

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**VÜCUT KİTLE İNDEKSİ ZAYIF OLARAK TANIMLANAN BİREYLERDE
SOSYAL KAYGININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Soner ÖLMEZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI

KAHRAMANMARAŞ – 2014

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**VÜCUT KİTLE İNDEKSİ ZAYIF OLARAK TANIMLANAN BİREYLERDE
SOSYAL KAYGININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Soner ÖLMEZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI

KAHRAMANMARAŞ – 2014

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimimiz boyunca sahip olduğu bilgi birikimi, disiplinli kişiliği ile yetişmemizde büyük emeği olan Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Mustafa Çelik ve önerileri ve yol göstericiliği ile tezimin şekillenmesinde büyük emeği olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mustafa Haki Sucaklı'ya teşekkür ederim.

Çalışma arkadaşlarımdan tezimin hazırlanışında yardımlarını esirgemeyen ve asistanlığım boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim Uzm. Dr. Hamit Sırrı Ketten'e ve asistan arkadaşlarım Dr. Oğuz Işık, Dr. Fatih Yıldırım, Dr. Nagihan Sarı, Dr. Hüseyin Üçer, Dr. Gökçen Türker, Dr. Ümit Aslan, Dr. Şeyda Aslan, Dr. Celal Kuş, Dr. Osman Salih Alıcı, Dr. Meryem Solak Karabörk ve Dr. Elifcan Kaçamaz'a teşekkür eder, bundan sonrası için hayatlarında başarılar dilerim.

Ayrıca çalışmam için vaka bulmamda çok emeği olan Diyetisyen Tuğçe Emel Zorlu Ölmez'e, abim Dr. Caner Ölmez'e, tüm hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen aileme ve benim yanımda çok özel bir yeri olan Serpil'e sonsuz teşekkürler.

Ağustos-2014

Dr. Soner ÖLMEZ

**VÜCUT KİTLE İNDEKSİ ZAYIF OLARAK TANIMLANAN BİREYLERDE
SOSYAL KAYGININ DEĞERLENDİRİLMESİ
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

Dr. Soner ÖLMEZ

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Ağustos-2014

ÖZET

Bu çalışmamızda zayıf bir vücut görünümüne sahip olmanın kişide beden algısını olumsuz etkileyip sosyal kaygı oluşturabileceği düşüncesinden hareketle, vücut kitle indeksine göre zayıf olarak tanımlanan bireylerdeki sosyal kaygı sıklığını belirlemeyi amaçladık. Bu çalışmaya 06.12.2013 ile 30.05.2014 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniği ile Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran ve VKİ'ne göre zayıf olarak saptanan, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 80 hasta dahil edildi. Kontrol grubu ise, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan ve normal VKİ'ne sahip 81 kişiden oluşturuldu. Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışması olarak planlandı. Katılımcıların çalışma konusunda bilgilendirilmeleri sonrasında onamları alındı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin ilk bölümünde hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik gelir, meslek, boy ve kilo gibi sosyodemografik verileri bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Liebowitz Sosyal Kaygı Belirtileri Ölçeği yer almaktadır. VKİ'ne göre zayıf olarak tanımlanan hasta grubunun 42'si kadın, 38'i erkekti. VKİ normal aralıkta olanlardan oluşan kontrol grubunun ise 41'ini kadınlar 40'ını erkekler oluşturuyordu. Hasta grubunun toplam puan ortalaması 55.2 ± 18.0 iken kontrol grubunun toplam puan ortalaması 54.9 ± 20.7 'di. Her iki grup arasında toplam puanlar açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.925$). Her iki grup arasında ortalama kaçınma puanları ($p=0.345$) ve ortalama korku puanları ($p=0.430$) açısından

da anlamlı bir fark bulunmadı. Tüm katılımcılar içinde kadın ve erkek cinsiyetler arasında korku puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilemezken ($p=0.517$), kadınların kaçınma puanları erkeklerin kaçınma puanlarından anlamlı şekilde yüksek olarak tespit edildi ($p=0.000$). Normal bireylerle zayıflar arasında sosyal kaygı açısından fark bulunmasa da zayıflık şikayetiyle gelen kişi biyopsikososyal açıdan değerlendirilmeli ve zayıf olmak çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Zayıflığın oluşumuna katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin araştırılması aile hekimliği disiplinindeki koruyuculuk ilkesinin bir gereği olarak görülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Beden Algısı, Sosyal Kaygı, Vücut Kitle İndeksi, Zayıflık.

Sayfa Adedi: 62

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI

EVALUATION OF SOCIAL ANXIETY IN THE INDIVIDUALS WITH AS WEAK FOR THE BODY MASS INDEX

(Specialization Thesis)

MD. Soner ÖLMEZ

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE**

August-2014

ABSTRACT

Having a weak body appearance can affect the individual's body perception negatively, so may cause social anxiety. Due to this thought, in this study, we aim to determine the frequency of the social anxiety, in the individuals who are classified as weak for the body mass index (BMI). Eighty weak and 81 normal subjects according to BMI without any known chronic and psychiatric diseases who admitted to dietary outpatients of Kahramanmaraş Sütçü İmam University and Gaziantep Şehit Kamil Hospitals in the period from 6th of December to 30th of May, 2014 participated. The research has planned as a cross-sectional survey study. The standart survey forms, improved by the researchers, which contains open-ended and closed-ended questions were applied to the participants. At the first part of the survey form, there are the sociodemographic informations about the patients, like age, sex, economic income, job, lenght and weight. Liebowitz Social Anxiety Signs Measure is found at the second part. Seventy six (%48.4) of the 161 patients who participated to the study were male, and the rest (%51.6) were female. The mean age of the participants was 22.06 ± 3.4 (min.=18, maks.=33). The mean of the total points of the whole participants taken from measure (scary point +avoiding point) was 55.11 ± 19.35 (min.=1.0, maks.=104.0). Although the mean of total points of the Patient Group was 55.26 ± 18.02 , while it was 54.97 ± 20.7 . in the Control Group ($p=0.925$) also mean avoiding points ($p=0.345$) and mean scary points ($p=0.430$). Although any significant difference have not been detected between male and female sexes in the whole participants for the scary points($p=0.517$), for the avoiding points it has, in favor of women ($p=0.000$). The negative body perception which formed by the weakness; likely the cause of social

anxiety signs, should be estimated biopsychologically like a multi-faceted approach. The research of the biologic, psychologic and social factors which make contribution to form of weakness, should be seen as a necessity of the saving principle of the family medicine discipline.

Keywords: Body Mass Index, Body Perception, Social Anxiety, Weakness

Page Number: 62

Advisor: Yrd. Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sosyal Kaygı	3
2.1.2. Sosyal Kaygının Tanımı	3
2.1.3. Sosyal Kaygının Belirtileri.....	7
2.1.4. Sosyal Kaygının Nedenleri.....	10
2.1.5. Sosyal Kaygının Özellikleri.....	12
2.1.6. Sosyal Kaygıda Risk Faktörleri.....	13
2.1.7. Sosyal Kaygının Kuramsal Temelleri.....	16
2.1.8. Sosyal Kaygının Tipleri.....	21
2.1.9. Sosyal Kaygının Ayırt Edici Özellikleri.....	22
2.1.10. Sosyal Kaygıyla Başa Çıkma.....	24
2.2. Beden Algısı.....	25
2.2.1. Tanım.....	25
2.2.2. Beden Algısı Nasıl Gelişir?.....	26
2.2.3. Yaşamın Değişik Dönemlerinde Beden Algısı Nasıldır?.....	26
2.2.4. Beden Algısının Komponentleri.....	29
2.2.5. Beden Algısının Kadın ve Erkek Arasındaki Farkı.....	30
2.3. Vücut Kitle İndeksi.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	32
3.1. Çalışma dizaynı	32
3.2. Verilerin elde edilmesi	32
3.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ).....	33
3.4. İstatistiksel Analiz.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	43

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	48
8. ŞEKİLLER DİZİNİ.....	58
9. TABLOLAR DİZİNİ.....	59
10. EKLER	60
Ek 1.Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)	60
Ek 2. Sosyodemografik Anket Formu.....	61
12. ÖZGEÇMİŞ	62

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADDM	: Akılcı Duygusal Davranış Modeli
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: International Classification of Diseases
IQ	: Intelligence Quotient
LSD	: Lizerjik Asit Dietilamidi
LSKÖ	: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği
NCS	: National Comorbidity Survey
VKI	: Vücut Kitle İndeksi
WPA	: World Psychiatry Association
SF	: Sosyal Fobi
SK	: Sosyal Kaygı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal fobi (SF), ilk olarak Pierre Janet' in “phobie des situations sociales” tanımıyla psikiyatri literatürüne girmiş olmasına rağmen, yıllarca araştırmacılar ve klinisyenler tarafından en az araştırılmış anksiyete bozukluklarından biridir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1980 yılında farklı bir hastalık olarak kabul edilmesiyle birlikte, bu psikiyatrik bozukluğun tanısı ve tedavisi üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır. Sosyal kaygı (SK) ile SF durumları arasındaki ayrım, kesin ve açık bir şekilde yapılamadığı için çoğunlukla birbirlerinin yerlerine kullanılmaktadır.

İnsan sosyal bir varlıktır ve başkalarıyla etkili ve sağlıklı bir iletişim kurduğu sürece hayatını sürdürebilir. Yalnız yaşaması mümkün olmayan birey devamlı olarak başkalarıyla etkileşim ya da iletişim halindedir. Başka insanlarla kurmuş olduğu bu iletişim ve etkileşim kişi için bir problem haline geliyorsa ya da yaşamını çekilmez hale getiriyorsa, sosyal ilişkiler kurmak, kendini ifade etmek çeşitli nedenlerle birey için başlı başına bir problem haline alıyorsa bütün bunlar ortada bir sorun olduğunu gösterir. Topluluk önünde bir şey yiyip içemeyen, konuşamayan, ısrarlı bir satıcıyı reddedemeyen ya da yazı yazmak gibi ince işler gerektiren durumlarda elleri titreyen yani sosyal kaygı duyan bireyler olacaktır.

Sosyal kaygı insan hayatının akışını ve duygu durumunu derinden etkileyen, gündelik hayatın gerekliliklerini kâbusa dönüştüren, sosyal ortamlarda açığa çıkan bir anksiyete durumudur. Özellikle kişi bir iş ile meşgulken başkaları tarafından incelenmesi durumunda açığa çıkan, diğer kişiler tarafından küçük görülme, dalga geçilme ya da eleştirilme korkusudur. Sosyal kaygının temelinde onaylanmama korkusu vardır ve “-başkaları ne der?” sorusu kişinin sosyal kaygıya olan eğilimini de artırmaktadır. Sosyal kaygısı olan bireyler kendilerine kötü davranılacağını ya da bir hata yaptıklarında herkesin onunla alay edeceğini ve etrafında hiç kimse kalmayacağını sıkça düşünürler. Bu tür düşüncülerin kişinin zihninde artması kişideki mevcut sosyal kaygı düzeyini de artıracaktır (1).

Sosyal kaygının yaşam boyu görülme oranı oldukça yüksektir. Bu durum sosyal kaygıyı, en yaygın anksiyete bozukluğu yaparken en yaygın psikiyatrik

bozukluklar olan major depresif bozukluk ve alkol bağımlılığının arkasından en sık görülen üçüncü bozukluk yapmaktadır (2, 3).

Son yıllarda bu rahatsızlığa olan ilgi artmış ve özellikle de tedavi konusuna odaklanılmıştır. Amerika Psikiyatri birliği tarafından 1980 yılına kadar sosyal kaygının ayrı bir hastalık olarak kabul edilmemesi, bu ilgi gecikmesinin en önemli sebeplerinden biridir. Konunun taşıdığı önem ve ülkemizde konuyla ilgili yapılmış çalışmaların az sayıda oluşu, araştırmanın planlanmasında etkili olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. DSÖ'nün sağlık tanımına uygun olarak, Aile hekimliği uzmanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerini biyopsikososyal bakış açısı çerçevesinde sunmaktadır. Bu çerçevede içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olan koruyucu hekimlik de bir o kadar önemlidir. Sağlıklı olmanın temel öğelerinden biri dengeli bir vücut kompozisyonuna sahip olmak ve kişinin var olan benlik saygısını devam ettirebilmektir.

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara baktığımızda, VKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu ve obez grubun obez olmayan grupla kıyaslanması sonucu, obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip olduklarını görmekteyiz (4). Özellikle genç obez bireyler kendi bedenlerine ilişkin olumsuz duygularının yanında, çevresindeki kişilerin de kendilerini küçük gördüklerini düşünmektedirler. Bu nedenle olumsuz bir benlik kavramına sahip olurlar ve sosyal işlevleri de bozulur (5). Literatüre bakıldığında -sosyal işlev bozukluğu gibi- obezitenin çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklara (depresyon, sosyal kaygı vb.) yol açtığına dair çok sayıda çalışma görmek mümkündür. Fakat zayıflığın da kişinin beden algısını olumsuz yönde etkileyip çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabileceği düşünülse de, bu konuda yapılmış yeterli sayıda çalışma mevcut değildir.

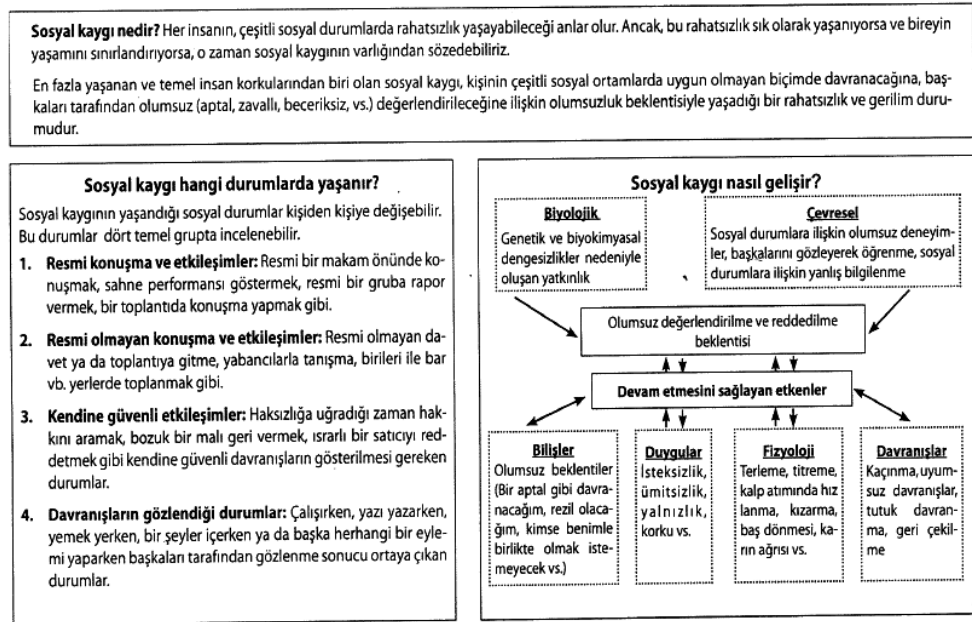
Bu çalışmamızda zayıf bir vücut görünümüne sahip olmanın kişide beden algısını olumsuz etkileyerek sosyal kaygı oluşturabileceği düşüncesinden hareketle, VKİ zayıf olarak saptanan bireylerdeki sosyal kaygı sıklığını belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Kaygı

2.1.2. Sosyal kaygının tanımı

Sosyal fobi diye de adlandırılan sosyal kaygı, insan hayatının akışını ve duygu durumunu etkileyen gündelik hayatın gerekliliklerini kâbusa dönüştüren, sosyal ortamlarda açığa çıkan bir korku ve anksiyete duygusudur. Özellikle kişinin bir iş ile meşgulken başkaları tarafından incelenmesi durumunda açığa çıkan diğer kişiler tarafından eleştirilme, dalga geçilme ve küçük düşme korkusudur. Bunu Şekil 1 ile de gösterebiliriz (6).



Şekil 1. Sosyal kaygının ortaya çıkışı ve gelişimi

Sosyal kaygı hakkında yapılmış birçok tanım bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; sosyal kaygı, kişinin çeşitli sosyal durumlarda uygun olmayan biçimde davranacağı, kötü bir duruma düşeceği, olumsuz bir izlenim bırakacağı ve başkaları tarafından olumsuz bir biçimde (aptal, zavallı, beceriksiz vs.) değerlendirileceği beklentisiyle yaşadığı bir rahatsızlık ve gerilim durumu olarak tanımlanabilir (7). Işık'a göre ise sosyal kaygı, başkalarınınca eleştirileceği, onların yanında rezil olacağı ya

da utanç duyacağı durumlara düşecek davranışlar yapabileceği endişesiyle insanlar arasına girmekten çekinme ya da insanlarla iletişim kurma konusunda anksiyete duymadır (8).

