



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN YAŞAM
KALİTESİ VE SOSYAL ANKSİYETE ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

AYŞE ARIKBOĞA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL

2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

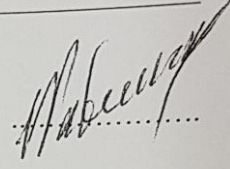
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe ARIKBOĞA tarafından hazırlanan “*Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03.07.2017

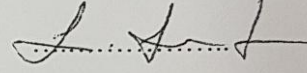
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

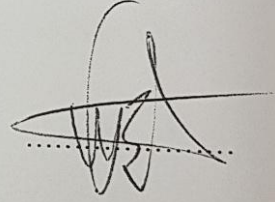
Jüri Üyesi : Prof. Dr. Necmiye SABUNCU (Danışman)
: Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu



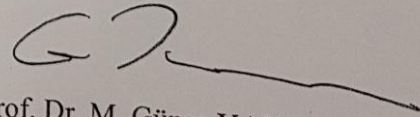
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Leman ŞENTURAN
: Biruni Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi



Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. M. Güneş YAVUZER

Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeyi, sosyal fobi düzeyleri ve yaşam kalitesi ile sosyal fobi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi Ayşe Arıkboğa tarafından Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ile Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (Necmiye SABUNCU) den

- 09-Haz-2017 15:17 EEST' de işleme konu
- NUMARA: 823562041
- Kelime Sayısı: 11561

Benzerlik Endeksi

%22

Kaynağa göre Benzerlik

İnternet Sources:

%20

Yayınlar:

%12

Öğrenci Ödevleri:

%10

II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında ve yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı şekillendiren Sayın Tez Danışmanım Prof. Dr. Necmiye SABUNCU hocama;

Tez çalışmamda bana desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Leman ŞENTURAN hocama ve Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ hocama;

Tez sunum aşamasında bana yardımcı olan Öğretim Görevlisi Gülcen KENDİRKIRAN hocama ve Öğretim Görevlisi Hatice GÜRSOY hocama;

Araştırmamın yürütülmesi esnasında bana yardımını esirgemeyen Öğretim Görevlisi Afet MİŞHAL hocama, Msc. Şükran K. YILMAZ hocama ve Araştırma Görevlisi Enes KARA'ya.

Bana desteğini hiç eksik etmeyen Yrd. Doç. Dr. Şeyda SAYDAMLI Hocama.

Araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan ve anket sorularımı sabırla cevaplayan T.C. Haliç Üniversitesi ve T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi hemşirelik bölümü öğrencilerine, yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini, dualarını ve desteklerini esirgemeyen değerli ailem; annem Ulviye KELEŞ, babam Hüseyin KARADEMİR ve canım kardeşim Gülizar ÖZGÜN'e, yaşamımı daha anlamlı kılan canım eşim İbrahim ARIKBOĞA ve dünyalar güzeli kızım Zeynep Nur ARIKBOĞA'ya çok teşekkür ederim.

III. İÇİNDEKİLER

I.	İNTİHAL RAPORU	I
II.	TEŞEKKÜR	II
III.	İÇİNDEKİLER	III
IV.	KISALTMALAR	VI
V.	TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	VII
1.	ÖZET	1
2.	SUMMARY	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.	GENEL BİLGİLER	5
4.1.	İnsan	5
4.2.	Davranış ve kişilik	5
4.3.	Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Tarihçesi	7
4.3.1.	Yaşam Kalitesi	7
4.3.2.	Yaşam Kalitesinin Tarihçesi	8
4.3.3.	Hemşirelikte Yaşam Kalitesi	10
4.4.	Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)	11
4.4.1.	Sosyal Anksiyete Tanı Kriterleri DSM-V	12
4.4.2.	Etyolojisi	13
4.4.3.	Epidemiyolojisi	14
4.4.4.	Üniversite Yaşamı Ve Sosyal Anksiyete	15
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	16
5.1.	Çalışmanın Amacı ve Tipi	16

5.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı	16
5.3. Çalışmanın Evreni ve Örnekleme	16
5.4. Veri Toplama Araçları	17
5.4.1. Kişisel Bilgi Formu	17
5.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- BREF)	17
5.4.3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği	18
5.5. Veri Toplama Yöntemi	18
5.6. Etik Yönü	18
5.7. Sınırlılıkları	19
5.9. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılacak İstatiksel Yöntemler	19
6. BULGULAR	20
Tablo 2. Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 3. Öğrencilerin Ailesel Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Dağılımı	22
Tablo 5. Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	23
Tablo 6. Öğrencilerin Ailesel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	27
Tablo 7. Öğrencilerin Sosyal Anksiyetenin Ölçek Puan Ortalamaları Dağılımı	30
Tablo 8. Öğrencilerin Demografik Özellikleri ile Sosyal Anksiyetenin Karşılaştırılması	31
Tablo 9. Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile Sosyal Anksiyetenin Karşılaştırılması	33

Tablo 10. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi İle Sosyal Anksiyete Ölçek Puanları

İlişkisi	35
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
9. KAYNAKLAR	44
10. EKLER	
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	51
Ek 2: WHOQOL-BREF (TR) Türkçe Ulusal Kısa Sürüm	54
Ek 3: LIBOWITZ (Sosyal Anksiyete Ölçeği)	57
Ek 4: Kurum izni	59
Ek 5: Etik Kurul Onayı	60
13. ÖZGEÇMİŞ	61

III. KISALTMALAR

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

WHOQOL BREF: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

LSAÖ: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

CDC: Center for Disease Control (Hastalık Kontrolü ve Koruma Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TR: Türkiye

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

PB: Panik Bozukluğu

OKB: Obsessif-Kompulsif Bozukluk (Saplantı-Zorlantı Bozukluğu)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ASB: Akut Stres Bozukluğu (ASB)

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

ECA: Epidemiyolojik Alan Taraması

4. ŞEKİL VEYA TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1. Örnekleme Grubunun Belirlenmesi

Tablo 2. Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Öğrencilerin Ailesel Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 5. Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Tablo 6. Öğrencilerin Ailesel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Tablo 7. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 8. Öğrencilerin Demografik Özellikleri ile Sosyal Anksiyetenin Karşılaştırılması

Tablo 9. Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile Sosyal Anksiyetenin Karşılaştırılması

Tablo 10. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi ile Sosyal Anksiyete Ölçek Puanlarının İlişkisi

Şekil 1. Sosyal Anksiyetenin Uzantıları

1. ÖZET

Çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeyi, sosyal anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmanın örneklemini İstanbul ilinde iki vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümü öğrencilerinden araştırmaya katılmayı kabul eden 400 kişi oluşturdu. Çalışmada kişisel bilgi formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL BREF) ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) kullanıldı. Bulgular değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar, Student-t testi, varyans analizi, Tukey HSD, Pearson Korelasyon Analizi ve Cronbach alpha kullanıldı. Öğrencilerin bedensel sağlık puan ortalaması $32,59 \pm 5,14$, sosyal ilişki puan ortalaması $21,88 \pm 3,24$, çevre sağlığı puan ortalaması $18,30 \pm 3,37$, psikolojik sağlık puan ortalaması $14,08 \pm 2,07$ bulundu. Sosyal anksiyete puan ortalaması ise $92,76 \pm 24,56$ olduğu belirlendi. Bedensel sağlık ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r = -0,161$, $p = 0,001 < 0,05$). Sosyal ilişkiler ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r = -0,222$, $p = 0,001 < 0,05$). Araştırmada sonuç olarak; hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi ile sosyal anksiyetenin birbirleriyle etkileşim halinde olduğu sonucuna varıldı. Sosyal anksiyete düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görüldü.

Anahtar kelimeler: Öğrenci Hemşireler, Yaşam Kalitesi, Sosyal Anksiyete

2. SUMMARY

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFE QUALITY AND SOCIAL ANXIETY OF NURSING DEPARTMENT STUDENTS

In the study, the nursing department was made descriptive in order to determine the relationship between the quality of life of the students, social anxiety levels and quality of life. The sample of the study consisted of 400 people who agreed to participate in the study of the students of the nursing department of two Foundation universities in the province of Istanbul. In the study, a personal information form, the Short Form of the Yaşam Quality Scale (WHOQOL BREF) and the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) were used. Student's t test, variance analysis, Tukey HSD, Pearson's Correlation Analysis and Cronbach alpha were used for descriptive statistics. The physical health point average of the students was found to be $32,59 \pm 5,14$, the social relation point average $21,88 \pm 3,24$, the environmental health point average $18,30 \pm 3,37$, and the psychological health point average $14,08 \pm 2,07$. The social anxiety score average was determined as 92.76 ± 24.56 . There was a significant negative correlation between physical health and social anxiety ($r = -0,161, p = 0,001 < 0,05$). There was a significant negative correlation between social relations and social anxiety ($r = -0,222, p = 0,001 < 0,05$). The result of the research was; It was concluded that the quality of life of nursing students and the social anxiety interacted with each other. As the level of social anxiety increases, the quality of life declines.

Key words: Student Nurses, Quality of Life, Social Anxiety

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve farklı bilim dallarınca araştırılmaktadır. Her bilim dalında yaşam kalitesi kavramı için farklı tanımlar yapılmaktadır. Hatta yaşam kalitesi refah ve mutluluk kavramları yerine bile kullanılabilir (Veenhoven,2000).

Yaşam kalitesi; Bireyin sağlıklı bir ortamda yaşayabilmesi, temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, bedensel, ruhsal gelişmesine olanak bulabilmesi, yaratıcı gücünü kullanabilmesi, içinde yaşadığı çevreye ve topluma olumlu katkılarda bulunabilmesi, doğal ve yapay yaşam ortamlarının birbirleriyle dengeli uyumunu yansıtmadır (Geray, 1998). Kısaca, temel ihtiyaçların karşılanması ve değerlerin gerçekleştirilmesi şeklinde açıklanmaktadır. Başka bir tanıma göre bireyin kendini iyi hissetmesi, yaşadığı hayattan tatmin olması ve mutluluğudur (Torlak ve Yavuzçehre 2008).

İnsanın mutluluğu ve mutluluğunu sağlayan koşulların ne olduğu çok eski zamanlardan beri dikkati çeken bir konu olmuştur. Son zamanlarda insanın mutluluğu konusu, psikolojik iyi oluş, öznel iyi oluş, yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve olumlu duygulanım gibi kavramlar çerçevesinde incelenmektedir (Moller,1996). Literatürde gelecekte ülkenin refahı üniversite öğrencilerinin ruhsal olarak iyi olmalarına bağlı olduğu bilgisi sık sık ifade edilmektedir (Michalos, 1991; Moller,1996).

Moller'e (1996) göre, bir ulusun gelecekteki refahı, öğrencilerin iyi oluşlarına bağlıdır. Özellikle liderlik kişilik özelliğini taşıyan öğrencilerin durumuna gösterilen ilgi, ülke geleceği için bir yatırım niteliğindedir.

Sosyal anksiyete (SA) başkalarının gözünde beceriksiz, komik, tembel gibi algılanacaklarından korktukları için kendilerini ifade etmekten çekinen, bu nedenle de sosyal ortamlardan olabildiğince uzak durmaya çalışan ancak engelleyici duygu ve düşünceleri nedeniyle de bireyin kendinden hoşnut olmaması şeklinde tanımlanabilir (Aydın, 2006). Diğer bir tanım ise yabancılarla veya diğer bireylerin incelemesiyle karşı karşıya kaldığı, sosyal etkinlik veya performans durumlarında belirgin ve sürekli bir şekilde korku, anksiyete duyması olarak tanımlanmıştır (Taneli, 2007). Sosyal Anksiyete 'nin ortaya çıkışı ile ilgili çok sayıda kuram olsa da, biyolojik bakış açısı genetik bir yatkınlığın üzerine eklenmiş çevresel etkenlerin etkisi üzerinde durmaktadır (Burstein ve arkadaşları 2011). SA genellikle 20 yaşından önce başlayan, erken

belirlendiğinde önlenebilen, tedavi edilmediğinde ise kronikleşebilen bir bozukluktur (İzgiç, Akyüz, Doğan, Kuğu,2004).

Yakın döneme kadar sosyal anksiyetenin gözden kaçırılmasının birçok nedeni olmaktadır. Bunlardan bazıları, sosyal ortamlarda geri planda ve genellikle sessiz kalmayı tercih eden çocuklar “çekingen” olarak görülüp onların bu özelliğinin, kişiliklerinin bir parçası olarak kabul edilmesi ve hatta “ağır başlılık” denilerek sosyal onay görmesi sebep olabilmektedir. Sosyal fobinin doğasında var olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilmekten korkma yardım aramayı engelleyen önemli bir faktör olarak ortaya çıkar. Sorunun çözümüne yönelik girişimleri geciktiren bir diğer sebep ise, probleme eşlik eden bedensel belirtiler nedeniyle kişilerin diğer tıp birimlerine başvurarak zaman kaybetmeleri olabilmektedir (Aydın, 2006).

