T. C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL FOBİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÜNİVERSİTEYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Salih AKGÜN

EDİRNE – 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Serdar ÖZTORA ve Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve özellikle anneme, babama, kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 4

- **TANIM VE TARİHÇE** 4
- **KLİNİK** 7
- **YAYGINLIK** 7
- **SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER** 9
- **ALT TİPLER** 9
- **EŞTANI** 11
- **SOSYAL FOBİ-ÇEKİNGEN KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ** 12
- **SOSYAL FOBİ VE YAŞAM KALİTESİ** 12
- **SOSYAL FOBİ VE OKUL BAŞARISI** 13
- **SOSYAL FOBİ VE ÜNİVERSİTEYE UYUM** 14
- **SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI VE İNTİHAR** 15
- **SOSYAL FOBİNİN TEDAVİSİ** 16

GEREÇ VE YÖNTEMLER 19

BULGULAR 22

TARTIŞMA 72

SONUÇ 81

ÖZET **83**

SUMMARY **85**

KAYNAKLAR **87**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

ÇKB : Çekingen Kişilik Bozukluğu

DIS : Tanısal Görüşme Soru Formu

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

LSAÖ : Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

SAB : Sosyal Anksiyete Bozukluğu

GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal fobi, kişinin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısı taşıdığı ortamlarda açık ve devamlı bir biçimde mahçup ya da rezil olacağı korkunun olması durumudur. DSM-V'e bakıldığında sosyal fobisi olan kişiler, korku duydukları bu ortamlardan kaçma, uzak durma davranışı gösterir, bulunmak durumunda kaldıklarında ise yoğun bir anksiyete ve sıkıntı içerisinde buna katlanırlar. Bununla birlikte en dikkat çekici klinik özellik ise başkası tarafından incelenmek ve değerlendirilmek konusunda mantık dahilinde olmayan bir korku yaşanmasıdır (1).

Sosyal fobi son zamanlarda araştırmacıların giderek daha çok ilgisini çekmektedir. Amerika'da yapılmış olan araştırmalar, toplumun %13'lük kısmını etkileyen sosyal fobinin en yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu, major depresyon ve alkol bağımlılığından sonra üçüncü en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalık olduğunu göstermektedir (2). Ergenlerle yapılmış olan araştırmalarda sosyal fobi yaşam boyu prevalansı %5-15 bulunmuştur (3). Başlangıç yaşına bakıldığında ise diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla başlangıç yaşının düşük oluşu sosyal fobiyi çocuklar ve ergenler açısından daha önemli kılmaktadır (4).

Sosyal fobinin 1990'ların öncesinde yeteri kadar önemsenmemiş olması dikkat çekicidir. Bunun ana sebepleri; çocuklardaki sosyal anksiyetenin hem ailede hem de okulda bir sorun olarak görülmemesi, dışa vurumu olan bozukluklardaki gibi yıkıcı davranışlarla çocuğun diğerlerine zarar vermiyor oluşu, sosyal ortamda genelde geri planda ve sessiz kalmayı seçen çocukların çevrelerince çekingen olarak görülmesi ve bunun kişiliklerinin parçası olarak kabul edilmesi, sosyal anksiyetenin yapısında olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilme korkusunun yardım istemeyi engelliyor olması, sosyal fobiye eşlik eden bedensel semptomlarla hastaların diğer birimlere başvurarak vakit kaybetmeleri sayılabilir.

Sosyal fobisi olanlar arasında korkuların türü, sayısı, kaçınma durumu sıklığı, sosyal beceriler, işlevsellik üzerindeki etkisi, hastalığın başlangıç yaşı, hayattan tatmin olma durumu ve tedavi yaklaşımındaki farklılıklar alt tipleri tanımlama ihtiyacına neden olmuştur. Sosyal fobinin bu alt tiplerinden bahsedecek olursak; sosyal durumların birinden ya da birkaçından korku duyan ve uzak duran hastalar için özgül tip, birçok sosyal ortamdan korku duyan, kaçınanlar içinse yaygın tip tanımlanmıştır. Yaygın tip SAB olanlar tipik olarak kişiler arası ilişki gerektiren ya da başkası tarafından izleneceklerini fikrine kapıldıkları ortamlardan korkarlar, kaçınırlar (5-9).

Sosyal fobinin iki alt tipinde de bulunan ortak özellik, bir topluluk önünde konuşma yapmaktan korkmadır ve sosyal fobisi olanların %90'ında bu durumun olduğu tespit edilmiştir (10-12). Belirli bir kitle önünde konuşurken pek çok insan kalbinde çarpıntı, kaslarda gerginlik, titreme gibi tepkiler verir ve bir miktar rahatsızlık gösterirler ancak bu, kısa süre sonra yerini rahatlık hissine bırakır. Aynı durum sosyal fobisi olanlarda ciddi rahatsızlıklara neden olarak aşırı anksiyeteyle birlikte bu duruma dayanma ya da bu durumdan kaçınma davranışına sebebiyet verir. Bir topluluk önünde konuşma ve bu gibi benzer durumlarda toplumun %15-30'luk kısmının korku ve endişe yaşadığı düşünülmektedir (13-15).

Sosyal fobi oluşumunda genetik temelli korkuya yatkın olma, davranışsal inhibisyon, travmatik deneyim, sosyal becerilerde eksiklik, bilişsel önyargılar, ebeveynlerin rol-modelleri, akranlarla olan ilişkiler, kültürel farklılıklar, çocukluk çağındaki yaşam olayları vb. etkili olmakla birlikte; günümüzde birçok faktörün birlikte etkin olduklarını öne süren çoklu model (entegratif model) kabul görür. Düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi, alt sosyal tabaka, işsiz olmak, hiç evlenmemiş olmak, aile ya da çevreden destek görememe potansiyel risk faktörleri içerisinde sayılmaktadır (16). Yüksek risktekilerin belirlenmesi, belirtilerin bulunduğu ancak hastalığın tam gelişmediği durumlarda zamanında girişimde bulunulması açısından son derece önemlidir.

Sosyal fobide ek bir tanı oranı yüksek seviyede olup bilhassa diğer anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve madde kötüye kullanımının sosyal fobi ile birliktelikleri oldukça sıktır (17,18). Sosyal anksiyetesi olan bireyler sosyal ortamlarda anksiyetelerini kontrol edebilmek amacıyla sigara, alkol veya madde kullanımına yönelebilirler. SAB'nin zamanında tanınabilmesi, bu gibi durumların ortaya çıkmasının önüne geçilebilmesi bakımından da ayrı bir yere sahiptir.

Üniversite döneminde kişi özerk bir birey haline gelme ve kendisini ön plana çıkarma uğraşı içerisindedir. Bu dönem sırasında birey açısından bulunduğu sosyal çevrelerde başkalarında bıraktığı izlenimler son derece önemlidir. Bu nedenle genç kendisiyle ilgili büyük beklenti içerisine girer. Bu beklentilere eğer cevap veremezse kaygı düzeyi artar ve sosyal fobi kendisini göstermeye başlar. Diğer açıdan üniversiteyle birlikte gençler sosyalleşmenin son derece yoğun olduğu bir ortama girmektedir. Burada düzgün bir sosyalleşme süreci yaşanmazsa gelecekte karşılaşabileceği zorluklara karşı koymada güçlük çekme, özgüven geliştirememe ve kimlik bocalaması gelişebilmektedir.

Bulunduğumuz yüzyılda yaşam kalitesi kavramı ön planda olup kişilerin yaşam kalitelerini artırma ve doyurucu bir hayat arayışı başlamıştır. Bireyin yaşantısını etkileyen hastalıkların ya da faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Uzun yıllar anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi göz ardı edilmiş olup yalnızca semptomlar dikkate alınmıştır. Günümüzde araştırmalar sonucunda, sosyal fobinin kişilerdeki yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkiler oluşturduğu gözlemlenmiştir.

Sosyal fobisi olanlar iş hayatında, eğitimde, insanlarla olan ilişkilerinde ciddi problemlerle karşılaşmaktadırlar. Sosyal anksiyete bozukluğu olan öğrenciler arkadaşlarının önünde konuşma yapmaktan kaçınma, sınıf içerisinde gerginlik sebebiyle okudukları dönemde başarısızlıkla karşılaşmakta ve bunlar sonucunda lise/üniversiteyi terk etme aşamasına gelebilmektedirler (19). Bu sebeple zamanında tanı alıp tedavi edildikleri oranda okuldan tat almaları, liseyi ve üniversiteyi tamamlamaları ve topluma katkıda bulunmaları sağlanacaktır. Aksi takdirde sosyal anksiyetesi olan kişiler başarılı bir iş hayatına sahip olamayacak ve topluma ağır bir yük olma boyutuna gelecek, işe yaramazlık ve işsizlikle yüz yüze kalacaklardır.

Ülkemizde üniversite öğrencileri arasında sosyal fobi yaygınlığını, oluşumunda etken faktörleri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmamızın amaçları;

1. Üniversite öğrencileri içerisinde sosyal fobinin sıklığını tespit etmek;
2. Sosyal fobinin yaşam kalitesine etkisini saptamak;
3. Sosyal fobinin üniversite öğrencilerinde üniversiteye uyum üzerindeki etkisini araştırmak olarak sayılabilir.

GENEL BİLGİLER

TANIM VE TARİHÇE

Sosyal fobi, kişide utangaçlığın/çekingenliğin yer aldığı, süreklilik içerisindeki ruh hali olarak düşünülebilir. Utangaçlığın sosyal fobiyle arasındaki sınırın belirlenmesinde, işlevsellikte bozulma dışında ciddi bir ayrım saptanmış değildir. Daha öncesinde sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olarak da adlandırılmış olan "sosyal fobi" kavramı ilk defa Janet tarafından 19. yüzyılın başında başkası tarafından izlenirken konuşma, yazı yazma ya da bir enstrüman çalma gibi faaliyetler sırasında korku duyan kişileri tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (20).

Sosyal fobi 1980'de DSM-III ile psikiyatrik tanı sınıflaması içerisine dahil edilmiş olup Liebowitz ve ark. 1985 senesinde "ihmal edilmiş anksiyete bozukluğu" adındaki yayınlarıyla birlikte bu konu üzerindeki araştırma ve çalışmalar önemli ivme kazanmıştır (21). Uzun süre zarfında sosyal fobinin bir kişilik özelliği ve aşırı utangaçlık hali şeklinde ele alınması, öte yandan bu tanının kişilik bozuklukları çerçevesi içerisinde değerlendirmeye alınması sosyal fobinin göz ardı edilmesine sebebiyet vermiştir.

DSM III'ten önceki sınıflamalarda sosyal fobi tanısına yer verilmemiştir. 1966'da Marks ve Gelder (22), sosyal fobi, agorafobi, hayvan fobisi ve özgül fobiler şeklinde fobileri

dört parçaya ayırmış ve bu sayede sosyal fobinin DSM tanı sistemi içerisine girmesi için ciddi bir adım atılmıştır. DSM-III ile beraber, bir takım fobilerin farklılık gösteriyor olduğu fikri desteklenmiş ve ayrı bir tanı olarak belirlemiştir. Sosyal fobi tanısına, DSM III'te ilk kez yer verildiğinde, gözlemleniyorken veya performans bazlı durumlarda izlenmekten aşırı derecede korkma olarak tanımlanmıştır. Böyle durumlarda, panik benzeri belirtilerin (kalpte çarpıntı, ellerde titreme, yüzde kızarma, terleme vb.) olduğu ve kişilerin bu gibi durumlardan kaçınma ihtiyacı duyarak ve büyük gerilim hissederek katlanmaya çalıştıkları belirtildi. Bununla birlikte DSM-III'e göre eğer kaçınma gereksinimi duyulan bu durum çok sayıdaysa, II. eksen tanısı içerisinde yer alan çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB), sosyal fobi tanısının yerini almaktaydı. Dolayısıyla birçok hastaya, sosyal fobi yerine ÇKB tanısı kondu. Çekingen kişilik bozukluğunun daha geniş yayılım alanına sahip olması, çok daha yoğun bir aşağılık hissiyatı barındırması ve bilhassa başlangıç yaşının daha erken olması sonucunda sosyal fobiden ayrı kategorize edilmeye çalışılmıştır (23).

DSM-III içerisinde, performansları (toplantıda konuşma yapmak, sahnede enstrüman çalmak, gösteri yapmak) ve etkileşim gerektiren durumları (tanımadıkları biriyle konuşmak, bir topluluğa ya da partiye katılmak) içine alan durumlardan korkan kişiler için yaygın alt tip belirtilmiştir. Bu alt tip tanımına uygun olmayanlara ise "yaygın olmayan", "sınırlı tip" veya "özgül alt tip" denilmiştir.

Sosyal fobi tanısında, ICD-10 anksiyete belirtileri üzerinde daha çok dururken, DSM-V ise bilişsel belirtilere önem vermiştir. Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-V ve ICD-10 değerlendirme sistemlerine göre tanı kriterleri aşağıdadır:

Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-V (24) sistemine göre tanı kriterleri:

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekler arasında toplumsal etkileşimler (karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (yemek yerken, birşeyler içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (topluluk önünde konuşma yapma) vardır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı gibi, başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacağı gibi).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygıya neden olur.

D. Kişi söz konusu toplumsal durumlardan kaçınır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma bakıldığında toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur ve 6 ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte azalmaya sebep olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluk, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun ICD-10 (25) sistemine göre tanı kriterleri:

A. Aşağıdakilerden biri bulunmalıdır:

1. Dikkat odağı olmakla ilgili ciddi korku ya da utanacağı, küçük düşeceği bir biçimde davranma korkusu

2. İlgi odağı olmaktan ya da utandırıcı, küçük düşürücü biçimde davranma korkusu olan durumlardan kaçınma

Bu korkular topluluk içerisinde yemek yeme, konuşma, tanıdık kişilerle karşılaşma, küçük gruplara (örneğin partiler, toplantılar, sınıf) katılma gibi durumlarda ortaya çıkar.

B. Hastalığın başlangıcından bu yana, korku duyulan durumlarda agorafobi için B ölçütlerinde tanımlandığı gibi, en az iki tane anksiyete belirtisinin aşağıdakilerden en az biriyle birlikte görülmesi

1. Titreme ya da kızarma

2. Kusmaktan korkma

3. İdrara sıkışma ya da idrar-dışkı kaçırma korkusu

C. Belirtilerin kendisi ya da kaçınma durumu ciddi duygusal sıkıntıya sebebiyet verir ve kişi

bunların aşırı düzeyde ve mantık dışı olduğunun farkındadır.

D. Belirtiler, korku duyulan durumlarla sınırlı ya da yoğun biçimde bu durumlarda gözlemlenir ya da korku duyulan durumun ortaya çıkması beklendiğinde belirginleşir.

E. A ve B'de verilen belirtilerin sebepleri mental hastalıklar, şizofreni ve benzeri bozukluklar ve kültürel inançlara bağlı olmamalıdır.

KLİNİK

Sosyal fobi fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. DSM-V'te korku duyulan durumla karşı karşıya gelmenin anksiyeteye neden olduğu bildirilmiştir. Birey korku duyduğu durumla karşı karşıya kalması için zorlandığı zaman veya beklenmedik zamanda bu gibi bir durumla karşılaştığında yoğun bir anksiyete yaşar ve kalpte çarpıntı, ellerde tremor, terleme, gastrointestinal sıkıntılar, diyare, kaslarda gerginlik, yüzde kızarma gibi belirtiler oluşur (26). Sosyal fobide korku duyulan durumla karşı karşıya gelmek panik atağa neden olabilir. Ancak, panik atakta kalpte çarpıntı, göğüs ağrısı ve sıkışma hissi daha fazla gözlemlenirken, sosyal fobide terleme, yüzde kızarma ve ağızda kuruma daha çok görülür. Güz ve Dilbaz (27) panik bozukluk ve sosyal fobi tanısı konan hastaları karşılaştırdıklarında, yüzde kızarma, titreme gibi dışardan bakıldığında da gözlemlenebilen belirtilerin sosyal fobisi olan hastalarda daha sık gözlemlendiğini belirtmişlerdir.

Sosyal fobide sıkça görülen fiziksel belirtiler; kalpte çarpıntı (%79), ellerde titreme (%74), karında huzursuzluk (%63), kas gerginliği (%64), ağızda kuruma (%61), sıcak basması (%57), baş ağrısı (%46) olarak belirtilmiştir (28).

YAYGINLIK

Sosyal fobi çocuk ve genç ergenlerde oldukça yaygın olmakla birlikte Amerika'da yapılmış olan bir araştırmada ergenler içerisinde sosyal fobinin yaygınlığı %5-15 olarak bulunmuştur (3).

Yapılan araştırmalar sosyal fobinin en yaygın anksiyete bozukluğu olduğu ve toplumda %13'üne etki ederek sık görülen psikiyatrik hastalıklar içerisinde major depresyon ve alkol bağımlılığının ardından geldiği saptanmıştır (2,29). Diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarıyla mukayese edildiğinde başlangıç yaşı daha düşük olmakla birlikte ortalama 15,5 yaştır (4).

Topluluk önünde konuşma yaparken pek çoğumuz biraz rahatsızlık ve kalpte çarpıntı, kaslarda gerginlik, ellerde titreme gibi tepkiler gösterebiliriz ancak bu belirtiler bir süre sonra azalarak yerini yavaş yavaş rahatlık hissine bırakır. Ama bu, sosyal fobisi olanlarda aşırı anksiyete ve buna dayanmaya çalışma ya da kaçınmaya sebebiyet verir. Topluluk önünde konuşma korkusu son derece yaygın olmakla birlikte toplumdaki insanların %15-30'luk kısmının bu gibi durumlarda korku yaşadığı düşünülür (13-15).

DSM-III kullanılarak yapılmış olan Ulusal Eştanı Çalışmasında, Sosyal fobinin bir yıldaki yaygınlık oranı %7,9, yaşam boyu %13,3 tespit edilmiştir (30). Kanada'da yapılmış olan araştırmada yaşam boyu yaygınlık oranı %7,1, Almanya'daysa %8,7 saptanmıştır (18). Amerika'da 18 yaşından büyük 18 bin kişi kapsamında tanısal görüşme soru formu (DIS) ile yapılmış olan bir araştırmada sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığı %2,4 oranında tespit edilmiştir (4). İsviçre'de yapılan bir araştırmadaysa %16 gibi yüksek bir oran bulunmuştur (31). Kullanılan tanı kriterlerindeki farklılıklar bu geniş aralığın doğmasına neden olmuştur.

İtalya'da rastgele seçilmiş 2500 kişi kapsamında yapılmış bir araştırmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlık oranı %4 saptanmıştır. Gözlemlenen en yaygın korkular ise topluluk önünde konuşmak, birisi içerdeyken odaya girmek, tanımadığı kimselerle konuşmaktır. Aynı çalışmada başlangıç yaşı 28,8, belirtilerin gözlemlendiği ilk yaş ise 15,5 olarak saptanmış ve kadınlarda karşı cinse nazaran 2 kat fazla tespit edilmiştir (32).

Sosyal fobinin bu derece yaygın bir sorun olmasına rağmen 1990'dan önce yeteri kadar önemsenmemiş olması dikkat çekicidir. Bu önemsenmeme ve gözden kaçırılma durumu pek çok sebebe bağlanabilir. Bunların başında, çocuklardaki sosyal anksiyetenin aile ve okul çevresinde bir olarak olarak algılanmaması sayılabilir. Dışa yönelim gösteren bozukluklardaki gibi yıkıcı davranışların olmaması ve çocuğun etrafına zarar vermiyor oluşu sosyal anksiyetenin ihmal edilmesine sebebiyet vermiştir. Ortamda geri planda ve genelde sessiz çocuklar çekingen olarak görülmekte, bu onların kişiliklerinin parçası olarak düşünülmekte, hatta buna ağırbaşlılık denerek onay dahi almaktadır. Diğer yandan, sosyal anksiyetenin yapısında bulunan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilmeden korkma durumu, yardım istemenin önüne geçen en önemli etkenlerdendir. Problemin çözümünü geciktirici nedense soruna eşlik eden bedensel belirtiler sebebiyle bireylerin diğer tıp merkezlerine giderek vakit kaybetmeleridir (33). Manuzza ve ark. (34) sosyal fobi belirtilerinin çocukluk ve ergenliğin başında gözlenmesine rağmen tedavi için başvuru yaşının otuzlara kadar gecikebildiğini bildirmektedir.

Genç ergen ve çocuklarda sosyal anksiyete kapsamlı yapılmış olan iki çalışmada

sosyal fobinin ruhsal bozukluklar içerisinde yaygın görülenlerden biri olduğu, utangaç olma durumundan daha aşırı olduğu ve bu bireylerin küçük bir kısmının tedavi için başvurdukları bildirilmiştir (35,36).

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Davidson ve ark. (37) araştırmasına göre, sosyal fobide başlangıç yaşı 15, hastalık süresi ise 19 yıl olarak bulunmuştur. Sosyal fobi, alt tiplerine bağlı olmakla birlikte, erken ve geç ergenlik dönemleri arasında başlamaktadır. Yaygın tipte erken başlangıç olduğuna dair veriler bulunmaktadır (18,34).

Sosyal fobili kişiler sıklıkla kadın cinsiyette ve bekar olup düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyine sahiptirler. ABD'de yapılmış olan Ulusal Eştanı Çalışmasında kadın/erkek oranı 3/2 tespit edilmiştir. Bununla birlikte tedaviye başvuran kadın ve erkek sayısının hemen hemen eşit olduğu gözlemlenmiştir. Bu, kadınların tedaviye başvurma eğiliminin erkeklere göre daha az olduğunu gösterir. Bu bulgular sonucunda sosyal beklentilerin cinsiyete göre değiştiği, kadınların pasif ve utangaç olmalarının beklendiği ve tüm bu beklentilerin tedavi olma çabasını etkileyebileceği saptanmıştır (30,38).

Düşük sosyoekonomik düzey ve alt sosyal tabaka, evlenmemiş olma, işsiz olma, düşük eğitim seviyesi gibi etkenlerin sosyal fobi oluşumunda potansiyel risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (16).

Genetik incelemelerde sosyal anksiyeteye özgü kalıtımsal durum olmamasına rağmen, anksiyeteye sahip olma durumunun kalıtımsal bir tarafı olduğu saptanmıştır. SAB'de ailesel yatkınlığın bir kanıtı da, evlat yetiştirme biçimi, aile içindeki sosyal durumlara sınırlı maruziyet ve ebeveyn rolü gibi aile çevresiyle ilişkili son derece belirgin etmenlerin olmasıdır (33). Ayrıca çocukluk dönemi süresince davranışsal inhibisyon düzeyi yüksek olanlarda, ilerde sosyal fobi gelişme ihtimali daha fazladır**.** Davranışsal inhibisyon seviyesi yüksek olan çocuğun anne-babasında da aynı şekilde davranışsal inhibisyonunun yüksek olması, mizaç faktörünün sosyal fobi gelişiminde diğer bir risk etkeni olarak görülmesine neden olmuştur (39,40).

