

756 247

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

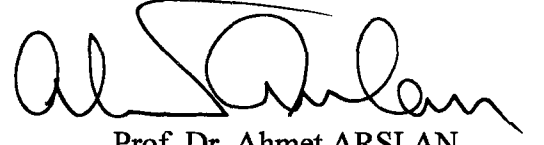
**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
SOSYAL FOBİ İLE BENLİK SAYGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİ
VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Nurgül ÖZDEMİR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı)**

AĞUSTOS-2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün Onayı



Prof. Dr. Ahmet ARSLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir 'Yüksek Lisans' derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.



Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez, tarafımdan okunmuş ve her yönü ile 'Yüksek Lisans' tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.



Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Danışman

Bu tez, tarafımdan okunmuş ve her yönü ile 'Yüksek Lisans' tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Doç. Dr. Hamdi TUTKUN

Danışman

Tez Jürisi:

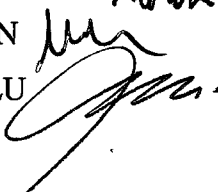
Yrd.Doç.Dr. Gülümser SERTBAŞ

Doç.Dr. Hamdi TUTKUN

Yrd.Doç.Dr. Nimet OVAYOLU

Doç.Dr. Hasan HERKEN

Doç.Dr. Salih ZOROĞLU



İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sosyal Fobi ve Tanımlanması.....	5
2.2. Klinik Görünüm.....	5
2.3. Tanı ve Sınıflandırma.....	7
2.3.1. Sosyal Fobinin Alt Tipleri.....	9
2.4. Epidemiyoloji.....	10
2.5. Risk Faktörleri.....	12
2.6. Komorbidite.....	13
2.7. Sosyal Fobi Etiyoloji.....	15
2.7.1. Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı.....	15
2.7.2. Sosyal Fobinin Biyolojisi.....	17
2.7.3. Sosyal Fobinin Nörobiyolojisi.....	18
2.8. Ayırıcı Tanı.....	19
2.9. Klinik Gidiş ve Prognoz.....	22
2.10. Yeti Kaybı.....	22
2.11. Çocuklar ve Adölesanlarda Sosyal Fobi.....	23
2.11.1. Tanı ve Değerlendirme.....	24
2.11.2. Ayırıcı Tanı.....	25
2.11.3. Değerlendirme.....	25
2.11.4. Epidemiyoloji.....	27
2.11.5. Tedavi.....	27
2.12. Sosyal Fobide Farmakolojik Tedavi.....	28

2.13. Sosyal Fobide Psikolojik Tedavi.....	31
2.14. Benlik Saygısı.....	35
2.14.1. Düşük ve Yüksek Benlik Saygısına Sahip Bireylerin Kişilik Özellikleri.....	38
2.14.2. Benlik Saygısında Cinsiyet Farklılıkları.....	40
2.14.3. Benlik Gelişiminde Hemşirenin Sorumlulukları.....	41
2.15. Sosyal Fobide Hemşirelik Yaklaşımı.....	42
2.15.1. Anksiyete Hastaları ile İletişim.....	44
2.15.2. Anksiyete ile Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri.....	46
2.15.3. Hemşirenin Anksiyete Yaklaşımı ile Hastada Beklenen Sonuçlar.....	49
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	52
3.1. Araştırmanın Tipi.....	52
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	52
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	52
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	52
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	52
3.4. Verilerin Toplanması.....	53
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	53
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	54
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	54
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
3.7. Süre ve Olanaklar.....	54
4- BULGULAR.....	55
4.1. Araştırma Örneklemine Alınan Öğrencilere İlişkin Bazı Sosyo- Demografik Özellikler.....	55
4.2. Araştırma Örneklemine Alınan Öğrencilerin Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğinde En Sık Korku ve Kaçınma Yaratan Durumlar....	62
4.3. Sosyal Fobi, Sosyal Fobi Korku ve Sosyal Fobi Kaçınma Tanıları İle Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımlarının Karşılaştırılması....	63
4.4. Liebowitz Toplam Puanlarına Göre Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	82
4.5. Benlik Saygısı Puanı İle Sosyal Fobi, Sosyal Fobi Korku, Sosyal Fobi Kaçınma Tanılarının Karşılaştırılması.....	86

5-TARTIŞMA.....	87
6-SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
6.1. Sonuçlar.....	98
6.2.Öneriler.....	100
7-KAYNAKLAR.....	101
8-EKLER.....	109
9-ÖZGEÇMİŞ.....	114



TEŞEKKÜR

Araştırma sırasında özveri, sabır ve bilimsel katkılarını esirgemeyen tez danışmanlarım Doç. Dr. Hamdi TUTKUN, Yrd.Doç.Dr. Gülümser SERTBAŞ'a anketimi uygulamamda bana yardımcı olan değerli üniversite hocalarıma, sabırla anketi dolduran sevgili öğrencilere, çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS paket programı kullanımı konusunda rehberlik eden Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd.Doç.Dr. Saime ŞAHİNÖZ' e, bana çalışmalarım boyunca manevi desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Ömer'e ve biricik oğlum İsmail Berkay'a teşekkürlerimi sunarım.

Nurgül ÖZDEMİR.

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL FOBİ İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nurgül ÖZDEMİR.

Gaziantep Üniversitesi -Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Yöneticileri :Doç.Dr.Hamdi TUTKUN &Yrd.Doç.Dr. Gülümser SERTBAŞ

Ağustos-2004, 114 sayfa

Araştırma üniversite öğrencilerinde sosyal fobi ile benlik saygısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır. 2003-2004 Eğitim ve Öğretim döneminde Aralık 2003- Nisan 2004 tarihleri arasında 5 fakülte, 2 yüksekokul, 2 meslek yüksekokulu ve Türk Musikisi Devlet Konservatuarı dahilinde yer alan 27 bölümün birinci sınıfında 375 kız, 635 erkek olmak üzere 1010 öğrenci örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik değişkenlerden oluşan bireysel bilgi formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS) ve Coopersmith benlik saygısı envanteri (CBSE) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, student's t testi varyans analizi (one-way ANOVA) ve Post-hoc değerlendirmede Tukey's honestly significant difference testi kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre öğrencilerin % 36,1'inde sosyal fobi, % 27,0'ında sosyal fobi korku, % 48,5'inde sosyal fobi kaçınma tanıları saptanmıştır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin benlik saygısı puanı düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sosyal fobi tanısını yaş, cinsiyet, anne-babanın eğitim durumu ve tutumu, gelir düzeyi, öğrencilerin daha önce yaşadıkları yer gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacı tarafından sosyal fobi tanısının toplumumuzda azaltılmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Sosyal fobi, benlik Saygısı, üniversite öğrencileri.

ABSTRACT

IN UNIVERSITY STUDENTS RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL PHOBIA AND SELF-ESTEEM AND THE FACTORS AFFECTING IT

Nurgül ÖZDEMİR

Thesis for Master's Degree

Gaziantep University Health Sciences Institute

Department of Psychiatry Nursing

Thesis Advisors: Asst. Prof. Dr. Hamdi TUTKUN &

Asst. Prof. Dr. Gülümser SERTBAŞ

August 2004, 114 pages

This study was carried out descriptively in order to determine the relationship between Social Phobia and Self-Esteem and the factors affecting it. In the education year of 2000-2004, between December 2003 and April 2004, totally 1010 freshmen (375 females 635males) of 37 section involving in 5 faculties, 2 higher schools, 2 higher trade schools and Turkish Classical Music State Conservatory, enrolled in the sampling. As a data collection tool, a developed by the researcher a Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and a Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI) was used. In the evaluation of data obtained, chi-Square test, student's t test, variance analysis (one-way ANOVA) and in post_hoc assessment Tukey's Honestly Significant Difference test was used. According to the results obtained from research, 36,1 % students diagnosed with social phobia., 27 % with fear of social phobia and 48,5 % with avoidance from social phobia. Self-esteem scores of students diagnosed with social phobia were found low ($p<0,5$), it was determined that diagnose of social phobia was affected by the factors such as age, gender, behaviors and education of parents income level, and students previous places of residence ($p <0,05$).

In line with the results obtained from research suggestions in regards to reducing the social phobia in our community were made by the researcher.

Key Words: Social phobia, self-esteem, undergraduates.

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. DSM-IV'e göre sosyal fobi.....	8
Tablo 2. ICD-10'a göre tanı kılavuzu (WHO, 1992).....	9
Tablo 3. DIS'ta yer alan fobi durumları.....	11
Tablo 4. NCS'de yer alan sosyal fobi durumları.....	11
Tablo 5. Çocukluk ve adölesandaki sosyal fobi klinik görünümleri	26
Tablo 6. Sosyal fobi tedavisinde kullanılan ilaçlar	31
Tablo 7. Benlik saygısının özellikleri	39
Tablo 8. Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri.....	55
Tablo 9. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği: En sık korku ve kaçınma yaratan durumların yüzdelik değerleri.....	62
Tablo 10. Öğrencilerin sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarına göre dağılımı.....	63
Tablo 11. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	64
Tablo 12. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	64
Tablo 13. Öğrencilerin sosyal fobi tanısı alma durumuna göre bazı kişisel özelliklerinin karşılaştırılması.....	65
Tablo 14. Öğrencilerin eğitim gördükleri okullara göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	65
Tablo 15. Öğrencilerin babalarının eğitimlerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	66
Tablo 16. Öğrencilerin babalarının eğitime göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	66
Tablo 17. Öğrencilerin babalarının eğitime göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	67
Tablo 18. Öğrencilerin babalarının tutumuna göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	67
Tablo 19. Öğrencilerin babalarının tutumlarına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	68
Tablo 20. Öğrencilerin babalarının tutumlarına göre sosyal fobi kaçınma tanısı	

alma durumlarının dağılımı.....	68
Tablo 21. Öğrencilerin annelerinin eğitimlerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	69
Tablo 22. Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	69
Tablo 23. Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	70
Tablo 24. Öğrencilerin annelerinin tutumuna göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	70
Tablo 25. Öğrencilerin annelerinin tutumlarına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	71
Tablo 26. Öğrencilerin annelerinin tutumlarına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	71
Tablo 27. Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	72
Tablo 28. Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	72
Tablo 29. Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	73
Tablo 30. Öğrencilerde tik bulunmasına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	73
Tablo 31. Öğrencilerde kronik bir hastalık bulunmasına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	74
Tablo 32. Öğrencilerde kronik bir hastalık bulunmasına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	74
Tablo 33. Öğrencilerde kronik bir hastalık bulunmasına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	75
Tablo 34. Öğrencilerde basit korku bulunmasına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	75
Tablo 35. Öğrencilerde basit korku bulunmasına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	76
Tablo 36. Öğrencilerde basit korku bulunmasına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	76
Tablo 37. Öğrencilerde uyku düzensizliğine göre sosyal fobi kaçınma tanısı	

alma durumlarının dağılımı.....	77
Tablo 38. Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yere göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	77
Tablo 39. Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yere göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı.....	78
Tablo 40. Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yere göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	78
Tablo 41. Öğrencilerin üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyette bulunmalarına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	79
Tablo 42. Öğrencilerin üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyette bulunmalarına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı....	79
Tablo 43. Öğrencilerin üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyette bulunmalarına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.	80
Tablo 44. Öğrencilerin hobilerinin olmasına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	80
Tablo 45. Öğrencilerin hobilerinin olmasına göre sosyal fobi korku tanısı almadurumlarının dağılımı.....	81
Tablo 46. Öğrencilerin alkol kullanmalarına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı.....	81
Tablo 47. Öğrencilerin alkol kullanmalarına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı.....	82
Tablo 48. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.	82
Tablo 49. Öğrencilerin anne yaşama durumlarına göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.....	82
Tablo 50. Öğrencilerin babalarının eğitimlerine göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.....	83
Tablo 51. Öğrencilerin annelerinin eğitimlerine göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.....	83
Tablo 52. Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.....	84
Tablo 53. Öğrencilerin baba tutumlarına göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.....	84
Tablo 54. Öğrencilerin anne tutumlarına göre liebowitz toplam puanının karşılaştırılması.....	84

Tablo 55. Öğrencilerde kekemelik varlığına göre liebowitz toplam	
puanının karşılaştırılması.....	85
Tablo 56. Öğrencilerdeki uyku düzensizliğine göre liebowitz toplam	
puanının karşılaştırılması.....	85
Tablo 57. Öğrencilerdeki sosyal fobi tanısına göre benlik saygısı	
değerinin karşılaştırılması.....	86
Tablo 58. Öğrencilerdeki sosyal fobi korku tanısına göre benlik saygısı	
değerinin karşılaştırılması.....	86
Tablo 59. Öğrencilerdeki sosyal fobi kaçınma tanısı ile benlik saygısı	
değerinin karşılaştırılması.....	86



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Sosyal fobide sosyal işlev bozukluğu.....	32
Şekil 2. Hemşire ve hastadaki anksiyete döngüsü.....	43



KISALTMALAR LİSTESİ

DSM	Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatiksel Etkileri)
ICD	International Classification of Diseases (Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması)
APA	American Psychiatric Assaciation
WHO	World Health Organization
DSI	Dianostic Interview Schedule (Tanısal Görüşme Çizelgesi)
NIMH	Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
ECA	The Epidemiologic Catchment Area
CIDI	Tanı İçin Birleşik Görüşme Çizelgesi
NCS	The Composite International Diagnostic Interview
EDPS	The Early Developmental Stages of Psychopatology
M-CIDI	Münich- Tanı İçin Birleşik Görüşme Çizelgesi
Ark.	Arkadaşları

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Asıl amacı yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişimini sağlamak olan bu duygu yardımıyla bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma, onlarla başa çıkma ya da gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar görülür. Bir yere kadar sağlıklı olan bu duygunun yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını olumsuz etkilemeye başlar. Bu aşamadan sonra anksiyete, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak görülür (1).

Fobi , normalde korkulmayacak belli bir durum ya da belli bir nesne karşısında ortaya çıkan korkudur. Kişi anlamsızlığını, gereksizliğini bildiği halde denetlenemeyen, engellenemeyen bir korku duyar ve bu durumdan kaçınır.

Fobiler esas olarak üç özelliği ile ele alınır :

- ✓ Fobinin esas semptomu anksiyetedir. Fobide anksiyete serbest halde değildir, bir obje veya duruma bağlanmıştır.
- ✓ Duyulan anksiyetenin şiddeti fobiye ortaya çıkaran durum ya da obje ile orantılı değildir.
- ✓ Kişi tepkisinin mantıksız olduğunu bilir fakat paniği önleyemez .

Yukarıda belirttiğimiz gibi fobinin oluşuna neden anksiyetedir. Fobinin ortadan kaldırılması için anksiyetenin çözülmesi gerekmektedir. Anksiyete kişiye her zaman, her yerde örneğin ; evde, okulda, ayakta tedavi yapılan kliniklerde veya psikiyatri kliniklerinde rastlanabilir. Bu nedenle hemşireler ne tür kliniklerde çalışırlarsa çalışsınlar, hangi ortamlarda bulunurlarsa bulunsunlar anksiyete kavramını çok iyi bilmeli ve yorumlayabilmelidirler (2).

Fobi, nesnel bir nedeni olmaksızın yersiz, aşırı, hastalık derecesinde korkudur. Belli bir nesnenin gözükmemesini veya durumun olmasını sıkıntılı heyecanlı bir havada beklerken veya bu gözükmeme veya oluşla , bireyin korkusunun aşırı ve makul olmadığını idrak etmesine karşın hemen bir anksiyete veya panik atağı ile yanıtladığı korkudur. Birey korkudan kaçınır veya bariz bir sıkıntı içinde dayanır. Fobi ile ilişkili bir diğer problem, fobik kişilerin problem yaratan nesne veya durumla karşı karşıya olmasalar bile o durum ve nesne ile karşılaşma ihtimalini endişeli bir şekilde beklemeleridir. Buna beklenti anksiyetesi denir (3).

Sosyal fobi ciddi ve yaygın bir anksiyete bozukluğu olup, gerek bireysel gerekse toplumsal düzeyde önemli işlev kayıplarına yol açabilir (4). Sosyal fobinin temel özelliği mahcup olunabilecek bir toplumsal duruma maruz kalmak, toplum önünde belirli bir eylemde bulunmak zorunda kalmaktan devamlı olarak korkmaktır. Bu durumlara düşmek hemen hemen her zaman duruma bağlı bir panik hecme şeklinde anksiyete tepkisine yol açar. Birey kendi başına,yalnız iken kolayca yapabildiklerini (yemek yemek,içmek,konuşmak,yazı yazmak,bir müzik aleti çalmak) toplum içinde iken heyecanlanıp konuşamam,ellerimin sesimin titrediği görülür ve aptal,zayıf birisi olarak görünürüm korkusu ile yapamamasıdır.

Kişiler toplum içinde sürekli olarak başkaları tarafından denetlendiklerini,gözlendiklerini hisseder ve genellikle kötü şekilde eleştirilmekten korkarlar. Bu durumda sosyal fobi bu insanların utanılacak duruma düşeceklerini düşündükleri durumlardan kaçınmalarına neden olur. Sosyal fobikler toplum içine girdiklerinde genellikle en az dikkati çekeceklerini düşündükleri yerlerde bulunmaya çalışırlar ve kaçınamadıkları durumlarda şiddetli anksiyeteye katlanmak zorunda kalırlar. Fobik anksiyeteye hissedilen durumlar çok yaygın ve çeşitli olduğunda kişilerin hayatını ileri derecede sınırlar. Anksiyetenin azaldığı durumlarda sosyal fobikler bu yöndeki kaygı ve düşündüklerinin mantıksız ve gerçek dışı olduğunu bilir. Dolayısıyla kaygıları açısından gerçeği test etme yeteneklerini kaybetmemişlerdir. Fobik reaksiyon sırasında herhangi bir anksiyete bozukluğunun belirtilerinden herhangi bir grubu yaşanabilir ancak kızarma ve titremeler özellikle sık görülür (3).

Sosyal fobinin başlangıcı 18 'yaşın altında sıklıkla 13-19 yaşları arasındadır. Genç kesimi etkileyen sosyal fobinin özgül nedeni bilinmemektedir. Ailesel nedenler, üzerinde durulmakla birlikte bunların etkisinin biyogenetik ya da her ikisinin ortak etkilerine bağlı olup olmadığı tümüyle değerlendirilememiştir(5). Çocukluk dönemlerinde anne ve babanın aşırı baskısı, tutarsız davranışları, aile içi çatışmaları, dengesizlikler, ilgili oldukları eğitim sürecindeki güçlükler, yaşadıkları travmatik olaylar, insan ilişkilerindeki zorlanmalar gerekli önlemler alınmadığı zaman hastalık tablosunun oluşmasına neden olabilir (6).

Benlik saygısı ruh sağlığı ile çeşitli biçimlerde ilişkili bir kavramdır. Benlik saygısının kökeni çocuklukta başlamakta, fakat ergenlik döneminde örgütlenip, bireyin yaşamını etkileyen kalıcı bir faktör olmaktadır (7).

Demokratik olmayan aile ortamları, çocuğun sürekli olarak başarısızlıklarla yüzleştirilmesi, belirli zihinsel ve fiziksel yetersizliklere sahip olması çocuğun düşük

benlik saygısı ; çocuğa değer verilmesi, önemsenmesi, kabul ve onay görmesi ve gereksinimlerine duyarlı olunması ise yüksek benlik saygısı gelişmesine katkıda bulunur.

Benlik saygısı kişinin kendi dünyası ile ilgili kişisel kararları ve ideal benliğe göre yapılan iyi davranışlara dayanır. Yüksek benlik saygısı hatalara, yanlışlara ve başarısızlıklara rağmen şartsız benliğin kabul edilişidir. Bu aynı zamanda kişinin kendi yaşamı hakkındaki sorumlulukları kabullenme anlamına gelir.

Kişinin benlik kavramı ile ideal benliği arasında geniş bir uyumsuzluk varsa düşük benlik saygısından, tersi durumlarda ise yüksek benlik saygısından bahsedilir. Benlik saygısı düşük olduğu zaman sevmeye duyulan ilgi yitirilmiştir ve kişi başkalarından uzak durur (8).

Benlik saygısı, kişinin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olması ve kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevmeye değer görmesidir. Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilme, başarılı olma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (9).

Sosyal fobik bazı hastalarda benlik saygısı yitirilmiş ya da suçluluk duyguları nedeniyle tehlikeye düşmüş olabilir. Bu hastalar benlik değerlerini onarabilmek için diğer insanların görüş ve düşüncelerine başvurur. Hastalar tarafından korkular sosyal ortamlarda 63 sosyal fobik hastanın belirti profilinin incelendiği bir araştırmada başlıca belirtiler olarak baş dönmesi, göğüste sıkışma hissi, depresif duygulanım, artmış korku ve düşük benlik saygısı saptanmıştır (9).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde hemşirelik eğitim ve uygulamalarında köklü gelişmeler kaydedilmektedir. Çağdaş hemşirelik çeşitli alanlarda bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektirir. Geçmişte hemşirenin temel rolü belirli hemşirelik işlevlerini başararak bakımın ve rahatlığın sağlanmasına yönelikti. Ancak hemşirelikteki değişimler hastalıkları önleme, sağlığı yükseltme üzerine yoğunlaşmış ve hemşirelik giderek genişleyen rollere sahip olmuştur. Böylece çağdaş hemşire bakım verici, karar verici, koruyucu ve hasta savunucu, yönetici, rehabilite edici, rahatlatıcı ve eğitici rolleri üstlenmiştir. Hemşire bu rollerini toplumun bir parçası olan gençler üzerinde de kullanmalıdır. Toplumla iç içe olan hemşirenin çağdaş rollerini ülkemiz nüfusunun büyük bir çoğunluğunu oluşturan genç kesim üzerinde de uygulaması gerekmektedir.

Gençlerin korkuları hakkında bilgi sahibi olunmalı ve yaşadıkları korkular hakkında bilgi gerektiğinde tıbbi yardım almaları sağlanmalıdır. Toplumumuzda sosyal fobinin yaygınlığının sanılandan daha yüksek oranda görülmesi, bireylerin sosyal ilişkilerinde bozulma, şiddetli anksiyete, depresyon ve alkol/ madde kötüye kullanımı ile sonuçlanması ve kişilerde önemli ölçüde yeti yitimine yol açması gibi nedenler son zamanlarda hemşirelerin sosyal fobi rahatsızlığının üzerinde durmasını gerektirmektedir (6,7,9,10).

1.2 Araştırmanın Amacı :

Ergenlik ile toplum yaşamında tam sorumluluk ve bağımsızlığa ulaşma dönemi arasındaki zaman kesitini kapsayan üniversite eğitimi döneminde birçok değişim yaşanmaktadır. Bu değişim döneminde birçok öğrencide sosyal fobi belirtileri ortaya çıkmakta ya da var olan belirtiler artmaktadır.

Sosyal fobide bireysel ve toplumsal düzeyde önemli işlev kayıpları anksiyete belirtilerinden ve bozukluğun kronik olma özelliğinden gelmektedir. Kaçınma davranışı anksiyetenin birden ortaya çıkan fiziksel belirtilerinden kurtulmada çok etkili olabilir, fakat sosyal fobik bireyin sosyal ve eğitim yaşamındaki gelişimi ciddi olarak bozulur. Tipik olarak ergenlik çağında, sosyal etkileşim becerilerinin geliştiği bir yaşta başlayan sosyal fobi, diğer insanlarla girilen ilişkilerin biçimlenmesini, yaşama yönelik hedeflerin peşinden gitme uğraşını ve gelecekte psikolojik gelişimini bozarak başka psikiyatrik bozukluklar ve komplikasyonlara neden olabilir.

Sosyal fobi bu yönleriyle özellikle üniversite öğrencileri üzerinde araştırılması gereken önemli bir konudur.

Bu özelliklerinden dolayı çalışmada üniversite öğrencilerinde sosyal fobi sıklığı ve sosyal fobi ile benlik saygısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ayrıca, anne-baba eğitimi, anne-baba mesleği, gelir düzeyi, kardeş sayısı, anne-baba tutumu, kekemelik, tik, bedensel bir sakatlık, alkol ve sigara kullanımı gibi faktörlerin sosyal fobi ve benlik saygısını nasıl etkilediği değerlendirilmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 SOSYAL FOBİ VE TANIMLANMASI

Sosyal Fobi, son yıllarda üzerinde daha yoğun olarak çalışılan ve belirgin yeti yitimine neden olan bir anksiyete bozukluğudur (10). Toplumda sosyal fobi yaygınlığı sanılandan daha fazla oranda görülmesi, bireylerin sosyal ilişkilerinde bozulma, şiddetli anksiyete, depresyon ve alkol / madde kötüye kullanımı ile sonuçlanması son zamanlarda araştırmacıların sosyal fobiye yönelik ilgisinde artışa yol açmıştır (8).

Sosyal fobi terimi, ilk olarak 1903 yılında Janet tarafından tanımlanmıştır. Janet “phobies dessituations sociales” adını verdiği tanıyı kalabalık yerlerde konuşmaktan, başkalarının önünde piyano çalmaktan ve yazı yazmaktan çekinen hastalar için kullanmıştır. Sosyal fobik belirtiler, ne 1952 yılında kabul edilen DSM-I’ de, ne de 1968 yılında sunulan DSM-II’ de yer alabilmiştir. Sosyal fobinin ayrı bir rahatsızlık olarak ele alınmayışının en önemli nedeni, büyük bir olasılıkla Freud’ un tüm fobileri, içsel ve dışsal olarak üretilen anksiyeteye karşı egonun savunucu yanlarının ürettiği psikolojik belirtiler olarak gösteren tanımlamasının o sıralarda egemenlik kurmasıdır (11).

Sosyal fobi, 1966’ da Marks ve Gelder tarafından tanımlanmasına karşın ilk kez Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı’nın 3. baskısında (DSM – III; APA,1980) yer almıştır (12). Klinik, betimsel ve davranış tedavisi incelemelerindeki uzun deneyiminden sonra 1969 yılında Marks, fobileri agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobileri ve değişik özgül fobiler olmak üzere dörde ayırmanın daha uygun olacağını düşünmüştür. Çünkü Marks’a göre bu dört fobi alt-tipi, birbirinden yalnızca klinik fenomoloji bakımından değil, seyir, başlangıç yaşı ve epidemiyolojik özellikler açısından da oldukça farklıdır. Böylece sosyal fobi Marks’ ın etkisiyle ayrı bir klinik antite olarak ele alınmaya başlanmış ve Marks’ ın “özünü başkaları tarafından gülünç görünme korkusunun oluşturduğu, başka insanların varlığında yeme, içme, ses titremesi, yüz kızarması, konuşma, yazma veya kusmadan korkma” şeklindeki sosyal fobi tanımına DSM-III ve DSM-III-R’ de büyük ölçüde yer verilmiştir (12,13). Günümüzde ise sosyal fobi, DSM ve ICD gibi ana sınıflandırma sistemleri içinde Anksiyete Bozuklukları arasında ele alınmaktadır (14).

2.2. KLİNİK GÖRÜNÜM

Sosyal anksiyete bozukluğunun başlıca özelliği kişinin utanç duyabileceği toplumsal durumdan sürekli ve belirgin bir korku duymasıdır. Bu durumlarla karşılaşma anksiyete doğurmakta ve duruma bağlı bir panik atağı da ortaya çıkarabilmektedir. Kişi

korktuğu toplumsal durumlarla karşılaşmaktan yada eylemi gerçekleştirmekten çoğu zaman kaçınmaktadır. Sonuçta kişinin toplumsal ve iş yaşamı olumsuz yönde etkilenir.

Sosyal fobisi olan hastalarda semptom oluşturan ortam ve aktiveteler, genellikle şunlardır: Başkalarının önünde konuşma, yemek yeme ya da yazı yazma, genel tuvaletleri kullanma, toplantılara katılma, biriyle tanıştırılma, telefonla konuşma, otorite durumundaki kişilerle olma, alışveriş yapmak, sırada beklemek. Bu hastalar ayrıca toplumsal ortamlarda yaşadıkları anksiyeteyi diğer insanların anlayacağından ve gülünç duruma dşeceklerinden korkarlar (15).

Toplum önünde konuşma korkusu en sık görülen olup, bu hastalar yoğun anksiyete yaşarlar ve düşüncelerini ifade etmekte zorlanırlar. Bu zorluk sonucunda utanç ve aşağılanma hissederler. Bazıları ise kızaracakları veya insanların fark edeceği biçimde ellerinin titreyeceği ve bunun sonucu yine utanacaklarından korkarlar. Bir kısım elbiselerinin terden ıslanacağından huzursuz olurlar. Bu belirtilerden biri karşısındaki kişilerce fark edildiğinde anksiyeteleri işlevselliklerini bozacak şekilde artar (12). Bu kişiler yalnız başlarına kaldıklarında sıkıntı duymadıkları için anksiyete belirtileri sosyal aktivitelerle direkt ortaya çıkar (16).

Sosyal fobisi olan kişiler, çeşitli toplumsal durumlarda olumsuz bir biçimde değerlendirileceklerine ilişkin büyük bir korku duyarlar. Korktukları durumlarla karşılaştıkları zamanlarda da sıklıkla anksiyetenin somatik semptomlarını yaşarlar. Sosyal fobide hastada anksiyeteye bağlı en sık görülen somatik semptomlar şunlardır: Çarpıntı(%79), titreme(%75), terleme(%74), kaslarda gerginlik(%64), midede burulma duygusu(%63), ağızda kuruma(%61), ateş basması veya üşüme duygusu(%57), ve kafada basınç duygusu yada baş ağrısıdır(12,17). Sosyal anksiyete rahatsızlığı olan kişi tarafından yaşanan kaygı seviyesi çok ve mağdurun sosyal, ailevi ve çalışma yaşamında güçlü bozulmalara neden olur (18).

Sosyal fobisi olan (Sosyal Fobik) kişilerin başlıca zellikleri:

- Genellikle utangaç ve ie dönüktürler, sosyal değerdirler.
- Normal göz temasından kaçınır ve az konuşurlar.
- Kendilerine bir şey sorulmadıka çok konuşmazlar.
- Dikkatin üzerlerinde toplanmasından hoşlanmazlar.
- Grup içinde çok ender konuşurlar, iltifatlarıda çok sessizce geiştirirler.
- Sıklıkla hastalandıklarını söylerler ve sık sık ortadan kaybolurlar.
- Patron veya amirleriyle konuşurken belirgin olarak kaygılı grnrlar (19).

Sosyal fobisi olan kişilerde, sosyal fobinin kendi ifadelerine göre belirtileri:

Fizyolojik belirtiler(Bedenimizde ortaya çıkan belirtiler)

- Yüz kızarması
- Terleme
- Kalp çarpıntısı
- Nefes kesilmesi
- Nefes darlığı
- Titreme

Zihinsel belirtiler(Sosyal ortamda nasıl olmanız gerektiği ve kendiniz ile ilgili düşünceleriniz)

- Güçsüzüm.
- Yetersizim.
- Çirkinim.
- Beğenilmiyorum.
- Sevilmeye layık değilim.
- Mükemmel olmalıyım.
- Asla hata yapmamalıyım.
- Kaygılı olduğumu belli etmemeliyim.
- Çok rahat davranmalıyım.
- Kusursuz görünmeliyim.
- Kimseyi gücendirmemeliyim.
- Herkesin beğenisini kazanmalıyım.

Davranışsal belirtiler(Kaçınma yöntemleriniz)

- Korkulan ortama girmeme.
- Göz temasından kaçınma.
- İlgisiz şeyler düşünme.
- Hayallere dalma.
- Konuyu değiştirme.
- Alkol kullanma (20).

2.3. TANI VE SINIFLANDIRMA

DSM-II' de (APA, 1968) tüm fobik bozukluklar "fobik nörozlar" başlığı altında toplanmışken DSM- III' te (APA, 1980) agorafobi (panik ataklı ve panik ataksız), sosyal fobi ve basit fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır. DSM-III tanı ölçütlerine göre sosyal fobi "başkaları tarafından değerlendirileceğinden gerekli ve gerçeğe uygun olmayan bir

korku duyma ve bu durumdan kaçınma; utanç duyacağı ve rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma" olarak tanımlanmıştır. Sosyal durumlarda daha genel korku duyan kişilere ise DSM- III' te, potansiyel reddedilmeye karşı oluşan aşırı duyarlılık ve sosyal kabul görme arzusuna karşın sosyal geri çekilme, düşük kendilik saygısı ve kabul göreceğinden emin olmadıkça ilişkiye girmekten kaçınma olarak tanımlanan "çekingen kişilik bozukluğu" tanısı koymak yeğlenen bir durumdur. DSM-III-R' de sosyal fobi "başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durumdan kaçınma; utanç duyacağı yada rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma" olarak tanımlanmıştır.

DSM-IV' te (APA,1994) belirlenen tanı ölçütleri de DSM-III-R'den farklılıklar göstermektedir(Tablo 1). DSM-IV' te bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması ve bu durumun kişinin olağan günlük işlerini, mesleki yada eğitimle ilgili işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini yada ilişkilerini bozacağıda eklenmiştir (21).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması'nın 10. Basımında (ICD-10; WHO 1992) sosyal fobi tanısına yer verilmiştir(Tablo 2) (11).

TABLO 1 DSM-IV'E GÖRE SOSYAL FOBİ

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı yada başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir yada bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi küçük duruma düşeceği yada utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar(yada anksiyete belirtileri gösterir). Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, erişkinlerde olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştıkları ortamlarda da ortaya çıkmaktadır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı yada durumsal olarak yatkınlık gösteren bir Panik Atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donma kalma yada tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı yada anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bir özellik bulunmayabilir.