Bugün, sosyal fobi olarak da adlandırılan sosyal anksiyetenin ergenlerde yaygınlığına ilişkin yakın tarihlerde yapılmış çalışmalarda %5 - %15 arasında yaygınlık oranları bildirilmektedir (Heimberg, Stein, Hiripi ve Kessler, 2000). Ülkemizde yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında ise ilköğretim 4-8. sınıflara devam eden çocuk ve ergenler için yaygınlık oranı %3,9 olarak belirlenmiştir (Demir, 1997).

Bu çalışmanın amacı yaşam kalitesi ile anksiyete arasındaki ilişkiyi saptamak. Ayrıca demografik özelliklerin sosyal anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile planlandı. Bu çalışma aşağıdaki soruları cevaplamak amacı ile planlanmıştır.

- Demografik özellikler sosyal anksiyeteyi etkiler mi?
- Demografik özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisi nedir?
- Hemşirelik öğrencilerinin sosyal anksiyete ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. İnsan

Geçmişten günümüze kadar insan üç şekilde tarif edilmiştir. Bunlardan ilk ikisi insanı sadece tek yönüyle ele alırken üçüncüsü insanı tüm yönleriyle ele alır. Birinci görüş, insanı baş, göz, kulak, burun, ağız, el, kol, bacak, karaciğer, akciğer, mide gibi maddi organlardan oluşmuş bir varlık olarak kabul etmektedir. İkinci görüş ise insanın tüm organlarını görmezden gelerek sadece ruhtan meydana geldiğini öne sürmüşlerdir. Üçüncü görüş ise insan alet kullanan hayvandır, akıllı hayvandır, konuşan hayvandır, gülen hayvandır, hayvan olmak istemeyen tek hayvan olarak tanımlamaktadır (<https://www.etimolojiturkce.com/kelime/insan> Erişim tarihi:28.03.2017).

Bedensel, ruhsal, sosyal ve entelektüel olarak gelişen ve değişen bio-psiko-sosyal bir varlıktır. Esas bileşke ruhtur. Ruh kapsamına duygu, düşünce, ilham, verimlilik, canlılık vb. vardır. İnsanın farklı boyutları, bu boyutların birbirleri ile dış çevre ile etkileşimleri insanın bir sistem olarak ele alınmasını gerektirir. Düşünebilme özelliği ile diğer canlılardan ayrılmaktadır. Çevresindeki olayları algılamasını, yorumlamasını ve sesleri algılayarak anlamlı seslerle cevap vermesini sağlayan duyu sistemine sahiptir. Toplumsal çevrenin ana ögesini oluşturan insan ilişkileri dil aracılığı ile kurulur ve bireyin kimliğinin biçimlenmesine ortam hazırlanır (Sabuncu, 2014)

4.2. Davranış ve Kişilik Gelişimi

İnsanın kendini gerçekleştirme ve insan davranışlarını yöneten faktörler iki temel ilkeye dayalıdır. Biri "dürtü azalması" , diğeri "gelişim gücü " olarak adlandırılır (Kuzgun, 1972). Davranışları dürtü azalması ilkesi ile açıklayan psikanalitik ve davranışçı yaklaşım insanın biyolojik yanına daha çok önem vermektedir. Davranışların esas amacının fizyolojik ihtiyaçların meydana getirdiği gerilimi giderme olduğunu kabul etmektedirler. Psikanalitik yaklaşımın kurucusu Freud'a göre insan hayvan türünden gelmiştir ve hayvanla ortak bazı dürtüleri vardır. Bu dürtüler aslında anti sosyal olup mantık kuralları tanımazlar. Bunun için bu dürtülerin devamlı baskı altında tutulmaları gerekir. Hayat ve ölüm dürtüsü olarak iki gruba ayrılan bu dürtüler toplumun baskısı yüzünden devamlı olarak ego tarafından kontrol altında tutulur. Psikanalitik yaklaşıma göre insan hayatının temel yönü hayatın ilk yıllarında belirlenir. Tabu ve yasaklar

hayatın ilk yıllarında ana-baba ve yakın çevre tarafından çocuğa öğretilir. Zamanla tabu ve yasaklar süper egoyu meydana getirir. Bu ego aracılığı ile id'in içeriğini teşkil eden kaba dürtüleri ya bastırmak veya biçim değiştirerek ortaya çıkması ego ile sağlanır. Bireyin psikolojik gelişimi düşünme süreci ve gerçeklik algısı, içtepilerin kısmen engellenmesi ve yüceltilmesi sürecinden oluşur.

Temel fizyolojik gereksinimlerini toplumla çatışma haline düşmeden doyurabilen bireyler psikolojik bakımdan sağlıklı kimselerdir. Davranışçı yaklaşıma göre de davranışların amacı dürtülerin meydana getirdiği gerilimi azaltmaktır. Başlangıçta açlık, susuzluk gibi birincil fizyolojik ihtiyaçlar bireyi davranışa sevk ederler. Zamanla öğrenme yolu ile kazanılan başarı, üstünlük gibi toplumsal güdüler de davranışların nedeni olmaya başlar. Gerilimi azaltmada başarılı olan davranışların ilerde tekrarlanma olasılığı artar. Yetişkinler pekiştirme ve ceza yolu ile istenilen davranışları geliştirip istenmeyenleri bastırarak bireyi toplumsal bir varlık yapmaya çalışırlar (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/34/970/11942.pdf> Erişim tarihi:28.03.2017). İnsan davranışlarını inceleyen felsefeciler insanın kişilik ve kişilik gelişimini de ele almışlardır. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

Harry Stack Sullivan'a göre; kişilik var sayımsal bir kavramdır. Kişilik, bir ya da daha fazla kişi ile ilişki durumunda ortaya çıkar. Algılama, anımsama, düşünme, düş kurma ve diğer tüm ruhsal süreçler insan ilişkilerini içerir (<https://makalearsiivi.wordpress.com/2009/06/24/psikolojide-benlik-kuramlari-sigmund-freud-ve-psikoanalitik-kuram/> erişim tarihi:18.03.2017).

Karen Horney; insanın yaşamında iki temel eğilimin kişiliğin yönelticisi olduğunu söyler. Bunlar emniyet ve doyum duygusudur. Emniyet ve doyum sağlamak için yiyecek, giyecek, para, cinsellik gibi pek çok gereksinimi feda edebileceklerine dikkat çeker. İnsanların temel amacının tehlikeden uzak ve emniyet içinde bir yaşam olduğunu, daha sonra çeşitli gereksinimlerini gerçekleştirmeye çalıştıklarını vurgular. Bu görüş Horney'in kuramının temelidir. Her insanın temel ve diğer insanlarla ortak gereksinimleri bulunduğunu kabul eder. Gıda, dinlenme, üretme, yaratıcılık, cinsellik ve merak hepsi doyum bekler. Fakat bütün bunlardan önce gelen emniyet ve güvenlik gereksinimidir. Kısaca insan korku olmadan yaşamak ister. Korku ve güvenlik aynı temel ihtiyacın iki kutbudur İnsan güvenlik arar, korku ortamından da kaçır. Korku insan sağlığı ve mutluluğunun en büyük düşmanıdır. Güvenlik insan davranışlarının temel yönlendiricisidir (<https://makalearsiivi.wordpress.com/2009/06/24/psikolojide-benlik-kuramlari-sigmund-freud-ve-psikoanalitik-kuram/> erişim tarihi:18.03.2017).

Erich Fromm'a göre eş temel gereksinim bulunur. İlişki gereksinimi, aşkın olma gereksinimi, doğal kökenini bulma gereksinimi, kişisel bir kimliğe sahip olma ihtiyacı ve bir çevresinin olması ihtiyacıdır. Bu gereksinimler insana özgüdür, hayvanlarda bulunmaz. Bu gereksinimler bireyin içinde yaşadığı toplum tarafından belirlenir. Yani, bireyin kişiliği toplumun ona sunduğu fırsatlar çerçevesinde gelişir. Topluma uyum sağlama, çevrenin beklentileriyle bireyin içsel gereksinimlerinin örtüşmesine bağlıdır. Birey bir ölçüde toplumun beklentilerine uyarak toplumsal bir karakter geliştirir. Bu nedenle de her toplum kendi beklentileri doğrultusunda insan yetiştirir. Bazen toplum insanın doğasına ters düşen isteklerde bulunarak insanı çarpıtabilir, engelleyebilir. Toplum bazen bireyi insan olma durumuna yabancılaştırır ve var oluşunun temel gereksinimlerinin doyum bulabilme isteğini inkâr etmesini sağlar. Bireyi bir robot haline getirir. Toplumsal hareketlerde bir uyuşmazlık söz konusudur. İnsanın eski karakter yapısı yeni topluma uymamaya başlar. Bu da insanın umutsuzluğa düşmesine, toplumdan soyutlanmasına neden olabilmektedir (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/504/6084.pdf> erişim tarihi: 18.03.2017)

4.3. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Tarihçesi

4.3.1. Yaşam Kalitesi

Kalite genellikle nesnel bir kavram olup mükemmele ulaşma anlamı içerir. Kalite iyi olma durumudur. Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen “Qualis” kelimesinden türemiş ve “Qualitas” kelimesiyle ifade edilmiştir. Kalite sınırları devamlı genişleyen bir kavramdır. Teknoloji, değişen koşullar, ihtiyaçlar kaliteye değişik boyutlar getirmektedir (<https://kaliteblog.wordpress.com/kalite-nedir/>Erişim tarihi: 15.02.2017).

Yaşamda kalite yaşamın en üst seviyede olması veya çıkartılmaya çalışılmasıdır. Yaşam kalitesi, kişinin kültür değerleri içerisinde amaçları, beklentileri, kaygıları ve hayattaki durumunu algılama biçimi olarak tanımlanmaktadır (Karagün,2016). Genel anlamda yaşam koşulları, çevre ve okul işlevselliği ve sosyal ilişkilerin değerlendirildiği belirtilmiştir. Öznel alanda ise; fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliğin göz önüne alındığı aktarılmıştır (Wallander, Schmitt ve Koot 2001):

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini bireylerin kültürel yaşam alanları ile de ilişkilendirmiştir. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır. Yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeler;

- .Fiziksel sağlık; ağrı, rahatsızlık, enerji, halsizlik, yorgunluk, uyku, dinlenme şeklidir.
- Psikolojik sağlık; pozitif düşünceler, düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon, kendine güven, beden imajı ve dış görünüş, negatif düşünceleri ifade etmektedir.
- Bağımsızlık düzeyi; hareket edebilme, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu, çalışma kapasitesi ifade etmektedir.
- Sosyal İlişkiler; kişisel ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite bu kategorinin içeriğini oluşturmaktadır.
- Çevresel özellikler; fiziksel güvenlik, ev çevresi, finansal kaynaklar, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) koşullarını ifade etmektedir.
- Maneviyat ile ilgili özellikler; ruhsal/dinsel/kişisel inançlardır. Bireyler kendilerini rahatlatmak için bir şekilde manevi destek sağlamalıdır (Gülgün,2014).

4.3.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yeni dönemde ortaya çıkan bir kavram olup nitelikli yaşam olarak ifade edilebilir. Yaşamdanda hoşnut olma mutlu olma da diyebiliriz. Yaşam kalitesi Thorndike tarafından ilk kez 1939'da "sosyal evrenin bireyde yansıyan tepkisi" şeklinde açıklanmıştır (Aktaran Çelik, 2011).

Patric ve Ericson yaşam kalitesini; ölüm ve yaşam süresi, engellilik, sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal- kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram şeklinde tanımlamıştır (Aktaran Çelik, 2011).

Fayos yaşam kalitesini; bireylerin hayatlarını değerli buldukları şekilde devam ettirme yetileri olarak açıklamıştır. Bunlar mutluluk, memnuniyet, gereksinim duyulan memnuniyet, kendini gerçekleştirebilmedir(Aktaran Çelik, 2011).

Hournquist yaşam kalitesini; fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır(Aktaran Çelik, 2011).

Burckhardt (1989) yaşam kalitesini; kişinin bütün ihtiyaçlarına yetebilmesi, hayattan zevk alabilmesi, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenceli vakit geçirebilmesi, duygusal ve fiziksel durumunu üst düzeye çıkarabilmesi ile birlikte çevresiyle arasındaki ilişkilerini iyi ve etkili bir şekilde sürdürebilmesi olarak tanımlamıştır(Aktaran Çelik, 2011).

Cella (1993); fiziki, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal etmenlerin birlikte olmasıyla birlikte tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır.

Mendola ve Pellegrini (1979), yaşam kalitesini “bireyin fiziki yeteneklerinin sınırları içinde doyum sağlayan sosyal bir konumu elde etmesi” olarak ifade etmiştir.

