif yönlü bir ilişki bulmuşlardır (Özten ve ark., 2015). Çalışmamızda deri lezyonu dışında fiziksel rahatsızlığı olan katılımcıların anksiyete ve kümülatif travma düzeyinin lezyon dışında fiziksel hastalığı bulunmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Deri lezyonu varlığının eğitim ve iş yaşantısına lezyonun süresi, tutulum yeri, şiddeti gibi olgularla beraber etkide bulunduğu bilinmektedir. Deri lezyonunun bedene olan yansımaları ağrı, kızarıklık ve kaşıntı şeklinde ortaya çıkabilmekte; bu durum hastaların çalışma verimini azaltabilmektedir. Deri hastalıkları söz konusu olduğunda işsiz olma değişkeni yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (Nguyen ve ark., 2019). Mcdonough ve arkadaşları (2014), psoriasisli bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini irdeledikleri çalışmalarında, katılımcıların çalışmıyor olmasının hem depresyon hem de anksiyete düzeyini artırdığını tespit etmişlerdir (Mcdonough ve ark., 2014). Araştırmanın verileri literatürle uyumlu biçimde çalışmayanların, çalışan ve emeklilere göre anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu

göstermektedir. Ayrıca çalışmayan deri lezyonlu bireylerin çalışanlara göre kümülatif travma düzeyi de yüksek bulunmuştur. Deri lezyonunun çeşidi ve tutulum yerinin bu noktada etkili olabileceği düşünülmektedir. Örneğin psoriasisli bireylerle yapılan çalışma ele alındığında kişilerin dış görünüşlerinin ve hastalığın semptomatik özelliklerinin iş bulma ve sürdürülebilir kapasitelerine olumsuz etkilerde bulunabileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda çalışmayan bireylerin diğer kategorilere göre daha yüksek kaygı seviyelerine sahip olmaları deri hastalığının yol açtığı bir sorun olarak ele alınabilir.

Aksoy ve arkadaşları (2012), seboreik dermatitli hastalarla yaptıkları çalışmalarının sonucunda bekarların, evli katılımcılara göre yaşam kalitelerinde bozulmanın anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca aynı çalışmada hayat kalitesindeki bozulmanın depresyon ve anksiyete düzeyindeki artışla ilintili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Aksoy ve ark., 2012). Bu farklılık medeni hal ile ruhsal belirtiler arasında bir ilişki olabileceğinin göstergesidir. Bizim araştırmamızda ise diğer kategorisine yerleştirilen eşi vefat etmiş yahut eşinden ayrılmış kişilerin, evli ve bekarlara göre kümülatif travma düzeyi daha yüksek ve yine bekarlara göre suçluluk puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ancak evli ve bekar grubun arasında ruhsal belirtiler açısından anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir. Değer verilen birinin kaybı ya da sevilen kişi ile ayrı düşmek başlı başına ruhsal travma yaratabilecek olgulardandır. Çalışmamızda boşanmış ya da eşi vefat etmiş kişilerin kümülatif travma düzeyinin diğer kategorilerden yüksek çıkmasının bununla ilintili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızdan elde edilen bulgular lisansüstü seviyede eğitim almış kişilerin anksiyete ortalamalarının, diğer eğitim durumlarına göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir. Karateke (2010), yanık hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete oranlarının diğer eğitim düzeylerine göre yüksek olduğunu tespit etmiştir (Karateke, 2010). Bizim çalışmamızda lisansüstü derecede eğitim almış bireylerin anksiyete oranlarının diğer gruplara göre düşük olmasının bu bulguya paralel olduğu söylenebilir. Eğitim seviyesindeki artış ile kaygı seviyesindeki azalma göz önüne alındığında kişilerin stresle başa çıkma kapasitelerinin eğitim seviyesine göre artıyor olabileceği ve bu durumun hastalığın nüksüne ve seyrine de etki ediyor olabileceği düşünülebilir.



Literatürde deri hastalıklarının süresi ile psikiyatrik değişkenler arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalar bulunmaktadır. Yalçın ve arkadaşları (2015) nörotik ekskoriyasyon hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında uzun süredir hastalıkla mücadele eden kişilerin depresyon skorlarının 5 yıldan kısa süredir süregiden hastalığı bulunanlara göre yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Yalçın ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda deri lezyonunun süresi ile depresyon, anksiyete, suçluluk ve utanç duygu düzeyleri bakımından anlamlı farklar bulunamamıştır. Bunun sebebinin çalışmamızın tek bir deri lezyonu çeşidi yerine birkaç farklı deri lezyonu çeşidini ele alması olduğu düşünülebilir.

## **5.2 Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duygu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi**

Yapılan araştırma sonucunda görünür deri lezyonu bulunan ve deri lezyonu bulunmayan katılımcılar anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygu düzeyleri açısından karşılaştırılmış; deri lezyonu bulunan katılımcıların deri lezyonu bulunmayan katılımcılara göre anksiyete düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak deney ve kontrol grubu arasında depresyon, suçluluk, utanç ve kümülatif travma değişkenleri nezdinde anlamlı bir fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Literatürde deri hastalığı bulunan kişilerin ruhsal belirtiler bağlamında deri hastalığı bulunmayan kişiler ile karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Topal ve ark., 2004; Yılmaz, 2011; Özten ve ark., 2015; Sesliokuyucu ve ark., 2017; İslamoğlu ve ark., 2019; Ünal ve ark., 2021). Bu çalışmalarda deri hastalarının depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması, sosyal kaygı puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özten ve ark., 2015; Sesliokuyucu ve ark., 2017; Avcı, 2019). Bununla birlikte mevcut deri lezyonunun türü, şiddeti ve tutulum yeri gibi faktörler ruhsal belirtilerin varlığını etkileyebilmektedir (Karakılıç, 2012).