D. Korkulan toplumsal yada bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır yada yoğun anksiyete yada sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti yada korkulan toplumsal yada bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini mesleki(yada eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini bozar yada fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku yada kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) yada genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla açıklanamaz(örn. Agorafobi ile Birlikte yada Olmadan Panik Bozukluğu, Ayrılma Anksiyete Bozukluğu, Vücut Disformik Bozukluğu, Yaygın Bir Gelişimsel Bozukluk yada Şizoid Kişilik Bozukluğu)

H. Genel tıbbi bir durum yada başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. korku, kekemelik, parkinson hastalığındaki titreme yada Anoreksiya Nervoza yada Bulimia Nervoza'daki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Varsa Belirtiniz:

Yaygın: Korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa(örn. Söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme). Not: Çekingen Kişilik Bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz (22).

TABLO 2. ICD-10'A GÖRE TANI KLAVUZU(WHO, 1992)

Kesin tanı için aşağıdaki ölçülerin hepsi karşılanmalıdır:

- a) Psikolojik, davranışsal veya otonomik belirtiler birincil olarak bunaltıya bağlı olmalıdır; sanrılar veya obsesif düşünceler gibi başka belirtilere ikincil olmamalıdır.
 - b) Bunaltı belirli sosyal durumlarda ortaya çıkmalı ve bu durumlarla sınırlı olmalıdır; ve
 - c) Fobik durumdan kaçınma belirgin bir özellik olmamalıdır.
- İçerdikleri: antrofobi, sosyal nevroz.

2.3.1. Sosyal Fobinin Alt Tipleri :

Üç klinik alt tipi tanımlanmıştır. Bunlar :

1. Özgül tip : Özel durumlarda anksiyete (kitle önünde konuşma gibi) ile belirtilidir.
2. Yaygın tip : Çok sayıda sosyal durumlarda anksiyete ile belirli bir durumdur.

3. Performans anksiyetesi : Sahneye çıkma, konferans vb. durumlarda ortaya çıkan anksiyete ile belirlidir.

Sosyal fobinin alt tiplerinin sınıflandırılması konusu halen tartışmalıdır. DSM-IV komitesi performans tipi, sınırlı etkileşimsel tip ve yaygın tip olmak üzere 3 ayrı alt tipi ayırtıran yeni bir sistemin oluşturulmasını önermiştir. Performans tipi, kişinin yalnızca yaptığında anksiyeteye yol açmayan bir veya daha fazla etkinlik nedeniyle toplumsal performans yaşama kaygısı olarak tanımlanmıştır. Sınırlı etkileşimsel alt tipi ise bir veya iki etkileşime yol açan sosyal durumlarda korku duyan olguları içermektedir (23).

2.4. EPİDEMİYOLOJİ

Sosyal fobi anksiyete bozuklukları içerisinde en az anlaşılmış ve çalışılmış olanıdır. Ancak son yıllarda bu rahatsızlığa olan ilgi artmış ve tedavisi konusunda yoğunlaşmıştır. Son yıllarda hastalığa olan ilgi artışıyla birlikte bu konuda yapılan araştırmaların sayısında da artma görülmüştür. Amerika'da sosyal fobi epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalar, 1980 yılında kurulan ve sonradan adını "Anxiety Disorders Association of Amerika"ın, hastalığın halk ve uzmanlar tarafından tanınması ve etkilenen kişilere daha iyi yardım edilebilmesini hedefleyen çalışmalarıyla başlamıştır (24).

Sosyal fobi prevalansı ile ilgili dünya çapındaki araştırmalarda daha çok DSM-III(1980) tanı kriterleri, yakın dönem çalışmalarda DSM-III -R (1987) ve DSM-IV (1994) tanı kriterleri kullanılmıştır. Genellikle bu kriterler iki tanı-görüşme aracı ile değerlendirilmiştir: 1- Daha önceki çalışmalarda kullanılan The Diagnostik Interview Schedule (DU): 'Tanı İçin Görüşme Çizelgesi'. Tablo 3. 2-Yakın zamandaki çalışmalarda kullanılan The Composile International Diagnostic Interview (WHO 1990): 'Tanı İçin Birleşik Görüşme Çizelgesi.' Tablo 4 (11,12).

DIS ile üç toplumsal durum; başkalarının önünde yemek yemek, küçük bir grup tanıdık insan önünde konuşmak, yeni tanıştığı ya da tanımadığı insanların önünde konuşmak araştırılmıştır. DIS'e göre sosyal fobinin tanımı DSM tanımına göre daha kısıtlıdır. Bu nedenle DIS'e dayalı epidemiyolojik çalışmalarda sosyal fobide doğru bir yaygınlık tahmini yapmak ciddi olarak olanaksızdır (25).

DIS'nın tersine 'Tanı İçin Birleşik Görüşme Çizelgesi' (CIDI)'nın son versiyonları, özellikle M-CIDI (Münich-CIDI) yedi sosyal durumu inceler ve her bir sosyal durum için spesifik üç örnek verir. Mesala kalabalık ve toplantı korkusu için , örnek olarak küçük gruplara, partiye gitme , diğer insanların olduğu bekleme odasına

gitme verilmiştir. CIDI, DIS'e göre daha ayrıntılı bilgi edinilmesini sağlar, bu nedenle daha doğru bir yaygınlık tahmini yapılabilir (13,24).

Tablo 3: DIS'te yer alan fobi durumları:

- Yükseklik
- Tünel ve köprüler
- Yolda, otobüste veya asansör benzeri ortamlarda bulunmak
- Evden yalnız çıkmak
- Yalnız olmak
- Kapalı kalmak
- ✓ Başka insanların önünde yemek yemek
- ✓ Bildiği küçük bir grup önünde konuşmak
- ✓ Yeni tanıştığı ya da tanımadığı insanların önünde konuşmak
- Fırtına
- Sudan (yüzme havuzu, göl vb.) korkmak
- Örümcek, fare, yılan, hamamböcekleri vb. tehlikeli veya hoş sayılmayan hayvanların yanında (size ulaşamayacakları halde) korkmak
- Yapmaktan ya da yanında olmaktan korktuğunuz bir şey var mı?

Tablo 4: NCS 'de yer alan sosyal fobi durumları

- Topluluk önünde konuşmak
- Ev dışında tuvalet kullanma
- Toplulukta yemek yeme veya birşeyler içme
- Söyleyecek bir şey bulamama ya da aptalca bir şey söyleme korkusuyla konuşmama
- Biri seyrederken yazı yazma
- Bir toplantı, sınıf ya da partide bulunma

Sosyal fobi için DSM-III kriterlerinin kullanıldığı epidemiyolojik çalışmalar genellikle DIS ile yapılmıştır. Çalışmaların çoğunda yaşam boyu prevalans oranları %2-%4 arasında bulunmuştur. ECA çalışmalarda farklı yerlerde oranlarda bazı önemli farklar olması, metodolojik problemlere veya sosyodemografik değişikliklere bağlanabilir.

DSM-III-R 'ye (1987) göre CIDI kullanılarak Basel'de yapılmış bir büyük çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı daha önce bildirilenden

yüksek , %16 olarak bulunmuştur. Diğer bir çalışmada 8000 kişi görüşmeye alınmış sosyal fobi yaşam boyu prevalansı erkeklerde %11.1 kadınlarda %15.5 ve 30 günlük prevalans ile sırasıyla % 3.8 ve % 5.2 olarak saptanmıştır.

DSM-IV 'e göre yapılmış 'The Early Developmental Stages of Psychopatology (ED SP) çalışması, 14-24 yaşları arasındaki 3021 kişi M-CIDI kullanılarak değerlendirilmiştir. Yaşam boyu prevalans erkeklerde %4.9, kadınlarda %9.5, totalde %7.3 bulunmuştur. On iki aylık prevalans hafif bir düşüş göstermiş ve %5.2 saptanmıştır (12,24).

Genel olarak yapılan tüm epidemiyolojik çalışmalarda sosyal fobinin yaygınlığının %0.5-22.6 arasında değiştiği bulunmuştur.

ECA çalışmasına göre sosyal fobinin yaygınlığı %1.9-3.2 arasında değişmektedir. Yakın zamanda yapılan sosyal fobinin özelliklerinin daha fazla araştırıldığı bir çalışmada (National Comorbidity Survey) yaygınlığı daha yüksek çıkmıştır. Daha sonra yapılan başka çalışmalarda da buna benzer sonuçlar elde edilmiştir(26).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında sosyal fobinin son 12 aydaki yaygınlığı % 1.8 bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde yaptıkları çalışmada sosyal fobinin son bir yıllık yaygınlığı % 0.3 , yaşam boyu yaygınlığı % 3.2 bulunmuştur (27).

Sosyal fobi , İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatri kliniklerine başvuran fobikler arasında agarofobiden sonra en sık görülen fobi türüdür. Sosyal fobinin İngiltere , Kanada ve Hindistan 'da tüm fobiklerin % 25 'ini oluşturduğu bildirilmektedir (28).

Ortalama Çıkış Yaşı : Sosyal fobi başlangıç yaşı ECA çalışmasında , 0-5 yaşları arasında % 21, 6-10 yaşları arasında % 15, 11-15 yaşları arasında % 26, 16-20 yaşları arasında % 18, 21-25 yaşları arasında % 10, 26 yaş ve sonrası % 10 olarak bildirilmiştir. Ortalama yaş 15.5 pik yaptığı dönemler 0-5 yaşları ile 13 yaş olarak bildirilmiştir. Wittchen ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada genelleşmiş alt tipin belirgin olarak daha küçük yaşlarda (erkeklerde 11.5, kızlarda 12.5) bulunduğu tesbit edilmiştir, genelleşmemiş alt tipi ise 14-15 yaşları arasında bulunmuştur (11,12).

2.5.RİSK FAKTÖRLERİ

Cinsiyet: Yaygınlık toplum örneklemelerinde kadınlarda daha yüksek iken , klinik örneklemelerde erkeklerde daha fazladır. Bu sonucun ortaya çıkmasının en

önemli nedeni muhtemelen sosyal rollerinin erkekleri daha fazla çare aramaya itmesidir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında sosyal fobinin son 12 aydaki yaygınlığı erkeklerde % 1.1 kadınlarda % 2.3 bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (28).

Schneier ve ark. (1992) sosyal fobinin yaşam boyu prevalansını kadınlarda erkeklerden fazla bulmuştur, prevalans sırasıyla % 3.1 ve % 2 'dir. Araştırmalarda genel popülasyonda görülme sıklığının kadın-erkek oranı genelde, 1.5-2\1 şeklindedir. Buna karşın klinik çalışmalarda kadın-erkek oranı dengeli bulunmuştur (11).

Yaş: En sık başlangıç yaşı 20 'nin altındadır ve prevalansın genç gruplara kaydığı görülmektedir. Örneğin NCS 'de (National Comorbidity Survey) 30 günlük prevalans ; 15-24 yaş gruplarda % 7.3 iken, 45-54 yaş gruplarda sadece % 4.5 bulunmuştur (11).

Diğer Sosyodemografik Risk Faktörleri: Schreier ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları bir çalışmada, sosyal fobide sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi düşük, evli olmama daha fazla bulunmuştur. Benzer olarak Magee ve ark. 'nın (1996) yaptıkları bir çalışmada ; eğitim durumu ve gelirle sosyal fobi arasında negatif ilişki saptanırken, hiç evlenmemiş kişilerde, öğrencilerde, işsizlerde ve ailesiyle yaşayanlarda sosyal fobi daha fazla bulunmuştur (11).

Sosyal fobinin hangi öğrenim seviyesinde daha fazla görüldüğüne ilişkin veriler oldukça çelişkilidir. Alan taraması yapan Pollard ve Henderson yüksek öğrenimli kişilerde sosyal fobinin ve sosyal fobik belirtilerin daha sık görüldüğünü belirtirken Heinberg ve ark. genelleşmiş sosyal fobisi olanların toplum önünde konuşma fobisi olanlara göre daha düşük öğrenim ve gelir düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir (24).

Doğan ve arkadaşlarının Sivas İl merkezinde yaptıkları araştırmada sosyal fobi yaygınlığının eğitim düzeyi ve gelir düzeyine göre yapılan gruplamalarda gruplar arasında farklılık olmadığı ; yaş ve aile yapısına göre yapılan sınıflamalarda anlamlı farklılık olduğu (geniş ailelerde daha yüksek) görülmüştür (28).

2.6. KOMORBİDİTE

Sosyal fobi sıklıkla diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte görülebilir ve bazen onlar tarafından maskelenebilir (24). Komorbid hastalık,

daha çok sıklıkla diğer anksiyete hastalıkları, efektif bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarla araştırılmıştır. Schreier ve ark.'nın (1992) yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi olan vakaların sadece % 29'unda yaşamlarında diğer rahatsızlıklar bulunmamıştır. Diğer bir çalışmada saf sosyal fobi vaka oranı % 19 'dan aşağı bulunmuştur (11).

Sosyal Fobi ve Panik Bozukluk: Stein ve ark. kendi klinik gruplarında panik bozuklukluğu olan hastaların % 46 'sına sosyal fobinin eşlik ettiğini saptamışlardır. Benzer şekilde Van Ameringen ve arkadaşları da % 49.1 'i sosyal fobi tanısı almış klinik grubunda, panik bozukluğun sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu saptamıştır (24).

Sosyal Fobi ve Obsesif- Kompulsif Bozukluk (OKB) : ECA çalışmasında yaşam boyu birlikte görülme oranı % 11.1 olarak bildirilmiştir. Sanderson ve ark. klinikte bu oranı % 4 olarak bildirmişlerdir. Austin ve ark. OKB 'u olan hastalarda yaşam boyu sosyal fobi görülme oranını % 11 olarak saptamışlardır (24).

Sosyal Fobi ve Major Depresyon : Yaşam boyu birlikte görülme oranları çeşitli araştırmalarda % 17-80 arasında bildirilmiştir. Sosyal fobili bireylerde hastalığın gidişi sırasında depresyon ortaya çıkabilir (24). Magee ve ark.'larının (1996) yaptıkları çalışmada sosyal fobi olan vakaların % 41.4 'ünün geçmişinde en az bir efektif bozukluk vardır (11).

Sosyal Fobi ve Alkol Kötüye Kullanımı : Sosyal fobinin alkol kötüye kullanımını ve bağımlılığını artırdığı düşünülmektedir. Zürih çalışması (Degando& Angst 1993) ve ECA Duke çalışmasında (Davidson ve ark. 1993), sosyal fobiklerde alkol bağımlılığı prevalansı sırasıyla % 15 - % 17 şeklindedir. Alkol bağımlılığı olan vakalardaki sosyal fobi prevalans oranları, erkeklerde % 19 ve kadınlarda % 30 olarak tespit edilmiştir(11).

Etki ve Morbidite : Bu hastalığın özellikle erken yaşta başladığı ve bazı risk faktörlerinin (düşük eğitim düzeyi, bekar olma) olduğu tespit edilmiştir. Duke çalışmasında sosyal fobisi olan vakaların % 32.6 'sı psikolojik problem için doktora başvurduklarını bildirirken, sadece % 3'ü sosyal anksiyete için yardım istediklerini bildirmişlerdir. Sosyal fobi düşük sosyal destekle ilişkisi bulunmuş, fakat işe devamsızlık oranı ile ilişki tespit edilmemiştir.

Sosyal fobisi olan vakalarda hastalık olmayanlara göre, yoksulluk yardımı ve sakatlık maaşı gibi olanaklardan daha fazla yararlandıkları bulunmuştur (11).

Sosyal Fonksiyon Anketi temel alınarak yapılan çalışmalarda sosyal fobi ile düşük genel yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur (özellikle yaşam enerjisi, genel sağlık, mental sağlık, emosyonel sağlığa bağlı kısıtlanma davranışı ve global fonksiyon ölçen skalalarda). Genç erişkin ve adölesanlarla yapılan EDSP çalışmasında, sosyal fobinin iş, okul ve aile yaşamında önemli etkileri olduğu gösterilmiştir.

Sosyal fobisi olan hastalarda intihar riskinin arttığı bildirilmiştir. Bu intihar düşüncesi ve girişimi prevalansındaki artış büyük ölçüde eşlik eden depresyonla açıklanmış, ancak özellikle kadınlarda depresyon olmaksızın sosyal fobi ile artmış intihar eğilimi arasında ilişki bildirilmiştir (11).

2.7. SOSYAL FOBİ ETİYOLOJİSİ

2.7.1. Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı

Psikodinamik Model : 'Devamlı kendimle uğraşıyorum. Kendime hiç güvenim yok. Yaptığım, söylediğim hiçbir şey için cesaretim yok. Bir şey söyleyince karşımdaki kişinin söylediğim şeyle dolayısıyla benle alay edeceğini düşündüğümünden konuşmaya korkuyorum. Devamlı kendimin farkındayım. Bütün bunlar her an içimi kemiriyor. Nereye gitsem, bulunmaktan hoşlandığım yerlerde de olsam bu düşünceler peşimi bırakmıyor. Bunlar yüzünden de insanlar arasında hep huzursuzum. Rahat ettiğim tek yer evim. Buna rağmen bu düşünceler evde de beni rahat bırakmıyor. Evde de hep dışarıdaki halimi düşünüyorum... Çok fazla heyecanlanıyorum ve kızarıyorum... Eve gelince yüz kaslarımın bile gevşediğini hissediyorum... Biriyle yalnız kaldığım zaman bir şey bulup konuşamamaktan korkuyorum. Çok sıkıcı olduğumu, insanların benimle birlikteyken sıkıldığını, kötü, duygusuz olduğumu düşünüyorum.' (Bu metin DSM-IV tanı ölçütlerine göre I. Eksen 'de sosyal fobi, II. Eksen 'de çekingen kişilik bozukluğu tanısı olan bir hasta tarafından kaleme alınmıştır.)

Sosyal fobiye psikodinamik açıdan bakıldığında ; tanımını itibariyle diğer fobilerle yakınlığı, özellikle çekingen kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları ile benzerliği nedeniyle psikodinamik açıklamalar çeşitlilik göstermektedir. 1980 öncesi yayınlarda sosyal fobi kavramı yerine, utanç duygusu,

sahne korkusu gibi yaşantılar üzerinde durulmaktadır. Sosyal fobide temel duygulanımlar utanç ve daha da ağırlıklı olarak utanç yaşama korkusudur (29).

Klasik Psikoanalitik Kuram : Psikodinamik akımın genel olarak fobileri açıklaması şu şekilde özetlenebilir : Cezalandırma tehlikesi içeren yasaklanmış cinsel ve saldırgan dürtüler bilince gelme tehlikesi doğduğunda uyarı anksiyetesi doğar, bu da yer değiştirme, yansıtma ve kaçınma savunma mekanizmalarını harekete geçirir ve fobik rahatsızlıklar ortaya çıkar. Bu savunma mekanizmaları yasaklanmış arzuya bir kez daha bastırılarak ortadan kaldırılırsa bunun bedeli fobik nevroz olur. Aynı mekanizmayla sosyal fobi belirtileri, kabul edilemez nitelikteki bilinç dışı arzu ve fantezilerle bunlara karşı gelişen savunmaların bir ürünü olarak görülür. Bu genel düzenek içinde sosyal fobide dinamik olarak üç etken üzerinde durulmaktadır.

1-Utanç Yaşantıları : Sosyal fobik hastalarda bilinçdışı olarak dikkat çekme ve çevreden onaylayıcı tepkiler alma isteği yoğundur. Bu arzu otomatik olarak onaylayıcı olmayan ebeveyn tarafından utandırılma veya eleştirilme duygusunu doğurmaktadır. Bu hayali aşağılanma ve utandırılma veya eleştirme duygusunu doğurmaktadır. Bu hayali aşağılanma ve utandırılmadan kaçınabilmek için sosyal fobikler, başkalarından onaylama göremeyeceklerini düşündükleri durumlardan ve ortamlardan kaçınırlar.

2-Suçluluk Duyguları : Sosyal fobisi olan bazı bireyler bilinçdışı olarak diğerleriyle olan ilişkilerinde karşıdan tam ve mükemmel bir ilgi için saldırgan bir tutum sergilerler. Bu talebe tüm rakipleri korkutarak kaçırma ve yok etme arzusu eşlik eder. Suçluluk duyguları sıklıkla bu rakiplerin yerini alabilme kapasitesindeki yetersizlikten kaynaklanan utançla biri birine karışmış haldedir.

3-Ayrılma Anksiyetesi : Sosyal fobisi olan birçok birey bağımsız olma ve yeni insanlarla kaynaşmanın ebeveyn ve yakınlarının sevgisini yitirme anlamına geleceğinden korkar. Anne-bebek çalışmalarında çocukta zaman zaman anne hiçbir harekette bulunmamasına karşın annelerinin onları terk edeceği korkusuyla ani anksiyete tepkileri çıkabildiği görülmüştür. Mahler bunu ' anneden ayrılma ve otonom olma arzusunun emasyonel olarak aynı zamanda annem beni terk etmek istiyor anlamına geldiği ' şeklinde açıklamıştır.

Tüm bu dinamikler göz önüne alındığında sosyal fobiklerde anne, baba, temel bakıcılarla ilişkilerle gelişen iç nesne (obje) temsilcileri utandıran, eleştiren, aşağılayan, alay eden, terk eden nesnelerdir. Bu içe atımlar erken

yaşamda stabilleşir ve daha sonra tekrar tekrar kişinin çevresindeki insanlara yansıtılır ve bu insanlardan kaçınılır. Diğer insanları bu şekilde algılamaya doğuştan gelen bir eğilim olsada belli bir dereceye kadar olumlu bir erken yakın çevre bu eğilimi törpüleyebilir. Ama birde yakın çevreyi oluşturan yetişkinler doğuştan gelen bu kalıbı destekleyen ve besleyen davranışlar gösterirlerse birey giderek daha korkulu hale gelir ve sosyal fobi gelişir. Bakıcılar çocuğun korkularına duyarlı olur ve bunu telafi ederlerse, içe atılanlar daha yumuşak, daha az tehditkar olur ve tam bir sosyal fobi gelişimi gerçekleşmez (12,30).

Bilişsel ve Davranışçı Model : Sosyal fobinin çekirdeğinde başkaları üzerinde özellikle olumlu bir izlenim yaratma isteği ile bunu yapabileceği konusunda belirgin bir güvensizlik yatmaktadır. Korkulan sosyal bir durum ile karşı karşıya gelince doğuştan davranış yatkınlıkları ile daha önceki yaşantıların etkileşimi sonucu sosyal fobiklerde bir veya daha fazla sosyal durum karşısında tehlikede olduklarına inanma eğilimine yol açacak bir dizi kabullenme oluşur. Özellikle bu tür ortamlara girdiklerinde, 1- beceriksiz ve kabul görmeyen biçimde davranacakları tehlikesi ile karşı karşıya olduklarına, 2- bu tür bir davranışında reddedilme, değer ve sosyal mevki kaybına neden olacak bir felaketle sonuçlanacağına inanmaktadırlar. Sosyal fobik böyle bir sosyal durum algıladığında ' anksiyete programı ' otomatik ve refleks olarak aktive olur ve anksiyetenin somatik ve davranışsal belirtileri algılanan tehlike ve anksiyetenin kaynağı haline gelir. Somatik yanıtlar ve sosyal olarak olumsuz değerlendirmeye önem verme nedeniyle sosyal ipuçlarını kaçıırırlar. Sosyal fobiklerin olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin düşünce ve inançlarına kanıt bulmak için dikkatlerini seçici olarak olumsuz durumlara yoğunlaştırmaları da anksiyete durumunu arttırmaktadır (21).

2.7.2. Sosyal Fobini Biyolojisi

Sosyal Fobide Genetik ve Aile Çalışmaları : DSM-III-R sosyal fobi tanısı almış hastalarla yapılan çalışmalarda, sosyal fobik hastaların ailelerinde, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ailelerinden daha sık oranda sosyal fobi saptanmıştır. Örneğin Reich ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sosyal fobisi olan bireylerin yakınlarında sosyal fobi sıklığı (% 6.6), panik bozukluğu olan bireylerin ailelerinde (% 0.4), normal kontrol ailelerde % 2.2 olarak bulunmuştur. Fyer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise, sosyal fobisi olan

bireylerin ailelerinde sosyal fobi kontrol grubundan daha yüksek oranda görülmüştür (% 16.6 'ya karşılık % 5) (31).

Bir hastalığın gerçek genetik geçişi hakkında en iyi fikri ikiz çalışmalarından elde edebiliriz. Kendler ve arkadaşlarının yaptığı bir ikiz çalışmasında tek yumurta ikizlerinde sosyal fobi konkordansı % 24.4 bulunurken, çift yumurta ikizlerinde bu oran % 15.3 olmuştur. Tek yumurta ikizlerinde oranın daha yüksek bulunması yine sosyal fobinin genetik bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada çevresel etkiler kontrol edildiğinde hastalığa yatkınlık açısından genetik etkenlerin rolü sosyal fobi için % 30, agorafobi için % 39 olarak bulunmuştur (32).

2.7.3. Sosyal Fobinin Nörobiyolojisi

Adrenerjik Sistem : Adrenerjik sistemde bir bozukluk olabileceğini düşündüren şey sosyal fobik kişilerde, fobik ortamlarda hemen her zaman ortaya çıkan taşikardi ve terleme gibi belirtilerin artmış otonomik uyarımla bağlantılı olabileceğidir. Ancak adrenerjik sistemi incelemek için yapılan çalışmalar bu varsayımı tam olarak desteklememiştir. Papp ve arkadaşları tarafından sosyal fobi tanısı almış 11 hastayla yapılan bir çalışmada epinefrin infüzyonuyla sadece bir hastada anksiyete belirtileri çıkmıştır (33).

Dopaminerjik Sistem : Birçok araştırmacı, sosyal fobinin dopaminerjik sistemdeki hipoaktivitenin sonucu ortaya çıktığını düşünmektedir. Dopaminerjik hipoaktiviteyi düşündüren bulgular ise ; dopaminerjik fonksiyonu arttıran bu propion ve MAOI 'lerinin tedavide etkili olması, dopamin bloke edici ilaçların kullanılması sonrasında sosyal fobi semptomların bildirilmesi ve Parkinson hastalarındaki yüksek fobi görülme oranıdır (12). Ancak sosyal fobik hastalarda dopaminerjik sistemi, levodopaya prolaktin cevabına dayanarak inceleyen bir çalışmada normal kontrollerle sosyal fobik hastalar arasında fark bulunmaması, dopaminerjik hipoaktivite varsayımını zayıflatmaktadır (34). Araştırmalarda çıkan bu fark sonuçların bir diğer olası açıklaması sosyal fobi tanısı konmuş hastaların nöro-biyolojik yönden heterojen olabilecekleridir (31).

Serotonerjik Sistem : Serotonin (S-HT) üzerinde önemli etkileri olan monoamin oksidoz inhibitörleri (MAOI), reversibl monoamin oksidoz inhibitörleri (RIMA) ve seratonin gerilim inhibitörlerinin (SSRI) tedavide etkili olması, sosyal fobide seratonin rolünün olabileceğini düşündürmektedir (12). Ancak 1995 içinde yapılan bir çalışmada trombositlerde seratonin transport kapasitesinin

sosyal fobik hastalarla normal kontroller arasında fark göstermediğinin bulunması sosyal fobik hastalarda en azından seratonin gerilim açısından bir bozukluk olmadığını düşündürmektedir (31).

2.8. AYIRICI TANI

1-Panik Bozukluğu : Sosyal fobisi olan hastalarda yaşam boyu ek tanı olarak panik bozukluğu görülme sıklığı % 17-50 arasında değişmektedir. Klinik özellikler göz önüne alındığında sosyal anksiyete ve panik atakların her iki sendromda da görülmesi ayırıcı tanının yapılmasını güçleştirmektedir. Sosyal fobinin sosyal ortamlarda gelişmesi ; utanma, aşağılanma ve olumsuz değerlendirilme korkularının varlığı ; utanacağı veya küçük düşeceği bir şey yapma veya söylemekten kaçınma ayırıcı tanıda gözönüne alınması gerekli özelliklerdendir. Sosyal fobide kızarma, terleme sıklıkla görülen yakınmalar iken panik bozukluğunda çarpıntı, göğüs ağrısı, soluk alamama, baş dönmesi, görme bulanıklığı ve baş ağrısına daha sık rastlanır. Ayrıca sosyal fobikler anksiyete atakları sırasında nadiren öleceklerinden korkarlarken agorafobili panik bozukluğunda panik atağı sırasında ölme, kontrolünü kaybetme ve çıldırma korkusu klasik özelliklerdir. Sosyal fobiklerde sorunun çok daha erken yaşlarda başladığı unutulmamalıdır (23).

Tükel ve ark. karşılaştırmalı bir çalışmada ; Panik bozukluğu hastalarında somatizasyon ve anksiyete puanları, sosyal fobilerde ise kişiler arası duyarlılık puanı daha yüksek bulunmuştur . Ayrıca sosyal fobi hastalarında, iş ve sosyal yaşam alanlarında görülen yeti yitiminin, panik bozukluğu hastalarındakinden daha fazla olduğu belirtilmiştir (35). Başka bir araştırmada Stein ve ark. kendi klinik gruplarında panik bozukluğu olan hastaların % 46 'sına sosyal fobinin eşlik ettiğini saptamışlardır (36).

2-Obsesif - Kompulsif Bozukluk (OKB) : Sosyal fobisi olan kişilerin yaşam boyu obsesif- kompulsif bozukluk tanısı olma oranı % 4-11 arasında değişmektedir. Ayırıcı tanıda fobik kaçınmanın nedeni araştırılmıştır. Örneğin obsesif - kompulsif olan kişiler obsesyonların içeriği nedeniyle çevresinde başka insanlar varken anksiyete sergilerken sosyal fobisi olanlar bu kişiler tarafından olumsuz değerlendirilecekleri nedeniyle yoğun bir anksiyete yaşarlar (23).

OKB 'u olan hastalarda yaşam boyu sosyal fobi görülme oranını Austin ve ark. % 11 olarak saptamışlardır (37).

3- Major Depresyon : Sosyal fobisi olan hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme sıklığı % 35-80 arasında değişmektedir. Major depresyonu olan hastalar depresif dönemlerinde sosyal fobi benzeri bir tablo oluşturmaktadır. Ancak buradaki tablo depresyondaki hastaların korkuları nedeniyle değil, bu tür ortamlara girmek istemedikleri için sosyal ortamlardan uzaklaşırlar. Sosyal fobi ve major depresyonun birlikte olduğu durumlarda eğer major depresyonun olmadığı daha önceki bir dönemde de sosyal fobi belirtileri mevcutsa sosyal fobi tanısı konmalıdır (12,21,23).

4-Çekingen Kişilik Bozukluğu : DSM-III-R tanı ölçütleri incelendiğinde birçok ölçütün ortak olması nedeniyle iki tanı sıklıkla üst üste örtüşmektedir. Tek başına yaygın sosyal fobisi olanlara kıyasla çekingen kişilik bozukluğu olanlarda anksiyete düzeyi daha yüksek, işlevsel kayıp daha fazladır. DSM-IV 'de çekingen kişilik bozukluğu tanı ölçütleri DSM-III-R 'nin ölçütlerden daha fazla sosyal fobi ölçütlerine benzemektedir. Bu ölçütler, eleştirilme korkusu ile kişiler arası ilişkilerden kaçınma, alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerden uzak durma , sosyal ortamlarda reddedileceği konusunda aşırı uğraşma ve yeni kişiler arası ortamlarda ketlenme, sosyal olarak tümüyle beceriksiz olduğuna inanma, utanacağı korkusuyla yeni aktivitelerden kaçınmayı içermektedir. Bu nedenle bu iki bozukluğu ayırt etmek yerine eksen I ve II tanılarını koymak daha uygun olacaktır (12,21,23).

Sevinçok ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada Sosyal Fobili olguların tümünde çekingen kişilik bozukluğu saptanmıştır (38). Schneier ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada ise DSM-III-R'ye göre yaygın tip sosyal fobi (SF) saptanan 36 hastanın % 89 'unda çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) saptanmıştır (39). Herbert ve arkadaşları bir araştırmalarında Yaygın Sosyal Fobi ile Çekingen Kişilik Bozukluğunun komorbiditesini incelemişlerdir. ÇKB ölçütlerini taşıyan bütün bireylerin aynı zamanda yaygın sosyal fobi ölçütlerin karşıladığını saptamışlardır (40). Raşit Tükel ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada ise; 42 sosyal fobi hastasında % 60 oranında çekingen kişilik bozukluğu saptanmıştır (41). Yaygın sosyal fobi (YSB) ile çekingen kişilik bozukluğunun (ÇKB) arasındaki birçok benzerliklerin olmasından ötürü, YSF 'nin tedavisi konusundaki çalışmalar ÇKB 'na yönelik tedavi yaklaşımlarını da büyük ölçüde etkilemiştir (42).

5-Yaygın Anksiyete Bozukluğu : Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi sosyal olan veya olmayan tüm durumlarda yaygın kaygı ve endişe yaşadığı için bir ölçüde sosyal fobi ile örtüşmesine karşın, kesin sınırları belirleyecek ölçütler henüz belirlenmemiştir. Ayırıcı tanı için önemli olan ölçüt utanma ve aşağılanma korkusudur. Diğer kaygılar ile birlikte bu korkular da mevcutsa iki tanı birlikte konulabilir (43).