SK için verilen örnekler arasında; toplum içinde konuşurken konuşmasını sürdüremeyecek olma, başkalarının yanında yerken boğulacakmış gibi olma, genel bir tuvalette idrar yapamama, başkaları ile olduğu bir sırada yazı yazmak gibi ince işlerde elde titreme olmasından korkma, sosyal durumlarda soruları yanıtlayamayacak olma ya da aptalca şeyler söyleyecek olma korkuları sayılmıştır (9). Sosyal kaygılı olan birey bir yandan başkalarının bakışlarını üzerinde hissettiği ve eleştirilebileceğini düşündüğünden aşırı bir anksiyete yaşamakta, bir yandan da anksiyete belirtilerinin fark edilmesi sonucu aşağılanacağından ve gülünç duruma düşeceğinden korkmaktadır. Kişi böyle durumlarda başkaları tarafından dikkatle izlendiği ve incelenip değerlendirildiği duygusu içindedir (10).

Sosyal kaygı kavramı, konuşurken, piyano çalarken ve ya yazı yazarken diğer insanlar tarafından gözlenme korkusu duyan hastaları tanımlamak için ilk kez 1903'te Janet (phobias des situations sociales) tarafından kullanılmıştır (11).

Sosyal kaygının ortaya çıkışı ve artışında geçmişte yaşanmış olumsuz yaşantılar büyük bir öneme sahiptir. Bunun yanı sıra sosyal kaygının oluşmasında değişik derecelerdeki stres kaynakları ve onlarla başa çıkma tepkileri de önemlidir (12).

Sosyal kaygının ortaya çıkışına ve artışına yol açan çok önemli etmenler de söz konusudur. Bunlar;

- **Temel İnançlar:** Hayat boyu süren; ancak başlangıcı çocukluk döneminde yetişkinlerle kurulan etkileşimler sonucu gelişen, oldukça değişmez bir biçimde kişinin kendisine, diğer insanlara ve yaşadığı dünyaya ilişkin temel ve merkezi inançlarıdır. Özellikle stres anlarında olumsuz olan bu inançlar daha fazla harekete geçerek tutumları, beklentileri, kişisel kuralları etkilerler. Böylece olumsuz temel inançlar temel referans çerçevelerini oluşturdukları için kişiler arası etkileşimlerde olacakları ya

da olan bitenleri yorumlarken de etkin duruma geçerler ve sosyal kaygının tetiklenip artmasına neden olurlar (12).

- **Olumsuz İçsel Konuşmalar:** Temel inançların bir yansıması olarak otomatik bir şekilde ortaya çıkarlar. Olumsuz otomatik düşünceler kişinin duygularını ve davranışlarını ele geçirirler; yarattığı sonuçların farkına varılmadan çevreden gelen geribildirimlerin algılanmamasına ya da yanlış yorumlanmalarına; otomatik olarak ortaya çıktıkları gibi yine otomatik olarak sosyal kaygının ortaya çıkmasına ve sürmesine neden olurlar. Bireyler olumsuz otomatik düşüncelerle o kadar meşguldür ki çevresinde olup bitenden haberdar bile değildir.

- **Olumsuz Beklentiler:** Sosyal kaygı yaşayan kişiler farklı sosyal durumlarda utanç verici bir duruma düşeceği beklentisi içine girerler. Bu beklentileri beceriksizce davranmayla ilgili olduğu kadar gözlerin üzerinden ayrılmayacağı, kendileriyle alay edileceği ve olumsuz bir biçimde eleştirilip onaylanmayacakları ile de ilgilidir.

- **Benlik Kavramını Ortaya Koyma:** Sosyal kaygı, temel olarak gerçek ya da hayali olarak benlik kavramını ortaya koyma engelleri karşısında yaşanır. Bu engeller kişinin olumsuz beklentileri sonucu gelişir. Diğer insanların üzerinde bırakılmak istenen olumlu izlenimin bırakılamayacağına ilişkin olumsuz beklenti, sosyal kaygı yaşantısının tetiklenmesine ve sürmesine yol açar. Özellikle izlenimi değerlendirecek kişinin sahip olduğu özellikler sosyal kaygı yaşayan kişi için ne kadar önemliyse bu durum kişinin iyi izlenim bırakma isteğini ve istenilen izlenimi bırakamayacağı beklentisini artırır, dolayısıyla yaşanan sosyal kaygıda artma olur (12).

- **Benlik Yeterliliğinin Düşüklüğü:** Benlik yeterliği kişinin her hangi bir davranışı ya da performansı gerçekleştirebilecek yeterliğine ilişkin olarak sahip olduğu öznel yargılarını ifade eder. Kişinin kendi yeterliğine ilişkin olan bu yargıları sonuçta ne olacağına ilişkin sonuç beklentilerini etkiler. Bu beklentilerin olumsuz olması zorlayıcı durumlarda başa çıkmada yetersiz kalınmasına dolayısıyla korku ve kaçınma davranışına neden olacaktır.

• **Sosyal Beceri Eksikliği:** Düşük benlik saygısından kaynaklanan sosyal yetersizliğe inanma, özellikle bazı sosyal durumlarda performans gösteremeyeceğine ilişkin kaygıların artmasına yol açar. Sosyal beceri eksikliği genellikle sosyal kaygının bir sonucu olarak yaşanmakta ve sosyal kaygının artmasına yol açmaktadır. Sosyal kaygılı kişilerin büyük bir çoğunluğu sosyal becerileri eksik olduğu için değil, sosyal durumlarda uygunsuz davranarak becerilerini kullanamayacaklarından korktukları için sosyal kaygı yaşarlar.

• **Girişken Davranmama:** Girişken davranış, kişinin başkalarının haklarına duyarlı davranarak, sahip olduğu kendi haklarının ve kişisel isteklerinin bilincinde olarak davranmasıdır. Birey başkalarının istekleri ve hakları söz konusu olduğunda kendi istek ve haklarına ters düşseler bile reddedilme korkusu ve hoş görülme isteği ile onların istediği yönde davranışlar seçer. Girişken davranmama ise, başkalarının daha değerli ve önemli olduğu; kişinin kendisinin önemsiz ve değersiz olduğu yönündeki düşüncelerini doğrulayan geribildirimler alınmasına yol açar. Girişken olmayan davranışlar sonucunda sosyal kaygı daha da artarak devam eder (12).

Sosyal kaygıya sahip olan kişiler çok istedikleri halde diğer insanlarla yakınlık kurmaktan çekinirler. Yenilginin getireceği küçük düşme ve reddedilmenin acısını yaşama korkusu, yakın ilişkilerden ve insanlardan uzak durmalarına neden olur. Sosyal ilişkilerin artmasına yol açacağı düşüncesiyle işlerinde terfi ettiklerinde bile tedirginlik yaşar ve hatta bu yeni görevi reddedebilirler (13). Çünkü sosyal kaygı, genellikle kişinin kendine güven duygusunun azlığı ve eleştirilme korkusu ile ilişkilidir. Sosyal kaygısı olan kişiler sıklıkla kendilerini ağır eleştirmekte, başkalarının kendilerindeki eksiklikleri ve gerçek hatalı yönlerini görmelerinden çekinmektedir.

Sosyal kaygılı kişiler genellikle utangaç ve içe dönüktürler, sosyal değildirler, normal göz temasından kaçınır ve mümkün olduğunca az konuşmaya çalışırlar. Kendilerine bir şey sorulmadıkça konuşmazlar, dikkatin üzerlerinde toplanmasından hoşlanmazlar. Grup içinde çok nadir konuşurlar, iltifatları çok sessizce geçirirler. Korku ya da kaçınma davranışları hayatlarında önemli bir yer işgal eder (14).

Holt, Heimberg, Hope ve Liebowitz sosyal kaygının dört esas kategoride ele alınabileceğini belirtmişlerdir. Birinci kategorideki sosyal kaygının en yoğun kaygı

kaynağı resmi konuşma ve etkileşimleri içeren durumlara (resmi bir makam önünde konuşmak, sahne performansı göstermek, resmi bir gruba rapor vermek, bir toplantıda konuşma yapmak vb.) ilişkindir. İkinci kategorideki sosyal kaygı, resmi olmayan konuşma ve etkileşimleri içeren sosyal durumlar (partiye gitmek, yabancılarla tanışma vb.) sonucu ortaya çıkan kaygıdır. Üçüncü kategoriye kendine güvenli davranışı gerektiren etkileşimlerin yarattığı sosyal kaygı durumları (haksızlığa uğradığı zaman hakkını aramak, bozuk bir malı geri vermek, ısrarlı bir satıcıyı reddetmek vb.) oluşturur. Dördüncü kategorideki sosyal kaygıyı ise, bir eylemi yaparken başkaları tarafından izlenme sorunu (başkaları tarafından izlenirken çalışmak, yazı yazmak, yemek yemek vb.) ortaya çıkarır (15).

2.1.3. Sosyal kaygının belirtileri

Sosyal kaygının belirtilerini fizyolojik belirtiler, zihinsel belirtiler ve davranışsal belirtiler olarak 3'e ayırabiliriz (16).

2.1.3.1. Fizyolojik belirtiler

Sosyal bir onaylanmamadan korktuğunuzda hoş olmayan bazı bedensel tepkilerin gösterilmesi olasıdır. Bunlar;

- Yüz kızarması
- Ses titremesi
- Ağız kuruması
- Kalp çarpıntısı
- Nefes kesilmesi
- Ellerde titreme
- Terleme
- Nefes darlığı
- Titreme

2.1.3.2. Zihinsel belirtiler

- Güçsüzüm
- Konuşamayacağım
- Tutulup kalacağım
- Yetersizim
- Çirkinim
- Herkes bana bakıyor
- Herkes beni eleştiriyor
- Küçük düşebilirim
- Çok rahat davranmalıyım
- Kusursuz görünmeliyim
- Kimseyi gücendirmemeliyim
- Beğenilmiyorum
- Sevilmeye layık değilim
- Mükemmel olmalıyım
- Kaygılı olduğumu belli etmemeliyim
- Herkesin beğenisini kazanmalıyım vb.

Bu şekilde düşünmek kişiyi endişelendirerek kişinin beceriksiz davranmasına yol açabilir. Bu durum kaygının en paradoksal niteliklerinden biridir (17).

2.1.3.3. Davranışsal belirtiler

Sosyal kaygının davranışsal belirtileri, sosyal ortamlarda duyulan rahatsızlığa kişinin verdiği cevaplardır.

- Korkulan ortama girmeme
- Hayallere dalma

- Konuyu değiştirme
- Korkulan ortamı terk etme
- Gz temasından kaçınma
- İlgisiz Şeyler düşünme
- Alkol kullanma (132)

Dünya Sağlık rgt ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması kitabında da sosyal kaygıya ilişkin belirtiler Şu Şekilde sıralanmıştır (18);

- Sosyal kaygıda diğer insanlar tarafından inceleme altında bulundurulma korkusu hkimdir. Bu korku büyük kalabalıklardan çok küçük gruplar içerisinde ortaya çıkar.

- Bu korku özel durumlarda görülebileceği gibi (kalabalık bir yerde yemek yeme, karşı cinsle ilişkide bulunma v.s.) korku tepkisi genellenmiş olarak da (aile dışında hemen her sosyal ortamda) bulunabilir.

- Sosyal kaygı genellikle benlik saygısının düşüklüğü ve eleştirilme korkusu ile ilişkilidir.

- Duyulan kaygı belirgin sosyal durumlarda ortaya çıkmalı ya da belirginleşmelidir.

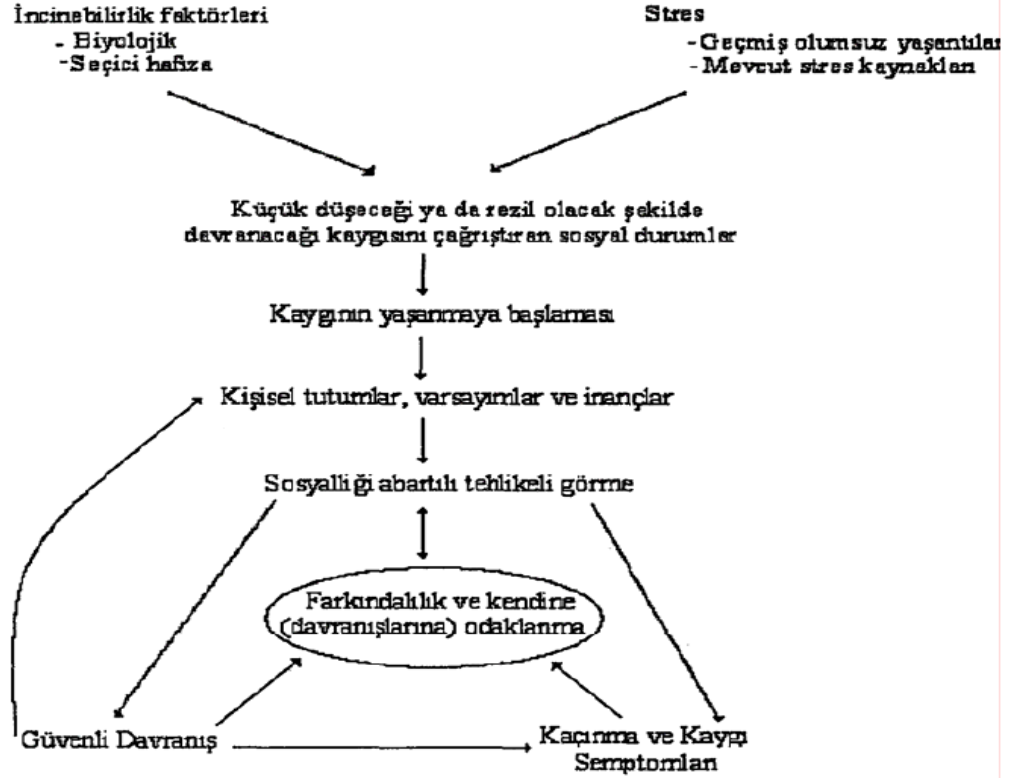
- Korkuya neden olan durumlardan mümkün olan her koşulda kaçınılmalıdır.

Sosyal kaygılı bir kişinin sosyal durumlardaki bilişsel süreçleri olumsuz beklentiler çerçevesinde meydana gelir. Bu beklentiler tipik olarak zayıf sosyal performansı (konuşurken dilim srecek ve devam edemeyeceğim), başkalarından gelecek negatif değerlendirmeleri (tuhaf olduğumu düşünecekler, bana glecekler) ve başkaları tarafından gözlenmesi engellenmeyecek bedensel kaygı belirtilerini içerir. Bu olumsuz beklentilerin doğal bir sonucu olarak sosyal kaygı yaşayan bireyde fizyolojik uyarılma artar ve sonuçta beklenen olumsuzluklar gerçekleşmese bile her an olacakmış gibi tetikte beklenir (19).

2.1.4. Sosyal kaygının nedenleri

Sosyal kaygı, kökenini düşüncelerimizden alır. Küçük düşeceği ya da rezil olacağı şeklinde otomatik düşünceler, sosyal ortamlara ilişkin kaygının kontrol edilebilirliğine ilişkin inancı azaltır. Bu ise istenmeyen davranışları sergileyebilme olasılığını dönük otomatik düşünceleri ve duyulan sosyal kaygıyı artırır (20). Olumlu düşünen insanlar genel olarak IQ seviyelerinin üst sınırına kadar ulaşmakta, kötümser olan insanlara göre daha sağlıklı bir hayat sürmektedir (118).

Yeryüzünde yaşayan her bireyin düşünce içeriği ve yapısı birbirinden ayrıdır. Bazen insanların düşünceleri birbirine bir parça yaklaşır, biri diğerini andırır ama çoğunlukla kişiler arasında düşünce boyutunda birtakım çatışmalar meydana gelir. Buna karşın olumlu ve yapıcı düşünen insanlar buldukları çevreye farklı bir tat verirler. Bunu fark eden diğer bireyler daima o kişilerin etrafında toplanır (21). Bir gruba dâhil olarak yakın kişiler arası ilişkiler geliştirebilmenin sosyal gelişime yönelik pratik katkıları vardır. Fakat bir gruba kabul sürecinde oluşturulmuş bir bilişsel değerlendirme modeli ve tanımlanmış normlardan söz edilebilir. Bu normlara ulaşmakta yaşanan güçlüklerin sosyal kaygı yaşamakla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Buna karşılık duygusal destek sunma, aktivasyon bütünlüğü, kolektif saygı ve kişiler arası ilişki problemlerini çözmeye yönelik istekliliğin sosyal kaygı düzeyini azalttığı görülmektedir (22). Sosyallik olgusu ve bunu kullanabilmeye yönelik becerilerin eksikliği, sosyal kaygı yaşamaya yönelik sebepleri artırmaktadır. Sosyal kaygının nedenselliği Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2: Sosyal Kaygının Nedenselliği (130)

Sosyal kaygının en önemli sebeplerinin başında aşırı stres gelir. Dikkattini kaybeden insanın konuşması, iletişim şeklinin bozulmasına yol açar. Bu durumda kişi kendine güvenini kaybeder. Zaman içerisinde bu durumun yol açtığı aşırı stresin etkisi kalksa da güveni kaybolan kişi artık bu şekilde devam edecek endişesi taşır. Bu da sosyal ilişkilerin bozulmasına ve sosyal kaygının devam etmesine yol açar (23). Çünkü artık bu stresle güvenini kaybeden birey bundan sonraki yapacağı her davranışta bu korkuyu hatırlayıp kendisini hep endişeli hissedecektir.

