

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BİLİŞSEL MODEL ÇERÇEVESİNDE SOSYAL  
ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MİNE TEKİN**

**DANIŞMAN: DOÇ. DR. TEVFİK ALICI**

**HAZİRAN, 2008**  
**MUĞLA**

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**“ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BİLİŞSEL MODEL ÇERÇEVESİNDE SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI İLİŞKİSİ”**

**MİNE TEKİN**

**Sosyal Bilimler Enstitüsünce**  
**“Yüksek Lisans”**  
**Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 23. 05. 2008**  
**Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 30. 06. 2008**

**Tez Danışmanı : Doç. Dr. Tevfik ALICI**  
**Jüri Üyesi : Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY**  
**Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR**

**Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Aslan EREN**

**HAZİRAN, 2008**  
**MUĞLA**

## TUTANAK

Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 29/05/2008 tarih ve 415/4 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 25/4 maddesine göre, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Mine Tekin'in "Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi" adlı tezini incelemiş ve aday 30/06/2008 tarihinde saat 10:30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra .....dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin kabul olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Tez Danışmanı

Üye

Üye

Üye

Üye

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../...../.....

ADI SOYADI

İMZASI

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN**

**Soyadı : TEKİN**

**Adı : MİNE**

**Kayıt No:**

**TEZİN ADI :**

**Türkçe** : Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi

**Y. Dil** : The Social Anxiety Disorder In The Context Of The Cognitive Model And It's Relationship With Alcohol Abuse In University Students

**TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans**

**Doktora**

**Sanatta Yeterlilik**



**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite** : Muğla Üniversitesi

**Fakülte** :

**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü

**Diğer Kuruluşlar** :

**Tarih** :

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayımlayan** :

**Basım Yeri** :

**Basım Tarihi** :

**ISBN** :

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı** : ALICI, Tefrik

**Ünvanı** : Doç. Dr.

**TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe**

**TEZİN SAYFA SAYISI: 98**

**TEZİN KONUSU (KONULARI) :**

1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu
2. Alkol Kötüye Kullanımı
3. Bilişsel Yanlılıklar

**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :**

1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu
2. Alkol Kullanım Bozuklukları
3. Alkol Kötüye Kullanımı
4. Bilişsel Yanlılıklar
5. Üniversite Öğrencileri

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstrakt ve thesaurus'ları kullanınız.**

1. Social Anxiety Disorder
2. Alcohol Use Disorders
3. Alcohol Abuse
4. Cognitive Biases
5. University Students

- 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum
- 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

**Yazarın İmzası :**

**Tarih : ...../...../.....**

## ÖZET

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BİLİŞSEL MODEL ÇERÇEVESİNDE SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI İLİŞKİSİ

TEKİN, Mine

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Tevfik ALICI

HAZİRAN, 2008

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) topluluk içerisinde yemek yemek ya da konuşmak gibi sosyal durumlara karşı duyulan şiddetli korkudur. Pek çok çalışma SAB'nun sürmesinde etkili olan çeşitli psikolojik faktörleri tanımlamıştır. Bu çalışmada sosyal korkunun kişinin kendisi ya da diğerleri (izleyiciler) hakkındaki gerçekçi olmayan standartlar ve inançlar gibi bilişsel yanlılıklar ile ilgili olduğu varsayılmaktadır. SAB'nun alkol kullanım bozuklukları (AKB) ile olan yakın ilişkisine dikkat çeken önemli hipotezler bu alanda mevcuttur. SAB ve AKB arasındaki ilişkiyi açıklayan bu hipotezlerden biri ve belki de en çok bilineni, sosyal anksiyeteli bireylerin alkolü sosyal korkularını bastırabilmek için kullandıklarını öne süren 'Gerilim Azaltımı Hipotezi'(Tension Reduction Hypothesis – TRH)'dir. Bu alandaki diğer önemli hipotezler ise 'Stres Tepkisi Azaltımı Modeli' (Stress Response Dampening Model – SRD) ve 'Kendi Kendine Tedavi Hipotezi' (Self Medication Hypotheses – SMH)'dir. Epidemiyolojik çalışmaların pek çoğunun AKB ile SAB arasındaki ilişkiyi güçlü bir biçimde kanıtlamalarına karşın, sosyal anksiyete ve alkol kullanım değişkenleri arasındaki ilişkiler hakkında fikir ayrılıkları içerisinde olan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin bazı çalışmalarda SAB ve AKB arasındaki ilişkinin pozitif olduğu sonucu elde edilirken, kimi çalışmalarda bu ilişki

negatif olarak bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise bu iki durum arasında herhangi bir ilişkiye rastlanamamıştır.

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde 1) sosyal anksiyeteye ilişkin belirtilerin yaygınlığını tespit etmek ve sosyal anksiyete belirtileri gösterenlerde elde edilen bulguların anksiyeteye neden olduğu varsayılan bilişsel düşünce kalıpları ile ilişkisini incelemek; 2) SAB oranları ile AKB değerleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Metod: Muğla Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi içerisinde yapılan bu çalışmada toplam 250 öğrenci (145 kız,105 erkek) sosyal anksiyeteye ilişkin ölçekler olan ‘Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği’ (LSAÖ) ve Hofman tarafından 2007’de geliştirilen ‘Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği’ (SDYÖ) ve Alkol kullanım bozukluklarını ölçmede kullanılan Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)’ni tamamlamışlardır. Sosyal anksiyete ve onun altında yatan bilişsel faktörler arasındaki ilişkiyi araştırmak için Person Korelasyon yöntemi ile LSAS ve SDYÖ arasındaki ilişki hesaplanmıştır. Sosyal anksiyete düzeyi ile alkole ilişkin problemler arasındaki ilişkiyi test edebilmek için LSAÖ ile AKBTT ölçeklerinden elde edilen puanlar yine Pearson Korelasyon yöntemi ile hesaplanmıştır. Bunlara ek olarak alkol kullanım bozuklukları ve sosyal anksiyete düzeylerinin cinsiyetlere göre yüzdelerle değerlendirilerek ki kare testi kullanılarak hesaplanmıştır

Sonuç: üniversite öğrenci grubundan alınan örneklemden elde edilen bulgulara göre öğrencilerin %48,8’inde sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerine; %24,8’inde ise alkol kötüye kullanımı belirtilerine rastlanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde SAB ile AKB arasında alkol kullanım miktarı ve sıklığı açısından negatif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır; öte yandan alkol kullanım bozukluğuna ilişkin alt boyutlar ile SAB arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır. Bununla birlikte sosyal anksiyeteye neden olan bilişsel düşünce yapıları ile öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde ve önemli ölçüde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.



Sonuç olarak, sosyal anksiyete belirtileri önemli ölçüde gerçekçi olmayan düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar ile ilgilidir. Aynı zamanda üniversite öğrencileri arasında sosyal anksiyete ve alkol kötüye kullanımı yüksek oranda bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, alkol kötüye kullanımı ile sosyal anksiyete düzeyi TRH ve diğer modellerin varsayımlarının tersine negatif ilişkili bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler :** Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Alkol Kullanım Bozuklukları, Alkol Kötüye Kullanımı, Bilişsel yanlılıklar, Üniversite öğrencileri

**ABSTRACT****THE SOCIAL ANXIETY DISORDER IN THE CONTEXT OF THE COGNITIVE  
MODEL AND IT'S RELATIONSHIP WITH ALCOHOL ABUSE IN  
UNIVERSITY STUDENTS**

TEKİN, Mine

M. S. Thesis

Director: Doç. Dr. Tevfik ALICI

JUNE, 2008

Social anxiety disorder (SAD) is an excessive fear of social situations such as eating or speaking in public. Recent studies have identified a number of psychological factors that could explain the maintenance of SAD. In this study, it is assumed that social apprehension is associated with cognitive biases such as unrealistic social standards and unrealistic beliefs about self and others. In addition, there are few studies investigating the relationship between SAD and alcohol abuse. One of the hypotheses which explain the relationship between SAD and alcohol abuse and dependence (Alcohol Use Disorders-AUDs) is the "Tension Reduction Hypothesis" (TRH). This model posits that people with social anxiety use alcohol to alleviate their social fears. Other models include Stress Response Dampening Model (SRD) and Self Medication Hypothesis (SMH). However, despite the fact that many epidemiological studies have demonstrated strong relationship between SAD and AUD diagnoses, there has been inconsistency in demonstrating causality or even directionality of the relationship between social anxiety and alcohol-related problems. For example, some studies have showed a positive relationship between social anxiety and alcohol-related problems, while others have shown a negative relationship or no relationship at all.

The purpose of the present study was 1) to determine the prevalence of social phobia and to investigate the relationship between cognitive biases and social anxiety in university students. 2) investigated the co-morbidity between social anxiety rates and AUDs. in university students.

**Method:** The questionnaires of LSAS (Liebowitz Social Anxiety Symptom Scale), Approach to Social Situation Scale and AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) were administered to 250 students in Mugla University. To investigate the relationship between social anxiety and its underlying cognitive factors, correlation between LSAS and Approach to Social Situation Scale was calculated. In order to investigate the connection between social anxiety and alcohol related problems, the correlation between LSAS and AUDs was determined. Additionally, potential role of gender in contributing to these disorders were determined by chi-square.

The results of this study, although in university students prevalence of social anxiety was % 48,8 and prevalence of alcohol abuse was %24,8. In the correlational analyses it is revealed that social anxiety was significantly negatively related to drinking frequency. On the other hand, estimate of cognitive thought patterns to cause social anxiety was positively related to social anxiety frequency.

As a result, social anxiety symptoms is considerably related with unrealistic beliefs and cognitive biases. At the same time social anxiety and AUDs. were more common problem in university student population but not related to one another.

**Keywords:** Social anxiety disorder, Alcohol use disorders, alcohol abuse, cognitive biases, university students.

**KISALTMALAR**

AKB: Alkol Kullanım Bozuklukları

AKK:Alkol Kötüye Kullanımı

AB: Alkol Bağımlılığı

AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

DIS : Diagnostic Interview Schdule

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECA : Epidemiyolojik Alan Taraması

LSAÖ:Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

OR: Odds Ratio

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SDYÖ: Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği

SRD: Stress Response Dampening Model

SMH: Self Medication Hypothesis

TRH: Tension Reduction Hyphotesis

**TABLolar**

Tablo 3.1. Örnekleme Grubuna ilişkin demografik veriler.....	33
Tablo 3.2. Değişkenlerin ve Alt Boyutlarının Ortalama Ve Standart Sapmaları.....	38
Tablo 3.3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğine Göre Korku ve Kaçınma Yaratan Durumların Örnekleme Yüzdeleri.....	40
Tablo 3.4. Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeğinde Öğrencilerin Her Bir Duruma Verdikleri Puanların Yüzdeleri.....	42
Tablo 3.5. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Belirtisi Gösterme Durumları.....	43
Tablo 3.6. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Korku Belirtisi Gösterme Durumları.....	44
Tablo 3.7. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Kaçınma Belirtisi Gösterme Durumları.....	45
Tablo 3.8. Öğrencilerin AKBTT/8 Kesme Noktası Üzerinden Alkol Kullanım Bozukluğu Belirtisi Gösterme Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	46

Tablo 3.9. Öğrencilerin AKBTT/3 Kesme Noktası Üzerinden Alkol Kötüye Kullanımı Belirtisi Gösterme Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	47
Tablo 3.10. AKBTT'nin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	49
Tablo 3.11. SDYÖ ile LSAÖ Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	50
Tablo 3.12. LSAÖ'nin Alt Boyutları ile AKBTT'nin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	51
Tablo 3.13. SDYÖ ile AKBTT Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon.....	52

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
GİRİŞ.....	1
<b>1. SOSYAL ANKSİYETE (SOSYAL FOBİ )</b>	
1.1. Sosyal Anksiyetenin Tanımı Ve Tanı Sınıflandırmalarındaki Yeri.....	4
1.2. Sosyal Anksiyetede Başlangıç Yaşı .....	7
1.3. Sosyal Anksiyetede Yaygınlık Ve Cinsiyetlere Göre Dağılım.....	8
1.4. Sosyal Anksiyetenin Bilişsel Modeli.....	9
1.4.1. Sosyal Anksiyeteli Bireylerde Bilişsel Süreç Yanlılıkları.....	11
1.4.1.1. Sosyal Etkileşim Öncesi Oluşan Bilişsel Yanlılıklar .....	11
1.4.1.2. Sosyal Etkileşim Sırasında Oluşan Bilişsel Yanlılıklar.....	13
1.4.1.3. Sosyal Etkileşim Sonrası Oluşan Bilişsel Yanlılıklar.....	16
1.5. Sosyal Anksiyetede Kaçınma ve Güvenli/Koruyucu Davranışlar.....	17
<b>2. ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI</b>	
2.1. Alkol Kötüye Kullanımının Tanımı ve Tanı Sistemlerine Göre Sınıflandırılması.....	20

2.1.1. Alkol Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (DSM-IV) .....	21
2.1.2. Alkol Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri (DSM-IV).....	22
2.2. Alkol Kullanım Bozukluklarında Yaygınlık Ve Cinsiyetlere Göre Dağılım....	23
2.3. Alkol Kullanım Bozuklukları İle Anksiyete İlişisini İnceleyen Modeller.....	24
2.4. Alkol Kullanım Bozuklukları ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği Üzerine Yapılan Çalışmalar.....	26
2.5. Araştırmanın Amacı Ve Sorular.....	31

### 3. YÖNTEM

3.1. Örneklem.....	32
3.2. Veri Toplama Araçları.....	33
3.2.1. Sosyal Durumlara Yaklaşma Ölçeği (SDYÖ).....	34
3.2.2. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ).....	34
3.2.3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tarama Testi (AKBTT).....	35
3.2.4. Kişisel Bilgi Formu.....	36
3.3. Bulgular.....	37
3.3.1. Temel Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları.....	37
3.3.2. Örneklem Grubundaki Öğrencilerde Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)'ne Göre En Çok Korku ve Kaçınma Yaratıcı Durumlar.....	38
3.3.3. Örneklem Grubundaki öğrencilerin Sosyal Durumlara Yaklaşım Skalasını (SDYÖ)'ye Göre Aldıkları Puanların Yüzdeleri Dağılımı.....	39
3.3.4. Sosyal Anksiyete, Sosyal Anksiyete korku ve Sosyal Anksiyete Kaçınma Tanıları ile Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması.....	43
3.3.5. AKBTT ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlara Göre Öğrencilerin Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alma Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	45



3.3.6. AKBTT'nin İlk Üç Sorusuna Göre Öğrencilerin Alkol Alma Sıklıkları ve Miktarları.....	47
3.3.7. AKBTT'nin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	48
3.3.8. LSAÖ'nin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	49
3.3.9. SDYÖ ile LSAÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	50
3.3.10. LSAÖ'nin Alt Boyutları ile AKBTT'nin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler .....	50
3.3.11. SDYÖ değerleri ile AKBTT Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	51
3.4. TARTIŞMA.....	53
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	70
EK A YÖNERGE.....	70
EK B APPROACH TO SOCIAL SITUATIONS SCALE.....	71
EK C SOSYAL DURUMLARA YAKLAŞIM ÖLÇEĞİ (SDYÖ).....	73
EK D LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (LSAÖ).....	75
EK E ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI TANIMA TESTİ (AKBTT).....	77
EK F KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	80

## GİRİŞ

Yakın geçmişe değin yaşam dönmeleri sıralanırken, ergenlik dönemini yetişkinlik döneminin izlediği varsayılmaktaydı. Ancak, 1960’ların sonlarından bu yana hızlı toplumsal değişimin doğal bir sonucu olarak ergenlik ile yetişkinlik arasında kaygılarla dolu ve uzun süreli bir geçiş döneminin varlığı dikkat çekmeye başlamıştır (Geçtan, 1984). Kimi araştırmacılar bu dönemi “genç yetişkinlik” ya da “erken yetişkinlik” olarak tanımlarken kimi araştırmacılar ise “gecikmiş ergenlik dönemi ” olarak kavramsallaştırmışlardır. 2000’li yıllardan itibaren “yükselen yetişkinlik” (emerging adulthood) kavramının literatürde ön plana çıktığı görülmektedir (Arnett, 2004).

18–30 yaşlarını kapsayan bu dönem, genç bireyler için farklı iş deneyimlerini, farklı duygusal ve sosyal ilişkileri tecrübe edebilecekleri arayış ve umutlarla dolu bir süreç olması dolayısıyla sınırsız olanakların mevcut olduğu heyecan verici bir dönem iken; öte yandan düzensiz, oturmamış bir yaşam tarzını içermesi nedeni ile de yüksek derecede kaygının ve kararsızlığın yaşandığı bir dönemdir (Arnett, 2004). Ergenlikten sonra gelen bu yeni yetişkinlik dönemi genellikle üniversite yaşantısı ile birlikte başlamakta, bu nedenle bireyler yetişkinliğe giden bu yola, bir mesleğe aday olma kaygısıyla adım atmaktadırlar. Diğer taraftan üniversite yaşamı, evden ve aileden ayrılma ile yeni bir çevreye uyum sağlamaya ilişkin kaygıları da beraberinde getirmektedir.