6-Beden Dismorfik Bozukluğu : Beden dismorfik bozukluğu olan kişiler görünüşlerindeki bozukluk ile ilgili aşırı uğraş içinde olup dış görünüşlerinden utandıkları için sosyal ilişkiden kaçınırlarsa da sosyal ortamlardan uzak durmak sorunlarını azaltmaz (23).

7-Madde Kötüye Kullanımı : Alkolik hastalarda sosyal fobi görülme sıklığı % 8-56 arasındadır. Sosyal fobikler, sosyal anksiyeteleri ile başetmede ilaç yerine alkol kullanırlar (12,21,23). Sosyal fobikler topluma göre iki kat fazla alkol sorununa sahiptirler (44).

8-Şizofreni Spektrumu Bozuklukları : Bu hastalar sıklıkla utanma korkusundan çok zarar görecekları sanrısı veya sosyal ilgi azlığı nedeniyle sosyal ortamlardan korkar ve kaçınırlar (23).

9-Utangaçlık : Utangaçlık rahatsızlık verici ve hoş olmayan ama genellikle yeti yitimine yol açmayan bir kavram olarak tanımlanır. Bu nedenle utangaçlığı sosyal fobiden ayıran özellik, oluşan işlevsellik kaybı ve kaçınmanın derecesidir. Bir de utangaçlığın belli sosyal ortamlara özgül olmaktan çok yaygın olma eğiliminde olduğu, dolayısıyla belli ortamlarda rahatsızlığı olan kişilerde fobi tanısının daha çok düşünülmesi gerektiği unutulmamalıdır. Sosyal ortamlarda utanç duyma, utanç duyacağından korkma, çekingenlik ve bunlara bağlı davranışların altında biyolojik, sosyal ve psikodinamik süreçler göz önünde bulundurulmalı ve tedavi seçimi hastanın özgül klinik tablosu göz önüne alınarak yapılmalıdır (29,45).

10-Sosyal Beceri Eksikliği : Sosyal beceri eksikliğinde, sosyal fobiye benzer bir klinik tablo ortaya çıkmaktadır. Çocukluk döneminden itibaren yeterince gelişmeyen sosyal becerileri olan kişilerde sosyal anksiyete ikincil olarak ortaya çıkar. Sosyal fobiklerde durum beceri eksikliği değil, beceriksizlik korkusudur. Ancak sosyal fobinin erken yaşta başlayan olgularda, fobik kaçınma nedeniyle sosyal becerilerin gelişmemesi görülebilir ve sosyal beceri eksikliği sosyal fobiklerde yaygın olarak rastlanan ek bir durum olabilir (45).

11-Yeme Bozukluğu : Özellikle bulimikler olmak üzere yeme bozukluğu olan kadınlarda sosyal fobinin ek tanısı olması çok çarpıcı bir bulgudur (12,23).

2.9. KLİNİK GİDİŞ VE PROGNOZ

Hastalık tanımının yeni olması nedeniyle sosyal fobinin klinik gidişini ve prognoz ile ilgili bir şeyler söylemek oldukça güçtür. Hastalığın gidişine ilişkin bilgiler oldukça sınırlıdır ve geriye dönük çalışmalara dayanır. Davidson eşlik eden hastalığın olmaması halinde hastalığın ortalama 19.4 yıl sürdüğünü bildirmiştir. Klinik çalışmalarda da hastalığın ortalama 10-24 yıl arasında devam edebileceği bildirilmiştir. Kendiliğinden iyileşme oranı düşüktür.

Eşlik eden bir hastalık varsa prognoz açısından önemlidir. Eşlik eden hastalığı olanlarda intihar girişimi oranı % 15.7 olarak bildirilmiştir. Eşlik eden hastalığı olmayanlarda bu oranın % 0.9, normal kontrollerde % 1 olarak bildirildiği göz önüne alındığında prognoz üzerine etkisi açıkça görülmektedir. Alkol kullanım oranının yüksek olması da prognozu kötü etkilemektedir.

Sosyal fobili hastalarda zaman içinde major depresyon gelişebileceği bilinmektedir. Bazı araştırmacılar sosyal fobinin özellikle panik bozukluğu hastalarında ve diğer psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyon gelişmesi için risk faktörü olabileceğini bildirmişlerdir.

Klinik çalışmalar sosyal fobinin kişinin işlevlerini bozduğunu göstermiştir. Tümer ve arkadaşları da 21 sosyal fobi hastasını incelemişler ve % 92 'sinin iş yaşamlarının, % 85 'inin de akademik kariyerlerinin hastalıktan etkilendiğini bildirmişlerdir. Erken başlangıç ve yaşam boyu süren süregelen gidiş sosyal fobi hastalarının yaşam kalitelerini bozmaktadır. Hastalar tedaviye geç başvurarak yıllarca belirtileriyle yaşarlar. Sosyal fobisi olan bireylerin yarısı yüksekokulu bitiremezler; bu hastalığın eğitim üzerine olumsuz etkisini gösterebilir. Bu kişilerin yarısından fazlasında en azından orta derecede olmak üzere iş ilişkilerinde, arkadaş ilişkileri ve sosyal etkinliklere katılmada bozulma saptanmıştır (24).

2.10. YETİ KAYBI

Sosyal fobinin önemli ölçüde yetersizliklere yol açtığı son yıllarda giderek daha fazla gözlenmeye başlamıştır. Tedavi edilmemiş sosyal fobinin neden olduğu sonuçlar şu şekilde özetlenebilir :

- ✓ Okulda başarısızlık
- ✓ Mesleki başarısızlık

- 1- Çalışamama
 - 2- Becerilerinin altında bir işte çalışma
 - 3- İşinde ilerleyememe
- ✓ Toplumsal işlev bozuklukları :
 - 1- Toplumsal etkileşimde kısıtlılık
 - 2- Karşı cinsten biriyle olamama
 - 3- Arkadaşlıklar kuramama ve arkadaşlıkları sürdürmememe
 - ✓ Parasal bağımlılık
 - ✓ Çok fazla, pahalı ve çoğu zaman gereksiz tıbbi incelemeler yaptırma
 - ✓ Anksiyeteyi yatıştırmak için alkol kullanma
 - ✓ Depresyon
 - ✓ Agorafobi
 - ✓ İntihar düşünceleri ve intihar girişimi

Bu yeti kayıpları anksiyete semptomlarından, hastalığın erken başlayıp, arada belirgin düzelmeler göstermeksizin kronik bir gidiş göstermesinden ve bu bozukluğa eşlik eden alkolizm, madde kötüye kullanımı ve intihar girişimlerinden kaynaklanmaktadır.

Sosyal fobisi olan kişiler bu semptomların ortaya çıkmasından kaçınmak için özgül veya aile ortamı dışında hemen bütün toplumsal durumlardan kaçınabilirler. Kaçınma davranışı sosyal fobinin birden ortaya çıkan bedensel semptomlarının ortaya çıkmasını önlemede son derece etkili olabilir, ancak hastanın yaşamını ileri derecede kısıtlamasına yol açabilir. Bu kişiler toplumda uzaklaşabilir ve kişiler arası ilişkilerle ilgili, okulda ve iş yerinde yeterli bir başarı gösteremeyebilirler.

Sosyal fobisi olan kişiler diğer kişilere şu özellikleri gösterme eğilimi taşırlar: Daha çok bekardır, daha düşük sosyoekonomik kesimden gelmişlerdir, eğitim düzeyleri daha düşüktür, parasal açıdan bağımlıdır, diğer psikiyatrik sorunları daha fazladır, daha fazla intihar düşünceleri-girişimleri vardır, daha fazla iş değiştirirler, toplumdan uzak yaşarlar, toplumsal destekleri daha azdır (46).

2.11. ÇOCUKLAR VE ADÖLESLARDA SOSYAL FOBİ

Çocukluk çağında korkular oldukça yaygındır ve bu korkuların bir kısmı belirli dönemler için doğal sayılmaktadır. Bunlar için oyun döneminde ortaya çıkan canavar asansör korkusu, oyun ve hatta latent dönemde görülen karanlık, hırsız korkuları ile ölüm korkusu örnek olarak verilebilir. Fobi tanısının düşünülebilmesi için kaçınma

davranışlarının sosyal ve işlevsel bozulmaya yol açması gerekmektedir. Kaygıya yol açan uyarı, sosyal bir ortamda olduğunda ve utanmaya yol açtığında sosyal fobi tanısı üzerinde durulmalıdır.

Çocuk ve ergenlerde görülen sosyal fobi belirtileri sıklıkla, sınıfta arkadaşlarının önünde konuşma ya da tahtaya yazı yazma, öğretmen ya da karşı cinsten arkadaşları ile konuşma, okul tuvaletlerini kullanma, toplu halde yemek yeme ile ilgilidir. Ayrıca böylesi toplumsal durumlarda yaşadıkları kaygıyı diğer insanların anlayacağından ve gülünç duruma düşeceklerinden korkarlar. Korktukları durumla karşılaştıklarında sıklıkla anksiyetelerin bedensel bulgularını yaşarlar. Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak kalma olarak dışa vurabilir. Göz ilişkisi kuramama ile toplumsal becerilerde yetersizlikler gösterebilirler ya da soğuk ve nemli eller, titreme, titrek bir ses gibi anksiyetinin gözlenebilir bulgularını sergileyebilirler.

Çocuk ve ergenlerde görülen sosyal fobinin klinik özellikleri erişkinlere benzemektedir. Ancak çocuklarda ağlama, kaçınma, somatik yakınmalar gibi belirtiler kliniğe eşlik etmektedir. En sık görülen belirtiler sırası ile biri ile konuşmak (%23.3), sosyal toplantılara katılmak (%14.5) , yabancılarla konuşmak ya da yeni biri ile tanışmak (%13.7), kalabalıkta yemek yemek (%7) ve yazmak (%5) şeklinde sıralanmıştır. En sık görülen bedensel yakınmalar ise çarpıntı (%79), titreme (%75), terleme (%74), kas gerginliği (%64), karında huzursuzluk hissi (%63), ağız ya da boğaz kuruluğu (%61), ateş basması ya da üşüme hissi (%57), yüz kızarması (%51), başta bası hissi ya da baş ağrısı (%46) ve bacaklarda güçsüzlük (%41) olarak belirtilmektedir (4).

2.11.1. Tanı ve Değerlendirme : Genç insanlarda sosyal fobinin değerlendirilmesi birkaç nedenle zor olabilir. Birincisi, tanı kriterleri sosyal anksiyetenin gelişimsel yönlerini ve yaş gruplarına karşı oluşan sosyal korkuları tam olarak açıklamamıştır. İkincisi sosyal fobi semptomlarının; kaçınma ve anksiyete tablosu gösteren diğer çocukluk bozukluklarından ayırımını yapmak zordur. DSM-IV (1994) çocuklarda ve ergenlerde olan sosyal anksiyetenin sınıflandırmasında birkaç değişiklik önermiştir. Çocuklarda sosyal fobi bir bozukluk olarak tanımlanmış ve çocukların çekinme (avoidant) bozukluğu yerine geçmiştir.

Çocuk ve adölesan gelişiminde görülen sosyal inhibisyona eşlik eden sosyal değerlendirilme korkusu ve geçici çekingenliği psikolojik disfonksiyondan ayırmak için

semptomların süresi önemlidir. 18 yaşından daha genç olanlarda semptomlar en az 6 ay sürmelidir. Erişkinlerde bu süreye gerek yoktur.

Çok küçük çocuklarda erken başlangıç ve kronik gidiş kendini optimal olan fonksiyon düzeydeki azalmadan daha çok, beklenen fonksiyon düzeyine ulaşmada başarısızlık şeklinde kendini gösterebilir. Ergenlerde erken başlangıçta hem sosyal hem de akademik performansta düşüş yaygındır (12).

2.11.2. Ayırıcı Tanı :

- 1- Normal Sosyal Anksiyete :** Geçici çekingenlik ve sosyal anksiyete insanla ilgili evrensel bir özelliktir ve normal gelişimin birkaç evresi için karakteristiktir. Çocuklarda sosyal fobi ısrar eden, ergenliğe kadar devam eden ve günlük fonksiyonları olumsuz etkileyen semptomlarla, normal sosyal anksiyeteden ayrılabilir (47).
- 2- Kaçınma (avoidant) :** DSM-III-R 'de yer alan kaçınma bozukluğu, semptomların büyük ölçüde üstüste binmesinden ötürü DSM-IV 'ten çıkarılmıştır (47).
- 3- Selektif Mutizm :** Black ve Uhde (1992) selektif mutizmin farklı bir hastalıktan çok sosyal fobinin bir çeşidi olduğunu gösterdi. Her iki hastalıkta birçok aynı semptomun olduğu ve ilaç tedavisine benzer cevapların olduğu bildirilmiştir. Spesifik durumlarda konuşma reddi gibi kaçınmanın ve korkunun açık delillerin olduğu vakalarda her iki tanı düşünülmelidir (12,48).
- 4- Okul Reddi :**Okul reddinin seperasyon anksiyetesi gibi birkaç olası kaynağı olabileceği için redde yol açan sebepler dikkatle araştırılmalıdır. Ayrıca sosyal fobi semptomları çocuklarda okulla sınırlı değildir, diğer sosyal durumlarda da vardır (49).
- 5- Spesifik Fobi :** Fobi sebebinin saptanması zor olabilir. Başkalarının önünde elbisesini değiştirme korkusu gibi birçok sebepten kaynaklanabilir. Sosyal fobi, eğer çocuğun utanma ve küçük düşmeyle birlikte, başkalarının yargılanacağı ve değerlendirileceği korkusuna bağlı sosyal anksiyetesi ve kaçınması varsa tanınabilir (49).
- 6- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) :** Yaygın anksiyetesi olan çocuklarda, sosyal fobi olan çocuklardan daha yaygın korkular vardır. Onlar yalnız olduklarında da anksiyete yaşarlar veya diğerlerinin dikkatle bakması ve değerlendirilmesi yoktur.

2.11.3. Değerlendirme : Sosyal fobinin bazı semptomları davranışsal olarak fark edilebilir, diğer semptomlar ise sadece çocuğun kendi iç deneyimlerini bildirmesi ile

ortaya çıkarılabilir. Değerlendirmede çocukların yanı sıra ebeveyn ve öğretmenlerde dikkate alınır ve değişik değerlendirme ölçekleri kullanılır (12,49).

Tablo 5 -Çocukluk ve Adölesandaki Sosyal Fobi Klinik Görünümleri

(Kaminer&Stein, 1999)(6).

DSM-IV (APA, 1994)	Beidel (1991)	Albano ve ark. (1995)	Schneier&Welkowitz 1996)
Ağlama	Ağlama	Ağlama (daha küçük çocuklarda)	Yabancılardan kolayca ve devamlı korkma (okul öncesi)
Bağlanma	Davranışsal kaçınma	Bağlanma (daha küçük çocuklarda)	Bağlanma(3.Sınıfa kadar)
Okul reddi	Okul reddi		
Öfke	Yüksek sesle okuma ve tahtaya yazma	Dikkat çekmekten kaçınma	Konuşma reddi, özellikle okulda (4.Sınıfa kadar)
Donma, donakalma	konusunda anksiyete	Sosyal ilişkide daralma	Somatik şikayetler (8. Sınıfa kadar)
Tanıdık birinin yanında kalma	Somatik şikayetler		
	Kognitif yeterliliğin düşük algılanması	Somatik şikayetler	Okul reddi (8.Sınıfa kadar)
Sınav anksiyetesi	Yüksek anksiyete durumu ve eğilimi	Kendine negatif odaklanma ve kendini yetersiz bulma	Arkadaşı olmaması veya birkaç kişi olması (tüm sınıflar)
Okul başarısında düşme		Olağandışı ilgiler	Diğerleri önünde üstünü değiştirmekten kaçınma (6-8. Sınıflar)
Mutizm şeklinde iletişim inhibisyonu		Kekemelik	
		Rahat oturamama	Odada yalnız daha fazla zaman geçirme (6-12 S)
Tanımadığı		Zayıf göz kontağı	Sosyal grup

sosyal ortamlarda aşırı ürkeklik		Yuvarlak konuşma	aktivitelerinden ve buluşmalardan kaçınma (yüksek okul)
Grup oyunlarına katılmayı red		Titreyen sesle konuşma	Zamanın çoğunu yalnız aktivitelerle geçirme (5-12 S)
Yaşa uygun sosyal aktiviteler ve konuşmalardan kaçınma		Tırnak yeme	Sınavlarda aşırı anksiyete (tüm sınıflarda)
			Sınıfta konuşma korkusu (tüm sınıflarda)

2.11.4. Epidemiyoloji :Çocuklarla ilgili epidemiyolojik araştırmalarda erişkinlerdekine benzer şekilde bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar olgu tanımlanması, tanı ölçütleri ve veri sınıflandırılmasında ortak bir yöntemin bulunmayışı, herkesin üzerinde anlaştığı güvenilir değerlendirme araçlarının bulunmaması, ortak veri inceleme ve sunum yollarının olmaması olarak sayılabilir. Bunun yanı sıra çocuklarla yapılan araştırmalarda normal çocuk gelişiminin seyriyle ilgili olarak çocuğun işlevsellik düzeyi de göz önüne alınmalıdır. Çocuklarla çalışma sırasında çocuk, aile ve okul gibi birden fazla kaynaktan veri toplanması değerlendirmeleri güçleştirmektedir. Çocuklarda belirgin bir anksiyete bozukluğunun yaygınlığını saptamaya yönelik dört büyük çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan üç tanesinde ' Tanı İçin Çocuklarla Görüşme Çizelgesi + Diagnostik Interview Schedule for Children ' ve bu çizelgenin aileye uyarlanmış biçimi kullanılmıştır. Çalışmanın sonunda sosyal fobi yaygınlık oranının % 1 olduğu bulunmuştur (24).

Anksiyete bozukluğu tanılı 5-18 yaşları arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada sosyal fobi, örneklemin % 15 'ine birincil tanı olarak konmuş ve yaşam boyu prevalansı % 32 olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre sosyal fobi ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve basit fobiden sonra üçüncü sırada yer alan anksiyete bozukluğudur (50).

2.11.5. Tedavi : Genellikle anksiyete bozukluğu olan çocuğun tedavi programı destekleyici psikoterapi, hastalık hakkında ailenin ve çocuğun psikoeğitimi,

ilgili okul personeli ve primer hekimi ile iletişim ve farmakoterapi gibi multimodel yaklaşım gereklidir.

Bilişsel psikoterapi :

- 1- **Kognitif-davranışçı terapiler :** Çocuklarda sistematik desensitizasyon, devamlı maruz bırakma, model alma gibi tekniklerin kullanıldığı davranışçı tedaviler sosyal anksiyeteyi azaltırlar. Kognitif yapılandırma teknikleri, sosyal problem çözme becerisinin geliştirilmesi ve çocuklar için sosyal etkinlik terapisi gibi kognitif terapiler tedavinin etkinliğini artırır.
- 2- **Psikodinamik psikoterapi :** Korkuların ve anksiyetenin temeli üzerine odaklanmış ve anksiyöz çocukların klinik pratiğinde kullanılmıştır. Etkili olduğunu gösteren vaka bildirimleri olduğu halde veriler yetersizdir.

Aile ve Ana babanın Tedavideki Rolü : Psikoterapi sürecinde ailenin katılımı çok önemlidir. Çünkü aile ortamı semptomları pekiştirebilir, semptomların devam etmesine katkıda bulunabilir veya etyolojide rol oynayabilir. Aile içindeki kişiler arası disfonksiyona odaklanan aile görüşmeleri anksiyete semptomlarının azalmasında önemli rol oynar. Ebeveynin anksiyete bozukluğu varsa tedavi olmaları teşvik edilmelidir (12).

Farmakolojik Tedavi : İlaç tedavisi sonlandırıldığında, relapsın önlenmesi için farmakoterapi ile psikoterapi birlikte önerilmektedir. Sosyal fobisi olan çocukların ilaçla tedavisi konusunda kesin çalışmalar yoktur. Sınırlı ve küçük çalışmalar mevcuttur. Sosyal fobisi olan çocukların ve ergenlerin tedavisinde farmakoterapi konusunda daha ileri ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle SSRI olan ilaçlar ilk sıra ajanlar olarak kullanılmaktadır (12,51).

2.12. SOSYAL FOBİDE FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Sosyal fobi başlangıçta ender görülen bir bozukluk olarak düşünülürken, günümüzde her on kişiden biri yaşamının herhangi bir döneminde bu hastalıkla karşı karşıya kalmaktadır. Sosyal fobiden yakınan hastalar ayrıca depresyon, agorafobi, panik bozukluğu ve alkol-madde bağımlılığı yönünden ciddi bir komorbidite riski ve genel popülasyona oranla yaklaşık iki kat fazla intihar riski taşımaktadırlar. Bu bilgiler, fobi tanısı konar konmaz etkin tedavi yöntemlerinin devreye sokulması gerektiğine işaret etmektedir. Bugün sosyal fobi tedavisinde en etkin biçimde kullanılan farmakolojik ajanların monoamino oksidoz inhibitörleri (MAOI) ve geri dönüşümlü monoamino oksidoz A inhibitörleri (RIMA) ileri olduğu sürülmektedir. Selektif seratonin geri alım inhibitörleri, beta blokerler ve benzodiozein grubu ilaçlar da sosyal fobinin tedavisinde kullanılan diğer farmakolojik ajanlardır (52).

Sosyal Fobi Tedavisinde Kullanılan İlaçlar :

Beta Blokerler : Sosyal fobide kullanımlarının özellikle performans anksiyetesinde etkili olabileceği bildirilmiştir. Bazı hallerde anksiyetenin fizyolojik belirtilerinin giderilmesinin sosyal fobi tedavisinde dolaylı katkı sağlayacağı düşünülmektedir (53).

Liebowitz ve arkadaşları tarafından yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada 74 sosyal fobi hastasında atenolal ile fenelzin karşılaştırılmış ve çalışma sonucunda atenolal 'un ilk haftalardaki etkinliğine karşın 8. hafta sonunda yapılan ölçümlerde plasebodan farklı olmadığı fenelzin 'in ise etkinliğini devam ettiği gözlenmiştir (53,54).

Performans anksiyetesi tedavisinde beta bloker kullanılacaksa anksiyete uyaran ortama girmeden 30 dakika önce verilecek tek doz 10-40 mg prapronolol, 50 mg aterolal ya da metaprolal, 40 mg nadolal yeterli olur. Daha önce bir test dozunun denenmesi uygundur. Anksiyeteye yol açan ortama girmeden 30 dak. önce alınan 20-40 mg propranolal 'ün etkisinin 4-6 saat süreceği, belirgin yarar sağlayabileceği belirtilmektedir.

Beta blokerler sosyal fobinin tedavisinde ancak performans anksiyetesini azaltmada yararlıdır. Sosyal kaçınma davranışını azaltmakta ve uzun süreli kullanımda etkinliği görülmemiştir (53).

Benzodiazepinler : Özellikle yüksek potansielli benzodiazepinler, örneğin klonozepam, alprazolam gibi yüksek dozda ve uzun süreli kullanımda etkin bulunmuştur (53). Bugüne kadar en çok kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış benzodiazepinler klonozepam ve alprazolamdır (55).

Lydiand ve arkadaşları DSM-III ölçütleriyle tanı koydukları 4 sosyal fobik hastayı 5 mg /gün alprazolam ile tedaviye almışlar, ilaç kullanımı süresince belirtilerde orta düzeyde ya da belirgin iyileşme bildirmişlerdir.

Reiter ve arkadaşları DSM-III-R ölçütleriyle sosyal fobi tanısı olan 11 hastanın 9'unda günlük 0.75-3 mg / gün klonozepamla klinik olarak belirgin düzelme olduğunu belirtmişlerdir (52).

Uzun süreli tedavinin gerekliliği ve bağımlılık problemleri, sosyal fobi tedavisinde benzodiazepinlerin kullanımını sınırlamaktadır (56).

Monoamino Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) : Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) genelleşmiş sosyal fobi tedavisinde olumlu klinik sonuçlar alınan seçenektir. Fanelzin özellikle; plasebo kontrollü çalışmalarda etkisi denenmiş hastaların

yaklaşık 2/3 'ü açık ve kontrollü çalışmalarda bu ajanla akut tedavide belirgin klinik tedavi göstermişlerdir.

MAOI 'ların tedavi planı sırasında kısıtlı kullanımı ve yan etki riskleri mevcuttur. Tedavi sırasında düşük tinamin içeren diyet almaları gerekmektedir (kesinlikle yenilmemesi gereken tinamin içeren gıdalar; peynir, soya fasulyesi, muz, salam, sosis, karaciğer, tütülenmiş et, balık ya da protein ürünleri, kırmızı şarap, monosodyum glutomat vs.). Ancak bazı hastalar bu diyeti reddederek MAOI tedavisini kullanmaktadırlar. Hastalar eğer bu diyetle uymazlarsa öldürücü hipertansiyon reaksiyonu riski ile karşı karşıyadırlar. Tedavi sırasında karşılaşılan yan etkiler (45-90 mg / gün fenelzin) postüral hipotansiyon, sedasyon, seksüel disfonksiyon ve kilo alımını içerir. Soğuk algınlığı ilaçları gibi sık kullanılan bazı ilaçlar MAOI kullanan hastalarda kontrendikedir (57).

Liebowitz ve arkadaşlarının DSM-III ölçütleriyle tanı koydukları 11 hasta ile 60-90 mg / gün fenelzinle açık bir çalışma yapmışlardır. Üç hasta çalışmayı bırakmıştır. Hastalarda düzelme ilaç aldıkları süreyle sınırlı kalmıştır. İlacın kesilmesiyle yineleme oranları yüksektir (52).

Monoamin oksidoz A'nın geri dönüşümlü inhibitörleri (RIMA) sosyal fobi tedavisinde kullanılan ilaçlardan biridir. Sekiz haftalık plasebo kontrollü çalışmada (Versiani ve arkadaşları 1992), maklobemid fenelzin karşılaştırılmış ve çalışma sonucunda hem maklobemidin hem de fenelzinin plaseboyla karşılaştırıldığında etkili olduğu bulunmuştur. Maklobemid ve fenelzin arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sekiz haftanın sonunda maklobemidin ortalama dozu 580 mg / gün olmuştur. Maklobemid fenelzinden daha iyi tolere edilmiştir (12).

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) : Son yıllarda SSRI de sosyal fobi tedavisinde denenmiştir. Fluoksetinle DSM-III-R ölçütlerine göre sosyal fobi tanısı olan 16 hastayla yapılan açık çalışmada tedaviye 20 mg / gün 'le başlanmış ve doz klinik yanıtı göre 4 haftada bir yükseltilmiştir. Çalışma 13 hastayla sonlanmış ; 10 hasta tedaviye yanıt vermiş, 3 hasta vermemiştir. Sosyal anksiyete ve fobik kaçınma 12. haftada başlangıca göre anlamlı biçimde düzelmiştir.

Sosyal fobide çalışılan diğer SSRI sentralindir. DSM-III-R ölçümleriyle sosyal fobi tanısı olan hastaya çift kör, plasebo kontrollü tedavi uygulanmıştır. Sentralinle plaseboya göre anlamlı düzelme gözlenmiştir. Sonuçlar sentralin 'in sosyal fobide etkili olduğunu desteklemektedir (52).

Tablo 6 : Sosyal Fobi Tedavisinde Kullanılan İlaçlar (57)

İLAÇLAR	DOZAJ
1-MAOI	
-Fenelzin	45-90 mg / gün
-Tronilsipromin	40-60 mg / gün
2-SSRI	
-Fluoksetin	10-100 mg / gün
-Paroksetin	20-60 mg / gün
-Sentrolin	50-200 mg / gün
-Fluvoksamin	50-150 mg / gün
-Sitalopram	40 mg / gün
3-Benzodiyazapinler	
-Alprazolam	2-10 mg / gün
-Lorazepam	2-6 mg / gün
-Klonezepam	1-3 mg / gün
4-Nonbenzodiyazepin	
-Buspiron	35-60 mg / gün
5-Betablokerler	
-Prapronolol	40 mg gerektiği kadar
-Nadolol	40-80 mg gerektiği kadar
-Atenolol	50-100 mg gerektiği kadar

2.13.SOSYAL FOBİDE PSİKOLOJİK TEDAVİ

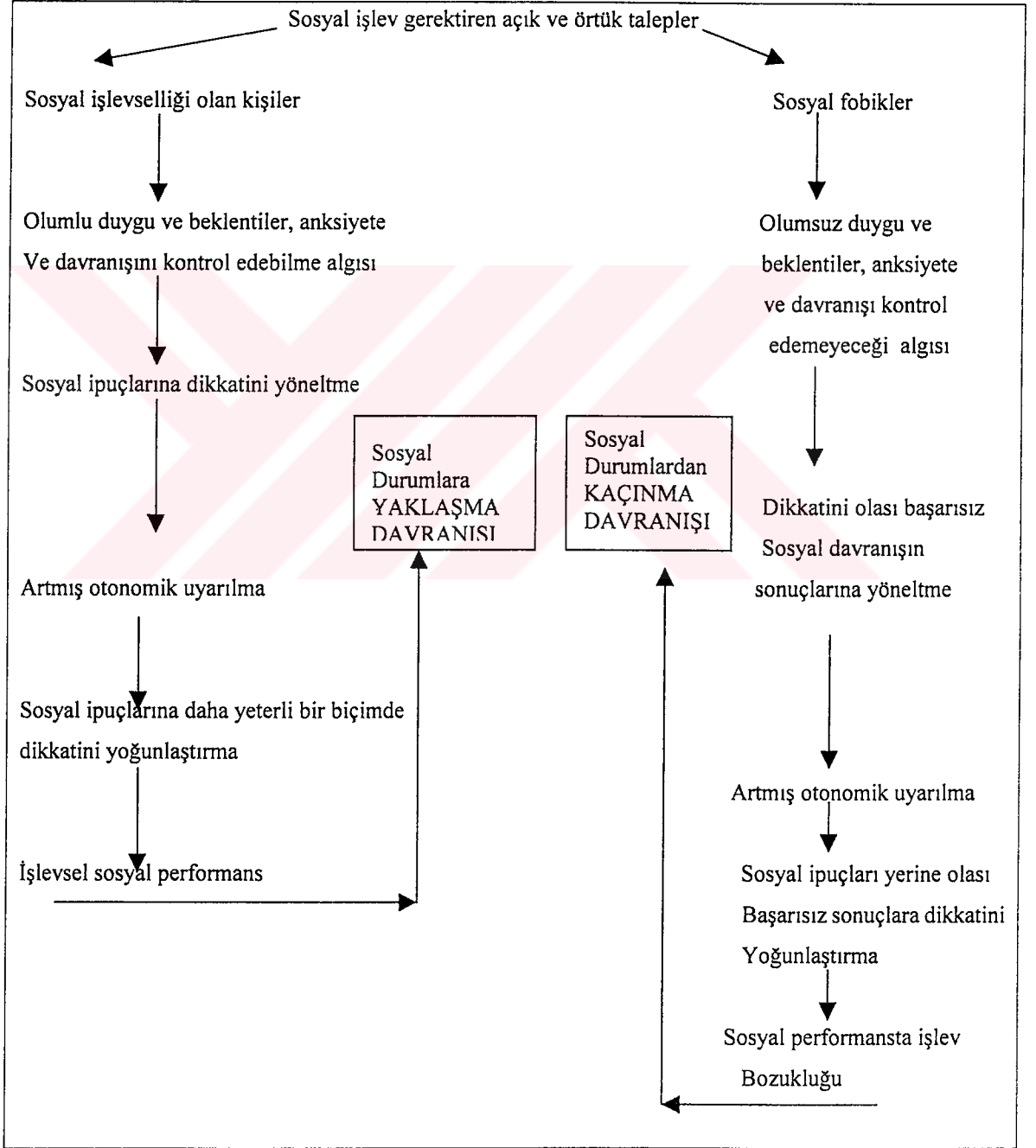
Ciddi ve yaygın bir ruhsal bozukluk olmasına karşın sosyal fobiklerin tedavisinde birinci engel hastaların psikiyatriye başvurmama eğilimleridir. Sosyal fobinin doğasında var olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilme korkusu yardım alma davranışını engelleyen bir faktördür. Bir başka engelleyici faktör sosyal fobiklerin belirtilerini bir rahatsızlık gibi görmeyip değişmez kişilik özellikleri şeklinde algılamalarıdır. Ayrıca sosyal fobiklerin belirtileri nedeniyle diğer tıp bilimlerine başvurmaları, psikiyatrik yardıma ulaşamama veya gecikme gibi sonuçlar doğurmaktadır (3).

Sosyal fobi kişiyi hızla yetersizleştiren bir ruhsal bozukluk olduğundan psikolojik tedavilerde semptomatik müdahalenin ön plana alınması gerekmektedir. Mevcut psikolojik tedavilerden sosyal fobinin kognitif, duygusal ve bedensel alandaki

belirtilerine müdahalede en başarılı görüleni ise kognitif - davranışçı psikoterapilerdir (3,58).

Heimberg ve Barlow sosyal fobinin psikososyal tedavileri konulu makalede, sosyal fobideki ' sosyal işlev bozukluğu ' nu açıklayan bir model (şekil-1) göstermektedirler. Kognitif - davranışçı tedavilerin genel gerekliliği olan değerlendirmeye bütünsel bir çerçeve getirmesi açısından bu modelin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

ŞEKİL-1 : Sosyal Fobide Sosyal İşlev Bozukluğu



Kognitif yeniden yapılandırmanın, tedavide anksiyeteye maruz bırakma denemelerindeki başarı yüzdesini arttırdığı bilinmektedir. Kognitif tedavide iki genel amaç üzerinde çalışılır.