Sosyal kaygının diğer bir önemli nedeni ise; aşırı mükemmeliyetçiliktir. Aşırı mükemmel olma isteği bireyde hata yapma endişesi meydana getirir. Kişilik gelişiminde benlik farkındalığında, gerçek benlik farkındalığı (sahip olduğu özellik) ile ideal benlik farkındalığı (sahip olmak istediği özellik) arasındaki fark çok fazlaysa kişi kaygı bozukluğu yaşar. Bu da sosyal kaygıya dönüşebilir (23).

Bireyin kişilik gelişimi ve sosyalleşme süreci erken dönemde olumsuz çevre koşullarının yarattığı engellerle karşılaşılırsa yetişkin yaşamı için gerekli yetenekleri

geliştiremez. Bu durum bireyin zorlamalı durumlarla baş etme konusunda yetersiz kalmasına, özgüven duygusunu geliştirememesine ve kaygı yaşamasına yol açar. Bu kaygıya ilerleyen yaşam dönemlerinde bireyden beklenen sosyal edinimlerine ilişkin olumsuz yüklemelerinde eşlik ettiği sosyal beceri eksikliği eklenebilir. Bu çerçevede sosyal ortamlardan bir eylemi gerçekleştirme durumunda kalmaktan kaygı ve kaçınma biçiminde kendini gösteren sosyal kaygı durumunda, kişi uygun olmayan biçimde davranacağına ve kendini izleyen kişiler tarafından olumsuz değerlendirileceğine ilişkin beklenti geliştirir (24).

Sosyal kaygının oluşmasındaki temel etmenlerin kısaca biyolojik yatkınlık, doğrudan ya da dolaylı olarak geçmişte yaşanmış olumsuz sosyal yaşantılar ve sık olarak baskı yapan oluşum yaşam koşullarıyla karşı karşıya kalma olduğu söylenebilir (25). Bunun yanı sıra değişik türde fizyolojik uyarım yaratan stres de sosyal kaygının oluşmasına neden olmaktadır.

2.1.5. Sosyal kaygının özellikleri

WPA (World Psychiatry Association)'da sosyal kaygının özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır (26).

1. Sosyal ortamlarda davranışlarının başkaları tarafından inceleme altında tutulma korkusu,
2. Performans gösterilmesi gereken durumlarda, utanç doğurabilecek ya da gururu incitilebilecek durumlarda belirgin ve sürekli korku,
3. Korkulan durumlardan sürekli kaçınma davranışı,
4. Hayali veya gerçek ortamlarda kişiler arası değerlendirmenin olması veya olma olasılığının bulunmasıdır.

Sosyal kaygının en önemli özelliği; kaçınma davranışlarıdır. Çoğu kişi korktuğu sosyal ortamlardan uzak durmakta, ancak bu tür davranışların sonuçları ortama girmekten daha kötü olarak değerlendirildiğinde birey yaşadığı yoğun anksiyeteye rağmen korktuğu ortama girmektedir. Sosyal kaygılı kişiler için en çok kaygı verici

ortam ve aktiviteler şunlardır: Kalabalık önünde konuşmak, başkalarıyla birlikte yemek yiyip bir şeyler içmek, başkalarının önünde yazı yazmak veya imza atmak, toplu taşıma araçlarıyla seyahat etmek, kalabalık önünde telefon açmak, yetkili kişilerle tanıştırmak, bir işi yaparken izlenmek, şaka yapılmak ve genel tuvaletleri kullanmak (119).

2.1.6. Sosyal kaygıda risk faktörleri

Sosyal kaygıda risk faktörleri 6 şekilde gruplanmıştır. Bunlar; cinsiyet ve rolleri, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, aile ve ailenin çocuk yetiştirmesidir.

2.1.6.1. Cinsiyet ve rolleri

Sosyal kaygı ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, cinsiyetin sosyal kaygıda bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Sosyal kaygı bozukluğu bayanlarda erkeklerden fazla görülmektedir. Bu bozukluğun yaşam boyu prevalansının kadınlarda %3.1, erkeklerde %2 olduğu bildirilmektedir. Buna karşılık klinik çalışmalarda kadın-erkek oranı dengeli bulunmuştur (27). Türkiye Ruh Sağ Profili Araştırmasında sosyal fobinin son 12 aydaki yaygınlığı erkeklerde %1.1, kadınlarda %2.3 olarak bulunmuştur (28). Toplumumuzun kız çocuklarına genellikle olumsuz yüklemeler (kızlar çok konuşmaz, çok fazla dışarı çıkmaz gibi) ve baskılar sonucu toplumda kız çocukları daha pasif ve çekingen olarak yetişmektedir ve kız çocuklarına çok fazla sorumluluk verilmemektedir. Çocukluktan gelen bu çekingenlikten dolayı daha sonra karşılaştıkları sosyal durumlar karşısında kadınlarda daha fazla sosyal kaygı meydana gelmektedir. Bridges ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre; kadınların eleştirilere karşılık verme, bir konu hakkında fikrini savunma, yardım isteği gibi konularda erkeklere göre daha isteksiz oldukları, erkeklerin ise bir kimsenin rahatsız edici davranışlarını değiştirme isteği gibi konularda kadınlara göre daha isteksiz olduklarını bildirmişlerdir (29).

Alan çalışmalarına göre sosyal kaygı kadınlarda daha sık görülürken (%62-70) klinik çalışmalar ise görülme sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken yardım alma konusunda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır (30).

Sosyal kaygının klinik düzeyini inceleyen bir çalışmada sosyal kaygısı olan ve olmayan kadın ile erkek hastalar incelenmiş, erkeklerin kadınlara göre sıkılğan olduğu konuların daha çok olduğu belirlenmiştir (31).

2.1.6.2. Yaş

Sosyal kaygıda önemli bir diğer risk faktörü de kişinin yaşıdır. Sosyal kaygı genellikle ergenlik döneminde (13-19) başlayan bireyin çalışma hayatı ve sosyal işlevselliğinde belirgin bozulmalar ile seyreden yaygın bir hastalıktır (32). Ergenlik dönemi, arkadaş gruplarınca kabulün en çok önem kazandığı ve bireylerin başkaları üzerinde bıraktıkları izlenimlerin ne kadar önemli olduğunun gerçek anlamda farkına varıldığı bir dönemdir (33). Sosyal kaygının ortaya çıktığı yaşlar bakımından öncelikle dikkate alınması gereken “benlik bilinci (self-consciousness)”dir. Benlik bilinci ergenlik döneminde gelişmeye başlar. Çünkü çocuk, kendisini sosyal nesne olarak görme yetisini kazandığında, diğer insanlar tarafından nasıl algılandığına ve değerlendirildiğine ilişkin görüş oluşturabilecek beceriye de ulaşır. Diğer yandan ergenlik döneminde yaşanan hızlı değişimler ve bireyin kendisini tanımakta güçlük çekmesi benlik saygısını da etkiler. Bu dönemde başlayan sosyal kaygının düzeyinde ergenliğin ilerleyen yıllarında artış olur (34). Sosyal fobinin başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir (35). En sık başlangıç yaşı 20'nin altındadır ve prevalansın son dönemlerde genç gruplara kaydığı görülmektedir. Örneğin, NCS (National Comorbidity Survey) 30 günlük prevalans; 15-24 yaş gruplarda %7.3 iken, 45-54 yaş gruplarında sadece % 4.5 bulunmuştur (36).

2.1.6.3. Eğitim düzeyi

Yapılan çalışmalara göre, eğitim düzeyinin yüksek olmasının da sosyal kaygı açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Sosyal kaygılı bireylerin kontrol gruplarına oranla daha yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan bireyler daha fazla üst düzey insanlarla görüştikleri ve daha fazla sorumlulukları oldukları için hata yapmama nedeniyle daha fazla sosyal kaygı yaşamaktadır. Ancak burada önemli olan nokta; bu durumun, tedaviye başvuran bireylerin eğitim düzeyi yüksek kişiler olmasından kaynaklandığı göz ardı edilmemelidir (37). Sosyal kaygının hangi eğitim seviyesinde daha fazla görüldüğüne

dair veriler oldukça çelişkilidir. Alan taraması yapan Pollard ve Henderson yüksek öğrenimli kişilerde sosyal kaygının ve sosyal kaygı belirtilerinin daha sık görüldüğünü belirtirken, Heinberg ve ark. sosyal kaygısı olanların toplum önünde konuşma fobisi olanlara göre daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir (38).

2.1.6.4. Medeni durum

Medeni durumun da sosyal kaygıda ayırıcı bir özellik olduğu ilgili kaynaklarda göze çarpmaktadır. Özellikle bekâr, boşanmış ve yalnız yaşıyor olmanın sosyal kaygı açısından daha riskli olduğu bildirilmektedir (39). Daha çok bekârlarda bulunmasının sebebi, özellikle karşı cinsle konuşmada duyulan rahatsızlıktan kaynaklanmaktadır (40). Sosyal kaygı duyanların %32'si hiç evlenmezken, %36'sı sosyal kaygıları sırasında boşanmakta ya da ayrı yaşamaktadır (41).

2.1.6.5. Aile ve ailenin çocuk yetiştirme

Aile; çocuğun temel eğitimini aldığı, kişilik özelliklerinin biçimlendirildiği, zihinsel becerilerin oluşturulduğu, duygusal yaşantıların ve tepkilerin geliştirildiği bir ortamdır. Aile içinde, çocuk için karşılıklı güven ve sevgi alışverişine dayalı iletişim ortamının kurulması, özgüven ve özerkliğin sağlanması, çocuğa zihinsel ve duygusal gelişimine yardımcı olabilecek şartların verilebilmesi son derece önemlidir. Korumacı değil geliştirici, bağımlı değil özgüveni sağlayıcıyı yaklaşım benimsenmelidir.

Psikolojik olarak sağlıklı yetişen bir birey, kendi olumlu ve olumsuz yönlerini tanıyan, değerli olduğunun farkına varan ve yaşam için gerekli özgüveni oluşturabilmiş, toplumda sağlıklı ilişkiler kurup bunları geliştirebilen kişidir. Bu kişilerde sosyal kaygı oluşma riski diğer psikolojik rahatsızlarda olduğu gibi son derece azdır (42). Todd ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek kaygıya sahip ebeveynlerin çocuklarının kontrol gruplarına göre daha fazla sosyal kaygı belirtileri gösterdikleri saptanmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde, sosyal etkileşim durumlarından kaçınan ebeveynlerin çocuklarını da sosyal ortamlardan soyutladıkları ve öğrenme sonucu çocuklarda bu durumun yerleştiği tartışılmıştır (43). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ailesinde sosyal kaygı belirtileri tanımlayan

hastalarda sosyal fobi birlikteliğinin (%54.8) diğerlerinden (%39.6) yüksek oranda olduğu bulunmuştur (44).

Ailenin çocuk yetiştirme tarzının da sosyal kaygı için bir risk faktörü olabileceği ifade edilmiştir. Özellikle sınırlayıcı ve aşırı koruyucu çocuk yetiştirme tarzı çocuğun bağımsızlığını ve yeteneklerini kısıtlar. Bu tutum sonucu, çocuk ebeveynine bağlı hale gelir. İlgisiz ve dışlayıcı çocuk yetiştirme tarzında da çocuk ciddi bir şekilde onay görme ve kabul edilme ihtiyacı duyar. Ebeveyn, çocuğun asıl ihtiyaçlarına önem vermemektedir ve bu tür davranışlar çocukta yanlış değerlendirilme korkusunun gelişmesine yol açmaktadır. İlerleyen yaşlarda bu çocukların sosyal kaygı yaşama olasılığının görece daha fazla olacağı bildirilmektedir (45). Sonuç olarak, sosyal kaygının oluşmasında ebeveyn tutumlarının önemli olduğu ve özellikle otoriter anne-baba tutumlarının sosyal kaygının oluşmasında önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

2.1.6.6. Diğer faktörler

Sosyal kaygının oluşmasındaki faktörlerden bir diğeri de doğum yeridir. Yapılan araştırmalara göre, sosyal kaygı köyde doğanlarda %21.4, ilçede doğanlarda %10.8, ilde doğanlarda ise %8.6 oranında bulunmuştur (46). Sosyal kaygıda bir diğer faktörde bireyin kaçınıcı çocuk olarak dünyaya geldiğidir. Literatürde tek çocuk olan ve birinci çocuk olarak dünyaya gelen bireylerin diğer bireylere göre sosyal kaygı yönünden daha fazla risk altında oldukları bildirilmektedir (47).

2.1.7. Sosyal kaygının kuramsal temelleri

Sosyal kaygının kuramsal temelleri 5'e ayrılmıştır. Bunlar; Bilişsel modele göre sosyal kaygı, davranışçı kurama göre sosyal kaygı, kendilik sunumuna göre sosyal kaygı, akılcı-duygusal davranış modeline göre sosyal kaygı ve bağlanma kuramına göre sosyal kaygı şeklindedir (120).

2.1.7.1. Bilişsel modele göre sosyal kaygı

Sosyal kaygıyı açıklamakta kullanılan psikolojik modeller arasında bilimsel zemini en sağlam olanı bilişsel-davranışçı modeldir. Bu model, sosyal kaygıya ilişkin

bulgularını yine sosyal kaygılı kişiler üzerinde yapılan deneysel çalışmalara dayandırmaktadır. Yapılan son çalışmalar, sosyal kaygılı bireylerin reddedileceklerine ya da utanılacak bir duruma düşeceklerine inandıkları ortama bir dizi olumsuz ön yargıyla girdiklerini göstermektedir. Bunlar:

1. Birey, sosyal anksiyete oluşturan ortamda fiziksel bir belirti veya utandırıcı bir davranış ortaya çıkaracak (kızarma, terleme, titreme veya kekeleme gibi),

2. Bu fiziksel belirti veya davranış, ortamdaki diğer kişiler tarafından fark edilecek,

3. Ortamda bulunan kişiler bu belirti veya davranış biçimi ile ilgili olumsuz değerlendirme yapacaklar,

4. Bu olumsuz değerlendirme yalnızca ortaya çıkan belirtiye yönelik olarak yapılmayacak, bireyin kişiliğine genellenecek ve birey artık o ortamda istenmeyecek,

5. Kişiliğe yönelik bu tür bir değerlendirme olağanüstü bir felaket olup, kişiyi değersiz kılacaktır (48).

Sosyal kaygılı bireyler bu tür olumsuz düşünceleri ile aşırı meşgul olduklarından tüm ilgi ve dikkatlerini kendilerine yöneltmekte ve böylelikle kendi kendilerini gözlemlemeye koyulmaktadırlar. Yani sosyal kaygılı bireyler, sosyal ortama girdiklerinde artık çevrede neler olduğuna dikkat etmeksizin kendi olumsuz düşüncelerine odaklanmaktadırlar. Bireyin sosyal ortamlarda çevreyi gözlemleyerek kendi olumsuz düşüncelerinin doğruluğunu kontrol etmiyor olması ise, kendi düşüncelerine saplanıp kalmasına yol açmaktadır. Böylelikle birey, kendi sayılıtlarının doğruluğunu ya da yanlışlığını, çevreden geribildirim alarak yeniden düzenleme şansını kaybetmektedir. Öte yandan, birey sosyal tehdit hissettiğinden, korkularının gerçekleşmesini önlemek amacıyla bazı koruma sağlayıcı davranışlar içine girmektedir, bu davranışların en belirgin olanı ise kaçınma davranışıdır (49). Örneğin; birey mümkün olduğunca insanlarla göz teması kurmamaya çalışır. Elinin titreyeceğinden korkuyorsa herhangi bir şey içmemeye ya da içecekse üzerine dökmek için bardağı yarıya kadar doldurup sıkı sıkıya tutma yoluna gidecektir.