Calman (1984), “kişinin ümit ve beklentileri ile mevcut durumun örtüşme derecesi” olarak tanımlamıştır.

Weistein ve Frankel, bireyin hayatında doyuma ulaşma çabası ve mutluluk gereksinimi olarak tanımlamıştır (Edisan, 2013; Kadioğlu, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü “nün tanımına göre ise, yaşam kalitesi, kişinin fiziki sağlığı, psikolojik iyilik hali, özgürlük düzeyi, toplumsal ilişkileri ve çevresinin başlıca etkileşimleri gibi çok sayıdaki faktörle ilişki içinde şekil alan, karışık ve geniş bir kavram olarak ifade etmiştir (Tosun, 2013).

Yaşam kalitesi iyilik hali ve iyilik halinin devam etmesi şeklinde tanımlanabilir. Kişinin kendini gerçekleştirmesidir. Bunun için Maslow’un belirttiği ihtiyaçlar hiyerarşisinin karşılanmasıdır. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal alanların birey tarafından algılanması da yaşam kalitesini ortaya koymaktadır. Zamana, mekâna ve bireye göre farklı algılanır. Kişinin özlemlerini yerine getirebilmesidir. Çünkü insan her daim daha iyisini daha güzelini ve konforlusunu ister. Bu nedenle yaşam kalitesinin tanımı herkese göre farklıdır.

Edlund yaşam kalitesinin genellenemeyeceğini, farklı anlamlarının olduğunu belirtmiş ve bunu beş başlık altında ifade etmiştir. Bunlar:

- Bireysel amaçların tatmin edilmesi anlamında yaşam kalitesi, Mutluluk ya da mutsuzluk, huzur ya da huzursuzluk, tatmin ya da tatminsizliktir.
- Normal yaşam sürdürebilmek anlamında yaşam kalitesi, Ahlaki olgunluk, iyi insan olma kavramlarıyla ifade edilir.
- Bireyin toplumdaki yeri anlamında yaşam kalitesi, Sosyo-ekonomik düzeyi, bireyin toplumdaki varlığını ifade eder.
- Mantıklı insan anlamında yaşam kalitesi, Bireysel ve öznel şartların anlamsız olduğu şartlarda bile, hayattan duydukları doyumun en üst düzeyde olabileceği şeklinde ifade edilmiştir.

- Bireysel görüş olarak yaşam kalitesi, Sevgi, ait olma, saygı, güven, sorumluluk hissetme kavramlarıyla ifade edilmiştir (Bayramova ve Kardakovan, 2003).

4.3.3. Hemşirelikte Yaşam Kalitesi

Sağlık alanında çalışanlarda yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, iş yerinde ilişki ve görev paylaşım sorunlarının yaşanması, uyku düzeninin bozulması, uzun nöbetler, hasta yakınları ile uğraşı ve ekonomik sorunlar işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Kavlu ve Pınar (2009) Acil servislerde çalışan 322 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaklaşık yarısının tükenmişlik yaşadığı ve tükenmişlik arttıkça iş doyumunu ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlemiştir. Yıldırım ve ark. (2011) eğitim düzeyinin yaşam kalitesinde önemli bir belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişi dış etkenlerden daha az etkileneceği için yaşam kalitesinin artacağı ifade edilmiştir.

Hemşirelik eğitiminin amacı, öğrenciye bilişsel, duyuşsal ve psikomotor boyutta temel bilgi, beceri ve tutumları kazandırmaktır. Hemşirelik eğitim sistemi, klinik uygulama ve teorik bilgi olmak üzere farklı ve birbirini tamamlayan iki bölümden oluşmaktadır (Zengin 2007). Klinik uygulama hemşirelik eğitiminde önemli ve tartışmasız bir yere sahiptir. Klinik uygulama, öğrencinin sınıfta aldığı teorik bilgiyi, beceriye dönüştürmesini, yeni bilgi, beceri ve iletişim deneyimleri kazanmasını gelecekteki profesyonel rollerinin belirlenmesini (Şendir ve Acaroğlu 2008) ve problem çözme becerisi için kritik düşünme yeteneklerini kullanmasını sağlar (Şendir ve Acaroğlu 2008). Chapman ve Orb (2001) çalışmasında, öğrenciler hemşirelik eğitiminde klinik uygulamanın çok önemli olduğunu belirtmektedir. Klinik uygulama ortamları, öğrencilerin profesyonel bilgi ve becerilerin gelişmesi için kaçınılmaz olmasına rağmen aynı zamanda da önemli bir stres kaynağıdır. Burnard, Edwards, Bennett, Thaibah, Tothova, Baldacchino et al. (2008) beş ülkede hemşirelik öğrencilerinin stres düzeyini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, stresin evrensel bir sorun olarak klinik uygulamanın öğrencilerin stres düzeyini artırdığını bildirmektedir. Wang, Lee ve Lu (2010) hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulama sırasında stres düzeylerinin yüksek olduğunu ve stres düzeyi yüksek olan öğrencilerin ise depresyon belirtileri göstermeye eğilimi bulunduğunu, özellikle klinik uygulama stresi ile depresyon arasında önemli derecede pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Klinik stres düzeyi yüksek olan hemşirelik öğrencilerine yeterli destek sağlanmadığında, öğrencilerin okul değiştirebileceği ve farklı bir mesleki alana yönelebileceği vurgulanmaktadır. (Atay ve

Yılmaz 2011), durumluk kaygı düzeylerinin stajın başında yüksek olduğu ve sonunda düştüğü bildirmişlerdir.

4.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete, korkuya benzer bir duygudur. Korku, güvenliği tehdit eden ya da bir tehlike karşısında verilen bir tepkidir. Korku, somut bir tehdide karşı organizmanın cevabıdır. Anksiyete genellikle stres veya korku ile karıştırılır ve bazen birbiri yerine de kullanılmaktadır. İkisi arasındaki fark; korkunun akut olması ve tehdit uzaklaştığında korkunun geçmesi iken anksiyete de ise tehdit ortadan kalksa da verilen tepki devamlıdır ve tepkilerin tehditle orantılı olmamasıdır (<http://www.psikolojiportali.com/anksiyete-bozukluklari-kaygi-bozukluklari-nedenleri-turleri-ve-belirtileri/> Erişim Tarihi 20.02.2017).

Üniversite hayatı, evden ayrılma ülkemizde ve diğer ülkelerde stres ve kaygı oluşturmaktadır. Üniversite öğrencisi gelişme sorunları olan bir kişidir. Üniversite öğrencisi ne yetişkin, ne de çocuktur. Çocukluktan yetişkinliğe geçme döneminin sıkıntılarını yaşayabilmektedir. Ülkemizin gençleri öğrenim görmek için aile ortamından ayrılarak değişik şehirlere gitmesi ile birtakım problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bu problemler, akademik ve mesleki, aile, sosyal uyum, depresyon, takıntı, kişiler arası duyarlılık, anksiyete gibi pek çok alanda ortaya çıkabilmektedir. Gençler bu problemleri aşmaya çalışırken çeşitli kaynaklardan gelen stres ve zorlanmalar sonucunda psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler (Çelikel; Erkorkmaz,2008).

Temel belirtisi anksiyete olan birçok hastalık sınıflandırma sistemlerinde anksiyete bozuklukları başlığı altında toplanmaktadır. DSM-IV'te anksiyete bozuklukları başlığı altında toplanan klinik tablolar aşağıda sıralanmıştır.

- Panik Bozukluğu, Agorafobi ile Birlikte Olan (PB agorafobili)
- Panik Bozukluğu, Agorafobi ile Birlikte Olmayan (PB agorafobisiz)
- Panik Bozukluğu Olmadan Agorafobi
- Özgül Fobi
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)
- Obsessif-Kompulsif Bozukluk (Saplantı-Zorlantı Bozukluğu) (OKB)
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

- Akut Stres Bozukluğu (ASB)
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)
- Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete, utanmaktan, küçük düşmekten, sosyal ortamlarda başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten yoğun şekilde korkma ve korkulan durumlardan kaçınma eğilimi ile tanımlanabilecek yaygın bir anksiyete bozukluğudur (APA,1994).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kısaca, DSM. Zihinsel hastalıklar için tanı ölçütü. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayımlanır. İlk defa 1952'de yayımlanmıştır. Son baskısı 18 Mayıs 2013 tarihide yayımlanan DSM-V 'tir .

4.4.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu İçin Tanı Kriterleri DSM-V

- A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (Örn. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (Örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (Örn. Bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca eriş-kilerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

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

- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırp çağırarak tepinme, donakalma, sı-kıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendinin gösterebilir.

- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal – kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (Örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı düzeydedir.

Varsa belirtiniz.

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme esnasında

(American psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Text revision. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing. With permission)

4.4.2.Etyolojisi

Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Sosyal anksiyetenin etiyolojisi ile ilgili birçok görüş ve çalışmalar bulunmaktadır (Tükel, Alkın, 2006). Literatürde sosyal anksiyetenin kalıtsal geçiş indeksinin % 30 civarında olduğu bildirilmiştir (Kendler 1992). Sosyal anksiyetesi olanların akrabalarında sosyal anksiyete bozukluğunun yaygınlığının kontrol grubunun akrabalarına göre 2,5 kat daha yüksek olduğu öne sürülmüştür (İzgiç, Akyüz, Doğan ve ark. (2000). Bunların dışında erken travmatik duygusal yaşantılar, ebeveyn davranışını gözlemleme ya da model alma ve beyin kimya sistemlerindeki biyolojik düzensizliklerin sebep olabileceği düşünülmektedir (Kılıç,1999).

Bilişsel açıdan SA'de kişinin çevresine olumlu izlenim bırakma isteği duyması, buna karşın bunu gerçekleştirebilme yeteneğine karşı da belirgin bir güvensizlik duymasıdır. Genetik geçiş ikiz çalışmaları ile araştırılmış ve kadınlarda %51, erkeklerde %24 olarak genetik geçiş bildirilmiştir. SAB, genetik olarak özellikle agorafobi ve özgül fobiler ile örtüşmekte iken, kısmen depresyon ile örtüşmektedir. Hayvan çalışmalarında korpus kallozum, amigdal ve prefrontal kortekste anormallikler gösterilmiştir (Tükel, Alkın, 2006).

Sosyal anksiyetenin etyolojisine yönelik çalışmalar psikiyatrik hastalıkların "normal" insan davranışının devamı olduğunu savunan çizgisel görüşü desteklemektedir. Sosyal anksiyete tüm insan ilişkilerinde yaşanan ve varlığı gerekli bir duygudur. Sosyal ilişkilerde yaşanan anksiyeteyi bir çizgi üzerinde düşünecek olursak bir uçta normal insan davranışında görülen sosyal anksiyete diğer uçta şizoid kişilik bozukluğunu içeren bir çizgi üzerine sosyal anksiyete ve çekingen kişiliği yerleştirmek mümkün kılmaktadır (Kılıç,1999).

Şekil-1: Sosyal Anksiyetin Uzantıları



4.4.3. Epidemiyolojisi

Sosyal anksiyete bozukluğu, ilk kez 1966'da Marks ve Gelder tarafından tanımlanmasına karşın ayrı bir klinik antite olarak DSM-III'te yer almıştır. Sosyal anksiyetenin yaşam boyu görülme sıklığının %1-%2,3 arasında olduğu belirtilmektedir (Boyd ve ark.1990). Ülkemizde sosyal anksiyetenin prevalansını incelemek amacıyla yapılan az sayıda çalışma olup üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyetenin yaşam boyu yaygınlığının %9,6, son bir yıllık yaygınlığının ise %7,9 olduğu bulunmuştur (İzgiç, Akyüz, Doğan ve Kuğu, 2000). Sosyal anksiyetenin epidemiyolojisi ile ilgili en detaylı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan Epidemiyolojik Alan Taraması (ECA) sonucu elde edilmiştir. 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 prevalans %3,1, %1,9, %3,2, %1,8, %1,7 ve %3,0 olarak bulunmuştur. Sosyal anksiyete Birleşik Devletler 'de en yaygın görülen mental bozukluk olarak tespit edilmiştir. Popülasyonun yaklaşık %5-10 u zaman zaman bu hastalığa yakalanmakta ve bu problemlerle uğraşmaktadırlar. Daha az ılımlı yaklaşımlarda bu oran, popülasyonun %25 ve daha fazlasını içerdiği tahmin edilmektedir (Regier ve ark. 1984). Kırpınar ve arkadaşlarının 1997 yılında Atatürk Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sosyal anksiyetenin yaşam boyu yaygınlığı % 17, son bir yıllık yaygınlığı ise % 14,5 olarak bulunmuştur.

