

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ ZAYIF OLARAK TANIMLANAN BİREYLERDE SOSYAL KAYGI

Social Anxiety in The Individuals with as Weak for The Body Mass Index

Soner Ölmez¹, Emel Zorlu Ölmez², Hamit Sırrı Keten³, Selçuk Kardaş⁴,
Mustafa Haki Sucaklı⁵, Mustafa Çelik⁵

¹ Aile Hekimliği, Samsat İlçe Devlet Hastanesi, ADIYAMAN

² Necip Fazıl Şehir Hastanesi Diyet Polikliniği, KAHRAMANMARAŞ

³ Aile Hekimliği, Kürtül Aile Sağlığı Merkezi, KAHRAMANMARAŞ

⁴ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

⁵ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmamızda zayıf bir vücut görünümüne sahip olmanın kişide beden algısını olumsuz etkileyip sosyal kaygı oluşturabileceği düşüncesinden hareketle, vücut kitle indeksi (VKİ) göre zayıf olarak tanımlanan bireylerdeki sosyal kaygı sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 06.12.2013 ile 30.05.2014 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniği ile Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran ve VKİ'ne göre zayıf olarak saptanan, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 80 hasta dahil edildi. Kontrol grubu ise, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan ve normal VKİ'ne sahip 81 kişiden oluşturuldu. Araştırma vaka kontrol çalışması olarak planlandı. Katılımcıların çalışma konusunda bilgilendirilmeleri sonrasında onamları alındı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin ilk bölümünde hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik gelir, meslek, boy ve kilo gibi sosyodemografik verileri bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Liebowitz Sosyal Kaygı Belirtileri Ölçeği yer almaktadır.

Bulgular: Hasta grubunun toplam puan ortalaması 55.26 ± 18.02 iken kontrol grubunun toplam puan ortalaması 54.97 ± 20.7 'di. Her iki grup arasında toplam puanlar açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.925$). Her iki grup arasında ortalama kaçınma puanları ($p=0.345$) ve ortalama korku puanları ($p=0.430$) açısından da önemli bir fark bulunmadı. Tüm katılımcılar içinde kadın ve erkek cinsiyetler arasında korku puanları açısından önemli bir fark tespit edilemezken ($p=0.517$), kadınların kaçınma puanları erkeklerin kaçınma puanlarından yüksek olarak tespit edildi ($p=0.000$).

Sonuç: Sosyal kaygı belirtilerine neden olabilen zayıflığın meydana getirdiği olumsuz beden algısı biyopsikososyal açıdan değerlendirilmelidir.

ABSTRACT

Aim: Having a weak body appearance can affect the individual's body perception negatively, so may cause social anxiety. Due to this thought, in this study, we aim to determine the frequency of the social anxiety, in the individuals who are classified as weak for the body mass index (BMI)..

Material and Methods: The 80 patients; who have not any known chronic and psychiatric diseases and classified as weak for the BMI, came to the diet polyclinics of Kahramanmaraş Sütçü İmam University Medicine Faculty Hospital and Gaziantep Şehit Kamil State Hospital between 06.12.2013 and 30.05.2014, have participated to this study. The control group was selected the 81 patients who have also not any known chronic and psychiatric diseases. The research has planned as a case-control study. After the inform consent the participants, received the green light for the study. The standard survey forms, improved by the researchers, which contains open-ended and closed-ended questions were applied to the participants. At the first part of the survey form, there are the sociodemographic information about the patients, like age, sex, economic income, job, length and weight. Liebowitz Social Anxiety Signs Measure is found at the second part.

Results: The mean age of the participants was 22.06 ± 3.4 (min.=18, max.=33). The mean of the total points of the whole participants taken from measure (scary point +avoiding point) was 55.11 ± 19.35 (min.=1.0, max.=104.0). Although the mean of total points of the Patient Group was 55.26 ± 18.02 , The Control Group's was 54.97 ± 20.7 . Any meaningful difference haven't detected between two groups' total points ($p=0.925$), also mean avoiding points ($p=0.345$) and mean scary points ($p=0.430$). Although any meaningful difference have not been detected between male and female sexes in the whole participants for the scary points ($p=0.517$), for the avoiding points it has, in favour of women ($p=0.000$).

Conclusion: The negative body perception which formed by the weakness; likely the cause of social anxiety signs, should be evaluated bio-psyco-sociologically.

*Bu çalışma birinci yazarın tez çalışmasından türetilmiştir.