- a-) Başarısızlık, rezil olma, küçük düşme gibi konulara odaklanan dikkati, esas etkileşim alanlarına çevirerek maruz bırakma denemelerini başarılı kılmak,
- b-) Başarılı geçen maruz bırakma denemelerini kişinin mükemmeliyetçi ve gerçek dışı beklentilerle sabote etmesini engellemek, sonuçta kendilik değerlendirmesini mantıklı standartlara oturtabilmek (3).

Sosyal fobi tedavisinde kullanılan kognitif - davranışçı terapi teknikleri şunlardır :

- 1- **Yüzleştirme Tekniği (Exposure)** : Sosyal fobik kişinin korktuğu sosyal durumlara girmeleri, korku uyarılarına alışma (habituation) ve sönme (extinction) oluşuna dek bu durumda kalarak, etkileşimlerini sürdürmeleri.
- 2- **Kognitif Yeniden Yapılandırma Tekniği (Cognitive Restructuring)** : Hastaların sosyal durumlar hakkında tehlike içeren, önyargılı bireysel inançlarını daha gerçekçi olanlarla değiştirmeleri için bir seri kognitif alıştırmaya ve yeniden eğitim.
- 3- **Sosyal Beceri Eğitimi** : Sosyal etkileşim gerçekçi ve ödül getirecek nitelikte davranış becerilerinin eğitimi.
- 4- **Gevşeme Teknikleri** . Sosyal durum ve etkileşimde duyulan korkunun somatik belirtilerini azaltma ve kontrol etmeye yönelik gevşeme (relaksasyon) eğitimi.

Tüm bu tekniklerin her sosyal fobi vakasında birlikte uygulanması gerekmez. Genel eğilim kognitif yeniden yapılandırma ve yüzleştirme tekniklerinin birlikte uygulanmasıdır. Ancak bireysel değerlendirme somatik belirtilerin yoğun olması gevşeme tekniklerinin eklenmesine, kaçınma davranışlarının erken yaşlarda başlaması nedeniyle öğrenilmemiş sosyal becerilerinin varlığı sosyal beceri eğitimini zorunlu kılabilir (59).

Herhangi bir yeniden yapılandırma programının ilk basamağı sosyal fobinin ne olduğunu kognitif - davranışçı bir çerçeve içinde izah etmekle başlar : Bilgilendirmede konferans, video-kaset ve yardımcı okuma kasetlerinden yararlanılabilir. Yanlış kavramsallaştırma ve çaresizliği arttıran kısır döngülere dayanan bireysel anlamlandırma sistemini değiştirmek amaçlanır. Hatalı sistemi rasyonel, anlaşılır bir anlam şemasına oturtmak, çözümlenebilir bir sorunlar dizisi oluşturmak kognitif tedavilerde esastır. Bireysel örneklerin bu genel şema içinde anlamlandırılması kişiye tedavi motivasyonu kazandırır. Sosyal fobik davranışa yol açan hatalı

kognisyonların tanımlanması ve analizi ikinci basamağı oluşturur. Sosyal fobide sıklıkla rastlanan kognisyonlar oldukça homojen üç kategoride toplanabilir.

a-) Sosyal etkileşimde diğer kişilerin anksiyeteyi fark etmesi ve sosyal fobik kişi hakkında olumsuz yargıya varması

b-) Küçük düşme, rezil olma düşünceleri

c-) Kendisini değerlendirirken sosyal performansını olumsuz yargılama

Kognisyonların elde edilmesi hastanın anksiyeteye duyulan etkileşimlere girerek haftalık kayıt tutması ile sağlanır. Bunun mümkün olmadığı durumlarda simülasyonla imgelemde yaratılan anksiyeteli durumda kognisyonlar saptanmaya çalışılır. Bazı örneklerde terapistin kişiye refakat ederek sosyal fobik duruma birlikte girmesi ve o andaki kognisyonları sorgulaması gerekebilir. Bir sonraki aşamada rasyonel benlik analizi ve sosyal durum analizi yapılarak gerçekçi ' iç diyalog ' eğitime geçilir. Gerçeğe uygun olmayan düşünceler gerçeğe uyumlu düşüncelerle değiştirilir. Doğal olarak bu süreç karşılıklı bir işbirliği ve aktif katılımı gerektirir.

Sosyal fobideki kombine tedavisinin değişim mekanizmaları şu şekilde izah edilmektedir. Sosyal anksiyetesi olanlar, gerçeği test etme ve gerçek dışı korkularını düzeltmek için kognitif yeniden yapılandırma ve anksiyete durumlarıyla yüzleştirme sürecinden geçerek anksiyetelerini azaltırlar. Beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışlarında oluşan azalma sosyal becerilerin ortaya çıkmasına neden olur. Sosyal beceri yetersizliği olanlar ise sosyal beceri eğitiminden geçerek bu yetersizliklerini yenerler. Kişinin toplumsal yetersizliği ve insiyatifi arttıkça sosyal etkileşiminde olumlu yaşantıları artar. Bu da kişinin anksiyetesinin daha da azalmasıyla sonuçlanır (3).

Sosyal fobide kullanılan diğer bir yöntemde grup terapisiidir. Gruplar sadece destek sağlamak ve sosyal becerileri arttırmada, özgül semptomları gidermeye, birincil olarak içgörü yönelimli olmaya kadar değişen gruplardır.

2.14. BENLİK SAYGISI

Bireyin kendisiyle ilgili tutumu ve inançlarını içeren benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra, ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar. Bununla birlikte, bireyin kendi ya da diğer insanların bakış açısından algılanabilen gerçek ve ideal benliklerini de kapsamaktadır.

Benlik kavramının birey tarafından bilinen özelliklerini kapsayan kişisel benlik, toplum içinde nasıl algılandığını gösteren sosyal benlik ve nasıl olmak istediğini gösteren ideal benlik gibi tipleri de vardır. Gerçek benlik ise insanların nasıl olmak istediklerini açıklamaktadır.

Benlik, bireyin kendisi için önemli saydığı kişilerin eleştiri ve beğenileriyle biçimlenir, aile ve sosyal ortam içindeki iletişim ile de kazanılır. Ayrıca dinamik, bütüncül ve bireye özgü olan sosyal, kültürel normlardan da etkilenecek gelişir. Tüm bu faktörler doğrultusunda benlik, psikoloji merkezlidir ve bazı işlevleri vardır. Bunlar ;

- Davranışların açıklanmasına yardım eder.
- Karar alma süreci için görüş birliği oluşturur.
- Gelecekte beklenenleri şekillendirir ve yaşam anlamı için köprü oluşturur (6).

Benlik ile birlikte, benlik kavramı (self-confidence), kendine yardım (self-help) vb. gibi bazı kavramlar türediği görülmektedir. Benlikle ilgili kavramlar birbirleriyle ilişkili olup bireyin kendisi hakkında algı ve tutumlarını yansıtmaktadır (60).

Ben, benlik ve kişilik çoğunlukla eş anlamlı olarak kullanılan kavramlardır. Kişiyi o kişi yapan, başkalarından ayıran duygu, tutum ve davranışların tümünün örgütlenmiş bütünlüğünü anlatmaktadır (61).

Benlik kavramı, insanın kendi benliğini anlayış ve kavrayış biçimi olarak tanımlanmakta, kişinin kendini nasıl görüp, nasıl değer biçtiğini de anlatmaktadır (62).

Rogers'ın benlik kavramı, kişinin kendini algılamasından oluşan gerçek benliği (real-self) ve kişinin olmak istediği ve olması gerektiğine inandığı nitelikleri temsil eden ideal benliği (ideal-self) içermektedir.

Hjelle (1976), gerçek benlik ile ideal benlik arasındaki uyum ve farklılıklar, kişinin benlik saygısını ve özgüvenini olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Kişilerdeki olumlu ilgi ihtiyacı (positive regard), sıcaklık, saygı, beğenilme, sevilme ve çevredeki önemli kişiler tarafından kabul edilme gibi duyguları içerir. Sosyal ilişkilerinde bu gereksinimlerinin tatmin olduğuna inanan kişinin kendisine duyduğu saygı ve özgüveni yüksektir (63).

Rogers'a göre benlik kavramının gelişimi, bireyin çevresiyle olan yaşantılarını algılayış biçimlerine göre oluşan, özellikle kendine yakın olan kişiler (significant others) tarafından olumlu olarak değerlendirme ve kabul edilme gereksiniminden etkilenen dinamik bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bu konuda onu hoşnut eden ya da düş kırıklığına uğratan türlü yaşantılar sonucu birey kendine değer verme duygusunu geliştirmektedir (64).

Rosenberg tarafından ortaya atılan benlik kavramı, bireyin kendine yönelttiği duygu ve düşüncelerin bir toplamı ve benliğin bir resmi olarak tanımlanmaktadır. Benlik kavramı, bireyin sosyal kimliğini tanımlar, kendine karşı tutumları içerir ve benlik saygısı, özgüven düzeylerinin de tanımlanmaktadır. Benlik kavramı, egonun sürüp giden farkında olma özelliği ile yapılır ve olgunlaştıkça tamamlanmaktadır (65).

Maslow, olumlu benlik ve kendini gerçekleştirme kavramları üzerinde durmaktadır. Benlik, bireyin çevreye uyumunu sağlayan bir güç olarak tanımlanmakta; kendini gerçekleştirme, yetenekler ve gizli güçlerin kullanımı, engellenme ve korkudan uzak kalma, özgür seçme ve olumlu benlik tasarımı ile mümkün olmaktadır. Bu eğilim doğuştan kazanılmaktadır (66).

Benlik, bir kişinin bilinçli bir şekilde kendi varoluşu olarak adlandırabildiklerinin toplamı olarak görülmektedir. Benlik kavramı, zaman içinde herhangi bir anda farkındalığımız hakkında sahip olduğumuz fikirlerin ve tutumların özel bir birleşimi anlamına gelmektedir.

Benlik kavramı, bireyin benliğinin deneyimlerinden çıkartılan düzenlenmiş bir bilişsel yapı olarak da değerlendirilebilmektedir. Kendimizle ilgili farkındalığımızdan, kendimizi bir varlık olarak nasıl değerlendirdiğimize ilişkin fikirler ortaya çıkmaktadır. Benlik kavramı benliğin bilişsel yanı olarak, benlik saygısı ise benliğin duygusal boyutu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin, kim olduğuyla ilgili belirli fikirlerin yanısıra belirli duygulara da sahip olduğu vurgulanmakta ve benlik saygısı, bireyin benliği beğenme ve değerli bulma derecesi olarak belirtilmektedir (67).

Benlik saygısı, kişinin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olması ve kendini değerli, olumlu, beğenilmeye değer görmesidir. Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır (68).

Aile bireylerinin, özellikle anne ve babanın çocukları ile olan ilişki biçimleri, çocuğun benliğini olumlu ve olumsuz yönde gelişimini önemli ölçüde etkilemektedir. Benlik kavramının beğenilip beğenilmemesi benlik saygısını oluşturmaktadır (62).

Rosenberg, özellikle ergenlik çağındaki kişilerde, kişiliğin global bir özelliği olan olumlu benlik imajının gelişimini etkileyen dinamikleri araştırmıştır. Bu etkenleri araştırırken sosyal çevrenin ve bilhassa aile ortamının önemini vurgulamaktadır. Rosenberg'e göre bütün benliğe ilişkin tutumlar değerlendirici bir boyut taşımaktadırlar. Bu, kişinin belirli karakteristik özelliklerine olarak kendini nasıl değerlendirdiğidir. Benlik imajı kişinin benliğine yönelik tutumları benlik saygısı da değerlendirme boyutunu içermektedir. Rosenberg, global benlik saygısını benliğe karşı gösterilen tüm olumlu ve olumsuz tutumlar olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin benlik saygısını, ona bağlı olan benlik değeri ile ölçmekte olduğu ve bireyin tüm benlik saygısının, benlik değerlendirmelerinin (self- evaluation) psikolojik toplamını ifade ettiği vurgulanmaktadır.

Rosenberg'e göre benlik saygısı, bireyin kendisine ilişkin tüm duygu ve düşünceleri olarak ifade edilmektedir. Rosenberg, benlik saygısını bireyin kendisi ile uyum içinde olma, kendi yaptıklarından hoşnut olma duygusuyla eşdeğer tutmaktadır. Rosenberg'e göre yüksek benlik saygısına sahip kimseler kendilerini diğerlerinden üstün görmemekte, kusursuz olduklarını düşünmemekte, çok yetenekli ve başarılı oldukları konusundaki duygularını yansıtmamaktadırlar.

Yüksek benlik saygısına sahip bir birey, kendine sadece saygı duymakta ve kendini toplumda değerli bir kişilik olarak görmektedir. Düşük benlik saygısına sahip bireyler, kendi benliklerini reddeden, uyumsuz ve aşağılık duygusuna sahip bireyler, olarak tanımlanmaktadır. Bireyin algıladığı kendi benlik yapısına karşı saygısının olmadığı vurgulanmaktadır. Rosenberg'e göre benlik saygısının oldukça tek boyutlu bir olgu (belli bir objeye karşı gösterilen tutum gibi) olduğu belirtilmektedir.

Coopersmith benlik saygısını ' bireyin kendine özgü olarak yaptığı, benimsediği ve devam ettiği değerlendirmesi ' şeklinde tanımlanmaktadır. Benlik saygısı, bireyin kendisini değerli hissetmesi konusundaki kişisel yargısı olarak tanımlanmaktadır (69).

Coopersmith, yaptığı araştırmalar sonucunda;

- 1- Çocuğun ana babası tarafından kabul edilmesinin,
- 2- Kendisine tutarlı ve iyi tanımlanmış özgürlük sınırlarının uygulanmasının,
- 3- Çocuğa insiyatif kullanma olanağı sağlanmasının,

Çocuğun benlik saygısına sahip yetişmesinin üç temel koşulu olduğunu vurgulamaktadır (63).

Bireyin kendisini ayrı bir varlık olarak algıladığı an benlik kavramı gelişmeye başlamaktadır. Yaşantılarını algılayış biçimi, diğer insanlar tarafından olumlu olarak değerlendirilme ve kabul edilme gereksiniminden önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu yaşantılar sonucu birey kendine değer verme duygusunu geliştirmektedir. Bir kez oluştuktan sonra diğer insanların kendisini gerçekten nasıl değerlendirdiklerinden bağımsız olarak varlığını sürdürmekte ve tüm davranışlarını etkilemektedir (70).

Hayatın çeşitli devrelerindeki toplumsal beklentiler, insanları büyük ölçüde etkilemekte, insanlardan cinsiyetlerine, sosyal ekonomik düzeylerine, mesleki kimliklerine, üyesi oldukları aile, okul, arkadaşlık ve iş grupları gibi toplumsal kurumların beklentilerine göre davranmaları istenmektedir. Belli bir role uygun hareket edip etmeme, bireyin kendisini değerli bulma yargısına etki etmektedir (71).

2.14.1. Düşük ve Yüksek Benlik Saygısına Sahip Bireylerin Kişilik Özellikleri :

Benlik saygısı kişi veya kültüre göre değişen göreceli ağırlıklarına göre birçok alt kategoriye sahiptir. Batı kültüründe yapılan çalışmalarda ahlak, yeterlilik, güç ve fiziksel görünüş ve kişiler arası ilişkiler hakkındaki kararlarda benlik saygısının temel kategorileri ilişkili bulunmuştur. Coopersmith (1967) benlik saygısının dört yönünü belirtmiştir. Yeterlilik, doğruluk, güçlü ve önemli olma (kabul edilirlilik, dikkat ve diğerlerini etkilemek).

Hanter (1983) benlik saygısının kategorilerini yeterlilik, güç veya kontrol, ahlak değeri olarak tanımlamıştır ve Epstein (1973)'ı takip ederek bu kategorilerin alt kategorilere (ör. bilişsel, fiziksel ve sosyal yeterlilik) sahip olduğunu tartışmıştır.

Yukarıda tanımlanan benlik saygısının alt kategorilerinin her birinin doyurulmaması kişinin düşük benlik saygısına, yeteri derecede doyurulması ise yüksek benlik saygısına neden olabilir. Yüksek benlik saygısı, çoğunlukla ' sağlıklı ' davranış ile ilişkilidir. Bu durum, yüksek benlik saygısının düşük benlik saygısına oranla hem daha istenilir hem de daha sosyal ve psikolojik olarak işlevsel olmasıyla ilgilidir. Yüksek benlik saygısı, bir kişinin yeteri kadar iyi olduğu duygusunu ifade eder, kişi yüksek benlik saygısına sahip olduğunda kendini olumlu olarak değerlendirir ve güçlü yönleri hakkında kendini iyi hisseder. Benliğin önemli yönlerinden kendini yeterli hissetmek kişinin hiçbir yönde bir farklılaşma istemediği anlamına gelmez, kendine güvenen kişi zayıf olduğu yönlerde kendini geliştirmeye çalışır. Düşün benlik saygısına sahip bir kişi ise kendine güven yönünden eksiktir, diğerlerine bağımlıdır, utangaçtır, araştırmacı değildir ve savunmacı bir görünüş takınır ayrıca bu kişiler hayal kurmayan, değere önem

veren, kendini analizden kaçınan ve bastırma , savunma mekanizmasını kullanan daha az yaratıcı, esnek olmayan ve daha otoriter kişilerdir (72).

Tablo 7 : Benlik Saygısının Özellikleri (6) :

Benlik saygısı yüksek olan insanlar	Benlik saygısı düşük olan insanlar
✓ Kendilerine saygı duyulmasını isterler.	✓ İnsanlardan eleştirmelerini beklerler.
✓ Beceri, davranış, cinsellik ve görünüşleri olumludur.	✓ Beceri, davranış, cinsellik ve görünüşleri negatiftir.
✓ Gözlemlensinya da gözlemlenmesin eşit performans sergilerler.	✓ Gözlemlendiklerinde daha az performans sergilerler.
✓ Eleştirildiklerinde savunmaya geçmezler ve atılgan davranırlar.	✓ Eleştirildiklerinde savunmaya geçerler ve pasif davranırlar.
✓ İltifatları kolaylıkla kabul ederler.	✓ İltifatları kabul etmekte zorlanırlar.
✓ Performanslarını gerçekçi olarak değerlendirebilirler.	✓ Performanslarını gerçekçi olarak değerlendiremezler.
✓ Kurumlarında aktiftirler.	✓ Konumlarında pasif ya da sınırlı hareket ederler.
✓ Otorite figürlerine karşı rahattırlar.	✓ Otorite figürlerine karşı rahat değildirler.
✓ Genel olarak hayatlarından memnundurlar.	✓ Genel olarak hayatlarından memnun değildirler.
✓ Güçlü bir sosyal destek sistemleri vardır.	✓ Zayıf bir sosyal destek sistemleri vardır.
✓ Kendilerini kontrol edebilirler (iç kontrollüdürler).	✓ Dıştan kontrol edilirler.

Benlik saygısının yükseltilmesi için ;

- ✓ Fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak pozitif yönlerinizi değerlendirin.
- ✓ Kendinizi başkalarının standartlarıyla kıyaslamayın.
- ✓ Kendi başarılarınıza odaklanın, küçük ya da düşük yaptıklarınız için kendinizi ödüllendirin.
- ✓ Gerçekçi hedefler oluşturun, kazanacağınız konusunda kendinize güvenin.
- ✓ Herşey ile mükemmel olmayacağınıza ve her şeye sahip olmayacağınıza kendinizi inandırın.
- ✓ Geçmiş hayal kırıklıklarına ya da başarısızlıklarınıza gülebilmeyi öğrenin.
- ✓ Başarıyı hayal edin ve kendinize gerçekçi hedefler koyun.

- ✓ Sağlığınıza ve kendinize iyi bakın.
- ✓ Konuşmaya ihtiyacınız olduğunda sizi dinleyecek güvendiğiniz kişilerden oluşan destek sistemleri oluşturun.
- ✓ Kendinizin eşsiz olduğunu ve dünyada önemli bir yeriniz olduğunu hatırlayın.

Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında da bir ilişki vardır. Hastalığın tipine ve şiddetine bakılmaksızın sağlık problemleri düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur. Diğer taraftan, yüksek benlik saygısı düşük anksiyete, etkili grup ilişkileri, başkaları tarafından kabul görme ile ilişkili bulunmuştur.

Benlik saygısını yükseltmek için bedenin hoşlanılan yönlerine odaklanma, bireyin kendisini başkaları ile karşılaştırmaktan kaçınması, egzersiz programlarına başlaması, spor yapması, mümkün olduğu kadar yürümesi, sağlıklı gıdalar yemesi, sigara ve alkol kullanmaması ve giyimine dikkat etmesi önerilmektedir (6).

2.14.2. Benlik Saygısında Cinsiyet Farklılıkları :Ergenlikte, benlik saygısının gelişimi ile ilgili farklı görüşler ileri sürülmüştür. Bunlardan ilki ' değer merkezli ' yaklaşımdır. Bu yaklaşım, ergenlikteki gelişimsel değişimin bireyler için aynı olduğunu öne sürer. İkinci görüş ' kişi merkezli ' görüştür. Bu yaklaşımda bütün bireylerin aynı şekilde gelişmediği ergenlikte bazı kişilerin benlik saygılarının yükselirken, bazılarının düştüğünü, bazılarının da çok az bir değişime uğrayabileceği ifade edilmiştir. Benlik saygısında bireysel farklılıkları oluşturan özellikler erkeklerde ve kızlarda farklılaşabilir.

Ayrıca, kızların erkeklere göre daha fazla konuyla ve daha farklı olanlarla ilgilendiklerini bulmuşlardır. Kızlar daha çok görünüşle, kişisel durumlarla, kişiler arası konularla ilgilenirken, erkekler daha çok parasal, eğitsel ve mesleki konularla ilgilenirler.

Harper ve Marshall (1991) kızların erkeklere göre daha düşük benlik saygısına sahip olduklarını bulmuşlardır.

Kişiler arası ilişkiler literatürü, kadınların erkeklere göre diğerleriyle ilişki kurmaya önem verirken, erkeklerin kadınlara göre bireyselliğe ve bağımsızlığa daha fazla önem verdiklerini göstermiştir. Kadınların diğerleriyle ilişkilerinin benliklerinde daha merkezi bir yer tuttuğu belirtilmiştir. Böylece kadınların kolektivist ve birbirine ' bağlı ', erkeklerin ise ' bireyci ve bağımsız ' benlik şemaları oluşturmaya eğilimli oldukları ifade edilmiştir.

Benlik saygısının, kişinin sosyokültürel grup tarafından değerli kabul edilen koşullar üzerinde başarı sağlamakla oluştuğunun altı çizilmiştir. Ayrıca erkeklerin

kadınlara göre benlik saygılarını, bağımsızlıklarını ifade ettikleri ve başarılı oldukları durumlarda oluşturdıklarını, kadınların da erkeklere göre benlik saygılarını, diğerleriyle karşılıklı ilişkiler kurmayı başardıkları durumlardan çıkardıklarını vurgulamıştır.

Bütünsel benlik saygısı yaşla birlikte artar ve anlamlı düzeyde fiziksel görünüşle ilgili doyumla ilişkilidir. İlerleyen yaşlarda kadınlarda ve erkeklerde benlik saygısının güçlü yordayıcısı, iyi bir sağlık ve zindelik ile ilgili algılamalardır. Bu veri fiziksel ve psikolojik iyi olma durumunun benlik saygısıyla ilişkili olduğunu ve sağlığın benlik değerini etkileyebildiğini gösterir. Sonuç olarak araştırmalar erkek ve kadınların benlik saygılarında farklılık olduğunu göstermiştir (72).

2.14.3. Benlik Gelişiminde Hemşirenin Sorumlulukları : Benlik kavramı, benlik saygısı ve beden imajı gibi kavramları anlamak hemşireler için çok önemlidir. Hemşirelerin açısından insanların ruhsal, fiziksel sağlığını değerlendirmek oldukça önemlidir. Hemşirelerin temel sorumlulukları olumsuz benlik kavramı ve düşük benlik saygısı olan kişilerin kendileri hakkındaki görüşlerini değiştirmektir. Tabii ki hemşireler kendileri olumlu bir benlik kavramına sahip olmalı ki, insanların sağlıklarını olumlu yönde değiştirebilsinler. Sağlıklı benlik kavramı kişinin yaşamında güveni, başarıyı ve mutluluğu bulmasına, yaşamdaki düş kırıklıklarının üstesinden gelmesine ve bunları değiştirmesine olanak verir.

Düşük benlik saygısı ruh sağlığını, ilişkileri ve çalışma performansını etkilemektedir. Düşük benlik saygısı olan insanlar politik, sosyal ve ekonomik açıdan da etkilenmektedir. Bedeninden hoşnut olmayan, yeteneklerinden kuşku duyan, sevilmeyen ya da başarı kazanmaya hakkı olduğuna inanmayan pek çok kadın yetersizlik ve güvensizlik duyguları nedeniyle sosyal yönden uyum sorunları yaşayabilmektedir. Hemşirenin sorumluluklarından ve görevlerinden biride toplumda uyum sorunu olan kişilere yardımcı olmak ve bu insanları yönlendirmektir. Temel amaç toplumdaki insanların hem bedensel hem de ruhsal performansı arttırmaktır.

Beden imajında değişiklik olan bireyin bu sorunlarını daha az yoğunlukla yaşaması ve yeni durumuna uyum yapması, o bireyin baş etme becerilerini kullanma durumlarına, ailesinin ve sağlık ekibinin sağladığı desteklere bağlıdır.

Hastaya verilen eğitimin benlik saygısı üzerine etkisini gösteren bir çalışma hemşirenin eğitim sorumluluğunu vurgulaması açısından önem taşımaktadır. Mitrofanoff prensibi ; mesanenin kapalı bir rezervuar haline getirilip, çocuğun idrarını mesane ile karın ön duvarı arasına açılan bir delikten temiz aralıklı kateterizasyon yöntemiyle boşaltılması işlemidir. Çocuğun yaşamı boyunca sürececek bir durum olan

Mitrofanoff prensibinde çocuk, yaşlılarından farklı olarak idrarını normal yolla yapamayacağından, vücut bütünlüğü bozulmakta, bir takım olumsuz tepkilerle birlikte benlik saygıları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu tür sorunu olan çocuklara verilen eğitimden sonra benlik saygıları ölçülmüştür. Çalışmanın sonunda, çocukların benlik saygısı eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı bir artış göstermiştir. Benlik saygısının artmasıyla birlikte, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme duygusu artmıştır; eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım ve psişik izolasyon azalmıştır (6).

2.15. SOSYAL FOBİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşirelik uygulaması, toplumun gereksinimlerini karşılamaya yöneldiğinden toplum gereksinimleri değiştikçe, hemşirelik hizmetleri de değişecektir. Böylece hemşireliğin hizmet alanı da genişlemiş olacaktır. Hemşirelik hizmetleri verdikleri bakım şekline göre birçok dala ayrılmıştır. Psikiyatri hemşireliği de bu dallardan birisidir.

Psikiyatri hemşireliği, bireye daha olumlu benlik kavramı, daha olumlu kişiler arası iletişim ve toplum içinde daha doyurucu rol kazandıran hemşirelik alanıdır (73).

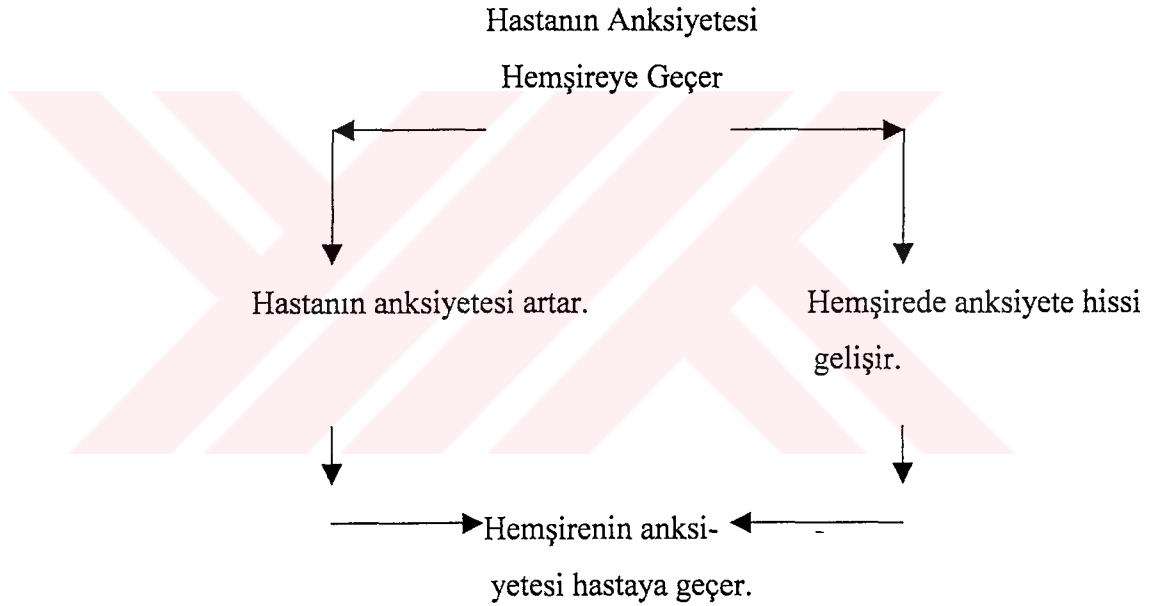
Bir diğer tanıma göre psikiyatri hemşireliği ; akıl hastalıklarından korunmak ya da onları düzeltmek ve böylece toplumdaki birey ve ailelerin optimal akıl sağlığını geliştirmek amacıyla işlev gören, hastanın içinde yaşadığı toplumda üretken ve yaratıcı bir yaşam sürebilmesi için tüm potansiyellerin geliştirilmesine yardımcı olan hemşirelik mesleği koludur (74,75).

Hemşirenin fonksiyonu psikoterapi ve ruhsal danışma arasında olup, ruhsal girişimindeki değişiklikleri bilgisi ile değerlendirmek ve yorumlayabilmektir. Ayrıca, toplumda insanları ruhsal hastalıklardan korumak ve toplumun ruh sağlığını yüceltmek de diğer bir amacıdır. Psikiyatri hemşireliği, özetle, normal yaşamları, patolojik düşünce ve davranışlara dönüşmüş olan hastanın tedavisinde, izlenmesinde ve rehabilitasyon çalışmalarında rol oynamaktadır (76).

Sosyal fobi ciddi ve yaygın bir anksiyete bozukluğu olup, sosyal fobi tanısı almış kişilere anksiyetede uygulanan hemşirelik girişimleri ile yaklaşılır. Anksiyetede hemşirelik yaklaşımında amaç bireyselliğe önem vermek ve kişiye özel bir tutum sergilemektir. Mümkün olan her zamanda, kişiyi aktif olarak tedaviye katmak için cesaretlendirmektir. Hasta kişiyle yapılan iş paylaşımı ile hemşirenin elde edeceği pozitif sonuçların olasılığı artacaktır (77).

Anksiyete hastalarında iletişim çok sabır ister ve kuvvetli bir yapı gerektirir. Anksiyetede, kişi gerçek olmayan ve abartılı korkuya kapılabilir ve hala bu korkusunun üstesinden gelemmez. Davranış değişimi genelde yavaş yavaş gerçekleşir. İyileşme enfeksiyon hastasındaki gibi 24 saatte antibiyotikle olduğundan farklıdır. Hemşireler eğer sabırsız eğilimde olursa ve hastalar hızla iyileşemezlerse hemşirelerde bir kızgınlık veya ümitsizlik olur. Bu olumsuz hisler hastaya kolayca taşınır bu kez hasta daha fazla anksiyete yaşamaya başlar. Hemşireler bu sabırsız hislerini kontrol etmeyi bilmeli veya hastayı kazanmak için çaba göstermelidir. Anksiyete hastalarıyla çalışan hemşirelerin ruhsal ve fiziksel yorgunluğa dayanıklılığı çok iyi olmalıdır. Çünkü anksiyete yalnızca kısa bir süre kontrol altına alınabilir (yalnızca ego-distonik hareketlerin azalmasıyla). Hastanın anksiyetesi tekrarlar ve hemşire tekrar tekrar çağrılır.

Şekil 2- Hemşire ve Hastadaki Anksiyete Döngüsü



Hemşire anksiyete bozukluğu olan hastalarla çalıştığında güçlü olumsuz duyguları minimuma indirmeye daha fazla hazır olmalıdır. Hemşire kişisel hislerini değerlendirerek, profesyonel olarak hastalığın başlangıcını anladığından iyimser ve yapıcı davranışta bulunmaya çalışmalıdır. Anksiyete yaşayan bir hastanın özellikle desteğe ve güvene gereksinimi vardır. Anlayışlı bir tutumla hastanın yanında kalan ve ona duygularını anlatması için fırsat veren hemşire bu destek ve güveni kolaylıkla sağlayabilir. Ancak anksiyeteli bir hastaya yardımcı olabilmek için hemşirenin öncelikle kendi anksiyetesiyle baş etmenin yollarını öğrenmiş olması gerekir. Çünkü anksiyete yaratan durumlarda çoğu kez kişi kendi duygu ve davranışlarını otomatik olarak başkalarına aktarabilir. Kendi anksiyetesini fark edemeyen veya kendi anksiyetesiyle

baş edemeyen bir hemşirenin tutumu, hastanın anksiyetesini arttırmaktan başka işe yaramaz (78,80).