Alanyazın incelendiğinde; Topal ve arkadaşları (2004) psikokutan deri hastalıklarından biri olan ürtikerli hastalarla yaptıkları araştırmalarında kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon değişkenlerini irdelemişler; deney grubunun anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ancak çalışmalarında bizimki ile paralel biçimde depresyon düzeyi açısından deney

ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar gözlememişlerdir (Topal ve ark., 2004). Deri hastalıklarında ruhsal belirtileri inceleyen bir başka araştırmada ise kronik seyirli deri hastalıkları ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişki incelenmiş, çalışma sonucuna göre deney grubunun kontrol grubuna oranla anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğu bulunmuş; ancak gruplar arasında çocukluk çağı travmaları açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir (İslamoğlu ve ark., 2019). Trikotillomani ve deri yolma bozukluğu tanılı hastalarla yapılan bir çalışmanın sonucunda trikotillomani ve deri yolma bozukluğu hastalarının depresyon ve travma sonrası stres skorlarının kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiş, hasta grubun kontrol grubuna göre çocukluğunda daha fazla travmatik ve olumsuz olaylar bildirdiği tespit edilmiştir. (Özten ve ark., 2015).

Bununla birlikte deri hastalıkları ve utanç ilişkisini irdeleyen bir çalışmada psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre deri kaynaklı iğrenme ve utanç duygularının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Lahousen ve ark., 2016).

Literatürde travmatik yaşantıların suçluluk ve utanç duyguları ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Örneğin; çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada; çocukluk çağı travma yaşantılarının artışı ile suçluluk ve utancın azalması arasında korelasyon tespit edilmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ise duygusal ihmalin artışının utancı azalttığı görülmüştür. Kourt literatür ile uyumsuz olan bu sonucu ruhsal travmaya maruz kalmış kişilerin travmanın sorumluluğunu kendilerine mi yoksa başkalarına mı atfettikleri ile alakadar olabileceğini düşünmüştür. Ona göre kişi örseleyici yaşantısının sonucunu kendine atfediyorsa kendini, başkalarına atfediyorsa başkalarını suçlamaktadır ve bundan dolayı utanç duymamaktadır (Kourt, 2011). Bunun yanı sıra suçluluk ve utanç duygularının somatizasyon ile ilişkinin incelendiği çalışmalara da rastlanmıştır. Örneğin; Somatik belirtiler, bağlanma stilleri ve suçluluk-utanç duyguları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmada hem suçluluk hem de utanç duygusunun somatizasyon ile ilişkili olduğu görülmüş özellikle utanç duygusunun bedenselleştirmenin dikkate değer bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacı her iki olumsuz duygunun da mağdurunun vücut olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca yapılan çalışma kadınların somatizasyon ve suçluluk-utanç düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermiştir (Gerdan ve Kurt, 2020).

Bizim çalışmamızda deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında suçluluk ve utanç duyguları açısından gruplar arasında fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Deri yüzeyinin temaslarla beslendiği kadar duygularla da dolup taşıdığı dikkate alındığında deri lezyonlu bireylerin suçluluk ve utanç gibi olumsuz duyguları deri yüzeyine aktarabileceği; akabinde bu yolla rahatlama sağlayabileceği olası görünmektedir. Dile gelmeyen duygular beden vasıtasıyla yüzeye çıkabilmektedir. Deri lezyonlu bireyler ile deri lezyonu olmayan bireyler arasında suçluluk ve utanç duyguları açısından anlamlı farklılıklar bulunmayışının sebebinin bu olabileceği öngörülmüştür. Literatürde deri hastalıklarına bağlı suçluluk ve utanç ölçeklerinin bulunduğu tespit edilmiş, çalışmalarda bu ölçeklerin kullanılmasının daha verimli olabileceği düşünülmüştür.

### **5.3 Görünür Deri Lezyonu Bulunan Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duygu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İrdelenmesine Dair Sonuçlar**

Araştırma sonuçlarına göre deri lezyonu bulunan katılımcıların anksiyete düzeyinin artmasıyla depresyon, utanç ve kümülatif travma düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Yapılan alanyazın taraması neticesinde deri hastalığı bulunan kişilerin anksiyete, depresyon ve travmatik yaşantı düzeylerinin yüksek olduğu ve bu kavramların birbiriyle ilişkisinin bulunduğu görülmüştür (Choi ve ark., 2020; Aksoy ve ark., 2012; Sesliokuyucu ve ark., 2017; Özten ve ark., 2015). Örneğin; Aksoy ve arkadaşları (2012), Seboreik dermatitli bireylerin yaşam kalitesi, depresyon düzeyi ve anksiyete düzeyini araştırdıkları bir çalışmada hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi arasında araştırmamızı destekleyecek biçimde pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit etmişlerdir (Aksoy ve ark., 2012). Psikokutan hastalıklardan biri olan Nörotik Ekskoryasyon hastalarının çocukluk çağı travmalarının incelendiği bir başka çalışmada da bizim çalışmamıza paralel biçimde hasta grubun travma, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında korelasyon tespit edilmiştir (Yalçın ve ark., 2015). Sesliokuyucu ve arkadaşlarına göre yinelenen ve süregelen kaygı bir noktada depresyonu tetikleyebilmektedir (Sesliokuyucu ve ark., 2017). Kaygı ve depresyonun komorbiditesi az rastlanan bir durum değildir ve bu iki ruhsal bozukluğun beraberliği deri hastalığı bulunan kimse için birtakım zorluklara yol açabilmektedir (Akt. Aksoy ve ark., 2012). Bizim çalışmamızda deri lezyonu

bulunan katılımcıların kaygı düzeyleri ile yalnızca depresyon düzeyleri arasında korelasyon değil; aynı zamanda kaygı düzeyi ile kümülatif travma düzeyi arasında da ilişki gözlenmiştir. Bu bağlamda travmanın tekrarını ifade eden kümülatif travmanın yinelenen anksiyeteyi ortaya çıkardığı ve bu anksiyetenin de depresyonu açığa çıkaran faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