4.4.4. Üniversite Yaşamı Ve Sosyal Anksiyete

Bireyin sosyal ve fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal birçok çatışma yaşadığı, psikososyal ve cinsel olgunlukla birlikte kimlik bulma çabalarının arttığı döneme gençlik dönemi denir (Sümer 2008). Bu dönem de toplum yaşamında da tam sorumluluk ve bağımsızlığa ulaşma gibi birçok değişim yaşanmaktadır. Üniversite yaşamı da bu dönem içinde bulunmaktadır. Üniversiteler toplumun sosyo-kültürel yapısının en dinamik unsurunu oluşturmaktadır. Üniversite yılları öğrencilerin bir belirsizlik ve çalkantı içinde olmalarına neden olabilmektedir. Bu zaman diliminde birçok öğrencide de sosyal anksiyete belirtileri ortaya çıkmakta ya da var olan belirtiler artmaktadır (Aydın, 2006). Üniversiteye uyum sağlayabilme akademik başarı, yeteneklerin geliştirilmesi ve yeni becerilerin kazandırılması açısından önemlidir. Bunun yanında psikolojik sağlık açısından da belirleyicidir. Uyum güçlükleri yaşanabilmektedir. Uyum güçlüklerinin altında ise aileden ayrılma, yeni akademik bir çevreye girme ve yaşamın tüm sorumluluklarını üstlenmek zorunda kalmaktır (Karahan T.F,2005).

İzgiç, Akyüz, Doğan ve ark. (2000) Cumhuriyet Üniversitesi' ndeki 1003 öğrenci üzerinde sosyal anksiyetenin yaygınlığını araştırmış ve üniversite öğrencilerinde çok yaygın bir sorun olduğu belirtmişlerdir. Tekin' in (2008) Muğla Üniversitesi' ndeki 250 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı bir çalışmada ise öğrencilerin %48.8'in de sosyal anksiyete bozukluğu belirtilerine rastlanmıştır. Üniversite öğrencileri arasında sosyal anksiyetenin sıklıkla rastlanması, sosyal anksiyete konusunda alınması gereken önlemlerin ve yapılması gereken müdahalelerin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi:

Araştırma hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi ve sosyal anksiyetesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

5.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma İstanbul ilinde bulunan iki özel üniversitede lisans düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencileri ile Mart- Nisan 2017 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini T.C. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan Hemşirelik bölümünde okuyan 420 öğrenci ve T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan 207 öğrenci toplam 627 hemşirelik öğrencisi oluşturmuş olup örneklem sayısı 400 olarak belirlendi.

Örneklem sayısının belirlenmesinde tabakalı örneklem yöntemi kullanıldı

Tablo 1. Örneklem Grubunun Belirlenmesi

Sınıf	Öğrenci Sayısı	Tabaka ağırlığı	Örnekleme girecek olgu sayısı
Haliç	420	0,67	250
Yeni Yüzyıl	207	0,33	150
Toplam	627		400

Yapılan analiz sonucunda T.C. Haliç Üniversitesi için 250; T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi için 150 öğrencinin araştırmaya alınması belirlendi (Tablo 1).

5.4. Veri Toplama Araçları:

Verilen Kişisel bilgi formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanılarak toplandı.

5.4.1. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu 31 sorudan oluşmaktadır. Formda araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, (yaş, cinsiyet, gelir durumu, sağlık durumu (kronik hastalık varlığı ve hastalığı, ilaç kullanımı), sağlık davranışları (öğün sayısı, sigara ve alkol kullanma durumu), ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek-1).

5.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısa Formu (WHOQOL-BREF): Ware ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Eser ve arkadaşları tarafından da geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Eser ve arkadaşları, 1999). WHOQOL-BREF orijinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden iki, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 27 soruluk beşli likert tipinde bir ölçektir. 1 çok kötü, 2 biraz kötü, 3 ne iyi ne kötü, 4 oldukça iyi, 5 çok iyi olarak değerlendirilir. 3,4 ve 5. maddeler ters puanlanır. WHOQOL-BREF, 4 alandan oluşmaktadır. Bu araç dört boyut halinde puanlanmaktadır:

1. Boyut: Bedensel sağlık; Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsellik, zindelik/ güçlülük, yorgunluk, sağlık - hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucudur. Ölçekte ilgili sorular 1.2.3.4.10.15.16.17.18'dir.

2. Boyut: Psikolojik sağlık; Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normallliği ve mutluluk gibi duygulardır. Ölçekte ilgili sorular 5.6.7.11.19.26'dır.

3. Boyut: Sosyal ilişkiler; Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır. Ölçekte ilgili sorular 20.21.22'dir.

4. Boyut: Çevresel sağlık; Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir. Ölçekte ilgili sorular 8.9.12.13.14.23.24.25.27'dir.

Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu skorlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacının tercihidir. Ancak genel olarak ülkemizde 20 puan üzerinden olan skorlamalar daha yaygın bir uygulamadır. Puan

yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Eser ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada Cronbach alpha değerlerini bedensel alanı için 0,83; Ruhsal alan için 0,66; Sosyal ilişkiler alanı için 0,53; Çevre alanı için ise 0,73 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada Cronbach alpha değerleri bedensel alan için 0,67; Ruhsal alan için 0,69; Sosyal ilişkiler alanı için 0,40; Çevre alanı için 0,71 olarak belirlendi.

5.4.3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği:

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) (Liebowitz 1987), SAB olan bireylerin, kaygı ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçek, kişinin kaygı ve kaçınmasının şiddeti göz önüne alınarak 1-4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçektir. Kaygı; yok ya da çok hafif 1 puan, hafif 2 puan, orta derecede 3 puan, şiddetli 4 puan Kaçınma ise kaçınma yok ya da çok ender 1 puan, zaman zaman kaçınırım 2 puan, çoğunlukla kaçınırım 3 puan, her zaman kaçınırım 4 puan olarak değerlendirilir. Toplam puan, kaygı ve kaçınma puanlarının toplanması ile elde edilir. Toplam puan yükseldikçe anksiyete düzeyi de artmaktadır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve Güz (2001b) tarafından yapılmış olan LSAÖ'nün Cronbach alpha değeri 0.96, kaygı alt boyutu Cronbach alpha değeri 0,77; kaçınma için Cronbach alpha değeri ise 0,85 bulunmuştur. Bu çalışmada LSAÖ'nün Cronbach alpha değeri 0.946 olup kaygı için Cronbach alpha değerleri 0,91; kaçınma için 0,90 olarak bulundu.

5.6. Veri Toplama Yöntemi:

Verilerin toplanmasında çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler gruplara ayrıldı (Haliç Üniversitesi öğrencileri dört grup halinde Yeni Yüzyıl Üniversitesi öğrencileri de dört grup halinde toplandı). Gruplara ayrılan öğrencilere çalışma hakkında gerekli bilgilendirme yapıldı.. Kişisel bilgi formu, Yaşam kalitesi ölçeği kısa form ve Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) dağıtıldı ve 20 dakika süre verildi. Doldurulduktan sonra toplandı.

5.7. Etik Yönü:

Çalışmaya katılan öğrencilerden çalışmaya katılım için yazılı onay alındı. Öğrencilerin kimlik bilgileri alınmadı. Gizlilik esasına uyuldu Gönüllük esasını temel alınmıştır. T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden yazılı izin onayı alındı (Ek: 4).T.C. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan araştırma için etik kurul onayı (Tarih:24.03.2017, Sayı:83) alındı (Ek: 5)

5.8. Sınırlılıkları:

Özel iki üniversitenin öğrencileri ile sınırlanmaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin doğru cevap verdikleri varsayıldı.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılacak İstatistiksel Yöntemler:

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ise Tukey HSD testleri kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren durumlarda Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Ölçeklerin güvenilirliğinin ölçülmesi için Cronbach alpha kullanıldı.

6. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, örneklem grubuna ait demografik bilgilerin uygun istatistiksel yöntem ile analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara yer verildi.

Tablo 2. Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=400)

Özellikler		n	%
Yaş	17-25	385	96
	26 Ve Üstü	15	4
Cinsiyet	Kadın	299	75
	Erkek	101	25
Hemşirelik Bölümünü Kendiniz Mi Tercih Ettiniz?	Evet	351	88
	Hayır	49	12
Sigara Kullanım Durumu	Hiç Kullanmamış	209	51,5
	Pasif İçici	96	24
	Kullanıyor	94	24
Alkol Kullanım Durumu	Hiç Kullanmamış	270	68
	Arada Kullanıyor	122	29,5
	Sürekli Kullanıyor	7	2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	72	18
	Çalışmıyor	323	81
Aileden Yardım Alıyor Musunuz?	Evet	363	91
	Hayır	33	8
Yararlandığı Sağlık Kuruluşu	Yok	26	7
	Özel Sağlık Sigortası	24	6
	SSK	328	82

Araştırmaya katılan öğrencilerin %96'sı 17-25 yaş Aralığında, %75'inin kadın, %88'inin hemşirelik bölümünü kendi tercih ettiği, %52'si hiç sigara kullanmadığı, %68'nin hiç alkol kullanmadığı, %82'sinin çalışmadığı, %92'sinin aileden yardım aldığı, %87'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu görüldü.

Tablo 3. Öğrencilerin Ailesel Özelliklerinin Dağılımı (N=400)

Özellikler		n	%
Aile Tipi	Çekirdek Aile	324	81
	Geleneksel Aile	55	14
	Anne Baba Ayrı	15	3
Annenin Eğitimi	Okuryazar Değil	28	7
	İlkokul	164	41
	Ortaokul	89	22
	Lise	88	22
	Üniversite - ↑	29	7
Babanın Eğitimi	Okuryazar Değil	4	1
	İlkokul	121	30
	Ortaokul	85	21
	Lise	128	32
	Üniversite - ↑	61	15
Annenin Çalışma Durumu	Ev Hanımı	293	73
	Serbest Meslek	63	16
	Emekli	25	6
	Memur	19	5
Babanın Çalışma Durumu	İşsiz	4	1
	Serbest Meslek	191	48
	Emekli	135	34
	Memur	49	12
Ailenin Aylık Ortalama Geliri	Yeterli	195	49
	İyi	182	46
	Yetersiz	22	4,5

Araştırmaya katılan öğrencilerin %82'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %41'nin annesinin eğitim durumunun ilkokul, %22'si ortaokul, %22 lise, %7 üniversite ve üzeri, %30'unun babanın eğitiminin ilkokul, %21'i ortaokul, %32 lise, %15 üniversite ve üzeri, %73'ü annesi ev hanımı, %63 serbest meslek, %25'i emekli, %5 memur, %1'nin babası işsiz, %48 serbest meslek, %34'ü emekli, %12'si memur, %49'u ailenin aylık ortalama geliri yeterli, %46'sının iyi olduğu görüldü.

Tablo 4. Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Min.	Max.	Ort.	Ss
Bedensel Sağlık	14,00	45,00	32,59	5,14
Sosyal İlişkiler	11,00	30,00	21,88	3,24
Çevre Sağlığı	7,00	25,00	18,30	3,37
Psikolojik Sağlık	6,00	20,00	14,08	2,07

Öğrencilerin bedensel sağlık puan ortalaması $32,59 \pm 5,14$, sosyal ilişkiler puan ortalaması $21,88 \pm 3,24$, çevre sağlığı puan ortalaması $18,30 \pm 3,37$ ve psikolojik sağlık puan ortalaması $14,08 \pm 2,07$ şeklinde dağılmaktadır.