ALT TİPLER

Sosyal fobisi olanlar arasında sosyal korkuların tipi, sayısı, kaçınma sıklığı, korkular sonucunda oluşan işlevsellik düzeyi, sosyodemografik özellikler, yaşam tatmini, başlangıç yaşı, sosyal beceriler ve özgüven açısından bir takım farklılıklar bulunur (5). Bunun

sonucunda farklı yaklaşım ve tedavilerin gerekebileceği sosyal fobi alt tiplerini tanımlamanın gerekebileceği düşüncesine sebebiyet vermiştir.

Manuzza ve ark. (34) özgül ve yaygın sosyal fobi alt tipleri arasındaki farkları inceledikleri araştırmada yaygın sosyal fobisi olanların genelde bekar, erken başlangıç yaşına sahip, kişilerarası etkileşimlerden duyulan korkunun önde olduğu ve atipik depresif bozukluk ve alkolizm daha fazla görülen kişiler olması açısından ayrım gösterdiğini belirtmiş ve yaygın sosyal fobi kavramının hem daha kullanışlı hem de daha faydalı olacağında hemfikir olmuşlardır.

DSM-III tanı sistemindeki sosyal fobi tanımında daha çok belirli bir toplumsal durumda duyulan korku olarak belirtilmiş ve bu korku daha da fazla oluyor ise çekingen kişilik bozukluğu tanısı önerilmiştir. DSM-IV ve DSM-V sistemlerinde korkular, çoğu toplumsal durumları kapsayacak şekilde ise yaygın tipten ön plandadır. Ancak DSM tanı sisteminde diğer bir tipten bahsedilmemiş, yaygın tipten belirtilerek diğer tip ya da tiplerin varlığı sadece ima edilmiştir. Sonuç olarak bu durum "yaygın olmayan sosyal fobi", "özgül sosyal fobi", "sınırlı sosyal fobi" olarak anılmaktadır. Heimberg ve ark. (7) yaygın olmayan (özgül) sosyal fobiyi ciddi anksiyeteye sebebiyet vermeyen ve en az bir sosyal alanda korku duyulması olarak tanımlamış, Hofman ve Roth (41) ise yaygın sosyal fobi tanısının en az dört adet farklı sosyal durumda korku duyulmasıyla konabileceğini söylemişlerdir. Stein ve ark. (15) çalışmalarında ise korku duyulan durum sayısı ile sosyal fobi kaynaklı anksiyetenin artma eğilimi gösterdiği, işlevsellikte azalma olduğu ama net bir kesim noktasının gösterilemeyeceği söylenmiştir. Bu konu üzerinde araştırma yapanların bir kısmı ise "çoğu toplumsal durumları" kalitatif ele almış ve yaygın sosyal fobinin korku duyulan sosyal durumların sayısıyla değil tipi ile diğerlerinden ayrılabileceğini bildirmişlerdir. Örnek verecek olursak; bir partiye gitme, bir iletişimi başlatmak gibi etkileşimsel korkuları olan kişileri yaygın sosyal fobili, grup önünde konuşma, umumi yerlerde yemek yeme gibi korkulara sahip kişileriyse özgül sosyal fobi olarak tanımlamışlardır (42,43).

Bir takım araştırmacılar benzer sosyal durumlardan meydana gelen korku alanlarını baz alarak sosyal fobiyi etkileşimsel ve durumsal olarak ayırmışlardır. Ancak bu ayrım örneklem farklılığı, yöntem çeşitliliği ve kültürel farklılıklar gibi etkenlerden ötürü yeterli olmamıştır. Sosyal fobiyi alt tiplere ayırmanın farklı tedavi süreçleri planlanmak, hastalıktaki şiddeti saptamak ve sürekliliği belirlemek açısından son derece önemli olduğu düşünülmüştür. İçinde bulundukları sosyal durumların bir ya da birkaçından korku duyan ve kaçınma eğilimi

gösterenler için özgül tip, birçok sosyal ortamdan korku duyan ve kaçınanlar içinse yaygın tip tanımı günümüzde geçerli olan görüştür. Yaygın tipte bireyler kişilerarası iletişim gerektiren ya da izleneceklerini düşündükleri hemen her ortamdan korku duyar ve kaçınırlar. Her iki SAB alt tipinde de çekirdek olan belirtilerden biri, insanların önünde konuşmadan korku duymadır ve %90'dan fazla kişide olduğu tespit edilmiştir (10-12).

Wittchen ve ark. (44), aşağılanmaktan daha fazla korkanlarla, korku duyulan durumların sayısı fazla olanlarda sosyal fobiye doğru bir ilerleme olduğunu belirtmişlerdir. Sadece fobinin şiddeti ve meydana getirdiği kayıplar değil, alt tipler arasında etyoloji, patofizyoloji ve tedaviye cevap yönünden de farklılıklar bulunmaktadır (23). Sınırlı tipte; topluluk önünde konuşma veya grup içerisinde etkileşim sırasında yaygın tipe nazaran kardiyak belirtiler daha fazla bulunmaktadır (43,45). Etiyolojik yönden bakıldığı zaman yaygın tipte çocukluk çağında utangaçlık öyküsünün daha sık bulunduğu, özgül tipteyse travmatik bir yaşantının bulunduğu tespit edilmiştir. Bunun sonucunda, yaygın tipte kalıtımsallık daha önemlidir (42).

EŞTANI

Sosyal fobide eştanının var olması, hastalıkta şiddeti artırması, tedaviye yanıtın azalması ve intihar oranının artması sebebiyle oldukça önemlidir. Başlangıç yaşı ne kadar erken olursa, eştanı olma ihtimali de o derecede artış göstermektedir (44,46).

Sosyal fobi ile sık birliktelik gösteren hastalıklar; diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (17,18). Ulusal Eştanı Çalışmasında, SAB ile birlikte bu gibi eştanı görülme ihtimali %81 saptanmıştır. En sık gözlenen bozukluklar ise major depresif bozukluk ve özgül fobi olmuştur. Hastaların %18,9'unda bir adet, %14,1'inde iki adet, %48'lik kısmında ise üç ve daha fazla komorbid bozukluk tespit edilmiştir (30).

Sosyal fobiyle birliktelik gösteren tanılar ve alkol kullanımıyla arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada en sık gözlemlenen bozuklukların major depresif bozukluk olduğu tespit edilmiş ve bunu distimi, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi diğer anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları takip etmiştir (47). Tükel ve ark. (23) kliniğe başvuran 42 sosyal fobiye sahip hastada DSM-III sistemine göre yaşam boyu komorbidite oranını %60 saptamışlardır. En sık gözlenen komorbid bozukluklar ise distimik bozukluk (%26,2) ve major depresyondur (%23,8).

Genellikle hastalar sosyal fobinin tedavisi amacıyla değil, eklenen hastalığın belirtileri için doktora başvurmaktadırlar. Eştanının var olması sosyal fobi tanısını maskeleyebilir. Pek çok kişide sosyal fobi semptomları eştanılı bozukluktan daha önce görülür ve bunun SAB'nin, diğer bozukluğa zemin oluşturduğunu düşündürür. Bunun sonucunda sosyal fobide erken tanı ve tedavi ikincil olabilecek durumların başlamasının önüne geçebilmesi için önemlidir (23).

SOSYAL FOBİ-ÇEKİNGEN KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Sosyal fobide zaman içerisinde yaygın alt tip kavramının oluşması, çekingen kişilik bozukluğuyla bu bozukluk arasında bir örtüşmeye yol açmıştır. Çünkü DSM-III tanı sistemindeki ÇKB tanı kriterlerinin yedisinden altı tanesi sosyal fobi tanı ölçütleri ile belirgin ilişkiliydi. İkisinde de hastalığın başlangıç yaşı aynı olmakla birlikte geç çocukluk veya erken ergenlik döneminde başlamaktadırlar (48). Yaygın tip sosyal fobiyle ÇKB arasında yalnızca işlevsellik şiddeti açısından fark bulunduğu bildirilmiştir. Hollanda'da yapılmış olan araştırmada ÇKB olan kişilerin daha çok kaçınma, depresif belirtiler, içe dönüklük, sosyal ya da mesleksel alanda başarılı olamamayla karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir (49).

Tyrer (50), sosyal fobisi olan birey sosyal ortamda bulunduğunda sıkıntı hissi ve küçük düşerim korkusundan kaçtığını (burada dikkat kendine yönelik); ÇKB'de ise bireyin eleştirilme korkusu sonucu (burada dikkat dışa yönelik) kaçınma sergilediğini belirtmektedir. Dahl (51) yaygın sosyal fobiyle ÇKB arasındaki ayrımın son derece zor olduğunu belirtir. Sosyal fobi; erken başlaması, kronik olması, yaygın görülmesi vb. özellikleriyle kişilik bozukluğu tanımına uyar görülmektedir.

Yaygın SAB ile çekingen kişilik bozukluğu arasında yapılan yapısal analiz ve tedavi sonuçları çalışmasında; ÇKB olan kişilerin yaygın sosyal fobisi olanlara nazaran daha depresif ve işlevsellikleri bozulmuş oldukları tespit edilmiştir. İki tanının son derece yakın ilişkili oldukları fakat barındırdıkları farklı taraflar sebebiyle farklı birer tanı olarak ele alınmalarının daha faydalı olacağı sonucuna varılmıştır (52).

SOSYAL FOBİ VE YAŞAM KALİTESİ

Günümüz dünyasında kişilerin yaşam kalitelerini artırma ve doyum veren bir yaşam gayesi içerisinde oldukları görülmeye başlanmıştır. Uzun süre boyunca ruhsal hastalıklardaki

belirtiler azaltılmaya çabalanmış ama yaşam kalitesi kavramı üzerinde durulmamıştır. Artık ruhsal hastalıkları değerlendirirken yaşam kalitesi de değerlendirilmeye alınmıştır (53).

Eştanı ile birlikteliği olmasa dahi sosyal fobide ciddi zorlanma, intihar fikrinde artma, parasal sorunlar, iş-okul performansında azalma, ruh sağlığı hekiminden daha fazla yardım talep etme durumu gözlenir. Pek çok araştırmada sosyal fobi hastalarında ruh sağlığı, genel sağlık ve sosyal işlevsellik alanları da dahil olarak bütün alanlarda yaşam kalitesi daha düşük oranda saptanmıştır (16,54,55).

SOSYAL FOBİ VE OKUL BAŞARISI

Sosyal fobili çocukların başkasının kendileri üzerinde değerlendirmede bulunma ve dikkatleri kendi üzerine çekmeme yönündeki kaygıları onları okul/sınıf içerisinde ihmal edilebilir kılar. Öğrencinin artık okula gitmek istemediği aşamaya kadar öğretmeninin ya da danışmanının dikkatini çekmemektedir (56,57). Sosyal fobi ayrı bir tanı olarak görülen yeni yeni görüldüğünden çoğu danışman, öğretmen ve pediatristler tarafından yeteri derecede bilinmemektedir. Pek çok anne-baba da sosyal fobinin farkında olmayabilir. Çünkü etraftakiler ne düşünür kaygısı ve sosyal çevrenin oluşturduğu anksiyete ağır basar. Dolayısıyla ebeveynler çocuklarını utangaç yapıda görür ve durumu hastalık olarak algılamazlar. Sosyal fobi farkedilse dahi tanı alması ve değerlendirilebilmesi son derece komplike bir durumdur. Bunun nedeni; çocuk ya da ergenin hissettiği kaygıyı, utanma duygusunu ifade edebilmesinin bilişsel gelişim düzeyine bağlı olmasıdır. Bu durumun düzgün şekilde ifade edilmemesi hekimin okulu reddetme ve öfke içeren davranışlara sebep olan etkenleri kavrayabilmesini güçleştirir (58).

Sosyal fobinin kendine has belirti ve bulguları yaş ile değişim göstermektedir. Yetişkinlerin aksine çocuk ve ergenlerde ağlama, donakalma, katı ve sert davranış, somatik belirtiler, sürekli kendisine bakıldığı şeklinde fikirler olur. Ergenler bunlarla birlikte kavga etme, okulu asma, antisosyal hareketler sergiler. Diğer problemse bilhassa ergenlerde normal korkuyla patolojik korku arasındaki çizginin belirli olmamasıdır. Ergen, kendi kimlik gelişimi ve sosyal becerisi açısından son derece önemli bir evre içerisinde olduğundan kendi yaş grubundakiler içerisinde kabul görebilmelerine ve vücut imajlarına çok önem verirler (43).

İsveç'te 12-14 yaş arasındaki 2128 öğrenci kapsamlı araştırmada öğrencilerde %4,4 oranında sosyal fobi tespit edilmiştir. Bu öğrencilerin %91,4'lük kısmının sosyal

korkulara bağlı olarak başarısız oldukları bulunmuştur. Derslerinde başarısız olmalarına sebep olan korkular arasında topluluk önünde konuşmak %63,4 ile en sık bulunup, bunu tanımadığı kişiyle telefonda görüşme ve daha önce tanımadığı birisiyle konuşmaya başlama izlemektedir (19).

Sosyal fobili ergenlerin tedavi çabasında bulunmama sebeplerinin incelendiği araştırmada, tedavi olmak istemelerinin yanlış algılanabileceği kaygısı, yardım almadan bunun üstesinden gelebileceği inancı en sık sebepler olarak bulunmuştur. Yine bu araştırmada tedaviye yönelmemede ve durumun ciddiyetini tam olarak algılamamada, intihar fikirleri ve okula gidememe gibi faktörlerin belirleyici oldukları saptanmıştır (59).

Sosyal fobi, öğrencilerin okulu bırakmasına en çok neden olan anksiyete bozukluğudur. Dolayısıyla erken tanı alıp tedavi görmeye başlanmasıyla okuldan tat alma, eğitimlerini tamamlama ve sonuçta toplum içerisine katılma ve fayda sağlayabilme imkanı ortaya çıkacaktır (60).

Sadece başkalarının önünde konuşma yapma korkusunun araştırıldığı bir çalışmada incelenen kişilerin 1/3'ü topluluk önünde konuşurken aşırı anksiyete hissettiğini bildirmiştir. Topluluk önünde konuşurken utanacağı şeyler söyleme (%64), yetersiz görünme (%74), konuşmayı devam ettirememe (%63), sallanma ya da titreme anksiyenin oluşmasına en fazla sebebiyet veren etmenlerdir. Sosyal fobisi olan bireylerin %34,8'lik kısmı hissettikleri kaygı, korku ya da endişe sebebiyle okul yerine evlerinde yalnız olmayı tercih etmişlerdir. Katılanların %10'u toplum önünde konuşmanın oluşturduğu kaygının iş hayatı, sosyal yaşam ve eğitim hayatında sorunlara neden olduğunu söylemişlerdir (61). Sosyal anksiyeteye sahip kişiler başarılı bir eğitim ya da iş hayatı imkanını kaçırmış olup içinde bulundukları topluma birer yük olma boyutuna gelmişlerdir. Bulunduğumuz bu çağda eğitim-öğretimlerini tamamlamakta zorlanmakta, meslek sahibi olamama ve kendi hayatlarını kuramamak gibi güçlüklerle yüzleşmektedirler (62).

SOSYAL FOBİ VE ÜNİVERSİTEYE UYUM

Üniversiteye başlayan kişilerde geçiş döneminin neden olduğu bir takım sorunlar gözlenir. Kişiler, kimlik oluşumu ve olgunlaşması, daha geniş toplumların milli ve küresel değerlerini benimseme, toplumdaki sosyal değerlerle uyum içerisinde olma çabası içerisindedir (63).

Gençlerin üniversite hayatında stres yaşamalarına neden olan durumlar;

çevresindekilerin kendilerinden bekledikleri akademik başarı, üniversite yaşamına uyum sağlama gayreti, aileleriyle birlikteyken yapmaktan çekindikleri veya yaptıklarında yadırganacakları davranışlara adapte olmaları, daha kişisel yaşayabilmeleri, hemcinsleriyle karşı cinslerle olan ilişkilerini sorgulama çerçevesinde etkileşim kurmaları olarak söylenebilir (64).

Bu dönemdeki gençlerin karşılaştıkları sorunlara yönelik yapılan çalışmalar sonucu, üniversite ve içerisindeki sosyal çevreye uyma durumunun, en çok belirlenen sorunlardan biri olduğu belirtilmektedir (65).

Dolayısıyla uyum sürecinde bazı kişiler, sınırlı yaşantılarından farklı davranmayarak yeni sosyal kurallara uyum sağlama, akademik açıdan zorlanma, sosyal açıdan yalnız olma, daha önceki yaşantısına ya da yaşadığı yere hasret duyma gibi sorunlar yaşayabilirler (66).

Üniversiteye Uyumun Boyutları

Baker ve Sirk (67) çalışmasına göre üniversiteye uyumun boyutları üçe ayrılır. Bunlar;

- Akademik Uyum
- Sosyal Uyum
- Kişisel / Duygusal Uyum

Akademik uyum; kişilerin akademik hayatlarında gerçekleştirmek istediği hedeflerin ve gösterecekleri çabaları ve akademik ortama kendilerini kabul ettirebilmelerini içerir.

Sosyal uyum; kişinin etkileşim içerisinde bulunduğu ortamlarda kendine fayda sağlayan niteliktekileri bularak kurmuş olduğu yeni insan ilişkilerini en etkili biçimde gerçekleştiren sosyal katılımı içerir.

Kişisel/duygusal uyum; kişinin fiziksel ve ruhsal açıdan iyi halde olmasını içerir.

SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI VE İNTİHAR

Genç ergenlik döneminin ardından öğrenciler üniversiteyle birlikte yoğun bir sosyalleşme bulunan ortama adım atarlar. Çoğu zaman bu ortamların alkol ve sigara kullanımını teşvik ettiği düşünülür. Yapılan bazı araştırmalarda sosyal fobiyle alkol kullanımı arasında ilişki saptanmamış olup edinilen arkadaş gruplarının oluşturduğu etkinin daha önemli olduğu belirlenmiştir (68). Diğer bir araştırmadaysa sosyal fobili bireylerin anksiyeteyi oluşabileceklerini düşündükleri ortamda rahat hissettirdiği, kendine güven vermesi fikriyle daha çok alkol tükettiğini saptanıştır (69).

Son derece ilgi çeken konulardan biri de ruhsal problemleri bulunanların sigara içme durumlarıdır. Araştırmalarda duygudurum bozukluğu ve psikotik rahatsızlığı olanların daha fazla sigara içtiği tespit edilmiştir. Anksiyete bozuklukları ile sigara kullanımının kıyaslandığı çalışmada panik bozukluğa sahip kişilerin %40,4'ü, sosyal fobisi olanlarınsa %19,6'lık kısmının sigara kullandığı belirtilmiştir (60,70).

Sosyal fobi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki konusunda farklı bakış açıları mevcuttur. Bir görüşe göre sosyal fobisi olan kişilerin sosyal ortamdan uzak kalmayı tercih ettiklerini ve dolayısıyla ortamdaki akranlarının sigara içme açısından oluşturabileceği baskıyı hissetmediklerini, bunun sonucunda sigara kullanımlarının az olması gerektiğini savunurken, aksi görüşte ise sosyal korku duyanların kendisini rahatsız hissettiği ortamda sigaranın rahatlık ve ortama dayanabilmeyi sağlayabileceğini söylemektedirler (44,71).

İntihar fikri ve girişimi hatırı sayılır derecede yaygın olmakla birlikte intiharın kendisi için güçlü risk faktörleridirler. Otopsi çalışmaları, intiharların büyük çoğunluğunun ilk girişimde gerçekleştiğini göstermektedir. Bu sebeple intihar için risk etkenlerini anlamak ilk intihar girişimini önleyebilmek için son derece önem taşır. Araştırma sonuçları anksiyete bozuklukları ile duydudurum bozukluklarının birliktelik göstermesi halinde intihar düşünce ve girişiminde artış olduğunu belirtmektedir (72). Ayrıca anksiyete bozukluklarının intihar açısından ne kadar risk etkeni oldukları dikkat çeken bir konu olmaya başlamış ve yapılmış olan araştırmalar anksiyete bozukluklarının da intihar fikri/girişiminde risk etkeni olduklarını belirtmiştir (72-74).

Saren ve ark. (75) yaptığı 18-64 yaş arasındaki 4796 kişi kapsamlı izlem çalışmasında, OKB ve yaygın anksiyete bozukluğunda artmış intihar düşüncesi olduğu belirlenirken intihar girişimiyle aralarında bir ilişki saptanamamıştır. Diğer bir çalışmada; 1 yıl içinde panik bozukluk hastalarının %31'i, sosyal fobi hastalarınınsa %34'ünde intihar düşüncesi olduğunu belirtilmiş, panik bozukluk hastalarından bir tanesi ve sosyal fobi hastalarından iki tanesi son bir yıl içerisinde intihar girişiminde bulunduklarını söylemişlerdir (76).

SOSYAL FOBİNİN TEDAVİSİ

Sosyal fobide psikoterapi ve ilaç tedavisi uygulanır. Hastanın durumuna göre bazen tek başına psikoterapi, bazen ilaç tedavisi uygulansa da genelde ikisinin birlikte

uygulanmasında başarı oranı daha yüksektir (1). İlaç tedavisinde Beta Blokerler, Benzodiazepinler, Seçici Serotonin Geri Alım Inhibitörleri ve Reversibl ve Irreversibl Monoamin Oksidaz Inhibitörleri kullanılabilir.

Sosyal fobide semptomlarını kontrol edebilen hastalar, meydana gelen anksiyete ile daha iyi başa çıkarlar. Böylece gelecekte kendilerini ne zaman sıkıntılı hissetseler bu yeteneklerine başvurabilirler. Bu sayede kendilerine olan güvenleri artabilir. Sosyal fobide en sık uygulanan terapi şekli Bilişsel ve Davranışçı Terapi'dir ve bunun içerisinde aşağıda belirtilen yöntemler bulunmaktadır;

Gevşeme: Yeni bir alıştırma video ya da ses kaydına alınırsa evde kendi başına uygulama imkanı sağlar. Gevşeme, ihtiyaç duyulduğunda hemen uygulanmadıkça çok faydalı olmayacaktır. Hastalar anksiyetenin ilk sinyallerini fark etmeyi öğrenmeli ve gevşemeyi başlatmak için bunları kullanmalıdır. Normal aktivitelerine devam ederken, ayakta dururken, otururken kısa periyotlarla gevşeme pratiği yapmalıdırlar.