Depresyon kişilerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini bozucu etkiye bulunabilecek bir duygusal durumdur. Cilt hastalıklarının başlaması, alevlenmesi ve kötü prognozuyla ilişkili olabileceği gibi deri hastalığının bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bununla beraber halihazırda deri lezyonlarına sahip bireylerin lezyon dolayısıyla yaşadıkları bedensel belirtiler ve damgalanma, ayrımcılık ve reddedilme gibi psikososyal etkiler depresyona yol açabilir yahut düzeyini artırabilir. Deri hastalıkları ve depresyon ilişkisi ele alındığında çok değişkenli bir oluşumdan söz etmek gerekir. Cilt lezyonunda rol oynayan genetik faktörler, psikososyal etkenler, deri hastalığının hangi dönemde başladığı, hastalığın bedende ortaya çıkardığı ağrı, acı, kaşıntı gibi rahatsızlıklar depresyon geliştirme riski açısından önemli faktörler olarak ele alınmaktadır. Psoriasis, akne, ürtiker, atopik dermatit depresyon tanısının sıklıkla eşlik ettiği deri hastalıklarındandır (Fried ve ark., 2005).

Araştırmamızda deri lezyonlu katılımcıların depresyon düzeyi ile anksiyete düzeyi, utanç duygusu düzeyi ve kümülatif travma düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmüştür. Literatürde bu alanda yapılmış çalışmalar mevcuttur. Örneğin; psikodermatolojik deri hastalıklarından biri olan Psöriazis tanılı hastalarla gerçekleştirilen bir araştırmada hastaların depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması ve yaşam kalitesi düzeyleri ve bunların kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışma neticesinde psoriasisli katılımcıların anksiyete düzeyi ile depresyon ve çocukluk çağı travması düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Sesliokuyucu & ark.,2017). Bir başka çalışmada araştırmacılar trikotillomani ve deri yolma bozukluğu olan katılımcıların ruhsal travma düzeyini irdelemişler ve katılımcıların travma sonrası stres düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit etmişlerdir. (Özten ve ark., 2015). Balaban ve arkadaşları (2011), vitiligo hastaları ile yaptıkları çalışmalarında vitiligo hastaları ve kontrol grubu arasında psikiyatrik eşanı bağlamında fark olduğunu tespit etmişler; hasta grubunun psikiyatrik eşanı sıklığını daha yüksek bulmuşlardır. Bununla beraber söz konusu çalışmada vitiligo

hastalarının benlik saygısının kontrol grubuna göre düşük olduğu gözlenmiştir (Balaban ve ark., 2011). Onlara göre dermatolojik problemler yaşayan kimseler deri lezyonlarının apaçık ortada oluşu ve hastalık kapılabileceği korkusu nedeniyle çevrelerince dışlanma ve istenmeme durumu ile karşı karşıya kalmakta ve bu durum söz konusu hastalarda suçluluk hissini ortaya çıkarabilmektedir. Bizim çalışmamızda deri lezyonlu hastaların depresyon düzeyi ile utanç düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki ortaya çıkmıştır. Ayrıca utanç duygusu yalnızca depresyon ile değil aynı zamanda anksiyete düzeyi ile de koreledir. Bu durum psikiyatrik komorbiditenin göstergesi olabileceği gibi aynı zamanda; lezyonlarının görünür halde oluşundan utanç duyan deri hastalarında depresyon ve kaygı oranının yüksek oluşunu da düşündürmektedir. Ancak yapılan çalışmada utancın kaynağı ele alınamamıştır. Bu sebeple bahsi geçen varsayımın yeni çalışmalar ile ele alınması faydalı görünmektedir.

## 6. ÖNERİLER

- Yapılan araştırmanın en önemli sınırlılıklarından birini örneklem seçimi ve araştırmanın uygulama yeri oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri Covid-19 pandemisi nedeniyle çevrimiçi(online) ortamda toplanmıştır. Deri lezyonlu bireylerin dermatolojide tanı almış olmaları dikkate alınmış, araştırma sırasında tekrar dermatolojik değerlendirmeleri yapılmamıştır. Hastanın beyanatına dayanarak deri lezyonu varlığı kabul edilmiştir. Bu bağlamda örneklemin genişletilmesi, toplanacak verilere eksiksiz ve sağlıklı ulaşım açısından hastane ortamında çalışma verilerinin toplanması ve verilerin bir dermatolog eşliğinde toplanması gelecek araştırmalarda fayda sağlayabilir. Ayrıca araştırmaya tüm dermatolojik hastalıklar dahil edilmiştir. Her bir deri lezyonu grubu için daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Çalışma verileri değerlendirilirken deri hastalıklarının kümülatif travma ile ilişkilerini irdeleyen çalışmaların bulunmadığı görülmüştür. Bu alanda yapılacak yeni araştırmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Literatürde yetişkin deri lezyonu bulunan kimselerin anksiyete, depresyon, kümülatif travma, suçluluk ve utanç duygularını bir arada ele alan başka bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmanın daha geniş bir örneklem grubu ile tekrarlanması gelecek araştırmalar için fikir sağlayabilir.