Tablo 5. Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (N=400)

			N	Ort.	Ss	Anlamlılık	p
Yaş	Bedensel Sağlık	17-25	385	32,58	5,16	t=-0,312	0,755
		26 ve üstü	15	33,00	4,78		
	Sosyal İlişkiler	17-25	385	21,89	3,26	t=,178	,858
		26 ve üstü	15	21,73	2,79		
	Psikolojik Sağlık	17-25	385	14,11	2,08	t=1,680	,094
		26 ve üstü	15	13,20	1,70		
	Çevre Sağlığı	17-25	385	18,34	3,38	t=1,214	,226
		26 ve üstü	15	17,27	2,99		
Cinsiyet	Bedensel Sağlık	Kadın	299	32,26	5,01	t=-2,229	,026
		Erkek	101	33,57	5,42		
	Sosyal İlişkiler	Kadın	299	21,65	3,32	t=-2,434	,015
		Erkek	101	22,55	2,91		
	Psikolojik Sağlık	Kadın	299	13,92	1,97	t=-2,739	,006
		Erkek	101	14,56	2,29		
	Çevre Sağlığı	Kadın	299	18,04	3,30	t=-2,699	,007
		Erkek	101	19,08	3,48		
	Bedensel Sağlık	Evet	351	32,70	5,14	t=1,098	,273
		Hayır	49	31,84	5,17		
	Sosyal İlişkiler	Evet	351	22,08	3,12	t=3,342	,001
		Hayır	49	20,45	3,70		
	Psikolojik Sağlık	Evet	351	14,16	1,95	t=2,138	,033
		Hayır	49	13,49	2,75		
	Hemşirelik bölümü tercih etme durumu	Evet	351	18,36	3,26	t=,942	,347
		Hayır	49	17,88	4,11		
Sigara Kullanım Durumu	Bedensel Sağlık	Hiç Kullanmamış	209	32,22	5,26	F=0,824	0,481
		Pasif İçici	96	32,93	5,13		
		Kullanıyor	94	33,05	4,91		
	Sosyal İlişkiler	Hiç Kullanmamış	209	21,72	3,07	F=1,844	0,139
		Pasif İçici	96	21,69	3,65		
		Kullanıyor	94	22,37	3,12		
	Psikolojik Sağlık	Hiç Kullanmamış	209	13,87	1,96	F=2,348	0,072
		Pasif İçici	96	14,11	2,22		

Tablo 5.Devamı Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (N=400)

			N	Ort.	Ss	Anlamlılık	P
		Kullanıyor	94	14,5	2,12		
Çevre Sağlığı		Hiç Kullanmamış	209	18,32	3,33	F=1,434	0,232
		Pasif İçici	96	17,81	3,4		
		Kullanıyor	94	18,74	3,41		
Alkol Kullanım Durumu	Bedensel Sağlık	Hiç Kullanmamış	270	32,53	5,01	F=0,102	0,959
		Arada Kullanıyor	122	32,7	5,56		
		Sürekli Kullanıyor	7	33,29	3,5		
	Sosyal İlişkiler	Hiç Kullanmamış	270	21,83	3,15	F=0,226	0,878
		Arada Kullanıyor	122	21,97	3,45		
		Sürekli Kullanıyor	7	22,43	3,51		
	Psikolojik Sağlık	Hiç Kullanmamış	270	14,04	1,97	F=2,465	0,062
		Arada Kullanıyor	122	14,05	2,28		
		Sürekli Kullanıyor	7	16,14	1,07		
	Çevre Sağlığı	Hiç Kullanmamış	270	18,27	3,19	F=1,023	0,382
		Arada Kullanıyor	122	18,29	3,81		
		Sürekli Kullanıyor	7	20,14	1,07		
Çalışma Durumu	Bedensel Sağlık	Çalışıyor	72	32,38	5,1	F=1,979	0,14
		Çalışmıyor	323	32,71	5,16		
	Sosyal İlişkiler	Çalışıyor	72	21,72	3,14	F=0,16	0,852
		Çalışmıyor	323	21,91	3,26		
	Psikolojik Sağlık	Çalışıyor	72	13,79	2,08	F=0,919	0,4
		Çalışmıyor	323	14,15	2,06		
	Çevre Sağlığı	Çalışıyor	72	17,1	3,38	F=5,821	0,003
		Çalışmıyor	323	18,58	3,28		

Tablo 5.Devamı Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (N=400)

			N	Ort.	Ss	Anlamlılık	p
Aileden Yardım Alma	Bedensel Sağlık	Evet	363	32,63	5,03	F=0,027	0,973
		Hayır	33	32,42	6,52		
	Sosyal İlişkiler	Evet	363	21,9	3,22	F=0,117	0,889
		Hayır	33	21,85	3,51		
	Psikolojik Sağlık	Evet	363	14,05	2,08	F=0,598	0,55
		Hayır	33	14,45	2,08		
Çevre Sağlığı	Evet	363	18,28	3,34	F=0,432	0,65	
	Hayır	33	18,76	3,78			
Sosyal Güvence	Bedensel Sağlık	Yok	26	30,35	4,53	F=2,622	0,035
		Özel Sağlık Sigortası	24	33,58	3,93		
		SSK	328	32,6	5,24		
	Sosyal İlişkiler	Yok	26	20,42	3,37	F=4,373	0,002
		Özel Sağlık Sigortası	24	23	3,23		
		SSK	328	21,78	3,16		
	Psikolojik Sağlık	Yok	26	13,62	2,48	F=3,038	0,017
		Özel Sağlık Sigortası	24	14,96	1,71		
		SSK	328	13,98	2,07		
Çevre Sağlığı	Yok	26	16,46	3,4	F=4,96	Özel sağlık sigortası >yok	

(t= t testi, F= Anova)

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında yaşa göre grup ortalamalarına farklılığına bakıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi. ($p > 0,05$)

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarında cinsiyete göre grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi. ($p < 0,05$). Erkek öğrencilerin bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığının kadın öğrencilerden daha yüksek olduğu görüldü.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında hemşirelik bölümünü kendi tercih etme durumuna göre bedensel sağlık ve çevre sağlığı alt boyutlarında arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Ancak yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Hemşirelik mesleğini kendi tercih edenlerin sosyal ilişkileri ve psikolojik sağlığı hemşirelik mesleğini kendi tercih etmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında sigara kullanma durumuna göre grup ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi. ($p > 0,05$)

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında alkol kullanma durumuna göre grup ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği bedensel sağlık, sosyal ilişkiler psikolojik sağlığı alt boyutlarında çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Ancak Çalışmayan öğrencilerin çevre sağlığı çalışan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında aileden yardım alma durumuna göre grup ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi. ($p > 0,05$)

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevre sağlık ile sosyal güvence grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Özel sağlık sigortasına sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması sigortası olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 6. Öğrencilerin Ailesel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması**(N=400)**

			n	Ort	Ss	F	p	
Aile Tipi	Bedensel Sağlık	Çekirdek Aile	324	32,76	4,94	1,881	0,132	
		Geleneksel Aile	55	31,18	6,02			
		Anne Baba Ayrı	15	33,93	6,26			
	Sosyal İlişkiler	Çekirdek Aile	324	21,82	3,23	1,914	0,127	
		Geleneksel Aile	55	21,6	3,09			
		Anne Baba Ayrı	15	23,33	3,62			
	Psikolojik Sağlık	Çekirdek Aile	324	14,1	2,07	1,245	0,293	
		Geleneksel Aile	55	13,76	2,06			
		Anne Baba Ayrı	15	14,33	2,23			
Çevre Sağlığı	Çekirdek Aile	324	18,53	3,28	4,229	0,006	Çekirdek >Geleneksel	
	Geleneksel Aile	55	16,82	3,45				
	Anne Baba Ayrı	15	18,67	4,32				
Annenin Eğitim Durumu	Bedensel Sağlık	Okuryazar Değil	28	30,32	5,62	2,283	0,046	Lise> İlkokul
		İlkokul	164	32,24	5,04			
		Ortaokul	89	33,22	4,92			
		Lise	88	33,32	5,24			
		Üniversite - ↑	29	32,28	5,13			
	Sosyal İlişkiler	Okuryazar Değil	28	21,29	3,39	3,445	0,005	Lise> İlkokul
		İlkokul	164	21,41	3,04			
		Ortaokul	89	22,35	2,56			
		Lise	88	22,63	3,25			
		Üniversite - ↑	29	21,07	4,97			
	Psikolojik Sağlık	Okuryazar Değil	28	13,39	1,59	3,594	0,003	Ortaokul >okuryazar Değil
		İlkokul	164	13,74	2,07			
		Ortaokul	89	14,74	1,97			
Lise		88	14,24	1,97				
Üniversite - ↑		29	14,21	2,53				
								Ortaokul >İl- kokul
Çevre Sağlığı	Okuryazar Değil	28	16,61	3,51	3,968	0,002	Lise >Okurya- zar değil	
	İlkokul	164	17,84	3,19				

Tablo 6. Devamı Öğrencilerin Ailesel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (N=400)

			n	Ort	Ss	F	p	
		Ortaokul	89	18,84	3,12			Lise > İlkokul
		Lise	88	19,2	3,13			
		Üniversite - ↑	29	18,07	4,56			
Babanın Eğitim Durumu	Bedensel Sağlık	Okuryazar Değil	4	33,25	6,85	0,865	0,504	
		İlkokul	121	32,87	5,09			
		Ortaokul	85	31,76	4,82			
		Lise	128	32,71	5,36			
		Üniversite - ↑	61	32,8	5,15			
Sosyal İlişkiler	Okuryazar Değil	Okuryazar Değil	4	24	4,97	1,586	0,163	
		İlkokul	121	21,57	3,34			
		Ortaokul	85	21,89	2,76			
		Lise	128	22,01	2,99			
		Üniversite - ↑	61	21,95	3,92			
Psikolojik Sağlık	Okuryazar Değil	Okuryazar Değil	4	13,25	1,26	1,35	0,242	
		İlkokul	121	13,77	1,99			
		Ortaokul	85	14,12	2,02			
		Lise	128	14,37	2,14			
		Üniversite - ↑	61	14,07	2,15			
Çevre Sağlığı	Okuryazar Değil	Okuryazar Değil	4	19,25	2,99	1,365	0,237	
		İlkokul	121	17,83	3,36			
		Ortaokul	85	18,26	3,22			
		Lise	128	18,62	3,24			
		Üniversite - ↑	61	18,48	3,8			
Annenin Çalışma Durumu	Bedensel Sağlık	Ev Hanımı	293	32,48	5,12	1,932	0,124	
		Serbest Meslek	63	32,97	5,32			
		Emekli	25	34,32	4,77			
		Memur	19	30,74	5,11			
Sosyal İlişkiler	Ev Hanımı	Ev Hanımı	293	21,86	3,1	3,83	0,01	Ev hanımı > Memur
		Serbest Meslek	63	22,27	3,47			
		Emekli	25	22,8	2,52			Serbest Meslek > Memur
		Memur	19	19,74	4,54			
Psikolojik Sağlık	Ev Hanımı	Ev Hanımı	293	14,15	2,04	0,545	0,652	Emekli > Memur
		Serbest Meslek	63	13,97	1,96			
		Emekli	25	13,88	1,99			

Tablo 6. Devamı Öğrencilerin Ailesel Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (N=400)

			n	Ort	Ss	F	p	
		Memur	19	13,63	2,99			
Çevre Sağlığı		Ev Hanımı	293	18,32	3,37	4,105	0,007	Ev hanımı >Memur
		Serbest Meslek	63	18,37	3,16			
		Emekli	25	19,64	2,55			Serbest Meslek > Memur
		Memur	19	16,11	4,18			
Babanın Çalışma durumu	Bedensel Sağlık	İşsiz	4	34,5	3,42	2,461	0,024	Emekli > Memur
		Serbest Meslek	191	33,05	5,2			
		Emekli	135	32,77	4,85			
		Memur	49	30,82	5,63			
Sosyal İlişkiler		İşsiz	4	19,75	5,19	2,902	0,009	Serbest Meslek > Memur
		Serbest Meslek	191	22,41	3,17			
		Emekli	135	21,7	2,88			
		Memur	49	20,53	4,11			
Psikolojik Sağlık		İşsiz	4	13,25	1,89	1,66	0,130	
		Serbest Meslek	191	14,28	2,01			
		Emekli	135	14,02	2,13			
		Memur	49	13,59	2,2			
Çevre Sağlığı		İşsiz	4	16,75	5,5	2,04	0,059	
		Serbest Meslek	191	18,82	3,19			
		Emekli	135	18,07	3,33			
		Memur	49	17,45	3,9			
Ailenin Aylık Geliri	Bedensel Sağlık	Yeterli	195	32,64	4,95	1,373	0,25	
		İyi	182	32,75	5,32			
		Yetersiz	22	30,64	5,28			
	Sosyal İlişkiler	Yeterli	195	21,93	3,21	1,969	0,118	
		İyi	182	21,95	3,13			
		Yetersiz	22	20,64	4,1			
	Psikolojik Sağlık	Yeterli	195	14,37	1,98	5,496	0,001	
		İyi	182	13,91	2,1			
		Yetersiz	22	12,77	1,97			
	Çevre Sağlığı	Yeterli	195	18,48	3,28	11,254	0,00	
		İyi	182	18,58	3,13			
		Yetersiz	22	14,82	3,83			

(ANOVA)

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevre sağlık ile aile tipine grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Çekirdek aile tipine sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması geniş aile tipine sahip öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı alt boyutunda anne eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Annesi lise mezunu olan öğrencilerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler düzeyi annesi ilkököl mezunu olanlardan daha yüksek bulundu. Annesi ortaokul mezunu olanların psikolojik sağlığı okuryazar ve ilkököl mezunu olan öğrencilerden daha yüksek bulundu. Annesi lise mezunu olan öğrencilerin psikolojik sağlığı ve çevre sağlığı okuryazar ve ilkököl mezunu olan öğrencilerden daha yüksek olduğu bulundu.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında baba eğitim durumuna göre grup ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$)

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı alt boyutlarında anne mesleği grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$). Ancak annesi serbest meslek sahibi, ev hanımı ve emekli olan öğrencilerin sosyal ilişkiler düzeyi annesi memur olanlardan daha yüksek olduğu saptandı ($p > 0.05$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından psikolojik sağlık ve çevre sağlığında baba mesleği grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$). Ancak babası serbest meslek sahibi olan öğrencilerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler düzeyi babası memur olanlardan daha yüksek olduğu bulundu ($p > 0.05$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler boyutlarında ailenin aylık gelir grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$). Psikolojik sağlığı ve çevre sağlığı alt boyutlarında anlamlılık tespit edildi, fakat farklılık 1 öğrenciden oluştuğu için gruplar arası anlamlılığa bakılmadı.