Kişinin kendisine yönelik olumsuz inançlarının daha sonra karşılaşılabilecek sosyal durumlarla başa çıkma becerisini de olumsuz etkilediği, rahatsızlık yaşanan sosyal

durumla başa çıkamaya yardım edecek düşüncelerinde durdurulduğu, böylelikle sosyal durumlarda yaşanan başarısızlıkla ilişkin olumsuz algılamaları sürekli besleyen bir kısır döngünün oluştuğu ve sosyal kaygının artarak devam etmesine yol açtığı ileri sürülmektedir (50). Bilişsel model çerçevesinde bu gruptaki bireyler sosyal olunması gereken durumların tehlikeli olduğuna yönelik otomatik varsayımlar geliştirirler. Bu durumla oluşturulan algı kendisinden hoşlanılmayacağı, sıkıcı birisi olduğu asla hata yapamayacak şekilde mükemmel olmanın gerekliliği ve reddedilmenin kabul edilemez bir sonuç olduğu gibi yorumları güçlendirir (51).

Bilişsel modele göre; sosyal kaygısı olan bireyler koruyucu davranışlarının onlara yardımcı olacağına inanmaktadır. Fakat bu stratejiler sorunun daha da şiddetlenmesine yol açan paradoksal etkilere sahiptir. Birçok sorunlu bakış açısının temelinde koruyucu davranışlar yatar. İlki, bu koruyucu davranışlar sonucunda bireyler korkularıyla yüzleştiklerinde ne olacağını asla öğrenemezler. İkincisi, çoğu koruyucu davranışlar sosyal fobiyi artıran iç gözlemi benliğe yönelme gibi durumları tetikler. Üçüncüsü, bu koruyucu davranışlar sosyal kaygısı olanların insanlarla mesafeli, ilgisiz görünmelerini sağlar. Diğer insanlar bu davranışları çoğu zaman kendilerinden hoşlanılmadığı şeklinde yorumlar. Böylece bu koruyucu davranışlar sosyal etkileşimi bozar (52).

2.1.7.2. Davranışçı kurama göre sosyal kaygı

Sosyal kaygının etiyolojisi ile ilgili davranışçı görüş üç yolla bu rahatsızlığın gelişebileceğini öngörür:

- Doğrudan koşullanma
- Gözlemsel öğrenme
- Bilgi aktarımı

Doğrudan koşullanma, sosyal ortamlarda kişinin travmatik bir deneyim yaşamasıyla oluşur ve yapılan çalışmalarda yaklaşık %50 oranında bireyde böylesi doğrudan travmatik yaşantılar olduğu belirlenmiştir.

Gözlemsel öğrenmede kişi sosyal ortamda olumsuz bir deneyim yaşayan kişiyi gözleyerek korkulu hale gelir.

Bilgi aktarımında ise, sözel ya da sözel olmayan yolla yani tutumlarla sosyal ortamların tehlikeli olduğu bilgisinin kişiye aktarılması yoluyla sosyal korkuların kazanılması söz konusudur (121).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerle yapılan çalışmalar sınırlı tipteki sosyal kaygılı insanların daha çok doğrudan koşullanmayla oluştuğunu, diğer yandan yaygın sosyal kaygının çocukluk çağındaki utangaçlıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (53). Bu yaklaşıma göre, kaygısı olanlarda aslında hata yapma endişesi, davranışlarda şüpheli yaklaşım, bireyin kendini sıklıkla eleştirmesi, mükemmellik algısı ve arayışı belirgindir (54).

2.1.7.3. Kendilik sunumu (self presentation) modeline göre sosyal kaygı

Kendilik psikolojisine göre, sosyal kaygının merkezinde kendilik kavramında bozulma vardır. Kişi kendini aşırı eleştirir ve kendinden utanır. Bu kişiler takdir duygusundan yoksundur. Bu süreç dönüştürücü içselleştirme ile bozucu bir kimliğe bürünür (55). Schlenker ve Leary (1982)'nin sosyal kaygıyı açıklamak için ortaya koyduğu kendilik sunumu yaklaşımına göre, birey sosyal ilişkilerde bulunduğu insanlar üzerinde, belli izlenimler oluşturmaya güdülenmiştir. Fakat bu izlenimlerin oluşup oluşmayacağından emin değildir. Böyle durumlarda birey yoğun sosyal kaygı yaşar. Leary ve Kowalski'ye göre sosyal kaygı bir birey insanlarla iletişimde bulunmaktan kaçınır. İnsanlar üzerinde oluşturmak istediği izlenimleri oluşturamayacaklarını düşünür. Bu sebeple başkaları üzerinde olumsuz izlenim yaratmaktan kaçınma eğilimindedir (56). Kendilik sunumu varsayımına göre insanlar şu iki durum birlikte olunca sosyal kaygı yaşarlar;

1. Diğer insanlar üzerinde iyi izlenim bırakma konusunda özellikle isteklidir.
2. İsteddiği izlenimi elde etme konusunda şüpheleri vardır.

Bu iki durumdan herhangi biri olmazsa sosyal sosyal kaygı da gelişmez (57).

2.1.7.4. Akılcı- duygusal davranış modeline göre sosyal kaygı

Uygun olan ve olmayan duygular Akılcı Duygusal Davranış Modelinin (ADDM) üzerinde durduğu bir konudur. Kaygı, akılcı olmayan düşüncelere ve makul olmayan inançlara dayandığı için gerçekçi olan davranışı engellediği ve karıştırdığı için uygun olmayan duygu durumu olarak kabul edilmektedir. ADDM, insanların hem mantıklı hem de mantıksız olmak için doğuştan olduğu kadar sonradan da kazanılmış güçlü eğilimleri olduğu görüşündedir. Ellis'e göre insanlar hem mantıklı olmak ve hoş şeyler üretmek için önemli potansiyele sahiptirler hem de hem kendilerine hem başkalarına zarar vermek, mantıksız olmak ve aynı hataları tekrarlamak için büyük potansiyele sahiptirler. Ellis, insanların mantıksızlığı nasıl geliştirdikleri ve nasıl korudukları sorusu üzerinde durmaktadır (58). ADDM'ye göre, sosyal kaygısı olanlar irrasyonel bir biçimde "iyi performans göstermek zorunda oldukları" ve "performans esnasında rahatsızlık duymamak zorunda oldukları" komutlarını kendilerine vererek sosyal kaygı belirtilerini ortaya çıkarmaktadırlar. Sosyal kaygısı olanlar hem doğuştan hem de yetişme esnasında topluma karşı sunumda kaygılı hale gelirler (59).

2.1.7.5. Bağlanma kuramına göre sosyal kaygı

Bowlby'in geliştirmiş olduğu bağlanma kuramına göre, kaygılı/kararsız bağlanma tarzına sahip bireylerin, kendilerine olan güvenlerinin düşük olması ve yakın ilişkilerinde reddedilme ve terk edilme korkusu yaşadıkları, uzak ilişkilerinde ise daha kıskanç ve öfke eğilimli bireyler oldukları ifade edilmektedir. Yine bağlanma kuramına göre; saplantılı bağlanma biçiminde, "olumsuz benlik" ve "olumlu başkaları" modelinin birleşimi söz konusudur ve saplantılı bağlanma biçimine sahip bireyler kendilerini "değersiz/sevilmeye değer olmayan" kişi olarak algılama eğiliminde olmalarına rağmen, başkalarına yönelik ise olumlu değerlendirmeleri söz konusudur. Bu nedenle bu bireyler yakın ilişkilerinde sürekli olarak kendilerini kabul ettirmeye ve kanıtlamaya çalışırlar ve genellikle de bu çabalar başarısızlıkla sonuçlanır. Bütün bunlar bir kısır döngü halini alır. Bu bağlanma biçimi Hazan & Shaver'ın kaygılı/kararsız bağlanma biçimi ile uyuşmaktadır. Kendine dönük olumsuz algıların bulunması ve yinelenen olumsuz sosyal deneyimlerin etkisiyle bireyde toplum içerisinde bir kaygı gelişir (60). Sosyal anksiyete ve kaçınma davranışı olan

bireylerin, özerkliğinin olduğu dönemlerde annesinin sevgisini kaybetme korkusu yaşadıkları saptanmıştır (61).

2.1.8. Sosyal kaygının tipleri

Sosyal kaygının 3 klinik tipi tanımlanmıştır. Bunlar;

2.1.8.1. Özgül tip

Bir ve ya birkaç sosyal ortamla sınırlı korkuları tanımlar. Kitle önünde konuşmak gibi özel durumlarda kaygı ile belirtilir (62).

2.1.8.2. Yaygın tip

Çok sayıda sosyal durumlarda kaygı ile belirli bir durumdur. Birden çok durumda kaygı yaşanmaktadır (61). Yaygın sosyal kaygı; hemen tüm sosyal ortamlarda ortaya çıkan, özgül sosyal kaygıya göre daha çok eş tanı gösteren, daha çok yeti yitimine sebep olan, ailesel özellik gösteren ve daha uzun süren alt tipidir. Tüm sosyal kaygılıların 1/3' ünü oluşturur.

2.1.8.3. Sınırlı tip

Kaygı sadece belirli bir durumda ortaya çıkmaktadır. Sosyal kaygının alt tiplerinin sınıflandırılması konusu halen açık bir şekilde belirlenememiştir. DSM-IV komitesi performans tipi, sınırlı etkileşimsel tip ve yaygın tip olmak üzere 3 ayrı alt tipi ayırtıran yeni bir sistemin oluşturulmasını önermiştir. Performans tipi kişinin yalnızca yaptığında kaygıya yol açmayan bir ve ya daha fazla davranış sebebiyle toplumsal performans yaşama kaygısı olarak tanımlanmıştır. Sınırlı etkileşimsel alt tipi ise bir ve ya iki etkileşime yol açan sosyal durumlarda korku duyan vakaları içermektedir (39). Bunun yanı sıra, sosyal kaygı DSM-IV'de genelleştirilmiş ve genelleştirilmemiş olmak üzere iki farklı alt türe ayrılmaktadır. Genelleştirilmiş tip, birçok sosyal ortamda ortaya çıkan korkuları kapsarken genelleştirilmemiş tip sosyal ortamlardan daha az korkan ve başka insanların önünde iş yapmak gibi belli korkuları gösteren bireyleri belirlemek için tanımlanmıştır. Bu alt türlerin niteliksel ve niceliksel

olarak farklılık gösterip göstermediği halen tartışma konusu olmaktadır. Bu alt türlerinin temelde benzer olduğu konusunda araştırmacılar fikir birliği içindedir (63).

2.1.9. Sosyal kaygının ayırt edici özellikleri

Sosyal kaygı bozukluğu (sosyal kaygı bozukluğu) olan bireyler korktukları durumlarda utanç duyacaklarına ilişkin kaygılar yaşamalarının yanı sıra başkalarının kendileri ile ilgili olarak kaygılı, zayıf ya da aptal gibi yargılarda bulunacağından da korkarlar. Başkalarının, ellerinin ya da seslerinin titrediğinin farkına varacaklarıyla ilgili kaygılarından ötürü toplum önünde konuşmaktan korkabilirler ya da düzgün bir biçimde konuşamıyormuş gibi görünmekten korktukları için başkalarıyla konuşurken aşırı kaygı duyabilirler (64). Sosyal kaygı bozukluğunda temel problem, sosyal ortamlarda ya da performans gösterilmesi beklenen durumlarda bile bireyin aşağılanmasına ve ya utanç duymasına yol açabilecek biçimde bir davranış göstereceğine ilişkin belirgin ve inatçı bir korku duymasıdır. Bu korku sonucunda oluşan kaçınma davranışları bireyin iş, sosyal ve özel yaşamını kısıtlamaktadır (49).

Sosyal kaygının sıkılganlık, utangaçlık, girişken olmama kavramları ile iç içe olduğu görülmektedir. Sosyal kaygının yakından ilişkili olduğu bu kavramlarla arasına kesin bir çizgi çizmek olası olmasa da aralarında nitel ve nicel farklılıklar olduğunu belirtmekte yarar vardır.

2.1.9.1. Utangaçlık ve sosyal kaygı

Bireyler arası ilişkileri etkileyen önemli etmenlerden biri de başkalarının yanında yaşanan tedirginlik ve kısıtlanma duygusu olarak tanımlanabilecek olan “utangaçlık”tır (65). Utangaçlık bireyin yeni insanlarla tanışmasını, yeni arkadaşlar edinmesini ve değişik yaşantılardan zevk almasını güçleştiren en önemli etmen olarak görülmektedir. Sosyal kaygı utangaçlıkla iç içe yaşanan yoğun ve rahatsız edici bir duygudur. Utangaçlık sorunu olan kişi birileriyle birlikteyken bu kaygıyı nasıl gidereceğine değil “ne kadar çok kaygılı” olduğuna odaklanır, böylelikle kaygısı daha da artar. Aynı zamanda kişinin zihninden geçen otomatik düşünceler şu şekilde ele alınabilir (66).

- Kendimi aptal durumuna düşüreceğim.
- Herkes benim gerçekten salak olduğumu düşünecek.
- Söyleyecek hiçbir şey bulamayacağım. Donup kalacağım.
- Eğer ağzımı açarsam sesim bir tuhaf çıkacak.
- Kalbim fena halde çarpıyor, ya kalp krizi geçirirsem.
- Delirebilirim.
- Çok tuhaf görünüyor olmalıyım.
- Bir kaçabilsem.
- Herkes beni süzüyor.
- Ne kadar sıkıcı olduğumu düşünüyorlar.
- Kendimi kontrol edemeyeceğim.
- Kızaracağım, titreyeceğim.

Gard'a göre; utangaç birey, çoğunlukla kaygılıdır ve sosyal durumlarda, özellikle de yeni karşılaştığı sosyal durumlarda çekingendir. Başkalarının dikkatini çekebilecek davet ya da değerlendirilme olasılığının olduğu benzeri sosyal ortamlarda daha kaygılı ve çekingen davranır (67).

2.1.9.2. Çekingenlik ve sosyal kaygı

Çekingenlik, sosyal kaygıyla ortak davranım benzerlikleri içerir. Bu anlamda oluşan süreç sosyal kaygının oluşum çizgisine benzese bile eşit durumlar olarak incelenemezler. Çünkü çekingenlik bir bozukluk değildir. Daha çok sosyal ilişkilerden kaçınmaya yönelik eğilimi ile sosyal kaygıya benzer. Çekingenlik daha çok davranışsal bir durum olarak ifade edilirken, sosyal kaygı buna ek olarak subjektif bilişsel bir durum olarak açıklanabilir (51). Bununla birlikte sosyal beceri yoksunluğu, olumsuz değerlendirilmeden kaçınma, iletişim kurmaya yönelik endişeler sosyal kaygı ile çekingenlik konularında araştırılan ortak araştırılan özelliklerdir.

2.1.9.3. Panik atak ve sosyal kaygı

Sosyal kaygıyla beraber seyreden bir diğer bozukluk ise panik ataktır. Sosyal kaygı ve panik bozukluğu bazı belirtilerin örtüşmesi sebebiyle zaman zaman ayırıcı tanı konusunda zorluk çekilen iki ayrı anksiyete bozukluğudur (68). DSM-IV'te sosyal kaygı bozukluğunun tanımı; utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli korku duyma, bu durumla karşılaştığı zaman kaygı oluşması ve bu tepkinin panik atağı biçimini alabileceği şeklinde tanımlanmıştır (69). Ayrıca panik bozukluğu olan kişilerin, panik atak geçirdiği sırada toplumda görüleceği korkusuyla toplumsal durumlardan kaçabilmeleri de bazı olguların tanısını da kolaylaştırmaktır.

2.1.10. Sosyal kaygıyla başa çıkma

İnsanlar doğal olarak kendilerini rahatsız hissettikleri ortam ve durumlardan uzak durmanın yollarını ararlar. Sosyal kaygı ile başa çıkma çabalarının en önemli ayağı olan karşı karşıya gelme yaşantısına girmeden, yaşanan kaygının yaşamın normal bir parçası haline gelmesi pek olası değildir. Karşı karşıya gelme yaşantısı, sosyal kaygıyla başa çıkma çabalarına üç temel yolla yardımcı olur (70)

2.1.10.1. Alışkanlık kazanma

Karşı karşıya gelme yoluyla kaygı veren durumlarda yeterince kalınırsa, alışkanlığın yarattığı etkiyle yaşanan kaygının düzeyi gittikçe azalır.

2.1.10.2. Alıştırma yapma

Karşı karşıya gelme, kaygı yaratan durumlarda ne söyleneceği ve nasıl davranılacağına ilişkin alıştırma fırsatı vermesi sebebiyle kaygının davranışsal boyutu için yardımcıdır (122).