Bireyin kimliğini ve buna bağlı olarak yaşam ile ilgili sayıtlılarını yeniden tanımlamak durumda kaldığı psikososyal geçiş dönemlerinde psikopatolojiye yatkın bir hale geldiği bilinmektedir. Geçtan’a göre (1984); “Yetişkinlik yaşamına geçiş sürecindeki genç birey kimliğini tanımlayabilmek için sürekli arayış halindedir. Bu arayışın başarıya ulaşabilmesi, gencin kendisini anlayabilecek insanları bulabilmesine bağlıdır. Kopukluk duygusunda kurtulabilmenin tek yolu, gerçek insan ilişkilerini yaşayabilmektir. İnsan ilişkilerinde aşırı derecede

tutukluk olan gençlerde psikoz niteliğinde kopukluk dönemlerine girme olasılığı oldukça yüksektir.”

Ergenlik ile toplum yaşamında tam sorumluluk ve bağımsızlığa ulaşma dönemi olan yetişkinlik arasındaki zaman kesitini kapsayan üniversite eğitimi döneminde genç bireylerde birçok değişim yaşanmaktadır. Bu değişim döneminde birçok öğrencide anksiyete düzeyi yükselmekte, sosyal fobik belirtiler ortaya çıkmakta ya da var olan belirtiler artmaktadır (İzgiç, Akyüz, Doğan ve Kuğu, 2000).

Sosyal anksiyete bozukluğu bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını yaşadığı toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağına dair sürekli korku duyması ve bu nedenle bu tür ortamlardan kaçınması ile belirgin bir sorundur. Hazırlıksız olarak bir topluluğa konuşma yapmak, ilgi odağı olmak, toplum içinde yazı yazmak ya da yemek yemek bu korkunun yoğun biçimde hissedildiği durumlar arasındadır (Carrigan ve Carrie, 2003). Sosyal anksiyete bozukluğunun temelini bu kişilerin sosyal durumlar ile ilgili olarak getirdikleri olumsuz beklentiler oluşturur (Clark ve Wells 1995). Bu beklentiler tipik olarak olumsuz sosyal performans korkuları (“gene he şeyi berbat etmemeliyim”, “başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğim”, “benim çok sıkıcı biri olduğumu düşünecekler”) ve kontrol edilemeyen kaygıdır (“çok terleyeceğim ve bunu fark edip benim hasta olduğumu düşünecekler”). Bu olumsuz beklentilerin doğal sonucu olarak oluşacak anksiyetede artış meydana gelmektedir (Dilbaz, 2000).

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ile alkol kullanım bozuklukları (AKB) sıklıkla birlikte görülmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarıyla kıyaslandığında, SAB, AKB için çok daha ciddi bir risk faktörüdür. Bununla birlikte SAB ve AKB’nin birlikte görüldüğü durumlara bakıldığında, başlangıç yaşları açısından SAB’nun AKB’dan çok daha önce başladığı görülmektedir (Kessler, 1997).

Batıda içki tüketimeindeki artışa bağlı olarak gelişen sorunlar endişe yaratmakta; bu nedenle önleme çalışmalarına ağırlık verilmektedir. Yapılan araştırmalar dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de alkollü içki tüketimeinin hızla arttığını göstermektedir (Turan ve ark., 1999). Bu durum ölkemizde de içki tüketimeine bağlı sorunların artabileceğini düşündürmekte ve önleme çalışmalarının yürütülmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Önleme çalışmalarının etkin biçimde oluşturulabilmesi için, öncelikle genç kesimin bu konudaki tutumu ve durumuna ilişkin doğru verilerin elde edilmesi önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın ilk bölümünde sosyal anksiyete bozukluğu (SAB)’nu meydana getiren bilişsel öğeler ayrıntıları ile incelenmiş, sosyal etkileşim öncesinde, sırasında ve sonrasında olmak üzere üç kategoride ele alınmıştır. İkinci bölümünde alkol kullanım bozuklukları (AKB)’na ilişkin tanımlamalara yer verilmiş ve SAB-AKB arasındaki ilişkiyi ele alan modeller ve çalışmalar aktarılmıştır. İzleyen bölümde ise üniversite öğrencilerinden meydana gelen örneklem ile bu konuyu araştırmaya yönelik yapılan çalışma yer almaktadır.

## 1. SOSYAL ANKSİYETE (SOSYAL FOBİ )

Anksiyete kavramı gerek yaşamın temel duygularından birisi olması, gerekse ruhsal bozuluklara neden olması açısından önemli özellik taşır. Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen Hint-German dilindeki “angh” kökünden türetilmiştir. İngilizce konuşulan ülkelerde “anxiety” yaygın olarak kullanıldığı gibi dünya literatürüne de bu şekilde girmiştir. Türkçe’de “sıkıntı”, “bunaltı”, “kaygı”, veya “hoş olmayan bir endişe hali” olarak tanımlanabilir (Yapıcı, 2006).

Anksiyete kavramının, nerede patolojik nerede normal bir duygu olduğu tartışmalıdır, çünkü makul düzeydeki anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağlamasına karşın, yüksek düzeyde ve süregelenleşmiş anksiyete, kişinin verimini düşürmesi, kişilerarası ilişkilerde kopukluklara neden olması ile patolojik bir olgudur.

### 1.1. Sosyal Anksiyetenin Tanımı Ve Tanı Sınıflandırmalarındaki Yeri

Sosyal fobi ilk kez 1966’da Marks ve Gelder tarafından tanımlanmış, 1970 yılında Marks tarafından diğer kaygı bozukluklarından ayırt edilmiştir. Marks (1970), sosyal fobiyi “sadece kişilerarası etkileşim durumlarıyla sınırlı olan ve diğer kişiler arasında küçük düşme temeline dayanan yoğun korkular” olarak tanımlamıştır.

Sosyal fobi, 1966’da tanımlanmasına karşın ilk kez 1980’de Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı’nın 3. baskısında ( DSM-III ) yer almıştır (Dilbaz, 1997). Daha sonra DSM-III-R’de ve DSM-IV’te “Anksiyete Bozuklukları” genel başlığı altında agorafobi, sosyal fobi ve basit fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır.

ICD-10 sınıflamasında ise “Nevrotik, Stresle ilgili ve Somatoform Bozukluklar” genel başlığı altında agora fobi, sosyal fobi ve spesifik (izole) fobiler olmak üzere tanı kriterleri belirlenmiştir (Öztürk, 2002). Sosyal fobi ICD-10’da sınırlı (discrete) ve yaygın (diffuse) olarak ikiye ayrılırken, DSM-IV’te (1994) genelleşmiş (generalized) ve genelleşmiş olmayan (non-generalized) tip olarak ikiye ayrılmış, bu iki tip dışında bir de belirti olarak sosyal fobiyi doldurmayan normal kişilerde de görülebilen sosyal anksiyete durumlarını, performans anksiyetesi olarak adlandırmıştır (Türkçapar, 1999).

DSM-IV (1994) tanı sınıflama sistemlerinde yer alan sosyal fobi tanımı ve tanı özellikleri aşağıdaki gibidir (APA 1994):

#### Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)

**A.** Tanımadık insanlarla karşılaşıldığı ya da performans gerektiren durumlarda veya tanımadık insanlar önünde çıkan belirgin ve inatçı korku. Kişi burada aşağılanmasına veya utanmasına neden olabilecek biçimde davranacağından ya da anksiyete belirtileri göstereceğinden korkar. Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerle değil akranları ile olan ilişkilerle de ortaya çıkmalıdır.

**B.** Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur. Bu duruma bağlı veya durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huzursuzluk yapma, dona kalma veya tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.

**C.** Kişi korkunun aşırı veya anlamsız olduğunu bilir. Not. Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir. Korkulan toplumsal ya da kişisel eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete veya sıkıntıyla bunlara katlanılır.

**D.** Korkulan toplumsal veya performans durumlarında kaçınma, kaygılı beklenti ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin

olağan, günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına dair belirgin bir sıkıntı vardır.

**E.** 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

**F.** Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental hastalık ile daha iyi açıklanamaz. (örn. Agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).

**G.** Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde söz edilen korku bununla ilişkisizdir; örneğin korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nevrosa ya da bulimia nevrosadaki yemek yeme davranışı ile ilgili korku değildir.

Varsa belirtiniz:

**Yaygın:** korkular çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (örneğin söyleşileri başlatma ya da sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cins ile çıkma, üstleri ile konuşma, partilere gitme).

Yukarıda verilen belirtiler ortaya çıktıktan sonra bozukluğun gidişi genellikle kroniktir. Dönem dönem belirtilerin yoğunluğunda küçük değişmeler gözlemlenmekle birlikte yeniden ortaya çıkmak üzere bir dönem tamamen ortadan kalkması söz konusu olmamaktadır (Schneier ve Liebowitz, 1990). Sosyal fobikler kaygıyı yıllar boyu kesintisiz olarak yaşamakta, bununla birlikte bazı duygusal yaşantılar söz konusu olduğunda kaygı düzeyleri artabilmektedir (Marks, 1987).

Holt, Heimberg, Hope ve Liebowitz (1992), Sosyal anksiyetenin daha çok hangi durumlarda ortaya çıktığına ilişkin yaptıkları bir çalışmada, en fazla anksiyete yaratan durumların, bir toplantıda konuşma yapmak, dinleyicilere bir sunum yapmak gibi resmi konuşma ya da etkileşimler olduğunu bildirmişlerdir.

Bunun yanı sıra yazarların bildirdiğine göre; partiye gitme, tanıdık olmayan kişilerle toplantıya katılma gibi resmi olmayan konuşma ve etkileşimler; itiraz etme, bir malı iade etme, ısrarcı satıcıların baskısına direnç gösterme gibi girişken etkileşimlerin gerektiği durumlar ve başkalarının gözü önünde çalışmak, yazmak ya da yemek yemek gibi durumlar da sosyal anksiyetenin ortaya çıktığı durumlar arasındadır.

## **1.2. Sosyal Anksiyetede Başlangıç Yaşı**

Pek çok kaynakta sosyal fobinin başlangıç yaşının ergenlik ve genç yetişkinlik dönemine denk gelen 13–24 yaşlarında başladığı belirtilmektedir. Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz ve Weissman'ın (1992), 13.000'den fazla yetişkin üzerinde ABD çapında yaptıkları bir araştırmaya dayanarak sosyal anksiyetede ortalama başlangıç yaşını 15,5 olarak bildirilmektedirler. Aynı çalışmaya göre, hastalığın 25 yaşından sonra nadiren başladığı saptanmıştır. Bununla birlikte yaygın olmayan tip sosyal fobide başlangıç yaşı 22,6, yaygın tip sosyal fobide ise 10,9 olarak bildirilmiştir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15–20 yıl sonra, olmaktadır. Bu gecikme sosyal fobinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve sosyal fobiklerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanabilir (Dilbaz,1997). Ayrıca sosyal fobik hastaların tedaviye başvurmamalarının bir nedeni de, sosyal fobinin doğasında var olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilme korkusunun yardım alma davranışını engelleyen bir etken olmasına bağlanmaktadır (Yolaç, 1996). Tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen bir başka etken de sosyal fobiklerin somatik yakınmaları nedeniyle tıp birimlerine başvurmalarıdır, çünkü sosyal fobisi olan kişilerde fobik uyarılarla karşılaşma halinde, yüzde kızarma, çarpıntı, titreme, terleme, midede buruntu, ağız kuruması, soğuk sıcak basması şeklinde kendini gösteren somatik belirtiler de görülmektedir (Öztürk,2002).



### 1.3. Sosyal Anksiyetede Yaygınlık Ve Cinsiyetlere Göre Dağılım

Sosyal fobinin epidemiyolojisi ile ilgili en detaylı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) sonucu elde edilmiştir (Regier ve ark. 1984). Buna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı bölgede, Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda'da sırasıyla yaşam boyu yaygınlık, %3.1, %1.9, %3.2, %1.8, %1.7 ve %3.0 olarak bulunmuştur (akt. Dilbaz, 2000).

Avrupa'da yaygınlık oranları ile ilgili çalışmaların gözden geçirildiği bir araştırmanın sonuçlarına göre, yaşam boyu yaygınlık oranı %6,65 ve bir yıllık yaygınlık oranı ise %2,0 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar farklı Avrupa ülkelerinde yapılan 23 çalışmanın verileri değerlendirilerek ortaya konmuştur (Fehm, Pelissolo, Furmark ve Wittchen, 2005). Faravelli ve meslektaşlarının (2000) yaptığı çalışmada 2500 kişide sosyal anksiyetenin yaşam boyu yaygınlık oranı %3.2 olarak bildirilmiş ve cinsiyetler arası farklılığa bakıldığında da kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarına göre en sık rastlanan üç korku; toplum önünde konuşma (%89.4), başkalarının oturduğu odaya girme (%63.1) ve yabancılarla tanışma ve konuşma (%47.3) dir. Bununla birlikte sosyal anksiyetesi olanların % 86.9'unda birden fazla korkunun olduğu saptanmıştır.

Yapılan pek çok çalışmanın benzer sonuçlar vermesi, sosyal anksiyete bozukluğunun, majör depresif bozukluk ve alkol ile ilgili bozukluklardan sonra, psikolojik rahatsızlıklar içinde üçüncü sırada yer aldığını göstermektedir (Stein, Walker ve Forde, 1994). Grant ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada, genel popülasyonda alkol kullanım bozukluklarının 12 aylık yaygınlık oranı %8,5 olarak bulunurken, sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda bu oran %13,1 olarak tespit edilmiştir (akt. Buckner ve diğerleri, 2008).

Sosyal fobide cinsiyetler arasındaki farka bakıldığında, araştırma bulguları tutarlı değildir. Alan çalışmalarına göre sosyal fobi kadınlarda daha sık görülürken (%62,7-%70) klinik çalışmalar ise görülme sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu tablo, kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken, yardım alma konusunda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır (Dilbaz, 1997).

Cumhuriyet üniversitesinde yapılan bir çalışmada 1003 kişilik örneklem grubundan elde edilen sonuçlara göre, sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %9,6, son bir yıllık yaygınlığı %7,9 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bulgularına göre kadınlarda sosyal fobi daha sık görülmektedir. Cinsiyetler arası farka bakıldığında yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda %9,8, erkeklerde %9,4; son bir yıllık yaygınlığı kadınlarda %8,9; erkeklerde %7,1'dir (İzgiç, Akyüz, Doğan ve Kuğu, 2000).

#### **1.4. Sosyal Anksiyetenin Bilişsel Modeli**

İnsan davranışlarının anlaşılması ve açıklanması sürecinde kuram ve yaklaşımların önce duygular, daha sonra davranışlar ve son 25 yıldır bilişler üzerine odaklandığı izlenmektedir. Bugüne kadar sosyal anksiyetenin altında yatan temel mekanizmaları açıklamak üzere çeşitli kuramsal modeller ortaya konmuştur. Psikanalitik yaklaşım, öğrenme modeli ya da biyolojik yaklaşım bunlardan birkaçıdır. Ancak özellikle son yıllarda korku ve anksiyeteyi açıklamada davranışçı modellerin yetersiz kalması ve bilişsel davranışçı bakışı açısının giderek popüler hale gelmesiyle birlikte bu konuda bilişsel süreçlere gösterilen ilgi artmıştır. Buna ek olarak, “kişi küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar...” ifadesinde olduğu gibi DSM-IV (APA, 1994) sosyal anksiyete tanı ölçütlerinde bozukluğun bilişsel yönünden bahsedildiği görülmektedir.

Bilişsel psikoloji en temel anlamda organizmanın maruz kaldığı uyararla, bu uyarana verdiği tepki arasındaki zihinsel süreçleri inceler. Kişinin karşılaştığı bir durum veya olaya verdiği yanıt, onun olayla ilgili bilgiyi nasıl işlediği ve bunun sonucunda olay hakkında nasıl bir düşünce ve inanca sahip olduğu ile ilgilidir. Sahip olunan inançlar, dış dünyayı ve kendimizi algılayışımızı belirler. Hovardaoğlu'na göre (1995) “Bireyin gerçeği değerlendirmesinin temelinde gerçeği algılaması yatmaktadır. Dolayısıyla gerçeğin değerlendirilmesi, gerçeğin nasıl algılandığı konusundan bağımsız değildir. Keza, bireyin kişilerarası ilişkiler gerçeğini nasıl algıladığı ya da değerlendirdiği, psikopatoloji standartları için önemli bir kaynaktır”. Bilişsel modele göre sosyal fobide, korku duyulmasına neden olan asıl etken, korkuyu oluşturan durum, yer veya nesne ile ilgili olumsuz düşünce ve inançlardır. Ayrıca sosyal fobikler sosyal ortamlarda kendi davranışları ve başkalarının bu davranışlarını yargılama biçimleri ile ilgili işlevsel olmayan bazı inanışlara sahiptirler.

Bilişsel teorisyenler duygu durum ve anksiyete bozukluklarında bilgiyi işleme sürecinin önemine vurgu yaparlar. Dikkat, algı, hafıza ve yargı süreçleri, anksiyete bozukluklarında en çok üzerinde durulan konulardır (Mathews ve MacLoad, 1994) pek çok çalışmadan çıkan sonuç yüksek anksiyeteye sahip kişilerin seçici ve taraflı biçimde bilgiyi işledikleridir. Ancak tüm anksiyete bozuklukları için bilgiyi işleme sürecinde aynı türde ve aynı aşamalarda işlev bozuklukları olduğunu söylemek doğru değildir (Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt ve Liebowitz, 1995).