2.15.1. Anksiyete Hastaları İle İletişim

Gerek ülkemizde ve gerekse tüm dünyada psikiyatrik hizmetlerin önemli temel taşı hemşirelik hizmetleridir. 24 saat hastayla birlikte olan, onun tedavi ve bakımını yürüten psikiyatri hemşiresidir. Psikiyatri hemşiresinin görevini yerine getirirken kullandığı en etkili yöntem iyi ve doğru bir iletişimdir (81).

Anksiyete bozukluğu bulunan hastalar çoğu kere psikoterapi yöntemleriyle tedavi edilirler. Hastayı terapist haftanın belirli günlerinde belirli süreler içinde görüşmeye alır. Ama hastanın klinik içi yaşamları sırasında sıkıntıları, öfke patlamaları belirtilerinde birden bire yoğunlaşmaları olabilir. Böyle durumlarda hastayı dinleme, ona yardımcı olma görevi genellikle tedavi ekibinin en yakınındaki üyesi hemşireye düşer. Hemşire hastayı yargılamadan söylediklerini açıkça anlaşılır bir biçime getirmesini istemelidir. Ancak değişici, yorumlayıcı sözler kullanmaktan kaçınması gerekir. Hastayı kendisinin söylediklerini ve klinikte yaşadıklarını terapistine açıkça anlatması için yüreklendirmelidir. Hemşirenin hastayla görüşmesini gözlemine kaydetmesi tedavi ekibinin bir araya geldiği vizitlerde bu görüşmelerde elde ettiği gözlemlerini ve tedavi önerilerini bildirmesi gerekli olduğu kadar, hastanın tedavisine çok olumlu katkılar yapar.

Hemşire hastanın ne aile üyesi, ne yakını, ne de arkadaşıdır. Anksiyete bozukluğu olan hastalar, kolayca hemşireyi böyle bir toplumsal göreve sokabilirler. Hemşire, yalnızca tedavi ekibinin bir üyesi olduğunu; hastayla ilişkisinin hemşire-hasta ilişkisinin dışına taşmaması gerektiğini aklından çıkarmamalıdır. Hasta-hemşire ilişkisinin amacı, tedaviye katkıda bulunmaya yöneliktir. Hemşire, hastayı yargılamadan kabul ettiği, iyi bir dinleyici olmalı, onun duygularının ve davranışlarının nedenini anlamaya çalışmalı, insanları nasıl etkilediğini ona göstermeye uğraşmalıdır (80).

Hemşire, hasta ile anksiyeteyi azaltma amacına yönelik bir iletişim geliştirmelidir. Bu iletişim basamakları ise şunlardır :

- 1- Sorunun doğru ve tam algılanması
- 2- Duyguların ifade edilmesi
- 3- Gelişimsel yeteneklere ulaşmak için doğru yönelimlerin sağlanmasıdır (82).

Profesyonel iletişim, hastanın olumsuzca kendi kendine konuşmasını durdurarak, hastaya gerçekçi ve değer vererek yardım eder. Psikiyatri hemşireleri hem tıbbi tedavi uygulaması hem de ileri terapi tekniğini bir arada kullanabilir. Genelde

hemşire terapiye reçete veremez, o genellikle profesyonelce öğüt verme reçetesini uygular. Psikiyatri hemşireleri öğüt vermeyi kullanarak hastaya yardım eder. Hastanın gelişimini destekler, taklit etme yeteneğini geliştirir, akıl sağlığını besler ve akıl sağlığındaki rahatsızlıkları önler. Uygulamalı yaklaşımlar anksiyete hastasında pozitif görüntüleri açığa çıkarır. Bu uygulamalar ; Cognitif yeniden yapılanma, gevşeme teknikleri, model hareket teknikleri, büyütülmüş açığa çıkartma (sistematik duyarsızlaştırma terapisi), tartışma ve sorumluluk vermedir. Araştırmalar gösteriyor ki bu terapilerin kombinasyonu tek terapiden daha etkilidir. Hemşire öğüt verme terapisini uygularken diğer terapi uygulamaları da çok iyi bilmelidir (78).

Anksiyete Hastasında Psikolojik Parametrelerin Belirlenmesi : Hemşirenin hastayı anksiyete yönünden değerlendirebilmesi ve hemşirelik tanılarını tespiti için hasta ile diyaloga (iletişime) geçmelidir. İletişimde kullanacağımız sorular şunlardır :

-Anksiyetenin varlığını tesbit için	-Şu anda hissettiklerinizi bana anlatır mısınız? -Yaşadığınız anksiyetenin belirtilerini bana söyler misiniz? -Hissettiğiniz endişe ya da sahip olduğunuz panik atakla ilgili tasalanıyor musunuz? *Bu sorularla birlikte hastanın tavır, davranış, ifade meydana gelen belirtiler ve gidişat gözlenmelidir.
- Hastanın ve hastalığın anlaşılması için *Mizaç *Kendine saygı duyma *Savunma mekanizmalarını kullanımı *Düşünce içeriği ya da işlemi *İntihar potansiyeli	-Sizi hangi problemler buraya getirdi? -Bu problem aniden mi belirli periyotlarla mı meydana geliyor? -Nasıl hissettiğinizi tanımlayın ve tepkilerini gözlemleyin? -Kendinizle ilgili hoşlandığınız ve hoşlanmadığınız şeyler nelerdir? -Stres yaşadığınızda onu azaltmak için ne yaparsınız? -Herhangi bir şiddetli korkunuz var mı? -Herhangi bir nesne ya da durumdan örneğin böcek, yükseklik, tünel, su, karanlıktan kaçır

	mısınız? -Aşırı üzülür müsünüz? -Dua eder misiniz? -Çok ümitsiz, çaresiz iseniz intiharı düşünür müsünüz?
-Hastanın fonksiyonel olabilme durumunun incelenmesi *İlişkilerinde gerginlik dereceleri	-Eşiniz, aileniz, arkadaşlarınızla ilişkilerinizi tanımlar mısınız? -Geçen yıl yaşamınızda hangi değişiklikler meydana geldi? -İşte, okulda, camide (kilisede), hobilerinizde, sosyal aktivitelerinizde,cinsel fonksiyonlarınızda ne gibi değişiklikler oldu? -İlişkilerinizi bu probleminiz nasıl değiştiriyor? -Eğlenmek için ne yapmak istersiniz?

Not: Bu sorulara alınacak yanıtlar dışında hastada gözlemlenmeli, incelenmeli, tavır ve tutumlar not edilmelidir (78).

2.15.2. Anksiyete İle Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri

1-Anksiyete düzeyini azaltmak için bireye yardım edin.

- Hastanın anksiyete düzeyini belirleyin (hafif, orta, şiddetli, panik).
- Hastanın rahatlamasını ve endişeden kurtulmasını sağlayın. Hastanın duygusal olarak yüklenmiş bu durumunu çözmesine yardım etmek için hemşirenin sakin olması gerekir. Çünkü anksiyete bulaşıcıdır ve kişiler arası iletişim ile kolayca geçer. Öte yandan, sakinlik de bulaşıcıdır. Hemşirenin sakinliği ve tehdit edici olmaması hastanın da sakinleşmesine yol açar. Hasta ile düşük ses volümü ve tonunu kullanarak kurulan açık iletişim anlaşıldığını hissettirir. Anksiyeteli bir hasta sakin, tehdit edici olmayan bir çalışanın yanında kendini ayrıca güvende hisseder. Bu nedenle, ekip üyeleri kendi anksiyetelerinin de farkında olarak kontrol etmeye çalışmalıdır.

2-Yeniden güvenliği ve rahatlığı sağlayın.

- Hemşire fiziksel varlığı ile de hastaya yeniden güvenliği ve emniyeti sağlayabilir. Hasta bu sürede yalnız bırakılmaz, yanında kalınır. Böylece, korkusu olan hasta için hemşirenin varlığı güvenliği için garanti sağlayacaktır.
- Bireyi yargılamaksızın kabullenin ve empati kurun.

- Duygusal yükün boşalması için hastanın yürüme, ağlama, konuşma gibi mevcut baş etmelerini kullanmasına izin verin ve destek olun.

3-Aşırı uyaranları ortadan kaldırın.

- Mümkün olduğunca çevresel uyaranları azaltın. Çünkü, uyarıcı bir çevre anksiyete düzeyini daha da artırabilir. Hasta bireyi ' Şimdi ve buraya ' yoğunlaştırarak uyaranlardan uzaklaştırmaya çalışın.
- Şiddetli anksiyete durumunda algılama alanı daraldığından, birey anlatılanları doğru olarak anlayamaz, uygun iletişim kuramaz ve karar veremez.
- Bireye hastane/bulunduğu yerin kurallarını açıklamak için basit, anlaşılır kelimeler ve kısa mesajlar kullanın, sakin olun ve yavaş konuşun. Böylece, yapılacak yardımda hasta hemşirenin söylediklerini ve vermek istediklerini daha iyi algılar ve anlar.
- Hastanın anksiyetesini azaltma yollarını birlikte yaparak öğrenmesini kolaylaştırın. Bunlar; gevşeme, solunum egzersizleri, düşünce durdurma teknikleri, atılgnalık, pozitif düşünceyi geliştirme gibi yöntemlerdir.
- Bireyin sedasyonunu sağlamak için ilacını almasına yardımcı olun ve ilacın yan etkileri konusunda bilgi verin.

4- Öğrenmeyi sağlayın.

- Öğrenmeyi sağlamak için anksiyete düzeyini kontrol edin. Hasta bireyin anksiyete düzeyi azalıp anlatılanları öğrenebileceği düzeye gelince, anksiyeteye yol açan olası nedenleri birlikte araştırın.
- Hastanın anksiyetesini tanımasına yardım edin. Anksiyeteye yol açan etkenlerin tanınması anksiyete ile baş edebilmek için hastaya eğitiminde ilk adımdır.
- Bireyin travmatik yaşantılarını tehdit edici olmadan sözelleştirmesine ve konuşmasına cesaretlendirin ve onu destekleyin. Tehlike olarak algıladıklarını şimdi yeniden değerlendirmesine yardım edin.
- Bireyin benzer anksiyete yaşantılarını analiz edin ve anksiyete bulgu ve semptomlarını tanıması için eğitin.
- Hastaya tüm insanların zaman zaman endişe ve kaygı hissedebileceğini anlayabileceği şekilde yalın olarak açıklayın. Bu yaklaşım, hastanın yaşadığı anksiyetenin yalnızca kendinde olmadığını, başka insanların da yaşadıklarını anlamasına ve böylece normalleştirmesine yardım eder. Bu ' normalleştirme ' ile hasta anksiyetesini daha iyi kontrol edebilir.

5- Problem olan baş etme mekanizmalarını belirleyin. Problem çözme ve baş etme becerilerini artırın.

- Kullandığı baş etme yöntemlerini tartışın.
- Hastanın kullandığı geri çekilme, depresyon, şiddet davranışı, inkar gibi uygun olmayan baş etme yöntemlerini bırakması ya da azaltması için destekleyin.
- Empati yapabildiği, anksiyete düzeyini düşürebildiği, etkili baş edebildiği durumlar hakkında geri bildirim verin.
- Kendine güvenmek ve benlik saygısını artırmak için eğitim yapın. Bunun için; güçlü yönlerini ve yeteneklerini yazmasını isteyin ve onları kullanmasını destekleyin.
- Ulaşabileceği yararlı destek kurumlarına ya da kişilere yönlendirin.
- Uygun olmayan baş etme yöntemlerinin yerine uygun olabilecek alternatifleri birlikte araştırın ve değerlendirin.

6-Kendi farkındalığını artırmaya yardım edin.

- Hastaya anksiyetesi ve anksiyetesinin yol açtığı durumlar arasındaki ilişkileri anlatın ve bilinçli bir düzeyde tanınmasına yardım edin. Bu yollardan bazıları;
- ✓ Hastaya anksiyete hissettiği zamanda ne yaptığı, ne düşündüğü, kimlerle beraber olduğu ve neleri yaşadığını anlatan bir günlük tutması sağlanır. Sonuçta, hasta hemşirenin yardımıyla ' anksiyetesini ortaya çıkartan olayları ' kaydeder ve bunların birbiriyle ilişkisini kurar.
- ✓ Hastaya 24 saat süresince, her yarım saatte bir anksiyete düzeylerini belirten bir grafik çizmesi için rehberlik edilir. Bu grafik, bireyin ne zaman anksiyeteli olduğunu gösterdiği gibi anksiyete düzeyini de belirleyebilir. Bu, olayları ya da durumları tartışma ve analiz etmek için iyi bir yoldur.
- ✓ Hasta ile birlikte bir aile görüşmesi planlayın ve yapın. Bu görüşmenin amacı, hasta ve aile bireylerinin birbirlerini nasıl etkilediklerini görmelerini, birbirlerinin anksiyete düzeylerini tanımlamalarını ve etkileşimlerini artırmalarını sağlamaktır. Hastadan her bir aile üyesi odaya girerken anksiyete düzeyini belirlemesini ve bulgularını yazmasını isteyin. Birey ya da aile böyle bir yüzleşmeye ya da tartışmaya hazır değilse yapmayın.

7- Kendine yardım becerilerini öğretin.

- Hasta öncelik olarak anksiyetenin rahatsız edici semptomlarıyla ilgili etkenleri belirlemelidir. Bunun için hemşirenin de anksiyete düzeylerindeki bulguları tanınması gerekir.

- Atılganlık (assertiveness) eğitimi ile hastaya hislerini tanımlaması ve karşısındakine bunu doğrudan iletmesi becerileri öğretilir. Rol oynama gibi aktif bazı yöntemlerle olumlu ya da olumsuz duyguların ifade edilmesi ya da aktarılması sağlanabilir. Hasta bilgi, iç görü ve iletişim becerileri konusunda bilgilense bile uygulamaya yansıtabilmesi desteklenmelidir.
- Hastanın anksiyetesini kontrol etmek ya da azaltmak için öğrenmesi gereken bazı relaksasyon teknikleri vardır. Bunlar; kas gevşeme ve derin soluk alma ve verme egzersizleridir.
- Anksiyete sorunu olan bireylerin, anksiyete ile nasıl baş ettiklerini yazdıkları etkili baş etme tekniklerini içeren broşür ya da kendi kendine yardım kitaplarının okunmasını sağlayın.
- Kendine yardım gruplarına katılması için destekleyin

Baş etme mekanizmaları ile uyum sağlayamadığı ya da kronik anksiyetesi olduğu belirlenen bireyleri psikiyatrik tedaviye sevk edin (6).

2.15.3. Hemşirenin Anksiyete Yaklaşımı İle Hastada Beklenen Sonuçlar

Hemşirelik tanıları

Hastada beklenen sonuçlar

- | | |
|--|--|
| 1- Beklenmeyen panik ataklarla ilgili travmatik olayların tekrar tekrar yaşanması ile ilgili anksiyete | * Hastanın fizyolojik ve psikolojik rahatlığı aşağıdaki kanıtlarla belirlenecektir.
a- Normal parametrelerde kalp atışı ve solunum
b- Otonomik uyarılarla ilgili semptomların yokluğu
c- Azalan anksiyete durumları |
| 2- Aşırı anksiyeteye bağlı etkisiz bireysel başa çıkma | * Hasta alternatif başa çıkma kaynaklarını kullanacaktır. Kanıtlar aşağıdaki gibidir.
a- Uygun bağımlılık dengesi ya da diğerlerinden uzak durma
b- Duyguların ifadesini kontrol etme
c- Problem-çözme tecrübelerini başarılı kullanımı |
| 3- Utanma ve suçluluğa bağlı kendine güven rahatsızlığı | * Hasta kendine güveninin arttığını gösterecektir. Kanıtlar aşağıdaki gibidir.
a-Kendi kendini değerlendirmede doğru yargı |

- (karar) verme
- b- Kişisel dayanıklılığını teşhis etme
- c-Kendi hakkındaki durumları pozitive çevirme
- d- Suçluluk ve utanmanın azaldığını bildirme
- 4- Rol performansındaki değişikliğe * Hastanın premorbid seviyede alıştığı rolleri bağlı kendine güven rahatsızlığı gerçekleştirecek kanıtlar aşağıdakilerdir.
- a- Olağan iş ve sosyal aktiviteleri ve hobilerini yapma
- b- Yeterince diğerleri ile karşılıklı destekçi bir şekilde yakın ilişki kurma
- 5- Şiddetli anksiyeteye bağlı değişen düşünce işlemleri
- a- Hasta konsantre olduğunu gösterecek
- b- Hasta obsesif düşüncelerin yokluğunu bildirecek
- c- Hasta fobik objenin varlığında hafif anksiyete yaşadığını bildirecek
- d- İlgilendiği eğlenceli aktiviteleri listeleyecek
- e- Hergün eğlenceli bir aktiviteye katılacak
- 6- Semptomlarla ilişkili utanmaya bağlı ya da kaçınılan davranışlara bağlı kendine güven rahatsızlığı
- a- Hasta diğer kişiler ile yakın ilişkilerini arttırma
- b- Diğer insanlar ile karşılıklı günlük 20 dakika yakın ilişki kurma
- c- Her hafta iki gün grup aktivitesine katılma
- 7- Anksiyetenin fizyolojik semptomlarına bağlı kendine güven rahatsızlığı
- a- Hasta semptomların gelişimi ve anksiyete arasında ilişki kuracaktır.
- b- Hasta uyku düzeninin tatminkar olduğunu ifade edecektir. 'İyi uyudum' gibi.
- c- Hasta dinlendiğini gösterecektir.
- Esnemenin azalması ile
- Gözlerinin altındaki siyah daireler kaybolacaktır.
- 8- Alışlagelmiş davranışlara bağlı * Hastanın kendine bakım performansında

kendine bakımda yetersizlik

artma gözlenecek

- a- Banyo yapma isteği artacak
- b- Kıyafetleri düzenli olacak
- c- El-yüz ve ağız hijyeninde iyi yönde artma
- d- Oturduğu yeri düzenli tutma gözlenecek

9-Alışılan performansı durduramamaya

* Hasta ideal vücut ağırlığını koruyacak.

bağlı vücudun ihtiyacından az beslenme

Bunun için kanıt haftalık ağırlık grafiğindeki artıştır.

10- Aşırı yıkama alışkanlığına bağlı ya

* Hastanın aşırı yıkama alışkanlığında

da derideki aşırı yıpranmalara bağlı

azalma.

derinin zarar görmesi

- Deriyi koruyucu kremler (losyonlar) kullanma

- Hastanın derisindeki zedelenme azalacaktır (78).

3-GEREÇ VE YÖNTEM

3.1- Araştırmanın Tipi

Araştırma Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep ilinde yer alan Gaziantep Üniversitesinin fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokullarının bazı bölümlerinde yapılmıştır.

Gaziantep Üniversitesinde yüksek öğretim 1973 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi'ne bağlı Makine Mühendisliği Bölümü ile başlamış ve 1987 yılında Gaziantep Üniversitesi tüzel kişiliğini kazanmıştır. Gaziantep Üniversitesi, çevre il (Kilis, Adıyaman) ve ilçelerinde (Nizip, Besni, Gölbaşı ve Oğuzeli) 9 fakülte, 4 yüksekokul, Türk Musikisi Devlet Konservatuvarı, 3 Enstitü ve 9 Meslek Yüksekokulu bulunmaktadır. Tüm Fakülte ve Yüksekokullarda öğrenci alınan bölüm ve program sayısı 2003-2004 eğitim-öğretim yılında 110 olmuştur. Mevcut öğretim elemanı sayısı 879'dur. 2004 yılı itibariyle yaklaşık 13.000 öğrenci eğitim öğretim görmektedir.

3.3- Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1- Araştırmanın Evreni:Araştırmanın evrenini Gaziantep İl merkezinde bulunan Gaziantep Üniversitesinin Fakülte, Yüksekokul, Meslek Yüksekokulları ve Türk Musikisi Devlet Konservatuvarının içinde bulundurduğu bölümlerin birinci sınıfında okuyan öğrenciler oluşturmıştır.

3.3.2- Araştırmanın Örneklemi : Araştırmanın örneklemini, Gaziantep İl merkezinde bulunan Gaziantep Üniversitesinin fakülte , yüksekokul, meslek yüksekokulları ve Türk Musikisi Devlet Konservatuvarında öğrenim gören birinci sınıf öğrencileri arasından seçilmiştir. Gaziantep Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından 07.10.2003 tarihi itibariyle üniversitenin fakülte, yüksekokul, meslek yüksekokulları ve Türk Musikisi Devlet Konservatuvarında eğitim gören birinci sınıf öğrencilerinin bölüm ve sayıları alınmıştır. Çevre iller ve ilçedeki üniversiteye bağlı okullardaki öğrenciler çalışma dışı bırakıldı. Çalışmada Gaziantep ilinde yer alan üniversitenin fakülte, yüksekokul, meslek yüksekokulları ve Türk Musikisi Devlet Konservatuvarında öğrenim gören birinci sınıf öğrencileri hedeflendi.

Örneklem grubuna alınacak öğrenciler saptanırken, üniversitenin tümünü temsil etmesi açısından fakülte, yüksekokul, meslek yüksekokulları ve Türk Musikisi Devlet Konservatuvarının hepsi çalışma kapsamına alınmıştır. 07.10.2003 tarihli Öğrenci İşleri

Daire Başkanlığından fakülte, yüksekokul, meslek yüksekokulları ve Türk Musikisi Devlet Konservatuarında mevcut bulunan 64 bölümünün bulunduğu listeden birer atlanarak 27 bölüm çalışma grubuna alınmıştır. Gaziantep Üniversitesinde basit rasgele örneklem yöntemi ile seçilen bölümlerin birinci sınıfında öğrenim gören öğrenci sayısı toplamı yaklaşık 1500'dür. Bu öğrencilerden ulaşabildiğimiz öğrenci sayısı 1010'dur.

Örneklem, basit rastgele örneklem yöntemiyle oluşturulmuştur. Araştırma verileri, 2003-2004 eğitim-öğretim döneminde Aralık 2003- Nisan 2004 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4- Verilerin Toplanması : Araştırmada;

- 1- Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik değişkenlerden oluşan bireysel bilgi formu (EK I).
- 2- Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS) (EK II).
- 3- Coopersmith Benlik saygısı Envanteri (CBSE) (EK III) kullanılmıştır.

3.4.1- Veri Toplama Araçları

Bireysel Bilgi Formu (EK I): Sosyal fobi ve benlik saygısına etkisi olabileceği düşünülen kişiyi tanıttıcı bilgilerle ilgili form (Ek I), sosyal fobi ile ilgili yapılmış benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS) (EK II): Liebowitz'in 1987 yılında geliştirdiği ölçek 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren 24 maddeden oluşmuştur. Ölçekten sosyal fobik korku ve sosyal kaçınma toplam puanları elde edilmektedir.

Her madde ' korku ya da kaygı ' (0 = yok ile 3 = şiddetli) ve ' kaçınma davranışı ' (0 = yok ile 3 = şiddetli) için ayrı ayrı puanlanır, ölçeğin ' korku ya da kaygı ' ve ' kaçınma davranışları ' alt ölçekleri bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 144 arasında değişir ve puanın artması belirtilerin şiddetlendiği anlamına gelir. LSAS sosyal fobi için geçerliliği ve güvenirliliği Heimberg ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. Ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından ve aynı zamanda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan Dr. Psk. Çiğdem Soykan ve arkadaşları tarafından Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği saptanmıştır. Araştırmada Türkçe formunun geçerlilik çalışmasını Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Dr. Çiğdem Soykan ve arkadaşlarının yapmış olduğu Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Sosyal fobi tanısı için kesme puanı 48, sosyal fobi korku tanısı için 26, sosyal fobi kaçınma tanısı için kesme puanı 20 alınmıştır.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (CBSE) (EK III):Kişinin benlik saygısını değerlendirebilmek için geliştirilen ve 25 maddeden oluşan envanterde maddeler evet / hayır biçiminde cevap verilecek şekilde düzenlenmiştir. Güvenirliği artırmak için bazı maddeler ters şekilde düzenlenmiştir. Benlik saygısı değerlendirmede CBSF iç tutarlılığı iyi olan bir testtir. Her maddeden doğru cevaba göre alınacak puan bir olup, toplam puan 4 ile çarpılarak envanterin puanı elde edilmektedir. Maksimum puan 100 (4X25) olmaktadır.

3.4.2- Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma öncesi tüm bölümlerden yazılı izin alınmıştır.Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan bireysel bilgi formu (EK I), Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (EK II) ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (EK III) 2003-2004 eğitim-öğretim döneminde Aralık 2003-Nisan 2004 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesinde yer alan 5 fakülte, 2 yüksekokul, 3 meslek yüksekokulu ve Türk Musikisi Devlet Konservatuarında mevcut olan toplam 27 bölümün birinci sınıflarında okuyan 1010 öğrenciye uygulanmıştır. Çalışmaya katılmaya istekli öğrencilere anket formu uygulanmıştır. İstemeyenler çalışmaya alınmamıştır.

Daha önce saptanan fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokullarının bölümlerine gidildi, sınıflardaki her öğrenciden araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra bireysel bilgi formunu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğini ve Coopersmith benlik saygısı ölçeğini kurallara uygun olarak doldurması istendi. Doldurma işlemi bizzat araştırmacının gözetiminde yapılmıştır.

3.5- Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenleri : Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi ve benlik saygısı

Bağımsız değişkenler : Cinsiyet, yaş, boy, kilo, bölümü, anne -baba mesleği, anne-baba eğitim durumu, gelir düzeyi vb. gibi.

3.6- Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler bilgisayarda SPSS paket programında değerlendirilmiştir. İstatiksel analizlerde ki-kare testi, student's t testi ve varyans analizi (one - way ANOVA) kullanılmıştır. Post-hoc değerlendirmede Tukey's honestly significant difference testi kullanılmıştır.

3.7- Süre ve Olanaklar: Araştırma, 2003 yılı içinde planlanmış ve 2003 yılı Kasım ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. 2003-2004 eğitim-öğretim I. ve II. döneminde Aralık 2003- Nisan 2004 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan verilerin değerlendirme çalışmaları yürütülerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4- BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan öğrenci grubuna ilişkin bazı sosyo-demografik özellikler, Liebowitz Semptom Skalası'nın tüm maddelerine verilen cevap yüzdeleri, öğrencinin sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumları, benlik saygısı puanı ile karşılaştırılması ve bu tanımlar ile sosyo-demografik özelliklerin dağılımları yer almaktadır. Aynı zamanda öğrencilerin Liebowitz toplam puanlarına göre sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması yer almaktadır.

4.1- Araştırma Örneklemine Alınan Öğrencilere İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 8 'de gösterilmiştir.

Tablo 8 : Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellik			Sayı (N=1010)	%
Cinsiyet		Kız	375	37,1
		Erkek	635	62,9
Bitirilen orta öğretim kurumu		Düz lise	388	38,4
		Anadolu lisesi	185	18,3
		Fen lisesi	12	1,2
		Meslek lisesi	425	42,0
Öğrencinin şu anda eğitim gördüğü okul		Fakülte	429	42,5
		Yüksekokul	117	11,6
		Meslek yüksekokulu	464	45,9
Bölümünüz	Mühendislik Fakültesi	1-Makine	61	6,0
		2-Gıda	35	3,5
		3-Fizik	30	3,0
		4-Endüstri	20	2,0
	Tıp Fakültesi	5-Tıp	36	3,6
	Fen-Edebiyat Fakültesi	6-Tarih	37	3,7
		7-Matematik	22	2,2
		8-Biyoloji	54	5,3
	İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	9-İktisat	51	5,0

Tablo 8 :Bazı Sosyo-Demografik Özellikler (Devam)

		SAYI	%
	10-İşletme	44	4,4
Gaziantep Eğitim Fakültesi	11-Türkçe Öğretmenliği	39	3,9
Türk Musikisi Devlet Konservatuarı	12-Temel Bilimler	22	2,2
	13-Türk halk oyunları	15	1,5
Sağlık Yüksek Okulu	14-Hemşirelik	51	5,0
BESYO	15-Beden eğitimi	28	2,8
	öğretmenliği		
Gaziantep Meslek Yüksek Okulu	16-İşletme	84	8,3
	17-İnşaat	15	1,5
	18-Makine	56	5,5
	19-End. Elektrik	64	6,3
	20-İkl. Soğutma	20	2,0
	21-TV. Yayıncılık	8	0,8
	22-Büro Yön. Sek.	54	5,3
	23-Biyomed. Cih. Tek.	20	2,0
	24-Uygula. Takı. Tek.	9	0,9
	25-Bil. Tek. Prog.	78	7,7
Turizm Otelcilik Mes. Yük. Okulu	26-Turizm ve Otelcilik	33	3,3
Sağlık Hizmetleri Meslek Yük. Ok.	27-Tıbbi Laboratuvar	24	2,4
Annenin yaşama durumu	Sağ	983	97,3
	Vefat	27	2,7
Babanın yaşama durumu	Sağ	924	91,5
	Vefat	84	8,3
Baba eğitim durumu	Okur yazar değil	41	4,1
	Okur yazar	101	10,0
	İlköğretim	452	44,8
	Lise	237	23,5
	Yüksekokul	179	17,6
Baba mesleği	Çiftçi	90	8,9
	İşçi	290	28,7
	Memur	276	27,3
	Esnaf	287	28,4
	İşsiz	67	6,5

Tablo 8 :Bazı Sosyo-Demografik Özellikler (Devam)

		SAYI	%
Baba tutumu	Otoriter	438	43,4
	Demokrat	572	56,6
Anne eğitim durumu	Okur yazar değil	231	22,9
	Okur yazar	137	13,6
	İlköğretim	431	42,7
	Lise	160	15,8
	Yüksekokul	51	5,0
Anne mesleği	Ev hanımı	914	90,5
	Çiftçi	6	0,6
	İşçi	7	0,7
	Memur	72	7,1
	Serbest meslek	11	1,1
Anne tutumu	Otoriter	319	31,5
	Demokrat	691	68,2
Ailenin gelir düzeyi	Üçyüz milyon altı	174	17,2
	Üç yüz-beşyüz milyon arası	342	33,9
	Beşyüz milyon-bir milyar arası	357	35,3
	Bir-iki milyar arası	105	10,4
	İki milyar üzeri	32	3,2
Kardeş sayısı	Tek çocuk	17	1,7
	2-4 kardeş	641	63,5
	5-7 kardeş	252	25,0
	8-10 kardeş	83	8,2
	11 ve üzeri	17	1,7
Kaçınıcı çocuk	İlk çocuk	317	31,4
	Ortanca (kardeş sayısı farketmez)	413	40,9
	Son çocuk	280	27,7
Erkek kardeş sayısı	Yok	157	15,5

Tablo 8 :Bazı Sosyo-Demografik Özellikler (Devam)

		SAYI	%
	1	379	37,5
	2	222	22,0
	3	127	12,6
	4	63	6,2
	5 ve üzeri	62	6,1
Kız kardeş sayısı	Yok	225	22,3
	1	321	31,8
	2	225	22,3
	3	107	10,6
	4	76	7,5
	5 ve üzeri	56	5,5
Kekemelik	Var	45	4,5
	Yok	965	95,5
Tik	Var	134	13,3
	Yok	876	86,6
Bedensel sakatlık	Var	26	2,6
	Yok	984	97,4
Kronik bir hastalık	Var	87	8,6
	Yok	923	91,3
Kronik hastalığı	Diyabet	4	0,4
	Hipertansiyon	8	0,8
	Hepatit B	9	0,9
	Diğer	66	6,3
Korku	Var	479	47,4
	Yok	531	52,6
Korkunun türü	Karanlık	123	12,2
	Korkusu yok olanlar	531	52,7
	Yükseklik	142	14,0
	Yalnız başına dışarı çıkma	35	3,5
	Diğer	179	17,7
Uyku düzensizliği	Var	419	41,5

Tablo 8 :Bazı Sosyo-Demografik Özellikler (Devam)

	Yok	SAYI	%
		591	58,4
Üniversiteden önce yaşadığı yer	Köy	78	7,7
	İlçe	199	19,7
	Şehir	366	36,2
	Büyükşehir	367	36,3
Üniversite öğrenimi süresince barındığınız yer	Yurt-Kur	327	32,4
	Yalnız başına evde	43	4,3
	Arkadaşlarla evde	192	19,0
	Ailemin yanında	448	44,3
Sosyal faaliyet	Var	660	65,3
	Yok	350	34,5
Hobi	Var	943	93,4
	Yok	67	6,6
Sigara	Var	312	30,9
	Yok	698	69,1
Alkol	Var	158	15,6
	Yok	852	84,4

Öğrencilerin büyük çoğunluğu % 62,9'u erkek, % 37,1 'i ise kızdır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 38,4 'ü düz lise, % 18,3'ü Anadolu lisesi, % 1,2 'si Fen lisesi, % 42,0 'ı Meslek lisesi mezunudur. Öğrencilerin şu anda % 42,5'i fakülte, % 11,6 'sı yüksekokul ve % 45,9 'u meslek yüksekokulunda eğitim görmektedir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin % 6,0'sı Makine Mühendisliği, % 3,5 Gıda Mühendisliği, % 3,0'ı Fizik Mühendisliği, % 2,0'ı Endüstri Mühendisliği , % 3,6 'sı tıp fakültesi, % 3,7 'si tarih, % 2,2'si matematik, % 5,3'ü biyoloji bölümündedir. Öğrencilerin % 5,0'ı İktisat, % 4,4'ü İşletme bölümünde, % 3,9'u Türkçe öğretmenliğinde, % 2,2'si Temel bilimler, % 1,5'i Türk Halk Oyunları bölümünde, % 5,0'ı Hemşirelik bölümünde, % 2,8'i Beden eğitimi öğretmenliği bölümündedir. Öğrencilerin % 8,3'ü İşletme, % 1,5'i İnşaat, % 5,5'i Makine, % 6,3'ü Endüstri-Elektrik, % 2,0'ı İklimlendirme Soğutma, % 0,8'i TV Yayıncılık, % 5,3'ü Büro Yönetimi ve Sekreterliği, % 2,0'ı Biyomedikal Cihaz Teknikerliği, % 0,9'u Uygulamalı Takı Teknikerliği, % 7,7'si Bilgisayar Teknik Programcılığı bölümlerindedir. % 3,3'ü Turizm ve Otelcilik , % 2,4'ü Tıbbi Laboratuar bölümünde eğitim görmektedirler.