## KAYNAKLAR

- Akarsu, S., Durmuş, M., Yapıcı, A. K., Öznur, T., & Öztürk, S.** (2017). *Yanık Hastalarının Psikiyatrik Yönden Değerlendirilmesi ve Rehabilitasyonu*. Turk J Plast Surg: DOI: 10.5152/TurkJPlastSurg.2017.2112 adresinden alınmıştır
- Akbağ, M., & İmamoğlu, S. E.** (2010). Cinsiyet ve Bağlanma Stillerinin Utanç, Suçluluk ve Yalnızlık Duygularını Yordama Gücünün Araştırılması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 651-682.
- Aksoy, M., Özkorumak, E., Bahadır, S., Yaylı, S., & Arıca, D. A.** (2012). *Seboreik Dermatit Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri*. Türk derm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi; 46: 39-43: DOI: 10.4274/turkderm.83792 adresinden alınmıştır
- Alpsoy, E., Şenol, Y., Temel, A. B., Baysal, G. Ö., & Karakaş, A. A.** (2015). *Psoriasisde İçselleştirilmiş Stigmatizasyon (damgalanma) Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması*. Türk-Derm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi DOI: 10.4274/turkderm.54521 adresinden alınmıştır
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2014). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, beşinci baskı (DSM-5). E. Köroğlu (Çev). Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.
- Anzieu, D.** (2008). *Deri-Ben*. İstanbul: Metis Yayınları . (İlk Baskı 1995).
- Arnold-Baker, C.** (2017). Depresyon ve Apati. E. V. Deurzen, & C. Arnold-Baker (Ed.) *İnsan Meselelerine Varoluşçu Bakışlar: Terapi Uygulama El Kitabı içinde*, (s. 277-287). İstanbul: Aletheia Kitap. (Orijinal Basım: 2005)
- Avcı, İ. K.** (2019). Behçet Hastalarında Ruhsal Belirtiler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Uzmanlık Tezi*. Bursa.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., & Kültür, S.** (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 280-287.
- Balaban, Ö. D., Atagün, M. İ., Özgüven, H. D., & Özsan, H. H.** (2011). *Vitiligolu Hastalarda Psikiyatrik Morbidite*. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi; 24: 306-313 : DOI: 10.5350/DAJPN2011240406 adresinden alınmıştır
- Baş, Y., Kalkan, G., Yıldız, M., Özüğuz, P., Seçkin, H. Y., Takcı, Z., & Songur, E.** (2015). *Seboreik Dermatit Hastalarının Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi* . Turk J Dermatol : DOI: 10.4274/tdd.2586 adresinden alınmıştır
- Choi, G.-S., Nam, Y.-H., Park, C.-S., Kim, M.-Y., Jo, E.-J., Park, H.-K., & Kim, H.-K.** (2020). *Anxiety, Depression and Stress in Korean Patients With*

*Chronic Urticaria.* Korean J Intern Med :  
<https://doi.org/10.3904/kjim.2019.320> adresinden alınmıştır

- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. v., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E.** ( October 2009). *A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity* . Journal of Traumatic Stress: DOI: 10.1002/jts.20444 adresinden alınmıştır
- Cozolino, L.** (2014). *İnsan İlişkilerinin Nörobilimi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları 135. (Orijinal Basım: 2005)
- Cüceloğlu, D.** (2013). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi. (İlk Basım: 1991)
- Damka, Z.** (2009). Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınlar: Anksiyete Duyarlılığı, Travmaya Bağlı Suçluluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikolojik Belirtiler. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Doğru, G.** (2019). Travma Yaşantısı Olan Bireylerde Travma Sonrası Bilişlerin, Travmaya Bağlı Suçluluğun ve Kontrol Odağının Obsesif-Kompulsif Bozukluk Belirtileri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Eltan, S.** (2019, June). Psychometric Properties of The Cumulative Trauma Scale: Evaluation of The Validity and Reliability In a Turkish Sample. *Thesis*.
- Erbudak, I.** (2018). Alopesi Areata İle Depresyon İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Ermertcan, A. T., Şahin, M. T., Kapulu, N., Deveci, A., & Öztürkcan, S.** (2004). Dermatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Hastalardan Psikiyatrik Konsültasyon Gerektirenlerde Saptanan Ruhsal Sorunlar. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 23-26.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E.** (1999). Cumulative Trauma: The Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 9*, 25-35.
- Freud, S.** (2013). Yas ve Melankoli. *Metapsikoloji içinde*, (s. 237-260). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Basım: 1917)
- Fried, R. G., Gupta, M. A., & Gupta, A. K.** ( 2005). *Depression and Skin Disease*. Dermatol Clin 23; 657-664 : doi:10.1016/j.det.2005.05.014 adresinden alınmıştır
- Geniş, B.** (2020). Psikodermtaolojik Hastalıkların Klinik Görünümü. *5. Psikiyatri Zirvesi*.
- Gerdan, G., & Kurt, M.** (2020). Üniversite Öğrencilerinde Somatik Belirtiler, Bağlanma Stilleri ve Suçluluk Utanç Duyguları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 383-393.
- Gieler, U., Gieler, a., Peters, E. M., & Linder, D.** (2020). *Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today*. CME article: DOI: 10.1111/ddg.14328 adresinden alınmıştır