Sosyal anksiyete bozukluğunda kişi yaşadığı olayı rutin hale gelmiş ve önceden kullanılmak üzere hazır bulundurulan bilgi-işleme şekli ile değerlendirdiğinden, değerlendirme ile ilgili farklı bakış açılarına kapalı hale gelmektedir. Bir sonraki başlıkta sosyal anksiyetesi olan bireylerin bilgi işleme sürecinde ne tür yanlılıklar (information processing biases) yaptıkları ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

### **1.4.1. Sosyal Anksiyeteli Bireylerde Bilişsel Süreç Yanlılıkları**

Bu çalışmada sosyal anksiyeteye bozukluğunda bilişsel sürece ilişkin yanılılıklar (çarpıtmalar), literatürdeki bilgiler derlenerek üç kategoride ele alınacaktır. İlk olarak sosyal performans öncesinde anksiyetenin ortaya çıkmasına sebep olan temel düşünce yapıları, ikinci olarak bunlara bağlı performans sırasında meydana gelen bilişsel süreçler birbirini izler. Üçüncü aşamada ise anksiyeteli bireyin yaşadığı sosyal olay hakkında getirdiği yorumlar ve yargılar yeniden ilk aşamadaki temel düşünce yapılarını beslemektedir. Clark ve Mcmanus (2002) da sosyal anksiyete ile bilişsel süreçler arasındaki ilişkileri kapsamlı bir literatür taraması yaparak incelemişler ve onlar da sosyal anksiyetenin sürmesinde etkili olan kısır bir döngüden söz etmişlerdir. Bu döngüye göre sosyal etkileşimler öncesinde ve sonrasında bir dizi bilişsel yanılılığa sahip kişinin yaşadığı anksiyete, onun sosyal performansında bozulmaya yol açmaktadır. Performanstaki bozulmayı ise kaçınma davranışları ve bunun olumsuz sonuçları izlemektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunda döngüsel olarak birbirini izleyen bu üç aşama ayrıntılı olarak aşağıda ele alınacaktır.

#### **1.4.1.1. Sosyal Etkileşim Öncesi Oluşan Bilişsel Yanlılıklar**

Sosyal anksiyete üzerinde çalışan pek çok model, sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, sosyal çevrelerinde iyi bir izlenim bırakmak istediklerini, ancak kendilerini bunu başaracak yeterlilikte bulmadıklarını ve bu nedenle anksiyete düzeylerinin arttığını varsayar (Clark ve Wells, 1995; Trower ve Gilbert, 1989). Kişinin kendisi hakkındaki algısı (self-perception) ve öz yeterlilik (self efficacy) inancı sosyal anksiyete üzerinde belirleyici birer unsurdur. Kişideki öz yeterlilik inancı, onun davranışa geçmeden önce, gerçekleştireceği performans hakkındaki beklenti düzeyini belirler. Pek çok çalışma sosyal anksiyeteli bireylerde öz-yeterlilik inancının düşük olduğuna ve bu nedenle sosyal ortamlarda istedikleri başarıyı elde edemeyeceklerine inandıklarına dikkati çeker (Williams, 1995).

Sosyal anksiyeteli bireyler bir yandan zihinlerinde kendileri hakkında kalıplaşmış olumsuz düşünceler taşıırken, bir yandan da etkileşime girdiği diğerleri ve sosyal olaylar hakkında da çarpıtılmış varsayımlara sahiptirler.

Sosyal anksiyeteli bireylerde var olan negatif değerlendirilme korkusu temelde, toplumda var olan sosyal standartları değerinin çok üzerinde algılamaları, buna karşın kendi yeteneklerini ise bu yüksek standartların altında değerlendirmeleri ile ilişkilidir (Weilage ve Hope, 1999). Sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin gerçeklikten uzak varsayımsal düşüncelerini daha ayrıntılı irdelenmek gerekirse; (1) sosyal standartlar yüksektir ve kendisi dışındaki diğerlerinin pek çoğu bu standartları karşılayacak becerilere sahiptirler (2) diğerleri, sosyal anksiyetesi olan bireyin kendisinden de bu tür becerileri göstermesini beklemektedirler (Weilage ve Hope, 1999). (3) Fakat anksiyeteli birey bir yandan bu standartlara uygun sosyal becerilerinin olup olmadığı konusunda kuşku duyarken, diğer yandan da kendi davranış tarzının zaten kabul görmeyecek ve uygunsuz olduğu hakkında bir önyargıya sahiptir (Clark ve Wells, 1995). Bununla birlikte sosyal anksiyeteli bireye göre pek çok insan esasında diğerlerini tenkit eder yapıdadır ve kusur bulmaya eğilimlidir. Dolayısıyla kendisini de bu gözle değerlendireceklerdir. Tüm bu sebeplerden dolayı sosyal anksiyetesi olan birey için sosyal ortamlarda olumsuzlukların başa gelmesi çok daha olasıdır. Yapılan çalışmalar sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, kişilerarası ilişkilerin rekabete dayanan yönlerini fazla abartılı biçimde algıladıklarını; desteğe ve dayanışmaya dayalı yönlerini minimum algıladıklarını göstermiştir (Trower ve Gilbert, 1989).

Rubican Model of Action Phase'e göre (Gollwitzer, 1996; akt. Hoffman, 2007) insanların bir hedef belirleyip başarmaları artarda gelen dört aşamada gerçekleşir:

**1.aşama (karar öncesi aşama):** Kişi potansiyel hedefler arasından bir tanesini kendisine amaç olarak seçer.

**2.aşama(davranış öncesi aşama):** Kişi belirlediği hedefe hangi yolu kullanarak ulaşabileceğini planlar.

**3.aşama (eylem aşaması):** Plan davranışa aktarılır

**4.aşama (davranış sonrası aşama):** Davranışın hedefe ulaştırıp ulaştırmadığına bakılarak sonuç yorumlanır.

Heimsich ve meslektaşları (2002) tanımlanan sosyal hedefi başarma aşamalarının sosyal anksiyeteli bireylerde nasıl olduğunu araştırmışlar ve şu bulguları elde etmişlerdir: sosyal anksiyeteli bireyler diğerleri gibi birinci aşamada hedeflerini belirlemekte ancak ikinci aşamaya geldiklerinde seçtikleri hedefi yeniden ele alıp, ulaşılabilirlikten çok uzak olarak değerlendirmektedirler. Böylelikle 1. ve 2. aşamalar birbiriyle tutarsızlaşmaktadır. Bu çalışmadan çıkan sonuç sosyal anksiyeteli bireylerin sosyal hedefleri tanımlamada başarısız olduklarıdır

#### **1.4.1.2. Sosyal Etkileşim Sırasında Oluşan Bilişsel Yanlılıklar**

Kendini negatif değerlendirme ön yargısı taşıyan sosyal anksiyeteli bireyler, sosyal ortamlarda etkileşim içine girdikleri izleyiciler hakkında da bir dizi çarpıtılmış ve kalıplaşmış inançlara sahiptirler. “İzleyici” (audience) sosyal değerlendirme sürecinde kişinin dış görünüşünü, performansını, davranışını gözlemleyen kişi anlamına gelmektedir. Rapee ve Heimberg’in (1997) geliştirdiği modele göre, sosyal anksiyetesi olan birey için, sosyal değerlendirmeye tabi olduğu durumlarda ilk tehdit unsuru izleyicinin olumsuz yargılamasıdır. Çünkü kişi bir sosyal durumla karşılaştığında, kendi dış görünüşü ve davranışlarının izleyiciler tarafından nasıl algılandığına odaklanmaktadır. Bu nedenle dikkatini bir yandan izleyicilerin kendisini nasıl algıladığına dair zihinsel temsiller ile kendine odaklarken bir yandan da içsel ve dışsal herhangi bir tehdidi fark etmeye çalışır. Burada sosyal anksiyeteli bireyin kendi davranışlarını izlemek (self monitoring) için kullandığı zihinsel temsillerin kaynağı bireyin “kendisi

hakkındaki algısına (self perception) dayanır. Bilişsel teorilere göre kendilik algısına” dair negatif düşünceler kişinin kendisiyle ilgili olumsuz ve çarpıtılmış bilgileri erken öğrenme döneminde edinmesiyle olur ve zamanla pekişerek bilgiyi işleme yanlılıklarına yol açar (Clark ve Wells 1995). Bu sebeple sosyal anksiyetesi olan bireyler sosyal performans durumlarında kendi sosyal becerilerine gerçekçi bir gözle bakamaz, ilişkide buldukları diğer bireylerin kendilerine yönelik olumlu tutumlarını da görmezden gelirler. Gerçek bağlama bakmaksızın otomatik bir süreç biçiminde işleyen bu kendini negatif değerlendirme önyargısı, sosyal anksiyete bozukluğunda gitgide genel bir özellik haline gelir (Norton ve Hope, 2001). Öte yandan sosyal anksiyetesi olan birey için sosyal etkileşim sırasında mevcut bulunan içsel tehditler; titreme, kızarma, çarpıntı gibi fiziksel belirtiler iken; dışsal tehditler ise izleyicilerin kaş çatıklığı, ilgisiz davranışları gibi olası olumsuz değerlendirme ipuçları olabilir.

Sosyal anksiyeteli bireylerin sosyal performans sırasında dikkatlerini istemsiz olarak, sürekli ve abartılmış bir biçimde kendilerine odaklamaları ile birlikte korkulan anksiyete tepkisinin fazlaca farkında olmaları çevredeki olumlu ipuçlarını fark etmelerini engeller ve anksiyetelerini daha da arttırır (Clark ve Wells, 1995). Performans sırasında aşırı biçimde yükselen anksiyete kişinin, kalp çarpıntısı, el titremesi, sıcak basması, terleme gibi bir takım bedensel reaksiyonlar hissetmesine yol açar. Bu noktada bedensel reaksiyonlar üzerindeki kontrolsüzlük hissi anksiyetenin daha da şiddetlenmesine sebep olur çünkü birey izleyiciler tarafından bu tür fizyolojik değişimlerinin kolayca fark edilebileceğine inanır. Böyle bir durum kendisi için rezil olmaya ve dolayısıyla büyük bir statü kaybına sebep olacaktır (Barlow, 2002; akt. Hoffman, 2007).

Wells ve Papageorgieiu yaptıkları deneysel bir çalışmada (1998) sosyal anksiyete düzeyi yüksek bireylerden oluşan katılımcılara ilk aşamada dikkatlerini dışsal çevreye odaklamalarını sağlayan terapiler uygulamışlar, ikinci aşamada ise onlardan sosyal ortamlara girmelerini istemişlerdir. Daha sonra bu bireylerden duygu durumları ile ilgili geribildirim alındığında görülmüştür ki sosyal anksiyeteli bireyler performans sırasında anksiyete düzeylerinin eskisi kadar

yükselmediğini, içinde buldukları durumla ilgili daha az negatif düşüncelere kapıldıklarını bildirmişlerdir.

Sosyal anksiyetede dikkat sürecini araştıran pek çok çalışmada bilişsel deneysel yöntemlerin kullanıldığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmaların pek çoğu Dot-Probe Paradigmasından ve Stroop etkisini ölçen testlerden yararlanmıştır.

Dot probe paradigması kapsamındaki deneylerde amaç bireylerdeki görsel dikkatin dağılımını ölçmektir. Dot probe deneylerinde katılımcılardan, bilgisayar ekranında görülen iki kelimeyi takip eden bir noktanın yerinin tespit edilmesi istenir. Ekrandaki iki kelimenin biri sosyal tehdit içeren bir kavramı çağrıştıran diğeri nötr duygusal çağrışımı olan bir kelime olarak seçilir. Bu deneylerde temel olan, görsel dikkatin tehditkar ipucuna yönelip yönelmediğini belirlemektir. Yapılan karşılaştırmalı deneylerde (Asmundson ve Stein, 1994; Horrenstein ve Segui, 1997) sosyal fobiklerin sosyal tehdit içeren ipuçlarını kontrol grubundakilere göre daha kolay belirledikleri görülmüştür ancak bu sonuçlar yalnızca tehditkar kelimeler monitörün üst kısmında görüntülendiğinde elde edilebilmiştir. Araştırmacılara göre bunun anlamı seçici dikkatin yalnızca uyarıcının aktif olarak algılandığı durumlarda ortaya çıkmasıdır. Bunun yanında diğeri bir sonuç sosyal tehdit içeren kelimelerin, sosyal fobikler tarafından çok daha hızlı bir biçimde belirlenmesidir. Buradan çıkan sonuç ise sosyal fobik bireylerin çevresel farkındalıklarının, sosyal fobik olmayanlara kıyasla çok daha yüksek olduğudur (Heinrich ve Hofmann, 2001).

Stroop etkisini ölçen deneylerde ise katılımcıların görsel dikkatleri ölçülür. Buradaki amaç sosyal anksiyeteli bireylerin sosyal tehdit içeren uyarıcılara karşı seçici dikkat gösterip göstermediklerini ortaya koymaktır. Stroop etkisini ölçen testlerde genellikle katılımcıların eline farklı renklerde yazılmış kelimelerin olduğu bir kağıt verilir. Kelimeler, duygusal çağrışımları bakımından; tehdit unsuru oluşturan ve hiçbir tehdit unsuru oluşturmayan kelime gruplarından seçilir. Katılımcılardan kelimelerin anlamlarına bakmaksızın hızlı bir şekilde renklerini



saymaları istenir. Sosyal anksiyeteli bireyler ile yapılan çalışmalarda görülmüştür ki; sosyal anksiyetesi yüksek olan bireyler kontrol grubuyla belirgin farklılık göstermektedirler. Sosyal anksiyeteli bireyler kendileri için sosyal tehdit oluşturabilecek, negatif duygu yüklü kelimelere geldiklerinde, kelimenin rengini söylemede yavaşlamaktadırlar. Fakat kelime duygusal açıdan tehdit içermiyorsa ya da hiçbir duygusal çağrışımı yoksa kelimelerin rengini söylemede çok daha seri olmaktadır (Hope, Rapee, Heimberg ve Dombek, 1990).

#### **1.4.1.3. Sosyal Etkileşim Sonrası Oluşan Bilişsel Yanlılıklar**

Yaşanan sosyal olayın anlamına ilişkin yapılan yorumlar ve olaya ilişkin yargılar bireylerin yeniden benzer sosyal ortamlara girip girmeme isteklerini belirler. Pek çok bilişsel modele göre, sosyal anksiyeteli bireyler yaşadıkları sosyal durumu, olayın ardından tekrar tekrar zihinlerinde işlerler. Bu işlem sırasında negatif kendilik imajlarını ve dolayısıyla anksiyete içeren duygularını merkeze koyarak tüm yaşananları yeniden değerlendirirler. Her yeniden değerlendirme ile birey gerçekte varolan olaydan uzaklaşır ve durum hakkındaki yargısı daha da negatifleşir (Hoffman, 2007). Bu nedenle, sosyal anksiyetede sosyal ortamlardan kaçınma davranışının, olay üzerine yeniden düşünme ve yeniden kurgulama ile yakından ilişkili olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu konuyu araştırmak amacıyla yapılan deneysel çalışmalar, bu iddiayı kanıtlar nitelikte sonuçlar vermiştir. Abbott ve Rapee (2004) sosyal anksiyeteli bireyler ve kontrol grubundan oluşan katılımcıların olduğu bir deneyde, tüm katılımcılardan ön hazırlık yapmadan topluluk önünde bir konuşma yapmalarını istemişlerdir. Katılımcılardan konuşma yaptıktan hemen sonra ve konuşmadan bir hafta sonra performansları hakkında yazılı değerlendirme yapmaları istenmiştir. Deneyden elde edilen bulgulara göre, sosyal anksiyetesi olan bireyler, kontrol grubundakilere göre ikinci değerlendirmede kendi performanslarını ilk değerlendirmelerine oranla çok daha düşük olarak ifade etmişlerdir. Daha sonra Dannahy ve Stopa'nın (2007) yüksek ve düşük sosyal anksiyetesi olan bireylerle

yaptıkları benzer çalışmalar, daha önceki bulguları destekler nitelikte sonuçlar vermiştir.

### **1.5. Sosyal Anksiyetede Kaçınma ve Güvenli/Koruyucu Davranışlar**

Anksiyete üzerine yapılan çalışmalarda ilk olarak Beck (1985) anksiyeteli bireylerin tehdit içeren uyarıcıya karşı aşırı duyarlı olduklarını, bunun da 'koru'yu bir bilgi olarak baskın biçimde işlemlerini kolaylaştırdığını ileri sürmüştür. Daha sonra Foa ve Kozak (1986) anksiyeteli bireylerin, tehdit içeren uyarılara ait bilgiyi işlemede bilişsel olarak yavaşladıklarını hatta bu bilgiden kaçındıklarını ileri sürmüşlerdir. Bir sonraki aşamada, bu birbirine zıt bakış açılarına sahip iki model birleştirilerek sosyal anksiyetenin iki aşamalı ve kapsamlı bir modeli ortaya konmuştur (Mogg, Bradley, Bono ve Painter, 1997). Bu modele göre ilk aşamada anksiyeteli bireyler tehdit unsuru uyarıcı hakkındaki bilgiyi taraflı olarak işlemekte ve dolayısıyla bu tür uyarılara karşı hassaslaşmakta, ikinci aşamada ise uyarının yarattığı olumsuz duygu durumunu yaşamamak adına kaçınmayı tercih etmektedirler.

Sosyal anksiyetesi olan bireyler kendilerini anksiyete oluşturan ortamlardan kaçarak korumakta ve yoğun anksiyete ile bu şekilde başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Kaçarak gerginliğinin azaldığını gören anksiyeteli birey, kaçınma davranışını daha da arttırmaktadır. Uzun dönem korku ile yüzleşmeyen bireyde söz konusu ortamlara dair korku giderek büyümekte ve böylelikle 'kaçınma' engellenemeyen bir davranış haline gelmektedir. Zaman içerisinde kısır bir döngü içerisine giren anksiyeteli birey gitgide ve tümüyle işlev yapamaz hale gelmektedir (Rettew, 2000).