Dikkati Başka Yöne Çekme: Faydalı kısa dönem stratejisidir. Dış faktörlere yoğunlaşmayı içerir. Kişi düşünüp bu dış faktörleri kendisi bulmak ister.

Düşüncelerin Tanımlanması: Anksiyete ile oluşan düşünceleri tanımlayan ve daha sonra inceleyen bilişsel teknikler kullanılır. Baş edebilme kapasitelerini eksik ve felaket olasılığını fazla hesap eden hastaların tedavi sürecinde özellikle faydalıdır.

Bilişsel Yeniden Yapılandırma: İlk basamağı, sosyal fobinin ne olduğunu bilişsel davranışçı bir çerçeve içinde izah etmekle başlar. Bilgilendirmede konferans, video ya da yardımcı okuma materyalinden yararlanılabilir. Hatalı sistemi rasyonel, anlaşılır bir anlam şemasına oturtmak, çözümlenebilir bir sorunlar dizisi oluşturmak bilişsel tedavilerde esastır.

Maruz Bırakma Tekniği: Davranışçı yönden müdahale de ise anksiyete uyarıcısına maruz bırakma tekniği uygulanır. Gerçek fobi durumlarına girmeden önce davranış provası yapmak maruz bırakma denemelerini kolaylaştırmaktadır. Tekniğin etkinliği, zorluk açısından aşamalı bir biçimde anksiyete tetikleyicileri ile karşı karşıya kalma, bu denemelerin tekrarı ve anksiyete azalıncaya kadar süresini uzatmaya bağlıdır.

Sosyal Beceri Eğitimi: Sosyal becerisi eksik olanların ya da bu inanca sahip olanların sosyal beceri eğitimine alınmaları gerçek ortamlardaki denemelere hazırlanma açısından çok yararlı olmaktadır. Sosyal beceri eğitiminde genellikle ele alınan temel beceriler şunlardır:

- Dikkat ederek dinleme ve hatırlama
- Bir konuşmayı başlatma, sürdürme ve sonlandırma
- Bir talepte bulunma veya bir talebi reddetme
- Beğeni belirtme veya beğeniye tepki verme
- Eleştirme veya eleştiriye tepki verme
- Görüş belirtme ve kendinden söz etme

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Trakya Üniversitesi 20.07.1982'de kurulmuş olup tıp fakültesinde 2017-2018 eğitim-öğretim yılında toplam 1513 öğrenci öğrenim görmektedir. Araştırmanın evreni tüm bu tıp fakültesi öğrencilerinden oluşturuldu.

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından onandı. Ayrıca çalışmanın yapılması için rektörlüğe çalışma hakkında bilgi içeren bir dilekçeyle başvuruldu ve çalışmada yardımcı olunması ve destek verilmesi için ilgili bölüm başkanlıkları rektörlük tarafından bilgilendirildi.

Çalışma 2017-2018 eğitim öğretim yılı içerisinde Trakya Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapıldı. Çalışmaya örneklemi oluşturan 1513 kişiden 772'si (%51.02) katıldı, diğer 741 kişiyse ulaşılamadığı ya da katılmak istemedikleri için dahil edilemedi. Kampüste yer alan öğrencilerle sınıflarında görüşüldü.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla seçilen 22 soruyu içerir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği: LSAÖ, sosyal anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin, korku ya da kaçınma hissettikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirebilme amacıyla geliştirilmiştir. 24 adet madde içeren ölçekteki sorular, kişinin son bir hafta içerisindeki korku ve kaçınma durumunun şiddet düzeyi göz önünde bulundurularak 1 ila 4

puan arasında değişen Likert tip bir ölçek kullanılarak cevaplanır. Korku alt ölçeği sorularının puanlanmasında 1=yok ya da çok hafif, 2=hafif, 3=orta derecede, 4=şiddetli olarak kabul edilir. Kaçınma alt ölçeğinin puanlanmasında ise 1=kaçınma yok ya da çok ender, 2=zaman zaman kaçınma davranışı gösterme, 3=çoğunlukla kaçınma davranışı gösterme, 4=hemen her zaman kaçınma davranışı gösterme kuralı göz önünde tutulur. LSAÖ, bu alanda olumlu özellikleri olan güçlü bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve Güz tarafından yapılmış olan LSAÖ'nün iç tutarlığı (Cronbach alpha) 0.96 bulunmuştur. Değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı ise r=0,83 olarak saptanmıştır. Ölçek 24 soru içermekte olup bu sorular kaygı ve kaçınma açısından yanıtlanmaktadır. Ölçekten en yüksek 96 puan alınabiliyorken, en düşük 24 alınabilir. Verilen puanlar sonucu da; 55-65 orta derecede sosyal fobi, 65-80 belirgin sosyal fobi, 80-95 şiddetli sosyal fobi ve 95+ çok şiddetli sosyal fobi şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçekte 41,5 puan kesme noktasının, en yüksek özgüllük (%97) ve duyarlılık (%97) sağladığı görüldü ve sonuçta LSAÖ Türkçe dilindeki versiyonu, bu dili kullanan bireylerdeki SAB ve bununla ilişkili belirtilerin şiddetini tespit etmede geçerli ve güvenilir olarak bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Araştırmada katılımcıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla, 1987 yılında Ware tarafından geliştirilen ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmış olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. 7 Sağlığın 8 bileşende incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret etmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; fiziksel fonksiyonellik (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı, genel sağlık (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), canlılık, genel ruh sağlığı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) şeklinde 8 alt ölçekten oluşmakta ve alt ölçekler kendi içerisinde değerlendirilebildiği gibi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği total olarak da değerlendirilebilmektedir. SF-36 yaşam kalitesi total ölçeği ve içerdiği her bir alt ölçekte en düşük 0, en yüksek ise 100 puan alınabilmektedir. Hem ölçeğin totali hem alt ölçekleri 100 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ayrıca SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve içerdiği alt ölçeklerin kolerasyon analizleri yapıldığı durumlarda; $r<0,5$ ise zayıf, $0,5\leq r<0,7$ ise orta ve $r\geq 0,7$ ise güçlü ilişkiyi göstermektedir. Bu ölçeklerde yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir.

Üniversiteye Uyum Ölçeği: 1997'de Akbalık tarafından üniversiteye uyum düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olan özgün ve Türkçe bir ölçüm aracıdır. Ölçek içerisinde "Sosyal Uyum" ve "Akademik Uyum" olarak ifade edilen iki alt boyut bulunmaktadır. Sorulara "bana tamamen uyuyor", "bana oldukça uyuyor", "bana biraz uyuyor" ve "bana hiç uymuyor" biçiminde cevaplanır, toplam 31 adettir ve likert tipi ölçek 4'lüsünden oluşur. Sonuçta yüksek puan alınması, üniversiteye uyum seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin kendisinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90, Sosyal Uyum ve Akademik Uyum Alt Ölçeğine ilişkin güvenirliği için belirlenen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,82 ve 0,91'dir. Ölçeğin yapı geçerliğini tespit etmek için faktör analizi yapılmıştır. Buna göre; sosyal uyum varyansın %26,9'unu, akademik uyum varyansın %8,8'ini, üniversiteye uyum ölçeğinin tümü ise toplam varyansın %35,8'ini açıklamıştır. Ölçekten en yüksek 124 puan alınabilirken, en düşük 31 puan alınabilmektedir. Sosyal uyum alt ölçeğinde alınabilen en yüksek 104, en düşük 26 puandır. Akademik uyum alt ölçeğindeyse en yüksek 20, en düşük 5 puan alınabilir. Yüksek puan alınması daha iyi üniversite uyumunu gösterir. Ölçekteki maddelerin 11 tanesi olumlu ifadeler içerdiğinden düzden, 20'si ise olumsuz ifadeler içerdiği için ters yönden puanlanmaktadır.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

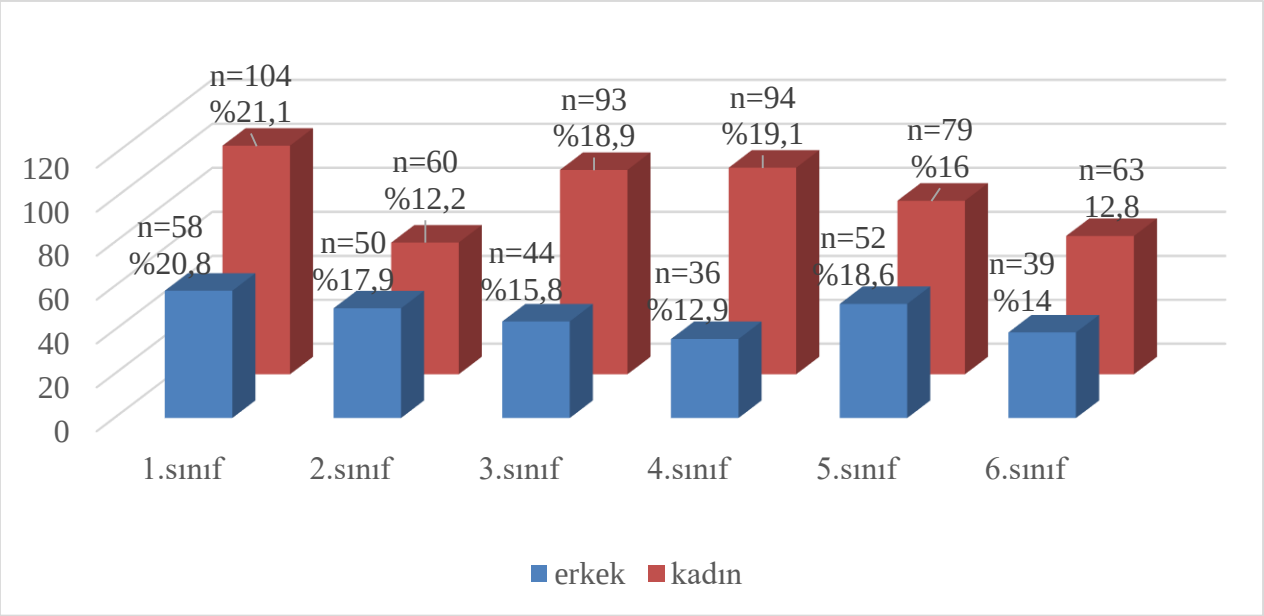
Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki değişkenlerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandığı için çalışmamızda non-parametrik testler kullanıldı. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizleri, Fisher's exact testi, Mann-Whitney U testi, Kruskall-Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p\geq0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİK

Araştırmaya 772 öğrenci katıldı. Katılımcıların %63,9'u (n=493) kadın, %36,1'i (n=279) erkek idi. Katılımcıların yaş ortalaması 21,5±2,23 yıl olup 17 ile 33 yaş arasında saptandı. Kadınların yaş ortalaması 21,4±2,1 yıl olup en düşük 17 yıl, en yüksek 27 saptandı. Erkeklerin yaş ortalaması 21,5±2,3 yıl olup en düşük 18 yıl, en yüksek 33 yıl saptandı.

Katılımcıların %21'i (n=162) 1.sınıf, %14,2'si (n=110) 2.sınıf, %17,8'si (n=137) 3.sınıf, %16,8'i (n=130) 4.sınıf, %17'si (n=131) 5.sınıf ve %13,2'si (n=102) 6.sınıf idi. Cinsiyete göre sınıf dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir.

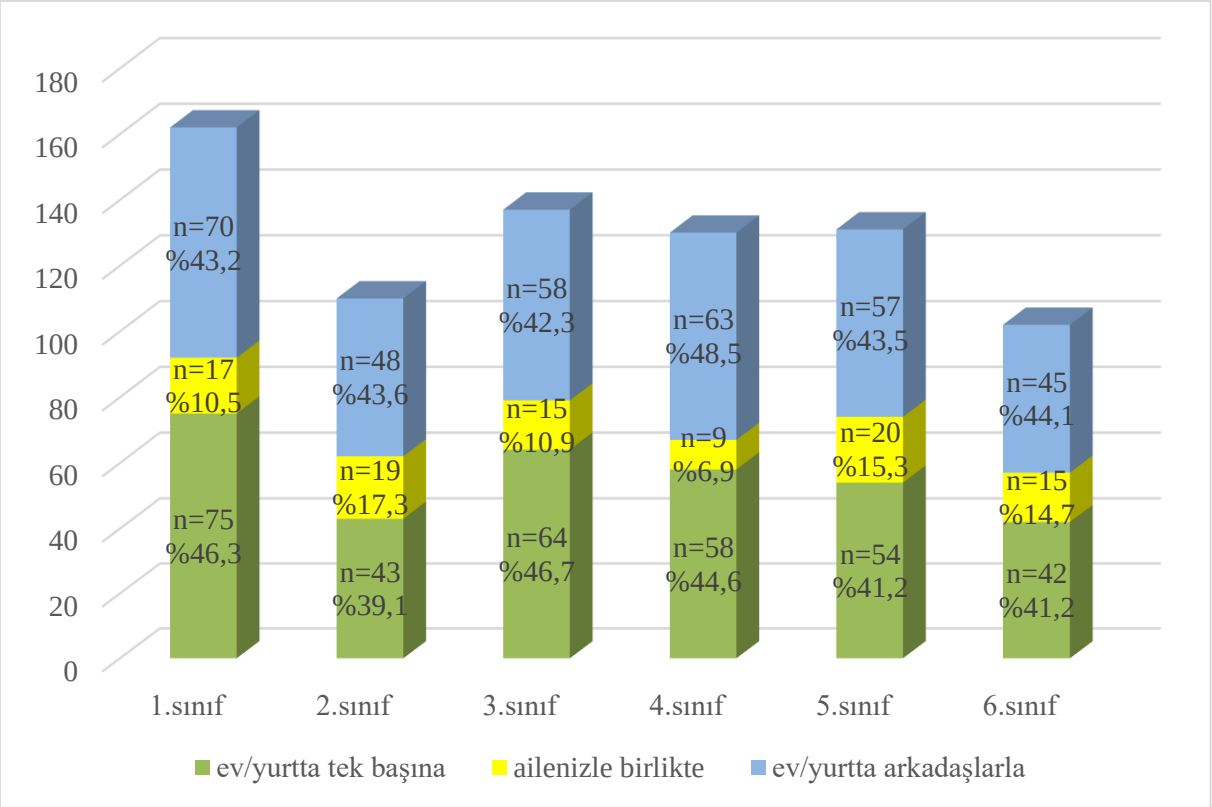


Şekil 1. Cinsiyete göre sınıf dağılımı

Katılımcılar mezun oldukları lise türlerine göre incelendiklerinde; %27,2'si (n=210) Fen lisesi, %46,8'i (n=361) Anadolu lisesi, %8,2'si (n=63) Anadolu Öğretmen lisesi, %2,2'si (n=17) Meslek lisesi, %10,2'si (n=79) Özel lise, %0,01'i (n=1) İmam Hatip lisesi ve %5,3'ü (n=41) diğer liselere gittiğini belirtmiş olduğu saptandı. Araştırmaya katılan bireylerin ailelerinin aylık gelir düzeyleri; %6,2'si (n=48) 0-1500 TL arası, %56,6'sı (n=437) 1501-5000 TL arası ve %37,2'si (n=287) ise 5001 TL ve üzeri olarak saptanmıştır.

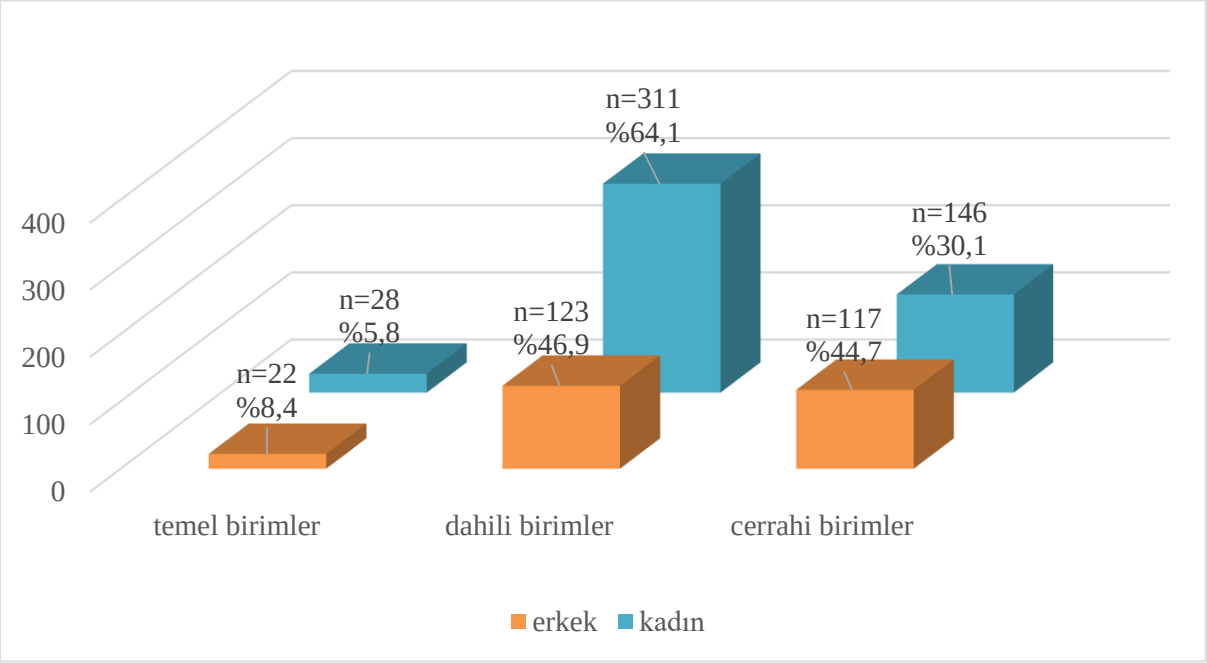
Kadın katılımcıların %65,9'u (n=325) şu anda yalnız olduklarını, %34,1'i (n=168) ise şuanda bir ilişki içerisinde olduklarını belirtmiş olup; erkek katılımcıların %63,1'i (n=176) şuanda yalnız iken %36,9'u (n=103) şu anda bir ilişki içerisinde olduğu saptandı. Ayrıca kadın katılımcıların %61,5'i (n=303) üniversiteye geldiklerinden bu yana daha önce bir ilişkileri olmadığını belirtirken %38,5'i (n=190) ise daha önce ilişkilerinin olduğunu belirtmiştir. Erkek katılımcıların ise %58,8'i (n=164) üniversiteye geldiklerinden bu yana daha önce bir ilişkileri olmadığını belirtirken %41,2'si (n=115) ise daha önce ilişkilerinin olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların şu anda yaşadıkları yer sorgulandığında %43,5'i (n=336) ev ya da yurtta tek başına, %12,3'ü (n=95) ailesiyle birlikte ve %44,2'si (n=341) ev ya da yurtta arkadaşları ile birlikte kalmakta oldukları saptanmış olup şu anda yaşadıkları yerin sınıflara göre dağılımı şekil 2'de gösterilmiştir.



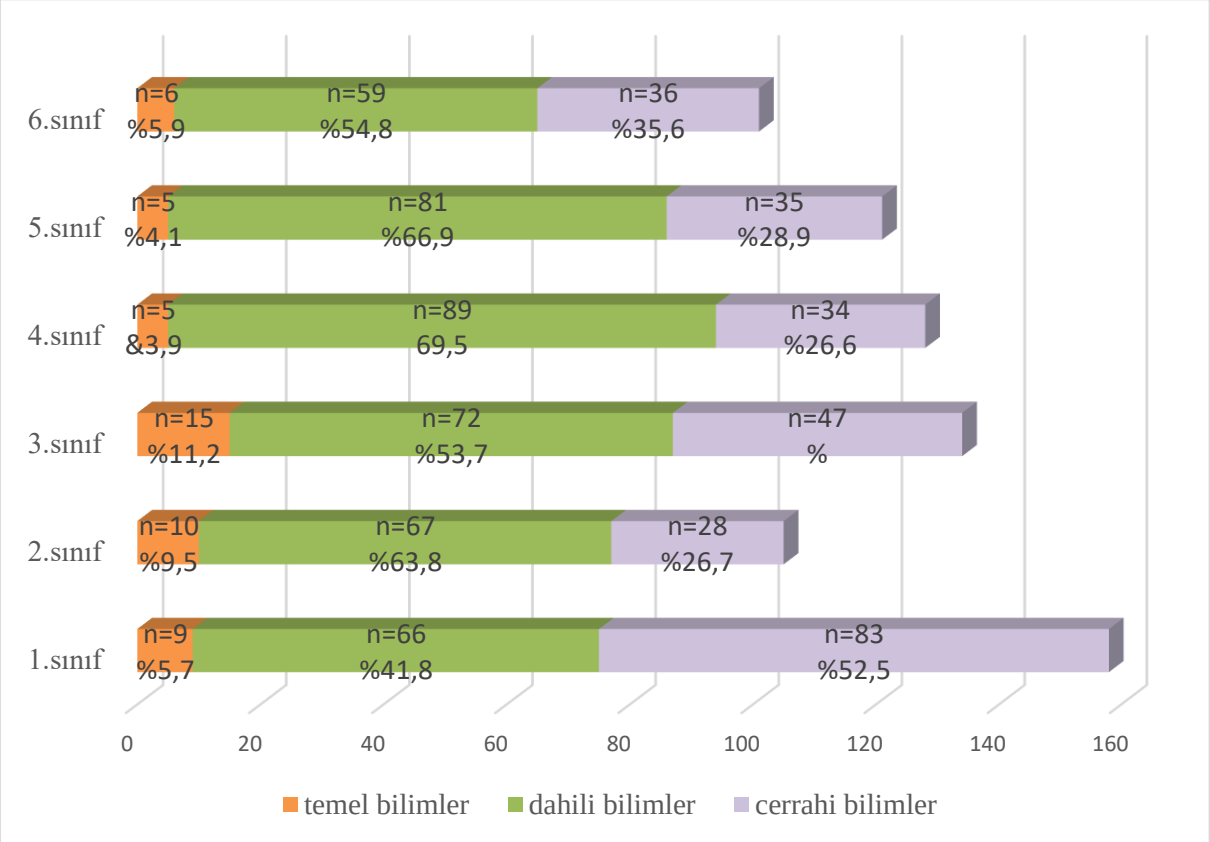
Şekil 2. Şu anda yaşadıkları yerin sınıflara göre dağılımı

Katılımcıların tıpta uzmanlaşmayı düşünüyor musunuz sorusuna verdikleri yanıtlarda %2,8'i (n=22) hayır düşünmüyorum derken, %97,2'si (n=750) evet uzmanlaşmayı düşünüyorum olarak belirtmiştir. Evet diyen katılımcıların uzmanlıkta temel bilimler, dahili birimler ve cerrahi birimler seçimlerinin cinsiyete göre dağılımı şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Tercih edilen uzmanlık alanlarının cinsiyete göre dağılımı

Katılımcıların tercih ettikleri uzmanlık alanlarının sınıflara göre dağılımı ise şekil 4'de gösterilmiştir.