- Güven, K.** (2010, Şubat). Marmara Depremini Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S.** (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Prenventive Medicine Bulletin*, 209-216.
- İkiz, T.** (2019). Paris Psikosomatik Okulu (ipso). T. İkiz, A. G. Küey, M. L. Kayaalp, T. Parman, E. Abrevaya, & R. Tükel içinde, *Psikanaliz Buluşmaları: Psikosomatik* (s. 117-126). İstanbul: Bağlam Yayıncılık. (İlk Basım: 2008)
- İslamoğlu, Z. G., Demirbaş, G. U., Unal, M., & Memduha, A.** (2019). *Is There Any Association Between Childhood Trauma and Chronic Dermatological Diseases? A Case-control Study*. *J Surg Med.*: DOI: 10.28982/josam.550807 adresinden alınmıştır
- Jafferany, M.** (2007). Psychodermatology: A Guide To Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion J. Clin. Psychiatry*, 203-211.
- Kalyoncu, A., Mirsal, H., Pektaş, Ö., Gümüş, Ö., Tan, D., & Beyazyürek, M.** Alkol Bağımlılarında Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*; (3) 160-164.
- Karakılıç, Ç.** (2012). Psoriasis Hastalarının Kontrol Grupları İle Psikiyatrik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. Bolu.
- Karateke, Y.** (2010). Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Kira, İ. A.** (2010). *Etiology and Treatment of Post-Cumulative Traumatic Stress Disorders in Different Cultures*. <http://tmt.sagepub.com>: DOI: 10.1177/1534765610365914 adresinden alınmıştır
- Koblenzer, C. S.** (1997). Psychodermatology of Woman . *Clinics in Dermatology*, 127-141.
- Kourt, R.** (2011, Ekim). 18-24 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyatif Yaşantılar ve Suçluluk-Utanç Duyguları ile İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Kökçam, İ., & Dilek, N.** (2010). Dermatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Hastalar İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonları. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.*, 24 (1): 21 - 24.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M.** (2019). *Anormal Psikolojisi/Psikopatoloji*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal Basım: 2014)
- Lafrance, M.** (2009). *Skin and the Self: Cultural Theory and Anglo-American Psychoanalysis*. *Body & Society* Vol. 15(3): 3–24: DOI: 10.1177/1357034X09339099 adresinden alınmıştır
- Lafrance, M.** (2018). *Skin Studies: Past, Present and Future*. *Body & Society*: <https://doi.org/10.1177/1357034X18763065> adresinden alınmıştır

- Lahousen, T., Kupfer, J., Gieler, U., Hofer, A., Linder, M. D., & Schut, C.** (2016). *Differences Between Psoriasis Patients and Skin-healthy Controls*. *Acta Derm Venereol Suppl*; 217: 78-82: doi: 10.2340/00015555-2373 adresinden alınmıştır
- Lakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezińska-Wcisło, L.** (2017). *How does stigma affect people with psoriasis?* *Adv Dermatol Allergol*; 36-41 : DOI: <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62286> adresinden alınmıştır
- Leader, D.** (2018). *Depresyon, Yas ve Melankoli*. İstanbul: Encore Yayınları. (Orijinal Basım: 2008)
- McDonough, E., Ayearst, R., Eder, L., Chandran, V., Rosen, C. F., Thavaneswaran, A., & Gladman, D. D.** (2014). *Depression and Anxiety in Psoriatic Disease: Prevalence and Associated Factors*. *The Journal of Rheumatology*; 41:5 : doi:10.3899/jrheum.130797 adresinden alınmıştır
- McWilliams, A.** (2020). *Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal Basım: 2011)
- Mercan, S.** (2010). *Dermatolojik Hastalıklarda Görülebilecek Olan Diğer Psikiyatrik Tablolar*. *Türk-Derm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*: DOI: 10.4274/turkderm.44.s36 adresinden alınmıştır
- Mercan, S., & Altunay, İ. K.** (2006). *Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji*. *Türk Psikiyatri Dergisi*: 17 (4):305-313
- Miniksar, D. Y.** (2015). *Dermatolojik Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Görülen Psikiyatrik Bozukluklar*. *Uzmanlık Tezi*. Malatya.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J.** (2014). *Freud ve Sonrası*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (İlk Baskı: 2012)
- Nguyen, S. H., Nguyen, L. H., Vu, G. T., Nguyen, C. T., Le, T. H., Tran, B. X., . . . Ho, R. C.** (2019). *Health-Related Quality of Life Impairment among Patients with Different Skin Diseases in Vietnam: A Cross-Sectional Study*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* : doi:10.3390/ijerph16030305 adresinden alınmıştır
- Özkan, S., & Özkan, M.** (2014). *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp*. R. Tükel, & S. Çakır (ed)., *Psikiyatri içinde* (s. 107-124). İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Mezun ve Mensupları Derneği.
- Özkaya, N. K., Zor, S. S., & Çepni, M.** (2015). *Pigmente Deri Lezyonlarında Dermoskopik ve Patolojik Tanıların Karşılaştırılması*. *Van Tıp Dergisi*, 177-181.
- Özkul, M.** (2019). *Psikososyal Destek Elemanlarının Algılanan Sosyal Destek İle Yaşadıkları İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.
- Özpoğraz, N., & Tamam, L.** (2001). *Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları*. *T Klin Dermatoloji*, 1:46-55.