Sosyal anksiyeteli bireylerin sıklıkla koruyucu davranışlar geliştirdikleri bilinmektedir. Koruyucu davranışlar, kişinin anksiyetesini saklamak ve kaygısını azaltmak niyetiyle geliştirdiği kalıplaşmış davranışlardır (Keskin ve Orgun, 2007).

El titremesini gizlemek için ellerini sıkamak; daha doğal görünmek için elinde bir bardak içecek bulundurmak; konuşma sırasında donup kalmayı engellemek için çabuk konuşma, göz temasından kaçınma veya bu durumun ortaya çıkardığı gerilimi ortadan kaldırmak için gözlük takmak; bayılacakmış gibi olduğunda destek olması amacıyla duvara yaslanmak koruyucu davranışlara verilebilecek örneklerdendir (Dilbaz, 2000). Sosyal anksiyetesi olan bireyler bu tür davranışların kendilerine yardımcı olacağına inanırlar; aslında bu stratejiler sorunun daha da şiddetlenmesine neden olan paradoksal etkilere sahiptir. Çünkü çoğu koruyucu davranışlar sosyal anksiyeteyi arttıran iç gözlem, benliğe odaklanma gibi durumları tetikler. Öte yandan bu koruyucu davranışlar sosyal anksiyetesi olan bireyin, insanlarla mesafeli ve ilgisiz görünmelerine neden olur. Diğerleri bu tür davranışları çoğunlukla, kendilerinden hoşlanılmadığı, arkadaş canlısı olunmadığı şeklinde yorumlarlar. Böylece bu koruyucu davranışlar sosyal etkileşimi bozar, paradoksal olarak gelecekteki sosyal etkileşimle ilgili anksiyeteyi besler (Keskin ve Orgun, 2007).

## 2. ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI

Alkol kullanımı toplumun her kesimini etkileyen, öncelikli bir sorun olarak ele alınması gereken, çağımızın en ciddi ve kapsamlı sorunlarından biridir. Çünkü sorun yalnızca o maddeyi kullanan bireyi değil aynı zamanda o bireyin içinde doğduğu aileyi, ailenin parçası olduğu toplumu ve giderek o toplumda kültürel yapı özelliklerinden ekonomik işleyişe dek uzanan devamlılıkta tüm toplumsal evreni çok boyutlu biçimde etkilemektedir (Doğan, 1998; akt.Yiğit ve Khorshit, 2006).

Alkolün kolay elde edilebilir bir madde olması, toplum tarafından katı bir şekilde reddedilmemesi, hatta birçok yerde olgunluğun, rahatlığın ve dostluğun göstergesi, sosyalleşmenin bir ölçüsü olarak algılanması, kullanımını arttırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin %90'ının yaşamlarının herhangi bir döneminde alkol kullandıkları saptanmıştır. ECA (Epidemiologic Cathment Area ) verilerine göre erkeklerin %10'unda kadınların %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riski vardır (Goodwin, 1985). Batı toplumlarında alkol kullanım bozukluklarının oldukça sık görülmesine karşın Türkiye'de daha düşük oralar bildirilmektedir. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" projesi kapsamında 1997 yılında 18 yaş ve üzerindeki kişilerde alkol bağımlılığı sıklığı %8 (erkeklerde %1,7, kadınlarda %0,1)olarak bulunmuştur (Kılıç, 1998; akt. Gül, 2003). Bunun yanında aynı yıl İstanbul'da yapılan bir çalışmada alkol kullanım yaygınlığı %33,5 ve alkol kötüye kullanım oranı %6,8 olarak belirlenmiştir (Akvardar, Türkcan, Yazman ve Aytaçlar, 2003; akt. Gül, 2003). Türkiye'de alkol üretiminin ve özellikle genç nüfusta tüketiminin arttığı gözlemlenmektedir (Türkcan, 1999). Sevinçok ve meslektaşları (2000) yürüttükleri bir araştırmada örneklemin %31,9'unun yaşam boyu en az bir kez alkol kullandığını, %3'ünün her gün alkol almakta olduğunu saptamışlardır.

Alkol kullanımının ve buna bağlı sorunların giderek artması sonucunda, bu konu psikoloji biliminin ilgisini çekmiş, bireyleri alkol kullanımına iten sebeplerin

ne olduğu üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Elbette ki bu noktada ilk belirlenmesi gereken alkol kullanımının hangi noktada tehlike sınırına dayandığıdır ve bu sınır noktalarında bulunan bireyleri hangi ölçütlere göre belirleneceği önemli bir husus olmuştur. Bu nedenle alkol kullanım bozukluklarına ilişkin tanı kriterleri, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders) DSM’de tanımlanmıştır.

### **2.1. Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanımı Ve Tanı Sistemlerine Göre Sınıflandırılması**

Alkol ile ilgili sorunların DSM tanı sistemi kapsamına alınması, 1968 yılında yayımlanan DSM-II’de, “kişilik bozuklukları ve psikotik olmayan diğer bozukluklar” başlığı altında alkolizm ve madde bağımlılığı olarak yer almasıyla olmuştur.

1970’lerin sonuna kadar, alkol kullanım düzeyine ilişkin olarak, bireyler “alkolik” ve sosyal içici” olarak basit bir sınıflandırmaya tabi tutulurken, son 25–30 yıldır bağımlılık düzeyinin altında olan ve risk unsuru taşıyan alkol kötüye kullanımına ilgi artmıştır. (Fleming, 2001) DSM-III’te (APA, 1980) bağımlılık bozuklukları ilk kez ayrı bir sınıflandırma olarak ele alınmış ve alkol bağımlılığı ile alkol kötüye kullanımı olarak iki alt başlığa ayrılmıştır. DSM-IV’te (APA, 1994) ise Alkol kullanımıyla ilişkili bozukluklar, alkol kullanım bozuklukları ve alkolün yol açtığı bozukluklar olarak ikiye ayrılmış; alkol kullanım bozukluklarının alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı olarak ikiye ayrımı sürdürülmüştür. DSM-IV’e göre alkol bağımlılığının temel niteliği, alkol ile ilişkili önemli sorunlara karşın kişinin alkolü sürekli kullandığına işaret eden, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bir grup belirtinin varlığıdır. Alkol kötüye kullanımı ise, bağımlılık düzeyinde olmayan, ancak yineleyici ve önemli sonuçlara neden olan alkol kullanımınıdır. Alkol kötüye kullanımında kişi, riskli durumlarda alkol kullanabilir ya da kişilerarası ilişkilerde, iş ve aile ortamında

alkol nedeniyle problemler yaşamasına rağmen alkol alımını sürdürebilir.(APA, 1994). DSM-IV'te yer alan alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir.

### **2.1.1. Alkol Bağımlılığı Tanı Ölçütleri (DSM-IV)**

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belli bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü:

**(1)** Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

**(a)** Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarda alkol kullanma gereksinimi.

**(b)** Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

**(2)** Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

**(a)** Alkole özgü yoksunluk sendromu

**(b)** Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alınması

**(3)** Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması.

**(4)** Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabaların olması

**(5)** Alkolü sağlamak, kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

**(6)** Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

(7) Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımının sürdürülmesi.

Varsa belirtiniz:

**Fizyolojik bağımlılık gösteren:** Tolerans ya da yoksunluk kanıtları vardır.

**Fizyolojik bağımlılık göstermeyen:** Tolerans ya da yoksunluk kanıtları yoktur.

### 2.1.2. Alkol Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri (DSM-IV)

**A)** 12 Aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bir bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz alkol kullanımı örüntüsü:

(1) İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde alkol kullanımı (örn: alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; alkol kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; çocukların ya da diğer ev halkının ihmal edilmesi)

(2) Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde alkol kullanımı (örn: alkol ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar)

(3) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı (örn: entoksikasyon sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar)

**B)** Bu semptomlar, alkol bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

## 2.2. Alkol Kullanım Bozukluklarında Yaygınlık Ve Cinsiyetlere Göre Dağılım

Alkol bağımlılığı konusunda yapılan epidemiyolojik araştırmalar erkeklerde bu sorunun daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalarda erkek/kadın oranının 3:1 ile 5:1 arasında değiştiği bulunmuştur (APA, 1994). Alkol bağımlılığının cinsiyetler arasındaki farklılığının nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Cinsiyetler arası farklılığın nedenlerinden birisi bugün için tam aydınlatılmamış olan genetik özelliklerdir. Bu farklılığın olası nedenlerinden biri de cinsiyetlere yüklenen farklı sosyal rollerdir (Pektaş, Kalyoncu, Mırsal ve Beyazyürek, 2001).

Belçika’da 3564 üniversite öğrencisi üzerinde yürütölen bir araştırmada alkol kullanımı ile ilişkili sorunların görölme sıklığı %14,1 olarak belirtilmiştir (Aertgeerts ve diğer. 2000). İngiltere’de on farklı üniversitede 1610 erkek ve 1447 kız öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmaya göre ise öğrencilerin %80’inin alkol kullandığı, kullanıcıların %15inin ise alkolü kötüye kullandığı tespit edilmiştir (Webb, Ashton, Kelly ve Kamali, 1996).

Ölkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili geniş çaplı araştırmalar kısıtlıdır. Arıkan ve meslektaşlarının (1996) Ankara’da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasında, genel popölasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görölme sıklığı %0,9 olarak saptanmıştır. Türkcan ve meslektaşlarının (1999) İstanbul’da 12–65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak saptanmıştır.

Alkol kullanım sıklığı konusunda, ölkemizin değişik illerinde üniversite öğrencileri ile yapılmış, farklı örneklem büyüklükleri ile farklı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Hacettepe Üniversitesi’nde 1982–1983 ders



yılında öğrencilere uygulanan bir anketin sonuçlarına göre kızların %33,12'sinin, erkeklerin %66,7'sinin alkol kullandığı belirtilmiştir (Bilir ve Mağden, 1984). Aynı yıl İstanbul Üniversitesi 4. sınıf öğrencileri arasında alkol kullanmış olma oranları kızlarda %82,4 ve erkeklerde %86,2 olarak belirtilmiştir (Ekşi, 1986). 1985'te Trakya Üniversitesi öğrencileri arasında erkek öğrencilerin %41,1'inin, kız öğrencilerin %9'unun alkol kullandığı bildirilmiştir (Göktepe, Şenveli ve Kargı, 1985). Tümerdem ve meslektaşlarının (1986) yaptığı bir çalışmaya göre yüksek öğrenim gençliğinde alkol içme oranının İstanbul'da %43,6, Burdur'da %31,6, Samsun il merkezinde ise %16,3 olduğu bulunmuştur.

Mersin Üniversitesinde 901 öğrenci ile yapılan çalışmada; kız öğrencilerin %31'i ile erkek öğrencilerin %54'ü olmak üzere, toplam örneklemin %45'inin alkol kullandığı bildirilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin alkol alma nedenleri olarak 1. sırada (%46) alkölü eğlenmek için aldıkları belirtilirken, bunu takip eden 2. sıradaki nedenin (%35) sorunlardan kaçmak için olarak bildirilmesi dikkati çekmektedir (Tot ve ark., 2002). 2004–2005 öğretim yılında Ege üniversitesi fen fakültesi öğrencilerinden alınan 300 kişilik örneklem üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; öğrencilerin %76'sının alkol kullandığı, % 8,8inin alkol bağımlısı olduğu ve %14'ünün alkol kötüye kullanımının olduğu tespit edilmiştir. (Yiğit ve Khorshit, 2006). 2005–2006 öğretim yılında Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Meslek Yüksek Okulunda okuyan 600 öğrenciden 200'ünün örneklem olarak alındığı bir çalışmada Erkek Öğrencilerin %63,3'ünün, kız öğrencilerin ise %36,7'sinini alkol tükettikleri saptanmıştır (Yılmaz, İbiş ve Sevindi, 2007).

### **2.3. Alkol Kullanım Bozuklukları İle Anksiyete İlişisini İnceleyen Modeller**

Alkol ile anksiyete arasındaki ilişkiyi ilk kez teorik bir modele oturtan kişi Cogner olmuştur. Cogner ve meslektaşları stres artırıcı koşullarda alkolün farmakolojik etkisini test edebilmek için ilk olarak denek hayvanlarını

kullanmışlardır. Kurdukları deneysel düzenekte, denekleri korku uyandıran nesnelerin olduğu bir düzeneğe koymuş ve bu düzenek içerisinde alkollü sıvıyı da hazır bulundurmuşlardır. Deneyin sonunda, denek hayvanlarının alkollü sıvıdan tükettikten sonra bazılarının korku yaratan nesneye yaklaşma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir (Cogner, 1951). Cogner 1956 yılında yayınladığı ve “Tension Reduction Hypothesis -TRH” adını verdiği hipotezinde, alkolün cesaret verici özelliklerine dikkati çekmiş ve alkol kullanımını kaçınma davranışına neden olan korkuyu azaltmasına bağlamıştır (Kushner, Sher ve Beitman, 1990). Alkol kullanımının korkunun azalmasına hizmet ettiğini öne süren ve Türkçe’ye “Gerilim Azaltımı Hipotezi” olarak çevirebileceğimiz TRH’ye göre içme davranışının ardından korkunun azalması, içme davranışını pekiştirmekte ve arttırmaktadır (Davies, 1990). TRH’nin eleştirilerine bakıldığında iki önemli eksiği üzerine dikkat çekildiği görülmektedir. İlk olarak TRH alkolün farmakolojik etkisinden söz ederken bireysel ayrılıkları göz önünde bulundurmamaktadır. Bazı kimselerin diğerlerine göre alkolün anksiyolitik etkisine karşı daha duyarlı oldukları bilinmektedir. İkinci olarak hipotezde sözü edilen gerginlik/stres durumu çok genel bir kavram olarak ele alınmıştır. Sosyal anksiyete gibi spesifik stres durumlarını kapsamamaktadır (Sher ve Levenson, 1982). TRH genel olarak hafif orta içiciler üzerinde yapılan klinik gözlemler üzerinde kurulmuş bir hipotezdir ve ortaya atıldıktan sonra ilk olarak geniş kabul görmüştür. Yıllardır geniş çaplı ve çok sayıda araştırma yapılan ve çok tartışılan bir teoridir.

Klasik TRH’nin sınırlılıkları göz önünde bulundurularak, bu konuda geliştirilen ikinci model “Stres Tepkisi Azaltımı Modeli” (Stres Response Dampening Model-SRD) olmuştur (Sher ve Levenson, 1982). SRD, TRH’nin varsayımlarına paralel olarak, kişilerin alkollü yaşadıkları gerginliği azaltmak için kullandıklarını ileri sürmektedir. Alkol kaygı yaratan durum esnasında ya da öncesinde alındığında çok etkili bir anksiyolitikdir. SRD modelinde strese neden olan olaylar ya da durumların sosyal etkileşim durumlarını ve sosyal performans durumlarını kapsadığı belirtilmektedir. SRD’de kaygıya neden olan spesifik durumların açık bir biçimde tanımlanmış olması, bu modeli TRH’ye göre

avantajlı kılmıştır. Bunun yanında SRD'nin diğer bir avantajı bireysel ayrılıkları göz önünde bulundurmasıdır. Bu modele göre bazı kimseler alkolün stres azaltıcı etkisine daha açıktır ve bu tür kimseler için alkole dair sorunların yaşanması daha olasıdır (Finn ve Phil, 1988).

Alkol kötüye kullanımı ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan bir diğer model ise "kendi kendini tedavi hipotezi (Self Medication Hypothesis - SMH) dir (Khantzian, 1985). Bu hipotez daha çok SDR modeline benzemekle birlikte temel düşüncesini TRH'den almaktadır. SMH'ye göre alkol ve madde kullananlarda, eşlik eden psikolojik bozuklukların görece olarak yüksek oranlarda olmasının bir nedeni, psikolojik bozuklukları olan kişilerin rahatsızlıkları ile başa çıkmak için bu maddeleri kullanması ve zaman içinde bu maddelere karşı bağımlılık geliştirmesidir. Kendi kendini tedavi hipotezine göre hastalar, istenmeyen mizaç durumlarını değiştirmek, dayanılmaz anksiyetelerini azaltmak, bazı bilişsel bozuklukları ile başa çıkabilmek için bu maddeleri kullanmaya başlamaktadır. Kendi kendini tedavi hipotezinin kökleri ise, kontrollü klinik çalışmalardan çok bireysel, dinamik yönelimli psikoterapi veya psikanalizlerden toplanan klinik gözlemlerle desteklenmektedir (Wu , Kouzis ve Leaf, 1999).

#### **2.4. Alkol Kullanım Bozuklukları Ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği Üzerine Yapılan Çalışmalar:**

Sosyal anksiyete bozukluğunda yaşam boyu komorbidite için "uyarlanmış odds oranları" (adjusted odds ratio) (OR) hesaplanmıştır. OR, belirgin bir özelliği olan bir bireyde bu özelliği olmayanlarla kıyaslandığında belirgin bir hastalık olma olasılığını bildirir. ECA sonuçlarına göre sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda en yüksek yaşam boyu yaygınlığı olan ilk üç rahatsızlık, basit kaygı bozukluğu (%59; OR 9.17), agorafobi (%45; OR 11.81) ve alkol kötüye kullanımı (%19; OR 2.2) dir (Kessler, Stang, Wittchen, Stein ve Walters, 1999). Kessler ve

meslektaşlarının çalışmasına göre sosyal korkuların sayısı arttıkça OR oranı da artış göstermektedir.