Gönderme tarihi / Received: 04.03.2016 Kabul tarihi / Accepted: 17.05.2016

İletişim: Dr. Soner ÖLMEZ Samsat İlçe Devlet Hastanesi, Yavuz Selim, Seyhan Sk., 02800 Samsat/Adıyaman

Tel: 0-544-2541986 E-posta: dnsnr_86@hotmail.com

GİRİŞ

Sosyal fobi (SF) ya da sosyal kaygı (SK) insan hayatının akışını ve duygu durumunu derinden etkileyen, gündelik hayatın gerekliliklerini kâbusa dönüştüren, sosyal ortamlarda açığa çıkan bir kaygı durumudur. Özellikle kişinin performans gerektiren bir iş ile meşgulken başkaları tarafından incelenmesi durumunda açığa çıkan diğer kişiler tarafından küçük görülme, alay edilme ya da eleştirilme korkusudur (1).

Sosyal kaygının yaşam boyu görülme oranı oldukça yüksektir. En yaygın psikiyatrik bozukluklar olan majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığının arkasından en sık görülen üçüncü bozukluktur (2,3).

Sosyal fobi, ilk olarak Pierre Janet'in "phobie des situations sociales" tanımıyla psikiyatri literatürüne 1903'te girmiş olmasına rağmen, yıllarca araştırmacılar ve klinisyenler tarafından en az araştırılmış hatta ihmal edilmiş anksiyete bozuklukları içerisinde yer almıştır.

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara baktığımızda, VKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu ve obez grubun obez olmayan grupla kıyaslanması sonucu, obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip olduklarını görmekteyiz (4).

Obezitenin çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklara (depresyon, SK vb.) yol açtığına dair çok sayıda çalışma görmek mümkündür. Fakat zayıflığın da kişinin beden algısını olumsuz yönde etkileyip çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabileceği düşünülse de, bu konuda yapılmış yeterli sayıda çalışma mevcut değildir.

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

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 06.12.2013 ile 30.05.2014 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniği ile Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran, yapılan boy ve kilo ölçümleri neticesinde VKİ'ne göre zayıf olarak saptanan, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 80 hasta dahil edildi. Kontrol grubu ise; aynı tarihler arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine herhangi bir şikayetle gelen, yapılan boy ve kilo ölçümleri sonrasında VKİ'ne göre normal aralıkta tespit edilen, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 81 kişiden oluşturuldu. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin ilk bölümünde hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik gelir, meslek, boy ve kilo gibi sosyodemografik verileri bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Liebowitz Sosyal Kaygı Belirtileri Ölçeği (LSKÖ) yer almaktadır.

Araştırma vaka kontrol çalışması olarak planlandı. Katılımcıların çalışma konusunda bilgilendirilmeleri sonrasında onamaları alındı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma için izin alındı.

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği:

Liebowitz (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği Heimberg, Horner, Juster, Safren ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçekte toplam 24 madde bulunmaktadır. LSKÖ, SF'si olan bireylerin korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdiği sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Yirmi dört maddeden oluşan ölçek, 11'i sosyal ilişki ve 13'ü performans olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte kişinin son bir hafta içinde yaşadığı korku ve kaçınmanın şiddeti, 0-3 likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde sorgulanır. Her bir alt-ölçekten alınabilecek puanlar 0 ve 72 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında olmaktadır. Alınan puanın yükselmesi SK'nın ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Önerilen kesim puanı her bir alt ölçek için 25 ve toplam puan için 50'dir. Ölçeğin tümüne ait toplam puan alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Korku alt ölçeğinin puanlanmasında 0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli, kaçınma alt ölçeğinin puanlanmasında ise 0=asla (%0), 1=ara sıra (%1-33), 2=sıklıkla (%33-66), 3=hemen her zaman (%67-100) puanları kullanılmaktadır. Bu ölçeğin, SF'nin alt tiplerini belirleyebildiği bulunmuştur (5).

Sonuç olarak LSKÖ'nin bu alanda kullanışlı bir ölçek olduğu düşünülmektedir (6). Ülkemizde Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (7). LSKÖ, özellikle SF ile bağlantılı belirtileri ölçen maddelerden oluşmaktadır. Bu bulgular ölçeğin ayırt edici geçerliğini desteklemektedir. Orijinal olarak klinisyen tarafından uygulanan ölçek kendini bildirim ölçeği olarak da kullanıldığında

oldukça güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edilmiştir (8).

Tablo 1. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları.

Demografik veriler	Hasta*	Kontrol**	P*
Cinsiyet dağılımı			
Kadın [n (%)]	42 (50.6)	41 (49.4)	0.813
Erkek [n (%)]	38 (49.4)	40 (51.6)	
Yaş ortalaması (±SS)	21.7±3.5	22.2±3.2	0.381

*VKİ<18.5'İN ALTINDA OLANLAR, **VKİ: 18.5-24.9 ARASINDA OLANLAR

* P<0.05 İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLI KABUL EDİLMİŞTİR.

Tablo 2. Grupların sosyodemografik verileri (n=161).