Tablo 7. Öğrencilerin Sosyal Anksiyete Ölçek Puan Ortalaması

	Min.	Max.	Ort.	Ss
Sosyal anksiyete	46	192	92,76	24,56

Öğrencilerin sosyal anksiyete puan ortalaması $92,76 \pm 24,56$ bulundu.

Tablo 8. Öğrencilerin Demografik Özellikleri ile Sosyal Anksiyete Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=400)

		n	Ort	Ss	Anlamlılık	p
Yaş	17-25	385	93,09	24,55	t=1,377	0,169
	26 Ve Üstü	15	84,2	24,07		
Cinsiyet	Kadın	299	90,41	22,08	t=3,332	0,001
	Erkek	101	99,71	29,82		
Hemşirelik bölümünü kendiniz mi tercih ettiniz?	Evet	351	91,93	24,55	t=1,823	0,069
	Hayır	49	98,73	24,04		
Sigara Kullanımı	Hiç Kullanmamış	209	95,13	25,2	F=1,791	0,148
	Pasif İçici	96	89,71	21,95		
	Kullanıyor	94	90,9	25,33		
Alkol Kullanımı	Hiç Kullanmamış	270	93,03	24,02	F=9,288	Sürekli kullanıyor > Hiç kullanmıyor Sürekli kullanıyor > Arada kullanıyor
	Arada Kullanıyor	122	89,84	22,43		
	Sürekli Kullanıyor	7	130	47,33		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	72	89	24,88	F=1,171	0,311
	Çalışmıyor	323	93,67	24,44		
Aileden Yardım	Evet	363	92,63	24,21	F=0,201	0,818
	Hayır	33	92,61	28,75		
Sağlık Güvence Durumu	Yok	26	102,92	26,12	F=1,59	0,176
	Özel Sağlık Sigortası	24	93,92	21,35		
	SSK	328	92,33	24,64		

(t=t testi, F=Anova)

Sosyal anksiyete puanlarında yaş grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi. ($p > 0,05$)

Sosyal anksiyete puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Erkek öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyinin kadın öğrencilerden daha yüksek olduğu bulundu.

Sosyal anksiyete puanlarında hemşirelik bölümünü kendi tercih etme durumuna göre anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Tablo 9’da görüldüğü gibi, sosyal anksiyete puanlarında hastalık durumuna göre anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Sosyal anksiyete puanlarında sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi. ($p > 0,05$)

Sosyal anksiyete puanlarında alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Ancak sürekli alkol kullananların sosyal anksiyete düzeyleri hiç kullanmayanlar ve ara sıra kullananlardan daha yüksek olduğu saptandı.

Sosyal anksiyete puanlarında çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Sosyal anksiyete puanlarında aileden yardım alma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Sosyal anksiyete puanlarında sosyal güvenceye göre anlamlı bir olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).



Tablo 9.Öğrencilerin Ailesel Özellikleri ile Sosyal Anksiyete Ölçek Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=400)

Aile Tipi	Çekirdek Aile	324	93,31	24,33	0,816	0,485	
	Geleneksel Aile	55	92,13	26,7			
	Anne Baba Ayrı	15	88,47	24,35			
Anne Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	28	98,25	23,56	1,161	0,328	
	İlkokul	164	93,98	24,73			
	Ortaokul	89	91,1	22,14			
	Lise	88	91,83	27,29			
	Üniversite - ↑	29	90,62	22,84			
Baba Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	4	101,75	9,74	1,193	0,312	
	İlkokul	121	95,93	24,51			
	Ortaokul	85	90,01	22,79			
	Lise	128	91,84	24,07			
	Üniversite - ↑	61	92,23	28,15			
Anne Mesleği	Ev Hanımı	293	94,42	24,8	3,590	0,014	Ev hanımı > Serbest Meslek
	Serbest Meslek	63	85,49	22,92			
	Emekli	25	85,92	19,76			
	Memur	19	100,26	26,66			
Baba Mesleği	İşsiz	4	81,25	30,75	0,907	0,49	
	Serbest Meslek	191	92,44	24,42			
	Emekli	135	91,84	24,97			
	Memur	49	93,73	25,76			
	Diğer	3	87,33	10,12			
Aylık Gelir	Yeterli	195	90,07	23,40	2,537	0,080	
	İyi	182	94,50	25,24			
	Yetersiz	22	99,68	25,02			

(ANOVA)

Sosyal anksiyete puanlarında aile tipine göre anlamlı olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Sosyal anksiyete puanlarında anne eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Sosyal anksiyete puanlarında baba eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Sosyal anksiyete puanlarında anne mesleğine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Annesi ev hanımı olanların anksiyete düzeyi annesi serbest meslek sahibi olanlara göre daha yüksek saptandı. Sosyal anksiyete puanlarında baba mesleğine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Sosyal anksiyete puanlarında ailenin aylık gelirine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Tablo 10.Öğrencilerin Yaşam Kalitesi İle Sosyal Anksiyete Ölçek Puanlarının İlişkisi

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Sosyal Anksiyete Ölçeği	
Bedensel Sağlık	r	-0,161
	p	0,001
Sosyal İlişkiler	r	-0,222
	p	0,000
Çevre Sağlığı	r	-0,064
	p	0,202
Psikolojik Sağlık	r	-0,013
	p	0,792

Bedensel sağlık ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Böylece bedensel sağlık arttıkça sosyal anksiyetenin azaldığı %95 güvenirlilikle söylenebilir ($r = -0,161$, $p = 0,001 < 0,05$).

Sosyal ilişkiler ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Böylece sosyal ilişkiler arttıkça sosyal anksiyetenin azaldığı %95 güvenirlilikle söylenebilir ($r = -0,222$, $p = 0,001 < 0,05$).

Çevre sağlığı ve psikolojik sağlık ile sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi.

7.TARTIŞMA

Çalışma hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesinin sosyal fobi ile ilişkisini belirlemek amacıyla İstanbul'da özel iki üniversitede okuyan 400 öğrenci ile gerçekleştirildi. Bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı. Öğrencilerin %96'sı 17-25 yaş aralığında, %75'inin kadın, %88'inin hemşirelik bölümünü kendi tercih ettiği, %52'si hiç sigara kullanmadığı, %68'nin hiç alkol kullanmadığı, %82'sinin çalışmadığı, %92'sinin aileden yardım aldığı, %87'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu (Tablo 2), %82'si çekirdek aileye sahip olduğu, %41'nin annesinin eğitim durumunun ilkokul, %22'si ortaokul, %22 lise, %7 üniversite ve üzeri, %30'unun babasının eğitiminin ilkokul, %21'i ortaokul, %32 lise, %15 üniversite ve üzeri, %73'ü annesi ev hanımı, %63 serbest meslek, %25'i emekli, %5 memur, %1'nin babası işsiz, %48 serbest meslek, %34'ü emekli, %12'si memur, %49'u ailenin aylık ortalama geliri yeterli, %46'sının iyi olduğu görüldü (Tablo 3).

Öğrencilerin bedensel sağlık puan ortalaması $32,59 \pm 5,14$, sosyal ilişkiler puan ortalaması $21,88 \pm 3,24$, çevre sağlığı puan ortalaması $18,30 \pm 3,37$ ve psikolojik sağlık puan ortalaması $14,08 \pm 2,07$ şeklinde dağılmaktadır (Tablo 4). Yaşam kalitesinin alt ölçek puanlamasında en yüksek bedensel sağlık en düşük ise psikolojik sağlık alanı bulundu. Öğrencilerin $92,76 \pm 24,56$ olarak bulunan sosyal anksiyete puan ortalaması da minimum ve maksimum değerler göz önüne alındığında çok yüksek olmadığı görüldü (Tablo 7). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 18 yaş ve üzeri nüfusun %17,2'sinin (Kılıç 1998) çocuk ve ergenlerin %10'unun (Erol ve Şimşek 1998), ruhsal sağlık sorunu bulunduğunu bildirmişlerdir. Hamamcı ve Duy (2003) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerin anksiyete düzeylerini düşük fakat kaygı düzeyini orta düzeyde olduğu saptamıştır. Türkiye'de gençlerle yapılan bir çalışmada, arkadaş ilişkileri, karşı cinsiyet ile ilişkiler, okul ve parasal alanlardaki problemler, başka problemlere göre daha önemli olarak bulunmuştur (Çuhadaroğlu ve ark 2004).

Yaşam kalitesi alt boyutlarında bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı yaş grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p > 0,05$) (Tablo 5). Perim, (2007) "Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi" adlı çalışmada 19-29 yaş grubu hemşirelerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Aydın, (2006) yaptığı çalışmada 19-29 ve 30 yaş ve üzeri yaş grubunu etkilemediği görülmüş. Ergen ve arkadaşlarının (2011) de yaptığı "Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma" da bir farklılık bulunmamıştır. Bulgu diğer çalışmaların sonuçları ile benzer değildir.

Sosyal anksiyete ile yaş grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı (Tablo 8) ($p > 0,05$). Epidemiyolojik çalışmalarda SAB'nun erken yaşlarda (çocukluk ve erken yetişkinlikte) başlayan bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2007, Weiller ve ark. 1996, Davidson ve ark. 1993, Schneier ve ark. 1992, Grant ve ark. 2005). SAB hastalarının önemli bir kısmında, yaklaşık olarak %80 kadarında başlangıç 20 yaşından öncedir (Kessler ve ark. 2010). Chavira ve ark. (2005b) çalışmasında gençlerde SAB prevalansı, erişkinlere yakın (%6,8) bulunmuştur. SAB tipik olarak erken yaşlarda başlasa da, bir çalışmada yaşamın ilerleyen yaşlarında da nadir olmadığı, genç yaşta hastalara benzer bir şekilde oldukça baskın olarak sürdüğü bildirilmiştir (Cairney ve ark. 2007, Koyuncu ve ark. 2012). Çalışmamız ile uyum sağlamadığı belirlendi.

Yaşam kalitesi alt boyutlarında bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığına göre cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptandı ($p > 0,05$). Erkek öğrencilerin puanlarının kadın öğrencilerden daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5). Kıvanç, (2016) yaptığı çalışmada erkeklerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, kadınlara göre yüksek olduğunu bulmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda erkeklerin kadınlara göre günlük alanda daha aktif, kişisel başarı algısının daha yüksek ve boş zamanlarını daha iyi değerlendirebildiklerini düşündürmekte ve cinsiyet olarak değerlendirilirse erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Sosyal anksiyete puanları ile cinsiyet arasında erkek öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyinin kadın öğrencilerden daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 8). Beidel, Turner ve Morris (1999), kliniğe başvuran ve yaş ortalaması 10,1 olan 50 çocukla yürüttükleri çalışmalarında sosyal anksiyete açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılaşma bulunmadığını bildirmişlerdir. Essau, Conradt ve Petermann (1999), 12-17 ya arası 1035 ergenler ile yürüttükleri bir çalışmada istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyinde olmasa da, kızların sosyal anksiyete oranının erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Wittchen ve ark. (1999) Almanya'da ergen ve genç yetişkinlerde yapılan çalışmada kadınlarda %9,5, erkeklerde %4,9 oranında anksiyete saptanmıştır. Nijerya'da yaptıkları çalışmada ise kadınlarda % 10,1 erkeklere %8,7 göre yaşam boyu sosyal anksiyete yaygınlığı biraz daha yüksek görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmamıştır. Çalışmamız diğer çalışmalar ile uyum sağlamamaktadır. Sosyal anksiyetenin erkekler de yüksek bulunmasının nedeni toplumsal olarak yükün onlarda olmasına bağlanabilir.

Yaşam kalitesi alt boyutlarında bedensel sağlık ve çevre sağlığı boyutunda hemşirelik bölümünü kendi tercih etme durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p > 0,05$) (Tablo 5). Sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık boyutunda hemşirelik mesleğini kendi tercih eden öğrencilerin, kendi tercih etmeyen öğrencilerden daha yüksek olduğu saptandı. Kıvanç (2016) çalışmasında mesleğini kendine çok uygun görenlerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları mesleğini kendine kısmen uygun ve hiç uygun görmeyenlere göre yüksek olduğunu bulmuştur. Kişinin mesleğini kendine uygun görmesi yaşam kalitesini etkilemektedir. Altay ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmaya göre sağlık mesleğini kendi istekleri dışında seçenlerin duygusal tükenmişliklerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma diğer çalışmalar ile uyum sağlamamaktadır.