- Özten, E., Sayar, G. H., Eryılmaz, G., Kağan, G., Işık, S., & Karamustafaloğlu, O.** (2015). The Relationship of Psychological Trauma With Trichotillomania and Skin Picking. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1203-1210.
- Öztürk, E., & Derin, G.** (2020). *Psikotravmatoloji*. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi: Doi: 10.17932/IAU.AIT.2015.012/ait\_v06i2003 adresinden alınmıştır
- Palabıyıköğlü, R., & Cesur, G.** (2013). Yaşam Sürecinde Kriz ve Krize Müdahale. Ü. H. Okyayuz içinde, *Sağlık Psikolojisi* (s. 41-61). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 40.
- Parman, T.** (2012). Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği. A. G. Küey, T. İkiz, M. L. Kayaalp, R. Tükel, & E. *Psikanaliz Yazıları: Psikosomatik içinde* (s. 13-32). İstanbul: Bağlam Yayıncılık. (İlk Basım: 2005)
- Prosser, J.** (2001). *Thinking Through the Skin*. New York: Taylor & Francis E-Library.
- Quinodoz, J.-M.** (2016). *Freud'u Okumak*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Sesliokuyucu, C., Şahpolat, M., & Arı, M.** (2017). Psöriazisli Hastaların Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Ruhsal Travması ve Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özelliklerinin Araştırılması. *Journal of Mood Disorders*, 2840.
- Szwec, G.** (2019). Bazı Psikosomatik Modellere Göre Deri Hastalıkları. A. G. Küey, T. İkiz, M. L. Kayaalp, T. Parman, E. Abrevaya, & R. Tükel, *Psikanaliz Buluşmaları: Psikosomatik içinde* (s. 27-46). İstanbul: Bağlam Yayınları. (İlk Basım: 2008)
- Şar, V.** (2011). *Developmental Trauma, Complex PTSD, and The Current Proposal of DSM-5*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622> adresinden alınmıştır
- Şar, V.** (2014). Ruhsal Gelişim. R. Tükel, & S. Çakır içinde, *Psikiyatri* (s. 15-20). İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Mezun ve Mensupları Derneği.
- Şar, V.** (2018). Travmatik Stres ve Bedensel Hastalıklar. *Türkiye Klinikleri*, 1-5.
- Tantam, D.** (2017). Gruplar. E. V. Deurzen, & C. Arnold-Baker (ed.)., *İnsan Meselelerine Varoluşçu Bakışlar: Terapi Uygulama El Kitabı içinde* (s. 216-232). İstanbul: Aletheia Kitap. (Orijinal Basım: 2005)
- Tomas-Aragones, L., & Marron, S. E.** (2016). *Body Image and Body Dysmorphic Concerns*. *Acta Derm Venereol Suppl*; 217: 47-50: doi: 10.2340/00015555-2368 adresinden alınmıştır
- Topal, İ. O., Altunay, İ. K., & Mercan, S.** (2004). Kronik Ürtikerli Hastalarda Kişilik Bozuklukları, Anksiyete ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, <https://www.researchgate.net/publication/237789102>.
- Torun, F.** (2004). Utanç ve Suçluluğun Sahnesi Olarak Deri. *Psikanaliz Defterleri 8: Utanç ve Suçluluk içinde* (s. 199-209). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Ulnik, J. C., & Linder, M. D.** (2016). *The Psychoanalytic Interpretation of Symptoms – Evidence and Benefits*. *Acta Derm Venereol Suppl* 217; 22-24: doi: 10.2340/00015555-2427 adresinden alınmıştır

- Uzby, İ. T.** ( 2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 5-13.
- Ünal, K., Altunay, İ., Mercan, S., & Erdem, Y.** ( 2021). *Relationship Between Adverse Childhood Experiences, Close Relations and Emotion Regulation: Chronic Idiopathic Urticaria Patients*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi; 8(1): 54-63: <http://dergipark.gov.tr/sagakaderg> adresinden alınmıştır
- Yalçın, M., Telliöglü, E., Yıldırım, D. U., Savrun, B. M., Özmen, M., & Aydemir, E. H.** (2015). *Nörotik Ekskoriyasyon Hastalarında Psikiyatrik Özellikler: Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü*. Nöropsikiyatri Arşivi; 52: 336-341: DOI: 10.5152/npa.2015.9902 adresinden alınmıştır
- Yaman, Y. A.** (2020). Özgürlüğün Olanacağı Olarak Kaygı. *Düşünbil: Aylık Felsefe Dergisi*, 6-11.
- Yarpuz, A. Y., Saadet, E. D., Şanlı, H. E., & Özgüven, H. D.** (2008). Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):29-37.
- Yazıcı, O., & Çakır, S.** (2014). Duygudurum Bozuklukları. R. Tükel, & S. Çakır içinde, *Psikiyatri* (s. 43-54). İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Mezun ve Mensupları Derneği.
- Yılmaz, Y.** (2011). Behçet Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Cinsel Sorunlar, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Psoriasis Hastaları ve Sağlıklı Gönüllüler İle Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. İzmir.
- Yüksel, Ş.** (2014). Travmatik Deneyimler ve Ruh Sağlığı. R. Tükel, & S. Çakır *Psikiyatri içinde* (s. 35-41). İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Mezun ve Mensupları Derneği.
- Zięciak, T., Rzepa, T., Król, J., & Żaba, R.** ( 2017). *Feelings of stigmatization and depressive symptoms in Psoriasis Patients*. Psychiatr. Pol. 51(6): 1153-1163 : DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/68848> adresinden alınmıştır

## EKLER

### Ek-1 Etik Kurul Onay Sayfası



T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ -  
REKTÖRLÜK  
Tarih: 08/06/2021 12:03  
Sayı: E-71457743-050.01.04.2021.2.636  
0000198219

Sayı : E-71457743-050.01.04-2021.2.636 -194  
Konu : Etik Kurul Kararı (Beste SÖZEN)

08/06/2021

Sayın Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN

Üniversitemiz Etik Kurulunun 27.05.2021 tarihli 2021/05 sayılı toplantısında; “Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Yetişkin Bireylerin Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duyguları Açısından Değerlendirilmesi” adlı başvurunuz görüşüldü. Yapılan görüşme sonunda: “Görünür Deri Lezyonu Bulunan ve Bulunmayan Yetişkin Bireylerin Anksiyete, Depresyon, Kümülatif Travma, Suçluluk ve Utanç Duyguları Açısından Değerlendirilmesi” adlı başvurunuzun etik olarak uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Berin ERGİN  
Etik Kurul Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:

6970B4CA-4FDA-4853-9495-8BD394C38495

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-gedik-universitesi-ebvs>

Adres: T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi Cumhuriyet  
Mahallesi İlkbahar Sokak No: 1-3-5 34876 Yakacık Kartal  
İstanbul

Telefon No: 444 5 438 / Dahili: 1196

Faks No: 0216 452 87 17

e-Posta: info@gedik.edu.tr

KEP Adresi: gedikuniversitesi@hs01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için: Ozan YILDIZ  
Uzman