Şekil 4. Tercih edilen uzmanlık alanlarının sınıflara göre dağılımı

Araştırmaya katılanların yaşamlarının büyük kısmını nerede geçirdiklerini sorgulandığında; %78,5 (n=606) şehir merkezi, %17,7 (n=137) ilçe merkezi ve %3,8 (n=29) köy olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların anne eğitim durumları %0,06 (n=5) okumamış, %22,3 (n=172) ilkokul mezunu, %12,6 (n=97) ortaokul mezunu, %29,7 (n=229) lise mezunu ve %34,8 (n=269) üniversite mezunu iken; baba eğitim durumları %0,01 (n=1) okumamış, %10,9 (n=84) ilkokul mezunu, %10,4 (n=80) ortaokul mezunu, %30,1 (n=232) lise mezunu ve %48,6 (n=375) üniversite mezunu olarak saptanmıştır. Katılımcıların anne ve baba eğitim durumları tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların anne ve baba eğitim durumları

	Anne Eğitim Durumu	**Baba Eğitim Durumu**
Okumamış	%0,06 (n=5)	%0,01 (n=1)

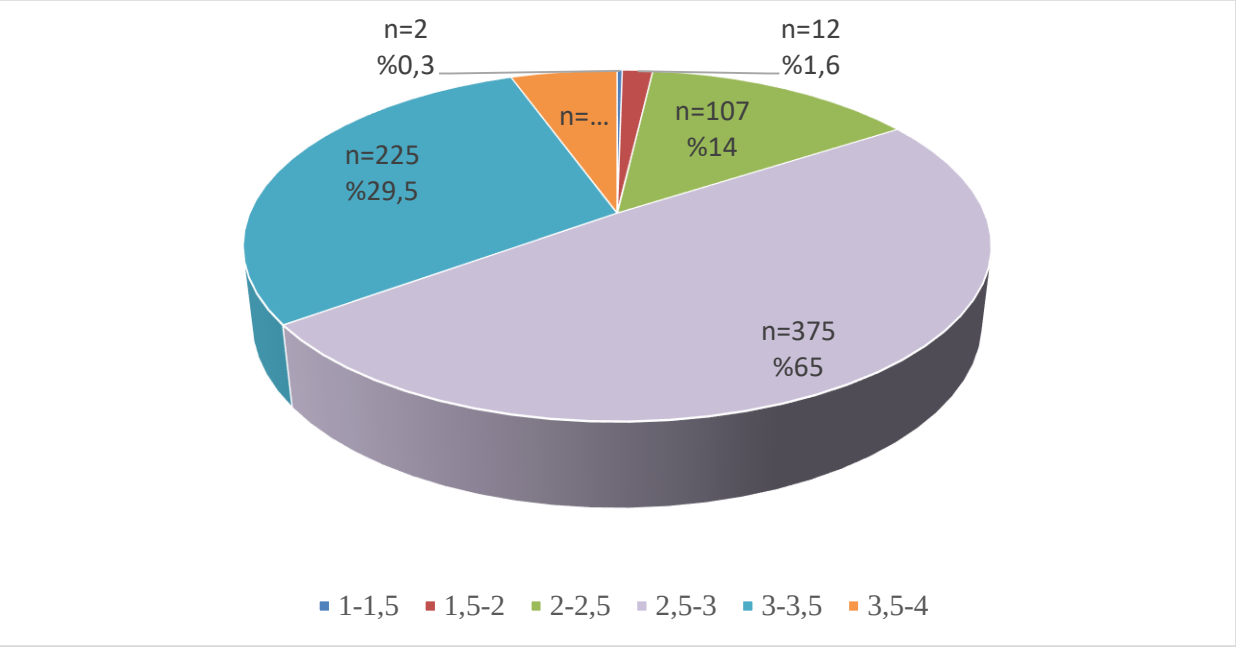
İlkokul Mezunu	%22,3 (n=172)	%10,9 (n=84)
Ortaokul Mezunu	%12,6 (n=97)	%10,4 (n=80)
Lise Mezunu	%34,8 (n=269)	%30,1 (n=232)
Üniversite Mezunu	%34,8 (n=269)	%48,6 (n=375)

Katılımcıların kaç kardeş oldukları sorgulandığında; 2,34±0,97 kardeş olup minimum 1, maksimum 9 kardeş oldukları gözlendi.

Araştırmaya katılanların %90,9'unun (n=702) ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmazken, %9,1'inin (n=70) ailesinde psikiyatrik bir hastalık mevcut olup bu hastalıklar; %31 (n=18) depresyon, %6,9 (n=4) bipolar bozukluk, %10,3 (n=6) şizofreni, %12,1 (n=7) anksiyete, %17,2 (n=10) panik bozukluk, %8,6 (n=5) OKB ve %13,8'i (n=8) diğer psikiyatrik hastalıklar olarak saptanmıştır.

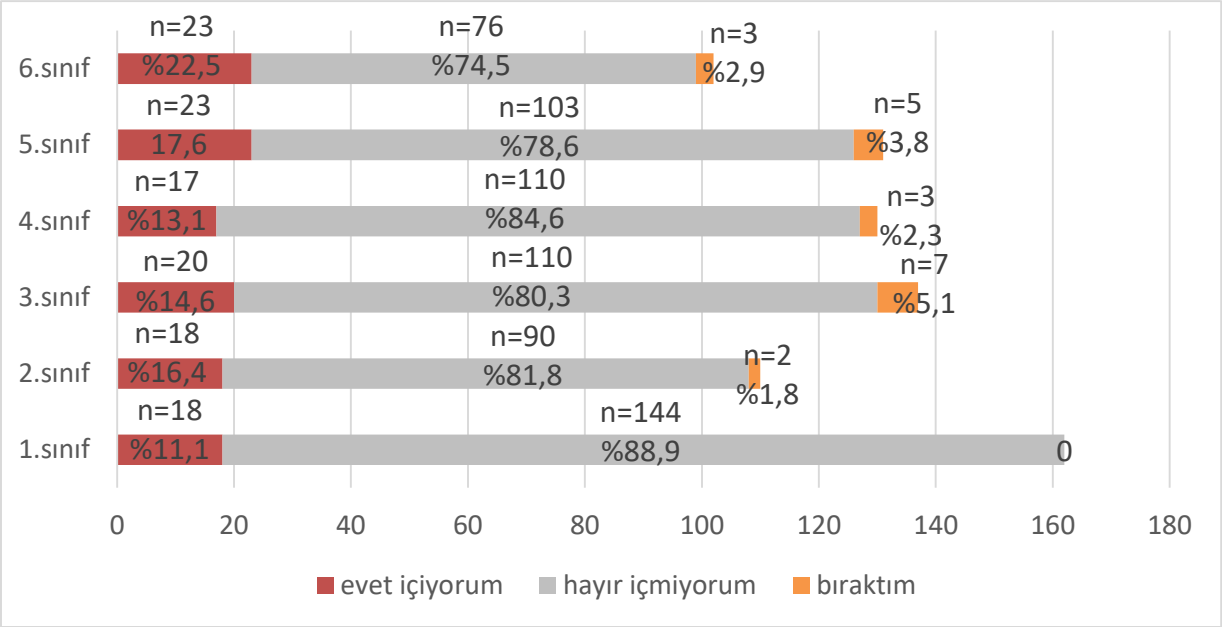
Araştırmaya katılanların %55,4'unun (n=428) ailesinde psikiyatrik dışı kronik hastalık bulunmazken, %44,6'inin (n=344) ailesinde psikiyatrik dışı bir kronik hastalık mevcut olup katılımcıların kendilerinde %88,5 (n=683) psikiyatrik olmayan bir kronik hastalık mevcut değil iken %11,5 (n=89) psikiyatrik olmayan kronik bir hastalık mevcut bulunmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan bu soruya yanıt veren (n=763) öğrencinin not ortalamaları şekil 5'de gösterilmiştir.



Şekil 5. Öğrencilerin not ortalamaları

Araştırmaya katılanların %82'si (n=633) sigara kullanmadıklarını, %2,6'si (n=20) sigarayı bıraktıklarını ve %15,4'ü (n=119) sigara kullandıklarını belirtmekte olup bunların sınıflara göre dağılımı şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Sigara kullanımının sınıflara göre dağılımı

Katılımcıların alkol kullanımları sorgulandığında %70,2'si (n=542) kullanmadıklarını, %28,9'u (n=223) alkol aldıklarını ve %0,9'u (n=7) bıraktığını belirtmektedir. Madde kullanımında ise; %97,5'i (n=753) herhangi bir uyuşturucu madde kullanmadığını, %2,1'i (n=16) marijuana, kokain, amfetamin gibi uyuşturucu madde kullandığını belirtirken %0,4 (n=3) katılımcı soruyu yanıtsız bırakmışlardır.

Araştırmaya katılanların %89,9'u (n=694) şu ana kadar sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşamadıklarını belirtirken %10,1'i (n=78) tehdit edilme, saldırı-fiziksel şiddet, sınıf içerisinde rencide edilme-aşağılanma, sözel tacize uğrama gibi travmatik bir olay yaşadığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılanların %77,8'i (n=601) bugüne kadar intihar etmeyi hiç düşünmediklerini, %20,9'u (n=161) intihar etmeyi düşündüğünü ancak girişimde bulunmadığını ve %1,3'ü (n=10) daha önce intihar girişiminde bulunduklarını belirtmektedirler.

Araştırmaya katılanların Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı durumunu gösteren alt ölçeğinde verdikleri minimum puan 24, maksimum puan 82, ortalama puan 42,91±10,80 olup kaçınma durumunu gösteren alt ölçeğinde verdikleri minimum puan 24, maksimum puan 82,

ortalama puan ise 39,84±10,10 olarak saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyetlere göre Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı ve kaçınma alt ölçeklerine verdikleri puanlar tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Cinsiyetlere göre Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı ve kaçınma alt ölçeklerine verdilen puanlar

		Minimum	**Maksimum**	**Ortalama±SS**
Kaygı	Kadın (n=491)	26	82	43,99±10,91
	Erkek (n=278)	24	76	41±10,34
Kaçınma	Kadın (n=491)	24	82	40,29±10,4
	Erkek (n=279)	24	75	39,03±9,5

Katılımcıların Liebowitz sosyal fobi belirti ölçeğinin kaygı durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Liebowitz sosyal fobi belirti ölçeğinde kaygı durumu yüzdelik dağılımları

	1.Yok ya da çok hafif	**2.Hafif**	**3.Orta Derece**	**4.Şiddetli**
Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	74 %9,6	190 %24,6	273 %35,4	235 %30,4
Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	87 %11,2	206 %26,8	330 %42,9	147 %19,1
Dikkatleri üzerinde toplamak	191 %24,7	280 %36,3	217 %28,1	84 %10,9
Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	181 %23,4	245 %31,7	212 %27,5	134 %17,4
Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	285 %36,9	310 %40,2	149 %19,3	28 %3,6

Başkaları içerideyken bir odaya girmek	397 %51,4	278 %36	72 %9,3	25 %3,3
Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	283 %36,7	353 %45,8	114 %14,8	21 %52,7
Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	424 %54,9	231 %29,9	80 %10,4	37 %4,8
Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	369 %47,9	277 %35,9	101 %13,1	24 %3,1
Gözlendiği sırada çalışmak	226 %29,3	296 %38,3	205 %26,6	45 %5,8
Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	439 %56,9	255 %33	66 %8,5	12 %1,6
Bir eğlenceye gitmek	514 %66,5	178 %23,1	64 %8,3	16 %2,1
Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	424 %54,9	223 %28,9	94 %12,2	31 %4
Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	186 %24,1	302 %39,1	222 %28,8	62 %8
Gözlendiği sırada yazı yazmak	393 %50,9	258 %33,4	98 %12,7	23 %3
Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak	411 %53,2	258 %33,4	80 %10,4	22 %2,8
Umumi yerlerde yemek yemek	570 %73,8	138 %17,9	45 %5,8	19 %2.5
Evde misafir ağırlamak	520 %67,4	188 %24,4	50 %6,4	14 %1,8

Küçük bir grup faaliyetine katılmak	502 %65	215 %27,8	42 %5,5	13 %1,7
Umumi yerlerde bir şeyler içmek	617 %79,9	115 %14,9	27 %3,5	13 %1,7
Umumi telefonları kullanmak	595 %77,1	133 %17,2	32 %4,1	12 %1,6
Yabancılarla konuşmak	448 %58	242 %31,3	63 %8,2	19 %2,5
Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	403 %52,2	228 %29,5	105 %13,6	36 %4,7
Umumi tuvalette idrar yapmak	485 %62,8	156 %20,2	80 %10,4	51 %6,6

Katılımcıların Liebowitz sosyal fobi belirti ölçeğinin kaçınma durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Liebowitz sosyal fobi belirti ölçeğinde kaçınma durumu yüzdelik dağılımları

	1.Yok yada çok ender	**2.Zaman zaman**	**3.Çoğu zaman**	**4.Her zaman**
Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	119 %15,4	260 %33,7	247 %32	146 %18,9
Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	153 %19,8	292 %37,8	229 %29,8	97 %12,6
Dikkatleri üzerinde toplamak	248 %32,1	283 %36,7	187 %24,2	54 %7
Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amac›yla birisiyle tanışmaya çalışmak	228 %29,5	251 %32,5	196 %25,4	97 %12,6

Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	332 %43	326 %42,4	93 %12	20 %2,6
Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	480 %62,2	227 %29,4	53 %6,9	11 %1,5
Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	428 %55,4	270 %35	61 %7,9	13 %1,7
Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	456 %59,1	214 %27,7	79 %10,2	23 %3
Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade adilmesi	381 %49,4	273 %35,4	99 %12,8	19 %2,4
Gözlendiği sırada çalışmak	344 %44,6	276 %35,8	115 %15,9	36 %4,7
Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	492 %63,7	224 %29	45 %5,8	11 %1,5
Bir eğlenceye gitmek	525 %68	179 %23,2	55 %7,2	12 %1,6
Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	418 %54,1	237 %30,8	92 %11,9	25 %3,2
Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	314 %40,7	311 %40,3	122 %15,8	25 %3,2
Gözlendiği sırada yazı yazmak	455 %58,9	246 %31,9	58 %7,5	13 %1,7
Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak	465 %60,2	219 %28,4	67 %8,7	21 %2,7
Umumi yerlerde yemek yemek	586 %75,9	140 %18,1	39 %5,1	7 %0,9

Evde misafir ağırlamak	575 %74,5	138 %17,9	45 %5,8	14 %1,8
Küçük bir grup faaliyetine katılmak	560 %72,5	160 %20,7	44 %5,8	8 %1
Umumi yerlerde bir şeyler içmek	613 %79,4	118 %15,3	30 %3,9	11 %1,4
Umumi telefonları kullanmak	590 %76,4	117 %15,2	43 %5,6	22 %2,8
Yabancılarla konuşmak	479 %62	215 %27,8	68 %8,8	10 %1,4
Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	435 %56,3	227 %29,4	86 %11,1	24 %3,2
Umumi tuvalette idrar yapmak	445 %57,6	194 %25,1	90 %11,7	43 %5,6

Araştırmaya katılanların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde verdikleri minimum puan 40,83, maksimum puan 90,69, ortalama puan 65,88±7,14 olup katılımcıların SF-36 ölçeği ve alt ölçeklerine verdiği puanlar tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerine verilen puanlar

	Minimum	**Maksimum**	**Ortalama±SS**
Fiziksel Fonksiyon	40	100	92,43±9,9
Fiziksel Rol Güçlüğü	0	100	20,23±31,83
Emosyonel Rol Güçlüğü	0	100	50,45±45,27
Sosyal İşlevsellik	0	100	73,17±21,91
Ağrı	30	100	82,30±16,63
Vitalite(Canlılık)	0	100	51,06±17
Ruhsal Sağlığı	16	100	64,09±14,78

Genel Sağlık Algısı	10	100	64,90±17,08
SF-36	40,83	90,69	65,88±7,14

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde fiziksel fonksiyon durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde fiziksel fonksiyon durumunda dağılımlar

	1-Evet, çok kısıtlıyor	**2-Evet, çok az kısıtlıyor**	**3-Hayır, hiç kısıtlamıyor**
Kuvvet gerktiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	54 %7	334 %43,3	384 %49,7
Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	21 %2,7	2 %0,3	749 %97
Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	2 %0,3	31 %4	739 %95,7
Pek çok katı çıkmak	22 %2,8	237 %30,7	513 %66,5
Tek katı çıkmak	3 %0,4	45 %5,8	724 %93,8
Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	7 %0,9	70 %9,1	695 %90
1 kilometreden fazla yürüyebilmek	11 %1,4	97 %12,6	664 %86
Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	10 %1,3	85 %11	677 %87,7
Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	2 %0,3	31 %4	739 %95,7
Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	0	4 %0,5	768 %99,5

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde fiziksel rol güçlüğü durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 7'da gösterilmiştir.

Tablo 7. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde fiziksel rol güçlüğü durumunda dağılımlar

Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?	**1-Hayır**	**2-Evet**
İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	638 %82,6	133 %17,4
İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	559 %72,4	213 %27,6
İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	631 %81,7	141 %18,3
İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	633 %82	139 %18

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde emosyonel rol güçlüğü durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde emosyonel rol güçlüğü durumunda dağılımlar

Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?	**1-Hayır**	**2-Evet**
İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	392 %50,8	380 %49,2
İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	360 %46,6	412 %53,4

İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	394 %51	377 %49

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde sosyal işlevsellik durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 9'de gösterilmiştir.

Tablo 9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde sosyal işlevsellik durumunda dağılımlar

	Hiç	**Çok az**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız veya gruplar ile olan normal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?	310 %40,2	260 %33,7	110 %14,2	70 %9,1	22 %2,8
Geçen 4 hafta içende, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?	251 %32,5	265 %34,3	182 %23,6	46 %6	28 %3,6

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde ağrı durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde ağrı durumunda yüzdelik dağılımlar

	Hiç	**Çok az**	**Orta**	**Çok**	**İleri derece**
Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?	246 %31,9	327 %42,4	148 %19,3	42 %5,4	8 %1
Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?	433 %56,1	236 %30,6	83 %10,7	18 %2,3	2 %0,3

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde vitalite (canlılık) durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 11'da gösterilmiştir.

Tablo 11. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde vitalite (canlılık) durumunda yüzdelikler

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	19 %2,5	279 %36,1	161 %20,9	211 %27,2	90 %11,7	12 %1,6
Çok enerjiniz var mı?	27 %3,5	188 %24,4	243 %31,5	186 %24,1	106 %13,7	22 %2,8
Yıpranmış hissettiniz mi?	28 %3,6	145 %18,8	176 %22,8	261 %33,8	133 %17,2	29 %3,8
Yorulmuş hissettiniz mi?	44 %5,7	207 %26,8	215 %27,9	242 %31,3	55 %7,1	9 %1,2

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde ruhsal sağlık durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde ruhsal sağlık durumunda yüzdelik dağılımlar

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
Çok sinirli bir kişi misiniz?	12 %1,6	59 %7,6	114 %14	284 %36,8	248 %32,1	55 %7,1
Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	7 %0,9	43 %5,6	70 %9,1	168 %21,8	304 %39,4	180 %23,2
Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	28 %3,6	268 %34,7	228 %29	181 %23,4	59 %7,6	8 %1,2
Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	20 %2,6	98 %12,7	166 %21	254 %32,9	195 %25,2	39 %5,1
Mutlu bir insan mıydınız?	85 %11	376 %48	170 %22	103 %13	32 %4,2	6 %0,8

Araştırmaya katılanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde genel sağlık algısı durumunu gösteren alt ölçeğine verdikleri puanların yüzdelik dağılımları tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde genel sağlık algısı durumunda dağılımlar

	Tamamen doğru/ Mükemmel	**Çoğunlukla doğru/Çok iyi**	**Bilmiyorum/İyi**	**Çoğunlukla yanlış/ Orta**	**Tamamen yanlış/ Kötü**
Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?	67 %8,7	280 %36,3	341 %44,1	77 %10	7 %0,9
Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	36 %4,7	95 %12,3	175 %22,7	327 %42,3	139 %18
Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	124 %16,1	383 %49,6	213 %27,6	42 %5,4	10 %1,3
Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	14 %1,8	68 %8,8	185 %24	252 %32,6	253 %32,8
Sağlığım mükemmel	65 %8,4	345 %44,7	241 %31,2	76 %9,8	45 %5,9

Araştırmaya katılanların Üniversiteye Uyum Ölçeğine verdikleri minimum puan 48, maksimum puan 116, ortalama puan 91,33±12,7 olup sosyal uyumu gösteren alt ölçeğinde verdikleri minimum puan 37, maksimum puan 102, ortalama puan 77,9±11,3; akademik uyumu gösteren alt ölçeğinde verdikleri minimum puan 5, maksimum puan 20, ortalama puan ise 13,42±3,69 olarak saptanmıştır. Katılımcıların Üniversiteye uyum ve alt ölçeklerine verdiği puanlar tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Üniversiteye Uyum ve alt ölçeklerine verilen puanlar

	Minimum	**Maksimum**	**Ortalama±SS**
Sosyal Uyum	37	102	77,9±11,3
Akademik Uyum	5	20	13,42±3,69
Üniversiteye Uyum	48	116	91,33±12,7