Grupların özellikleri	HASTA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
Medeni durum					
Evli	24	30.0	33	40.7	0.12
Bekar	56	70.0	48	59.3	
Toplam	80	100	81	100	
İkametgâh					
İl Merkezi	60	75	59	72.7	0.78
İlçe	16	20	12	14.8	
Köy	4	5	10	12.5	
Toplam	80	100	81	100	
Eğitim seviyesi					
Yüksekokul	18	22.5	40	49.5	0.09
Lise	36	45.0	19	23.4	
Ortaokul	19	23.75	13	16.0	
İlkokul	7	8.75	9	11.1	
Toplam	80	100	81	100	
Meslek					
Memur	9	11.3	18	22.2	0.08
İşçi	21	26.3	20	24.7	
Serbest	4	5.0	9	11.1	
Ev hanımı	11	13.8	9	11.1	
Öğrenci	35	44.6	25	30.9	
Toplam	80	100	81	100	

* P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veri analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde ortalama, frekans ve standart sapma değeri

Tablo 3. Grupların boy, kilo ve VKİ ortalama değerleri.

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

Ki-kare ve student T testi uygulandı. İstatistiksel olarak p<0.05 önemli kabul edildi.

Tablo 4. Katılımcıların alışkanlıkları, yeme seçme durumları ve et tüketim sıklıkları.

Grupların özellikleri	HASTA		KONTROL		P*
	n	%	n	%	
Sigara					
Evet	18	22.5	8	9.9	0.76
Hayır	59	73.8	69	85.2	
Bıraktım	3	3.8	4	4.9	
Alkol					
Evet	4	5.0	1	1.2	0.98
Hayır	76	95.0	80	98.8	
Yemek Seçimi					
Hiç yemek seçmem	18	22.5	29	35.8	0.08
Bazen yemek seçerim	41	51.3	39	48.1	
Çok yemek seçerim	21	26.3	13	16.0	
Et Tüketim Sıklığı					
Her gün	3	3.8	8	9.9	0.22
Haftada 2-3 defa	42	52.5	35	43.2	
Haftada 4-5 defa	2	2.5	11	13.6	
Ayda 1 defa	10	12.5	15	18.5	
Ayda 2-4 defa	19	23.7	8	9.9	
Yılda 1-3 defa	4	5.0	4	4.9	

* P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

belirlendi. İkili gruplar arasında karşılaştırmada

BULGULAR

VKİ'ne göre zayıf olarak tanımlanan hasta grubunun 42'si kadın, 38'i erkekti. VKİ normal aralıkta olanlardan oluşan kontrol grubunun ise 41'ini kadınlar 40'ını erkekler oluşturuyordu. Hasta ve kontrol grupları cinsiyet dağılımları açısından benzerdi. Zayıf bireylerin yaş ortalaması 21.7 ± 3.5 iken, normal VKİ'ne sahip kontrol grubunun yaş ortalaması 22.2 ± 3.2 'dü. Her iki grup yaş ortalaması açısından da benzerdi. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sosyodemografik veriler açısından incelendiğinde; 80 katılımcıdan oluşan hasta grubunun %22.5'i yüksekokul, %45'i lise, %23.8'i ortaokul, %7.5'i ilkokul mezunuydu. 81 katılımcıdan oluşan kontrol grubunun ise %49.4'ü yüksekokul, %23.5'i lise, %16'sı ortaokul ve %8.6'sı ilkokul mezunu olduğunu

söyledi. Yerleşim yerlerine göre incelendiğinde zayıfların %75'i il merkezinde, %20'si ilçede, %5'i de köyde yaşıyordu. Normal kilodaki bireylerin ise %72.8'i il merkezinde, %12.3'ü ilçede ve %12.3'ü köyde ikamet ediyordu. Medeni durumlarına göre bakıldığında ise hasta grubunun %30'u evli, %67.5'i bekarı. Kontrol grubunun ise %40.7'si evli, %58'i bekarı. Mesleklerine göre bakıldığında zayıf bireylerin %11.3'ü memur, %26.3'ü işçi, %13.8'i ev hanımı, %44.6'sı öğrenci olduğunu ifade ederken %5'i de serbest meslekle uğraştığını belirtti. Kontrol grubunun ise %22.2'si memur, %24.7'si işçi, %11.1'i ev hanımı, %30.9'u öğrenciyken %11.1'i "serbest" olarak mesleğini tanımladı. Sosyodemografik verilerle (medeni durum, yerleşim yeri, eğitim seviyesi, meslek) kişilerdeki mevcut SK düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktu.

Tablo 5. LSKÖ'den alınan toplam ölçek puanı, korku puanı ve kaçınma puanlarının gruplar arasındaki karşılaştırılması.