Telefon No: 444 5 438 / Dahili: 1196



## Ek-2 Sosyo-Demografik Bilgi Formu

**1 Biyolojik Cinsiyetiniz:** 1-Kadın 2-Erkek

**2.Yaşınız:** .....

**3. Yaşadığınız Yer:** 1- Büyükşehir 2-Şehir 3-Kasaba 4-Köy

**4. Kaç Kardeşiniz (Sizinle Birlikte):** 1-Tek çocuğum 2- iki kardeşiz 3-Üç kardeşiz 4-Dört Kardeşiz 5-Beş veya fazlası

**5.Siz Kaçınıcı Çocuksunuz:**.....

**7. Medeni Durumunuz:** 1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış 4-Eşi vefat etmiş 5-Diğer

**8. Romantik İlişki Durumunuz:** 1-İlişkisi var 2-İlişkisi yok

**9. Çocuğunuz var mı?** 1-Evet 2-Hayır

**10. Evinizde Kimlerle Yaşıyorsunuz?** 1-Çekirdek aile 2-Eş 3-Çocuklar 4-Akraba 5 Ev arkadaşı 6-Yalnız 7-Evcil Hayvan 8-Diğer

**11. Eğitim Durumunuz:** 1-Okur yazar değil 2-İlkokul 3-Ortaokul 4- Lise 5-Lisans 6-Lisans Üstü

**12. Çalışma Durumunuz:** 1-Çalışıyor 2-Çalışmıyor 3-Öğrenci 4-Emekli

**13. Çalışıyorsanız Mesleğiniz:**.....

**14. Aylık Gelir Seviyeniz:** 1- 0-1999TL 2- 2000-3999TL 3- 4000-6999TL 4- 7000-8999TL 5- 1000-14999TL 6-15000TL ve üzeri

**15. Alkol ve/veya Sigara Kullanıyor musunuz?** 1-İkisini de kullanmıyorum 2- Alkol kullanıyorum 3-Sigara kullanıyorum 4-İkisini de kullanıyorum

**16. Tanısı Konmuş Psikiyatrik bir Hastalığınız var mı?** 1-Evet 2- Hayır

**17. Cevabınız evet ise psikiyatrik tanınızı belirtiniz:**.....

**18- Ailenizde psikiyatrik tanısı bulunan kimse/kimseler bulunmakta mı?** 1-Evet 2- Hayır

**19. Psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı?**1- Evet 2- Hayır

**20. Cevabınız evet ise ilacınızın ismini belirtiniz:**.....

**21. Geçmişte psikoterapi hizmeti aldınız mı?** 1- Evet 2- Hayır

**22. Şu an psikoterapi hizmeti alıyor musunuz?**1- Evet 2- Hayır

**23. Aktif deri lezyonunuz bulunmakta mıdır?** 1- Evet 2- Hayır

**24. Deri lezyonunuz haricinde fiziksel/biyolojik bir rahatsızlığınız var mı?**

**25. Cevabınız evet ise fiziksel/biyolojik rahatsızlığınızı belirtiniz:**.....

**26. Deri lezyonunuzun ismini kısaca belirtiniz:**.....

**27. Deri lezyonunuz vücudunuzun hangi bölgesi/bölgelerinde bulunmaktadır?** 1-Yüz 2-Saçlı deri 3-Boyun 4-Eller 5-Kollar 6-Bacaklar 7-Ayaklar 8-Sırt 9-Diğer

**28.Ne zamandır deri lezyonundan mustaripsiniz?** 1-3 aydan az süredir 2-3 ila 12 ay arası 3- 1 yıldan fazla ancak 2 yıldan az süredir 4- 2 yıl ila 5 yıl arası 5-5 yıldan fazla süredir

- 29. Deri lezyonunuz için tedavi hizmeti aldınız mı? 1-Evet 2-Hayır**
- 30. Deri lezyonunuz için hangi dönemde tedavi aldınız? 1-Almadım 2-Son 1 ay içerisinde 3- 1-3 sene arası dönemde 4- 3-5 sene arası dönemde 5- 5 sene ve öncesi dönemde**
- 31. Deri lezyonunuz için halen tedavi görmekte misiniz? 1-Evet 2-Hayır**
- 32. Cevabınız evet ise hangi ilaç/ilaçları kullanmaktasınız.....**
- 33 Ailenizde deri hastalığına sahip olan kimse/kimseler bulunmakta mıdır? 1-Evet 2-Hayır**
- 34. Cevabınız evet ise yakınlık derecesi nedir? 1-Birinci dereceden akraba 2-İkinci dereceden akraba 3-Üçüncü dereceden akraba 4-Dördüncü dereceden akraba 5-Uzak akrabalar**
- 35. Covid-19 pandemisiyle beraber deri lezyonunuzda yinleme meydana geldi mi? 1-Evet 2-Hayır**
- 36. Deri lezyonunuz gündelik yaşantınızı hangi düzeyde etkilemektedir? 1-Oldukça fazla 2- Orta düzeyde 3-Hemen hemen hiç 4-Hiçbir şekilde etkilememekte.**
- 37. Deri lezyonunuzdan dolayı sosyal çevreniz tarafından istenmediğinizi/dışlandığınızı düşündüğünüz oldu mu? 1-Evet 2-Hayır**
- 38. Deri lezyonunuzun sizi estetik açıdan rahatsız etme derecesi nedir? 1-Hiç 2-Hafif 3-Orta 4-Şiddetli**

### **Ek-3 Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (Had)**

#### **1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.**

1-Çoğu zaman 2-Birçok zaman 3-Zaman zaman, bazen 4-Hiçbir zaman

#### **2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

1-Aynı eskisi kadar 2-Pek eskisi kadar değil 3-Yalnızca biraz eskisi kadar 4-Hiçbir zaman