	Bana Tamamen uygun	Bana Oldukça uygun	Bana Biraz uygun	Bana Hiç uygun değil
İhtiyacım olduğunda okuldaki arkadaş ve tanıdıklarımdan yardım istemekten çekinmem.	302 %39,2	304 %39,5	133 %17,3	31 %4
Yeni tanıştığım akranlarımla konuşma konusu bulmakta güçlük çekerim.	47 %6,1	109 %41,2	350 %45,5	264 %34,2
Okuldaki arkadaşlarımla iyi ilişkiler kuramıyorum.	29 %3,8	66 %8,6	195 %25,3	480 %62,3
Öğretim elemanları ile karşılaştığımda selam vermekten kaçınırım.	26 %3,4	69 %8,9	233 %30,2	444 %57,5
Ders çalışmakta güçlük çekiyorum.	104 %13,5	172 %22,3	323 %41,9	172 %22,3
Önceden toplanıp konuşan akranlarımın olduğu bir gruba katılmaktan çekinirim.	28 %3,6	95 %12,4	289 %37,4	360 %46,6
Okuldaki arkadaşlarımla ilişkilerimden memnun değilim.	36 %4,7	80 %10,4	198 %25,6	458 %59,3
Konuşurken arkadaşlarımın gözüne bakmaktan çekiniyorum.	18 %2,3	55 %7,2	140 %18,1	559 %72,4
Ders çalışmaya başlarken çok zorlanıyorum.	152 %19,7	201 %26	303 %39,3	116 %15
Çalışma zamanlarımı verimli olarak kullanamıyorum.	147 %19,1	214 %27,8	285 %37	125 %16,1
Okulda kendimi yalnız hissediyorum.	46 %6	75 %9,7	209 %27,3	440 %57
Okuldaki arkadaşlarımla karşılaştığımda selam vermekte zorlanıyorum.	31 %4	55 %7,1	149 %19,5	536 %69,4
Üniversitede öğrencilere sağlanan sosyal olanaklardan yararlanıyorum.	49 %6,5	166 %21,5	321 %41,6	235 %30,4
Akranlarımla kurduğum ilişkileri sürdüremiyorum.	41 %5,3	69 %8,9	192 %24,9	470 %60,9
Üniversitedeki sosyal yaşantımdan memnunum.	121 %15,7	290 %37,6	245 %31,7	116 %15
Sınıfta oldukça aranan bir kişiyim.	58 %7,5	126 %16,3	314 %40,7	274 %35,5
Üniversitede her sorunumu paylaşabileceğim bazı yakın arkadaşlarım var.	311 %40,3	228 %29,5	142 %18,4	91 %11,8
Sınavlara hazırlanmada güçlük çekiyorum.	124 %16,1	199 %25,8	279 %36,1	170 %22
Mümkün olduğu kadar toplantı ve kalabalık eğlencelerden uzak kalmaya çalışırım.	50 %6,5	120 %15,5	299 %38,7	303 %39,3
Sınavlarda başarılı olamıyorum.	62 %8	123 %15,9	297 %38,5	290 %37,6

Çabuk ve kolay arkadaş oluyorum.	155 %20,1	243 %31,5	245 %31,7	129 %16,7
Okul dışında zaman zaman arkadaşlarımla birlikte olurum.	260 %33,7	300 %38,9	164 %21,2	48 %6,2
Okuldaki öğrenci topluluk ve kulüplerine katılıyorum.	87 %11,3	149 %19,3	249 %32,2	287 %37,2
Arkadaşlarımla uzun süreli ilişkilere giremiyorum.	37 %4,8	83 %10,8	204 %26,4	448 %58
Üniversitede birçok kişiyle tanıştım ve çoğu ile arkadaş oldum.	126 %16,3	257 %33,4	263 %34,1	125 %16,2
Karşı cinsten olan sınıf arkadaşlarımla konuşmakta güçlük çekiyorum.	35 %4,6	92 %11,9	180 %23,3	465 %60,2
Arkadaş toplantılarında rahat davranamam.	31 %4	79 %10,2	262 %33,9	400 %51,9
Üniversitedeki sosyal etkinliklere katılıyorum.	72 %9,3	204 %26,4	285 %36,9	211 %27,4
Toplantı ve kalabalık eğlencelerden hoşlanırım.	126 %16,3	251 %32,5	269 %34,9	126 %16,3
Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmaya başlamam.	31 %4	113 %14,6	329 %42,7	299 %38,7
Ders saatleri dışında sınıf arkadaşlarımla pek görüşmem.	30 %3,9	64 %8,2	225 %29,2	453 %58,7

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİK

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin cinsiyet ile değişimi karşılaştırıldığında $p<0,01$, $Z=-3,7$ olarak saptandı. Kadınların kaygı ölçeğindeki değerleri erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin cinsiyet ile değişimi karşılaştırıldığında $p=0,1$, $Z=-1,3$ olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin öğrencilerin bulunduğu sınıf ile değişimi karşılaştırıldığında $p<0,01$, $r=-0,12$ olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin bulunduğu sınıf ile değişimi karşılaştırıldığında $p<0,01$, $r=-0,13$ olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre 1. sınıf öğrencilerin kaygı ve kaçınma değerleri yüksekti ve sınıf ilerledikçe kaygı ve kaçınma düzeylerinde azalma olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin yaş ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,016, r=-0,87 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde güçlü bir ilişki saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin yaş ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,02, r=-0,11 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre daha küçük yaştaki katılımcıların kaygı ve kaçınma değerleri yüksekti ve yaş ilerledikçe kaygı ve kaçınma düzeylerinde azalma olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin mezun olunan lise türüne göre değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=17,45 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin mezun olunan lise türüne göre değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=17,34 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin kaygı ve kaçınma değerleri diğer liselerden mezun olanlara göre belirgin yüksek saptandı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin aylık gelir düzeyi ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, r=-0,17 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin aylık gelir düzeyi ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, r=-0,15 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre ailelerinin aylık geliri düşük olan katılımcıların kaygı ve kaçınma değerleri daha yüksek iken aylık gelir arttıkça kaygı ve kaçınma değerlerinde azalma olduğu saptandı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin katılımcıların ilişkisi olması durumu ile karşılaştırıldığında p=0,14, Z=-1,4 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin katılımcıların ilişkisi olması durumu ile karşılaştırıldığında p=0,12, Z=-2,5 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin katılımcıların yaşadıkları yere göre değişimi karşılaştırıldığında p=0,018, KW=8 olarak saptandı. Sonuca göre ailesi ile birlikte yaşayanlar ve arkadaşları ile birlikte kalanların kaygı düzeyleri tek başına yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin katılımcıların yaşadıkları yere göre değişimi karşılaştırıldığında p=0,069, KW=5,3 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin uzmanlık alanı seçme durumuna göre değişimi karşılaştırıldığında p=0,04, KW=6,3 olarak saptandı ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı. Sonuca göre uzmanlık alanı seçiminde cerrahi bilimleri tercih edenlerin kaygı düzeyleri temel bilimler ve dahili bilimleri tercih edenlere göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin uzmanlık alanı seçme durumuna göre değişimi karşılaştırıldığında p=0,075, KW=5,1 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yere göre değişimi karşılaştırıldığında p=0,01, KW=9,2 olarak saptandı. Bu sonuca göre istatiksel açıdan anlamlı fark bulundu ve yaşamının büyük bölümünü köyde geçirenlerde kaygı değeri belirgin yüksek, ilçe merkezinde yüksek ve şehir merkezinde geçirenlerde ise diğer ikisine göre daha düşük tespit edilmiştir, sonuç aşağıdaki tablo 16'da gösterilmiştir. Liebowitz kaçınma ölçeğinin yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yere göre değişimi karşılaştırıldığında p=0,066, KW=5,4 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 16. Liebowitz kaygı ölçeğinin yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yere göre değişimi

Yaşamının büyük kısmını geçirdiği yer	**Liebowitz kaygı Ortalama±ss**	**p**
Şehir merkezi	42,4±10,7	
İlçe merkezi	44,2±11,1	p=0,010
Köy	46,6±9	

Araştırmaya katılanların anne eğitim durumunun Liebowitz kaygı ve kaçınma alt ölçeklerine göre değişimi karşılaştırıldığında; kaygı ölçeğinde p=0,026, KW=11,07, kaçınma ölçeğinde ise p=0,016, KW=12,13 olarak saptandı ve her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı. Bu sonuca göre anne eğitim durumu okumamış olan katılımcıların kaygı ve kaçınma değerleri diğerlerine göre daha yüksek saptandı. Araştırmaya katılanların baba eğitim durumunun Liebowitz kaygı ve kaçınma alt ölçeklerine göre değişimi karşılaştırıldığında; kaygı ölçeğinde p=0,15, KW=6,6, kaçınma ölçeğinde ise p=0,31, KW=4,7 olarak saptandı ve her ikisiyle de istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin öğrencilerin kardeş sayısı ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,24, r=0,82 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin kardeş sayısı ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,053, r=0,7 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,24, Z=-1,1 olarak; ailede psikiyatrik dışı kronik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,52, Z=-0,63 olarak; katılımcının kendisinde kronik bir hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,61, Z=-0,5 olarak saptandı. Her üç durumun da Liebowitz kaygı ölçeği ile aralarında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı. Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaçınma alt ölçeğinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,23, Z=-1,2 olarak; ailede psikiyatrik dışı kronik bir hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,78, Z=-0,26 olarak; katılımcının kendisinde kronik bir hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,44, Z=-0,76 olarak saptandı. Her üç durumun da Liebowitz kaçınma alt ölçeği ile aralarında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin öğrencilerin not ortalaması ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,49, KW=4,4 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin öğrencilerin not ortalaması ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,10, KW=9 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin öğrencilerin sigara içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=16,9 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı; sigara içmeyen ve bırakanlarda kaygı düzeyi, sigara içenlerle kıyaslandığında anlamlı yüksek tespit edildi. Liebowitz kaçınma ölçeğinin öğrencilerin sigara içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=18,7 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı; sigara içmeyen ve bırakanlarda kaçınma düzeyi, sigara içenlerle kıyaslandığında anlamlı yüksek tespit edildi.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin öğrencilerin alkol içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=30 olarak saptandı. Aralarında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı; alkol içmeyenlerde kaygı düzeyi, alkol içen ve bırakanlarla kıyaslandığında anlamlı yüksek tespit edildi. Liebowitz kaçınma ölçeğinin öğrencilerin alkol içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=29,1 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı; alkol içmeyenlerde kaygı düzeyi, alkol içen ve bırakanlarla kıyaslandığında anlamlı yüksek tespit edildi.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin madde kullanımı ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,37, Z=-0,88 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin madde kullanımı ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,45, Z=-0,75 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,40, Z=-0,83 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,15, Z=-1,4 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz kaygı ölçeğinin öğrencilerin intihar etme düşüncesi ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,15, KW=3,79 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Liebowitz kaçınma ölçeğinin öğrencilerin intihar etme düşüncesi ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,03, KW=6,8 olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Bu sonuca göre intihar etmeyi düşünmediklerini belirten katılımcılar kaçınma ölçeğinden düşük puan alırken, intihar etmeyi düşünen ve girişimde bulunanların daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin cinsiyet ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, Z=-3,7 olarak saptandı. Kadınların yaşam kalitesi ölçeğindeki değerleri erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksek olarak saptandı. Cinsiyetin SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçekleriyle analizinde ise kadınların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlev, ağrı ve ruh sağlığı değerleri erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmış olup genel sağlık algısı ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin cinsiyete göre istatistiksel analizi tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin cinsiyete göre istatistiksel analizi

	p	**Z**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	**p<0,01**	Z=-6,05
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	**p<0,01**	Z=-4,7
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p<0,01**	Z=-5,4
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	**p<0,01**	Z=-3,3
SF-36 Ağrı alt ölçeği	**p<0,01**	Z=-4,78
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,39	Z=-0,85
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	**p=0,034**	Z=-2,12
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,79	Z=-0,26

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin bulunduğu sınıf ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,20, KW=7,1 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin bulunulan sınıfa göre istatistiksel analizi tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin bulundukları sınıfa göre analizi

	p	**KW**	**Ortalama±ss**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,26	KW=6,4	1.sınıf=366,15±14,12 2.sınıf=361,44±15,13 3.sınıf=381,61±9,14 4.sınıf=387,15±11,1 5.sınıf=408,82±8,21 6.sınıf=415,26±10,8
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	p=0,61	KW=6,04	1.sınıf=400,1±10,2 2.sınıf=410,39±8,3 3.sınıf=380,58±9,8 4.sınıf=391,94±10,4 5.sınıf=366,9±11,1 6.sınıf=361,36±9,5
SF-36 Emosyonel Rol			1.sınıf=379,13±9,9

Güçlüğü alt ölçeği	p=0,71	KW=8,6	2.sınıf=424,35±12,1 3.sınıf=409,82±9 4.sınıf=377,1±10,9 5.sınıf=362,16±11 6.sınıf=365,32±10,3
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,56	KW=2,04	1.sınıf=372,32±9,3 2.sınıf=380,19±8,2 3.sınıf=391,13±11,5 4.sınıf=407,04±10,6 5.sınıf=388,42±11,4 6.sınıf=380,98±12
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,48	KW=7,1	1.sınıf=389,27±10 2.sınıf=347,84±8,8 3.sınıf=417,72±12,2 4.sınıf=391,66±10,3 5.sınıf=391,86±11,8 6.sınıf=368,4±9,7
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,49	KW=11,4	1.sınıf=403,79±12,2 2.sınıf=357,31±11,2 3.sınıf=379,46±9,5 4.sınıf=357,27±10,7 5.sınıf=433,9±12,3 6.sınıf=376,36±8,8
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,69	KW=12,7	1.sınıf=404,9±10,6 2.sınıf=365,94±8,6 3.sınıf=352,95±8,9 4.sınıf=372,97±10,1 5.sınıf=437,33±12,1 6.sınıf=376,48±11,4
SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçeği	p=0,19	KW=16,3	1.sınıf=419,82±11,2 2.sınıf=358,67±8,8 3.sınıf=382,38±9,7 4.sınıf=386,15±10,8

			5.sınıf=421,5±11,3 6.sınıf=325,19±9,9

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin yaş ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,13, r=-0,05 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sadece emosyonel rol güçlüğü alt ölçeğinin yaş ile değişiminde p=0,02, r=-0,08 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı.

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin mezun olunan lise türü ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,89, KW=2,26 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin mezun olunan lise türüne göre istatistiksel analizi tablo 19'de gösterilmiştir.

Tablo 19. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin mezun olunan lise türüne göre istatistiksel analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,20	KW=8,48
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,93	KW=1,80
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,10	KW=10,58
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,06	KW=11,95
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,34	KW=6,78
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,61	KW=4,47
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,39	KW=6,29
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,31	KW=7,09

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin ailenin aylık geliri ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,19, KW=3,28 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak fiziksel fonksiyon ve sosyal işlev alt ölçekleri ile ailenin aylık geliri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış olup

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin ailenin aylık gelirine göre istatistiksel analizi tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ailenin aylık gelirine göre analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	**p=0,01**	KW=3,28
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	p=0,13	KW=13,77
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,32	KW=2,27
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	**p=0,04**	KW=6,44
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,35	KW=2,09
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,09	KW=9,49
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,43	KW=1,65
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,47	KW=1,47

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin katılımcıların ilişkisi olma durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,83, Z=-0,21 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin katılımcıların ilişkisi olma durumuna göre istatistiksel analizi tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ilişkisi olma durumuna göre analizi

	p	**Z**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,41	Z=-0,81
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,19	Z=-1,29
SF-36 Emosyonel Rol	p=0,56	Z=-0,57
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,07	Z=-2,69
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,79	Z=-0,25
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,96	Z=-0,43

SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,70	Z=-0,37
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,90	Z=-1,69

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin yaşadıkları yer ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,91, KW=0,16 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sadece fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış olup SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin şuan yaşadıkları yere göre istatistiksel analizi tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin yaşadıkları yere göre istatistiksel analizi

	p	**KW**	**Ortalama±ss**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	p=0,53	KW=1,24	Yurt/evde tek başına=394,77±9,8 Evde aileyle birlikte=384,82±9,2 Yurt/evde arkadaşlarımla=376,6±10,1
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p=0,047**	KW=6,11	Yurt/evde tek başına=367,79±8,9 Evde aileyle birlikte=386,61±9,6 Yurt/evde arkadaşlarımla=403,7±11,4
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,86	KW=0,28	Yurt/evde tek başına=385,28±10,4 Evde aileyle birlikte=376,65±10,2 Yurt/evde arkadaşlarımla=389,33±11
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,23	KW=2,9	Yurt/evde tek başına=397,99±10,8 Evde aileyle birlikte=400,11±11,3 Yurt/evde arkadaşlarımla=371,3±10,5
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,12	KW=8,85	Yurt/evde tek başına=413,14±12,1 Evde aileyle birlikte=366,26±10,6 Yurt/evde arkadaşlarımla=365,9±10,3
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,82	KW=0,38	Yurt/evde tek başına=390±9,6 Evde aileyle birlikte=393,71±10,2 Yurt/evde arkadaşlarımla=381±11,8
SF-36 Ruh Sağlığı	p=0,40	KW=1,83	Yurt/evde tek başına=374,59±10,6 Evde aileyle birlikte=402,75±12,2 Yurt/evde arkadaşlarımla=393,7±11,8

SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçeği	p=0,90	KW=0,19	Yurt/evde tek başına=390±10,4 Evde aileyle birlikte=388,13±9,7 Yurt/evde arkadaşlarımla=382,6±10,4

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin uzmanlık alanı tercihi ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,48, KW=1,44 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alt ölçekleri ile uzmanlık alanı tercihi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış olup SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin uzmanlık alanı tercihine göre istatistiksel analizi tablo 23'de gösterilmiştir.

Tablo 23. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin uzmanlık alanı tercihine göre istatistiksel analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	p=0,10	KW=4,49
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p=0,013**	KW=8,61
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,27	KW=2,58
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,26	KW=2,65
SF-36 Ağrı alt ölçeği	**p=0,04**	KW=11,11
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,39	KW=1,86
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,10	KW=4,47
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,11	KW=4,25

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yer ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,50, KW=1,38 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yere göre istatistiksel analizi tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 24. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yere göre istatistiksel analizi

	p	KW
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,68	KW=0,76
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,88	KW=0,25
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,12	KW=4,15
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,47	KW=1,47
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,53	KW=1,24
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,70	KW=0,71
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,14	KW=3,82
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,97	KW=0,04

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin anne eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,83, KW=1,48 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ruh sağlığı ve genel sağlık algısı alt ölçekleri ile anne eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış olup SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin anne eğitim durumuna göre istatistiksel analizi tablo 25'da gösterilmiştir.

Tablo 25. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin anne eğitim durumu ile analizi

	p	KW
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	p=0,20	KW=5,93
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,19	KW=6,08
SF-36 Emosyonel Rol	p=0,29	KW=4,89
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,94	KW=0,78
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,68	KW=2,28
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,99	KW=7,8

SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	**p=0,021**	KW=11,5
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p=0,029**	KW=10,78

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin baba eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,11, KW=7,4 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yalnızca genel sağlık algısı alt ölçeği ile baba eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmış olup SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin baba eğitim durumuna göre istatistiksel analizi tablo 26'de gösterilmiştir.

Tablo 26. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin baba eğitim durumuna göre analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,38	KW=4,16
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,15	KW=6,65
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,80	KW=1,62
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,12	KW=7,21
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,15	KW=6,7
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,46	KW=3,57
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,088	KW=8,08
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p=0,04**	KW=15,22

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin kardeş sayısı ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,25, r=0,41 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin kardeş sayısına göre istatistiksel analizi tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin kardeş sayısına göre istatistiksel analizi

	p	**r**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,24	r=-0,42
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,14	r=0,052
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,94	r=0,002
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,62	r=-0,018
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,65	r=0,016
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,056	r=0,069
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,15	r=0,052
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,81	r=0,008

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,19, Z=-1,29 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunan katılımcıların fiziksel fonksiyon, sosyal işlev, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerindeki değerleri daha düşük saptanmış olup SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumuna göre istatistiksel analizi tablo 28'da gösterilmiştir.

Tablo 28. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumuna göre istatistiksel analizi

	p	**Z**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	**p=0,037**	Z=-2,08
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	p=0,24	Z=-1,15
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,06	Z=-2,74
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	**p=0,038**	Z=-2,07
SF-36 Ağrı alt ölçeği	**p=0,014**	Z=-2,45
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,23	Z=-1,18

SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,084	Z=-1,73
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p=0,014**	Z=-2,44

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin ailede psikiyatrik dışı kronik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,92, Z=-0,92 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak ailesinde psikiyatrik dışı kronik bir hastalık bulunduğunu belirten katılımcıların fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde daha düşük puan aldıkları saptanmış olup SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin ailede psikiyatrik dışı kronik hastalık bulunması durumuna göre istatistiksel analizi tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin ailede psikiyatrik dışı kronik hastalık bulunması durumuna göre istatistiksel analizi

	p	**Z**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	**p=0,021**	Z=-2,3
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,82	Z=-0,22
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,23	Z=-1,18
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,53	Z=-0,61
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,30	Z=-1,03
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,40	Z=-0,83
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,71	Z=-0,37
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,16	Z=-1,38

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin kendinde kronik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,024, Z=-2,26 olarak saptandı ve kronik hastalığı bulunanlarda yaşam kalitesi kronik hastalığı bulunmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük tespit edildi. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin kendinde kronik hastalık bulunması durumuna göre istatistiksel analizi tablo 30'de gösterilmiştir.

Tablo 30. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin kendinde kronik hastalık bulunması durumuna göre istatistiksel analizi

	p	Z
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	**p=0,01**	Z=-3,77
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,11	Z=-1,59
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,12	Z=-1,54
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,59	Z=-0,53
SF-36 Ağrı alt ölçeği	**p=0,01**	Z=-3,19
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,24	Z=-1,16
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,05	Z=-2,79
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p<0,01**	Z=-3,78

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin not ortalaması ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,53, KW=4,12 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin not ortalamasına göre istatistiksel analizi tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin not ortalamasına göre analizi

	p	KW
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,29	KW=6,08
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,75	KW=2,66
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,11	KW=8,8
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,43	KW=4,86
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,85	KW=1,92
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,09	KW=9,44

SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,14	KW=8,25
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p=0,54	KW=4,05

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin sigara içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=15,61 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuca göre sigara içmekte olan katılımcıların yaşam kalitesi, sigara içmeyen ve bırakmış olanlara göre daha düşük tespit edildi. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin sigara içme durumuna göre istatistiksel analizi tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin sigara içme durumuna göre analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,59	KW=1,02
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	p=0,09	KW=9,51
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p=0,03**	KW=11,39
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	**p=0,01**	KW=13,82
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,95	KW=0,88
SF-36 Vitalite (canlılık)	p=0,70	KW=5,31
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	**p=0,01**	KW=13,48
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p=0,019**	KW=7,96

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin alkol içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,62, KW=0,92 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak alkol kullandığını belirten katılımcıların emosyonel rol güçlüğü alt ölçeğindeki puanları, alkol kullanmayan ve bıraktığını belirtenlere göre anlamlı derecede düşük tespit edildi. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin alkol içme durumuna göre istatistiksel analizi tablo 33'de gösterilmiştir.

Tablo 33. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin alkol içme durumuna göre analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,33	KW=2,18
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,78	KW=0,47
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p=0,03**	KW=11,91
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,086	KW=4,9
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,79	KW=0,47
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,51	KW=1,31
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,19	KW=3,25
SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçeği	p=0,94	KW=0,12

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin madde kullanım durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,051, Z=-1,94 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak madde kullanımı olduğunu belirten katılımcıların genel sağlık algısı alt ölçeğindeki değerleri, kullanmayanlara göre anlamlı derecede düşük tespit edildi. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin madde kullanım durumuna göre istatistiksel analizi tablo 34'de gösterilmiştir.