Schuckit ve meslektaşları (1997) alkol bağımlılığı ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında yakın ilişki olduğunu bildirmiş, alkoliklerde yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığının alkolik olmayanların yaklaşık iki misli olduğunu kaydetmişlerdir. Sosyal anksiyete bozukluğu %75 eş zamanlı ruhsal hastalıktan önce gelirken alkol bağımlılığından önce meydana gelme oranı ise %85'tir.

Yapılan beş ayrı çalışmada yatan alkolik hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu hızı %8–56 olarak bildirilmiştir (Bowen, Cipywnyk, Darcy ve Keegan, 1984; Chambles ve ark., 1987; Mullaney ve Trippett 1979; Smail, Stockwell, Canter ve Hodgson, 1984; Stravynski, Lamontagne ve Lavallee 1986; akt. Dilbaz, 2000). Bu genel popülasyonda DSM-III-R tanı ölçütlerine göre tanımlanan sosyal anksiyete bozukluğu prevalansından anlamlı olarak daha yüksektir. Amies ve meslektaşlarının 1983'de yapmış oldukları bir çalışmaya göre, alkol kötüye kullanımı tanısı almış 87 kişide sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %20 olarak bulunmuştur (akt. Yapıcı, 2006). Tersine yapılan 3 ayrı çalışmada da sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda yüksek alkolizm hızı olduğu saptanmıştır (%16–36) (Amies, Gelder ve Shaw, 1983; Schneier, Martin ve Liebowitz, 1989; Thyer ve ark. 1986; akt. Dilbaz, 2000). Yapılan klinik çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni çeşitli sebeplere bağlanmaktadır ve SAB- AKB'nun birlikte görülme oranlarının tespit edildiğinden daha yüksek oranlarda olduğu tahmin edilmektedir. Elde edilen SAB-AKB birlikteliğine ilişkin oranların çalışmalarda farklılık göstermesinin nedenleri şöyle sıralanmaktadır:

1. Alkol kullanım problemi olan ve tedavi arayışında olan bireyler kendilerindeki sosyal anksiyeteye yönelik belirtilerin klinik anlamda önemli olduğunu inkar ediyor olabilirler (Marshall, 1994).

2. Sosyal anksiyeteye ilişkin sorunlarını giderebilmek için tedavi arayışında olan bireyler negatif değerlendirilecekleri korkusu ile aşırı alkol tükettiklerini bildirmekten kaçınıyor olabilirler (Morris, 2005).

Bu tür etkenler dolayısıyla SAB veya AKB için kliniğe başvuranlar diğer rahatsızlığın varlığını bildirmiyor olabilir ve elde edilen komorbiditeye ilişkin sonuçlar gerçekte olduğundan daha düşük görünebilmektedir

SAB ve AKB arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok epidemiyolojik çalışma olmasına karşın, hem tedavi arayışında olan kişilerle veya popülasyondan alınan örneklerle yürütülen deneysel çalışmalardan, hem de üniversite öğrencileri ile yapılan öz-bildirime dayalı çalışmalardan elde edilen bulgular SAB ile AKB ilişkisinin yeterince açık olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte bu ilişkinin yönü de açık değildir. Bazı çalışmalarda ilişkisellik pozitif yönlü bulunurken, kimi çalışmalarda negatif ilişkisellik olduğu sonucu elde edilmiştir. Bazı çalışmaların bulgularına göre ise SAB ve AKB arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır (Morris, Stewart ve Ham, 2005).

SAB ve AKB ilişkisini araştıran deneysel çalışmalar, klinik düzeyde tedavi arayışında olan kişilerle yapılan çalışmalar ve halktan alınan örneklem ile yapılan çalışmalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Abrams ve diğerlerinin (2001) yaptıkları deneysel çalışmada, tarama sonucunda DSM-IV-R sosyal anksiyete tanı ölçütlerini karşılayan 61 kişiyi üç aşamalı bir deneyde gözlemlemişlerdir. Katılımcılar önce alkol, plesebo ve kontrol grubu olarak üç koşula atanmıştır. İlk aşamada tüm katılımcılardan bir grup önünde konuşma yapmaları istenmiş, ikinci aşamada alkol ve plesebo gruplarına içeceklerini içmeleri için süre verilmiş ve üçüncü aşamada tüm katılımcılardan yeniden bir grup önünde konuşma yapmaları istenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde hem alkol hem de plesebo grubundaki kişilerin ikinci performanslarında kaygı düzeylerinin ilkine göre belirgin oranda düştüğü gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ise böyle bir farka rastlanmamıştır. Yapılan bu deneyde alkol ve kontrol grubundan benzer sonuçlar alınması alkolün

kişide anksiyolitik etki yaratmasından çok, kişilerin alkolden anksiyolitik etki beklentisinde olduklarını göstermektedir.

Yakın zamanda bu konuda yapılmış bir diğer araştırma, Morris ve meslektaşlarının (2004) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmadır. Son bir yıl içinde en az bir kez alkollü içki tüketmiş olduklarını bildiren 161 öğrenci araştırma kapsamına alınmış ve kendilerine Rutgers's Alcohol Problem Index (RAPI) ve Chief Fear of Negative Evaluation Scale uygulanmıştır. Öğrencilerin iki ölçeğe verdikleri yanıtlar SAB ve AKB arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmanın ikinci aşamasında öğrencilere, sosyal anksiyetenin yarattığı negatif duygu durumundan kaçınmak için kendilerini alkole yönlendirebilecek dört farklı motivasyon tipini ölçen "Drinking Motives Questionnaire Revised" uygulanmıştır. Bu dört farklı motivasyon boyutları (1) kaygı ile başa çıkma (2) sosyal açıdan eleştirilme korkusunu yenme (3) daha rahat yakın ilişkilere girebilme (4) pozitif duygu durumunu yükseltmek'tir. Sonuçlara göre öğrencilerin Fear of Negative Evaluation Scale'den aldıkları puanlar ile bu dört faktörlü testten, özellikle de testin 1. ve 2. boyutları olan kaygı ile başa çıkma ve eleştirilme korkusunu yenme den aldıkları puanlar önemli ölçüde pozitif ilişkili bulunmuştur. Araştırmacıların bildirdiğine göre bu çalışmadan çıkan sonuç, olumsuz değerlendirilme korkusu taşıyanların diğerlerine oranla daha çok alkole ilişkin problem yaşadığıdır.

Eggleston ve meslektaşları (2004) yine üniversite öğrencileriyle bir çalışma yürütmüşler, son altı ay içinde en az bir alkollü içecek içmiş olduğunu bildiren 284 öğrenciye cevaplamaları için "Social Interaction Anxiety Scale" ve alkol kullanım miktarını sorgulayan bir form vermişlerdir. Elde edilen sonuçlar daha önce sözü edilen modellerin (TRH, SRD ve SMH) aksine sosyal anksiyete düzeyleri ile alkol kullanım düzeyleri arasında negatif bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmacılara göre böyle bir sonucun ortaya çıkmasının nedeni anksiyeteli bireylerin alkol alınan sosyal ortamlara girmekten kaçınıyor olmaları ile açıklanabilir.

Ham ve Hope'un (2005) 316 üniversite öğrencisi ile yaptığı bir diğer çalışmada ise uyguladıkları Interaction Anxiousness Scale (IAS) ve Alcohol Use Questionnaire (AUQ) dan elde ettikleri bulgular, alkol ile anksiyete arasındaki ilişkinin negatif olduğu yönündedir. Araştırmacılar sonuçları değerlendirirken, Egleston ve meslektaşlarının (2004) yorumlarına paralel olarak yüksek sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin diğer öğrencilerin gittiği ve sıklıkla alkol kullandıkları mekanlara girmekten kaçınıyor olabileceklerini ve bu yüzden anksiyete ve alkol kullanımı arasındaki ilişkinin negatif çıkmış olabileceğini belirtmişlerdir.

Kushner ve Sher'in (1993)'te 489 üniversite 1. sınıf öğrencileri ile yürüttükleri bir çalışmada öğrencilere DIS (Diagnostic Interview Schedule) uygulanmış ve elde edilen sonuçlara göre sosyal fobi tanı ölçütlerini karşılayanların aynı zamanda alkol kötüye kullanımı tanı ölçütlerini de karşılama oranı, diğerlerine göre 1,7 kat daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç araştırmacılarca, sosyal fobik olmanın alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık riskini 1,7 kat arttırdığı şeklinde rapor edilmiştir. Araştırmacılara göre elde edilen bu sonuç SAD ve AKB arasında bir ilişkinin olduğunu akla getirmektedir ancak bu bulgular geniş bir kitle için sosyal fobiye tepki olarak aşırı alkol tüketiminin varlığını kanıtlamamaktadır (akt. Burke ve Stephens, 1999).

Kushner, Sher ve Ericson'un (1999) kadın ve erkek toplam 454 üniversite öğrencisiyle yaptıkları boylamsal bir çalışmada 3 yıl ara ile (1.yıl, 3. yıl ve 6. yıl) aynı öğrencilerden 3 kez ölçüm almışlardır. Değerlendirme son 12 aylık DIS/DSM-IV'ü kapsayan anksiyete bozukluklarını (genelleşmiş anksiyete bozukluğu, agorafobi, sosyal fobi) ve yine son 12 aylık DIS/DSM-IV'ü kapsayan alkol kullanım bozukluklarını (yalnız alkol bağımlılığı, bağımlılıkla birlikte alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık olmaksızın alkol kötüye kullanımı) ölçen sorular uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre 1. ölçümde anksiyete bozukluğu tespit edilen öğrencilerde, alkol kullanım oranınının 2. ölçümde 3,5 kat artmış

olduğu, 3. ölçümde ise ilk yıla kıyasla bu oranın 5 kat artmış olduğu belirlenmiştir(Kushner, Abrams ve Borchardt, 2000).

Thomas, Randall ve Carrigan (2003) sosyal anksiyeteyi (1) sosyal etkileşime girmekten korkma (2) sosyal ortamlarda performans sergilemekten korkma olarak iki kategoride ele alarak, kişilerde bu kategorilere göre alkol kullanım sıklığını ölçmüşlerdir. Sonuçlara göre sosyal etkileşime girmekten korku duyanların, sosyal ortamlarda performans sergilemekten korku duyanlara göre alkol alma oranlarının çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, SAB-AKB ilişkisini anlamada, SAB'nun farklı alt tiplerini araştırmanın önemli olduğunu düşündürmektedir

## **2.5. Araştırmanın Amacı Ve Sorular**

Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin sosyal anksiyete düzeyleri ile sosyal anksiyeteye yönelik bilişsel tutumları arasındaki ilişkiyi ölçmek ve öğrencilerdeki sosyal anksiyete düzeyi ile alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı oranları arasındaki ilişkiyi test etmektir.

1. Öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyi nedir?
2. Öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri ile sosyal anksiyeteye yönelik bilişsel tutumları arasında ilişki var mıdır?
3. Öğrenciler arasında alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı gibi alkol kullanım bozuklukları olanların oranı nedir?
4. Öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyleri ile alkol kullanım bozukluğu oranları arasında ilişki var mıdır?



### 3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeline, araştırma grubuna, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ve elde edilen verilerin işlenmesinde kullanılan istatistik tekniklere yer verilmiştir

#### 3.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Muğla Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji, Felsefe, Tarih ve Fizik Bölümlerinde okuyan toplam 250 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmaya 300 öğrenci ile başlanmıştır. Veri toplama araçlarını tutarsız cevapladığı tespit edilen ya da eksik dolduran toplam 50 kişi araştırmanın kapsamından çıkarılmıştır. Katılımcıların 145'i (%58) kadın, 105'i (%42) erkektir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların yaşı 17 ile 28 arasında değişmektedir.

Örneklem grubundaki 84 öğrenci (%33,6) sosyoloji, 70 öğrenci (%28) felsefe, 65 öğrenci (%26) tarih ve 31 öğrenci (%12,4) fizik bölümünde öğrenim görmektedir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin, 110'u (%44) 1. sınıf, 56'sı (%22,4) 2. sınıf, 39'u (%15,6) 3. sınıf ve 45'i (%18) 4. sınıf öğrencisidir. Tüm verilere ilişkin bilgiler Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Örneklem Grubuna İlişkin Demografik Veriler

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	145	58
Erkek	105	42
<b>Bölüm</b>		
Sosyoloji	84	33,6
Felsefe	70	28
Tarih	65	26
Fizik	31	12,4
<b>Sınıf</b>		
1. sınıf	110	44
2. sınıf	56	22,4
3. sınıf	39	15,6
4. sınıf	45	18

### 3.2. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmanın amaçları doğrultusunda gönüllü üniversite 1., 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri katılımcılara, araştırma sorularının temellendiği değişkenleri ölçmek üzere geliştirilen farklı ölçeklerin uygulanmasıyla toplanmıştır. Toplam 3 farklı ölçek ve bir de demografik soruların oluşturduğu anket kağıtları katılımcılara sunulmuş, tüm soruların katılımcılar tarafından tamamlanması ortalama 15–20 dakika sürmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan ölçekler, “Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği –SDYÖ”, “Liebowitz Sosyal Anksiyete

Ölçeği – LSAÖ”, “Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi – AKBTT” ve kişisel bilgi formudur.

### **3.2.1. Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği (Approach To Social Situations Scale) (SDYÖ)**

Hofman tarafından 2007’de geliştirilmiş, sosyal fobinin bilişsel temellerini ölçen likert tipi bir ölçektir. Ölçek, kişinin sosyal durumlara ve sosyal durumlara katılımında kendisine ilişkin bilişsel algılamalarını ölçen 12 sorudan meydana gelmektedir. Her soru 1’den başlayarak 10’a kadar giden bir doğruya değerlendirilir. Rakamlar arttıkça sosyal fobi düzeyi de artar. Ölçek klinik tanı almamış halk örneğine uygun olarak oluşturulmuştur (Hofman, 2007). Ölçek araştırmacının kendisi ve danışmanı tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu çalışmada öğrencilere uygulanan SDYÖ türkçe formundan elde edilen bulgular, LSAÖ’nden elde edilen bulgularla karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. 250 öğrenci ile yürütülen bu çalışma SDYÖ’nün öngörüçerlik ve öngüvenirlik araştırması olarak pilot çalışma niteliğindedir. Bu çalışmada elde edilen verilere göre SDYÖ için hesaplanan Cronbach’s Alpha değeri  $\alpha = 0,81$ ’dir. Orijinal ölçek Ek B’de, öğrencilere uygulanan Türkçe çevirisi ise Ek C’de verilmiştir.

### **3.2.2. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)**

Liebowitz’in 1987 yılında geliştirdiği ölçek 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ‘korku ya da kaygı’ ve ‘kaçınma’ davranışları alt ölçekleri bulunmaktadır. Her madde ‘korku ya da sıkıntı’ (0 = yok ile 3 = şiddetli) ve ‘kaçınma davranışı’ (0 = yok ile 3 = şiddetli) için ayrı ayrı puanlanır, Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 144 arasında değişirken, her bir alt ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 72 arasında

değişmektedir. Puanın artması belirtilerin şiddetlendiği anlamına gelmektedir (Gül, 2003). (Bkz Ek D)

LSAÖ sosyal fobi için geçerliliği ve güvenilirliği Heimberg ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından ve aynı zamanda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan Dr. Psik. Çiğdem Soykan ve arkadaşları tarafından (2003) Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği saptanmıştır. Ölçeğin sosyal fobi tanısı için kesme puanı 50, sosyal fobi korku tanısı için 25, sosyal fobi kaçınma tanısı için ise yine 25 alınmıştır. Bu çalışmada Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğine verilen cevaplardan hesaplanan Cronbach's Alpha değeri ( $\alpha = 0,93$ )'dir. Ölçeğin korku/kaygı alt ölçeği için bu değer  $\alpha = 0,89$ ; kaçınma alt ölçeği için  $\alpha = 0,88$ 'dir.

### **3.2.3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)**

AKBTT, orijinal adı ile "Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT", Dünya sağlık örgütü tarafından birinci basamak hizmetlerinde zararlı ve riskli alkol tüketimini saptamak amacıyla geliştirilmiş, 10 sorudan oluşan bir tarama testidir (Saunders ve ark., 1993; akt. Gül, Akvardar, Taş ve Tuncel, 2005). Çoğu tarama testinden farklı olarak son bir yıla ilişkin soruları içerir. Alkol tüketiminin sonuçlarının yanında miktarını, sıklığını ve yoğunluğunu da sorgular.

AKBTT soruları dört bölümden oluşur: Alkol kullanımı (ilk 3 soru), içme davranışı ve bağımlılığı (sonraki 3 soru), ters etkiler (7. ve 8. sorular) ve alkol ile ilişkili sorunlar (9. ve 10. sorular). Tüm sorularda seçenekler sırasıyla 0,1,2,3,4 değerleri arasında puanlanabilmekte, tüm ölçek puanı 0–40 puan arasında değişebilmektedir. Kesme noktası 8 olarak alındığında çalışmaların çoğunda oldukça yüksek duyarlılık, daha az fakat kabul edilebilir seçicilik göstermiştir. Dünya sağlık örgütü'nün altı farklı ülke üzerinde gerçekleştirdiği alan çalışmasında görüşmecî formu riskli ve zararlı alkol kullanımında yüksek

duyarlılık (%87-96) ve seçicilik (%81-98) göstermiştir (Saunders ve ark., 1993; akt. Gül, Akvardar, Taş ve Tuncel, 2005).