Programcılığı bölümlerindedir. % 3,3'ü Turizm ve Otelcilik , % 2,4'ü Tıbbi Laboratuar bölümünde eğitim görmektedirler.

Öğrencilerin % 97,3'ünün annesi sağ, % 2,7'sinin annesi yaşamamaktadır. % 91,5'inin babası sağ, % 8,3'ünün babası yaşamamaktadır.

Öğrencilerin babaları % 4,1'i okur-yazar değil, % 10,0'ı okur-yazar, % 44,8'i ilköğretim, % 23,5'i lise, % 17,6'sı yüksekokul mezunudur. % 8,9'u çiftçi, % 28,7'si işçi, % 27,3'ü memur, % 28,4'ü esnaf, % 6,5'i işsizdir. Babanın % 43,4'ü otoriter tutumlu, % 56,6'sı demokrattır.

Öğrencilerin anneleri % 22,9'u okur-yazar değil, % 13,6'sı okur-yazar, % 42,7'si ilköğretim, % 15,8'i lise, % 5,0'ı yüksekokul mezunudur. Annelerinin % 90,5'i ev hanımı, % 0,6'sı çiftçi, % 0,7'si işçi, % 7,1'i memur, % 1,1'i serbest meslektir. Annelerinin tutumu % 31,5 otoriter, % 68,2'si demokrattır.

Öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeyinin % 17,2'si üçyüz milyon lira altı, % 33,9'u üçyüz-beşyüz milyon lira arası, % 35,3'ü beşyüz milyon- bir milyar lira arası, % 10,4'ü bir-iki milyar lira arası, % 3,2'si iki milyar lira üzeri olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin % 1,7'si tek çocuk, % 63,5'i 2-4 kardeş arası, % 25,0'ı 5-7 kardeş arası, % 8,2'si 8-10 kardeş arası, % 1,7'si ise 11 ve üzeri kardeşinin olduğunu belirtmiştir. Öğrencilere ailede kaçınıcı çocuk olduğu sorulduğunda % 0,3'ü tek çocuk, % 31,1'i ilk çocuk, % 40,9'u ortanca çocuk, % 27,7'si son çocuk olduklarını belirtmiştir.

Öğrencilerin erkek kardeş sayıları sorulduğunda % 15,5'nin yok, % 37,5'nin bir, % 22,0'ının iki, % 12,6'sının üç, % 6,2'sinin dört, % 6,1'inin beş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Yine kız kardeş sayıları sorulduğunda, % 22,3'ünün yok, % 31,8'inin bir, % 22,3'ünün iki, % 10,6'sının üç, % 7,5'inin dört, % 5,5'inin beş ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir.

Öğrencilerin % 4,5'inde (n= 45) kekemelik olduğu, % 95,5'inde (n= 965) kekemelik olmadığı, % 13,3'ünde (n= 134) tik olduğu, % 86,6'sında (n= 876) tik olmadığı, % 2,6'sında (n= 26) bedensel sakatlık olduğu, % 97,4'ünde (n= 984) bedensel sakatlık olmadığı saptanmıştır.

Öğrencilere kronik bir hastalıkları olup olmadığı sorulduğunda % 8,6'sı var, % 91,3'ü yok demiştir. Kronik hastalığın türü sorulduğunda % 0,4'ü diyabet, % 0,8'i hipertansiyon, % 0,9'u hepatit, % 6,2'si başka hastalıklarının olduğu cevabını vermiştir.

Öğrencilere korkuları olup olmadığı sorulduğunda % 47,4'ü (n= 479) var, % 52,6'sı (n= 531) yok demiştir. Korku türleri sorulduğunda, % 12,2'si karanlık, %

14,0'ı yükseklik, % 3,5'i yalnız başına dışarı çıkma, % 17,7'si başka türlü korkularının olduğu cevabını vermişlerdir.

Öğrencilere uyku düzensizliği olup olmadığı sorulduğunda % 41,5'i var olduğunu, % 58,4'ü yok olduğunu belirtmişlerdir.

Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce % 7,7'si köy, % 19,7'si ilçe, % 36,2'si şehir, % 36,3'ü büyükşehirde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Üniversite öğrenimleri sırasında % 32,4'ü Yurt-kur, % 4,3'ü yalnız başına evde, % 19,0'ı arkadaşları ile evde, % 44,3'ü ailelerinin yanında barındıkları saptanmıştır.

Öğrencilerin % 65,3'ünün (n= 660) sosyal faaliyetinin olduğu, % 34,5'inin (n= 350) sosyal faaliyetinin olmadığı, % 93,4'ünün (n= 943) hobisinin olduğu, % 6,6'sının (n= 67) hobisinin olmadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin % 30,9'unun (n= 312) sigara kullandığı, % 69,1'inin (n= 698) sigara kullanmadığı, % 15,6'sının (n= 158) alkol kullandığı, % 84,4'ünün (n= 852) alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamalarının $20,10 \pm 2,54$ (min: 17- max: 42) boy ortalamalarının $172,09 \pm 8,68$ (min: 136- max: 198), kilo ortalamalarının $63,30 \pm 11,26$ (min: 38- max: 120) olduğu saptanmıştır.

4.2- Araştırma Örneklemine Alınan Öğrencilerin Liebowitz Sosyal

Anksiyete Ölçeğinde En Sık Korku Ve Kaçınma Yaratıcı Durumlar.

Tablo 9 : Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği : En Sık Korku ve Kaçınma Yaratıcı Durumlar

Durumların Yüzdelik Değerleri

	KORKU YADA SIKINTI					KAÇINMA			
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Yok	Ara Sıra	Sıkça	Genellikle	
	0	1	2	3	0	1	2	3	
Topluluk içerisinde telefon etmek	59,0	24,9	12,9	3,3	40,6	39,1	8,8	11,5	
Küçük bir grupta beraber bir aktiviteye katılmak	64,2	17,6	14,0	4,3	57,5	29,2	8,2	5,0	
Toplulukta yemek yemek	58,1	22,7	14,8	4,4	54,4	29,3	9,4	6,9	
Toplulukta bir şeyler içmek (çay, kola, v.b.)	68,0	15,0	11,5	5,5	63,2	22,3	8,8	55,7	
Yönetici konumundaki biriyle konuşmak	39,6	33,1	21,6	5,7	41,9	38,1	12,0	7,9	
Seyirci öntünde rol yapmak, oynamak yada konuşmak	31,5	25,6	25,3	17,5	29,0	32,4	19,4	19,2	
Bir davete gitmek	57,7	23,2	14,8	4,4	49,1	34,0	11,7	5,2	
Biri yada birileri tarafından izlenirken çalışmak	34,7	29,2	21,5	14,7	34,8	32,0	19,4	13,9	
Biri yada birileri tarafından izlenirken yazı yazmak	52,9	23,7	14,8	8,7	52,4	24,1	13,9	9,3	
Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek	46,3	32,3	16,3	5,1	44,2	36,3	12,3	7,2	
Çok iyi tanımadığınız biri ile yüz yüze görüşmek	44,4	33,8	16,6	5,2	44,4	37,3	11,8	6,5	
Yabancılar ile tanışmak	56,0	25,2	13,5	5,2	53,3	31,2	8,7	6,8	
Genel bir tuvalette idrar etmek	54,3	17,1	14,9	13,8	46,3	23,7	13,5	16,5	
Başkalarının olduğu bir odaya gitmek	42,6	33,1	16,9	7,4	34,6	39,3	15,7	10,4	
İlgi merkezi olmak	52,9	24,3	15,4	7,3	50,5	28,4	11,7	9,4	
Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak	28,4	29,0	22,9	19,7	26,6	34,2	21,0	18,2	
Beceri, bilgi yada yetenek ile ilgili bir sınava girmek	48,4	25,7	16,6	9,2	52,0	27,2	11,8	9,0	
Çok iyi tanımadığınız birine karşı görüş bildirmek ya da onu	49,3	28,5	15,4	6,7	44,3	31,5	13,1	11,2	
Çok iyi tanımadığınız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak	46,0	25,7	17,2	11,0	37,2	31,2	17,2	14,4	
Bir gruba sözlü rapor vermek	45,3	30,9	15,5	8,2	44,2	32,6	14,0	9,3	
Cinsel yada romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya	39,1	23,5	19,7	17,7	35,9	26,1	17,4	20,5	
Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek	47,2	24,2	17,3	11,3	44,0	29,1	15,2	11,7	
Bir davet vermek	61,8	19,8	12,7	5,7	57,4	26,3	8,6	7,6	
Israrlı bir satıcıyı reddetmek	61,1	19,2	10,4	9,3	55,3	23,0	9,7	12,0	

Tablo 9'da öğrencilerin Liebowitz sosyal anksiyete ölçeğinde en sık korku ve kaçınma yaratan durumların yüzdelik değerleri verilmiştir.

Öğrencilerin % 11,5'inin topluluk içinde telefon etmekten % 55,7'sinin toplulukta bir şeyler içmekten (çay, kola v.b.) genellikle kaçınma davranışı gösterdiği saptanmıştır. Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmaktan % 17,5'i şiddetli korku duymakta, % 19,2'si genellikle kaçınma davranışı göstermektedir.

Genel bir tuvaleti kullanmaktan % 13,8'i şiddetli korku duymakta, % 16,5'i genellikle kaçınmaktadır.

Başkalarının olduğu bir odaya gitmekten % 10,4'ü genellikle kaçınma davranışı göstermektedir.

Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmaktan % 19,7'si şiddetli korku duymakta, % 18,2'si genellikle kaçınmaktadır.

Çok iyi tanımadığı birine karşı görüş bildirmek ya da onu onaylamaktan % 11,2'si genellikle kaçınmaktadır. Çok iyi tanımadığı birinin doğrudan gözlerinin içine bakmaya % 11,0'ının şiddetli korku duyduğu, % 14,4'ünün genellikle kaçınma davranışı gösterdikleri saptanmıştır.

Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmaya % 17,7'sinin şiddetli korku duyduğu, % 20,5'inin genellikle kaçınma davranışı gösterdiği, ısrarcı bir satıcıyı reddetmeye % 12,0'ının genellikle kaçınma davranışı gösterdiği belirlenmiştir.

4.3- Sosyal Fobi, Sosyal Fobi Korku ve Sosyal Fobi Kaçınma Tanıları ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımlarının Karşılaştırılması.

Tablo 10 : Öğrencilerin Sosyal Fobi, Sosyal Fobi Korku ve Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarına Göre Dağılımları

		Sayı	%
Sosyal Fobi	Var	365	36,1
	Yok	645	63,9
Sosyal Fobi Korku	Var	273	27
	Yok	737	73
Sosyal Fobi Kaçınma	Var	490	48,5
	Yok	520	51,5

Tablo 10'da öğrencilerin sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanılarına göre dağılımları yer almaktadır. Öğrencilerin % 36,1'inin (n= 365) sosyal fobi tanısı aldığı, % 63,9'unun (n= 645) sosyal fobisinin olmadığı, % 27'sinin (n= 273) sosyal fobi korku tanısı aldığı, % 73'ünde (n= 737) sosyal fobi korku tanısının bulunmadığı, % 48,5'inin (n= 490) sosyal fobi kaçınma tanısı aldığı, % 51,5'inin de (n= 520) sosyal fobi kaçınma tanısının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 11 : Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	156	41,6	219	58,4	375	100,0
Erkek	209	32,9	429	67,1	635	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
$\chi^2= 7,709$			$p= 0,005$			

Tablo 11'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 41,6'sının kız olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 12 : Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Korku		Sosyal Fobi Korku		Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	119	31,7	256	68,3	375	100,0
Erkek	154	24,3	481	75,7	635	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$\chi^2= 6,690$			$p= 0,010$			

Tablo 12'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumları yer almaktadır. Öğrencilerin sosyal fobi korku tanısı alanlarının % 31,7'sinin kız öğrenci olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerde sosyal fobi kaçınma tanısı ile öğrencilerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 13 : Öğrencilerin Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumuna Göre Bazı Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bazı Kişisel Özellikler				
Sosyal Fobi	Yaş (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	P
Var	19,85±2,51	365	2,46	0,014
Yok	20,26±2,56	645	2,45	0,014
Sosyal Fobi	Boy (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)		t	P
Var	171,07±9,43	365	2,70	0,007
Yok	172,67±8,18	645	2,81	0,005
Sosyal Fobi	Kilo (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)		t	P
Var	62,00±11,24	365	2,78	0,005
Yok	64,05±11,21	645	2,78	0,005

Tablo 13'te öğrencilerin sosyal fobi tanısı alma durumlarına göre bazı kişisel özellikleri karşılaştırılmıştır. Öğrencilerin yaş, boy ve kiloları ile sosyal fobi tanısı arasında İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin yaş, boy ve kiloları ile sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 14 : Öğrencilerin Eğitim Gördükleri Okullara Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Fobi Kaçınma Durumu						
EğitimGördüğü Okul	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fakülte	187	43,6	242	56,4	429	100,0
Yüksek Okul	56	47,9	61	52,1	117	100,0
Meslek Yüksek Ok.	247	53,2	217	46,8	464	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0

$$\chi^2 = 8,321$$

$$p = 0,016$$

Tablo 14'de öğrencilerin eğitim gördükleri okullara göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarına göre % 53,2'sinin meslek yüksekokulu, % 47,9'unun yüksekokul olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin eğitim gördükleri okullara göre sosyal fobi ve sosyal fobi korku tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Öğrencilerin anne ve babalarının yaşama durumları ile sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 15 : Öğrencilerin Babalarının Eğitimlerine Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Baba Eğitim Durumu	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lise ve altı	319	38,3	513	61,7	832	100,0
Yüksek Okul	47	26,4	131	73,6	178	100,0
Toplam	366	36,2	644	63,8	1010	100,0
		$\chi^2=8,935$	$P= 0,003$			

Tablo 15'te öğrencilerin babalarının eğitimlerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin babalarının % 38,3'ünün Lise ve altı eğitim düzeyinde olduğu % 26,4'ünün Yüksekokul düzeyinde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 16 : Öğrencilerin Babalarının Eğitimine Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Babanın Eğitim Durumu	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lise ve altı	236	28,4	595	71,6	831	100,0
Yüksekokul	37	20,8	142	79,2	179	100,0
Toplam	273	27,1	737	72,9	1010	100,0
		$\chi^2= 4,305$	$p= 0,038$			

Tablo 16'da öğrencilerin babalarının eğitimlerine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin babalarının % 28,4'ünün lise ve altı eğitim düzeyinde olduğu % 20,8'inin ise Yüksekokul düzeyinde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 17 : Öğrencilerin Babalarının Eğitimine Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Babanın Eğitim Durumu	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lise ve altı	423	50,9	408	49,1	831	100,0
Yüksekokul	68	37,6	111	62,4	179	100,0
Toplam	491	48,6	519	51,4	1010	100,0
		$\chi^2= 10,322$			$p= 0,001$	

Tablo 17'de öğrencilerin babalarının eğitimlerine göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin babalarının % 50,9'u lise ve altı eğitim düzeyinde, % 37,6'sı ise yüksekokul düzeyinde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki anlamlı bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 18 :Öğrencilerin Babalarının Tutumuna Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Baba Tutumu	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Otoriter	184	42,0	254	58,0	438	100,0
Demokrat	181	31,6	391	68,4	572	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
		$\chi^2= 11,549$			$p= 0,001$	

Tablo 18'de öğrencilerin baba tutumuna göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin babalarının % 42'sinin otoriter olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 19: Öğrencilerin Babalarının Tutumlarına Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Baba Tutumu	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Otoriter	140	32,0	298	68,0	438	100,0
Demokrat	133	23,3	439	76,7	572	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$X^2 = 9,545$ $p = 0,002$						

Tablo 19'da öğrencilerin babalarının tutumlarına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin babalarının % 32'sinin otoriter olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 20: Öğrencilerin Babalarının Tutumlarına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Baba Tutumu	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Otoriter	235	53,7	203	46,3	438	100,0
Demokrat	255	44,6	317	55,4	572	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
$x^2 = 8,174$ $p = 0,004$						

Tablo 20'de öğrencilerin babalarının tutumlarına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin

babalarının % 53,7'sinin otoriter olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 21 : Öğrencilerin Annelerinin Eğitimlerine Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Anne Eğitim Durumu	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lise ve altı	354	36,9	605	63,1	959	100,0
Yüksek Okul	11	21,6	40	78,4	51	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,8	1010	100,0
		$\chi^2=4,941$			$p= 0,026$	

Tablo 21'de öğrencilerin annelerinin eğitimlerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımları yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin annelerinin % 36,9'unun lise ve altı eğitim düzeyinde, % 21,6'sının yüksekokul düzeyinde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin annelerinin eğitimleri ile sosyal fobi korku tanısı ve sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 22 : Öğrencilerin Annelerinin Mesleğine Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Anne Mesleği	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	343	37,5	571	62,5	914	100,0
Çiftçi	3	50,0	3	50,0	6	100,0
İşçi	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Memur	15	20,8	57	79,2	72	100,0
Serbest Meslek	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
		$\chi^2=10,395$			$p= 0,034$	

Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı tablo 22'de görülmektedir. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin anne mesleğinin

% 50'sinin çiftçi, % 37,5'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin anne mesleği ile sosyal fobi tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 23 : Öğrencilerin Annelerinin Mesleğine Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Fobi Korku Durumu						
Anne Mesleği	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	256	28,0	658	72,0	914	100,0
Çiftçi	3	50,0	3	50,0	6	100,0
İşçi	0	0	7	100,0	7	100,0
Memur	11	15,3	61	84,7	72	100,0
Serbest Meslek	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
		$\chi^2=9,684$	$p= 0,046$			

Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı tablo 23'de görülmektedir. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin anne mesleğinin % 50'sinin çiftçi, % 28'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Sosyal fobi tanısı ile öğrencilerin anne mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 24: Öğrencilerin Annelerinin Tutumuna Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Fobi Durumu						
Anne Tutumu	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Otoriter	135	42,5	183	57,5	318	100,0
Demokrat	230	33,2	462	67,1	691	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
		$\chi^2 = 13,837$	$p= 0,008$			

Tablo 24'te öğrencilerin annelerinin tutumuna göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerinin annelerinin

% 42,5'inin otoriter olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 25: Öğrencilerin Annelerinin Tutumlarına Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Anne Tutumu	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Otoriter	106	33,3	212	66,7	318	100,0
Demokrat	166	24,1	526	76,0	692	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$\chi^2 = 12,860$			$p = 0,012$			

Tablo 25'te öğrencilerin annelerinin tutumlarına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin annelerinin % 33,3'ünün otoriter olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 26: Öğrencilerin Annelerinin Tutumlarına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Anne Tutumu	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Otoriter	180	56,6	138	43,4	318	100,0
Demokrat	310	44,7	382	55,4	692	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
$\chi^2 = 15,834$			$p = 0,003$			

Tablo 26'da öğrencilerin annelerinin tutumlarına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin annelerinin % 56,6'sının otoriter olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 27: Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Düzeylerine Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Gelir Düzeyi	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir milyar liranın altı	335	38,4	538	61,6	873	100,0
Bir milyar ve üzeri	30	21,9	107	78,1	137	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0

$$x^2=13,928 \quad p=0,000$$

Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı tablo 27'de görülmektedir. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeylerinin % 38,4'ünün bir milyar liranın altında, % 21,9'unun ise bir milyar ve üzeri olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 28 : Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Düzeylerine Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Gelir Düzeyi	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir milyar liranın altı	248	28,4	625	71,6	873	100,0
Bir milyar ve üzeri	25	18,2	112	81,8	137	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0

$$x^2=6,197 \quad p=0,013$$

Tablo 28'de öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeylerinin % 28,4'ünün bir milyar liranın altında, % 18,2'sinin ise bir milyar ve üzeri olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 29 : Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Düzeylerine Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Gelir Düzeyi	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bir-İki Milyar Arası	442	50,6	431	49,4	873	100,0
İki Milyar TL Üzeri	48	35,0	89	65,0	137	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
		$\chi^2=11,528$			$p=0,001$	

Tablo 29'da öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin ailelerinin aylık gelir düzeylerinin % 50,6'sının bir milyar liranın altında, % 35,0'ünün ise bir milyar ve üzeri olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerde sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları ile kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk oldukları, erkek kardeş sayısı, kız kardeş sayısı ve kekemelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 30: Öğrencilerde Tik Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Tik	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	78	58,2	56	41,8	134	100,0
Yok	412	47,1	464	52,9	876	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
		$\chi^2 = 6,699$			$p=0,035$	

Tablo 30'da öğrencilerde tik bulunmasına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin % 48,3'ünde tik olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sosyal fobi, sosyal fobi korku tanısı alan öğrenciler ile tik bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 31: Öğrencilerde Kronik Bir Hastalık Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Kronik Hastalık	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	42	48,3	45	51,7	87	100,0
Yok	323	34,9	600	65,1	923	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
$\chi^2 = 7,910$ $p = 0,019$						

Tablo 31'de kronik bir hastalık bulunmasına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 48,3'ünde kronik bir hastalık olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 32: Öğrencilerde Kronik Bir Hastalık Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Kronik Hastalık	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	33	37,9	54	62,1	87	100,0
Yok	240	26,0	683	74,0	923	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$\chi^2 = 6,079$ $p = 0,048$						

Tablo 32'de kronik bir hastalık bulunmasına göre sosyal fobi korku tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin % 37,9'unda kronik bir hastalık olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 33: Öğrencilerde Kronik Bir Hastalık Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Kronik Hastalık	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	54	62,1	33	37,9	87	100,0
Yok	436	47,2	487	52,8	923	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$\chi^2 = 8,118$			$p = 0,017$			

Tablo 33'de öğrencilerde kronik bir hastalık bulunmasına göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin % 62,1'inde kronik bir hastalığının olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin kronik hastalıklarının türüne bakıldığında 4'ünün Diyabet, 3'ünün Hipertansiyon, 4'ünün Hepatit-B, 28'inin başka kronik hastalıklarının olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin kronik hastalık türlerine göre sosyal fobi korku tanısı ve sosyal fobi kaçınma tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 34 : Öğrencilerde Basit Korku Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Korku	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	204	42,6	275	57,4	479	100,0
Yok	161	30,3	370	69,7	531	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
$\chi^2 = 16,424$			$p = 0,000$			

Tablo 34'te öğrencilerde basit korku bulunmasına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 42,6'sında basit korku olduğu saptanmıştır .Bu fark istatistik olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 35: Öğrencilerde Basit Korku Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Korku	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	155	32,4	324	67,6	479	100,0
Yok	118	22,2	413	77,8	531	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$\chi^2 = 13,120$			$p = 0,000$			

Tablo 35'te sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin % 32,4'ünde basit korku varlığı saptanmıştır. Bu fark istatistik olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 36: Öğrencilerde Basit Korku Bulunmasına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Korku	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	272	56,8	207	43,2	479	100,0
Yok	218	41,1	313	58,9	531	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
$\chi^2 = 24,948$			$p = 0,000$			

Tablo 36'da sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin % 56,8'inde basit korku olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerdeki korku türünün dağılımına bakıldığında % 46,3'ünün ($n = 57$) karanlık, % 37,6'sının ($n = 53$) yükseklik, % 57,1'inin ($n = 20$) yalnız başına dışarı çıkmak, % 41,3'ünün ($n = 74$) diğer korkularının olduğu, % 30,3'ünün ($n = 161$) ise korkularının olmadığı saptanmıştır.

Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerdeki korku türünün dağılımına bakıldığında; % 32,5'inin ($n = 40$) karanlık, % 29,8'inin ($n = 42$) yükseklik, % 45,7'sinin ($n = 16$) yalnız dışarı çıkma, % 32,4'ünün ($n = 58$) diğer korkularının olduğu, % 22,0'ının ($n = 117$) korkularının olmadığı saptanmıştır.

Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerdeki korku türünün dağılımına bakıldığında; % 58,5'inin ($n = 72$) karanlık, % 57,4'ünün ($n = 81$) yükseklik, %

71,4'ünün (n= 25) yalnız dışarı çıkma, % 53,1'inin (n= 95) diğer korkularının olduğu, % 40,8'inin (n= 217) korkularının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 37: Öğrencilerde Uyku Düzensizliğine Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Uyku Düzensizliği	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	226	53,9	193	46,1	419	100,0
Yok	264	44,7	327	55,3	591	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
$\chi^2 = 9,231$			$p = 0,010$			

Tablo 37'de öğrencilerin uyku düzensizliğine göre sosyal fobi kaçınma tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alanların % 53,9'unda uyku düzensizliği saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrenciler ile uyku düzensizliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 38: Öğrencilerin Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yere Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Yaşadığı Yer	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Köy ve İlçe	126	45,5	151	54,5	277	100,0
Şehir	239	32,6	494	67,4	733	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
$\chi^2 = 14,454$			$p = 0,000$			

Tablo 38'de öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yere göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 45,5'inin köy ve ilçede yaşadığı, % 32,6'sının şehirde yaşadığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 39: Öğrencilerin Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yere Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Fobi Korku Durumu						
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
Yaşadığı Yer	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Köy ve İlçe	99	35,7	178	64,3	277	100,0
Şehir	174	23,7	559	76,3	733	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
		$\chi^2 = 14,682$	$p= 0,000$			

Tablo 39'a göre sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin % 35,7'sinin köy ve ilçede, % 23,7'sinin şehirde yaşadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 40: Öğrencilerin Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Yere Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Yaşadığı Yer	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Köy ve İlçe	154	55,6	123	44,4	277	100,0
Şehir	336	45,8	397	54,2	733	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0
		$\chi^2 = 7,661$	$p= 0,006$			

Tablo 40'a göre sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin % 55,6'sının köy ve ilçede yaşadıkları, % 45,8'inin şehirde yaşadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin üniversite öğrenimleri süresince barındıkları yer ile sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 41 : Öğrencilerin Üniversite Eğitimlerinin Yanı Sıra Sosyal Faaliyette Bulunmalarına Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Faaliyet	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	215	32,6	445	67,4	660	100,0
Yok	150	43,1	200	57,1	350	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
$\chi^2 = 12,077$			$p = 0,002$			

Tablo 41'de öğrencilerin üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyette bulunmalarına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 43,1'inin sosyal faaliyetinin olmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 42: Öğrencilerin Üniversite Eğitimlerinin Yanı Sıra Sosyal Faaliyette Bulunmalarına Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Faaliyet	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	161	24,4	499	75,6	660	100,0
Yok	112	32,2	238	68,0	350	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$\chi^2 = 7,753$			$p = 0,021$			

Tablo 42'ye göre sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin % 32,2'sinin sosyal faaliyetinin olmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 43: Öğrencilerin Üniversite Eğitimlerinin Yanı Sıra Sosyal Faaliyette Bulunmalarına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Sosyal Faaliyet	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	293	44,4	367	55,6	660	100,0
Yok	197	56,6	153	43,7	350	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0

$$\chi^2 = 15,500$$

$$p = 0,000$$

Tablo 43'e göre sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin % 56,6'sının sosyal faaliyetinin olmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 44: Öğrencilerin Hobilerinin Olmasına Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Hobi	Sosyal Fobi Durumu				Toplam	
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	332	35,2	611	64,8	943	100,0
Yok	33	49,3	34	50,7	67	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0

$$\chi^2 = 5,348$$

$$p = 0,021$$

Tablo 44'e öğrencilerin hobilerinin olmasına göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 48,3'ünün hobisinin olmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 45: Öğrencilerin Hobilerinin Olmasına Göre Sosyal Fobi Korku Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Hobi	Sosyal Fobi Korku Durumu					
	Sosyal Fobi Korku Var		Sosyal Fobi Korku Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	247	26,2	696	73,8	943	100,0
Yok	26	38,8	41	61,2	67	100,0
Toplam	273	27,0	737	73,0	1010	100,0
$X^2 = 5,046$			$p = 0,025$			

Tablo 45'e göre sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerin % 38,8'inin hobilerinin olmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin hobilerinin olmasına göre sosyal fobi kaçınma tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Öğrencilerdeki sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları ile sigara kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 46: Öğrencilerin Alkol Kullanmalarına Göre Sosyal Fobi Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Alkol Kullanımı	Sosyal Fobi Durumu					
	Sosyal Fobi Var		Sosyal Fobi Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	44	27,8	114	72,2	158	100,0
Yok	321	37,7	531	62,3	852	100,0
Toplam	365	36,1	645	63,9	1010	100,0
$x^2 = 5,578$			$p = 0,018$			

Tablo 46'da öğrencilerin alkol kullanımlarına göre sosyal fobisi alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin % 37,7'sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 47: Öğrencilerin Alkol Kullanmalarına Göre Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı

Alkol Kullanımı	Sosyal Fobi Kaçınma Durumu					
	Sosyal Fobi Kaçınma Var		Sosyal Fobi Kaçınma Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	62	39,2	96	60,8	158	100,0
Yok	428	50,2	424	49,8	852	100,0
Toplam	490	48,5	520	51,5	1010	100,0

$$\chi^2 = 6,450$$

$$p = 0,011$$

Tablo 47'ye göre öğrencilerin sosyal fobi kaçınma tanısı alanların % 50,2'sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sosyal fobi korku tanısı alan öğrenciler ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak bir anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

4.4- Liebowitz Toplam Puanlarına Göre Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

Tablo 48: Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Kız	44,80±21,45	375	3,66	0,000
Erkek	39,72±21,17	635		

Tablo 48'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Kız öğrencilerin toplam puanı ($X = 44,80$) daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$).

Liebowitz toplam puanı ile öğrencilerin bitirdikleri okul ve şu anda öğrenim gördükleri okul arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 49: Öğrencilerin Anne Yaşama Durumlarına Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması

Annenin Yaşama Durumu	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Sağ	41,36±21,26	983	-2,22	0,026
Sağ Değil	50,63±24,87	27		

Tablo 49'da öğrencilerin annelerinin yaşama durumlarının Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Annesi sağ olmayan öğrencilerin Liebowitz toplam puanı ($X = 50,63$) daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$).

Öğrencilerin babalarının yaşama durumu ile Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 50: Öğrencilerin Babalarının Eğitimlerine Göre Liebowitz Toplam Puanın Karşılaştırılması.

Babanın eğitimi	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	F	P
Okur-yazar değil	44,85±23,67	41	4,093	0,003
Okur-yazar	44,59±20,27	101		
İlköğretim	43,15±21,32	452		
Lise	40,80±22,27	237		
Yüksekokul	36,38±19,76	178		

Tablo 50'de öğrencilerin babalarının eğitimine göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Liebowitz toplam puanı okur-yazar olmayan için ($X = 44,85$) diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Liebowitz toplam puanı ile baba mesleği karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 51: Öğrencilerin Annelerinin Eğitimlerine Göre Liebowitz Toplam Puanın Karşılaştırılması.

Anne eğitimi	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	F	P
Okur-yazar değil	44,46±21,30	231	5,413	0,000
Okur-yazar	40,97±20,53	137		
İlköğretim	43,03±21,07	431		
Lise	36,66±21,31	160		
Yüksekokul	33,90±23,61	51		

Tablo 51'de öğrencilerin annelerinin eğitimine göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Liebowitz toplam puanının okur-yazar

olmayanlarda ($X = 44,46$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 52: Öğrencilerin Annelerinin Mesleklerine Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması.

Anne mesleği	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	F	P
Ev Hanımı	42,26±21,26	914	4,060	0,003
Çiftçi	54,67±27,14	6		
İşçi	34,71±11,38	7		
Memur	32,76±20,10	72		
Serbest Meslek	42,82±30,32	11		

Tablo 52'de öğrencilerin annelerinin mesleğine göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Anne mesleği çiftçi olanların ($X = 54,67$) Liebowitz toplam puanları diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 53 : Öğrencilerin Baba Tutumlarına Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması

Baba Tutumu	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Otoriter	44,40±21,91	438	3,64	0,000
Demokrat	39,47±20,78	572		

Tablo 53'te öğrencilerin baba tutumlarına göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Öğrencilerin babalarının otoriter tutumunun ($X = 44,4$) Liebowitz toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 54 : Öğrencilerin Anne Tutumlarına Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması

Anne Tutumu	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	P
Otoriter	44,84±21,31	318	3,30	0,001
Demokrat	40,06±21,33	689		

Tablo 54'te öğrencilerin anne tutumlarına göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Liebowitz toplam puanı anneleri otoriter ($X = 44,84$) olan öğrencilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Liebowitz toplam puanı ile, öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk oldukları, kız kardeş sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 55: Öğrencilerde Kekemelik Varlığına Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması

Kekemelik	Liebowitz Toplam Puanı (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Var	51,42±25,93	45	3,16	0,002
Yok	41,15±21,08	965		

Tablo 55'te öğrencilerde kekemelik varlığına göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Liebowitz toplam puanı kekeme ($X = 51,42$) olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$).