Tablo 34. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin madde kullanım durumuna göre istatistiksel analizi

	p	**Z**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,54	Z=-0,61
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,15	Z=-1,41
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,51	Z=-0,65

SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p=0,42	Z=-2,03
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,72	Z=-0,35
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	p=0,96	Z=-0,39
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p=0,94	Z=-2,79
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p=0,017**	Z=-2,39

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin herhangi bir travmatik olay yaşama durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,15, Z=-1,41 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeği ile travmatik olay yaşama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamasına rağmen travmatik bir olay yaşadıklarını belirten katılımcıların emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlev, ağrı, vitalite, ruh sağlığı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinde aldıkları değerler anlamlı derecede düşük tespit edildi. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin herhangi bir travmatik olay yaşama durumuna göre istatistiksel analizi tablo 35'da gösterilmiştir.

Tablo 35. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin herhangi bir travmatik olay yaşama durumuna göre istatistiksel analizi

	p	**Z**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p=0,29	Z=-1,05
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,061	Z=-1,87
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p=0,02**	Z=-3,09
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	**p<0,01**	Z=-3,65
SF-36 Ağrı alt ölçeği	**p=0,017**	Z=-2,38
SF-36 Vitalite (canlılık)	**p=0,014**	Z=-2,64
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	**p=0,02**	Z=-2,33
SF-36 Genel Sağlık Algısı	**p<0,01**	Z=-3,7

Araştırmaya katılanlara yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi total ölçeğinin intihar etme düşüncesi durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=31,28 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuca göre daha önce intihar etme düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunmuş olanlarda yaşam kalitesi, daha önce intihar etmeyi hiç düşünmeyenlere göre daha düşük tespit edilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin intihar etme düşüncesi durumuna göre istatistiksel analizi tablo 36'de gösterilmiştir.

Tablo 36. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin intihar etme düşüncesi durumuna göre istatistiksel analizi

	p	**KW**
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	**p<0,01**	KW=26,04
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p<0,01**	KW=16,34
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	**p<0,01**	KW=45,3
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	**p<0,01**	KW=53,51
SF-36 Ağrı alt ölçeği	**p<0,01**	KW=37,2
SF-36 Vitalite (canlılık) alt ölçeği	**p<0,01**	KW=41,51
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	**p<0,01**	KW=71,39
SF-36 Genel Sağlık Algısı alt ölçeği	**p<0,01**	KW=45,75

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin cinsiyet ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, Z=-4,29 olarak saptandı. Kadınların üniversiteye uyum ölçeğindeki değerleri erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin cinsiyet ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,21, Z=-1,25 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken; sosyal uyum alt ölçeğinin cinsiyet ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p<0,01, Z=-4,31 olarak bulundu. Kadınların sosyal uyum alt ölçeğindeki değerleri erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin bulunulan sınıf ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,074, r=-0,65 olarak saptandı ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin bulunulan sınıf ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,29, r=0,38 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken; sosyal uyum alt ölçeğinin bulunulan sınıf ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,019, r=-0,85 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde güçlü bir ilişki saptandı. Bu sonuca göre öğrencilerin bulundukları sınıf arttıkça üniversiteye olan sosyal uyumlarının azaldığı tespit edildi.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin yaş ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,048, r=-0,72 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde güçlü bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin yaş ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,82, r=0,08 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken; sosyal uyum alt ölçeğinin yaş ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,023, r=-0,82 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönde güçlü bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre katılımcıların yaşı arttıkça üniversiteye olan uyumlarında ve sosyal uyumlarında azalma tespit edildi.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin mezun olunan lise türü ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,78, KW=3,22 olarak bulundu. Ayrıca akademik uyum alt ölçeğininde p=0,62, KW=4,39 ve sosyal uyum alt ölçeğininde p=0,90, KW=2,1 olarak bulundu ve her üç durumla arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin ailenin aylık geliri ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=17,81 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin ailenin aylık geliri ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,64, KW=0,87 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken; sosyal uyum alt ölçeğinin ailenin aylık geliri ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p<0,01, KW=22,04 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre ailesinin aylık geliri daha yüksek olan katılımcıların üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleri daha yüksek tespit edildi. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin ailenin aylık gelir düzeyi ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 37. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin ailenin aylık gelir düzeyi ile aralarındaki istatistiksel analizi

	Aile Aylık Geliri	Ortalama±ss	p
Üniversiteye Uyum Ölçeği	0-1500 tl 1501-5000 tl 5001 tl ve üzeri	82,95±14,54 91,58±12,17 92,32±12,71	p<0,01
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	0-1500 tl 1501-5000 tl 5001 tl ve üzeri	70,14±11,96 78,08±10,79 78,94±11,63	p<0,01

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin katılımcıların ilişkisi olma durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,48, Z=-0,69 saptandı. Ayrıca akademik uyum alt ölçeğinde p=0,66, Z=-1,49 ve sosyal uyum alt ölçeğinde p=0,13, Z=-0,43 olarak bulundu. Sonuç olarak her üç ölçekle arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum, akademik uyum ve sosyal uyum ölçeklerinin, katılımcıların şuanda yaşadıkları yer, uzmanlık alanı tercihi ve yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yer ile değişimi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu verilerin istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 38'da gösterilmiştir.

Tablo 38. Üniversiteye uyum, akademik uyum ve sosyal uyum ölçeklerinin, katılımcıların şuanda yaşadıkları yer, uzmanlık alanı tercihi ve yaşamlarının büyük kısmını geçirdikleri yer ile aralarındaki istatistiksel analizi

	Şuan Yaşadıkları Yer		Uzmanlık Tercihi		Yaşamının Büyük Kısmını Geçirdiği Yer	
	p	**KW**	**p**	**KW**	**p**	**KW**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	p=0,15	KW=3,69	p=0,86	KW=0,28	p=0,45	KW=1,56
Akademik Uyum Ölçeği	p=0,48	KW=1,44	p=0,25	KW=7,35	p=0,52	KW=1,28

Sosyal Uyum	p=0,20	KW=3,14	p=0,98	KW=0,35	p=0,67	KW=0,79

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin anne eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,01, KW=19,56 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin anne eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,89, KW=8,06 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sosyal uyum alt ölçeğinin anne eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,01, KW=18,14 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre anne eğitim durumu daha düşük olan katılımcıların üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleri diğerlerine göre daha düşük tespit edildi. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin anne eğitim durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 39. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin anne eğitim durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi

	Anne Eğitim Durumu	**Ortalama±ss**	**p**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	Okula gitmemiş	76,4±4,87	p<0,01
	İlkokul	89,09±13,08	
	Ortaokul	93,46±11,69	
	Lise	91,23±11,56	
	Üniversite	92,38±13,46	
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	Okula gitmemiş	64,4±2,7	p<0,01
	İlkokul	75,8±11,63	
	Ortaokul	79,26±10,08	
	Lise	78,22±10,4	
	Üniversite	78,75±12,17	

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin baba eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,031, KW=10,6 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin baba eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,74, KW=1,96 olup aralarında istatistiksel

açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sosyal uyum alt ölçeğinin baba eğitim durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,012, KW=12,93 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre baba eğitim durumu daha düşük olan katılımcıların üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleri diğerlerine göre daha düşük tespit edildi. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin baba eğitim durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 40'da gösterilmiştir.

Tablo 40. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin baba eğitim durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi

	Baba Eğitim Durumu	**Ortalama±ss**	**p**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	Okula gitmemiş	75	p=0,031
	İlkokul	88,19±12,46	
	Ortaokul	91,79±12,31	
	Lise	90,9±13,57	
	Üniversite	92,24±12,18	
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	Okula gitmemiş	61	p=0,012
	İlkokul	74,71±11,36	
	Ortaokul	78,07±10,4	
	Lise	77,35±11,79	
	Üniversite	78,98±11,14	

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin kardeş sayısı ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,36, r=-0,33 olarak bulundu. Ayrıca akademik uyum alt ölçeğinde p=0,97, r=0,01 ve sosyal uyum alt ölçeğinde p=0,32, r=-0,35 olarak bulundu. Her üç ölçekle kardeş sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,03, Z=-2,16 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,43, Z=-0,78 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken; sosyal uyum alt ölçeğinin ailede psikiyatrik hastalık bulunması durumu ile

değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,029, Z=-2,18 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan katılımcıların üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleri daha yüksek bulundu.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin ailede psikiyatrik dışı kronik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,45, Z=-0,74 olarak bulundu. Ayrıca akademik uyum alt ölçeğinde p=0,51, Z=-0,33 ve sosyal uyum alt ölçeğinde p=0,73, Z=-0,65 olarak bulundu. Her üç ölçekle arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin kendinde kronik hastalık bulunması durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,97, Z=-0,02 olarak bulundu. Ayrıca akademik uyum alt ölçeğinde p=0,36, Z=-0,89 ve sosyal uyum alt ölçeğinde p=0,83, Z=-0,21 olarak bulundu. Her üç ölçekle arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin not ortalaması ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,66, KW=3,26 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktu. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin not ortalaması ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=24,88 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Sosyal uyum alt ölçeğinin not ortalaması ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,47, KW=4,52 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu sonuçlara göre öğrencilerin not ortalamasının üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleriyle bir ilişkisi bulunmazken; not ortalaması yüksek olan öğrencilerin akademik uyum düzeyleri daha yüksek tespit edildi.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin sigara içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,25, KW=2,76 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktu. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin sigara içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,008, KW=9,64 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Sosyal uyum alt ölçeğinin sigara içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,12, KW=4,21 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu sonuçlara göre sigara içmeyen katılımcıların akademik uyum düzeyleri, sigara içen ve bırakanlara göre daha yüksek tespit edildi.

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin alkol içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=18,96 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan

anlamlı bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin alkol içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,22, KW=2,96 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sosyal uyum alt ölçeğinin alkol içme durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p<0,01, KW=21,76 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre alkol tükettiklerini belirten kullanıcıların üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleri, alkol içmeyen ve bıraktıklarını belirtenlere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin alkol içme durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 41'de gösterilmiştir.

Tablo 41. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin alkol içme durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi

	Alkol İçme Durumu	**Ortalama±ss**	**p**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	Hayır	90,23±12,46	p<0,01
	Evet	94,1±12,94	
	Bıraktım	87,42±10,37	
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	Hayır	76,8±11,1	p<0,01
	Evet	80,63±11,43	
	Bıraktım	76±10,47	

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin madde kullanım durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,013, Z=-2,48 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin madde kullanım durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,09, Z=-1,66 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken; sosyal uyum alt ölçeğinin madde kullanım durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,015, Z=-2,43 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre madde kullanmadığını belirten katılımcıların üniversiteye uyum ve sosyal uyum düzeyleri, kullananlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin madde kullanım durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 42'de gösterilmiştir.

Tablo 42. Üniversiteye uyum ölçeği ve sosyal uyum alt ölçeğinin madde kullanım durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi

Madde Kullanım Durumu	Z	p
Üniversiteye Uyum Ölçeği	-2,48	p=0,013
Akademik Uyum Alt Ölçeği	-1,66	p=0,09
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	-2,43	p=0,015

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,007, Z=-2,69 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p=0,08, Z=-2,65 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki var iken; sosyal uyum alt ölçeğinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p=0,036, Z=-2,09 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşamadığını belirten katılımcıların üniversiteye uyum, akademik uyum ve sosyal uyum düzeyleri, travmatik bir olay yaşadığını belirtenlere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Üniversiteye uyum ölçeği ve akademik ve sosyal uyum alt ölçeklerinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 43'de gösterilmiştir.

Tablo 43. Üniversiteye uyum ölçeği ve akademik ve sosyal uyum alt ölçeklerinin sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi

Sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşama durumu	Z	p
Üniversiteye Uyum Ölçeği	-2,68	p=0,007
Akademik Uyum Alt Ölçeği	-2,65	p=0,08
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	-2,09	p=0,036

Katılımcılara yapılan Üniversiteye Uyum ölçeğinin intihar etmeyi düşünme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=32,33 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeğinin intihar etmeyi düşünme durumu ile değişimi karşılaştırıldığında p<0,01, KW=25,02 olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Sosyal uyum alt ölçeğinin intihar etmeyi düşünme durumu ile değişimi karşılaştırıldığındaysa p<0,01, KW=26,6 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuçlara göre daha önce intihar etme düşüncesi olmayan katılımcıların üniversiteye uyum, akademik uyum ve sosyal uyum düzeyleri, intihar düşüncesi ve girişimi olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Üniversiteye uyum ölçeği ve akademik ve sosyal uyum alt ölçeklerinin intihar etmeyi düşünme durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 44'de gösterilmiştir.

Tablo 44. Üniversiteye uyum ölçeği ve akademik ve sosyal uyum alt ölçeklerinin intihar etmeyi düşünme durumu ile aralarındaki istatistiksel analizi

	İntihar Etme Düşüncesi	**Ortalama±ss**	**p**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	Düşünmedim	92,95±11,77	p<0,01
	Düşündüm	85,44±14,39	
	Girişimim oldu	87,2±10,44	
Akademik Uyum Alt Ölçeği	Düşünmedim	13,75±3,57	p<0,01
	Düşündüm	12,08±3,89	
	Girişimim oldu	15±2,21	
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	Düşünmedim	79,18±10,55	p<0,01
	Düşündüm	73,43±13,12	
	Girişimim oldu	72,2±8,77	

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,263 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların yaşam kalitesi düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,26 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek

puan alanların fiziksel fonksiyon değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=0,15$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların fiziksel rol güçlüğü değerleri yüksek tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği karşılaştırıldığında $p=0,01$ ve $r=0,11$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların emosyonel rol güçlüğü değerleri yüksek tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal işlevsellik alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,24$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların fiziksel rol güçlüğü değerleri yüksek tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,12$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların ağrı değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin vitalite (canlılık) alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,28$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların vitalite (canlılık) değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ruh sağlığı alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,26$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların ruh sağlığı değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,25$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların genel sağlık algısı değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 45'de gösterilmiştir.

Tablo 45. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi

	Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği	
	p	**r**
SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği	p<0,01	r=-0,263
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p<0,01	r=-0,26
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p<0,01	r=0,15
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,01	r=0,11
SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p<0,01	r=-0,24
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p<0,01	r=-0,12
SF-36 Vitalite (canlılık)	p<0,01	r=-0,28
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p<0,01	r=-0,26
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p<0,01	r=-0,25

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,268 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların yaşam kalitesi düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,25 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların fiziksel fonksiyon değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=0,14 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların fiziksel rol güçlüğü değerleri yüksek tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği karşılaştırıldığında p=0,01 ve r=0,09 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan

alanların emosyonel rol güçlüğü değerleri yüksek tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal işlevsellik alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,22 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların sosyal işlevsellik değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı alt ölçeği karşılaştırıldığında p=0,004 ve r=-0,1 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların ağrı değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin vitalite (canlılık) alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,27 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların vitalite (canlılık) değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin ruh sağlığı alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,29 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların ruh sağlığı değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,23 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların genel sağlık algısı değerleri düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile SF-36 yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi

	Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği	
	p	**r**
SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği	p<0,01	r=-0,268
SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği	p<0,01	r=-0,25
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	p<0,01	r=0,14
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeği	p=0,01	r=0,09

SF-36 Sosyal İşlev alt ölçeği	p<0,01	r=-0,22
SF-36 Ağrı alt ölçeği	p=0,004	r=-0,1
SF-36 Vitalite (canlılık)	p<0,01	r=-0,27
SF-36 Ruh Sağlığı alt ölçeği	p<0,01	r=-0,29
SF-36 Genel Sağlık Algısı	p<0,01	r=-0,23

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile Üniversiteye uyum ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,42 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların üniversiteye uyumu düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,19 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların akademik uyumu düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile Üniversiteye uyum ölçeğinin sosyal uyum alt ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,41 olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaygı ölçeğinden yüksek puan alanların sosyal uyumu düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile üniversiteye uyum ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 47'de gösterilmiştir.

Tablo 47. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği ile üniversiteye uyum ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi

	Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaygı alt ölçeği	
	p	**r**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	p<0,01	-0,42
Akademik Uyum Alt Ölçeği	p<0,01	-0,19
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	p<0,01	-0,41

Araştırmaya katılanlara yapılan Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile Üniversiteye uyum ölçeği karşılaştırıldığında p<0,01 ve r=-0,48 olarak bulundu. Aralarında

istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların üniversiteye uyumu düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile Üniversiteye uyum ölçeğinin akademik uyum alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,20$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların akademik uyumu düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile Üniversiteye uyum ölçeğinin sosyal uyum alt ölçeği karşılaştırıldığında $p<0,01$ ve $r=-0,47$ olarak bulundu. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ve bu sonuca göre kaçınma ölçeğinden yüksek puan alanların sosyal uyumu düşük tespit edildi. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile üniversiteye uyum ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi aşağıdaki tablo 48'de gösterilmiştir.

Tablo 48. Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği ile üniversiteye uyum ve alt ölçeklerinin istatistiksel analizi

	Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeği	
	p	**r**
Üniversiteye Uyum Ölçeği	p<0,01	-0,48
Akademik Uyum Alt Ölçeği	p<0,01	-0,2
Sosyal Uyum Alt Ölçeği	p<0,01	-0,47

TARTIŞMA

Bu çalışmada T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sosyal fobinin sıklığı, sosyal fobiyle ilişkili risk faktörleri, sigara, alkol ve madde kullanma durumları ve eşlik eden ek tanılar tespit edilmeye çalışıldı. Sosyal fobinin yaşam kalitesi ve üniversiteye uyum üzerindeki etkisi araştırıldı.

Çalışmamızın dikkat çekici bulgusu sosyal fobinin Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında oldukça yaygın olduğunu göstermiş olması ve bunun sosyal fobi ölçeğindeki puanlara, yaşam kalitesi ve üniversiteye uyum üzerine etkileri bakımından oldukça önemli bir yeri olduğudur.

Yaygınlık

Yaptığımız bu çalışmada sosyal fobinin T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerindeki yaygınlığı %14,4 olarak bulundu. Sosyal fobilerin büyük çoğunluğu ise özgül sosyal fobi alt tiplerindendi. Bu özgül sosyal fobiler en sık kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak, romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak, seyirci önünde hareket etme, gösteri ya da konuşma yapma, önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak gibi performans gerektiren durumlarda ortaya çıkıp bunu sırasıyla etkileşimsel alanlar ve başkası tarafından değerlendirilme

alanlarındaki sosyal fobilerin izlediği tespit edilmiştir. LSAÖ kaygı ve kaçınma puanları yüksek olanların, yaşam kalitesi puanları daha düşük saptandı.

Sivas ilinde Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri içerisinde yapılmış bir çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %9,8 bulunmuştur (77). Dilbaz (78), Ankara ilinde 1000 üniversite öğrencisi dahilinde DSM III ölçütlerine göre yaptığı çalışmada SAB tanısı konanları %22 olarak tespit etmiştir. Kırpınar ve ark. (79) Atatürk Üniversitesinde 324 öğrencide CIDI (Uluslar arası birleşik tanısal görüşmesi)'nin bir versiyonunu kullandıkları bir araştırmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığını %17 saptamışlardır.

Kılıç (80), bütün yaş grupları içerisinde yaptığı Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında, sosyal fobinin yaygınlığını %1,8 olarak saptamıştır. Toplumun geneline göre üniversite öğrencileri içinde gözlenen yüksek oran sosyal fobinin çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkıyor oluşu, öğrencilerin toplumdaki diğer kesimlere göre (esnaf, çiftçi, ev hanımı vb.) daha fazla toplum içerisinde konuşma gereksiniminden dolayı olabilir. Toplumdaki diğer kesimler ya da farklı yaş gruplarındaki kişiler kısmi kaçınma davranışı gösterebilirlerken, öğrenciler kaçınamayacakları bu gibi durumlarla karşı karşıya gelince sorun daha gözle görünür olmaktadır.

2007 senesinde İsveç'teki üniversite öğrencileri dahilinde yapılmış olan bir araştırmada sosyal fobi %16,1 bulunmuştur. Çalışma sonucunda sosyal fobiler içinde en yaygını topluluk önünde konuşmak olup bunu tanımadıkları birisiyle telefonda görüşme, tanımadığı bir kişiyle yüz yüze iletişim kurma, grup içi tartışmaya dahil olma ve umumi tuvalet kullanma izlemiştir. Ayrıca bunların %83'ü özgül fobi (hafif form), %17'lik kısımsa yaygın sosyal fobi (ağır form) alt grubundandır (81).

Avustralya'da üniversitede ilk yılları olan öğrenciler içerisinde yapılan araştırmada sosyal fobi %18,3 saptanmıştır (82). Amerika'da sosyal fobinin alt tiplerini saptamak için yapılmış olan 15-54 yaş arasında 8098 katılımcıyı kapsayan Ulusal Komorbidite araştırmasında yaşam boyu sosyal fobisi olan kişilerin 1/3'ü yalnızca topluluk önünde konuşma korkusuna sahip iken 2/3'ü performans ve etkileşimsel olmak üzere en az bir diğer sosyal korkuya daha sahipti. İçlerinde en sık karşılaşılan %30,2 ile toplum önünde konuşma yapma korkusudur.

Almanya'da 14-24 yaş arası 3021 katılımcıda ve DSM-IV'e dayalı uluslararası birleşik tanı görüşmesi (CIDI) kullanılarak yapılmış olan araştırmada sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığı %8,7 saptanmış ve bunların 1/3'ünün yaygın tipte oldukları tespit edilmiştir.

Yaygın sosyal fobiye sahip olanların başlangıç yaşı daha erken, semptomları daha dirençli, ektanı eşlikleri daha fazla, işlev kayıpları daha ciddi, tedavi görme oranları daha yüksek, ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü daha sık bulunmuştur (44).

Nijerya'da 500 üniversite öğrencisi içerisinde dünya ruh sağlığı uluslararası birleşik tanısal görüşme ilk versiyonu ve DSM-III kullanılarak yapılan araştırmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %9,4 saptanmıştır. İçlerinde en korku duyulanı topluluk önünde konuşmak (%100) olmakla birlikte ardından daha küçük grup önünde konuşmak (%94,9) gelmiştir (83).

Ülkemizde Solmaz ve ark. (84) tarafından yapılan çalışmada, en fazla anksiyete oluşturan durumlar sırayla; önceden hazırlık yapmaksızın toplantıda konuşma yapma, seyirci önünde hareket veya gösteri yapma, dikkatleri kendi üzerinde toplama, romantik ya da cinsel bir ilişki kurma amacıyla biriyle tanışma, başkası içerdeyken odaya girme ve bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi okuma olarak saptanmıştır.