Yemez ve arkadaşları 1993 yılında İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesindeki esnaflarda AKBTT’nin görüşmeci formu ile alkol kullanım bozukluğu sıklığını araştırmışlardır. %61.6 oranında alkollü içki kullanan popülasyonun %25,2’si testten kesme noktası olarak önerilen 8 ve üzeri puan almıştır. Ülkemizde yatarak tedavi gören 51 alkol bağımlısı hastada yapılan çalışmada testin görüşmeci formunun geçerliği ve güvenilirliği araştırılmıştır ve MATT (Michigan Alkolizm Tanıma Testi) ile olan ilişkisine göre geçerli olduğu bildirilmiştir.

Bush ve arkadaşları, AKBTT’nin alkol tüketim miktarı ve sıklığını sorgulayan ilk üç sorusunun etkili bir tarama testi olarak kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Çalışmada kesme noktası 3 olarak alındığında alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığında %90, ağır içicilerde %98 duyarlılık göstermesine rağmen, düşük (%60) seçicilik göstermiştir (Bush ve ark., 1998).(Bkz Ek E)

#### **3.2.4. Kişisel Bilgi Formu**

Bu bölümden katılımcılara yaş, cinsiyet, okuduğu bölüm ve sınıf hakkında sorular yöneltilmiştir.(Bkz Ek F)

### **3.3. Bulgular**

Elde edilen veriler önce istatistiksel analizlere olanak sağlayacak şekilde kodlanmış, daha sonra sosyal bilimler için istatistik paket programı olan “Statistical Package for Social Science for Windows” (SPSS 16) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada öncelikle katılımcıların yaş, cinsiyet, bölüm ve sınıflarına ilişkin farklılıkları yansıtan betimsel analizler yapılmıştır. daha sonra katılımcıların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) ve Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT) deki maddelere verdikleri puanların her bir katılımcı için, ölçeklerin kesme noktaları üzerinden puan değerlendirmesi yapılmıştır, sonuçların cinsiyetlere göre dağılımı tablolarda gösterilmiştir. Daha sonra yine katılımcıların LSAÖ, AKBTT ve Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği (SDYÖ)’deki maddelere verdikleri puanların aritmetik ortalamaları hesaplanmış, elde edilen puanlar üzerinden istatistiksel analizlere gidilmiştir. Çalışmada her bir değişken ve alt değişkenlerinin diğer değişkenler ya da alt değişkenler ile ilişkisini ortaya koymak için pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır.

#### **3.3.1. Temel Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları**

Çalışmada temel değişkenlerin ve alt boyutlarının ortalama ve standart sapmaları hesaplanarak Tablo 3.2. de verilmiştir.

Tablo 3.2. Değişkenlerin ve Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapmaları

Değişkenler	X	SS	Alt Boyutlar	X	SS
<b>AKBTT</b>	0,31	0,53	Alkol kullanımı	0,55	0,85
			İçme Davranışı	0,19	0,54
			Ters Etkiler	0,29	0,64
			Alkole ilişkin sorunlar	0,17	0,40
<b>LSAÖ</b>	1,04	0,50	Korku	1,05	0,52
			Kaçınma	1,04	0,53
<b>SDYÖ</b>	4,09	1,54			

### 3.3.2. Örneklem Grubundaki öğrencilerde Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)'ne Göre En Çok Korku ve Kaçınma Yaratıcı Durumlar

Örneklem grubunu oluşturan öğrencilerde 'şiddetli' sıkıntı/korku yaratan ilk beş durum; ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak (%35,2), cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak (%26,0), seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak (%25,6), genel bir tuvalette idrar yapmak (%24,4) ve bir ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak (%16,8)'dir. Öğrencilerin 'genellikle' kaçındıkları ilk beş durum; ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak (%35,2), genel bir tuvalette idrar yapmak (%28,4), cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak (%26,8), seyirci önünde rol yapmak, oynamak veya konuşmak (%24,4) ve bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek (%18,4)'dir. Örneklem grubunu oluşturan öğrencilerim LSAÖ'nin her bir soru için korku ve kaçınma yüzdelik değerleri Tablo.3.3'te verilmiştir.

### 3.3.3. Örneklem Grubundaki Öğrencilerin Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği (SDYÖ)'ye Göre Aldıkları Puanların Yüzdelerik Dağılımı

Örneklem grubundaki öğrencilerin %50'den yüksek oranlarla 5 ve üzerinde puan vererek katıldıkları üç soru “sosyal ortamlarda insanların benden beklentilerinin yüksek olduğuna inanırım” (%86) , “sosyal ortamlarda dikkatim genellikle kendime yöneliktir” (%71,6) ve “sosyal ortamlardan ayrıldıktan sonra orada yaşadıklarım üzerine uzun uzun düşünme eğilimim vardır” (%68) olmuştur. Öğrencilerin 5 ve üzerinde puan vererek katıldıkları diğer maddeler sırasıyla şu biçimdedir: “sosyal ortamlarda genellikle kendimi rahat hissetmemi sağlayacak şeyler yaparım (gözlük takmak ya da kitap okumak vb.)” (%39,6), “Bir sosyal ortama girdiğimde kaygılı olduğumu diğerlerinin de fark ettiğini düşünürüm” (%37,2), “sosyal durumlarda bireysel olarak neyi elde etmek istediğim konusunda çoğu zaman kafam karışıktır” (%36,4), “katıldığım sosyal olayların sonunun kötü biteceğine dair abartılı endişelerim vardır” (%29,2), “sosyal durumlarda gerekli olan sosyal yeteneklerimin zayıf olduğunu düşünüyorum” (%27,6), “sosyal durumlarda yaşadığım kaygıyı kontrol etmede oldukça yetersizim” (%24,4), “söz konusu sosyal durumlar olduğunda kendimi fazla sevmem” (%24,0), “sosyal ortamlarda genellikle başıma kötü bir şey gelecekmiş gibi hissederim” (%22,4) ve sosyal ortamlardan genellikle kaçınırım” (%19,6)’dır. Öğrencilerin SDYÖ'nin her bir maddesini derecelerine göre puanlama sıklıkları yüzdelerik değerleri ile Tablo.3.4'te verilmiştir.



Tablo 3.3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğine Göre Korku ve Kaçınma Yaratan Durumların Örneklemdeki Yüzdeler Değerleri.

	Korku / Sıkıntı (yüzde)				Kaçınma (yüzde)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
Topluluk içerisinde telefon etmek	44,8	23,2	21,2	10,8	40,4	27,2	15,2	17,2
Küçük bir grupta beraber bir aktiviteye katılmak	62,4	16,4	16,4	4,8	63,6	19,2	10,0	7,2
Toplulukta yemek yemek	52,0	23,2	18,0	6,8	55,2	28,4	7,6	8,8
Toplulukta bir şeyler içmek (Çay, kola, vb.)	70,4	16,8	10,4	2,4	70,4	16,8	10,4	2,4
Yönetici konumundaki biriyle konuşmak	30,8	31,2	25,2	12,8	34,0	38,4	16,8	10,8
Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak	18,8	23,2	32,4	25,6	23,2	26,8	25,6	24,4
Bir davete gitmek	50,0	31,6	15,6	2,8	53,6	29,2	12,4	4,8
Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak	24,4	33,6	25,2	16,8	31,2	34,0	17,6	17,1
Biri ya da birileri tarafından izlenirken yazı yazmak	40,4	30,4	20,0	9,2	46,4	26,4	16,4	10,8
Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek	33,2	31,2	25,2	10,4	34,8	32,8	15,6	16,8
Çok iyi tanımadığınız biriyle yüz yüze görüşmek	34,4	33,2	22,0	10,4	43,2	30,4	15,6	10,8

Yabancılar ile tanışmak	47,2	27,6	17,6	7,6	48,0	29,2	15,2	7,6
Genel bir tuvalette idrar yapmak	42,8	14,4	18,4	24,4	37,2	21,6	12,8	28,4
Başkalarının olduğu bir odaya girmek	30,4	40,0	18,8	10,8	32,4	36,4	16,0	15,2
İlgi merkezi olmak	44,0	25,2	22,4	8,4	42,2	28,8	20,0	10,0
Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak	14,0	23,6	27,2	35,2	14,4	30,0	27,2	28,4
Beceri, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek	35,6	34,4	17,6	12,4	43,2	32,0	15,6	9,2
Çok iyi tanımadığımız birine karşı görüş bildirmek ya da onu onaylamak	44,0	29,2	19,2	2,6	42,8	27,6	18,4	11,2
Çok iyi tanımadığımız birinin doğrudan gözlerinin içine	48,0	22,0	18,4	11,2	44,4	24,0	18,4	13,2
Bir gruba sözlü rapor vermek	24,4	37,6	25,6	12,4	26,8	36,8	22,8	13,6
Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya	28,4	26,4	19,2	26,0	30,8	22,8	19,6	26,8
Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek	40,4	27,2	17,6	14,8	36,8	26,0	18,8	18,4
Bir davet vermek	44,4	30,0	22,8	2,8	46,4	32,0	17,2	4,4
Israrlı bir satıcıyı reddetmek	50,8	26,8	16,4	6,0	38,4	26,0	26,0	9,6

<b>Tablo 3.4. Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeğinde Öğrencilerin Her Bir Duruma Verdikleri Puanların Yüzdelik Değerleri</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
1- Sosyal ortamlarda insanların benden beklentilerinin oldukça yüksek olduğuna inanırım.	2,4	1,2	4,4	6,0	17,2	14,0	12,4	19,2	7,2	16,0
2- Sosyal durumlarda bireysel olarak neyi elde etmek istediğim konusunda çoğu zaman kafam karışmıştır.	20,8	19,2	12,4	11,2	10,8	1,6	6,4	7,6	4,0	6,0
3- Sosyal ortamlarda dikkatim genellikle kendime yöneliktir.	9,6	5,6	6,0	7,2	20,4	6,0	10,0	11,6	10,4	13,2
4- Katıldığım sosyal olayların sonunun kötü biteceğine dair abartılı endişelerim vardır.	34,8	20,4	12,4	3,2	7,2	3,2	4,4	5,2	2,8	6,4
5- Sosyal durumlarda gerekli olan sosyal yeteneklerimin zayıf olduğunu düşünüyorum.	38,4	13,2	12,8	8,0	9,6	4,4	3,2	4,0	3,2	3,2
6- Söz konusu sosyal durumlar olduğunda kendimi fazla sevmem.	44,0	14,8	8,8	8,4	8,4	4,8	4,0	2,8	2,0	2,0
7- Sosyal ortamlarda yaşadığım kaygıyı kontrol etmekte oldukça yetersizim.	39,2	20,0	12,0	4,4	6,8	3,2	3,2	3,6	2,8	4,8
8- Bir sosyal ortama girdiğimde kaygılı olduğumu diğer insanların fark ettiğini düşünürüm.	30,0	12,4	12,8	7,6	10,0	7,6	4,4	4,8	4,4	6,4
9- Sosyal ortamlarda genellikle başıma kötü bir şey geleceğim gibi hissederim.	44,0	18,0	7,6	7,6	7,6	2,8	2,8	2,4	3,2	3,6
10- Sosyal ortamlardan ayrıldıktan sonra orada yaşadıklarım üzerine uzun uzun düşünme eğilimim	8,4	8,4	8,0	7,2	13,2	8,8	4,0	9,6	7,2	25,2
11- Sosyal ortamlardan genellikle kaçınırım	53,2	14,8	7,6	4,8	8,0	2,4	2,8	2,0	1,6	2,8
12- sosyal ortamlarda genellikle kendimi daha rahat hissettirecek şeyler yaparım.	31,6	10,0	13,2	5,6	8,8	3,2	6,4	6,4	5,2	9,6

### 3.3.4. Sosyal Anksiyete, Sosyal Anksiyete Korku ve Sosyal Anksiyete Kaçınma Tanıları ile Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

Elde edilen bulgulara göre 145 kız öğrencinin 85'i (%58,6), 105 erkek öğrencinin 37'si (%35,2) LSAÖ'nin genel puanlamasında kesme noktası olan 50 puanın üzerinde puan almışlardır. Bu fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Genel toplama bakıldığında 250 öğrencinin 122'sinin (%48,8) LSAÖ'nden kesme noktasının üzerinde puan aldıkları ve sosyal anksiyete belirtileri gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 3.5.'de öğrencilerin cinsiyetlere göre sosyal fobi tanısı alma durumlarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 3.5. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Belirtisi Gösterme Durumları

<b>Sosyal Anksiyete Durumu</b>						
Cinsiyet	Sosyal Anksiyete Var		Sosyal Anksiyete Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kız	85	58,6	60	41,4	145	100,0
Erkek	37	35,2	68	64,8	105	100,0
Toplam	122	48,8	128	51,2	250	100,0

$p=0,00$        $\chi^2 :13,3$

Bulgulara göre 145 kız öğrencinin 85'i (%58,6), 105 erkek öğrencinin 36'sı (%34,3) LSAÖ'nin alt ölçekleri için önerilen 25 kesme noktası puanının üzerinde kalmış ve sosyal anksiyete korku belirtisi göstermişlerdir. Sosyal

anksiyete korku durumu için cinsiyetler arası bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Toplamda ise 250 öğrencinin 121'i (%48,4) sosyal fobi korku belirtisi göstermektedir. Tablo 3.6.'da öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal anksiyete korku belirtisi gösterme durumları sunulmaktadır.

Tablo 3.6. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Korku Belirtisi Gösterme Durumları

<b>Sosyal Anksiyete Korku Durumu</b>						
Cinsiyet	Sosyal Anksiyete Korku Var		Sosyal Anksiyete Korku Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kız	85	58,6	60	41,4	145	100,0
Erkek	36	34,3	69	65,7	105	100,0
Toplam	121	48,4	129	51,6	250	100,0

$P=0,00$        $\chi^2 =14,4$

Bulgulara göre 145 kız öğrencinin 82'si (%56,6), 105 erkek öğrencinin 42'si (%40) LSAÖ'nin alt ölçekleri için önerilen 25 kesme noktası puanının üzerinde kalmış ve sosyal anksiyete kaçınma belirtileri gösterdikleri saptanmıştır. Sosyal anksiyete kaçınma için cinsiyetler arası bulunan fark istatistiksel açıdan da anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Toplamda ise 250 öğrencinin 124'ü (%49,6) sosyal fobi kaçınma belirtisi göstermektedir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal fobi kaçınma belirtisi gösterme durumları Tablo 3.7.'de sunulmuştur.

Tablo 3.7. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Anksiyete Kaçınma Belirtisi Gösterme Durumları

Cinsiyet	Sosyal Anksiyete Kaçınma Var		Sosyal Anksiyete Kaçınma Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kız	82	56,6	63	43,4	145	100,0
Erkek	42	40,0	63	60,0	105	100,0
Toplam	124	49,6	126	50,4	250	100,0

P=0,010  $\chi^2= 6,67$

### 3.3.5. AKBTT ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlara Göre Öğrencilerin Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alma Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 3.8.'de öğrencilerin AKBTT'nin tüm sorularının hesaplamasında önerilen 8 kesme noktası üzerinden alkol kullanım bozukluğu tanısı alma durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı gösterilmektedir. Elde edilen sonuçlara göre 145 kız öğrencinin 9'u (%6,2), 105 erkek öğrencinin 31'i (%29,5) alkol kullanım bozukluğu tanısı almaktadır. Cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Toplamda 250 öğrencinin 40'ı (%16) alkol kullanım bozukluğu tanısı almaktadır.

Tablo 3.8. Öğrencilerin AKBTT/8 Kesme Noktası Üzerinden Alkol Kullanım Bozukluğu Belirtisi Gösterme Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

<b>Alkol Kullanım Bozukluğu</b>						
Cinsiyet	AKB var		AKB yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kız	9	6,2	136	93,8	145	100,0
Erkek	31	29,5	74	70,5	105	100,0
Toplam	40	16,0	210	84,0	250	100,0

P = 0,00  $\chi^2=24,6$

Tablo 3.9.'da öğrencilerin AKBTT'nin yalnızca alkol kullanımını ölçen ilk üç sorusuna verilmiş puanların hesaplamasında önerilen 3 kesme noktası üzerinden alkol kötüye kullanımı tanısı alma durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı gösterilmektedir. Elde edilen sonuçlara göre 145 kız öğrencinin 21'i (%14,5), 105 erkek öğrencinin 41'i (%39) alkol kötüye kullanımı tanısı almaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Toplamda 250 öğrencinin 62'si (%24,8) alkol kötüye kullanımı belirtisi göstermektedir.

Tablo 3.9. Öğrencilerin AKBTT/3 Kesme Noktası Üzerinden Alkol Kötüye Kullanımı Belirtisi Gösterme Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

<b>Alkol Kötüye Kullanımı</b>						
	AKK var		AKK yok		Toplam	
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%
Kadın	21	14,5	124	85,5	145	100,0
Erkek	41	39,0	64	61,0	105	100,0
Toplam	62	24,8	188	75,2	250	100,0

P= 0,00       $\chi^2=19,7$

### 3.3.6. AKBTT'nin İlk Üç Sorusuna Göre Öğrencilerin Alkol Alma Sıklıkları ve Miktarları

AKBTT'nin ilk sorusu olan “Ne sıklıkla Alkollü içecek kullanıyorsunuz?” sorusuna öğrencilerin verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında 57 kişinin (%22,8) ayda bir veya daha az alkol aldığı, 37 kişinin (%14,8) ayda 2 veya 4 kez alkol aldığı, 16 kişinin (%6,4) haftada 2 ya da 3 kez, 5 kişinin ise (%2) haftada 4 veya daha çok kez alkol aldığı görülmektedir.