Liebowitz toplam puanı ile öğrencilerde tik, bedensel sakatlık, kronik bir hastalık bulunması, kronik hastalığın türü, basit korku, korkunun türü, üniversiteden önce yaşadığı yer, üniversite öğrenimi süresince barındığı yer, sosyal faaliyet, hobi ve sigara kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 56: Öğrencilerdeki Uyku Düzensizliğine Göre Liebowitz Toplam Puanının Karşılaştırılması

Uyku Düzensizliği	Liebowitz Toplam Puan (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	P
Var	44,76±21,38	419	3,94	0,000
Yok	39,39±21,18	590		

Tablo 56'da öğrencilerdeki uyku düzensizliğine göre Liebowitz toplam puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Liebowitz toplam puanının uyku düzensizliği ($X = 44,76$) olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$).

Liebowitz toplam puanı ile öğrencilerin alkol kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

4.5- Benlik Saygısı Puanı ile Sosyal Fobi, Sosyal Fobi Korku, Sosyal Fobi Kaçınma Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 57: Öğrencilerdeki Sosyal Fobi Tanısına Göre Benlik Saygısı Değerinin Karşılaştırılması

Sosyal Fobi	Benlik Saygısı Puanı (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Var	63,11±16,23	365	11,53	0,000
Yok	74,84±14,21	645	11,96	0,000

Tablo 57'de öğrencilerdeki sosyal fobi tanısına göre benlik saygısı değerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyal fobi tanısı alan öğrencilerde benlik saygısı puanının ($X = 63,11$) düşük olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 58: Öğrencilerdeki Sosyal Fobi Korku Tanısına Göre Benlik Saygısı Değerinin Karşılaştırılması

Sosyal Fobi Korku	Benlik Saygısı Puanı (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Var	62,05±16,33	273	10,40	0,000
Yok	73,77±14,66	737	10,93	0,000

Tablo 58'de öğrencilerdeki sosyal fobi korku tanısına göre benlik saygısı değeri karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyal fobi korku tanısı alan öğrencilerde benlik saygısı puanının ($X = 62,05$) düşük olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 59: Öğrencilerdeki Sosyal Fobi Kaçınma Tanısı İle Benlik Saygısı Değerinin Karşılaştırılması

Sosyal Fobi Kaçınma	Benlik Saygısı Puanı (Aritmetik Ortalama±Standart Sapma)	Sayı	t	p
Var	65,98±16,61	490	9,23	0,000
Yok	74,96±14,08	520	9,28	0,000

Tablo 59'da öğrencilerdeki sosyal fobi kaçınma tanısına göre benlik saygısı değeri karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyal fobi kaçınma tanısı olan öğrencilerde benlik saygısı puanının ($X = 65,98$) düşük olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

5-TARTIŖMA

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı, sosyal fobi ile benlik saygısı arasındaki ilişki ve sosyal fobiyi etkileyen faktörler araştırılmıştır. Araştırmamızda 375 kız öğrenci, 635 erkek öğrenci olmak üzere toplam 1010 öğrenci üzerinde çalışılmıştır.

Sosyal fobisi olan kişilerde sosyal ilişki gerektiren durumlardaki başarısızlık ve kaçınma davranışı akademik, mesleki ve sosyal yaşamında son derece olumsuz etkilerde bulunur ve bu durum batılı ülkelerde her beş sosyal fobikden birinin maluliyet aylığı ya da işsizlik yardımı almasına neden olur. Sosyal fobi nedeniyle tedavi gören hastaların % 92'si bu durumun iş hayatları üzerinde etkisinin olduğunu, % 77'si birden çok sosyal ortamdaki durumdan kaçındığını ve % 50'si girmek zorunda kaldıkları sosyal ortamların doğurduğu anksiyeteyi azaltmak için alkol ve benzodiazepin kullandıklarını belirtmektedir.

Son yıllarda sosyal fobiyle ilgili araştırmaların artmasıyla, bu durumun oldukça yaygın olduğu görülmüştür. Yapılan çeşitli çalışmalarda sosyal fobinin toplumun yaklaşık % 10'unda görüldüğü düşünülmektedir (9).

Yeni yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre toplum örnekleminde sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı % 13,3, bir yıllık prevalans oranı ise % 7,9 olarak saptanmıştır. Bu oranlar ile sosyal fobi, madde kötüye kullanımı ve depresyondan sonra üçüncü sıklıkta görülen psikiyatrik hastalıklar olduğunu göstermektedir (83). Fransa'da yapılan bir çalışmada ise birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastada bir aylık yaygınlığı % 4,9 , yaşam boyu yaygınlığı % 14,4 olarak bulunmuştur (84). Basel'de 470 denekle gerçekleştirilen bir çalışmada da yaşam boyu yaygınlık oranı % 9,6 (ICD-10) ile, (DSM-III-R) % 16 arasında bulunmuştur (85). Birinci basamak sağlık merkezlerine rutin şikayetlerle başvuran 511 erişkin hasta ile görüşülmüş ve DSM-IV 'e göre % 7'sinde sosyal fobi saptanmıştır (86). Sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı ile ilgili % 0,5- % 22,6 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (87).

Araştırmada Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden Dr. Psk. Çiğdem Soykan ve arkadaşlarının yapmış olduğu Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Kesme puanı 48 puan olarak alınmıştır. Bu formdan yararlanarak yapmış olduğumuz çalışmada 1010 öğrenciden; % 36,1'i sosyal fobi, % 27,0'ı sosyal fobi korku ve % 48,5'i sosyal fobi kaçınma tanısı almıştır. Yaptığımız literatür taramaları sonucunda bu oranın yüksek olduğu görülmektedir. Oranın yüksek bulunmasını birçok faktörün etkileyebileceği

düşünülmektedir. Bu faktörler arasında en önemlileri; Güneydoğu Anadolu Bölgesinin kültür yapısı, yanlış yetiştirilme tarzları sonucu çekingen kişilik yapılarının oluşması, örf ve adetler, küçük yerleşim yerlerinde doğup büyümenin yarattığı kısır döngü, sosyal faaliyetlerin kısıtlı olması nedeniyle kişilerin sosyal becerilerinin az oluşu, eğitim seviyeleri düşük ailelerin çocuklarının olmaları, ekonomik etkenler ve üniversite yaşamlarına yeni başlamış olmaları sayılabilir.

Kültür, yalnızca duyguları biçimlendiren etkenlerden biri değil, davranış ve yaşantının anlamını da veren bir etkileşimsel alandır. Kültürel etkenler psikiyatrik rahatsızlıkların yalnızca biçimlenmesinde değil oluşmasında da belirgin bir rol oynayabilmektedir. Japonya'da uzun süre önce tanımlanmış yaygın bir sosyal fobi türü olan taijin kyousko (TSK), kişinin uygunsuz toplumsal davranış, beden kokusu, yüz ifadesi, mevcut bedensel kusur ve bakışlarıyla diğer insanları incittiği veya rahatsız ettiği korkusuyla kendisini gösteren bir bozukluktur. Japonya'yı andıran ülkemizde de sosyal anksiyetenin Batı'dan daha farklı görünümle ortaya çıkması şaşırtıcı olmamalıdır. Sınıflandırma sistemlerinde yer bulmayan bazı görünümlemler daha iyi tanımlanırsa, daha gerçekçi ve kültüre duyarlı tanı sistemlerinin gerçekleştirilmesi mümkün olabilir (88).

Sonuç olarak araştırmamızda % 36,1 oranında sosyal fobi tanısı alan bu öğrencilere klinik muayene önerilmesi gerekmektedir.

SOSYAL FOBİ İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sosyal fobi ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamıza katılan ve sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin benlik saygısı puanının ($X = 63,11$) düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonucumuz literatürlerle de uyumludur. Geist ve arkadaşları 143 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmada sosyal çekingenliğin düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (89). Kişiler arası ilişkilerin benlik saygısı ile ilişkili olduğu, benlik saygısı düşük olan kişilerin kişiler arası ilişkilerde daha çok sorunla karşılaştığı belirtilmiştir (90,91).

Rosenberg 1965 yılında benlik saygısı düşük olan kişilerin, sosyal ilişkilerde sorunlarla karşılaştığını, daha çok tehdit algılayıp eleştirilmeye duyarlılık gösterdiklerini ve daha çok ödül aramaya yönelik bir tutum içinde olduklarını belirtmiştir (92,93).

Coopersmith'in 1748 üniversiteli genç üzerinde yaptığı bir başka araştırmada, kendilerini sosyal ilişkilerde ve arkadaşlık kurmakta güçlüğü olan biri olarak algılayan gençlerin benlik saygıları, güçlük çekmediklerini algılayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

ABD'de 596 yüksekokul öğrencisi üzerinde Coopersmith ve Rosenberg'in benlik saygısı ölçeği kullanarak yaptıkları bir çalışmada, benlik saygısı yüksek olan öğrencilerde sosyal çekingenliğin daha az olduğunu ve kendine güven puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (94,95).

ABD'de yaşları 18-19 arasında değişen 213 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada, benlik saygısı düşük olan bireylerde, sosyal çekingenliğin olduğu bulunmuştur (96,97).

Morrison ve Thomas, 78 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı araştırmada, benlik saygısı düşük olanların benlik saygısı yüksek olanlara göre sınıf içi tartışmalara daha az katıldıklarını, sınıf tartışmalarında kendi düşüncelerinin daha az kısmını belirttiklerini ve sınıfta arka sıralarda oturduklarını bulmuştur (93).

Coopersmith'in araştırmasında, benlik saygısının kişinin grup aktivitelerine ve tartışmalarına katılması ile olan ilişkisi, tartışmalara katılma sıklığı, yoğunluğu, çeşitliliği ve sayısı bakımından incelenmiştir. Benlik saygısı yüksek olanların düşük olanlara göre daha katılımcı, diğerlerinin ise dinleyici oldukları görülmüştür. Ayrıca, bu çalışmada benlik saygısı yüksek olan kişilerin, benlik saygısı düşük olanlara göre daha atılgan, bağımsız ve yaratıcı oldukları da bulunmuştur (94,98,99).

Shukutani sosyal fobik hastalara Todai Pesonality Invertary (TPI) ölçeğini uyguladığı çalışmasında sosyal fobik hastaların düşük benlik saygısı, içe dönük karakter, kişiler arası ilişkilerde başarısızlık gibi özelliklerini bildirmiştir (95,100).

Düşük benlik saygısının sosyal fobi ile sık görüldüğü, anksiyete belirtilerini kötüleştirdiği ve sosyal fobi belirtilerinin de benlik saygısını olumsuz etkilediği; bu nedenle sosyal fobi ile benlik saygısı arasında bir kısır döngü olduğu belirtilmiştir (97,101).

SOSYAL FOBİ VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Cinsiyet

Epidemiyolojik çalışmalar bu bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğüne işaret etmekle birlikte, klinik gözlemlerde aynı bulgu saptanmamıştır; klinik örneklemelerde sosyal fobinin kadınlarla erkeklerde eşit olarak görüldüğü gözlenmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar ile klinik örneklemelerle yapılan çalışmalar arasındaki bu fark, kadınlarla erkeklerin durumlarına uyumda farklı stratejiler kullanmalarıyla ilgili olabilir. Örneğin, erkekler sosyal anksiyeteleriyle başetmede alkol kullanımına daha çok başvuruyor ve böylece epidemiyolojik araştırmalarda sosyal fobi saptanamıyor olabilir. Sosyal fobik kadınlar da ise, evde kalmayı tercih ediyor ve tedavi

için başvurmadıklarından klinik verilere dahil olamıyor olabilirler. Ayrıca, erkek hastaların daha iyi eğitim gördüğü ve daha yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip olduğunu gösteren veriler vardır. Bu nedenle erkek sosyal fobik hastalar işlevselliklerindeki bozulmadan daha sık şikayetçi olmakta ve tedavi aramaktadırlar (98,99,100).

Alan araştırmalarının çoğu, sosyal fobinin kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (84,101,102,103). Klinik araştırmalarda ise çelişkili sonuçlar alınmıştır. Sosyal fobinin kadınlarda daha sık görüldüğünün bildirilmesi yanında , bu oranın erkekler lehine yüksek bulunduğu araştırmalar da mevcuttur (104,105).

Araştırmamızda da birçok literatürlerle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal fobi tanısı kızlarda % 41,6 , erkeklerde % 32,9 daha fazladır (Tablo 11). Sosyal fobi korku tanısı da yine kızlarda % 31,7 , erkeklerde % 24,3 ile daha fazla bulunmuştur (Tablo 12).

Yaş

Araştırmamızda sosyal fobi tanısı alan öğrencilerin yaş ortalamaları 20 yaşın altında ($19,85 \pm 2,51$) bulunmuştur (Tablo 13). Sosyal fobinin sıklıkla yaşamın ikinci on yılında (sıklıkla 15-20 yaşlar arasında) başlaması, sosyal fobinin % 40'nın 10 yaşından önce, % 90 olguda ise 20 yaşından önce başlaması, 25 yaşın üzerinde sosyal fobinin başlamasının nadir olması, bizim sonuçlarımızı desteklemektedir (84,106).

Anksiyete bozukluğu tanılı 5-18 yaşları arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada sosyal fobi, örneklemin % 15'ine birincil tanı olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre sosyal fobi ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve basit fobiden sonra üçüncü sırada yer alan anksiyete bozukluğudur. Başlangıç genellikle 18 yaşın altında, sıklıkla 13-19 yaşları arasındadır. Ayrıca 5 yaş gibi küçük bir yaşta da başlayacağı bildirilmektedir (5).

Boy-Kilo

Araştırmamızda boy ortalaması ($171,07 \pm 9,43$) ve kilo ortalaması ($62,00 \pm 11,24$) olan öğrencilerde sosyal fobi tanısı daha fazla görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Tablo 13). Fakat literatür taramalarında boy ve kilonun sosyal fobi tanısı etkileyebileceği veya etkilemeyeceği konusunda bir bilgiye ulaşamamıştır.

Eğitim Düzeyi

Öğrencilerin bitirdikleri ortaöğretim kurumları ile (Düz lise, Anadolu lisesi, Fen lisesi, Meslek lisesi) sosyal fobi tanısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).

Öğrencilerin şu anki eğitim gördükleri okullar (fakülte, yüksekokul, meslek yüksekokulu) ile sosyal fobi ve sosyal fobi kaçınma tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Fakat sosyal fobi kaçınma tanısı ile öğrencilerin şu anki eğitim gördükleri okullar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır (Tablo 14).

Sosyal fobinin eğitim düzeyi ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal fobik hastaların kontrollerden daha düşük eğitim düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir; bu durum, sosyal fobinin eğitim açısından başarılı olmayı bozucu etkisine bağlanmıştır. Bir diğer araştırmanın sonuçlarına göre ise, sosyal fobi yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların, işlev bozukluklarını daha fazla olasılıkla bildirdikleri, bu nedenle de daha fazla bir oranda tedavi başvurusunda bulundukları ileri sürülmüştür (46,84,102).

Anne ve Babanın Hayatta Olması

Anne ve babanın hayatta olması veya yaşamıyor olması ile sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Literatür taramalarında bu sonucu destekleyen veya desteklemeyen herhangi bir bilgiye rastlanamamıştır.

Anne-Babanın Eğitim Düzeyi

Bizim çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlara göre, babalarının eğitim düzeyi ile sosyal fobi (Tablo 15), sosyal fobi korku (Tablo 16) ve sosyal fobi kaçınma (Tablo 17), tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Babası yüksekokul mezunu olanların, eğitim seviyesi lise ve altı olanlardan daha az sosyal fobi belirtisi göstermesi, baba eğitim düzeyi ile sosyal fobi arasındaki ilişki olduğunu düşündürmektedir. Sosyal fobi kişide okulda başarısızlık, mesleki başarısızlık, toplumsal işlev bozukluğu, parasal bağımlılık gibi çok önemli olumsuzluklar oluşturur (46). Baba eğitiminin yüksek olmasının kişinin sosyoekonomik ve eğitim düzeyini olumlu etkilediği düşünülürse baba eğitimi ile sosyal fobi arasındaki ilişki daha iyi anlaşılabilir.

Çalışmada anne eğitimi ile sosyal fobi tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 21). Anne eğitimi daha yüksek olan öğrencilerde sosyal fobi

görölme oranı daha düşüktür. Sosyal anksiyete bozukluğu olanların daha düşük sosyoekonomik düzeyden geldikleri bildirilmektedir. Anne eğitimi sosyoekonomik düzeyin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Yine de bulgunun dikkatli yorumlanması gerekmektedir (15).

Anne-Babanın Meslekleri ve Tutumları

Anne mesleğine göre sosyal fobi (Tablo 22), sosyal fobi korku (Tablo 23) tanısı arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Anne mesleği genellikle eğitim gerektirmeyen çiftçi ve ev hanımlığı olan öğrencilerde sosyal fobik belirtilerin daha fazla görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Literatür taramalarında bu sonuç ile ilgili bir konuya rastlanmamıştır. Farklı araştırmalarla bu konunun incelenmesi gerekebilir.

Baba mesleği ile sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Baba tutumu ile sosyal fobi (Tablo 18), sosyal fobi korku (Tablo 19), sosyal fobi kaçınma (Tablo 20), tanıları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Baba tutumları otoriter olan öğrencilerde sosyal fobik belirtilere daha fazla rastlanmaktadır.

Anne tutumu ile sosyal fobi (Tablo 24), sosyal fobi korku (Tablo 25), sosyal fobi kaçınma (Tablo 26), tanıları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Anne tutumu otoriter olan öğrencilerde sosyal fobik belirtilere daha fazla rastlanmıştır.

Bu sonuçlar bize baskı gören kişilerde sosyal fobik belirtilerin daha fazla görüldüğünü düşündürmektedir. Ancak literatür taramalarında bu konuda bir bilgiye rastlanmamıştır. Yalnız fiziki şiddete maruz kalanlarda benlik saygısının düşük olması (107) benlik saygısı ile de sosyal fobi arasında ters bir ilişki olduğunu düşünürsek dolaylı bir sonuca varabiliriz. Yine de ayrıntılı araştırmaların gerekliliği görülmektedir.

Gelir Düzeyi

Sosyal fobi ile düşük gelir düzeyi arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (84). Çalışmamızda da gelir düzeylerindeki farklılık ile sosyal fobi (Tablo 27), sosyal fobi korku (Tablo 28) ve sosyal fobi kaçınma (Tablo 29) tanıları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Tablolarda da görüldüğü gibi ailelerinin aylık geliri bir milyar liranın altında olan öğrencilerde sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanılarına daha fazla rastlanmıştır.

Kardeş Durumu

Öğrencilerde sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları ile kardeş sayısı, çocuk sıralaması (ilk,ortanca, son gibi), erkek kardeş sayısı, kız kardeş

sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Sosyal fobik belirtileri etkilemediği görülmüştür.

Kekemelik, Tik, Bedensel Sakatlık ve Kronik Bir Hastalığın Varlığı

Sosyal fobi ile kekemelik arasında etyopatogenez açısından yakın ilişki olduğu öne sürülmüştür (108). Fakat bizim çalışmamızda kekeme sayısının ($n= 45$) olmasına rağmen sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları ile kekemelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tik olan öğrencilerde ($n= 134$, % 13,3) sosyal fobi kaçınma tanısı arasında (Tablo 30) anlamlı farklılık saptanması, tik'in sosyal fobi varlığını arttırdığını düşündürmektedir. Literatür taramasında sosyal fobi ile tik arasında anlamlı ya da anlamsız bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak tik'in benlik saygısını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (109). Düşük benlik saygısı olanlarda sosyal fobi tanısının sık görüldüğü olması varılan sonucu destekleyebilir.

Çalışmamızda sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları ile bedensel sakatlık bulunan öğrenciler ($n= 26$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Beden imgesi bozuk olan kişilerde sosyal fobi yaygınlığı daha fazladır (110). Berscheid ve arkadaşları araştırmada, beden imgesinden hoşnut olan kişilerin kendilerine daha çok güvenli olduğunu bulmuşlardır (111). Bedensel durumlar ile ilgili algıların sosyal fobik hastalarda negatif düşünce ve kendilik tasarımları etkilediği ve bunun özellikle kognitif tedavide önemli olduğu bildirilmiştir (112).

Kronik bir hastalığı bulunan öğrenciler ile sosyal fobi (Tablo 31), sosyal fobi korku (Tablo 32) ve sosyal fobi kaçınma (Tablo 33) tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuca göre kronik hastalığı olan kişilerin sosyal ortamlara girmekten, sosyal ilişkilerden kaçındıkları düşünülebilir. Ancak bu konuda ileri araştırmalar gerekebilir.

Basit Korku ve Uyku Düzensizliği

Araştırmada sosyal fobi (Tablo 34), sosyal fobi korku (Tablo 35), sosyal fobi kaçınma (Tablo 36), tanıları olan öğrencilerde basit korku varlığı saptanmıştır. Basit korku varlığı; sosyal fobi tanısı alanlarda % 42,6 , sosyal fobi korku tanısı alanlarda % 32,4 , sosyal fobi kaçınma tanısı alanlarda % 56,8 olarak bulunmuştur. Bu sonuç bize basit korkuları olan kişilerin sosyal fobik belirtileri arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca basit korku türleri incelendiğinde sosyal fobi tanısı alanların

% 46,3'ünün karanlıktan, % 37,6'sının yükseklikten, % 57,1'inin yalnız başına dışarı çıkmaktan ve % 41,3'ünün ise başka korkularının olduklarını belirlenmiştir.

Sosyal fobi kaçınma tanısı alan öğrencilerin % 53,9'unda uyku düzensizliğinin olduğu saptanmıştır (Tablo 37). Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Sosyal fobi ve sosyal fobi korku tanıları alan öğrencilerle, uyku düzensizliğinin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Daha Önce Yaşadıkları Yer ve Eğitimi Sırasında Barındıkları Yer

Araştırmamızda sosyal fobi (Tablo 38), sosyal fobi korku (Tablo 39) ve sosyal fobi kaçınma (Tablo 40) tanıları alan öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun köy ve ilçelerde yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuç bize küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlarada sosyal fobik belirtilerin daha fazla görüldüğü düşüncesini vermektedir. Kesin sonuç için daha ileri araştırmaların yapılmasını önerebiliriz.

Sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları ile öğrencilerin üniversite öğrenimleri sırasında barındıkları yerler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sosyal fobik belirtileri etkilemediği görülmüştür.

Sosyal Faaliyet ve Hobi

Yaptığımız çalışmada sosyal fobi (Tablo 41), sosyal fobi korku (Tablo 42), sosyal fobi kaçınma (Tablo 43) tanısı alan öğrencilerin üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyetlerinin bulunmadığı saptanmıştır. Sosyal fobik kişilerin sosyal ortamlarda ya da performans gösterilmesi beklenen durumlarda, küçük düşeceği, sıkıntı duyacağı ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacaklarından korkarlar (22). Çocukluk döneminden itibaren yeterince gelişmeyen sosyal becerileri olan kişilerde sosyal anksiyete ikincil olarak ortaya çıkar. Sosyal fobiklerde durum beceri eksikliği değil, beceriksizlik korkusudur. Ancak sosyal fobinin erken yaşta başlayan olgularda, fobik kaçınma nedeniyle sosyal becerilerin gelişmemesi görülebilir ve sosyal beceri eksikliği sosyal fobiklerde yaygın olarak rastlanan ek bir durum olabilir (45).

Sosyal fobi (Tablo 44) ve sosyal fobi korku (Tablo 45) tanıları alan öğrenciler ile hobilerinin bulunması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sosyal fobi kaçınma tanısı ile hobi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hobileri olmayan öğrencilerde sosyal fobi ve sosyal fobi korku tanıları daha yüksek bulunmuştur. Hobilerin anksiyeteyi azalttığı düşünülürse sonuç anlamlı olmaktadır.

Alkol ve Sigara Kullanımı

Sosyal fobi tanısı alan hastaların, genel popülasyona göre, iki misli daha fazla alkol sorunları olduğu bildirilmiştir (44). Epidemiyolojik bir araştırmada hastaların % 19'unda alkol kötüye kullanımı, % 17'sinde ilaç kötüye kullanımı saptanmıştır (84). Klinik örneklem üzerine yapılan bir araştırmada ise, sosyal fobi hastalarının % 28,1'inde alkol, % 15,8'inde madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığına rastlanmıştır (113). Bir diğer klinik araştırmada, sosyal fobi hastalarda alkolizim oranı % 20 bulunmuştur (105). Ayrıca, sosyal fobi hastalarının % 50'sinin , kendilerini katılmaya zorladıkları sosyal durumlarda, anksiyetelerini yatıştırmak için alkol ya da benzodiazepin kullandıkları; alkolik olmayan, ancak alkol kullanan sosyal fobiklerin % 46'sının alkolü daha sosyal olmak için, % 50'sinin ise sosyal bir olaya katılmanın hemen öncesinde aldıkları bildirilmiştir (114,115).

Araştırmamızda sosyal fobi (Tablo 46) ve sosyal fobi kaçınma (Tablo 47) tanıları alan öğrencilerin alkol kullanma oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda sosyal fobik kişilerin alkol kullanmadığı ortaya çıkmaktadır.

Sigara kullanımı ile sosyal fobi tanısı arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Literatürlerde de sigara kullanımı ile ilgili bilgiye erişilememiştir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğine Göre En Sık Korku ve Kaçınma Yaratan Durumlar

Liebowitz sosyal anksiyete ölçeğine göre 'şiddetli' derecede korkunun ortaya çıktığı sosyal fobik durumlardan öğrencilerde en sık görülenlerinden beş tanesi;

1. Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak (% 19,7).
2. Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak (% 17,7).
3. Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak (% 17,5).
4. Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak (% 14,7).
5. Genel tuvaleti kullanmak (% 13,8) olarak saptanmıştır.

Liebowitz sosyal anksiyete ölçeğine göre 'şiddetli' derecede kaçınmanın ortaya çıktığı sosyal fobik durumlardan öğrencilerde en sık görülenlerinden beş tanesi;

1. Toplulukta bir şeyler içmek (çay, kola, v.b.) (% 55,7).
2. Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak (% 20,5).
3. Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak (% 19,2).

4. Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak (% 18,2).
5. Genel tuvaleti idrar kullanmak (% 16,5) olarak saptanmıştır.

Toplumda sosyal anksiyetenin tarandığı bir çalışmada, kalabalık önünde konuşmanın (% 55), en korkulan durum olduğu saptanmıştır. Bunu tanıdık kişilerden oluşan küçük bir grup önünde konuşmak (% 24,9), otorite konumundaki kişilerle görüşmek (% 23,3), sosyal toplantılara katılmak (% 14,5), yabancılarla konuşmak ya da yeni insanlar tanımak (% 13,7) izlemektedir. Raşit Tükel ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise en sık korkulan ve en sık kaçınılan sosyal fobik durumlardan ilk üçünün, başkalarının önünde konuşmakla ilgili olduğu belirlenmiştir (41).

Araştırmamızda en sık korkulan ve en sık kaçınılan sosyal fobik durumlardan ilk üç sırayı toplumla ilgili faaliyetlerin aldığı görülmektedir.

Liebowitz Toplam Puanı ve Bazı Sosyo-Demografik Özellikler

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında (Tablo 48) kız öğrencilerin toplam puanı ($X = 44,80$) erkek öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Bu sonuç sosyal fobi tanısı ile de uyumludur.

Liebowitz toplam puanı ile öğrencilerin bitirdikleri okul ve şu anda öğrenim gördükleri okul arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Annesi sağ olmayan öğrencilerin Liebowitz toplam puanı ($X = 50,63$) annesi sağ olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 49). Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0,05$).

Öğrencilerin babalarının yaşama durumu ile Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Liebowitz toplam puanı ile baba eğitimi okur-yazar olmayanlar ($X = 44,85$) diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Liebowitz toplam puanı ile baba mesleği karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar sosyal fobi tanısı ile de uyumludur.

Öğrencilerin annelerinin eğitimlerine göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında, Liebowitz toplam puanının okur-yazar olmayanlarda ($X = 44,46$) diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 51). Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç sosyal fobi tanısı ile de uyumludur.

Öğrencilerin annelerinin mesleğine göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında anne mesleği çiftçi olanların ($X = 54,67$) Liebowitz toplam puanı diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 52). Bu fark istatistiksel olarak

da anlamlı bulunmuştur. Bu sonucu araştırmamızdaki sosyal fobi tanısı ile de uyumludur.

Öğrencilerin baba tutumuna göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında babalarının otoriter tutumu ($X = 44,40$) demokrat tutumdan daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç araştırmamızdaki sosyal fobi tanısı ile de uyumludur.

Öğrencilerin anne tutumlarına göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında Liebowitz toplam puanı anneleri otoriter ($X = 44,84$) olan öğrencilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 54). Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Araştırmamızdaki sosyal fobi tanısı ile de uyumludur.

Liebowitz toplam puanı ile öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk oldukları, kız kardeş sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Öğrencilerde kekemelik varlığına göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında, Liebowitz toplam puanı kekeme ($X = 51,42$) olan kekeme olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 55). Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Liebowitz toplam puanı ile öğrencilerde tik, bedensel sakatlık, kronik bir hastalık bulunması, kronik hastalığın türü, basit korku, korkunun türü, üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer, üniversite öğrenimi süresince barındığı yer, sosyal faaliyet ve hobi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Öğrencilerdeki uyku düzensizliğine göre Liebowitz toplam puanı karşılaştırıldığında, Liebowitz toplam puanının uyku düzensizliği ($X = 44,76$) olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Liebowitz toplam puanı ile alkol ve sigara kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

6-SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi ve benlik saygısı arasındaki ilişki ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma Gaziantep Üniversitesinin 5 fakülte, 2 yüksekokul, 2 meslek yüksekokulu ve 1 konservatuarının, 27 bölümünde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma 375 (% 37,1) kız öğrenci ve 635 (% 62,9) erkek öğrenci olmak üzere 1010 öğrenci ile yapılmıştır. Bu öğrencilerin % 42,0'ının meslek lisesi mezunu olduğu, % 45,9'unun meslek yüksekokulunda okuduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin babalarının % 91,5'inin sağ olduğu, % 44,8'inin ilkokul mezunu olduğu, % 28,7'sinin işçi olduğu, % 56,6'sının otoriter tutum sergilediği saptanmıştır.

Öğrencilerin annelerinin % 97,3'ünün sağ olduğu, % 42,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, % 90,5'inin ev hanımı, % 68,2'sinin demokrat tutum sergiledikleri belirlenmiştir.

Öğrencilerin ailelerinin aylık gelirlerinin % 35,3'ünün beşyüz milyon- bir milyar arasında olduğu, % 63,5'inin 2 ile 4 arasında kardeşinin olduğu, % 40,9'unun ortanca çocuk olduğu, % 37,5'inin bir erkek kardeşinin, % 31,8'inin ise 1 kız kardeşinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde % 4,5'inde kekemelik, % 13,3'ünde tik, % 2,6'sında bedensel sakatlık, % 8,6'sında kronik bir hastalık olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığın türüne bakıldığında % 0,4'ünde diyabet, % 0,8'inde hipertansiyon, % 0,9'unda hepatit-B, % 6,2'sinde başka kronik hastalıkların olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin % 47,4'ünün basit korkuları olduğu, korkuları olan öğrencilerin % 12,2'sinin karanlıktan, % 14,0'ının yükseklikten, % 3,5'inin yalnız dışarı çıkmaktan ve % 17,7'sinin başka korkularının olduğu, % 41,5'inde uyku düzensizliği olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce % 36,3'ünün büyükşehirde yaşadığı, üniversite öğrenimi süresince % 44,3'ünün ailesinin yanında barındığı, % 65,3'ünün sosyal faaliyetlerinin, % 93,4'ünün hobilerinin olduğu, % 69,1'inin sigara kullandığı, % 15,6'sının ise alkol kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamalarının $20,10 \pm 2,54$ (min: 17- max: 42) boy ortalamalarının $172,09 \pm 8,68$ (min: 17-max: 198), kilo ortalamalarının $63,30 \pm 11,26$ (min: 38-max: 120) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerde Liebowitz sosyal anksiyete ölçeğine göre 'şiddetli' derecede korku ve kaçınma yaratan durumların; sırasıyla Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak, Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak, Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak (Tablo 9) olduğu saptanmıştır.

Araştırmada öğrencilerin % 36,1'inin sosyal fobi, % 27,0'ının sosyal fobi korku, % 48,5'inin sosyal fobi kaçınma tanıları aldıkları saptanmıştır.

Sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları alan öğrencilerin benlik saygısı puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Baba eğitimi, baba tutumu, anne tutumu, gelir düzeyi, kronik bir hastalığın varlığı, basit korku bulunması, öğrencilerin üniversiteye gelmeden önce yaşadıkları yer, öğrencilerin üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyetlerinin bulunması ile sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Baba eğitimi lise ve altı olanlarda, baba tutumu otoriter olanlarda, anne tutumu otoriter olanlarda, ailelerinin aylık gelir düzeyi bir milyar liranın altında olanlarda, kronik bir hastalığı, basit korkuları olanlarda üniversiteye gelmeden önce köy ve ilçede yaşayanlarda, üniversite eğitimlerinin yanı sıra sosyal faaliyetleri bulunmayan öğrencilerde sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Kız öğrencilerde, annelerinin meslekleri çiftçi ve ev hanımı olanlarda, hobileri olmayan öğrencilerde sosyal fobi ve sosyal fobi korku tanıları daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Meslek yüksekokulunda okuyan öğrencilerde sosyal fobi kaçınma tanısı, annelerinin eğitimleri lise ve altında olanlarda sosyal fobi tanısı, tik'i bulunan öğrencilerde sosyal fobi kaçınma tanısı, uyku düzensizliği olan öğrencilerde sosyal fobi kaçınma tanısı, alkol kullanmayan öğrencilerde sosyal fobi ve sosyal fobi kaçınma tanılarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Bitirilen ortaöğretim kurumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk oldukları, erkek ve kız kardeş sayısı, kekemelik, üniversite öğrenimi süresince barındıkları yer ve sigara kullanımı ile sosyal fobi, sosyal fobi korku ve sosyal fobi kaçınma tanıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Liebowitz toplam puanları ile öğrencilerin cinsiyetleri, anne yaşama durumu, baba eğitim durumu, anne eğitim durumu, anne mesleği, anne ve baba tutumu,

kekemelik ve uyku düzensizliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ($p < 0,05$).