Sosyal anksiyete puanlarında hemşirelik bölümünü kendi seçme durumuna göre grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Yaşam kalitesi alt boyutlarında bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı sigara kullanma durumu grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi. ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Sosyal anksiyete puanlarında sigara kullanma durumu grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 8). Dereboy'un (2008) yaptığı çalışmada sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında sosyal anksiyetesi olanları %32,8 olmayanlara %13,2 göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha fazla sigara içtikleri saptanmıştır. Almanya'da 2000 yılında 3021 ergen ve genç erişkinin katıldığı bir çalışmada ergen ve genç erişkinlerde sosyal korkuların önemli oranda nikotin bağımlılığı gelişimini etkilediği saptanmıştır. Nikotinin sosyal ortamlarda gerginliği azalttığı ve sosyal olarak kabul edilebilir bir davranış olarak algılanmasının fazla tütün kullanımına yol açtığı belirtilmiştir (Sonntag ve ark. 2000).

Yaşam kalitesi alt boyutlarında bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı alkol kullanma durumu grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Sosyal anksiyete puanlarında alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 8). Ancak sürekli alkol kullananların sosyal anksiyete düzeyleri hiç kullanmayanlar ve ara sıra kullananlardan daha yüksek olduğu saptandı.

Yaşam kalitesi ölçeği bedensel sağlık, sosyal ilişkiler psikolojik sağlığı alt boyutlarında çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$). Ancak Çalışmayan öğrencilerin çevre sağlığı çalışan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 5). Sosyal anksiyete puanlarında çalışma durumu grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevre sağlık ile sosyal güvence grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 5). Özel sağlık sigortasına sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması sigortası olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak özel sağlık sigortasına sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması sigortası olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Sosyal anksiyete puanlarında sosyal güvence grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevre sağlık ile aile tipine grup ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 6). Çekirdek aile tipine sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması geniş aile tipine sahip öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Sosyal anksiyete puanlarında aile tipine göre anlamlı olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı alt boyutunda anne eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 6). Annesi lise mezunu olan öğrencilerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler düzeyi annesi ilkokul mezunu olanlardan daha yüksek bulundu. Annesi ortaokul mezunu olanların psikolojik sağlığı okuryazar ve ilkokul mezunu olan öğrencilerden daha yüksek bulundu. Annesi lise mezunu olan öğrencilerin psikolojik sağlığı ve çevre sağlığı okuryazar ve ilkokul mezunu olan öğrencilerden daha yüksek olduğu bulundu. Eser ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmaya göre annenin eğitim durumu yüksek ise yaşam kalitesi arttığını bildirmişlerdir. Çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Sosyal anksiyete puanlarında anne eğitim durumu grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 9). Bayramkaya'nın (2005) ergenler üzerine yaptığı çalışmada annenin eğitim düzeyi ile sosyal anksiyete düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklı benlik algısı artmakta, duygu ve düşüncelerini rahat ifade edebilmekte korkmadan rahat ilişki kurabilmektedir. Annenin eğitim düzeyi

düştüğünde ise çocuğun davranışları olumsuz etkilenmekte, çocuğun özgürlük davranışları kısıtlanarak kendi davranışlarını yönetmeye izin verilmemekte ve böylece çocuğun ileride kendine karşı geliştireceği olumsuz düşünceleri ve başkalarından gelebilecek olumsuz eleştirileri beklemesi de artmaktadır.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından bedensel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı alt boyutlarında anne mesleği grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 6). Ancak annesi serbest meslek sahibi, ev hanımı ve emekli olan öğrencilerin sosyal ilişkiler düzeyi annesi memur olanlardan daha yüksek olduğu saptandı ($p > 0,05$).

Sosyal anksiyete puanlarında anne mesleğine göre anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 9). Böylelikle annesi ev hanımı olanların sosyal anksiyete düzeyi annesi serbest meslek sahibi olanlara göre daha yüksektir. Bu durum annenin sürekli yanında olması çocukların takip edilmesi bu sonucu meydana getirmiş olabilir.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında baba eğitim durumuna göre grup ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında aralarında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 6). Sosyal anksiyete puanlarında baba eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından psikolojik sağlık ve çevre sağlığında baba mesleği grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 6). Ancak babası serbest meslek sahibi olan öğrencilerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler düzeyi babası memur olanlardan daha yüksek olduğu bulundu ($p > 0,05$). Sosyal anksiyete puanlarında baba mesleğine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler boyutlarında ailenin aylık gelir grup ortalamaları arasında bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 6). Psikolojik sağlığı ve çevre sağlığı alt boyutlarında anlamlılık tespit edildi, fakat farklılık bir öğrenciden oluştuğu için gruplar arası anlamlılığa bakılmadı. Eser ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyin yüksek olması yaşam kalitesini pozitif yönde etkilemektedir. Yavuzçehre'nin (2005) yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi düşük olanların yaşam kalitesini düşük gördüğü yaşam sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı sonucu çıkmıştır. Koçoğlu ve Akın'ın çalışmasında (2009) gelir durumu artıkça yaşam kalitesi fiziksel ve ruhsal alan puan ortalamaları artmaktadır. Gelir durumunun iyi olması yaşam kalitesiyle de doğru orantılıdır. Kişinin gelir durumu ne kadar yüksekse imkânları da o kadar iyi olur ve kişi

istediği sosyal ve fiziksel aktiviteyi daha kolay gerçekleştirebilir. Çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Sosyal anksiyete puanlarında ailenin aylık gelir grup ortalamaları arasında bir farklılığın olduğu tespit edildi ($p > 0,05$). (Tablo 9). Aylık gelir düzeyi yeterli olanların sosyal fobi oranı daha dşuk tespit edildi. Sosyal fobi puanlarında ailenin gelir düzeyi konularında sosyal fobi ile sosyoekonomik düzey arasında ilişki olup olmadığını inceleyen klinik araştırmaların sayısı fazla değildir. Bu konuda lkemizde Gz ve Dilbaz , (2003) yaptığı araştırma sonucuna göre yüksek gelir düzeyine sahip kişilerde sosyal fobi daha sıktır. Çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Yaşam kalitesi alt boyutları bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (Tablo 10). Bedensel sağlık ve sosyal ilişki düzeyi arttıka sosyal anksiyete düzeyinin düştüğü saptandı. evre sağlığı ve psikolojik sağlık ile sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi. Literatürde bedensel ve ruhsal yaşam kalitesi hariç, sosyal, kültürel ve çevresel kalitenin ekonomi ile ilişkili olduğu görüldü. Sosyo-ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi için belirleyici olduğu, sosyo-ekonomik durum arttıka sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. Ggeldi, Babayiğit, Hassooy ve diğerleri, (2008). Karagün,(2016) Yaşam kalitesi özellikle temel ihtiyaçlar dışına çıkan alanlarda yaşam kalitesi puanlarının düşmesini, ekonominin düşmesi ile birlikte sosyal yaşamın daralması ve sosyal kültürel ve çevresel alana yayılan bir dşklkten kaynaklanmış olabileceğini belirtmiştir.

•

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi ve sosyal fobi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda belirtildi;

- Öğrencilerin %75'inin kadın ve %25'inin erkek, yaş ortalaması 17-25''dir.
- Yaşam kalitesi alt boyutları bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi Bedensel sağlık ve sosyal ilişki düzeyi arttıkça sosyal anksiyete düzeyinin düştüğü saptandı.
- Çevre sağlığı ve psikolojik sağlık ile sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi.
- Çalışmayan öğrencilerin, çalışan öğrencilere göre değerlendirilmesinde bedensel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre sağlığı, çevresel sağlık olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- Sürekli alkol kullananların sosyal anksiyete düzeyleri hiç kullanmayanlar ve ara sıra kullananlardan daha yüksek olduğu saptandı.
- Yaşam kalitesi alt boyutlarında sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık boyutunda hemşirelik bölümünü kendi tercih eden öğrencilerin, kendi tercih etmeyen öğrencilerden daha yüksek olduğu saptandı
- Özel sağlık sigortasına sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması sigortası olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Çekirdek aile tipine sahip öğrencilerin çevre sağlığı ortalaması geniş aile tipine sahip öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Annesi lise mezunu olan öğrencilerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler düzeyi annesi ilkokul mezunu olanlardan daha yüksek olduğu saptandı. Annesi ortaokul mezunu olanların psikolojik sağlığı okuryazar ve ilkokul mezunu olan öğrencilerden yüksek olduğu saptandı. Annesi lise mezunu olan öğrencilerin psikolojik sağlığı ve çevre sağlığı okuryazar ve ilkokul mezunu olan öğrencilerden daha yüksek olduğu görüldü.
- Annesi serbest meslek sahibi, ev hanımı ve emekli olan öğrencilerin sosyal ilişkiler düzeyi annesi memur olanlardan daha yüksek olduğu görüldü.
- Babası serbest meslek sahibi olan öğrencilerin bedensel sağlık ve sosyal ilişkileri babası memur olanlardan daha yüksek olduğu görüldü.

- Erkek öğrencilerin sosyal anksiyete düzeyinin kadın öğrencilerden daha yüksek olduğu görüldü.
- Annesi ev hanımı olanların anksiyete düzeyi annesi serbest meslek sahibi olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Sonuç olarak; Yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutu ile sosyal anksiyete arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu iki alt boyut ile sosyal anksiyete arasında ters yönlü bir ve zayıf yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Annenin eğitim durumu hem sosyal anksiyeteyi hem de yaşam kalitesi etkilemektedir. Çalışma durumu yaşam kalitesi olumlu yönde etkilemektedir.

ÖNERİLER

- Bu çalışmanın daha geniş popülasyon ile farklı üniversitelerde yapılmalı.
- Üniversitenin ilk yıllarında öğrencilerin sosyal anksiyetelerinin değerlendirilmesi
- İhtiyacı olan öğrencilere destek programları düzenlenmesi önerilir.

9. KAYNAKLAR

American psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Text revision. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing. With permission.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders city, state: publisher. (4th ed.). Washington, DC: Author.

Atay S, Yılmaz F. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İlk Klinik Stres Düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(4):32- 7.

Aydın A. (2006). Ergenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik bilişsel-Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, [Danışman: Prof. Dr. Oya SORAS]

Bayramova N., ve Karadakovan A. (2003). Psoriasis“li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 1(1):45-52.

Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z. ve Regier, D. A. (1990), “Phobia: prevalence and risk factors”, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25, 314-323.

Burnard P, Edwards D, Bennett K, Thaibah H, Tothova V, Baldacchino D, Bara P et al. A Comparative, Longitudinal Study of Stress in Student Nurses in Five Countries: Albania, Brunei, The Czech Republic, Malta and Wales. Nurse Educ Today 2008; 28(2):134–145.

Burstein M, He J-P, Katta G, Albano AM, Avene-voli S, Merikangas KR. Social phobia and sub-types in the national comorbidity survey-adoles-cent supplement: prevalence, correlates, and co-morbidity. J Am AcadChildAdolescPsychiatry2011;50:870-880

Chapman R, Orb A. Coping Strategies in Clinical Practice: The Nursing Students' Lived Experience of Clinical Practice. Contemp Nurse. 2001;11(1):95-102

Cairney J, McCabe L, Veldhuizen S ve ark. (2007) Epidemiology of social phobia in later life. Am J Geriatr Psychiatry, 15:224233.

“Carr J A, Gibson B, Robinson P G: Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. BMJ 2001; 322: 1240-3

Chavira DA, Stein MB, Bailey K ve ark. (2005b) Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depress Anxiety*, 20:155-164.

Çelik HS. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu].

Çelikel FÇ, Erkorkmaz Ü(2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 122-129.

Çiğdem K. (2016). Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu)

Çuhadaroğlu, F. ve ark. (2004). Ergen ve Ruhsal Sorunları Durum Saptama Çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, 1. Basım, Tubitak Matbaası, Ankara.

Davidson JRT, Huges DL, George LK (1993) The epidemiological of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*, 23:709-718.

Demir, T. (1997). Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Fobi: Epidemiyolojik bir çalışma. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı.

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

Dilbaz N, Güz H (2001) Anksiyete Duyarlılık Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul

Dilbaz N, Güz H (2001a) Sosyal anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. Tükel R, Alkım T (ed), 4:185-212

Dilbaz N, Güz H (2001b) Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2-6 Ekim, 2001.

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

Dilbaz N, Güz H (2003) "Sosyal Kaygı Bozukluğu ile Panik Bozukluğu Olgularının Demografik ve Bazı Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması" *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003;6:32-38

Edisan Z., Kadioğlu F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Çağlardaki Öncüleri. Lokman Hekim Journal; 3(3).Yüksekokulu Dergisi; 8(3).

Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999 ;(7): 5-13

Erdem N., Ergüney S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesinin Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik 2005.