Gerek ülkemizde ve gerekse dünya genelinde yapılan çalışmalarda gerek örneklem büyüklüğü gerekse yöntemsel ve tanısal farklılıklar sebebiyle farklı yaygınlık oranları bulunmuş, kültürden bağımsız yapılan bütün araştırmalarda en fazla karşı karşıya gelinen özgül sosyal fobi alt tipinin topluluk karşısında konuşma yapmak olduğu belirtilmiştir. Özgül sosyal fobi daha sık gözlemlenmesine rağmen yaygın sosyal fobi daha şiddetli olup işlevselliği daha bozar niteliktedir.

Başka bir unsur olarak; bu araştırmanın örneklemi ilkokul döneminden itibaren sınıf içerisinde başarılı olarak görülen ve üniversiteye giriş sınavında yüksek başarı göstermiş olan öğrencileri içermektedir. Ancak gerek ülkemiz eğitim sistemi gerekse anne-babaların puan ve not beklentili yaklaşımları sonucunda bu örneklemi oluşturanlar, daha kendi halinde ve sınav odaklı bir öğrenci topluluğu halini alarak sonuçları farklı yönde etkilemiş olabilir.

Sosyodemografik Faktörler

Bu çalışmada sosyal fobinin sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha fazla bulundu. Bu sonuç daha önce ülkemizde Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde yapılmış olan çalışmanın bulgularıyla uyumludur (77). İsveç'te öğrenciler arasında yapılan bir araştırmada sosyal fobi kadın cinsiyette, bekar olanlarda, ülke dışında doğanlarda, daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlarda (<10.000) daha fazla görülmekle beraber bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirtilmiştir (81). Almanya'da genç erişkin ve ergenlerde yapılan bir araştırmada

kadınlarda %9,5, erkeklerde ise %4,9 oranda sosyal fobi saptandığı belirtilmiştir (44). Kişilerin yaşadıkları toplumun kültürel ve demografik özellikleri cinsiyet rollerini şekillendirmektedir. Bu nedenle araştırmaların sonuçlarını genellemek zordur. Bizim toplumumuzda kadının iş yaşamında erkekler kadar yer almaması ve çekingenliğin kabul görülebilir oluşu bu durumu kadınların aleyhine etkileyebilmektedir. Kadın cinsiyette daha fazla olması cinsiyet ile toplumsal rol beklentisi arasındaki ilişkinin ürünü olabilmekle birlikte kadınların sosyal fobiye sahip olmaları, kabul edilebilen ya da istenen bir tavır olarak değerlendirilebilir. Ayrıca erkek çocukların aile içerisinde göz önünde bulundurulmaları sosyal fobi belirtilerinin daha erken fark edilmesini sağlıyor olabilir.

Cinsiyetin sosyal fobi içerisindeki rolünü araştıran bir çalışmada, sosyal fobinin alt tipleri, eşlik eden tanılar ve ailede sosyal fobi öyküsü bulunması açısından kadınlarla erkekler arasında bir fark tespit edilememiştir. Ancak kadınların kendisinden daha yetkili biriyle konuşurken, topluluk önünde konuşma yaparken, başkası tarafından gözlendiği sırada bir iş yaparken, başkalarının bulunduğu bir odaya girerken, dikkatler kendi üzerindeyken, tartışma esnasında karşısındakiyle aynı görüşte olmadığını ifade ederken, bir partiye katılırken; erkeklerinse umumi tuvalet kullanırken, satın aldığı bir malı iade ederken daha fazla korku yaşadıkları belirtilmiştir (85).

Çalışmamızda ayrıca öğrencilerin, yaşları ilerledikçe ve daha ileri sınıflarda bulundukça sosyal fobinin azaldığı saptandı. Bu durum, ergenlik sürecine ve üniversitede öğrenimine başlanan yeni şehre, yeni bir sosyal ortama girilmesine bağlanabilir. Ortama uyum sağlandıkça davranışlar da bundan etkilenecektir. Araştırmamızın sonucunun üniversite öğrencilerinin üniversite yıllarının ilk başlarında yeteri kadar arkadaş çevresine sahip olmamasından ve çevresine yeteri kadar uyum sağlayamamasından kaynaklı bir sosyal kaygı olduğu düşünülebilir.

Öğrencilerin şuanda yaşadıkları yere bakıldığında ailesi ile birlikte yaşayanlar ve arkadaşları ile birlikte kalanların sosyal fobi düzeyleri tek başına yaşayanlara göre daha yüksek saptandı. Bu duruma ailesiyle birlikte yaşayanlar açısından bakıldığında ebeveynlerinin tutumlarının, koruyucu ve otoriter yaklaşımlarının; arkadaşlarıyla birlikte kalanlar içinse üniversite dönemi süresince kişilik değişim ve gelişimi içerisinde olan genç bireylerin kendi aralarındaki davranış ve etkileşimlerinin neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda sosyal fobinin sıklığı hayatının büyük kısmını köyde geçirenlerde şehir ve ilçe merkezinde geçirenlere göre belirgin yüksek bulundu. Cumhuriyet Üniversitesi

öğrencilerinde yapılmış olan çalışmada da sosyal fobinin düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olanlarda, köyde doğanlarda ve yaşamının büyük kısmını köyde geçirenlerde, kadın cinsiyette ve ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (77). Bu duruma küçük yerleşim birimlerinde yaşayan insanların, bulundukları çevrenin etkisiyle bağımsızlıklarını, özerkliklerini ve yeteneklerini kullanmalarını kısıtlamak zorunda kalmaları neden olabilmektedir.

Araştırmamız sonucunda sosyal fobi sıklığı ile aile içerisinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu arasında bir ilişki saptanmıştır. Amerika'da 1998'de yapılmış olan ulusal komorbidite çalışmasında sosyal fobi sıklığı ile aile içerisinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma ile arasında ilişki saptanmış, istatistiksel anlamda en güçlü ilişki ise annede yaygın anksiyete bozukluğunun varlığı olarak bulunmuştur (14).

Araştırmamızda öğrencilerin ailelerinin aylık gelir seviyesinin artışıyla birlikte sosyal fobi görülme sıklığının azaldığı saptandı. Nijerya'da yapılmış olan bir araştırmada da sosyal fobi, alt sosyal tabakada %15,9 oranında, üst kesimde ise %7,3 saptanmış, bu oranın ailede aylık gelir düzeyi arttıkça azaldığı bildirilmiştir (83). Bunu sebebi olarak daha düşük sosyoekonomik düzeyin, toplum içerisinde sosyal ilişkileri kısıtlama ve bireylerde düşük özgüven oluşturmaya neden olarak sosyal fobi oluşmasına katkı yapıyor olması düşünülmektedir.

Sigara-Alkol-Madde Kullanımı ve İntihar

Yaptığımız çalışma sonucunda Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin kaçınma alt ölçeğine yüksek puan veren öğrencilerde intihar düşüncesi istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek oranda bulunmuştur. Francis ve ark. (85) yaptıkları bir araştırmada sosyal fobiye sahip ergenlerin daha yüksek düzeyde intihar düşüncesinde olduğu saptanmıştır. Almanya'da genç yetişkinler ve ergenlerde yapılmış olan çalışmalar içerisinde sosyal fobiye eşlik eden depresyonun bulunması durumunda intihar fikir ve girişiminin ciddi oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir (86). Saren ve ark. (75) tarafından 18-64 yaş arası 4796 kişiyi kapsayan 3 yıllık süreçte toplum temelli bir araştırmada sosyal fobide artmış intihar düşüncesi bulunurken, girişim ile bir ilişki saptanamamıştır. DSM-III kullanılarak yapılan, 13 yıllık süre dahilindeki Baltimore epidemiyolojik alan çalışmasında, intihar girişimiyle sosyal fobi arasında bir ilişki tespit edilememiş, ancak sosyal fobi ile birlikte depresyon eşlik etmesi durumunda anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir (87). Bu duruma sosyal fobisi olan

gençlerin daha fazla kaygılı ve güvensiz oluşu, başkalarının onların beklentilerini anlamadıkları düşüncesi ve kendilerini yalnız ve izole hissetmelerinin neden olduğu düşünülebilir. Kaygı, utangaçlık, korkma ve kaçınma gibi durumlar kişinin problem çözme becerisini olumsuz yönde etkileyebilir ve intihar düşüncesine sebebiyet verebilir.

Bu çalışmada sigara ve alkol kullanımlarına bakıldığında; sigara/alkol kullanmayanlarda, sigara/alkol içen ya da bırakmış olanlara göre sosyal fobi düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir. Alkol bağımlılığı-kötüye kullanımı sebebiyle hospitalize edilen genç ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının araştırıldığı çalışmaya bakıldığında, anksiyete bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılayan 17 ergenin 9'unda SAB tespit edilmiştir (88). Crum ve Pratt (89) 18 yaş ve üzeri 1920 yetişkini kapsayan çalışmasında sosyal fobinin alkol ile ilişkili problemler açısından risk faktörü oluşturabileceğini ancak sosyal fobisi olanlarda böyle bir riskin bulunmadığını belirtmişlerdir. Tanı kriterlerini karşılamakta olan sosyal fobili bireylerin sıklıkla korku duydukları durumlardan kaçındıkları, böylece baş etmek amacıyla alkol almadıklarını ve dolayısıyla alkolle ilişkili problemler yaşamadıkları bildirmiştir. Amerika'daki bir üniversitede 228 öğrencisi arasında yapmış olan araştırmada alkol sorunlarının sosyal anksiyeteden ziyade akranlar arası ilişki ve sosyal bağlantılar ile doğrudan bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (69). Almanya'da 2000 senesinde 3021 genç ve ergenin katıldığı, sosyal korkuların ve sosyal fobinin sigara kullanımı ya da bağımlılığına etkisini araştıran retrospektif çalışmanın sonucunda, çalışmanın kesitsel kısmında sosyal korku ve fobinin nikotin bağımlılığı ile önemli oranda ilişkili olduğu saptanmış, izlemsel kısmında ise sosyal korkunun nikotin bağımlılığını başta sigara kullanmayanlarda 3,8 kat, bağımlı olmayan seviyede sigara kullananlardaysa 1,5 kat artırdığı saptanmıştır. Dolayısıyla genç ve ergenlerde sosyal korkuların nikotin bağımlılığı gelişmesini ciddi oranda etkilediği tespit edilmiştir. Sosyal korkuların sosyal bir ortamda bulunulduğunda gerginlik hissini azalttığı ayrıca sosyal açıdan kabul edilebilir bir davranış olarak görülmesinin daha fazla sigara kullanımına bu şekilde sebep olduğu bildirilmiştir (90).

Johnson ve ark. (91) tarafından 688 genç ve ergen ile yapılan 6 yıllık süreçteki izlem çalışmasında bu dönemde sigara kullanımı ile yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi ve panik bozukluk arasında ilişki saptandığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda sosyal fobisi olanlarda sigara kullanımı daha düşük oranda tespit edilmiş olup, bu bireylerin sosyal ortamlara daha az katılıyor olmalarının sonucunda akran grupları içerisindeki sigara kullanma baskısına daha az maruz kaldıklarını düşündürmektedir.

Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda Liebowitz sosyal fobi ölçeğinin hem kaygı hem kaçınma alt ölçeklerinde yüksek puan alanlarda yaşam kalitesi (SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve tüm alt ölçeklerinde) daha düşük bulundu. Kanada'da 15-64 yaş arasındaki 8000 kişiyi kapsayan bir araştırmada sosyal fobinin bütün alanlarda yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürdüğü, eşlik eden depresyonun kısmi etkisinin bulunduğu, ancak depresyonun olmadığı durumlarda dahi yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur.

Amerika'da Stres ve Anksiyete Bozuklukları Merkezine başvuru yapan 18'i erkek, 26'sı kadın katılımcıların incelendiği araştırmada sosyal fobi yaşam kalitesinde düşüşe sebep olduğu, ayrıca çekingen kişilik bozukluğu varlığının yaşam kalitesi alan puanlarında var olan düşüşü artırdığı saptanmıştır (92).

Okul Başarısı

Bu çalışmada sosyal fobinin varlığının okul başarısını etkilemediği gözlemlendi. Van Ameringen ve ark. (19) anksiyete bozukluklarının öğrencilerin okuldaki başarısı ve okulu bırakma üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmasında, primer tanısı anksiyete bozukluğu olan 18-65 yaş arasındaki 201 kişide okulu bırakma %49 oranında saptanmıştır. Okulu bırakanların %50'si bu karardaki başlıca etkenin yaşadıkları anksiyete olduğunu belirtmişlerdir. Okulu bırakmalarının diğer sebepleri ise sınıf önünde konuşma yaparken duyulan kaygı, okul ya da sınıf içerisindeki gerginlik hissidir. Bu öğrencilerin doğru zamanda fark edilmemesi, gereken müdahalenin yapılmamasının kaçınma davranışları sergilemelerine, devamlı olarak yüksek düzeyde anksiyete hissetmelerine, sonuç olarak okulu bırakmalarına sebebiyet verdiği düşünülmüştür. Stein ve ark. (15) yapmış oldukları araştırmada sosyal fobisi bulunan öğrencilerin liseyi bitirememe olasılıklarının, sosyal fobisi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Beklenenin aksine yaptığımız çalışmada sosyal fobi varlığının öğrencilerin not ortalamalarını olumsuz etkilemediği görüldü. Ancak sadece buna bakarak katılımcıların üniversite eğitimlerindeki bütün başarısı hakkında bir bilgi edinilemedi. Ayrıca akademik süreç sadece üniversite ile sınırlı olmadığından; ilkokul döneminden başlayan, üniversite

süresindeki başarı durumu ve ayrıca mezuniyetten sonraki başarı durumunu da kapsayabilen uzun dönemli araştırmalar bizlere daha kapsamlı bilgiler sunabilir.

Üniversiteye Uyum

Çalışmamızda, öğrencilerin Liebowitz sosyal fobi ölçeğindeki kaygı düzeyleri arttıkça üniversiteye uyum düzeyleri ve ayrıca akademik ve sosyal uyum düzeylerinde azalma görülmektedir. Aynı durum Liebowitz sosyal fobi ölçeğindeki kaçınma durumu için de geçerlidir. Bernstein ve ark. (93) tarafından yapılan çalışmalar sonucu elde edilen bulgularda, sosyal fobisi olan öğrencilerin sınıf içerisinde daha az sosyal becerilere, yetersiz derecede liderlik yeteneklerine ve ayrıca öğrenme sorunlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Elde edilen bu veriler sosyal fobinin okul içerisindeki işlevsellikte önemli bir etkisi bulunduğunu gösteren özelliklere sahiptir.

Öğrencilerdeki sosyal kaygının düzeyi üniversiteye uyumda azalmaya neden olmaktadır. Literatürde, üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı düzeyinin üniversiteye uyum üzerindeki etkisini inceleyen spesifik bir araştırma bulunmamaktadır. İnsanlar arası ilişkiler bakımından; sosyal kaygısı olan öğrenciler soru sormaktan kaçınma, duygu ve düşüncelerini açık bir şekilde ifade etmede zorlanma, resmi görüşmeye girmekten ve birebir etkileşim içerisinde olmaktan kaçınma, insanlarla rahat şekilde iletişim kuramama gibi sosyal ve akademik roller üzerinde zorluk yaşamaktadırlar. Bu sebepten, sosyal kaygı içinde olan öğrencilerin üniversiteye uyumlarında azalma gözlemlenmesi öngörülebilen bir durumdur.

Bu çalışmada öğrencilerin üniversiteye uyum düzeylerinin bulundukları sınıfa göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş olup sonuç olarak, üniversiteye uyum ölçeğindeki puanlarının bulundukları sınıfa göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu, Balabanlı'nın çalışması sonucunda elde ettiği bulgular ile örtüşmemektedir. Balabanlı'nın çalışması, lise düzeyinde olmasına rağmen öğrencilerin bulundukları sınıf arttıkça uyumlarının olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir (94). Liseden mezun olup üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin hatalarına ve davranışlarına ilişkin kaygı yaşamaları, girdikleri bu yeni çevreye başta adapte olmakta zorlanıp zaman içerisinde sınıf ilerledikçe uyum göstermesi beklenebilir. Ancak elde ettiğimiz bu sonuç, öğrencilerin beklenenden daha yüksek standartlara sahip oldukları, üniversite ve fakülte dahilindeki kulüpler, etkinlikler ve

olanaklardan yararlanarak üniversite yaşamına daha çabuk uyum sağladıklarının göstergesi olabilir.

Daha sonra yapılacak olan çalışmaların farklı bölge üniversitelerindeki öğrencilerin katıldığı örneklemlerle gerçekleştirilerek büyütülmesi, sosyodemografik özellikler içerisinde yer alan soruların genişletilmesi ve ayrıntılandırılmasının daha fazla fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2017-2018 eğitim-öğretim döneminde öğrenim gören 1513 öğrenciden 772 kişiye ulaşıldı. Bu katılımcılarla sosyal fobinin öğrencilerdeki yaşam kalitesi ve üniversiteye uyum üzerine etkisini bulmayı amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1- Sosyal fobi zamanında müdahale edilmesi halinde başarılı bir şekilde tedavi edilebilen bir hastalıktır. Özellikle genç ve ergen ailelerinin, öğretmen, danışman ve akademisyenlerin bu konuda duyarlı olması ve bu öğrencilerin tedaviye yönlendirmeleri son derece önemlidir.

2- Uzun süre görmezden gelinen sosyal fobi, üniversitemiz tıp fakültesindeki yaklaşık her on öğrencinin bir veya ikisinde görülebilen ve sık karşılaşılan psikiyatrik bir sorundur.

3- Farkındalığın sağlanarak çocukluk çağından itibaren önemsenmenin, ebeveynlerin ve öğretmenlerin de bu konuda bilinçlendirilmesinin, sağlıklı sosyal ilişkiler geliştirmek ve mutlu bireyler yetiştirmek adına önemli olduğu düşünülmektedir. Anne babalara ve öğretmenlere bu konuda eğitim verilmesi çocukların gelişim basamaklarını daha sağlıklı ilerlemesinde faydalı olabilir.

4- Sosyal fobi açısından risk altında olan kadınlar, yaşamlarının büyük bir kısmını köy gibi küçük yerleşim biriminde geçirmiş olanlar, ailesinin aylık geliri ve eğitim düzeyi düşük olan kişilere daha fazla dikkat edilmeli, doğru zamanda ve gereken müdahaleler

yapılarak topluma kazandırılmalıdırlar.

5- Bahsedilen bu risk etkenleri sonucunda ailelerin aylık gelirleri ve anne-babanın eğitim düzeylerinin sosyal fobi oluşumunda rol aldığı söylenebilir. Ülkemizde eğitim sistemindeki sorunların çözülmesi, üretim ve buna bağlı gelir düzeylerinde iyileşme sağlanması halinde sosyal fobinin azalacağı varsayılabilir.

6- Çalışmamızda karşılaştığımız sosyal fobilerin büyük çoğunluğu özgül sosyal fobi alt tipinde idi ve bunlar içerisinde en sık fobinin yaşandığı durumlar kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak, romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak, seyirci önünde hareket etme, gösteri ya da konuşma yapmak, önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak gibi performans gerektiren durumlardı. Bunlar göz önüne alındığında eğitim sistemimizde interaktif, öğrenci merkezli bir yaklaşımın uygulanması performans kaygılarının azaltılabilmesi açısından fayda sağlayabilir.

7- Sosyal fobi ile eşlik edebilen psikiyatrik problemler hızlı ve zamanında farkedilmeli ve yapılması gerekenler üzerinde durulmalıdır.

8- Sosyal fobinin öğrencilerin notları üzerinde bir etkisi saptanmasa da yaşam kalitelerini hemen hemen her alanda düşürdüğü gözlenmiştir. Bu durum dikkate alınarak yaşam kalitesi daha yüksek bireyler yetiştirmek için sosyal fobinin erkenden tanınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

9- Öğrencilerin yaşam alanlarında desteklenmesi, onlara gereken durumlarda profesyonel şekilde yardım edilmesi için üniversite bünyesinde öğrencilerin hizmetine sunulan etkili danışmanlık birimlerinin bulunmasıöğrencilerin de bu merkezlere başvurmasının sağlanması daha sağlıklı bireyler yetiştirebilmek adına önemlidir.

10- Öğrencilerin sosyal ilişkilerini sağlıklı bir şekilde devam ettirebilecekleri spor salonu, tiyatro, sinema salonu, kafeterya gibi ortamlar, söyleşiler, müzik veya başka sanat aktiviteleri gibi sosyal, kültürel ve sportif faaliyetleri gerçekleştirebilecekleri alanların tasarlanması ve üniversiteye yeni başlayan öğrenciler için bilgilendirme ve oryantasyon çalışmalarının daha kapsamlı olması etkili ve yararlı olabilir.

11- Sosyal fobinin üniversiteye uyum, okul içi ve sosyal ortamlardaki arkadaşlık ilişkileri, adaptasyon, okul başarısı, mezuniyetten sonra başarılı olabilme ve iş bulma durumları, aynı zamanda işteki başarı üzerine etkisini saptamak amacı ile kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

ÖZET

Çalışmamızda T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sosyal fobi sıklığının, yatkınlık oluşturan risk etkenlerinin, eşlik edebilen tanıların ve sigara, alkol, madde kullanımının belirlenmesi; sosyal fobinin yaşam kalitesine ve üniversiteye uyuma olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma evrenini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2017-2018 eğitim-öğretim döneminde okumakta olan 1513 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmamıza katılan 772 katılımcı ile çalışma yapıldı. Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan bir anket ile toplandı. Ankette; katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili 22 soru, 48 soru içeren Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, 36 sorudan oluşan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 31 sorudan oluşan Üniversiteye Uyum Ölçeği olmak üzere toplamda 137 soru bulunmaktadır.

Katılımcıların %63,9'u (n=493) kadın, %36,1'i (n=279) erkek idi. Yaş ortalaması 21,5±2,23 yıl olup 17 ile 33 yaş arasında saptandı. Katılımcıların sınıflara göre dağılımına bakıldığında %21'i (n=162) 1.sınıf, %14,2'si (n=110) 2.sınıf, %17,8'si (n=137) 3.sınıf, %16,8'i (n=130) 4.sınıf, %17'si (n=131) 5.sınıf ve %13,2'si (n=102) 6.sınıf idi.