6.2. Öneriler

1. Hemşireler tarafından anne-babalar, sağlık çocuk bakım ve eğitimi, adölesan dönemi ve sorunları, sosyal ve duygusal gereksinimleri konusunda bilgilendirilmelidir.
2. Gençlerin sosyal destek kaynakları artırılmalı, özellikle çevrelerinden yeterli desteği görmeyen gençlere sağlık ekibi özellikle hemşireler tarafından gerekli yardım sağlanmalıdır.
3. Ülkemizde, gençlerin sağlıklı bireyler olarak yetişebilmelerini sağlamak amacıyla erken tanı ve teşhis yöntemlerinden yararlanılması ve özellikle hemşirelerin koruyucu sağlık politikaları geliştirmesi aşamasına katılması gereklidir.
4. Gençlere sosyal fobi hastalığı konusunda bilgi verilmeli, gerektiğinde tıbbi yardım almaları sağlanmalıdır.
5. Sosyal fobinin yüksek oranda görülmesi daha geniş araştırmaların gerekliliğini vurgulamaktadır.
6. Ölçek kullanarak yapılan sosyal fobi taramalarında kültürel özellikler de dikkate alınmalıdır. Kesin tanı için klinik muayene önerilmelidir.
7. Sosyal fobi, diğer insanlarla girilen ilişkilerin biçimlenmesini, yaşama yönelik hedeflerin peşinden gitme uğraşısını ve gelecekte psikolojik gelişimi bozarak başka psikiyatrik bozukluklar ve komplikasyonlara neden olacağından erken tanı ve tedavi önemlidir. Sosyal fobinin erken tanı ve tedavisi konusunda ruh sağlığı alanında ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların eğitimi önem kazanmalıdır.
8. Düşük benlik saygısının sosyal fobik belirtileri etkilediği birçok araştırmalarla ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre; anne-babanın ve eğitimcilerin olumsuz eleştiriden ve yargılayıcı yaklaşımlardan kaçınmaları, uygun rol modeli olmaları, çocukların veya gençlerin yeteneklerinin ve güçlü yönlerinin ortaya çıkarılması, desteklenmesi, takdir ve ödüllendirme ile bireyin memnuniyetinin sağlanması, çocukların ve gençlerin arkadaş gruplarıyla , eğitimcilerle iletişimini sağlayacak sosyal ve bilimsel programların oluşturulması, toplumdaki destek kaynaklarının tanınmasına yardım edilmesi ve var olan kaynaklara bireylerin yönlendirilmesi, danışmanlık hizmetleriyle bireyin kendi öz denetimini sağlamak konusunda yardımcı olunması gereklidir.

7-KAYNAKLAR

- 1- [http :// www. Popüler medical com.](http://www.Popülermedical.com) Anksiyete Bozuklukları. (23.03.2003) tarihinde ziyaret edilmiştir.
- 2- SÖNMEZ, Y. : Fobiler Üzerine Epidemiyolojik Bir Araştırma. Hemşirelik Bülteni, Cilt XI, 43-44, 1999.
- 3- KIRLI, S. : Anksiyete. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa 2003; 1-84.
- 4- YOLAÇ, P. : Sosyal Fobide Psikolojik Tedavi. 3P Dergisi. 4 (Ek.1) : 35-41, 1996.
- 5- KARACAN, E. , ŞENAL, S. : Çocukluk ve Ergenlik Çağında Sosyal Fobi. 3P Dergisi. 4 (Ek1) : 28-33, 1996.
- 6- PEKTEKİN, Ç. , SÖNMEZ, Y. : Üniversite Gençliğinin Yaşadığı Korkular ve Nedenlerinin Araştırılması. Hemşirelik Bülteni. XI : 43-44, 1999.
- 7- ÖZ, F. : Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj Basım, Ankara 2004 ; 83-113.
- 8- BAŞER, M. , BAYAT, M. : Öğrencilerin Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Hemşirelik- Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, Haziran 1998, Kayseri.
- 9- İZGİÇ, F. , AKYÜZ, G. : Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi ve Beden İmgesi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkilerin Araştırılması. 3P Dergisi. 9 (4) : 592-598, 2001.
- 10- SOLMAZ, D. , GÖKALP, P. : Sosyal Fobide Klinik Özellikler ve Eştanı. Türk Psikiyatri Dergisi. 10 (3) :207-214, 1999.
- 11- GÖKA, E. , CİNEMRE, B. : Betimsel Özellikleri ve Tanımlama Sorunlarıyla Sosyal Fobi. 3P Dergisi. 4 (Ek:1) : 8, 1996.
- 12- ARICIOĞULLARI, Z. : Ortaöğretim Öğrencilerinde Sosyal Fobi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Faktörler. Dicle Üniversitesi. Psikiyatri Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Diyarbakır-2001.
- 13- MARKS, IM. GELDER, MG. : Different Ages Of Onset İn Verieties Of Phobia. Am J Psychiatry 123 : 218-221,1996.
- 14- GÖKALP, P. , ERDİŞ, F. : Alkol Bağımlılarında Sosyal Fobi : 100 Olgu ile Karşılaştırmalı Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi. 37 (1) : 18-24, 2000.
- 15- ASLAN, H. , ALPARSLAN, N. : Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Anksiyete Düzeyleri, Aleksitimi ve Stresle Başa Çıkma. Nöropsikiyatri Arşivi. 34 (3) : 127-134, 1997.
- 16- [http : // www. Popüler medical com.](http://www.Popülermedical.com) Psikiyatri, Fobiler. (03.10.2003 tarihinde ziyaret edilmiştir).

- 17-ARIEL J. LONG, PH. DIAND MURRAY B. STEIN, M.D. : Social Phobia : Prevalence and Diagnostic Threshold. J Clin Psychiatry. 62 [Suppl (1)] : 5-10, 2001.
- 18-HERMAN G.M. WESTERNBERG, PH.D. : The Nature of Social Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry. 59 [suppl (17)] : 20-24, 1998.
- 19-http : // www. TR NET SAĞLIK. Sosyal Kaygı Bozukluğu. (03.10.2003 tarihinde ziyaret edilmiştir).
- 20-http : // A : \ Sosyal Fobi Nedir? htm. (03.10.2003 tarihinde ziyaret edilmiştir).
- 21-DİLBAZ, N. : Sosyal Fobi. Psikiyatri Temel Kitabı. C. GÜLEÇ, (Ed.). HEKİMLER Yayın Birliği, Ankara 2001; Cilt 1, 483-484.
- 22-AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ : Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV -TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000 'den Çeviren Köroğlu, E. ; Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001 : 197-198.
- 23-DİLBAZ, N. : Sosyal Fobi. Psikiyatri Dünyası. 1 (1) : 18-24, 1997.
- 24-AKDEMİR, A. , CİNEMRE, B. : Sosyal Fobi : Epidemiyoloji, Eşlik Eden Hastalıklar, Klinik Gidişi, Prognoz. 3P Dergisi. 4 (Ek. 1) : 11-16, 1996.
- 25-ROBINS LN, HELZER JE, COUGHAN J, RATCLIFF KS. The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : Its History, Characteristics and Validity. Arch Gen Psychiatry. 38 : 381-383, 1981.
- 26-SUNGUR, MZ. , DİLSİZ, A. : Sosyal Fobi. Türk Psikiyatri Dergisi. 9 : 128-138, 1998.
- 27-SUNGUR, MZ. , DİLSİZ, A. : Sosyal Fobi. Anksiyete Monografileri Sergisi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1995 : 204-215.
- 28-DOĞAN, O. : Sosyal Fobi. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir 2002 : 54.
- 29-İŞCAN, C. , İŞCAN, N. : Psikodinamik Açısından Sosyal Fobi : Utanç Anlamak. 3P Dergisi. 4 (Ek.1) : 23-24, 1996.
- 30-TÜRKÇAPAR, MH. : Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı. Klinik Psikiyatri. 2 : 247-248, 1999.
- 31-TÜRKÇAPAR, MH. : Sosyal Fobinin Biyolojisi. 3P Dergisi. 4 (Ek 1) : 18-22, 1996.
- 32-KENDLER, KS. , NADE, MC. , KESSLER, RC. , HEATH AC, EAVES LJ. THE GENETIC EPIDEMIOLOGY OF PHOBIAS IN WOMEN : The Interrelationship of

- Agarophobia, Social Phobia, Situational Phobia and Simple Phobia. Arch Gen Psychiatr. 49 : 273-281, 1992.
- 33-PAPP, LA. , GORMAN, JM. , LIEBOWITZ, MR. , FYER, AJ. , KLEIN, DF. : Epinephrin Infusions in Patients With Social Phobia. Am J Psychiatry. 145 : 733-735, 1998.
- 34-TANCER, M E. : Neursbidogy of Social Phobia. J Clin Psychiatry. 54 (suppl : 12) : 26-28, 1993.
- 35-TÜKEL, R. , KIZILTAN, E. : Sosyal Fobi ve Panik Bozukluğu : Bir Karşılaştırma Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 9 (2) : 92-98, 1998.
- 36-STEIN, MB. , WALKER, JR. , FORDE, DR. : Setting Diagnostic Thresholds for Social Phobia : Considerations From Community Survey of Social Anxiety. Am J Psychiatry. 151 : 408-412, 1994.
- 37-AUSTIN, LS. , LYDIAND, RB. , FOSSEY, MR. : Panic and Phobic Disorder. J Clin Psychiatry. 51 : 456-457, 1990.
- 38-SEVİNÇOK, L. , ŞAHİN, M. : Sosyal Fobi ve Çekingen Kişilik Bozukluğu : Sosyal Fobili Bir Grup Hasta Üzerinde Kavramsal Bir Tartışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 9 (1) : 38-42, 1998.
- 39-SCHNEIER, FR. , SPITZER, RL. , GIBBON, M. VE ARK. : The relationship of Social Phobia Subtypes and Avoidant Personality Disorder. Compr Psychiatry, 32 (6) : 496-502, 1992.
- 40-HERBERT, JD. , HOPE, DA. , BELLACK, AS. : Validity of The Distinction Between Generalized Social Phobia and Aavoidant Personality Disorder. J Abnorm Psychol. 101 (2) : 332-339, 1992.
- 41-TÜKEL, R. , DEMİR, T. : Sosyal Fobide Klinik Özellikler 42 Olgunun Değerlendirmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 34 (3) : 103-112, 1997.
- 42-SEVİNÇOK, L. , KAYMAK, H. : Sosyal Fobide Eşlik Eden Çekingen Kişilik Bozukluğu Tedavisinde Sentralinin Etkisi. 3P Dergisi. 7 (3) : 206-214, 1999.
- 43-DİLBAZ, N. : Sosyal Anksiyete Bozukluğu : Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı, Klinik Psikiyatri Dergisi. 2 (3) : 21, 2000.
- 44-KUSHNER, MG. , SHER, XJ. , BEITMAN, BD. : Therelation Between Alcohol Problems and The Anxiety Disorder. Am J Psychiatry. 147 : 685-695, 1990.
- 45-ÖZGÜVEN, HD. , SUNGUR, MZ. : Sosyal Fobi. Türk Psikiyatri Dergisi. 9 (2) : 128-138, 1998.
- 46-KÖROĞLU, E. : Sosyal Fobi. Psycomed. 2 (1) : 13-19, 1996.

- 47-ALBONA, AM. , MARTEN, PA. , HOLT, CS. : Cognitive-Behavioral Group Treatment for Adolescent Social Phobia : A Preliminary Study. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 34 : 976-986, 1995.
- 48-DEBORAH, C. , BEIDEL, PH.D. : Social Anxiety Disorder : Etiology and Early Clinical Presentation. J Clin Psychiatry. 59 (suppl 17) : 27-31, 1998.
- 49-KAMINER, DB. , STEIN, DJ. : Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Social Anxiety Disorder, Ed. : Westenberg, HGM. , Boer, JA. 'den, Amsterdam, Syn-Thesis Publishers, 1999, 29-46.
- 50-LAST, CG. , PERRIN, S. , HERSEN, M. , KAZDIN, AE. : DSM-III-E Anxiety Disorders in Children : Sociodemographic and Clinical Characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 31 (6) : 1070-1076, 1992.
- 51-MARK, H. POLLACK, M.D. : Management of Social Anxiety Disorder : Diagnostic, Treatment and Clinical Course. J Clin Psychiatry. 60 (Suppl 9) : 3-8, 1999.
- 52-DİLSİZ, A. , SUNGUR, MZ. : Sosyal Fobinin Farmakolojik Tedavisi. 3P Dergisi. 4 (Ek 1) :42-48, 1996.
- 53-ERKMEN, H. : Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi ve Fobinin İlaçla Tedavisindeki Gelişmeler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 8 (3) : 135-138, 1998.
- 54-MICHAEL, R. , LIEBOWITZ, M.D. : Update on the Diagnosis and Treatment of Social Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry. 60 (suppl 18) : 22-26, 1999.
- 55-BALLENGER, JC. : DAVIDSON, SR. : Consensus Statement on Social Anxiety Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry. 59 (suppl 17) : 54-60, 1998.
- 56-YÜKSEL, N. : Panik Bozukluğu, Fobiler, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tedavileri: Psikofarmakoloji, Bilimsel Tıp; 253-280, Ankara, 1998.
- 57-FİLE : A : \ Epidemiyoloji. htm. Sık Görülen, Ancak Yeterince Tanımlanamayan Bir Ruhsal Hastalık : Sosyal Fobi ve Tedavisi. (03.10.2003 tarihinde ziyaret edilmiştir).
- 58-OTTO, MV. . Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder : Model, Methods, and Outcome, J Clin Psychiatry. 60 (suppl : 9) : 14-19, 1999.
- 59-YOLAÇ, P. : 2000'lerde Sosyal Fobi Tedavisi ve Kognitif-Davranışçı Yaklaşım. 10. Anadolu Psikiyatri Günleri. 179-185, 2001.

- 60- WYLIE, R. , THE SELF. CONSEPT THEARY AND RESEARCH, LINCOLN : University of Nebraska Press, 1979, Vol 2.
- 61- YÖRÜKOĞLU, A. : Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. 3. Baskı, Özgür Yayın Dağıtım. İstanbul, 1989.
- 62- YÖRÜKOĞLU, A. : Gençlik Çağı Ruh Sağlığı Eğitimi ve Ruhsal Sorunları. Türkiye İş Bankası Yayınları, Birinci Baskı. Ankara, 1985.
- 63- SONER, O. : Aile Uyum, Öğrenci Öz güveni ve Akademik Başarı Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, 1995.
- 64- ÖNER, U. : Benlik Gelişimine İlişkin Kavramlar, Ergenlik Psikolojisi. Hacettepe Taş Kitapçılık. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara, 1987 : 67-83.
- 65- ERDİNÇ, G.A. : İzmir İli Lise Öğrencilerinde Benlik İmajı-Başarı İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir, 1995.
- 66- CÜCELOĞLU, O. : İnsan ve Davranışı. 2. Baskı. Remzi Kitapevi, 1991.
- 67- ADAMS, J.F. : Ergenliği Anlamak, İmge Kitapevi Yayınları. Ankara, 1995.
- 68- TUFAN, B. , YILDIZ, S. : Geri Dönüşüm Sürecinde İkinci Kuşak. Hacettepe Üniversitesi Basımevi. Ankara, 1993.
- 69- İNANÇ, N. : Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeyleri ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi, 1997.
- 70- GENÇTAN, E. : Psikoanaliz ve Sonrası. Hür Yayın. İstanbul, 1981.
- 71- TUFAN, B. : Benlik Saygısı Kavramı ve Yaşam Boyunca Benlik Saygısının Gelişimi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi. 8 (1-2-3) : 29-40, 1990.
- 72- TAYSİ, E. : Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek : Üniversite Öğrencileri ile Yapılan Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2000.
- 73- TAYLOR, C.M. : Essentials of Psychiatric Nursing, Toronto, Thirteenth Editions, 1990 : 99-109.
- 74- KUMRAL, A. : Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul, 1987 : 1-5.
- 75- MANLEY, K. . Primary Nursing in Intensive Care, The Publishing Company of The Royal Collage of Nursing Press, London, First Published, 1989.
- 76- ÖZCEBE, H. : Hemşireler için Psikiyatri. Hatipoğlu Yayınevi. İstanbul, 1989 : 15.

- 77-BLAIR, D. et. al. THE UNDERTREATMENT OF ANXIETY : Dvercoming the Confusion and Stigma. Journal of Psychocosomal Nursing and Mental Health Services. 24 (6) : 9, 1996.
- 78- VARGAROLIS, EM. : Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. W.B. , Sounders Company, 1998 : 129-365.
- 79- KUM, N. : Anksiyete, Somatoform ve Dissosiyatif Bozukluklar. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, II.Baskı. Birmat Matbaacılık, İstanbul, 2003 : 132-142.
- 80- ÖZBAY, H. : Anksiyete Hastalıkları ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Songür Yayıncılık. Ankara, 1993 : 58-60.
- 81- SÖKMEN, T. , YAZAN, B. : Psikiyatri Hemşiresine Pratik Notlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar. İzmir, 1996 : 5.
- 82- TERAKYE, G. . Peplau'nun Teorisinde Yer Alan İki Temel Kavram; Bunaltı ve İletişim. Psikiyatri Kliniklerinde Hastalarla Görüşmeler. Ankara, 1995. Sf. 6.
- 83- KEASLER, RC. , MC GONAGLE, DK. , ZHAO, S. , NELSON, CB. , HUGHES, M. , ESHLEMAN, S. , ET AL : Lifetime 12- Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 51 : 829. 1994.
- 84- SCHNEIER, FR. , JOHNSON, S. , HORNIG, CD. , LIEBOWITZ, MR. , WEISSMAN, MM. , SOCIAL PHOBIA : Comorbidity and Morbidity in an Epidemiologic Sample. Arch Gen Psychiatry . 1992 ; 49: 282-288.
- 85- STEIN, MB. : Phenomenology and Epidemiology of Social Phobia Int Clin Psychopharmacol. 1997 ; 12 (sup 6) : 23-26.
- 86- WITTCHEN, HV. , STEIN, MB. , KESSLER, RC. : Social Fears and Social Phobia in a Community Sample of Adolescent and Young Adults. Psychol Med. 1999 ; 29 (2) 309-323.
- 87- WALKER, HR. , MULLUJANS, R. , KLEIN, KH. : Identification of Cases of Anxiety disorders and Affective Disorders in the Community According to ICD-10 and DSM-III-R by Using the Composite Interview (CIDI) Int. Methods Psychiatry Res. 1982, 2 : 91-100.
- 88- SAYAR, K. , SOLMAZ, M. : Sosyal Fobi ve Kültür. Bir Taijin Kyofusko Vakası. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000 ; 11 (2) : 154-161.
- 89- GEIST, CR. : Social Avoidance and Distress as a Predictor of Perceived Levels of Control and Level of Self- Esteem J Clin Psychol. 1982 ; 38 : 611-613.

- 90-CHARTIER, MS. , HAZEN, AL. , STEIN, MB. : Lifetime Patterns of Social Phobia : a Retrospective Study of the Course of Social Phobia in a Non Clinical Population. *Depres Anxiety*. 1998 ; 7 (3) : 113-121.
- 91-KAHLE, LR. : Low Adolescent Self-Esteem Leads to Multiple Interpersonal Problem, *J Personality Soc Psychol*. 1980 ; 39 : 496-502.
- 92-ROSENBERG, M. : *Society and Adolescent- Self- Image*. Princeton, Princeton University Press, 1965.
- 93-MARRISON, TL. , THOMAS, MB. : Self-Esteem and Classroom Participation. *J Educ Res* 1975 : 68 : 374-377.
- 94-COOPERSMITH, S. : *The Antecedents of Self-Esteem*. Sam Francisco CA Freeman, 1967.
- 95-SHUKUTANI, K. : Study on Clinical Inventory Scale of Social Phobia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1989 ; 9 (4) : 223-243.
- 96-YELSMA, P. , YELSMA, J. : Self-Esteem and Socioal Respect With in the High. *J Soc Psychol*. 1998 ; 138 (4) : 431-441.
- 97-KING, N. , MURPHY, GC. , HEYNE, D. (1997) : The Nature and Treatmant of Social Phobia in Youth. *Counselling Psychology. Quarterly*. 10, (4) : 377-387.
- 98-STEIN, MB. , MC. QUARD, JR. , LAFFGE, C. : Social Phobia in the Primary Care Medical Setting *J Fam Pract* 1999; 48 (7) : 514-519.
- 99-SOLYOM, L. , LEDWIDAYE, B. , SOLYOM, C. . Delineating Social Phobia *Br J Psychiatry* 1986 ; 149 : 464-470.
- 100-SCHNEIER, FR. , MARTIN, LY. , LIEBOWITZ, MR. : Alcohol Abuse in Social Phobia *J Anxiety Dis*. 1989 ; 3 : 15-23.
- 101-DAVIDSON, JR. , HUFHES, DL. , GEORGE, LK. , BLAZER, DG. : The Epidemiology of Social Phobia : Fingdings From the Duke Epidemiological Catchment Area STUDY *Psychol Med*. 1993 ; 23 : 709-718.
- 102- DEGONDA, M. , ANGST, J. : The Zurich Study. Social Phobia and Agorophobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993 ; 243 : 95-102.
- 103- WESSMAN, MM. , BLAND, RC. , CANINO, GJ. , GREENWALD, S. , LEE, C-K. , NEWMAN, SC. , RABIO, STPEC, M. , WICKRAMARATNE, PJ. : The Crossnational Epidemiology of Social Phobia : Apreliminary Report : *International Clinical Psychopharmacology*. 1996 ; 11 (suppl 3) : 9-14.
- 104- GELERNTER, CS. , STEIN, MB. , TANCER, ME. , UHDE, TW. : An Examination of Syndromal Validity and Diagnostic Subtypes in Social Phobia and

- Panic Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992 ; 53 : 23-27.
- 105- AMIES, PL. , GLDER, MG. , SHOW, PM. , SOCIAL PHOBIA : A Comparative Clinical Study. *Br J Psychiatry*. 1983 ; 142 : 174-179.
- 106- SUDD, LL. : Social Phobia : A Clinical Overview. *J Clin Psychiatry*. 1994 ; 55 (4) : 5-9.
- 107- O KEEFE, M. : Factors Mediating the Link Between Witnessing Interparental Violence and Dating Violence. *Journal of Family Violence*. 1998 ; 13 (1) : 39-57.
- 108- STEIN, MB. , BAIRD, A. , WALKER, JR. : Social Phobia in Adults With Stuttering. *Am J Psychiatry*. 1996 ; 153 : 278-280.
- 109- LECKMAN, JF. , ZHANG, H. , VITALE, A. , LAHNIN, F. VE ARK.: Course of Tic Severity in Tourette Syndrome : The First Two Decades. *Pediatrics*. 1998 ; 102, 1, 1 : 14-19.
- 110- STEIN, RF. : Comparison of Self- Concept of Nonobese and Obese University Junior Female Nursing Students. *Adolescence*. 1987 ; 22 (85) : 77-90.
- 111- BERSCHEID, E. , WALSTER, E. : Physical Attractiveness. L Brkowitz (Ed) : *Advances in Experimental Social Psychology Vol-7*, New York, Academic Press, 1974.
- 112-HOFFMAN, SG. : Self- Focused Attention before and After Treatment of Social Phobia. *Behav Res Ther* 2000 ; 38 (7) : 717-725.
- 113- VAN AMRINGEN, M. , MANCINI, C. , STYAN, G. , DANISON, D. : Relationship of Social Phobia With Other Psychiatric Illness. *J Affect Disord*. 1992 ; 21 : 93-99.
- 114- TURNER, SM. , BEIDEL DC. , SOCIAL PHOBIA : Clinical Syndrome, Diagnosis, and Comorbidity. *Clin Psychol Rev* 1989 ; 9 : 3-18.
- 115- TURNER, SM. , BEIDEL, DC. , TOWNSLEY, RM. , SOCIAL PHOBIA : Relationship to Shyness. *Behav Res Ther* 1990 ; 28 : 497-505.

EKLER

DEĞERLİ ARKADAŞLAR

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yapılmakta olan yüksek lisans tezi araştırması için veri toplamak amacıyla geliştirilen bu ankette size ait **Kişisel Bilgiler, Sosyal Fobi ve Benlik Saygısı** ile ilgili sorularla karşılaşacaksınız.

Sağlıklı bilgilere ulaşabilmek için soruları dikkatle okumanız, yanıtız soru bırakmamanız, yalnızca size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz ve bilgilerin sağlıklı olabilmesi için soruları içtenlikle yanıtlamanız önemlidir.

Bu anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar dörtlü ölçek üzerinden değerlendirilecektir. Ölçekte her bir sayının ifade ettiği anlam yüzde olarak şöyledir.

1. Yok	1. Yok	Sıklık olarak	% 0	ölçüsünde
2. Hafif	2. Ara sıra	" "	% 1-33	"
3. Orta	3. Sıkça	" "	% 34-67	"
4. Şiddetli	4. Genellikle	" "	% 68-100	"

Anket formundaki soruları yanıtlarken başkalarının yaptıklarına ilişkin düşüncelerinizi, yapmanız ya da yapmamanız gerekenleri değil, kendi yaptıklarınızı, tutum ve davranışlarınızı belirtiniz.

LÜTFEN TÜM MADDELERİ DİKKATLE YANITLAYINIZ.

Ayıracağınız zaman ve göstereceğiniz özen için teşekkür ederim.

Araştırmacı

Nurgül ÖZDEMİR

EK-1

BİREYSEL BİLGİ FORMU

- 1- Cinsiyetimiz : () Kız () Erkek
- 2- Yaşınız :
- 3- Boyunuz :
- 4- Kilonuz :
- 5- Bitirdiğiniz Ortaöğretim Kurumu :
- a) Düz lise b) Anadolu lisesi c) Fen lisesi d) Meslek lisesi
- 6- Eğitim gördüğünüz Fakülte / Yüksekokul / MYO adını yazınız.....
- 7- Bölümünüz :
- 8- Anneniz Sağ mı? a) Evet b) Hayır
- 9- Babanız Sağ mı? a) Evet b) Hayır
- 10- Babanızın Eğitim Durumu:
- a) Okur-Yazar değil b) Okur-Yazar c) İlköğretim d) Lise e) Yüksekokul
- 11- Babanızın Mesleği:
- a) Çiftçi b) İşçi c) Memur d) Esnaf e) İşsiz
- 12- Babanızın tutumu: a) Otoriter b) Demokrat
- 13- Annenizin Eğitim Durumu:
- a) Okur-Yazar değil b) Okur-Yazar c) İşçi d) Lise e) Yüksekokul
- 14- Annenizin Mesleği:
- a) Ev Hanımı b) Çiftçi c) İşçi d) Memur e) Serbest Meslek
- 15- Annenizin tutumu: a) Otoriter b) Demokrat
- 16- Ailenizin gelir düzeyini işaretleyiniz:
- a) 300.000.000 TL. altında b) 300-500.000.000 TL. arası c) 500.000.000-1.000.000.000 TL. arası d) 1.000.000.000-2.000.000.000 TL. arası e) 2.000.000.000 TL. üzeri
- 17- Kaç kardeşiniz?
- a) Tek çocuk b) 2-4 c) 5-7 d) 8-10 e) 11 ve üzeri
- 18- Kaçınıcı çocuksunuz?
- a) İlk çocuk b) Ortanca (kardeş sayısı ve sırası fark etmez) c) Son çocuk

19- Erkek kardeşlerinizin sayısını belirtiniz.

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üzeri

20- Kız kardeşlerinizin sayısını belirtiniz.

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üzeri

21- Kekemeliğiniz var mı? a) Evet b) Hayır

22- Tikleriniz var mı ? a) Evet b) Hayır

23- Bedensel bir sakatlığınız var mı? a) Evet b) Hayır

24- Kronik bir hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır

25- **24. Soruya** yanıtınız **Evet** ise aşağıdakilerden birini işaretleyin. **Hayır ise 27.**
Soruya geçiniz.

- a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Hepatit-B d) Diğer.....

26- Korkularınız var mı? a) Evet b) Hayır

27- **26. Soruya** yanıtınız **Evet** ise aşağıdakilerden birini işaretleyiniz. **Hayır ise 28.**
Soruya geçiniz.

- a) Karanlık b) Yükseklik c) Yalnız başına dışarı çıkma d) Diğer.....

28- Sık sık uykularınızın kaçtığı olur mu? a) Evet b) Hayır

29- Üniversiteye gelmeden önce yaşadığınız yeri işaretleyiniz.

- a) Köy b) İlçe c) Şehir d) Büyükşehir

30- Üniversite öğreniminiz sırasında barındığınız yeri işaretleyiniz.

- a) Yurt-Kur b) Yalnız başıma evde c) Arkadaşlarla evde d) Ailemin yanında

31- Üniversite eğitiminizin yanı sıra sosyal faaliyetleriniz var mı? a) Evet b) Hayır

32- Hobileriniz var mı? a) Evet b) Hayır

33- Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

34- Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

EK-2**LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ SEMPTOM SKALASI**

UYARILAR: Tüm seçenekleri geçen haftayı referans kabul ederek (bu gün de dahil olacak şekilde) skorlayınız. Eğer durumlardan biri geçen hafta içerisinde oluşmadıysa, kişinin durumla karşılaştığında göstereceğini söylediği tepkiyi skorlayınız. Her bir durum için (yaşanmış olan ya da yaşanmış olduğu varsayılan) **hem** korku ya da anksiyetenin derecesini **hem de** kaçınma sıklığını skorlayınız.

NOT : Her iki sütunu da ayrı ayrı işaretleyiniz. Yüzdelik dağılım : Yok (% 0), Hafif ve ara sıra (% 1-33), Orta ve Sıkça (% 34-67), Şiddetli ve Genellikle (% 68-100) şeklindedir.

	KORKU ya da SIKINTI				KAÇINMA			
	0.Yok		1.Hafif		0. Yok		1. Hafif	
	2. Orta		3.Şiddetli		2. Sıkça		3.Genellikle	
	0	1	2	3	0	1	2	3
Topluluk içerisinde telefon etmek								
Küçük bir grupta beraber bir aktiviteye katılmak								
Toplulukta yemek yemek								
Toplulukta bir şeyler içmek (Çay, kola, v.b.)								
Yönetici konumundaki biriyle konuşmak								
Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak								
Bir davete gitmek								
Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak								
Biri ya da birileri tarafından izlenirken yazı yazmak								
Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek								
Çok iyi tanımadığınız biri ile yüz yüze görüşmek								
Yabancılar ile tanışmak								
Genel bir tuvalette idrar etmek								
Başkalarının olduğu bir odaya girmek								
İlgi merkezi olmak								
Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak								
Beceri, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek								
Çok iyi tanımadığınız birine karşı görüş bildirmek ya da onu onaylamak								
Çok iyi tanımadığınız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak								
Bir gruba sözlü rapor vermek								
Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak								
Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek								
Bir davet vermek								
İsrarcı bir satıcıyı reddetmek								

EK-3**COOPERSMITH BENLİK SAYGISI FORMU**

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümleler size uygun olanını **EVET** uygun olmayanı **HAYIR** olarak işaretleyiniz.

EVET HAYIR

1	Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam		
2	Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir		
3	Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim		
4	Karar vermede fazla zorluk çekmem		
5	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar		
6	Evde kolayca moralim bozulur		
7	Yeni şeylere kolay alışmam		
8	Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim		
9	Ailem genellikle duygularıma önem verir		
10	Başkalarının söylediklerini kolaylıkla kabul ederim		
11	Ailem benden çok şey bekler		
12	Benim yerimde olmak çok zordur		
13	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum		
14	Genellikle, başkalarının düşüncelerini kabul ederim		
15	Kendimi yetersiz buluyorum		
16	Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum		
17	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olamam		
18	Başkaları kadar güzel / yakışıklı değilim		
19	Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam		
20	Ailem benim duygularımı anlar		
21	Çok sevilen bir kimse değilim		
22	Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum		
23	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar		
24	Sık sık ' Keşke başka biri olsam ' diye düşünüyorum		
25	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum		

ÖZGEÇMİŞ

1974 yılında Gaziantep ilinin Oğuzeli ilçesinde doğdu. İlk ve Orta öğrenimini Gaziantep'te tamamladıktan sonra 1990 yılında girmiş olduğu İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nu 1994 yılında bitirdi. Aynı yıl Yıldız Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesinde Pedagojik Formasyonunu aldı. 5 yıl Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Cerrahi Servisinde hemşire olarak çalıştı. Aynı zamanda Gaziantep Amerikan Hastanesi SEV Kolejinde ders verdi. 1999 yılında yine Gaziantep Üniversitesi bünyesinde yer alan Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak görevini sürdürmektedir.

Evli ve bir çocuk sahibidir.