2.1.10.3. Otomatik olumsuz düşünceleri fark etme ve gerçekliğini test etme

Sosyal kaygı yaratan sosyal duruma girmeden önce ve girdikten sonra olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar. Karşı karşıya gelme, bu düşünceleri ortaya çıktığı

sırada fark etme ve yapılan düşünce hatasını tanıma ve yine düşüncelerini sorgulayarak sığağı sığağına gerçeklik testi yapma imkanı sunar. Böylece olumsuz düşüncelerin değiştirilmesi hız kazanır. Genel olarak başa çıkma tutumlarını sorun çözmeye yönelik olanlar ve duygusal odaklı olanlar şeklinde ikiye ayırmak da mümkündür. Bunlardan ilki, sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını ikincisi ise, ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içerir. Başa çıkma tutumlarını uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar şeklinde ayırmak da mümkündür. Uyuma yönelik olmayan başa çıkma tutumları stres oluşturan ya da yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında temel bir rol oynamaktadır (61).

2.2. Beden Algısı

2.2.1. Tanım

Birey bedensel ve ruhsal yapısı, sosyal ve entelektüel yönleriyle ele alınması gereken bütüncül bir yapıya sahiptir. Beden kavramı, bedenin dış görünüşü ve içyapısı ile ilgili bireyin tüm algı ve bilgisini içerir. Beden algısı ise bireyin kişiliği, değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri ile ilgili bireysel düşüncelerinin tümü ile biçimlenir (71).

Beden algısı kavramı ilk kez 1920 yılında Paul Schilder tarafından psikolojik ve sosyolojik açıdan incelenmiştir. Schilder'den önceki çalışmalar ağırlıklı olarak beyin hasarına bağlı gelişmiş bozuk beden algılarıyla sınırlıdır. "The Image and Appearance of Human Body" kitabında yazar, beden algısının sadece bir kognitif yapı olmadığını, hatta başkalarıyla ilişkilerin ve tavırların yansımaları olduğunu belirtmiştir. Beden algısının esnekliği ile ilgilenmiş olan Schilder, beden algısını "zihnimizde biçimlendirdiğimiz kendi vücudumuzun resmidir, yani kendimize nasıl görüldüğümüzdür." şeklinde ifade etmiştir (72, 73).

Beden algısı, kişinin tecrübelerinden oluşan bir varoluş ve genellikle bireyin birçok durum karşısında bedenini deneyimlediği ve diğer bireylerin kendi bedenine gösterdiği tepkileri fark ettiği öğrenme süreci sırasında gittikçe artan gelişme olarak tanımlanır. Genellikle birey bedenini algıladığı ve değerlendirdiği zaman öz-saygısını ve güvenini belirlemede önemli rol üstlenir (72).

Beden algısı fizyolojik temele dayanmasına karşın psikolojik ve sosyal deneyimler de beden algısının oluşumunda önemli rol üstlenir. Bu nedenle, bu yalnız bireyin kişilik yapısını içermekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal olarak sosyolojik bir anlama da sahiptir. Beden algısı, bireyin bedenine ait örnek deneyimleri ve bunları organize etme durumu ile ilişkilidir (71).

Psikiyatrik ve nörolojik sorunlar, psikoterapi ve psikosomatik hastalıklar beden algısı kavramının üzerinde çalışılmış olduğu ilk alanlardır. Günümüzde de birçok disiplin bu kavramdan yararlanmaktadır.

2.2.2. Beden algısı nasıl gelişir?

Beden algısı, büyüme ve gelişme süreci içinde oluşur. Bu oluşum, bireyin kişisel ve sosyal tecrübelerinin bir ürünüdür. Bu tecrübeler, duyu organlarına (dokunma, duyma, görme) ait algıların sonucu olduğu gibi, sosyal ilişkilerin niteliğine de bağlı olabilir. Çocukluktan yaşlılığa kadar normal beden algısı gelişiminin bilinmesi, bir imajın değişimine karşı bireyin tepkisini saptama bakımından son derece önemlidir. Beden algısı ve benlik kavramı, çocukluk döneminde gelişmeye başlamaktadır. Bu dönemde çocuk, çevresinden deneyim kazanır; bu deneyimi pekiştirir ve üzerine yeni yaşanmışlıklar katar. Çocuğun beden sınırlarının kesin olarak belirlenmesi, beden algısı oluşumunu kavraması ile mümkündür. Çocuğun beden algısı süt çocuğu, oyun çocuğu ve okul çocuğu dönemlerindeki gelişim sürecinde meydana gelen değişiklikler sonucu ortaya çıkar (71).

2.2.3. Yaşamın değişik dönemlerinde beden algısı nasıldır?

Süt çocuğu, fiziksel beden algısını algılayamaz. Süt çocuğunun algısı duyum düzeyindedir. Özellikle bu duyum ağız çevresinde odaklanmıştır. Rahatlığı, doyumu, memnunluğu, sevme ya da sevmemeyi ve ağrıyı tecrübe eder. Motor ve duysal uyarıcılar aracılığıyla etrafındaki diğer nesnelere ve insanlardan farklı olduğunu anlar. İlk deneyimi kendisi ile ilgilenilmesine ve güven duygusunun gelişmesine bağlıdır. Güven duygusu gereksinimlerinin karşılanması çocukta olumlu "ben" kavramının gelişimini sağlar.

Oyun çocuğunun beden algısı devamlı olarak değişim gösterir. Fiziksel gelişimi ile birlikte çevreyi keşfetmesini sağlayan motor yetenekleri gelişir. Çevresindeki simgeleri öncelikle ebeveynlerinden öğrenir. Ayrıca, kendi bedenini ve çevresini nasıl kontrol edeceğini öğrenmeye başlar. Ailesinin tutumu, çocuğun bedenini ve çevresini kontrol etmede ustalaşmasını kolaylaştırır. Çocuğun bedeninin değerli ve değersiz oluşu, kendisine bakan kişilerin verdiği değer ile koreledir.

Okul öncesi, çocuğun nasıl bir kişi olmak istediğinin keşfedildiği bir zaman dilimidir. Bu dönemde çocuğun kişiliği daha kuvvetlidir ve beden algısı kendi kafasında belirginleşmeye başlar. Bu dönemin en belirgin özelliği cinsiyet rolünde kimlik ve cinsler arasındaki ayrımın yapılabilmesidir. Örneğin; erkek çocuklar babalarından kuvvetli olma, bir işi başarma; kız çocuklar ise, annelerinden nazik, kadınsı görünüm ve sakin olma gibi davranışları kazanırlar.

Okul çocuğunun beden algısı, cinsiyet rolünün saptanması, yaşlıları ile olan ilişkileri ve öğrenme yeteneklerinin gelişimi üzerinde yoğunlaşır. Bu dönemde psikososyal sorunların ortaya çıkması normaldir. Ruhsal rahatsızlık deneyimleyen bir çocuk, fiziksel beden bütünlüğünü kabul etmede zorluk çeker.

Adolesan dönemde hızlı olan büyümeye bağlı değişiklikler beden algısı değişimini zorunlu hale getirir. Beden algısı, adolesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri tecrübe etmesi sonucu meydana gelir. Adolesan bedenini, hem dış görünüşüne hem de bedeninin kendisine yararına göre algılar. Bedeni amaçlarına ulaşmasına imkan verirse, ona alışır. Öte yandan bedeninin yararlılığının sınırlandığını fark ederse kendini engellenmiş hisseder, her iki algılama biçimi de adolesanın beden algısını idrak etmesini sağlar. Bu dönemde fiziki görünüşe (giyecek, saç biçimi) ilgi oldukça fazladır. Her gün farklı bir giysi giyme eğilimi vardır. Adolesanın etrafındaki insanlar da bedeninde olan değişiklikleri değerlendirir ve yeni bir imaj sebebiyle fazla duyarlı olabilir bu da beden algısının tam olarak oluşmasına ya da kendi görünümünün bozulmasına yol açabilir. Zaman içindeki öğrenimi, tecrübeleri ve ebeveynlerinin de yardımı ile beden algısına daha gerçekçi bir yaklaşımda bulunan adolesan, herhangi bir bedensel sınırlılığı kabul eder, sonunda erişkin bir beden algısını benimser.

Erişkin kadınlar ve erkeklerde, beden algısı değişik algılanır. Bu farklı algılama, beden sınırlarının belirginleşmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin, kadının rolü, bedeni ve beden fonksiyonları ile daha iyi tanımlanır. Erkeğin rolü ve statüsü ise beden özelliklerinden çok sosyal hayattaki başarıları ile tanımlanmaktadır. Genel olarak erişkinin beden algısı ve ben kavramı sosyal değişimlerle şekillenir. Bireyin ben imajı kendi dünyasını olumlu hale getirmekte, bireyin başarıya ulaşmasını etkilemektedir. Erişkinin beden algısı, ben kavramı, kimlik ve kişiliği arasında dinamik bir etkileşim vardır. Kendi beden algısı hakkında olumlu düşünen birey, olumlu bir davranış ortaya koyacaktır.

Orta yaşlılarda (45- 65 yaş) birey fizyolojik, psikolojik ve fiziksel değişimler içerisindedir. Bedendeki değişiklikler erkekte ve kadında farklılık arzeder. Kadınlarda şişmanlık, erkeklerde saç dökülmesi, fiziksel güçlerinde her iki cinsten de düşüş, beden algısında değişiklikler meydana getirir. Orta yaşlı bireyler, gençlik imajının kaybolduğunu düşünürler ve bedenlerinin daha sağlıklı ve güçlü olamayacağı düşüncesi içerisine girerler. Gençliğe karşı duydukları özentiye yaşam biçimi ve kıyafetlerine yansıtırlar. Kişi görünüşünü ben imajı ve olgunluğu temeline dayandırır.

Yaşlılık dönemi ben kavramında belirgin bir değişikliğin görüldüğü dönemdir. Yaşlı bireyde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal değişiklikler meydana gelir. Liderlik rolü uğraşlarının azalması, emeklilik, eşin ya da yakın bir akrabasının kaybedilmesi, ben kavramını etkileyen önemli olaylardır. Beden algısındaki fiziksel değişimler takma diş, gözlük, işitme cihazı, baston, tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanımına ilişkindir. Yürümede ve hareketlerde yavaşlık, cilt ve saçlarda görülen değişiklikler duygusal ve motor aktivitelerde azalma ve güç kaybını içerir. Yaşlı bireyin duygusal ortam içinde desteklenmesi, cesaretlendirilmesi, ilgi ve ilişkilerinin olumlu yöne yönlendirilmesinde kendisine yapılacak yardım, gerçek beden algısını algılamasını sağlar.

Normal bir beden algısı ve ben kavramı öğrenme, olgunluk, kişinin kendisinin ve diğer kişilerin algısı sonucu meydana gelir. Bunlar bireyin hayatı boyunca birbiriyle ilgili olarak ben kavramını etkilerler. Bireyin yaşı ne olursa olsun, beden algısı normal büyüme ve gelişme dönemleri dışında kalan birçok sebeplerle (hastalık, yaralanma, ameliyat, doğum olayı gibi) de değişebilir (71).

2.2.4. Beden algısının komponentleri

Beden algısının gelişmesinde, bedenle ilgili eski ve yeni tüm tutum, duygu, algı ve yorumlar önemli rol üstlenir. Sosyokültürel değerler ve diğer insanların bakış açıları beden algısını etkiler. Beden algısı denge ve dengesizlik gibi bazı bileşenlerden oluşur. Bunlar arasındaki denge; sağlıklı beden algısının oluşmasına, dengesizlik ise; beden algısında değişime sebep olur (75).

Gerçek beden: Anatomik ve fonksiyonel olarak bedeninin mevcut durumudur (76). Objektif olarak ölçülebilir ve görülebilir olup, bedenimizi nesnel olarak tanımlar. Genlerimizle yaratılıp, çevresel faktörlerle şekillenir ve değişir (77).

Beden ideali: Bedenin bütününe veya bir bölümünün, olması istenen, ulaşılmaya çalışılan biçimi olarak ifade edilebilir. Beden ideali, kişinin bilinçli ya da bilinçsiz olarak beden gerçekliğini ve beden sunumunu, çocukluğundan bugüne kadar içselleştirdiği ve benimsediği standartlarla kıyaslamasını içerir. Eğitim, yetişme şekli, kültür, moda ve sosyal davranış değişiklikleri beden idealini etkiler ve değiştirir (77).

Beden sunumu: Kişilerin görünümünün daha iyi olabilmesi için yaptıkları kişisel davranışlardır (78). Beden sunumu, sadece giyinmek ve süslenmek olmayıp, duygu, niyet ve iradeyi yansıtan vücut duruşunu ve vücut hareketlerini de kapsar (75). Beden idealinde olduğu gibi beden sunumunda da medyanın büyük etkisi vardır (78). Kişilerarası iletişim ve bilgi aktarımı da beden algısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Literatürde fiziksel görünüm ve formda kalmak gibi konularda, arkadaş çevrelerinin benzer görüşleri paylaştığı ve benzer uygulamalarda bulunduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (76, 77).

Beden algısı için önemli olan bir unsur da, algılanan bedendir. Birey, bedenini gerçekte olduğundan daha farklı algılıyorsa, ideal beden, gerçek beden ve beden sunumunun ilişkisi de değişir. Çocukların gerçek bedenleri ve algıladıkları bedenleri arasında uyumsuzluk olduğu Welch ve arkadaşlarının 8-11 yaş arası 524 çocukta yaptıkları çalışmada ortaya konmuştur (79). Eaton ve arkadaşları 13.601 yükseköğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %65'inin normal kiloda oldukları halde sadece % 54'ünün kendisini normal kiloda algıladığını saptamıştır(80).

2.2.5. Beden algısının kadın ve erkek arasındaki farkı

Batı kültürü, fiziksel güzelliğe aşırı değer vermektedir. Thompson “her ırkın, kültürün ve sosyoekonomik seviyenin kendi standartları olduğunu ve beden algısının tanımlanmasında büyük etkileri olduğunu” saptamıştır (123). Farklı etnik grupların zayıflık anlayışı da değişiklik göstermektedir. Zenci kadınlar beyaz kadınlara göre daha fazla dış görünüm için para harcarken; genel olarak kadınlar da erkeklerden daha fazla dış görünüme para harcamaktadır (81). Kadınlar, yaştan bağımsız olarak, erkeklerden daha fazla beden algısı ile meşguldürler. Beden algısına olan ilgi birçok kadın için çok erken yaşlarda başlamakta ve tüm hayat boyu devam etmektedir. Kilolu çocuk etiketlenmesi 3 yaş civarında başlamakta; 6-8 yaş arasındaki kızların hemen hemen yarısı zayıf olmayı istemektedir. Kızlar puberteye girince beden algısına ilgi belirgin şekilde artmaktadır. Adolesan dönemin ortalarında kızlar için kilo hoşnutsuzluğunu belirtme, gelecekte kilo alma endişesi ve kilo verme gayreti normal hale gelmektedir.

Batılı sanayileşmiş toplumlarda ideal kadın güzelliği giderek daha zayıf olma yönündedir. Küreselleşmeye bağlı olarak batılı olmayan ülkelerde de batının güzellik anlayışı kabul görmektedir. Kadınlar için zayıf olmak, çağdaş güzellik anlayışının temel unsurudur. Erkek bedeni estetik açıdan çok, işlevselliği açısından değerlendirilirken; toplumda kadın vücudu erkek vücuduna kıyasla daha fazla nesnelleştirilip değerlendirilmektedir. Erken yaşlarda kadınlar toplumsal beklentileri içselleştirip kendi kendini kontrol etme ve kültürel güzellik normlarını karşılamaya uygun tutumlar geliştirmektedir. Medya bu toplumsal standartların gelişmesinde en önemli role sahiptir. Öte yandan erkeklerde de mürşularite, gerek çocuk oyuncakları gerekse medya tarafından giderek daha ön plana çıkarılmaktadır. Bu sebeplerden dolayı erkeklerde de beden algı sorunlarının gelecekte problem olarak karşımıza geleceği öngörülmektedir (82)

2.3. Vücut Kitle İndeksi

Vücut kitle indeksi (VKİ) hem çocuklarda hem de yetişkinlerde beslenme durumunu ortaya koymada kullanılan son derece objektif bir ölçüttür. Ayrıca VKİ çok kolay hesaplanabilen (ağırlık [kg]/boy²[m]) ve klinik değerlendirmede deri altı ve

toplam vücut yağının iyi bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir (83-85). Irklar ve cinsiyetler arasında hafif farklılıklar gösterse de her ırkta yaşa göre artış benzerdir (86, 87).