Araştırmaya katılan öğrencilerde sosyal fobinin yaygınlığı %14,4 olarak bulundu. Kadınlarda, aylık gelir düzeyi düşük olanlarda, yaşamlarının büyük kısmını köy gibi küçük yerleşim

birimlerinde geçirenlerde, ailesi ya da arkadaşlarıyla birlikte yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık sosyal fobi görüldü. Gelir seviyesinin artışıyla birlikte sosyal fobi görülme sıklığının azaldığı tespit edildi. Öğrencilerin not ortalamalarıyla sosyal fobi düzeyleri arasında bir ilişki saptanmadı. Sigara/alkol kullanmayanlarda sosyal fobi düzeyi yüksek bulundu. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği'nden yüksek puan alanlarda intihar düşüncesi anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Sosyal fobi kaygı ve kaçınma düzeyleri yüksek olan öğrencilerde, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve içerdiği tüm alt ölçeklerde yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. Aynı şekilde sosyal fobi kaygı ve kaçınma puanları yüksek olan öğrencilerin, üniversiteye uyum ve alt ölçeklerindeki akademik ve sosyal uyum düzeyleri düşük saptandı.

Sonuç olarak, geçmişte ihmal edilebilen sosyal fobi üniversite öğrencilerinde sık görülen, yaşam kalitesini ve üniversiteye uyumu etkileyen bir hastalıktır. Erken tanı alıp tedavi edilmesi, öğrencilerin hem yaşam kalitelerinin yükselmesi, hem de üniversiteye daha iyi uyum sağlayabilmeleri açısından önemlidir. Ailelerin, öğretmenlerin ve akademisyenlerin bu konuda daha duyarlı olması, bu kişileri doğru bir şekilde ve zamanında tanıyarak tedavilerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: fobi, sosyal, tıp fakültesi, tıp öğrencileri, yaşam kalitesi

THE EFFECT OF SOCIAL PHOBIA ON QUALITY OF LIFE AND ADAPTIBILITY TO TRAKYA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE STUDENTS

SUMMARY

In this study, it is aimed to determine how frequent Trakya University Faculty of Medicine students have social phobia, risk factors that causes tendency to social phobia, diagnosis that students may have with social phobia and to determine how frequent students smoke and use alcohol and other substances. Moreover, it is aimed how social phobia affects adaptibility of students to university and how it affects their quality of life.

Target population of the study consist of 1513 students who study at Trakya University Faculty of Medicine during aducation term of 2017-2018. The target was to reach all of the students but study was hold with 772 participants who filled out the questionnaires. Questionnairy includes 22 questions about sociodemographic attributes of participants, Liebowitz Social Anxiety Scale with 48 questions, SF-36 Quality of Life Questionnaire with 36 questions and Adaptibility to University Scale with 31 questions, in total 137 questions.

63.9% of participants (n=493) were female where as 36.1% (n=279) were male. The mean age was 21.5±2.23 where minimum age was 17 and maximum age was 33. When we catecorize students according to their grades, 21% (n=162) of students were first grade, 14.2% (n=110) were second grade, 17.8% (n=137) were third grade, 16.8% (n=130) were 4th grade, 17% (n=131) were 5th grade and lastly 13.2% (n=102) were 6th grade.

Among the students participated the study, prevalence of social phobia was found as 14.4%. Social phobia meaningfully diagnosed more frequently among women, people who have relatively low monthly salary, people who live in small villages or people who live with their parents or with their friends. As a result of study, it is seen that prevalence of social phobia is decreasing by monthly salary increase. Grade point average of students revealed no relationship with prevalence of social phobia. Among the students who do not smoke and do not use alcohol, social phobia diagnosed more frequently. Students who had higher scores at Liebowitz Social Anxiety Scale have meaningfully high tendency to the suicide.

Social phobic students with high level of anxiety and avoidence had meaningfully low scores at both SF-36 Quality of Life Questionnaire and sub-scales. Similary, students with high level of anxiety and avoidence got meaningfully low scores at Adaptibility to University and low scores of all sub-scales about academic and social adaptiveness.

As the result, social phobia may be negletced at early phase of life. It is a disease which can be seen frequently among university students and affect their adaptiveness to university and their quality of life negatively. At that point, early diagnosis of social phobia and early treatment are very important issues in order to increase adaptibility of students to university life and to increase quality of their life. It is really important that families, teachers and academicians have to be sensitive about students with social phobia and it is important to guide them to a right way at the right time.

Keywords: phobia, social, medical school, medical students, quality of life

KAYNAKLAR

1. Dilbaz N. Sosyal fobi. Psikiyatri Dünyası 1997;1(1):18-24.

2. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1992;31(6):1070-6.

3. Heimberg R, Stein M, Hiripi E, Kessler R. Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. European Psychiatry 2000;15(1):29-37.

4. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Archives of General Psychiatry 1992;49(4):282-8.

5. Boone ML, McNeil DW, Masia CL, Turk CL, Carter LE, Ries BJ, et al. Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. Journal of Anxiety Disorders 1999;13(3):271-92.

6. Eng W, Heimberg RG, Coles M, Schneier F, Liebowitz M. An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. Psychological Medicine 2000;30(6):1345-57.

7. Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. Journal of Anxiety Disorders 1993;7(3):249-69.

8. Hofmann SG, Heinrichs N, Moscovitch DA. The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. Clinical Psychology Review 2004;24(7):769-97.

9. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia. Arch Gen Psychiatry 1995;52:230-7.

10. Brunello N, Den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. J Affect Disord 2000;60(1):61-74.

11. Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, Fischer H, Pissiota A, Långström B, et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry 2002;59(5):425-33.

12. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev 2004;24(7):737-67.

13. Furmark T, Tillfors M, Everz P-O, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34(8):416-24.

14. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 1998;155(5):613-9.

15. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. Arch Gen Psychiatry 2000;57(11):1046-52.

16. Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. Psychiatr Clin N Am 2001;24(4):617-41.

17. Kessler RC, Stang P, Wittchen H-U, Stein M, Walters EE. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med 1999;29(3):555-67.

18. Mennin DS, Heimberg RG, Jack MS. Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. J Anxiety Disord 2000;14(4):325-43.

19. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. J Anxiety Disord 2003;17(5):561-71.

20. Albano AM, DiBartolo PM, Heimberg RG, Barlow DH. Children and adolescents: Assessment and treatment. Social phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment 1995:387-425.

21. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 1985;42(7):729-36.

22. Marks IM, Gelder M. Different ages of onset in varieties of phobia. Am J Psychiatry 1966;123(2):218-21.

23. Gültekin BK. Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinde Sosyal fobinin yaygınlığı, yaşam kalitesi ve kimlik oluşumu üzerine etkileri: Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 2008.

24. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

25. Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10, Ruhsal ve davranışsal bozukluklar Sınıflandırması, Klinik tanımlamalar ve Tanı Klavuzları. Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (çev) Ankara Medikomat Basım Yayın 1993.

26. Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Offspring of anxious parents: reactivity, habituation, and anxiety-proneness. Behav Res Ther 2005;43(10):1263-79.

27. Güz H, Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2003;6:32-8.

28. Amies PL, Gelder M, Shaw P. Social phobia: a comparative clinical study. Br J Psychiatry 1983;142(2):174-9.

29. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51(1):8-19.

30. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1996;53(2):159-68.

31. Wacker H, Mullejans R, Klein K, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res 1992;2:91-100.

32. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, et al. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. Eur Psychiatry 2000;15(1):17-24.

33. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. Behav Modif 2000;24(1):102-29.

34. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia: Reliability and validity. Arch Gen Psychiatry 1995;52(3):230-7.

35. Chavira DA, Stein MB. Recent developments in child and adolescent social phobia. Current Psychiatry Reports 2000;2(4):347-52.

36. Kashdan TB, Herbert JD. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. Clinical Child and Family Psychology Review 2001;4(1):37-61.

37. Davidson JR, Hughes D, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychol Med 1993;23(3):709-18.

38. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. Behav Ther 1995;26(3):467-86.

39. Beidel DC, Turner SM. At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(7):918-24.

40. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. Science 1988;240(4849):167-71.

41. Hofmann SG, Roth WT. Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. Behavior Therapy 1997;27(1):79-91.

42. Stemberger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. Journal of Abnormal Psychology 1995;104(3):526.

43. Hofmann SG, Ehlers A, Roth WT. Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety? Behav Res Ther 1995;33(5):567-71.

44. Wittchen H-U, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. Psychol Med 1999;29(2):309-23.

45. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III—R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. J Nerv Dis 1990.

46. Lewinsohn PM, Zinbarg R, Seeley JR, Lewinsohn M, Sack WH. Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. J Anxiety Disord 1997;11(4):377-94.

47. Lépine J-P, Pélissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. J Affect Disord 1998;50:S23-S8.

48. Scholing A, Emmelkamp PM. Social phobia. Handbook of social and evaluation anxiety. New York: Plenum Press. 1990: 269-316

49. van Velzen CJ, Emmelkamp PM, Scholing A. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. Journal of Anxiety Disorders 2000;14(4):395-411.

50. Tyrer P. Diagnostic anomalies in social phobia. International Clinical Psychopharmacology 1996;11:29-33.

51. Dahl A. The relationship between social phobia and avoidant personality disorder: workshop report 3. International Clinical Psychopharmacology 1996;11:109-12.

52. Huppert JD, Strunk DR, Ledley DR, Davidson JR, Foa EB. Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. Depression and Anxiety 2008;25(5):441-8.

53. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. J Clin Psychiatry 1994.

54. Wittchen H-U, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. Int Clin Psychopharmacol 1996.

55. Strauss CC, Lahey BB, Frick P, Frame CL, Hynd GW. Peer social status of children with anxiety disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988;56(1):137.

56. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. Psychological Assessment 1995;7(1):73.

57. Weiller E, Bisserbe J-C, Boyer P, Lepine J-P, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. British Journal of Psychiatry 1996;168(2):169-74.

58. Tillfors M, Furmark T, Bohlin G, Andersson G, Svedin CG. Social phobia in Swedish adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44(1):1.

59. Olfson M, Guardino M, Struening E, Schneier FR, Hellman F, Klein DF. Barriers to the treatment of social anxiety. American Journal of Psychiatry 2000;157(4):521-7.

60. McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zolvensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders 2004;18(1):7-18.

61. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. Arch Gen Psychiatry 1996;53(2):169-74.

62. DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. Anxiety 1996;2(4):167-72.

63. Çuhadaroğlu F. Identity Confusion and Depression in Groups of Adolescents Having Psychiatric and Physical Symptoms. The Turkish Journal of Pediatrics 1999; 41; 73-79.

64. Reischl TM, Hirsch BJ. Identity commitments and coping with a difficult developmental transition. Journal of Youth and Adolescence 1988;18(1):55-69.

65. Martin NK. The effects of freshman orientation and locus of control on adjustment to college: Texas Tech University; 1988.

66. Duru E. The predictive analysis of adjustment difficulties from loneliness, social support, and social connectedness. Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri 2008;8(3):849.

67. Baker RW, Siryk B. Measuring adjustment to college. Journal of Counseling Psychology 1984;31(2):179.

68. Ham LS, Hope DA. Incorporating social anxiety into a model of college student problematic drinking. Addict Behav 2005;30(1):127-50.

69. Burke RS, Stephens RS. Social anxiety and drinking in college students: A social cognitive theory analysis. Clin Psychol Rev 1999;19(5):513-30.

70. Amering M, Bankier B, Berger P, Griengi H, Windhaber J, Katschnig H. Panic disorder and cigarette smoking behavior. Comprehensive Psychiatry 1999;40(1):35-8.

71. Nelson-CB WH. Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14–to 24-year-old in Germany. Eur Addict Res 1998;4:42-9.

72. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999;56(7):617-26.

73. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. N Engl J Med 1989;321(18):1209-14.

74. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. Am J Psychiatry 2000;157(10):1614-8.

75. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. Arch Gen Psychiatry 2005;62(11):1249-57.

76. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Depression and Anxiety 2010;27(9):791-8.

77. Izgiç F, Akyüz G, Dogan O, Kugu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. Can J Psychiatry 2004; 49: 630–634.

78. Dilbaz N. The prevelance of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 24-29, 2002.

79. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark: Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI (DSM-IIIR) ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1997; 4:253-265.

80. Kılıç C. Türkiye'nin ruh sağlığı profili: ruh sağlığı hizmeti kullanımı. Önder ME (yayına hazırlayan) Bahar Sempozyumları I, Antalya. Ankara Psikiyatri Derneği Yayınları. 1997;2:38-9.

81. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42(1):79-86.

82. Wilson IG. Screening for social anxiety disorder in first year university students: A pilot study. Aus Fam Physican 2005.

83. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44(6):458-63.

84. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eştanı. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10:207-14.

85. Francis G, Last CG, Strauss CC. Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992;31(6):1086-9.

86. Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen H-U. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. Arch Gen Psychiatry 2001;58(3):251-6.

87. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. Depression and Anxiety 2008;25(6):477-81.

88. Clark DB, Bukstein OG, Smith MG, Kaczynski NA, Mezzich AC, Donovan JE. Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. Psychiatric Services 1995.

89. Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. Am J Psychiatry 2001;158(10):1693-700.

90. Sonntag H, Wittchen H, Höfler M, Kessler R, Stein M. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associ7ated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? Eur Psychiatry 2000;15(1):67-74.

91. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. JAMA 2000; 284(18):2348-51.

92. Safren SA, Heimberg RG, Brown EJ, Holle C. Quality of life in social phobia. Depression and Anxiety 1996;4(3):126-33.

93. Bernstein GA, Bernat DH, Davis AA, Layne AE. Symptom presentation and classroom functioning in a nonclinical sample of children with social phobia. Depression and Anxiety 2008;25(9):752-60.

94. Balabanlı F. Öğretmen liselerinde okuyan öğrencilerin kişisel ve sosyal uyum düzeylerini etkileyen bazı etmenler. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 1990.

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/332	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi ve Üniversiteye Uyum Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 22/11**	**Tarih:18.12.2017**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Salih AKGÜN'ün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği, koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrın TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL FOBİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÜNİVERSİTEYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D.

ARŞ. GÖR. DR. SALİH AKGÜN

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ ANKET ÇALIŞMASI

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı olarak ‘’ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL FOBİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÜNİVERSİTEYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİ’’ amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ve ya ceza ile karşılaşmaya- caksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kulanılacak olup hiç bir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Cinsiyet: (1) Kadın (2) Erkek

2-Sınıf: (1) 1.sınıf (2) 2.sınıf (3) 3.sınıf (4) 4 .sınıf (5) 5. sınıf (6) 6. Sınıf

3-Yaş: …….

4-Mezun olduğunuz lise türü:

(1) Fen lisesi (2) Anadolu lisesi (3) Anadolu öğretmen lisesi (4) Meslek lisesi (5)Özel lise/Kolej (6) İmam Hatip Lisesi (7)Diğer……

5-Ailenizin aylık geliri: (1) 0-1500 TL (2) 1501 TL - 5000 TL arası (3) 5001 TL ve üzeri

6-Şu anda (1) Yalnızım (2) Kız/ Erkek arkadaşım var

7-Üniversiteye girdiğimden beri (1) Yalnızım (2) Kız/ Erkek arkadaşım var

8-Şu an yaşadığınız yer? (1)Yurt/evde tek başıma (2)Ailenizle birlikte (3)Yurt/evde arkadaşlarımla

9-Uzmanlaşmayı düşünüyor musunuz? (1)Hayır (2) Evet

Evet ise (1)Temel Bilimler:…… (2)Dahili Bilimler:…….. (3)Cerrahi Birimler:……...

10-Yaşamınızın büyük kısmını nerede geçirdiniz?

(1) Şehir merkezi (2) İlçe merkezi (3) Köy

11-Annenizin eğitim durumu nedir? (1)Okula gitmemiş (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite

12-Babanızın eğitim durumu nedir? (1)Okula gitmemiş (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite

13-Siz dahil kaç kardeşsiniz?.....

14-Ailenizde psikiyatrik hastalığa sahip kimse var mı? (1)Hayır (2) Evet

Evet ise belirtiniz:…….

15-Ailenizde psikiyatrik dışı kronik bir hastalığı/hastalıları olan var mı? (1)Hayır (2) Evet

Evet ise hastalığı/hastalıkları:…….....

16-Kronik bir hastalığınız var mı? (1)Hayır (2) Evet

Evet ise belirtiniz:……..

17-Şuanki not ortalamanız:

(1) 0-1 (2) 1 - 1.5 (3) 1.5 - 2 (4) 2 - 2.5 (5) 2.5 - 3 (6) 3 - 3.5 (7) 3.5 – 4

18- Sigara içiyor musunuz?

(1) Hayır

(2) Evet:

İçiyorsanız günde kaç adet/paket içiyorsunuz? …….

Kaç yıldır içiyorsunuz?…….....

(3) Bıraktım:

Günde kaç adet/paket içiyordunuz?……

Kaç yıl içtiniz?…….

19- Alkol kullanıyor musunuz?

(1) Hayır

(2) Evet günlük tüketim miktarınız:……..cc/şişe/kadeh

(3) İçiyordum bıraktım günlük tüketim miktarınız:……cc/şişe/kadeh

20-Herhangi bir madde kullanımınız var mı? (1)Hayır (2) Evet

Evet ise:……

21-Şu ana kadar sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşadınız mı?

(1)Hayır (2) Evet ise kısaca belirtiniz…….

22-Bugüne kadar intihar etmeyi hiç düşündünüz mü?

(1)Hayır hiç düşünmedim

(2)Sadece düşündüm, girişimde bulunmadım

(3)Girişimde bulundum (…….kez)

LIEBOWITZ SOSYAL FOBi BELiRTiLERi ÖLÇEĞİ

1. Yok ya da çok hafif 2. Hafif 3. Orta derecede 4. Şiddetli	1. Kaçınma yok ya da çok ender 2. Zaman zaman kaçınırım 3. Çoğunlukla kaçınırım 4. Her zaman kaçınırım
KAYGI	KAÇINMA
23-Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak ……..	47-Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak ……..
24-Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak……..	48-Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak. ……..
25-Dikkatleri üzerinde toplamak ……..	49-Dikkatleri üzerinde toplamak ……..
26-Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amac›yla birisiyle tanışmaya çalışmak ……..	50-Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amac›yla birisiyle tanışmaya çalışmak ……..
27-Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak...	51-Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak..
28-Başkaları içerdeyken odaya girmek…	52-Başkaları içerdeyken odaya girmek
29-Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak……	53-Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak….
30-Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek ……..	54-Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek ……..
31-Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade adilmesi ……..	55-Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade adilmesi ……..
32-Gözlendiği sırada çalışmak ……..	56-Gözlendiği sırada çalışmak ……..
33-Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak…	57-Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak…
34-Bir eğlenceye gitmek ……..	58-Bir eğlenceye gitmek ……..
35-Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak ……..	59-Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak ……..
36-Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	60-Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması
37-Gözlendiği sırada yazı yazmak ……..	61-Gözlendiği sırada yazı yazmak ……..
38-Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak …	62-Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak ….
39-Umumi yerlerde yemek yemek ……..	63-Umumi yerlerde yemek yemek ……..
40-Evde misafir ağırlamak ……..	64-Evde misafir ağırlamak ……..
41-Küçük bir grup faaliyetine katılmak ……..	65-Küçük bir grup faaliyetine katılmak ……..
42-Umumi yerlerde bir şeyler içmek ……..	66-Umumi yerlerde bir şeyler içmek ……..
43-Umumi telefonları kullanmak ……..	67-Umumi telefonları kullanmak ……..
44-Yabancılarla konuşmak ……..	68-Yabancılarla konuşmak ……..
45-Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak …	69-Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak
46-Umumi tuvalette idrar yapmak ……..	70-Umumi tuvalette idrar yapmak ……..

71-Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

72-Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
73- Kuvvet gerktiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
74- Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
75- Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
76- Pek çok katı çıkmak	1	2	3
77- Tek katı çıkmak	1	2	3
78- Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
79- 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
80- Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
81- Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
82- Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	HAYIR	EVET
83-İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
84-İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
85-İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
86-İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	HAYIR	EVET
87- İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
88- İstediğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
89- İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

90-Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

91-Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

92-Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece bir cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
93- Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
94- Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6

95- Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
96- Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
97- Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
98- kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
99- Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
100- Mutlu bir insanmıydınız?	1	2	3	4	5	6
101- Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

102-Geçen 4 hafta içende, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
103- Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
104- Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
105- Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
106- Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

	Aşağıda üniversite yaşantınızla ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Sizden istenen her bir ifadeyi okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretlemenizdir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.	**Bana Tamamen uygun**	**Bana Oldukça uygun**	**Bana Biraz uygun**	**Bana Hiç uygun**
107	İhtiyacım olduğunda okuldaki arkadaş ve tanıdıklarımdan yardım istemekten çekinmem.				
108	Yeni tanıştıklarımla konuşma konusu bulmada zorlanırı				
109	Okuldaki arkadaşlarımla iyi ilişkiler kuramıyorum.				
110	Öğretim elemanları ile karşılaştığımda selam vermekten				
111	Ders çalışmakta güçlük çekiyorum.				
112	Önceden toplanan bir gruba katılmaktan çekinirim.				
113	Okuldaki arkadaşlarımla ilişkilerimden memnun				
114	Konuşurken onun gözüne bakmaktan çekiniyorum.				
115	Ders çalışmaya başlarken çok zorlanıyorum.				
116	Çalışma zamanlarımı verimli olarak kullanamıyorum.				
117	Okulda kendimi yalnız hissediyorum.				
118	Okuldaki arkadaşlarıma selam vermekte zorlanıyorum.				
119	Üniversitede öğrencilere sağlanan sosyal olanaklardan yararlanıyorum.				
120	Akranlarımla kurduğum ilişkileri sürdüremiyorum.				
121	Üniversitedeki sosyal yaşantımdan memnunum.				
122	Sınıfta oldukça aranan bir kişiyim.				
123	Üniversitede her sorunumu paylaşabileceğim bazı yakın arkadaslarım var.				
124	Sınavlara hazırlanmada güçlük çekiyorum.				
125	Mümkün olduğu kadar toplantı ve kalabalık eğlencelerden uzak kalmaya çalışırım.				
126	Sınavlarda başarılı olamıyorum.				
127	Çabuk ve kolay arkadaş oluyorum.				
128	Okul dışında zaman zaman arkadaşlarımla birlikte olurum.				
129	Okuldaki öğrenci topluluk ve kulüplerine katılıyorum.				
130	Arkadaşlarımla uzun süreli ilişkilere giremiyorum.				
131	Üniversitede birçok kişiyle tanıştım ve arkadaş oldum.				
132	Karşı cinsten arkadaşlarımla konuşmakta güçlük çekiyorum.				
133	Arkadaş toplantılarında rahat davranamam.				
134	Üniversitedeki sosyal etkinliklere katılıyorum.				
135	Toplantı ve kalabalık eğlencelerden hoşlanırım.				
136	Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmaya başlamam.				
137	Ders saatleri dışında sınıf arkadaşlarımla pek görüşmem.				