Erol N, şimşek Z (1998) Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlik Alanları ve Duygusal Sorunların Dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z şimşek (Ed), Ankara. Eksen Tanıtım Ltd. şti, s. 25-75.

Evren C. Sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2:473-515.

Geray C. (1998, Aralık). “Kentsel Yaşam Kalitesi ve Belediyeler”, Türk İdare Dergisi, Yıl 70, Sayı 421, s. 327.

Gülgün,F. (2014). Hemşire Ve Ebelerde Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek lisans Tezi,İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. M. Fikret GEZGİN)

Göçgeldi, E., Babayığıt, M. A., Hassoy, H., Açıkel, C.H., Taşçı, İ. ve Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 50(3), 172-179

Grant BF, Hasin DS, Blanco C ve ark. (2005) The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry, 66:1351-1361.

Hamamcı, Z.; Duy, B. (2003). “Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Malatya: İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 09–10 Temmuz, PEGEM Yayıncılık, 108–109. Erişim Tarihi: 12.12.2005, Erişim Adresi: <http://www.inonu.edu.tr/kongre/pdr2003/özet.pdf>

Heimberg, R.G., Stein, M.B., Hiripi, E. & Kessler, R.C.(2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29-37.

İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relations to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004; 49:630-634.

İzgiç F, Akyüz G, Doğan O ve ark. (2000) Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4):207-214.

Karademir UA.(2014). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin].

Karahan T.F. ve arkadaşları (2005). Üniversite Öğrencilerinin Üniversite Yaşamına Uyum Düzeylerinin Denetim Odağı Ve Atılganlık Düzeyleri Açısından İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 18;06-15

Karagün, E. (2016). Beden Eğitimi Öğretmenleri ile Diğer Branş Öğretmenlerin Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Araştırma. *Cilt:24 No:1 Kastamonu Eğitim Dergisi* 53-64

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch of Gen Psychiat*, 51, 8–19.

Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S ve ark. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20:359-364.

Kessler RC, Ruscio AM, Shear K ve ark. (2010) Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci*, 2:21-35

Kılıç C (1997) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Ön Rapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (ed.) Ankara, Aydoğdu Ofset, T.C. Sağlık Bakanlığı

Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Z Şimşek (Ed). Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti, s. 77-94.

Kılıç, E.Ö. (1999) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 52, Sayı, 1 45-51

- Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark. (1997) Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI (DSM-III-R) ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. 3P Dergisi, 4:253-265.
- Koyuncu A, Binbay Z, Özyıldırım İ, Ertekin E. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Başlangıç Yaşının Klinik Gidiş Üzerine Etkisi Klinik Psikiyatri 2012;15:111-120
- Kuzgun, Y.1972 Anne Baba Tutumlarının Bireyin Kendini Gerçekleştirme Üzerine Etkisi (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara
- Last CG, Perrin S, Hersen M ve ark. (1992) DSM-III-R anxiety disorder in children: sociodemographic and clinical characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31; 1070–1076.
- Liebowitz MR. Social phobia. Modern Problems in Pharmacopsychiatry. 1987;22:141–173
- Muşlu, C. Ve arkadaşları (2009). Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(1):17-23
- Meron Ruscio A, Kahverengi TA, Chiu WT, SAREEN J Stein MB, Kessler RC. Sosyal korkular ve sosyal the United Devletleri'nde fobi: Milli komorbidite Anketi sonuçları Çoğaltma. Psychol Med 2008; 38: 15-28
- Moller, V. (1996). Life satisfaction and expectations for the future in sample of university students: a research note. South African journal of sociology, 27 (1), 109-125.
- Michalos, A.C. 1991. Global report on student well-being. Volume I: Life satisfaction and happiness. New York: Springer. Verlag.
- N Dilbaz: Sosyal anksiyete bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3(ek 2):3-20
- Regier DA, Myers JK, Kramer M ve ark. (1984) The NIMH epidemiological catchment area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry, 41:934-941.
- "Sabuncu N. , Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar 4. Baskı, 2014 Alter yayıncılık, 978-605-4523-21-4
- Schneier FR, Johnson J, Hornig CD ve ark. (1992) Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Arch Gen Psychiatry, 49:283-288.

Sümer A.S. (2008). Farklı Öz-Anlayış (Self-Compassion) Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Anksiyete Ve Stresin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.(Danışman: Doç. Dr. Mehmet Engin Deniz)

Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M ve ark. (2000) Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? Eur Psychiat, 15: 67-74.

Şendir M, Acaroğlu R. Reliability and Validity of Turkish Version of Clinical Stress Questionnaire. Nurs Educ Today 2008;28(6):737-43.

Tekin, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi. (Yüksek lisans tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

Tükel R, Alkın T. (2006). Anksiyete Bozuklukları, TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, No: 4, Ankara,

Tosun KE. (2013). Yaşam Kalitesi Ekseninde şekillenen Alternatif Bir Kentsel Yaşam Modeli: Yavaş Kentleşme Hareketi. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi; 32(1):215-237.

Torlak S.E. ,Yavuzçehre P.S. (2008) Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme “Çağdaş Yerel Yönetimler” , cilt 17, sayı 2,Nisan 2008,s.23-44

Taneli Y. Sosyal fobi ve özgül fobi. A Soykan Aysev,Y Işık Taner (Eds.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul: Golden Print, 2007, s.475-492.

The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 1998; 46 (12):1569-85

Veenhoven, Ruth (2000) “The Four Qualities of life” Journal of Happiness Studies, vol. 1, p. 12-31

Yıldırım ve ark. (2011), Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(2):61-68

Zengin N. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Öz Etkililik- Yeterlilik Algısı ve Klinik Uygulamada Yaşanılan Stresle İlişkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(1):49-57

Wallander, J.L. Schmitt, M.; Koot H.M. (2001). Quality Of Life Measurement In Children And Adolescents: Issues, Instruments And Applications. Journal of Clinical Psychology, 57, 571-585.

Wang C , Lee H, Lu K. Nursing student depression and associated factors during students' first clinical practice. Journal of Nursing & Healthcare Research 2010;6(1):65-75.

Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P ve ark. (1996) Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. Br J Psychiatry, 168:169-174.

Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC (1999) Social fears and social phobia in a community sample of adolescents an young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. Psychol Med, 29: 309-23.

The WHOQOL Group: What quality of life. World Health Forum.1996; 17:354-6.

<https://www.etimolojiturkce.com/kelime/insan> Erişim tarihi:28.03.2017

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/34/970/11942.pdf> Erişim tarihi:28.03.2017

<http://www.psikolojiportali.com/anksiyete-bozukluklari-kaygi-bozukluklari-nedenleri-turleri-ve-belirtileri/> Erişim Tarihi 20.02.2017

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/504/6084.pdf> erişim tarihi: 18.03.2017

<https://kaliteblog.wordpress.com/kalite-nedir/>Erişim tarihi:15.02.2017

EK-1**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

(Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşam kalitesi ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkinin belirlenmesi için bir çalışma yapmaktayım. İzninin olursa sizinle bir anket doldurmak istiyorum. Kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır.

Dilediğiniz zaman anketi sonlandırma hakkına sahipsiniz.

1	Yaş	<input type="checkbox"/> 0-16 yaş <input type="checkbox"/> 17-25 <input type="checkbox"/> 26 - ↑
2	Medeni Hali:	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Beraber yaşama
3	Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
4	Şuan da herhangi bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok (Varsa Nelerdir?)
5	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa; Sizce bu nedir?	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa; Sizce bu nedir? (hastalık/sorun)
6	Öğün Atlıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
10	Hemşirelik Bölümünü Kendiniz mi Tercih ettiniz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
12	Sigara Kullanım Durumu	<input type="checkbox"/> Hiç Kullanmamış <input type="checkbox"/> Pasif İçici <input type="checkbox"/> Kullanıyor
14	Alkol Kullanım Durumu	<input type="checkbox"/> Hiç Kullanmamış <input type="checkbox"/> Arada Kullanıyor <input type="checkbox"/> Sürekli Kullanıyor

16	Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor (Çalışmıyor iseniz 24. soruya geçiniz)
17	Kaç yıldır çalışıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1 yıl ve altı <input type="checkbox"/> 2-3 yıl <input type="checkbox"/> 4-5 yıl <input type="checkbox"/> 5 - ↑
18	Çalışma Şekli	<input type="checkbox"/> Yarı zamanlı <input type="checkbox"/> Tam Zamanlı <input type="checkbox"/> Nöbetli Çalışma
19	Aileden yardım alıyorsunuz musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
20	Yararlandığı Sağlık Kuruluşu	<input type="checkbox"/> Yok, <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası <input type="checkbox"/> SSK
21	İstanbul'da Kiminle Kalıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Evde Yalnız <input type="checkbox"/> Evde Arkadaşlar ile <input type="checkbox"/> Evde Ailesi ile <input type="checkbox"/> Yurtta
22	Yaşantısını Geçirdiği Yer	<input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Kasaba <input type="checkbox"/> Şehir <input type="checkbox"/> Metropol
23	Aile Tipi	<input type="checkbox"/> Çekirdek Aile <input type="checkbox"/> Geleneksel Aile <input type="checkbox"/> Anne -Baba Ayrı
24	Annenin Eğitimi	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite - ↑
25	Babanın Eğitimi	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite - ↑
26	Annenin Çalışma Durumu	<input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Memur
27	Babanın Çalışma Durumu	<input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Memur

28	Ailenin Aylık Ortalama Geliri	<input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Yetersiz
29	Kardeş Sayısı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 - ↑
30	Sosyal Aktiviteler	<input type="checkbox"/> Spor <input type="checkbox"/> Müzik (Konser, Halk Oyunları v.s.) <input type="checkbox"/> El Sanatları(Heykel, Hat, Resim v.s.) <input type="checkbox"/> Gezi <input type="checkbox"/> Tiyatro, Sinema
31	Sosyal Aktiviteye Katılma Durumu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK-2

WHOQOL-BREF TR (World Health Organization Quality of Life) Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç Hoşnut değil	Çok az hoşnut	Orta derecede hoşnut	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokca	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Hiç Hoşnut değil	Çok az hoşnut	Orta derecede hoşnut	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Bu formun doldurulmasında size yardımcı olan birisi oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?		

EK-3

LIEBOWITZ SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

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

Teşekkürler.

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

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	

13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

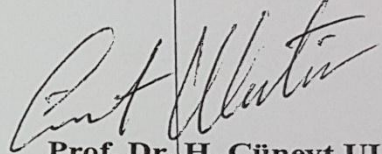
EK- 4

KURUM İZİNİ

SURET

*İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yönetim Kurulu Toplantısı*

<i>Toplantı Tarihi: 17 Şubat 2017</i>	<i>Toplantı No: 2017 /05</i>
13. Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe ARIKBOĞA'nın tez çalışması için Fakültemizin Hemşirelik Bölümü öğrencileri üzerinde çalışma yapması hakkında görüşülmesi,	KARAR 13- Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe ARIKBOĞA'nın Fakültemizin Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile 'Yaşam Kalitesi ve Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi' hakkında çalışma yapmasının onaylanmasına ve kararın Rektörlük Makamına bildirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. H. Cüneyt ULUTİN
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

EK 5:

ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

SAYI : 83

KONU: Etik Kurul İzni

24.03.2017

Sayın; Ayşe ARIKBOĞA

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Prof. Dr. Necmiye SABUNCU' nun danışmanlığında " **Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ile Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi** " isimli araştırma kurulumuzun 24.03.2017 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof .Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr İnternet:www.halic

13. ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Ayşe Arıkboğa

İletişim Bilgileri

Adres : Halkalı Merkez Mah. 1. Mert sokağı. Üç Yıldız Sitesi. Bina no:0009 A Blok
Daire:23 KÜÇÜKÇEKMECE/ İSTANBUL

Telefon : 0(505) 894 44 76

Mail :ayse.arikboga@yeniyyuzyil.edu.tr

2. Doğum Tarihi :15.07.1979

3. Unvanı : Hemşire

4. Öğrenim Durumu : Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Gazi üniversitesi	2003
Yüksek Lisans	Hemşirelik Esasları	Haliç Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora			

5. Akademik Unvanlar

6. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

7. Yayınlar

7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.2. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler.

7.3. Yazılan Uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler.

7.4. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

7.5. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler

7.6 Diğer Yayınlar

8.Projeler

9.İdari Görevler

10.Bilimsel Kuruluşlara Üyelikleri

11.Ödüller

12.Son iki yılda verdiği lisans ve lisansüstü düzeyindeki dersler

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati		Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	
2016	Bahar	Hemşirelik Esasları		8	22
2016	Bahar	Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		8	24

2017	Güz	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	8	16
2017	Güz	Psikiyatri Hastalıkları Hemşireliği	8	25
2017	Bahar	Hemşirelik Esasları	8	16
2017	Bahar	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	8	22
2017	Bahar	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	8	13

* İşaretli dersler, yüksek lisans dersleridir.