Tablo 1. Vücut Kitle İndeksi Kategorileri (VKİ = kg/m²)

<18.5	DÜŞÜK KİLOLU (ZAYIF)
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Evre 1 obezite (fazla kilolu)
30-39.9	Evre 2 obezite
>40	Evre 3 obezite

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Dizaynı

Bu çalışmaya 06.12.2013 ile 30.05.2014 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesi Diyet Polikliniği ile Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran, yapılan boy ve kilo ölçümleri neticesinde VKİ'ne göre zayıf olarak saptanan, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 80 hasta dahil edildi. Kontrol grubu ise; aynı tarihler arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine herhangi bir şikayetle gelen, yapılan boy ve kilo ölçümleri sonrasında VKİ'ne göre normal aralıkta tespit edilen, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 81 kişiden oluşturuldu. Kişilerin kronik ve psikiyatrik rahatsızlıklarının olup olmadığı çalışma öncesi sorgulanarak belirlendi. Kronik ve psikiyatrik hastalığı olmadığını belirtenlerden anket formlarını doldurmaları istendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların kayıt sistemindeki daha önceki anamnezleri hastalık geçmişleri açısından incelendi. Çalışmaya dahil ettiğimiz 16 hastanın, geriye dönük anamnez formları kayıt sisteminden incelendi ve kronik hastalıkları tespit edilmesi üzerine bu 16 hasta çalışmadan çıkarıldı.

Çalışmamıza katılan bütün hastaların boy ölçer cihazı ve kilo ölçer cihazı ile boy ve kiloları ölçüldü. Boy ölçümüne başlamadan önce, ayaklarının çıplak, varsa sonucu etkileyebilecek saç tokasının çıkarılmış, saç örgüsü veya topuzun çözülmüş olmasına dikkat edildi. Kilo ölçümü işleminde ise 0.1 kg' a duyarlı tartı aleti kullanıldı. Sonuçlar “ kg ” olarak kaydedildi.

Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışması olarak planlandı. Katılımcıların çalışma konusunda bilgilendirilmeleri sonrasında onamları alındı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma için izin alındı.

3.2. Verilerin Elde Edilmesi

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin ilk bölümünde hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik gelir, meslek, boy ve kilo gibi sosyodemografik verileri bulunmaktadır. İkinci

bölümde ise Liebowitz Sosyal Kaygı Belirtileri Ölçeği yer almaktadır. Çalışmada kullanılan anket ve ölçek formları EK'ler bölümünde mevcuttur.

3.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)

Liebowitz (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği Heimberg, Horner, Juster, Safren ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçekte toplam 24 madde bulunmaktadır. LSKÖ, sosyal fobisi olan bireylerin korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdiği sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Yirmi dört maddeden oluşan ölçek, 11'i sosyal ilişki ve 13'ü performans olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte kişinin son bir hafta içinde yaşadığı korku ve kaçınmanın şiddeti, 0-3 likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde sorgulanır. Her bir alt-ölçekten alınabilecek puanlar 0 ve 72 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında olmaktadır. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Önerilen kesim puanı her bir alt ölçek için 25 ve toplam puan için 50'dir. Ölçeğin tümüne ait toplam puan alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Korku alt ölçeğinin puanlanmasında 0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli, kaçınma alt ölçeğinin puanlanmasında ise 0=asla (%0), 1=ara sıra (%1-33), 2=sıklıkla (%33-66), 3=hemen her zaman (%67-100) puanları kullanılmaktadır (88). Bu ölçeğin, SF'nin alt tiplerini belirleyebildiği bulunmuştur (89).

Sonuç olarak LSKÖ'nin bu alanda kullanışlı bir ölçek olduğu düşünülmektedir (116). Ülkemizde Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124). LSKÖ, özellikle sosyal fobi ile bağlantılı belirtileri ölçen maddelerden oluşmaktadır. Bu bulgular ölçeğin ayırt edici geçerliğini desteklemektedir. Orijinal olarak klinisyen tarafından uygulanan ölçek kendini bildirim ölçeği olarak da kullanıldığında oldukça güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edilmiştir (90).

3.4. İstatistiksel Analiz

Veri analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde ortalama, frekans ve standart sapma değeri belirlendi. İkili gruplar arasında karşılaştırmada Ki-kare ve student T testi uygulandı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi

4. BULGULAR

VKİ'ne göre zayıf olarak tanımlanan hasta grubunun 42'si kadın, 38'i erkekti. VKİ normal aralıkta olanlardan oluşan kontrol grubunun ise 41'ini kadınlar 40'ını erkekler oluşturuyordu. Hasta ve kontrol grupları cinsiyet dağılımları açısından benzerdi. Zayıf bireylerin yaş ortalaması 21.7 ± 3.5 iken, normal VKİ'ne sahip kontrol grubunun yaş ortalaması 22.2 ± 3.2 'dü. Her iki grup yaş ortalaması açısından da benzerdi. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları

DEMOGRAFİK VERİLER	HASTA* GRUBU	KONTROL** GRUBU	P*
Cinsiyet dağılımı			
Kadın [n (%)]	42 (50.6)	41 (49.4)	0.813
Erkek [n (%)]	38 (49.4)	40 (51.6)	
Yaş ortalaması (\pmSS)	21.7 \pm 3.5	22.2 \pm 3.2	0.381

*VKİ<18.5'İN ALTINDA OLANLAR

**VKİ: 18.5-24.9 ARASINDA OLANLAR

* P<0.05 İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLI KABUL EDİLMİŞTİR.

Sosyodemografik veriler açısından incelendiğinde; 80 katılımcıdan oluşan hasta grubunun 18'i yüksekokul, 36'sı lise, 19'u ortaokul, 6'sı ilkokul mezunuyken, 1 katılımcı ise okur yazar değildi. 81 katılımcıdan oluşan kontrol grubunun ise 40'ı yüksekokul, 19'u lise, 13'ü ortaokul ve 7'si ilkokul mezunu olduğunu belirtirken 2'si de okuryazar olmadığını söyledi. Yerleşim yerlerine göre incelendiğinde zayıfların 60'ı il merkezinde, 16'sı ilçede, 4' de köyde yaşıyordu. Normal kilodaki bireylerin ise 59'u il merkezinde, 10'u ilçede, 2'si kasabada ve 10'u köyde ikamet ediyordu. Medeni durumlarına göre bakıldığında ise hasta grubunun 24'ü evli, 54'ü bekar ve 2'si de boşanmıştı. Kontrol grubunun ise 33'ü evli, 47'si bekar ve 1'i de boşanmıştı. Mesleklerine göre bakıldığında zayıf bireylerin 9'u memur, 21'i işçi, 11'i ev hanımı, 35'i öğrenci olduğunu ifade ederken 4'ü de serbest meslekle uğraştığını belirtti. Kontrol grubunun ise 18'i memur, 20'si işçi, 9'u ev hanımı, 25'i öğrenciyken 9'u

‘‘serbest’’ olarak mesleğini tanımladı. Sosyodemografik verilerle (medeni durum, yerleşim yeri, eğitim seviyesi, meslek) kişilerdeki mevcut sosyal kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Katılımcıların bütün sosyodemografik verileri ve ‘‘-p’’ değerleri hasta ve kontrol grubu başlığı altında Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Grupların sosyodemografik verileri (n=161)

GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ	HASTA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
Medeni durum					
Evli	24	30.0	33	40.7	0.12
Bekar	54	67.5	47	58	
Boşanmış	2	2.5	1	1.3	
Toplam	80	100	81	100	
İkametgâh					
İl Merkezi	60	75	59	72.8	0.78
İlçe	16	20	10	12.3	
Kasaba	0	0	2	2.6	
Köy	4	5	10	12.3	
Toplam	80	100	81	100	
Eğitim seviyesi					
Yüksekokul	18	22.5	40	49.4	0.09
Lise	36	45.0	19	23.5	
Ortaokul	19	23.8	13	16.0	
İlkokul	6	7.5	7	8.6	
Okur-yazar değil	1	1.2	2	2.5	
Toplam	80	100	81	100	
Meslek					
Memur	9	11.3	18	22.2	0.08
İşçi	21	26.3	20	24.7	
Serbest	4	5.0	9	11.1	
Ev hanımı	11	13.8	9	11.1	
Öğrenci	35	44.6	25	30.9	
Toplam	80	100	81	100	

* P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tüm katılımcıların boy ortalaması 166.8±9.4 cm (min.=133.0, maks.=190.0), kilo ortalaması ise 55.2±11.0 kg’dı (min.=34.0, maks.=83.0). VKİ açısından tüm olguların ortalaması 19.2±2.7 (min.=14.0, maks.=24.0) olarak bulundu. Hasta grubun boy ortalaması 165.0±9.7 cm, kontrol grubunun boy ortalaması 168.6±8.8 cm’di. Her iki grubun kilo ortalamalarına bakıldığında zayıfların kilo ortalaması 47.1±5.7 kg iken kontrol grubunun kilo ortalaması 63.2±8.8 kg’dı. VKİ açısından her iki grup

incelendiğinde hasta grubunun ortalaması 17 ± 1.0 , kontrol grubunun ise 21.6 ± 1.6 olarak tespit edildi. Hasta ve kontrol grubunun boy, kilo ve VKİ ortalama değerleri Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Grupların boy, kilo ve VKİ ortalama değerleri

GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ	HASTA GRUBU (Ort.±SS)	KONTROL GRUBU (Ort.±SS)
Boy	165.0±9.7	168.6±8.8
Kilo	47.1±5.7	63.2±8.8
VKİ	17±1.0	21.6±1.6

Hasta grubunu oluşturan zayıfların 18’i düzenli sigara içtiğini, 59’u hayatında hiç sigara içmediğini, 3’ü de bıraktığını belirtti. Kontrol grubunu oluşturanların ise 8’i düzenli sigara içtiğini, 69’u hayatında hiç sigara içmediğini, 4’ü de bıraktığını ifade etti. Alkol kullanımı açısından; zayıfların 4’ü alkol kullandığını, 74’ü hiç alkol kullanmadığını, 2’si de bıraktığını söyledi. VKİ normal aralıkta olanların ise 1’i alkol kullandığını belirtirken 80’i hiç alkol kullanmadığını ifade etti. Yemek seçer misiniz sorusuna hastaların 18’i ‘‘hiç yemek seçmem’’, 41’i ‘‘bazen yemek seçerim’’, 21’i ise ‘‘çok yemek seçerim’’ şeklinde cevapladı. Kontrol grubunun ise 29’u ‘hiç yemek seçmem’’, 39’u ‘‘bazen yemek seçerim’’, 13’ü de ‘‘çok yemek seçerim’’ şeklinde yanıtladı. Katılımcıların alkol tüketimleri ($p=0.981$), sigara içme durumları ($p=0.761$), yeme alışkanlıkları ($p=0.084$) ve et tüketim sıklıkları ($p=0.222$) ile mevcut sosyal kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Hasta ve kontrol gruplarının alışkanlıkları, yeme seçme durumları ve et tüketim sıklıkları Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların alışkanlıkları, yeme seçme durumları ve et tüketim sıklıkları

DEĞİŞKENLER	HASTA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
Sigara					
Evet	18	22.5	8	9.9	0.76
Hayır	59	73.8	69	85.2	
Bıraktım	3	3.8	4	4.9	
Alkol					
Evet	4	5.0	1	1.2	0.98
Hayır	74	92.5	80	98.8	
Bıraktım	2	2.5	0	0	
Yemek seçimi					
Hiç yemek seçmem	18	22.5	29	35.8	0.08
Bazen yemek seçerim	41	51.3	39	48.1	
Çok yemek seçerim	21	26.3	13	16.0	
Et tüketim sıklığı					
Her gün	3	3.8	8	9.9	0.22
Haftada 2-3 defa	42	52.5	35	43.2	
Haftada 4-5 defa	2	2.5	11	13.6	
Ayda 1 defa	10	12.5	15	18.5	
Ayda 2-4 defa	19	23.8	8	9.9	
Yılda 1-3 defa	2	2.5	4	4.9	
Hiç yemem (vejeryan)	2	2.5	0	0	

* P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Tüm katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan (korku puanı+kaçınma puanı) ortalaması 55.1±19.3 (min.=1.0, maks.=104.0) olarak bulundu. Hasta grubunun toplam puan ortalaması 55.26±18.02 iken kontrol grubunun toplam puan ortalaması 54.9±20.7'di. Her iki grup arasında toplam puanlar açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi (p=0.925).

Tüm katılımcıların aldıkları toplam korku puan ortalaması 27.7±11.8 (min.=1, maks.=57.0) olarak saptandı. Zayıf bireylerin korku puan ortalamaları 27.0±11.0 iken, VKİ normal aralıkta olan kontrol grubunun korku puan ortalaması 28.4±12.6 olarak belirlendi. Her iki grup arasında ortalama korku puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi (p=0.430).

Tüm katılımcıların aldıkları toplam kaçınma puan ortalaması 27.3±11.8 olarak tespit edildi. Hasta grubun toplam kaçınma puan ortalaması 28.2±11.9 iken kontrol grubunun toplam kaçınma puan ortalaması 26.4±11.7 olarak saptandı. Her iki grup

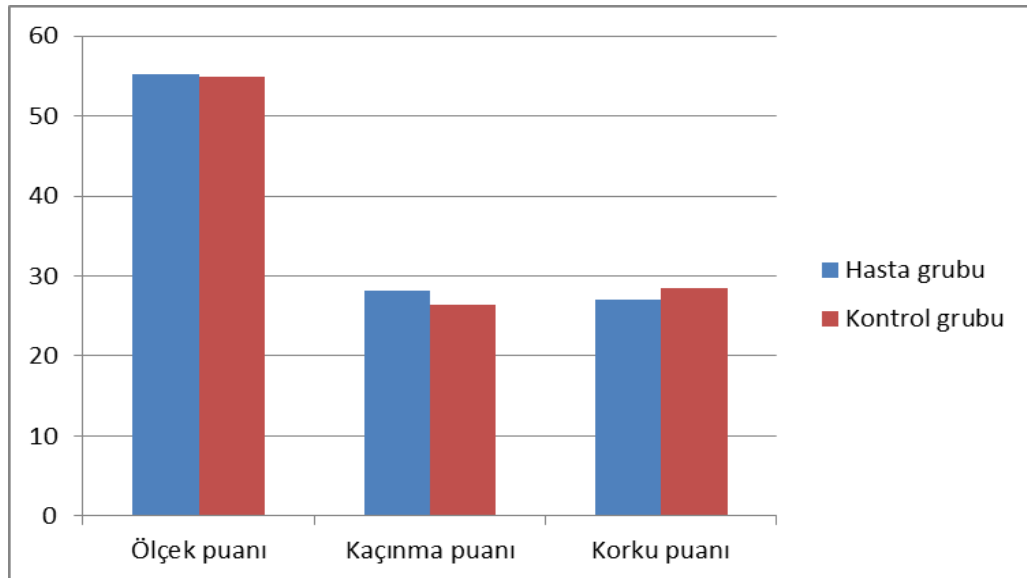
arasında ortalama kaçınma puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.345$). Hasta ve kontrol gruplarının kaçınma ve korku puan ortalamaları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. LSKÖ'den alınan toplam ölçek puanı, korku puanı ve kaçınma puanlarının gruplar arasındaki karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	TÜM KATILIMCI <u>ORTALAMA±SD</u>	HASTA GRUBU <u>ORTALAMA±SD</u>	KONTROL GRUBU <u>ORTALAMA±SD</u>	P*
Ölçek puanı	55.1±19.3	55.2±18.0	54.9±20.7	0.925
Kaçınma puanı	27.3±11.8	28.2±11.9	26.4±11.7	0.345
Korku puanı	27.7±11.8	27.0±11.0	28.4±12.6	0.430

* $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Grafik 1. LSKÖ'den alınan toplam ölçek puanı, korku puanı ve kaçınma puanlarının gruplar arasındaki karşılaştırılması



Hasta ve kontrol grupları kesme puanları açısından kendi içlerinde değerlendirildiğinde; zayıflardan oluşan hasta grubundan 52 (%46.8) olgunun toplam ölçek puan ortalamasının ölçeğin toplam kesme puanının üzerinde olduğu, 28 (%53.2) olgunun da kesme puanının altında kaldığı görüldü. VKİ normal aralıkta olanlardan oluşturulan kontrol grubunda ise 59 (%53.2) katılımcının toplam ölçek puan ortalamasının ölçeğin toplam kesme puanının üzerinde olduğu, 22 (%46.8) katılımcının ise kesme puanının altında kaldığı belirlendi. Her iki grup arasında toplam ölçek kesme puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.310$)

Korku puanları açısından hasta grubunu oluşturan katılımcıların 42'sinin (%44.7) toplam puan ortalaması kesme puanının üzerinde tespit edilirken, 38 (%55.3) katılımcının toplam puan ortalaması kesme puanının altında çıktı. Kontrol grubunda ise 52 (%55.3) olgunun toplam korku puan ortalaması kesme puanının üzerinde çıkarken, 29'unu (%44.7) toplam korku puan ortalaması kesme puanının altındaydı. Her iki grup arasındaki korku-kesme puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.152$)

Kaçınma puanı açısından hasta grubunu oluşturan katılımcıların 62'sinin (%52.1) ortalama kaçınma puan ortalamaları kesme puanının üzerinde çıkarken, 18'inin (%47.9) ortalama kaçınma puan ortalamaları kesme puanının altında çıktı. Kontrol grubunda ise 57 (%47.9) katılımcının ortalama kaçınma puan ortalamaları kesme puanının üstünde saptanırken, 24 (%52.1) katılımcının ortalama kaçınma puan ortalamaları kesme puanının altında belirlendi. Her iki grup arasında kaçınma-kesme puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.370$). Kesme puanlarına göre her iki grubun bütün değerleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Kesme puanlarına göre katılımcıların dağılımı

ÖLÇEK PUANI KESME DEĞERLERİ	HASTA GRUBU	KONTROL GRUBU
	n (%)	n (%)
Toplam ölçek puanı kesme değerleri		
<48	28 (%53.2)	22 (%46.8)
48 ve üstü	52 (%46.8)	59 (%53.2)
Toplam	80 (%100)	81 (%100)
Kaçınma puanı kesme değerleri		
<20	18 (%47.9)	24 (%52.1)
20 ve üstü	62 (%52.1)	57 (%47.9)
Toplam	80 (%100)	81 (%100)
Korku puanı kesme değerleri		
<26	38 (%55.3)	29 (%44.7)
26 ve üstü	42 (%44.7)	52 (%55.3)
Toplam	80 (%100)	81 (%100)

Tüm katılımcılar ölçekten aldıkları puanlar açısından cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde, kadınların korku puan ortalamaları 27.1 ± 10.7 iken erkeklerin korku puan ortalamaları 28.3 ± 12.9 olarak saptandı. Kadın ve erkek cinsiyetler arasında korku puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.517$).