AKBTT'nin alkol alım miktarını sorgulayan 2. sorusuna öğrencilerin verdikleri yanıtlara bakıldığında, 32 kişinin (%12,8) alkol aldığı bir günde genellikle 3 veya 4 standart içki içtiğini, 17 kişinin (%6,8) 5 ya da 6 standart içki içtiğini, 9 kişinin (%3,6) 7 ya da 9 standart içki içtiğini, 2 kişinin ise 10 veya daha fazla standart içki içtiğini bildirdiğini görmekteyiz.



AKBTT'nin 3. sorusu olan "Ne sıklıkla bir oturuşta 6 standart içki veya daha fazla içiyorsunuz?" sorusuna verilen cevaplara bakıldığında, 24 kişinin (%9,6) ayda birden az, 20 kişinin (%8) ayda 1 kez, 14 kişinin (%5,6) haftada 1 kez ve 3 kişinin (%1,2) her gün veya hemen hemen her gün bir oturuşta 6 ve üstü standart içki içtiğini bildirdiğini görmekteyiz.

### **3.3.7. AKBTT'nin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler**

AKBTT'nin alt boyutları olan "alkol kullanımı", "içme davranışı", "ters etkiler" ve "alkol ile ilişkili sorunlar"ın kendi aralarındaki ilişkilerini incelemek için korelasyon hesaplaması yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.10'da gösterilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre AKBTT'nin tüm alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkileri  $p < 0,01$  düzeyinde pozitif yönde ve anlamlıdır.

Tablo 3.10. AKBTT'nin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	Alkol Kullanımı	İçme Davranışı	Ters Etkiler	Alkol ile ilişkili sorunlar
Alkol Kullanımı	1			
İçme Davranışı	0,64**	1		
Ters Etkiler	0,63**	0,67**	1	
Alkol ile İlişkili Sorunlar	0,52**	0,48**	0,56**	1

\*P&lt;0,05

\*\*P&lt;0,01

### 3.3.8. LSAÖ'nin Alt Boyutları Korku ve Kaçınma Değerleri Arasındaki İlişkiler

LSAÖ'nin alt boyutları olan “sosyal anksiyete korku” ve “sosyal anksiyete kaçınma” durumları arasındaki ilişki 0,796 korelasyon değeri ile pozitif yönde ve  $p<0,01$  düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Buradan çıkan sonuç, örneklem grubundaki öğrencilerde sosyal anksiyete korku düzeyi arttıkça kaçınma düzeyi de artmaktadır.

### 3.3.9. SDYÖ ile LSAÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Tablo 3.11’de görüldüğü gibi öğrencilerin SDYÖ’den aldıkları puanlar ile LSAÖ’nin alt boyutları olan “sosyal anksiyete korku” ve “sosyal anksiyete kaçınma” puanları arasında  $p<0,01$  düzeyinde pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 3.11. Sosyal durumlara Yaklaşım Ölçeği ile Sosyal Anksiyete Korku ve Kaçınma Değerleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

	Sosyal Anksiyete Korku (LSAÖ)	Sosyal Anksiyete Kaçınma (LSAÖ)
SDYÖ	0,54**	0,53**

\* $P<0,05$

\*\* $P<0,01$

### 3.3.10. LSAÖ’nin Alt Boyutları ile AKBTT’nin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Tablo 3.12’de LSAÖ’nin alt boyutları olan “sosyal anksiyete korku” ve “sosyal anksiyete kaçınma” düzeylerinin AKBTT’nin alt boyutları olan “alkol kullanımı”, “içme davranışı”, “ters etkiler”, “alkol ile ilişkili sorunlar” ile ilişkileri gösterilmektedir. Bulgulara göre “sosyal anksiyete korku” boyutu ile alkol kullanımı boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -0,16$ ;  $p<0,01$ ). Yine sosyal anksiyete kaçınma boyutu ile alkol kullanımı arasında da negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,13$ ;  $p<0,05$ ). Denilebilir ki sosyal anksiyetede korku ve kaçınma düzeyi arttıkça alkol kullanım oranı

azalmaktadır. Öte yandan diğer boyutlar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tablo 3.12. Sosyal Anksiyete Korku ve Kaçınma Boyutları ile AKBTT'nin Alt Boyutları arasındaki Korelasyon Katsayıları

	Alkol Kullanımı	İçme Davranışı	Ters Etkiler	Alkol ile ilişkili sorunlar
Sosyal Anksiyete Korku (LSAÖ)	- 0,17**	0,03	0,02	-0,07
Sosyal Anksiyete Kaçınma (LSAÖ)	- 0,14*	- 0,01	0,054	-0,05

\*P<0,05

\*\*P<0,01

### 3.3.11. SDYÖ değerleri ile AKBTT Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

SDYÖ ile AKBTT'nin alt boyutları olan “alkol kullanımı”, içme davranışı”, “ters etkiler” ve “alkol ile ilişkili sorunlar” arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.13’de gösterilmiştir. Bulgulara göre yalnızca SDYÖ değerleri ile AKBTT'nin “alkol kullanımı” alt boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -0,13$ ;  $p < 0,5$ ). Ancak SDYÖ değerleri ile AKBTT'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 3.13. SDYÖ ile AKBTT alt boyutları arasındaki korelasyon

	Alkol Kullanımı	İçme Davranışı	Ters Etkiler	Alkol ile ilişkili sorunlar
Sosyal Durumlara Yaklaşım (SDYÖ)	- 0,14*	0,03	0,05	0,08

\*P&lt;0,05

\*\*P&lt;0,01

### 3.4. TARTIŞMA

Ergenlikten yetişkinlik yaşamına geçiş sürecini kapsayan üniversite öğreniminde bireylerin sağlıklı bir biçimde sosyalleşebilmeleri ve sorunlarına akılcı yollardan çözüm üretebilmeleri gerek akademik başarıları açısından gerekse üniversite sonrasında sağlıklı yetişkinler olarak topluma dahil olmaları açısından büyük önem taşımaktadır. Üniversite dönemindeki genç yetişkinler için önemli sorunlardan biri çevre ile ilgili adaptasyon sorunu yaşamalarıdır. Bilinmektedir ki aileden belli bir oranda ayrışmanın yaşandığı bu dönemdeki genç bireylerde sosyal çevreye karşı anksiyete belirtilerinin görülmesi ya da önceden var olan belirtilerin şiddetlenmesi sıklıkla görülen bir durumdur. Sosyal anksiyete bozukluğuna ilişkin bilişsel literatüre bakıldığında, sosyal anksiyeteli bireylerin tüm anksiyete belirtilerini altında çarpıtılmış düşünce kalıplarının olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ilk olarak üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyetenin korku/kaygı ve kaçınma düzeylerinde yaygınlığı ve literatürden edinilen bilgiler doğrultusunda, sorunun sözü edilen bilişsel alt yapı öğeleri ile uygunluğu incelenmiştir.

Sosyal anksiyete bozukluğu üzerine yapılan araştırmalarda bireylerin önleyemedikleri kaygıları ile baş etmede kullandıkları yöntemler içerisinde ilk sıralarda alkol kötüye kullanımının geldiği görülmektedir. Bu çalışmada ikinci olarak üniversite yaşamı içerisindeki, genç bireylerin alkol alma düzeyleri araştırılmış, sosyal anksiyete düzeyleri ile alkol kullanım sıklıkları, içme davranışları, alkol kullanımının yarattığı ters etkiler ve alkol ile ilgili yaşanan sorunlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Çalışmamızda gençlerin sosyal anksiyete düzeylerine bakıldığında, bu oranların oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Dilbaz'ın (1997) da belirttiği gibi hem genel değerlendirmede hem de korku ve kaçınma düzeylerinde sosyal anksiyete düzeyleri kız öğrencilerde, erkek öğrencilere oranla belirgin biçimde yüksektir. Bununla birlikte genç bireylerin LSAÖ'nden aldıkları puanlar ile

sosyal anksiyetenin bilişsel altyapısını ölçen SDYÖ'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında oldukça yüksek oranda pozitif yönde ve anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, bilişsel çarpıtmalar ve gerçeklikten uzak inançların sosyal anksiyete bozukluğu ile güçlü bir ilişkisinin olduğu varsayımını doğrulamaktadır. Öte yandan bu çalışmada öğrencilerin “Approach to Social Situations Scale”in Türkçe formu Sosyal Durumlara Yaklaşım Ölçeği (SDYÖ)’nden aldıkları puanlar ile LSAÖ’den aldıkları puanlar arasındaki tutarlılık, çalışmanın öngörüclük ve öngüvenirlik uygulaması açısından bir pilot çalışma niteliğinde olduğunu kanıtlamaktadır. Elde edilen sonuçlara göre öğrencilerde en yüksek derecede korku ve kaçınma yaratan durumların ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak ve seyirci önünde rol yapmak oynamak ya da konuşmak gibi genellikle performans sergileme durumlarında ortaya çıktığı görülmektedir. Öğrenciler arasında performans anksiyetesinin bu denli yüksek oluşu akademik başarı ve ilerideki iş kariyeri açısından gerekli olan girişkenlik özelliğinin eksik olduğunu düşündürmektedir. Üniversite eğitimi sırasında öğrencilerin performans anksiyetesini giderici ve topluluk önünde hitap etme yetenekleri geliştirici etkinliklerin düzenlenmesi daha başarılı ve girişken bir genç nesil için faydalı gözükmektedir. Daha somut veriler elde edebilmek için öğrencilerle performans anksiyetesini ve ders başarısı üzerine yeni çalışmalar yapılabilir. Bununla birlikte çalışmadan elde edilen sonuçlara göre “cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak” durumu da öğrenciler arasında en çok korku ve kaçınma yaratan durumlar arasındadır. Bu durum bize üniversite öğrencilerinin karşı cinsle yakınlaşma konusunda sorunlar yaşadığını göstermektedir. Daha sonraki çalışmalarda bu sorunların temel nedenleri üzerinde durulabilir.

Çalışmanın bulgularına bakıldığında alkol kullanım bozukluklarına ilişkin değerlerde erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla çok daha fazla miktarlarda alkol tükettikleri görülmektedir. AKBTT'nin alkol kötüye kullanımını ölçen ilk 3 sorusu (alkol kullanımı)'na göre değerlendirme yapıldığında tüm örneklemden bulunan alkol kullanım oranı %24,8'dir. Tüm örneklem grubu AKBTT'nin alkol kullanım sıklığıyla beraber alkole ilişkin ciddi sorunlarının da ölçüldüğü 5 alt

boyutunu içeren toplam 10 sorusu ile değerlendirildiğinde ise elde edilen oran %16,0 dır. Bu karşılaştırma tüm örnekleme salt %8’lik bir kesimin alkol kullanımına ilişkin ciddi sorunları olduğuna işaret etmektedir. Bulunan bu değer 2004–2005 öğretim yılında Ege üniversitesi fen fakültesi öğrencilerinden alınan 300 kişilik örneklem üzerinde yapılan çalışmadaki bulgularla tutarlılık göstermektedir (Yiğit ve Khorshit, 2006).

AKBTT’nin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, tüm boyutlar arasındaki ilişkilerin pozitif yönde kuvvetli bir biçimde anlamlı olduğu gözlemlenmektedir. Birbiri ile en yüksek düzeyde pozitif ilişkisi olan iki alt boyut alkolün yarattığı ‘ters etkiler’ ve ‘içme davranışı’dır.

Sosyal anksiyete düzeyleri ile alkol kullanım düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, LSAÖ korku ve kaçınma düzeyleri ile AKBTT’nin yalnızca ‘alkol kullanımı’ alt boyutu ile negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş, AKBTT’nin diğer boyutları ile anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır. Yine SDYÖ ile AKBTT’nin yalnızca ‘alkol kullanımı’ alt boyutu ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkiye rastlanmış, diğer boyutlarıyla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Elde edilen sonuç sosyal anksiyete düzeyi ile alkol kullanımı arasında ters bir ilişkinin olduğunu, alkol kullanımı artarken anksiyete oranının düştüğünü; anksiyete oranı artarken alkol kullanım miktarının düştüğünü ifade etmektedir. Bu açıdan elde edilen sonuç literatürdeki “Tension Reduction Hypothesis” TRH’nin ve diğer modellerin (SMH, SRD) varsayımları ile ters düşmektedir. Ancak benzer sonuçların daha önce yapılmış birkaç çalışmada da elde edilmiş olduğu bilinmektedir (Eggleston ve diğerleri, 2004; Ham ve Hope, 2005). Çalışmadan elde edilen bu ters yönlü ilişki yazarların da bildirdiği gibi sosyal anksiyetesi olan öğrencilerin alkol alınan sosyal mekanlara gitmekten kaçınıyor olmalarının bir sonucu olabilir. Sosyal anksiyete ve alkol kullanım sıklığını üzerine yapılacak bundan sonraki çalışmalarda katılımcıların zamanlarını ne tür yerlerde ve hangi tür etkinliklerde geçirdiklerini ölçen daha duyarlı anketler kullanılarak bu çalışmadaki eksiklik aşılabılır. Ayrıca sosyal anksiyete düzeyinin oldukça yüksek



olduğu görülen kız öğrenci grubunun alkolden ya da alkol alınan mekanların uzak durmaları kültürel değerlerle de açıklanabilir. Bu nedenle alkol ve anksiyete ilişkisini araştıran bundan sonraki çalışmalarda kültürel değerlere ilişkin ölçekler çalışma kapsamına alınabilir.

## KAYNAKLAR

- Abbott, M. J. & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination of negative self-appraisal of social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*. 113:136–144.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops, J., Vandermeulen, C., Ansoms, S. & Fevery, J. (2000). The Value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24:53–57.
- Akvardar, Y., Türkcan, A., Yazman, Ü. ve Aytaçlar, S. (2003). Prevalence of alcohol use in İstanbul. *Psychol Rep*. 92:1081–1088
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. A. (1997). A review of research on the Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin. Exp. Res*. 21:613–619.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. & Shaw, P. M. (1983). Social Phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*. 142:174–179.
- Arıkan, Z., Coşar, B. ve Işık, A. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. *Kriz Dergisi*. 4(2):93–100.
- Arnett, J. J. (2004). A longer road to adulthood. In *Emerging Adulthood: The Winding Road from Late Teens through the Twenties*. (3–25). U.K:Oxford University Press.

- Asmundson, G. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: evaluation using a dot probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*. 8:107–117.
- Atkinson, J. R. & Shiffrin, R. M. (Ed.). (1968). *Human memory: A proposed system and its control processes*. New York: Academic.
- Barber, P. (1988). The information processing approach. *An information processing framework*. (s:13-34) London & New York : Routledge
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- Bilir, Ş. ve Mağden, D. (1984). Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin sigara-alkol-ilaç alma ve uyuşturucu madde kullanma alışkanlığının araştırılması. *Sağlık Dergisi (SSYB)*. 58:15–30.
- Bowen, R. C., Cipywnyk, D., D'arcy & Keegan, D. (1984). Alcoholism, anxiety disorders and agoraphobia. *Alcohol Clin Exp Res*, 8:8–50.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C. & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*. 42:230–239.
- Burke, R. S., & Stephens, R. S. (1999). Social anxiety and drinking in collage students: A social cognitive theory analysis. *Clinical Psychology Review*. 19(5):513–530.

- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. D., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med.* 158:1789–1795.
- Carrigan, M. H. & Carrie, C. L. (2003). Self Medication in social phobia: A review of the alcohol literature. *Addictive Behaviors.* 28:269–284
- Chambless, D. L., Cherney, J. & Caputo, G. C. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *J Anxiety Disorders,* 1:9–40.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social phobia: Diagnosis, assesment and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R.G., Holt, C. S., & Liebowitz, M. R. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy,* 33, 305–307.
- Cogner, J. (1951). The effects of alcohol on conflict behavior in the albino rat. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.* 12:1–29.
- Cogner, J. (1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.* 17: 296–305.
- Dannahy, L. & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy.* 45(6):1207–1219.

- Davies, J.B. (1990). Life stres and use of illicit drugs, alcohol and tobacco: emprical findings, methodological problems and attributions. In D. M. Warburton (Ed.) *Addiction Controversies*. (283–295). Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Doğan, B. Y. (1998). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı. İstanbul:Mutlu Doğan Ofset Matbaacılık, 1-31.
- Dilbaz, N. (1997) Sosyal Fobi. *Psikiyatri Dünyası*. 1:18–24.
- Dilbaz, N. (2000). Sosyal anksiyete bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri*. 2000;Ek 2:3–21
- Eggleston, A., Woolaway-Bickel, K., & Schmidt, N. B. (2004). Social anxiety and alcohol use: Evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*. 18: 33–49.
- Ekşi, A. (1986). Üniversiteli Gençler. İstanbul, İ.Ü. Yayınları No. 3430, İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayınları. 2:169–549.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. & Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eurepean Psychiatry*. 15(1):17–24.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, H.U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *Eurepean Neuropsychopharmacology*, 15, 453–462.

- Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L. & Johnson, K. (1998). At care sample: Prevalence of health policy implications. *American Journal of Public Health*. 88: 90–93.
- Finn, P. R., & Phil, R. O. (1988). Risk for alcoholism: A comparison between two different groups of sons of alcoholics on cardiovascular reactivity and sensitivity to alcohol. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 12: 742–747.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Geçtan, E. (1984). Yaşam döngüsü ve sorunları. *Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar*. (3. Basım) içinde (84-89). Ankara:Maya Yayınları.
- Goodwin D. W. (1985). Alcoholism and genetic. The sons of fathers. *Archives of General Psychiatry*. 42: 171–174.
- Göktepe, E. O., Şenveli, B. ve Kargı, N. (1985). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde bir araştırma. 21. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Adana-Mersin. 95–97.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C. & Pickering R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. *Drug and Alcohol Dependence*. 74:223–34.
- Gül, S. (2003). *Alkol kullanım bozuklukları tarama testleri ve laboratuvar belirleyicilerinin tanısal geçerliliği*. Yayınlanmış uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. İzmir.

- Gül, S., Akvardar, Y., Taş, G. ve Tuncel P. (2005). Alkol kullanım bozukluklarında tarama testleri ve laboratuvar belirteçlerinin tanısal etkinliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 16(1):3–12.
- Ham, L. S. & Hope D. A. (2005). Incorporating social anxiety into a model of college problematic drinking. *Addictive Behaviors*. 30: 127–150.
- Heinrichs, N. & Hoffman, S. G. (2001). Information Processing in Social Phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review*. 21(5):751–770.
- Hoffman, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*. 4(36):193–209.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G., Hope, D.A. & Leibowitz, M.R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*. 6: 63–77.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G. & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*. 14, 177–189.
- Horrenstein, M., & Segui, J. (1997). Chronometrics of attentional processes in anxiety disorders. *Psychopathology*. 30:25–35.
- Hovardaoğlu, S. (1995). Kişilerarası ilişkiler ve davranış bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 3 (1–2):4-9
- İzgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O. ve Kuğu, N. (2000). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 1(4):207–214.

- Keskin, G. ve Orgun, F. (2007). Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 262–270.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse of and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*. 54:313–21.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M. & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. 29:555–567.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 142: 1259–1264.
- Kılıç, C. (1998). Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. N. Erol, C. Kılıç,, M. Ulusoy, M. Keçeci, Z. Şimşek (Eds.). Ankara:Eksen Tanıtım Ltd. Şti. 77–93.
- Kushner M.G., Sher K.J. & Beitman B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 147:685–695.
- Kushner M. G., Sher K. J., & Ericson, D. J. (1999). Prospective Analysis of the relation between DSM-III anksiyety disorders and alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 156:723–732.



- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2):149–171.
- Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. *British Journal Of Psychiatry*, CXVI: 337–386.
- Marshall, J. (1994). The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58: A58–A66.
- Mathews, A. & Macload, C. (1994). Cognitive Approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45: 25–50.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Bono, J. & Painter, M. (1997). Time course of attentional bias for threat information in non-clinical anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 297–303.
- Morris, E.P., Stewart, S. H. & Ham, S. H. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 25: 734–760
- Mullaney, J. A. & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *Br J Psychiatry*, 135:565–573.
- Norton, P. J. & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions. *Self and observer ratings of social anxiety and performance. Behavior and Therapy*, 32, 756–786.
- Öztürk, O. (2002). Fobik anksiyete bozukluklarının kliniği ve tedavisi. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (9. Basım) (s.87–88). Ankara:Feryal Matbaası.

- Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Mirsal, H. ve Beyazyürek, M. (2001). Alkol bağımlılarında sosyodemografik değişkenler, klinik özellikler ve tedavi sonuçlarının cinsiyetler arasındaki farklılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 2(1): 25–29.
- Powers, R.J. & Kutash, I. L. (1985). Stres and alcohol. *International Journal of Addiction*. 20:461–482.
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavioral Research and Therapy*. 35(8): 741–756.
- Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., Eaton, W. W. & Locke, B. Z. (1984) The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*. 41:934–941.
- Rettew, D. C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review Of Psychiatry*. 8(6):283-297.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 88:791–804.
- Schneier, F. R., Martin, L. Y. & Liebowitz M. R. (1989) Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3: 15–23.
- Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1990). Handbook child and adult psychopathology. M. Hersen, C. G. Last. (Eds.). New York: Pergamon Press.

- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C., Liebowitz, M. R. & Weissman, M. M. (1992) Social Phobia: Comorbidity and morbidity in a epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282–288.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E. & Bucholz, K. K. (1997). The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, 92:1289–1304.
- Sevinçok, L., Küçükardalı, Y., Dereboy, Ç. ve Dereboy, F. (2000). Genç erkeklerde madde kullanımı: Sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 11:40–48.
- Sher, K., & Levenson, R. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress–response-dampening effect of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*. 91: 350–367.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S. & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *Br J Psychiatry*, 144:53–57.
- Soykan, C., Özgüven, H. D. ve Gençöz, T. (2003). Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychol Rep*. 93:1059–1069.
- Stein M. B., Walker, J. R. & Forde, D. R. (1994) Setting thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*. 151:408–412.
- Stravynski, A., Lamontagne, Y. & Lavallee, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Can J Psychiatry*, 31:714–719.
- Sungur, M. Z. (1997) Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*. 1:5–11.

- Thomas, S. E., Randall, C. L., & Carrigan, M. H. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 27: 1937–1943.
- Thyer, B. A., Parrish, R. T., Himle, J., Cameron O. G., Curtis, G. C. & Nesse, R. M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behaviour Research and Therapy*. 24:357–359.
- Tot, Ş., Yazıcı, K., Ertekin, A., Erdem, P., Bal, N., Metin, Ö. ve Çamdeviren, H. (2002). Mersin üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3: 227–231.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*. 9: 19–35.
- Turan, M., Çilli, A. S., Aşkın, R., Herken, H., Telcioğlu, M. ve Kucur, R. (1999). Cage testi ve alkol kullanımını üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2:217–221.
- Tümerdem, Y., Ayhan, B., Özsüt, H. ve ark. (1986). Orta ve yüksek öğrenim gençleri ve alkol kullanımı. XXII. Ulusal psikiyatri ve nörolojik bilimler kongresi bilimsel çalışmaları. Marmaris: 22–26.
- Türkcan, A. (1999). Türkiye’de alkol kullanımını ve yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10(4):310–318.
- Türkçapar, H. M. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*. 2:247–253.
- Webb, E., Ashton, C. H., Kelly, P. & Kamali. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 348:922–925.

- Weilage, M. & Hope, D. A. (1999). Self-discrepancy in social phobia and dysthymia. *Cognitive Theory And Research*. 23: 448-457.
- Williams, S. L. (1995). Self-efficacy and anxiety and phobic disorders. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 69–107). New York: Plenum Press.
- Wu, L. T., Kouzis, A. C. & Leaf, P. J. (1999). Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 156(8):1230–1236
- Yapıcı, A. (2006). *Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmış uzmanlık tezi, İstanbul Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. 11. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- Yemez, B., Uçku, R., Tunca, Z., Aksakoğlu, G., Alptekin, K. ve Cimilli, C. (1994). Alkol Kullanım Bozukluğu Belirleme Testi ile alkol kullanım bozukluğu yaygınlığının araştırılması. 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Türk Psikiyatrisinin Güncel Sorunları Uydu Sempozyumu. Kayseri-Nevşehir. S. 181–185.
- Yılmaz, G., İbiş, S. ve Sevindi, T. (2007). Gazi Üniversitesi beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinin sigara ve alkol kullanımının değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 8(2): 85–90.
- Yiğit, Ş. ve Khorshid, L. (2006). Ege üniversitesi fen fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığı. *Bağımlılık Dergisi*. 7(1): 24–30.

Yolaç, P. (1996). Sosyal fobi ve bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımı. Bilişsel davranışçı terapiler. Işık Savaşır, Gonca Boyacıoğlu ve Elif Kabakçı (Eds.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

## EKLER

### EK A

#### YÖNERGE

Biz bu çalışmada 17–30 yaş arası kişilerde sosyal etkileşim durumlarına katılımı ve bu dönemde alkol kullanımına ilişkin alışkanlıkları araştıran bir çalışma yürütmekteyiz. Burada sosyal etkileşim durumları ile sizin günlük yaşamınızda zorunlu ya da istekli olarak etkileşimde bulunduğunuz insanlarla olan ilişkileriniz ya da katıldığımız arkadaş toplantıları gibi ortamlar kastedilmektedir.

İlişikteki ilk iki bölümde verilen sorularda sosyal ortamlara katılan kişide ortaya çıkabilecek düşünsel ya da davranışsal tepkiler verilmektedir. Üçüncü bölümde ise alkol kullanımına ilişkin sorular yer almaktadır. Bizim sizden istediğimiz her bir durumun size ne kadar uyduğunu ya da uymadığını işaretlemenizdir. Bu soruların cevaplandırılması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Bu ankette vereceğiniz bütün bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Anketin hiçbir yerinde isminiz veya kimliğinizi ortaya çıkaran herhangi bir soru sorulmamaktadır. Araştırmamızın objektif olması ve elde edeceğimiz sonuçların güvenilirliği bakımından sorulara içtenlikle ve sizi tam olarak yansıtacak şekilde cevaplamanız bizim için çok önemlidir.

Katılımınızla bize yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

#### ARAŞTIRMACILAR

Doç. Dr. Tevfik ALICI

Yük. Lis. Öğr. Mine TEKİN

**EK B****(Approach to Social Situations Scale)**

Please answer the following questions as honestly as you can. Your honest answers will help us tailor the treatment that you are about to receive to your specific needs. Please rate how much you agree with the following statements on a scale from 0 (I don't agree at all/this is not typical of me) to 10 (I agree very much/this is very typical of me):

1. I believe that the expectations of me in social situations are very high.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2. I am often not quite clear about what I personally want to achieve in a social situation.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3. I tend to focus my attention toward myself when I am in a social situation.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

4. I tend to overestimate how bad a social situation can turn out.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. I believe that my social skills to handle social situations are poor.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6. I don't like myself very much when it comes to social situations.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7. I have little control over my anxiety in social situations.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

8. I think that people can tell when I am anxious in social situations.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10



9. I usually expect that something bad will happen to me in a social situation.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

10. I tend to dwell about social situations after they happened.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

11. I often avoid social situations.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

12. I often do things that make me feel less uncomfortable when I am in social situations.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

## EK C

### SOSYAL DURUMLARA YAKLAŞIM ÖLÇEĞİ (SDYÖ)

**UYARI:** Lütfen aşağıda verili durumların size ne derecede uyduğunu ya da uymadığını 1'den 10'a kadar olan ölçekte işaretleyiniz. (1 = bana hiç uymuyor/kesinlikle katılmıyorum; 10 = bana tamamıyla uyuyor/ kesinlikle katılıyorum) her soru için sadece bir işaret koyulabilir.

1. Sosyal ortamlarda insanların benden beklentilerinin oldukça yüksek olduğuna inanırım.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2. Sosyal durumlarda bireysel olarak neyi elde etmek istediğim konusunda çoğu zaman kafam karışıktır.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3. Sosyal ortamlarda dikkatim genellikle kendime yöneliktir (nasıl davrandığım, nasıl gözüktüğüm vb.).

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

4. Katıldığım sosyal olayların sonunun kötü biteceğine dair abartılı endişelerim vardır.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. Sosyal durumlarda gerekli olan sosyal yeteneklerimin zayıf olduğunu düşünüyorum.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6. Söz konusu sosyal durumlar olduğunda kendimi fazla sevmem.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7. Sosyal ortamlarda yaşadığım kaygıyı kontrol etmede oldukça yetersizim.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

8. Bir sosyal ortama girdiğimde kaygılı olduğumu diğer insanların fark ettiğini düşünürüm.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

9. Sosyal ortamlarda genellikle başıma kötü bir şey gelecekmiş gibi hissederim.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

10. Sosyal ortamlardan ayrıldıktan sonra orada yaşadıklarım üzerine uzun uzun düşünme eğilimim vardır.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

11. Sosyal ortamlardan genellikle kaçınırım.

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

12. Sosyal ortamlarda genellikle kendimi daha rahat hissetmemi sağlayacak şeyler yaparım (gözlük takmak ya da kitap okumak, vb.).

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

## EK D

## LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (LSAÖ)

**UYARI:** Tüm seçenekleri geçen haftayı kapsayacak ve bugünü de içine alacak biçimde düşünerek işaretleyiniz. Eğer aşağıda yazılı durumlardan biri geçen hafta veya bugün içinde olmadıysa, olduğunu varsayarak işaretleyiniz. Her bir durumu okuduktan sonra, önce ilk sütundaki korku/sıkıntı derecesini; sonra ikinci sütundaki kaçınma derecesini ayrı ayrı işaretleyiniz.

**Not:** Yok = %0, Hafif = %1-33, Orta ve Sıkça = %34-67, Şiddetli ve Genellikle = %68-100.

	KORKU ya da SIKINTI				KAÇINMA			
	0 = Yok		2 = Orta		0 = Yok		2 = Sıkça	
	1 = Hafif		3 = Şiddetli		1 = Hafif		3=Genellikle	
	0	1	2	3	0	1	2	3
Topluluk içerisinde telefon etmek								
Küçük bir grupla beraber bir aktiviteye katılmak								
Toplulukta yemek yemek								
Toplulukta bir şeyler içmek (Çay, kola, vb.)								
Yönetici konumundaki biriyle konuşmak								
Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak								
Bir davete gitmek								
Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak								
Biri ya da birileri tarafından izlenirken yazı yazmak								
Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek								
Çok iyi tanımadığınız biriyle yüz yüze görüşmek								
Yabancılar ile tanışmak								
Genel bir tuvalette idrar yapmak								

Başkalarının olduğu bir odaya girmek								
İlgi merkezi olmak								
Ön hazırlık olmadan bir toplulukta konuşmak								
Beceri, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek								
Çok iyi tanımadığınız birine karşı görüş bildirmek ya da onu onaylamak								
Çok iyi tanımadığınız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak								
Bir gruba sözlü rapor vermek								
Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak								
Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek								
Bir davet vermek								
Israrlı bir satıcıyı reddetmek								

**EK E****ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI TANIMA TESTİ (AKBTT)**

**UYARI:** Aşağıdaki sorularda lütfen sizin için en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız.

**1. Ne sıklıkla alkollü içecek kullanıyorsunuz?**

- A) Hiç B) Ayda 1 veya daha az C) Ayda 2-4 kez D) Haftada 2-3 kez  
E) Haftada 4 veya daha fazla

**2. Alkol aldığınız bir günde kaç standart içki içersiniz?**

**Not:** Bir standart içki=330 cl bira, bir kadeh şarap, bir tek rakı, bir tek votka, bir tek viski ve bir tek cindir. (500 cl bira 1.5, bir duble rakı 2 standart içkidir).

- A) Hiç, 1 veya 2 B) 3 veya 4 C) 5 veya 6 D) 7 veya 9 E) 10 veya daha fazla

**3. Ne sıklıkla bir oturuşta 6 standart içki veya daha fazla içiyorsunuz?**

- A) Hiç B) Ayda birden az C) Ayda bir D) Haftada bir E) Her gün veya hemen her gün

**4. Geçtiğimiz yıl içinde ne sıklıkla içmeye başladığınızda belirli bir miktarda içmeyi durdurmak istediğiniz halde durduramadığınız olmuştur?**

- A) Hiç B) Ayda birden az C) Ayda bir D) Haftada bir E) Her gün veya hemen her gün

**5. Geçtiğimiz yıl içinde ne sıklıkla normal olarak sizden beklenenleri içki nedeniyle yerine getiremediğiniz olmuştur?**

- A) Hiç B) Ayda birden az C) Ayda bir D) Haftada bir E) Her gün veya hemen her gün

**6. Geçtiğimiz yıl içinde ne sıklıkla ağır bir içki alımının ardından sabah kendinize gelmek için içki içmeye ihtiyacınız olmuştur?**

- A) Hiç B) Ayda birden az C) Ayda bir D) Haftada bir E) Her gün veya hemen her gün

**7. Geçtiğimiz yıl içinde ne sıklıkla içki içtikten sonra suçluluk veya pişmanlık duymuşsunuzdur?**

- A) Hiç B) Ayda birden az C) Ayda bir D) Haftada bir E) Her gün veya hemen her gün

**8. Geçtiğimiz yıl içinde ne sıklıkla gece içki içiminin ardından ertesi gün o gece neler olduğunu hatırlayamadığınız olmuştur?**

- A) Hiç B) Ayda birden az C) Ayda bir D) Haftada bir E) Her gün veya hemen her gün

**9. Siz veya bir başkası sizin içkili olmanız nedeniyle yargılandı mı?**

- A) Hayır B) Evet fakat geçen yıl değil C) Evet geçen yıl

**10. Bir yakınınız, arkadaşınız, bir doktor veya bir sağlık elemanı alkol kullanımınızla ilgilendi mi veya azaltmanızı/bırakmanızı önerdi mi?**

- A) Hayır B) Evet fakat geçen yıl değil C) Evet geçen yıl

**EK F**  
**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**Katılımcının;**

**Doğum Yılı: .....**

**Cinsiyeti:.....**

**Bölümü: .....**

**Sınıfı: .....**



## **ÖZGEÇMİŞ**

**Adı Soyadı** : Mine TEKİN

**Doğum Yeri** : Denizli

**Doğum Yılı** : 1982

**Medeni Hali** : Bekar

## **EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER**

**Lise** 1997-2000 : İZMİR – Karşıyaka Şemikler Lisesi

**Lisans** 2000-2004 : Muğla Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

**Yabancı Dil** : İngilizce