#### **3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

1-Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 2-Evet ama çok da şiddetli değil 3-Biraz ama beni pek endişelendirmiyor 4-Hayır, hiç de öyle değil

#### **4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

1-Her zaman olduğu kadar 2-Şimdi pek o kadar değil 3-Kesinlikle o kadar değil 4-Artık hiç değil

#### **5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

1-Çoğu zaman 2-Birçok zaman 3-Zaman zaman, çok sık değil 4-Yalnızca bazen

#### **6. Kendimi neşeli hissediyorum.**

1-Hiçbir zaman 2-Sık değil 3-Bazen 4-Çoğu zaman

#### **7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.**

1-Kesinlikle 2-Genellikle 3-Sık değil 4-Hiçbir zaman

#### **8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

1-Hemen hemen her zaman 2-Çok sık 3-Bazen 4-Hiçbir zaman

#### **9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

1-Hiçbir zaman 2-Bazen 3-Oldukça sık 4-Çok sık

#### **10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

1-Kesinlikle 2-Gerektiği kadar özen göstermiyorum 3-Pek o kadar özen göstermeyebilirim 4-Her zamanki kadar özen gösteriyorum



**11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

1-Gerçekten de çok fazla 2-Oldukça fazla 3-Çok fazla değil 4-Hiç değil

**12. Olacakları zevkle bekliyorum.**

1-Her zaman olduğu kadar 2-Her zamankinden biraz daha az 3-Her zamankinden kesinlikle az 4-Hemenhemen hiç

**13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

1-Gerçekten de çok sık 2-Oldukça sık 3-Çok sık değil 4-Hiçbir zaman

**14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

1-Sıklıkla 2-Bazen 3-Pek sık değil 4-Çok seyrek

#### **Ek 4: Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖK-K)**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

**Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

#### **2. Yaşamımı tehdit eden bir kaza yaşadım. (örn trafik kazası)**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

#### **3 Savaşa veya çatışmaya katıldım, maruz kaldım ya da teröre maruz kaldım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**7 Silahlı bir soygun ya da saldırı yaşadım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**8 Bir tanıdığımın ya da bir yabancıнын şiddetli bir saldırıya maruz kalmasına şahit oldum (örneğin silahla vurulma, terör saldırısında yaralanma ya da hayatını kaybetme, bıçaklanma, şiddetli dövülme).**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**9. Öldürülmek veya ciddi olarak zarara uğratılmakla tehdit edildim.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**12. Benden yaşça büyük biri tarafından cinsel ilişkiye yönlendirildim.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**24. Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**14. Hapse girdim ve/veya işkence gördüm.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**18 Ebeveynlerim boşandı veya ayrıldı.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**19 Irkımın tarihçesinde baskı görme, ayrımcılığa uğrama veya soykırımla tehdit edilme bulunmaktadır.**

1-Hiçbir zaman 2-Biraz 3-Kısmen 4-Orta düzeyde 5-Çok fazla

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**22 Okulda sıklıkla başarısızlıklar yaşadım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....



**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**26. Toplumsal cinsiyetinden (kız/kadın veya oğlan/erkek) dolayı toplumda; başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları sebebiyle ya da kurumlar tarafından (aile üyeleri dışında) aşağılandım, haklarım reddedildi, ayrımcılığa uğradım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**27. İlişkilerimde ciddi reddedilme veya başarısızlık yaşadım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**. Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**28 Eş veya evlat kaybı yaşadım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**30. Tekrar evlendim.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman yoksul değildi 2-Biraz yoksuldu 3-Gerçekten yoksuldu 4-Çok yoksuldu 5-Son derece yoksuldu

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**33 Başka bir kişiye zarar vermek zorunda kaldım.**

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

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

1-Hiçbir zaman 2-Bir kez 3-İki kez 4-Üç kez 5-Pek çok kez

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız?**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

**35 Doğumumun zor bir doğum olduğu söylendi.**

1-Hiç zor değil 2-Biraz zor 3-Zor 4-Çok zor 5-Aşırı zor (yaşamımı tehdit eden)

**Böyle bir olay yaşadığınız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? (bunu duyduğunuzda)**

.....

**Böyle bir olay yaşadığınız bu sizi nasıl etkiledi?**

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

## **Ek 5 Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTO)**

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun olarak yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup, öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı işaretleyiniz.

### **1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

### **2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

### **3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

### **4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek bir şekilde size açıkça ilgi göstermesi**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

### **5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına neden olan bir olay yaşamak.**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**10. Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğinizi fark etmek.**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**12.İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğinizi bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**13.Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda, hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**14.Tanıdığınız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz bir halde yardım etmemek**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**15.Bir partide yeni tanıştığınız insanlara açık saçık bir fıkra anlattığınızda bir çoğunun bundan rahatsız olması**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**16.Akılsızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**17.Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım

**18.Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak**

- Hiç rahatsızlık duymazdım
- Biraz rahatsızlık duyardım
- Oldukça rahatsızlık duyardım
- Epey rahatsızlık duyardım
- Çok rahatsızlık duyardım



## **ÖZGEÇMİŞ**

### **EĞİTİM BİLGİLERİ:**

- Yüksek Lisans : İstanbul Gedik Üniversitesi - Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı (2019-...)
- Lisans : İstanbul Kültür Üniversitesi - Psikoloji Bölümü (2014-2018).

### **MESLEKİ DENEYİMLER:**

- Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Stajyer Psikolog (2017).
- Özel Akdoğan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde Stajyer Psikolog (2016).
- Galatasaraylılar Yurdu Aileden Biri Huzurevi ve Bakımevi'nde Stajyer Psikolog (2016).