Kaçınma puanlarına bakıldığında kadınların toplam kaçınma puan ortalaması 30.5 ± 11.0 iken erkeklerin toplam kaçınma puan ortalaması 24.0 ± 11.7 'di. Kadın ve erkek cinsiyetler arasında toplam kaçınma puanları açısından anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0.001$)

Ölçekten alınan toplam puanda kadınların toplam ölçek puan ortalaması 57.6 ± 16.7 bulunurken erkeklerin toplam ölçek puan ortalaması 52.3 ± 21.5 olarak saptandı. Toplam ölçek puanı açısından kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.082$).

Hasta ve kontrol gruplarını kendi içinde cinsiyetleri açısından değerlendirdiğimizde; hasta grubundaki kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 56.01 ± 6.8 iken erkeklerin toplam puan ortalaması 54.4 ± 7.3 'dü. Hasta grubunda kadınlarla erkeler arasında toplam ölçek puanı açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0.291$). Kontrol grubunu oluşturan kadınların toplam puan ortalaması 55.7 ± 9.1 çıkarken erkeklerinki 54.1 ± 11.2 olarak bulundu. Kontrol grubunu oluşturan kadın ve erkek cinsiyetler arasında da anlamlı bir fark çıkmadı ($p=0.276$)

Kaçınma puan ortalamalarına baktığımızda hasta grubunu oluşturan kadınların kaçınma puan ortalamaları 30.6 ± 11.8 , erkelerin 25.6 ± 11.5 'di. Hasta grubunu oluşturan kadınların kaçınma puan ortalaması erkelerin kaçınma puan ortalamasından anlamlı şekilde yüksekti ($p=0.017$). Kontrol grubunda ise kadınların kaçınma puan ortalamaları 30.8 ± 10.1 iken erkeklerin puanı 22.3 ± 11.7 çıktı. Kontrol grubunda da kaçınma puanları kadınlarda erkeklere oranla anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p=0.006$).

Korku puan ortalaması ise hasta grubunu oluşturan kadınlarda 25.2 ± 10.6 iken erkeklerde 29.2 ± 11.1 'di. Korku puan ortalaması bakımından kadın ve erkek cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0.133$). Kontrol grubunda ise kadınların korku puan ortalamaları 29.8 ± 10.1 iken erkeklerde 27.3 ± 14.4 olarak bulundu. Kontrol grubunu oluşturan kadın ve erkekler arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmadı ($p=0.288$). Ayrıca hasta grubunu oluşturan kadınlarla kontrol grubunu oluşturan kadınlar arasında toplam ölçek ($p=0.121$), kaçınma ($p=0.247$) ve korku puan ortalamaları ($p=0.191$) arasında fark çıkmadığı gibi benzer şekilde hasta grubunu oluşturan erkeklerle kontrol grubunu oluşturan erkekler arasında da toplam ölçek ($p=0.221$), kaçınma ($p=0.385$) ve korku puan ortalamaları ($p=0.347$) arasında anlamlı bir fark yoktu. Cinsiyetler açısından korku, kaçınma ve toplam ölçek puan ortalamaları Tablo 8'de belirtilmiştir.

Tablo 8. Cinsiyetlere göre grupların ölçekten aldıkları puan ortalamaları

DEĞİŞKENLER	KORKU PUANI ORTALAMA±SD	KAÇINMA PUANI ORTALAMA±SD	TOPLAM PUANI ORTALAMA±SD
HASTA GRUBU			
Kadın	25.2±10.6	30.6±11.8	56.01±6.8
Erkek	29.2±11.1	25.6±11.5	54.4±7.3
KONTROL GRUBU			
Kadın	29.8±10.1	30.8±10.1	55.7±9.1
Erkek	27.3±14.4	22.3±11.7	54.1±11.2

5. TARTIŞMA

SF, başlıca özelliği utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan, belirgin ve sürekli bir korku duyma durumudur. Yeme, içme, konuşma, başkalarının önünde yazı yazma, otorite olarak görülen insanlarla karşılaşma, bir şey yaparken izlenme bunu tetikleyen en yaygın durumlardır. Kişi bu durumlarla başa çıkmak için kaçınmak ister (11).

Geçtiğimiz yıllarda, araştırmaların ilgisi kaygı bozukluklarında cinsiyet farklılıkları üzerine artmıştır (91). Demografik özellikler, eş tanı, semptomların görünüşü ve şiddetindeki cinsiyet farklılıklarının hedef davranışların seçiminde, terapötik müdahalenin seyrinde ve sonuçlarında bir farklılık yaratabileceği düşünülmektedir (92). Bu nedenle, bir bozukluğun cinsiyetler arası fark gösterip göstermediğini belirlemek önemli gözükmektedir.

Yapılan birçok toplum çalışmasında kadınların erkeklerden daha sık SF belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir (93, 94). Ancak klinikte yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde (35 SF tedavi çalışması, 1,514 katılımcı, katılımcıların % 48'i erkek) kadın erkek sayısının eşit olduğunu gösteren araştırma bulguları olduğu gibi (95) erkeklerin kadınlardan daha fazla SF tanısı aldığını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (96-98). İzgiç ve ark. yaptığı araştırmaya göre, sosyal kaygı kadınlarda daha yüksek görülmekle birlikte erkeklerle aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (99). Dilbazın yaptığı araştırmada da sosyal kaygı kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte yapılan klinik çalışmalarda erkek oranının daha yüksek olması, kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken bu konuda tedavi arayanların erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır (100). Biz de yaptığımız çalışmada literatürle uyumlu olarak kadınlarda erkeklerden daha sık sosyal fobi -kaçınma davranışı şeklindeki alt kategorisini- görüldüğünü saptadık. Toplumumuzda kız çocuklarına genellikle olumsuz yüklemeler (kızlar çok konuşmaz, çok fazla dışarı çıkmaz gibi), baskılar ve fazla sorumluluk verilmemesi sonucu kız çocukları daha pasif ve çekingen olarak yetişmektedir. Kadınlarda görülen yüksek sosyal kaygı düzeyi, çocukluktan beri gelen çekingenlikten kaynaklanıyor olabilir.

Yapılmış olan çalışmalarda epidemiyolojik veriler bekar ve dullarda sosyal fobinin daha fazla görüldüğü şeklindedir (103-105). Özellikle bekar, boşanmış ve yalnız yaşıyor olmanın sosyal kaygı açısından daha riskli özellikler olduğu bildirilmektedir (39). Daha çok bekarlarda bulunmasının sebebi, toplumsal ilişkilerde özellikle karşı cinsle konuşmada duyulan rahatsızlıktan kaynaklandığı şeklinde açıklanmaktadır(40). Bizim yaptığımız çalışmada ise medeni durumla sosyal fobi, sosyal fobik kaçınma ve korku alt puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Eğitim düzeyi ve sosyal kaygı bozukluğu konusunda yapılan bir çok çalışmada çelişkili sonuçlar vardır. Eğitim düzeyi yüksek kişilerde sosyal kaygı bozukluğunun daha sık görüldüğünü bildiren yayınlar çoğunlukta olmakla birlikte düşük eğitim seviyesinde görüldüğünü bildiren yayınlara da rastlanmaktadır (106, 107). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyiyle sosyal kaygı bozukluğu arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Keskin ve Orgun'un çalışmasında en uzun süre ilçe ve köylerde yaşamış olan katılımcıların büyük şehir ve şehirde yaşamış olanlardan LSFÖ'nin toplamından, fobik korku ve fobik kaçınma altölçeğinden daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (108). Bu durum düşük sosyoekonomik durumdan kaynaklanmış olabileceği gibi bu kişilerin üniversite yaşamlarına uyumda güçlük yaşamaları, şehir yaşamına geçerken sorunlarla karşılaşmalarından da kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamızda ise yaşanılan yere göre sosyal fobi yaygınlığı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Literatürde SF'si olan bireylerin sigara bağımlılığına daha yatkın olduğu belirtilmiştir (125). Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ise SF'si olan bireylerin kaygı düzeylerini azaltmak için sigaraya başvurdukları belirtilmiştir (126). Bizim yaptığımız araştırmamızda ise sigara kullanımı ile SF arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Alkol kullanımıyla sosyal kaygı ilişkisi açısından literatüre baktığımızda, Nijerya'da yapılan bir çalışmada sosyal fobisi olanların %10.3'ünün, sosyal fobisi olmayanların %7.5'inini halen alkol kullanmakta olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmadığı tespit edilmiştir. (109). Crum ve Pratt, 18 yaş üzerindeki 1920 yetişkinde yaptıkları bir izlem çalışmasında eşik altı seviyedeki

sosyal fobinin alkolle ilişkili problemler için risk faktörü oluşturduğunu ancak sosyal fobili kişilerde böyle bir riskin olmadığını saptamışlardır. Tanı kriterlerini karşılayan sosyal fobiklerin sıklıkla korkulu durumlardan kaçındıkları, böylece baş etme aracı olarak alkol kullanmadıkları ve alkolle ilişkili problemler yaşamadıkları belirtilmiştir (110). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sigara ve alkol kullanımıyla sosyal fobi arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Birçok endüstrileşmiş batı ülkesinde nüfusun % 40-60 kadarının, VKİ değeri 25'den büyük, obez veya fazla kilolu olduğu bilinmektedir (111-115). VKİ ve psikiyatrik sorunlar açısından literatüre bakıldığında çalışmaların tamamına yakınının obezler üzerinde yapıldığı görülecektir. Örnek olarak Roberts ve arkadaşları bazal obezite seviyesinin ileri dönemdeki depresyon için prediktör olduğunu bildirmişlerdir (127). Obezite ile psikiyatrik durumlar arasındaki ilişkiyi inceleyen yapılmış az sayıda çalışma mevcuttur. VKİ zayıf olarak belirlenen kişiler üzerinde ise psikiyatrik açıdan yapılmış herhangi bir çalışma mevcut değildir. Pine ve arkadaşlarının VKİ'yle ilgili yaptıkları çalışmada 700 adolesan 1977, 1982 ve 1992 yıllarında değerlendirmişler ve bazal depresyon yüksekliğinin obeziteyle pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (128). Biz ise farklı olarak VKİ zayıf olarak tanımlanan kişilerde sosyal kaygı sıklığını araştırdık. Araştırmamızda zayıflarla VKİ normal aralıkta olan bireyler arasında Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinden alınan toplam puanlar açısından anlamlı bir fark tespit etmedik ($p=0.925$). Benzer şekilde her iki grubun kaçınma ($p=0.430$) ve korku puan ortalamaları ($p=0.345$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık.

Hasta ve kontrol gruplarını kendi içinde cinsiyetleri açısından değerlendirdiğimizde; hasta grubunda kadınlarla erkekler arasında toplam ölçek puanı açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0.29$). Kontrol grubunu oluşturan kadın ve erkek cinsiyetler arasında da anlamlı bir fark çıkmadı ($p=0.27$). Kaçınma puan ortalamalarına baktığımızda ise hasta grubunu oluşturan kadınların kaçınma puan ortalaması erkeklerin kaçınma puan ortalamasından literatürle uyumlu olarak anlamlı şekilde yüksekti ($p=0.017$). Kontrol grubunda da kaçınma puanları kadınlarda erkeklere oranla anlamlı şekilde yüksek çıktı ($p=0.006$). Korku puan ortalaması bakımından hasta grubunu oluşturan kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0.133$). Kontrol grubunu oluşturan kadın ve erkekler arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir

fark mevcut değildi ($p=0.288$). Hasta grubunu oluşturan kadınlarla kontrol grubunu oluşturan kadınlar arasında toplam ölçek, kaçınma ve korku puan ortalamaları arasında fark çıkmadığı gibi aynı şekilde hasta grubunu oluşturan erkeklerle kontrol grubunu oluşturan erkekler arasında da toplam ölçek, kaçınma ve korku puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç olarak VKİ zayıf olarak saptanan bireylerdeki sosyal kaygı sıklığı ile VKİ normal aralıkta olan bireylerdeki sosyal kaygı sıklığının benzer oranlarda olduğunu belirledik. Eren ve ark. yaptıkları çalışmada VKİ obez olarak tanımlanan bireylerde yüksek sosyal kaygı düzeyine rastlamış olsalar da, biz VKİ zayıf olarak tanımlanan bireylerde sosyal kaygı düzeylerini kontrol grubuyla benzer bulduk. Çalışmamızda zayıflığın kişide sosyal kaygı açasından olumsuz etkiye yol açmadığı saptandı ancak daha büyük populusyonda çalışma yapmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Bir bireyin topluluk içinde konuşamaması, çekingen olması ya da daha çok geri planda durması gibi özelliklere sahip olan sosyal kaygı toplumumuzda yeteri kadar önemsenmemektedir. Bu özelliklere sahip olan bireyler toplumda daha çok sakin ya da ağır başlı bireyler olarak ifade edilmekte ve bu konu tedavi gerektiren bir durum olarak görülmemektedir. Fakat bu gibi sayılan özellikler kişinin ciddi oranda sosyal kaygı taşıdığı anlamına da gelebilir.

Zayıflığın meydana getirdiği olumsuz beden algısı, biyopsikososyal açıdan değerlendirilmeli ve çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Zayıflığın oluşumuna katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin araştırılması aile hekimliği disiplinindeki koruyuculuk ilkesinin bir gereği olarak görülmelidir. Bunların yanı sıra, kilo alamama şikayetiyle polikliniğimize gelen zayıf hastalarımıza yaşam tarzı değişikliklerini önermek birinci basamak hekimi olarak kaçırmamamız gereken bir fırsattır. Hastalarımızın VKİ'lerini normal aralıkta tutabilmeleri için yapacağımız her gayret, biyopsikososyal açıdan sağlıklı bir toplum oluşabilmesi için son derece önemlidir. Bu konuda özellikle birinci basamakta görev yapan hekimlerin bilgi ve ilgi eksikliklerini giderecek gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Sungur MZ. Anksiyete bozuklukları, (Edt. Prof. Dr. Raşit Tükel), Çizgi Yayınları, Ankara 2000; 3:61-2.
2. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T ve Wittchen HU. Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15:453–62.
3. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:159-68.
4. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction of obese women: severity and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66:651-4.
5. Hamulu F. Obezite komplikasyonları. Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi. Mart Matbaacılık 1999; 6:41-57.
6. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2006; 3:20-1.
7. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması: *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2006; 3:1-2.
8. Işık E. Nevrozlar. s.58. Kent Matbaası, Ankara, 1996.
9. Sevinçok L. Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu arasındaki tanısal güçlükler. *Psikiyatri Dünyası*, 2000; 4:4-5.
10. Erkan Z. “Ergenlerin Sosyal Kaygı Düzeyleri, Ana-Baba tutumları ve ailede görülen risk faktörleri üzerine bir çalışma.” Yayınlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Adana 2002; 2:120-1.
11. Dilbaz N. Kadın doğum hastalıklarının psikiyatrik yönleri, *EGE Psikiyatri Sürekli Yayınları-Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi-1-İlkbahar* 1997; 2:17-8.
12. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2006; 3:4-8.
13. Geçtan E. *Modern life and abnormal behaviors*. Remzi Publishing İstanbul 1999; 62:272-3.
14. Erözkan A. Lise öğrencilerinin sosyal karşılaştırma ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi (The relationship between high school students' social comparison and depression levels). *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi* 2004; 13:228-9.

15. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006; 3:101-2.
16. www.doktorsitesi.com/makale/sosyal-fobi-4735
17. Markway B&Carmin, Pollard N. Utangaçlığı yenmek çekingen ve sıkılganlar için el kitabı. (Çeviri; Raziye Karabey), s.22. Mavi Psikoloji, İstanbul, 1998.
18. Gölpek F. Türkiye’de adalet ilkesi bakımından yükseköğretimde finansman politikası. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011; 11(1):149-76.
19. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006; 3:2-3.
20. Palancı M. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı problemlerini açıklama ve gidermeye yönelik gerçeklik terapisi oryantasyonlu bir yardım modelinin geliştirilmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2004:20.
21. Burkovik Yıldız. Duygusal Zeka. Memory Center, Nisan 2006:23. <http://www.mcatürk.com>. Erişim tarihi: 20.06.2014.
22. Palancı M. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı problemlerini açıklama ve gidermeye yönelik gerçeklik terapisi oryantasyonlu bir yardım modelinin geliştirilmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2004:28.
23. ARTIR F. Temur, <http://zencefillik.blogspot.com/2008/03/sosyal-fobisosyalleserek-alr.html>. Erişim tarihi: 13.05.2014.
24. Eren G. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve beden imgelerinden doyum düzeylerinin sosyal kaygı düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2000; 33:100-1.
25. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006; 3:4-6.
26. Erkan D, Leibowitz E, Berman J, Lockshin MD. Perioperative medical management of antiphospholipid syndrome: Hospital for Special Surgery experience, review of the literature and recommendations. J Rheumatol 2002; 29:7-8
27. Arıcıoğulları Z. Ortaöğretim öğrencilerinde sosyal fobi ve benlik saygısı arasındaki ilişki ve bunları etkileyen faktörler. Dicle Üniversitesi Tıpta uzmanlık tezi, Diyarbakır, 2001:5.

28. Özdemir N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi ile benlik saygısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004:13.
29. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(2-3-4):80-1.
30. Dilbaz N. Sosyal fobi. Hekimler Yayın Birliği 1997; 1:18-19.
31. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi 2002; 39(3-4):79-80.
32. Öztürk M, Sayar K, Uğurad I, Tüzün Ü. “Sosyal fobisi olan çocukların annelerinde sosyal fobi yaygınlığı”. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15:60-4.
33. Sübaşı G. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygıyı yordayıcı bazı değişkenler.[Some variables for social anxiety prediction in college students]. Eğitim ve Bilim [Education & Science] 2007; 32(144):5-6.
34. Gümüüş E. Sosyal kaygıyla başa çıkma grup programının üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı düzeylerine etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü doktora tezi, Ankara, 2002:31.
35. Dilbaz N. Sosyal fobi. Hekimler Yayın Birliği 1997; 1:19-20.
36. Özdemir N. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal fobi ile benlik saygısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004:12-13.
37. Sungur MZ. Anksiyete bozuklukları, (Edt. Prof. Dr. Raşit Tükel), Çizgi Yayınları, Ankara 2000; 3:59-61.
38. Akdemir A, Cinemre B. Sosyal fobi: epidemioloji, eşlik eden hastalıklar, klinik gidiş, prognoz. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4:11-2.
39. Dilbaz N. Sosyal fobi. Hekimler Yayın Birliği 1997; 1:17-20.
40. Güz H ve Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri 2003; 6:36-8.
41. Keskin G ve Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:264-6.
42. <http://www.bilted.com/contents/bilgibankasidetay/111>

43. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının cinsiyet rolleri ve aile ortamı bağlamında incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007:7.
44. Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Kaya N. Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği. Klinik Psikiyatri 2000; 3:172-3.
45. Erkan Z, Gürçay S, Çam, S. Ergenlerin sosyal kaygı düzeylerinin ana baba tutumları ve cinsiyet açısından incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2002; 10(10):24-5.
46. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(4):210-2.
47. Akyl Y. Perceived parental child rearing practices and social anxiety in Turkish adolescents. Boğaziçi University Master Thesis, İstanbul, 2000:5.
48. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının cinsiyet rolleri ve aile ortamı bağlamında incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007:6-9.
49. Sungur MZ. Anksiyete bozuklukları, (Edt. Prof. Dr. Raşit Tükel), Çizgi Yayınları, Ankara 2000; 3:65-7.
50. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006; 3:64-6.
51. Palancı M. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı problemlerini açıklama ve gidermeye yönelik gerçeklik terapisi oryantasyonlu bir yardım modelinin geliştirilmesi. KTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü doktora tezi, Trabzon, 2004.
52. Keskin Ü, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:263-5.
53. Türkçapar MH. Sosyal fobinin psikolojik kuramı. Klinik psikiyatri dergisi 1999; 2(4):252.
54. Keskin Ü, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:261-3.
55. Keskin Ü, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:259-64.

56. Erkan Z, Gürçay S. ve Çam S. Ergenlerin sosyal kaygı düzeylerinin ana baba tutumları ve cinsiyet açısından incelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2002; 10(10):16.
57. Dilbaz N. Sosyal fobi. Hekimler Yayın Birliği 1997; 1:20.
58. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının cinsiyet rolleri ve aile ortamı bağlamında incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007:20-3.
59. Türkçapar MH. Sosyal fobinin psikolojik kuramı. Klinik psikiyatri dergisi 1999; 2(4):251.
60. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının cinsiyet rolleri ve aile ortamı bağlamında incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007:43.
61. Keskin Ü, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:262-5.
62. Özdemir N. Üniversite Öğrencilerinde sosyal fobi ile benlik saygısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
63. Erkan Z, Gürçay S. ve Çam S. Ergenlerin sosyal kaygı düzeylerinin ana baba tutumları ve cinsiyet açısından incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2002; 10:8.
64. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2006:-s.198
65. Yüksel G. Üniversite öğrencilerinin utangaçlık düzeylerini etkileyen faktörler. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. GEF yayını 2002; 22(3):38.
66. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının cinsiyet rolleri ve aile ortamı bağlamında incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2007:10.
67. Durmuş E. Utangaç olan ve olmayan öğrencilerin algıları. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences 2007; 40(1):247.
68. Ümmet D. Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının cinsiyet rolleri ve aile ortamı bağlamında incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara

Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı,
2007:15-6.

69. Güz H, Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6:33.
70. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2006; 3:108-9.
71. Velioglu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler. *AÖF Yayınları* 1992; 226:61-6.
72. Schilder P. *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Pres 1950; 204:244-46.
73. Grogan S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction Men, Women And Children*. Routledge: Psychology Press 2008; 2:1-2.
74. Ziyalar A. *Sosyal Psikiyatri*. Cilt 2, s.137-59, Çevik Matbaacılık, İstanbul, 1999.
75. Souto CMRM, Garcia TR. Construction and validation of a body image rating scale: A Preliminary study. *Int J Nurs Terminol Classif* 2002; 13(4):117-26.
76. Labre MP. The Male Body Ideal: Perspectives of readers and non-readers of fitness magazines. *JMHG* 2005; 2(2):223-9.
77. Temel M. Beden imajını etkileyen faktörler ve beden imajı doyumu. *Sendrom Dergisi*, 2005; 62:5-6.
78. Morrison TG, Kalin R, Morrison MA. Body image evaluation and body image investment among adolescents: A test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence* 2004; 39(155):571-87.
79. Welch C, Gross SM, Bronner Y, Moore ND, Paige DM. Discrepancies in body image perception among fourth-grade public school from urban, suburban and rural maryland. *J Am Diet Assoc* 2004; 104:1080-5.
80. Eaton DK, Lowry R, Brener ND, Galuska DA, Crosby AE. Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US High School Students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(6): 513-9.
81. Smith D, Thompson K, Raczynski J, Hinler J. Body image among men and women in a biracial cohort: The Cardia Study *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25(1):71-82.

82. Cash T, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Pp.619-25. The Guilford Press. New York-US 2002.
83. Hill A, Roberts J, *Am J Clin*. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children 1999; 70(1):123-5.
84. Jones G, Scott Fs. A cross-sectional study of smoking and bone mineral density in premenopausal parous women: effect of body mass index. *Breastfeeding and sports. Participation. J Bone Miner Res* 1999; 14(9):1628-33.
85. Kristal-Boneh E, Harari G, Green MS, Ribak J. Body mass index is associated with differential seasonal change in ambulatory blood pressure levels. *Am J Hypertens* 1996; 9(12 Pt 1):1179-85.
86. Tam SY, Kariberg JP, Kwan EY, Tsang AM, Sheng HP, He Q, Low LC. Body mass index is different in normal Chinese and Caucasian infants. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999; 12(4):507-17.
87. Deurenberg P, Yap M, Van Staveren WA. Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(12):1164-71.
88. Brown E, Heimberg R, 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; 26:467-86.
89. Brown E, Heimberg R, 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; 26:466-87.
90. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D. The liebowitz social anxiety scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine* 2001; 31:1025-35.
91. Oei TPS, Wanstall K ve Evans L. Sex differences in panic disorder with agoraphobia 1990; 4(4):317-24.
92. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM, Holt CS. An investigation of gender differences in social phobia 1998; 12(3):209-23.
93. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2002; 252(5):201-9.
94. Furmark T, Tillfors M, Garpenstrand H, Marteinsdottir I, Langström B, Oreland L, Fredrikson M. Common changes in cerebral blood flow in patients

- with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:425-33.
95. Juster HR, Heimberg RG. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia psychiatric clinics of North America 1995; 18(4):821-42.
96. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. Emotion 2001; 1:365-80.
97. Hofmann JA, Weiss B. "Family dynamics and presenting problems in college students", Journal of Counseling Psychology 1987; 34:157-63.
98. Ronald M. Rapee Corresponding author contact information, Richard Heimberg. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia 1997; 35(8):741-56.
99. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(4):209.
100. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. Klinik Psikiyatri 2000; 2:6-7.
101. Solmaz M, Sayar K, Akil Ö, Öztürk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: kontrollü bir çalışma. Klinik Psikiyatri 2000; 3:235-41.
102. Kimmel D, Weiner I. "Adolescence a developmental transition", University of South Florida 1985; 105:318-21.
103. 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.
104. İzgiç Ş, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1:207-14.
105. Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Kaya N. Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3:3-4.
106. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM ve Holt CS. An investigation of gender differences in social phobia 1998; 12(3):208-23.
107. Pollard CA, Henderson JG. Four types of social phobia in a community sample. J Nerv Ment Dis 1998; 176:440-5.

108. Keskin G, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:262-70.
109. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and comorbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 44:458-63.
110. Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1693-700.
111. Adaş M, Özbey N, Metin N, Yaraşır H, Kazancıoğlu R, Molvalılar Ş. Şişman kadınlarda viseral yağ indeksi ve metabolik risk göstergeleri ile ilişkisi, *İst. Tıp Fak. Mecmuası* 1999; 62:1-3.
112. Sharma AM. Obesity and cardiovascular risk. *Growth horm IGF Res.* 2003 ;13:10-1.
113. Ashwell M. Obesity in men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18(1):1-7.
114. Pi-Sunyer FX. Obesity: Criteria and classification. *Proc Nutr Soc.* 2000; 59:505-9.
115. James WP. The epidemiology of obesity. *Ciba Found Symp.* 1996; 201:1-11.
116. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol* 1992; 101:318-25.
117. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM III), Washington DC, American Psychiatric Press, 1980.
118. Doğan S ve Demiral Ö. “Kurumların başarısında duygusal zekânın rolü ve önemi”, *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi* 2007;14 (1):209-30.
119. Montgomery SA. Social Phobia: A clinical review, SA Montgomery (Ed), World Psychiatric Association 1995.
120. Yeniçıktı TN. Halkla ilişkiler sürecinde sosyal kaygı düzeylerinin sosyal sorumluluk projeleri ile giderilmesi. *Konya Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2010:42.
121. Beidel DC. Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:27-31.

122. Yeniçıktı TN. Halkla ilişkiler sürecinde sosyal kaygı düzeylerinin sosyal sorumluluk projeleri ile giderilmesi. Konya Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010:52.
123. Acar ÖT. Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi Yüksekokulu ve Mimarlık-Mühendislik Fakültesi öğrencilerinde beden algısı ve iyilik halininin beden kitle indeksi ve vücut yağ dağılımıyla ilişkisi. Kocaeli Üniversitesi Yüksek lisans tezi, Kocaeli, 2010:17.
124. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: The Turkish Version. Psychol Rep 2003; 93:1059-69.
125. Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. ‘‘Sigara ve Ruh Sağlığı’’. S.16, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, Şubat-2008.
126. Kaya N, Çilli AS, Aşkın R, Şahinoğlu DG. Psychiatric symptoms in mentally retarded children. Genel Tıp Dergisi 1997; 4(1):19-23.
127. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? Am J Epidemiol 2000; 152:163-70.
128. Pine DS, Cohen P, Brook J, Coplan JD. Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study. Am J Public Health 1997; 87:1303-10.
129. Eren G. Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006; 3:21.
130. Palancı M. Üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı problemlerini açıklama ve gidermeye yönelik gerçeklik terapisi oryantasyonlu bir yardım modelinin geliştirilmesi. KTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Trabzon, 2004:21.

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER

Sayfa No

Şekil 1. Sosyal kaygının ortaya çıkışı ve gelişimi.....3

Şekil 2. Sosyal kaygının nedenselliği.....11

TABLolar –GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Vücut Kitle İndeksi Kategorileri.....	31
Tablo 2. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları.....	34
Tablo 3. Grupların sosyodemografik verileri.....	35
Tablo 4. Grupların boy, kilo ve VKİ ortalama değerleri.....	36
Tablo 5. Katılımcıların alışkanlıkları, yeme seçme durumları ve et tüketim sıklıkları.....	37
Tablo 6. LSKÖ'den alınan puanların gruplar arası karşılaştırılması.....	38
Tablo 7. Kesme puanlarına göre katılımcıların dağılımı.....	40
Tablo 8. Ölçek puanları açısından cinsiyetlerin karşılaştırılması.....	42
Grafik 1. LSKÖ'den alınan toplam ölçek puanı, korku puanı ve kaçınma puanlarının gruplar arasındaki karşılaştırılması.....	38

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınırım
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınırım
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınırım

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

Sosyodemografik Anket Formu

1. Yaşınız:.... 2.Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()
3. Boy:..... 4. Kilo:..... 5. Beden Kitle İndeksi:.....
6. Medeni durumunuz? 1-Bekar 2- Evli (..... yıldır) 3-Dul
7. Mesleğiniz:
- 1- İşçi 2- Memur 3-Çiftçi 4- Serbest
5-Ev Hanımı 6-Öğrenci 7-Diğer
8. Öğrenim durumunuz
- 1- Okuryazar değil 2-Okur Yazar 3-İlkokul
4- Ortaokul 5-Lise 6-Yüksekokul
9. Sosyal güvenceniz nedir?
- 1- Yok 2- Emekli Sandığı 3- Bağ-kur
4- SSK 5- Yeşil kart 6-Diğer
10. Nerede Oturuyorsunuz
- 1-İl Merkezi 2-İlçe 3-Kasaba 4-Köy
11. Tanı konulmuş hastalığınız var mı?
- 1- Hipertansiyon 2-Şeker 3- Kronik bronşit
4-Astım 5-KOAH 6-Kalp yetmezliği 7-Psikiyatrik rahatsızlık 8-Diğer....
12. Et tüketim sıklığınız nedir?
- 1-Hergün 2-Haftada 2-3 defa 3-Haftada 4-5 defa 4-Ayda 1 defa
5-Ayda 2-4 defa 6-Yılda 1-3 defa 7-Hiç yemem (vejeteryanım)
13. Yemek seçer misiniz?
- 1-Hiç yemek seçmem 2-Bazen yemek seçerim 3-Çok yemek seçerim
14. Sigara içiyor musunuz?
- 1-Hayır 2-Evet (Süresi Miktarı... paket)
3-Bıraktım (..... yıl içtim, yıldır içmiyorum)
15. Alkol alıyor musunuz?
- 1-Hayır 2-Evet(Kaç yıldır içiyorsunuz?.....
3- Bıraktım (Ne kadar süre içmişsiniz.....

12. ÖZGEÇMİŞ

E-MAIL ADRESİ: drsnr_86@hotmail.com

1986 yılında Adana'da doğdum. İlk öğrenimi Kasım Sacide Ener İlköğretim Okulunda, orta öğrenimi Adana Özel Bilim-Kent Kolejinde tamamladım. Yüksek öğrenimimi 2004-2010 yılları arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde gerçekleştirdim. 2010 yılında Kahramanmaraş'ın Afşin ilçesinde mecburi hizmete başladım. 2011 yılında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitimime başladım. 2012 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına geçiş yaptım. 2014 yılında uzmanlık eğitimimi tamamladım.