Değişkenler	Tüm Katılımcı (Ortalama±SD)	Hasta Grubu (Ortalama±SD)	Kontrol Grubu (Ortalama±SD)	P
Boy	165.0 ± 9.7	168.6 ± 8.8	164.9±20.7	0.925
Kilo	47.1 ± 5.7	63.2 ± 8.8	26.4±11.7	0.345
VKİ	17 ± 1.0	21.6 ± 1.6	28.4±12.6	0.430

* P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 6. Kesme puanlarına göre katılımcıların dağılımı.

ÖLÇEK PUANI KESME DEĞERLERİ	HASTA GRUBU	KONTROL GRUBU	p*
	n (%)	n (%)	
Toplam ölçek puanı kesme değerleri			
< 48	28 (35)	22 (27.2)	0.310
48 ve üstü	52 (65)	59 (72.8)	
Toplam	80 (100)	81 (100)	
Kaçınma puanı kesme değerleri			
< 20	18 (22.5)	24 (29.6)	0.370

20 ve üstü	62 (77.5)	57 (70.4)	
Toplam	80 (100)	81 (100)	
Korku puanı kesme değerleri			
< 26	38 (47.5)	29 (35)	0.152
26 ve üstü	42 (52.5)	52 (65)	
Toplam	80 (100)	81 (100)	

Hasta grubunu oluşturan zayıfların %22.5'i düzenli sigara içtiğini, %73.8'i hayatında hiç sigara içmediğini, %3.8'i de bıraktığını belirtti. Kontrol grubunu oluşturanların ise %9.9'u düzenli sigara içtiğini, %85.2'si hayatında hiç sigara içmediğini, %4.9'u da bıraktığını ifade etti. Alkol kullanımı açısından; zayıfların %5'i alkol kullandığını %92.5'i hiç alkol kullanmadığını söyledi. VKİ normal aralıkta olanların ise %1.2'si alkol kullandığını belirtirken %98.8'i hiç alkol kullanmadığını ifade etti. Yemek seçer misiniz sorusuna hastaların %22.5'i "hiç yemek seçmem", %51.3'ü "bazen yemek seçerim", %26.3'ü ise "çok yemek seçerim" şeklinde cevapladı. Kontrol grubunun ise %35.8'i "hiç yemek seçmem", %48.1'i "bazen yemek seçerim", %16'sı da "çok yemek seçerim" şeklinde yanıtladı. Katılımcıların alkol tüketimleri ($p=0.981$), sigara içme durumları ($p=0.761$), yeme alışkanlıkları ($p=0.084$) ve et tüketim sıklıkları ($p=0.222$) ile mevcut SK düzeyleri arasında önemli bir fark yoktu.

Hasta ve kontrol grubunun bütün sosyodemografik verileri ve "-p" değerleri hasta ve kontrol grubu başlığı altında Tablo 2'de; boy, kilo ve VKİ ortalama değerleri Tablo 3'de; alışkanlıkları, yeme seçme durumları ve et tüketim sıklıkları Tablo 4'te sunulmuştur.

Hasta grubunun toplam puan ortalaması 55.26 ± 18.02 iken kontrol grubunun toplam puan ortalaması 54.9 ± 20.7 'di. Her iki grup

arasında toplam puanlar açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.925$).

Zayıf bireylerin korku puan ortalamaları 27.0 ± 11.0 iken, VKİ normal aralıkta olan kontrol grubunun korku puan ortalaması 28.4 ± 12.6 olarak belirlendi. Her iki grup arasında ortalama korku puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.430$).

Hasta grubun toplam kaçınma puan ortalaması 28.2 ± 11.9 iken kontrol grubunun toplam kaçınma puan ortalaması 26.4 ± 11.7 olarak saptandı. Her iki grup arasında ortalama kaçınma puanları açısından önemli bir fark tespit edilmedi ($p=0.345$). Hasta ve kontrol gruplarının kaçınma ve korku puan ortalamaları Tablo 5'de gösterilmiştir.

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

Korku puanları açısından hasta grubunu oluşturan katılımcıların %52.5'inin toplam puan

Tablo 7. Cinsiyetlere göre grupların ölçekten aldıkları puan ortalamaları.

Değişkenler	Korku Puanı (Ort. ±SD)	Kaçınma Puanı (Ort.±SD)	Toplam Puanı (Ort.±SD)
Hasta Grubu			
Kadın	25.2±10.6	30.6±11.8	56.01±6.8
Erkek	29.2±11.1	25.6±11.5	54.4±7.3
Kontrol Grubu			
Kadın	29.8±10.1	30.8±10.1	55.7±9.1
Erkek	27.3±14.4	22.3±11.7	54.1±11.2

ortalaması kesme puanının üzerinde tespit edilirken. Kontrol grubunda ise %65 olgunun toplam korku puan ortalaması kesme puanının üzerinde çıktı. Her iki grup arasındaki korku-kesme puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.152$)

Kaçınma puanı açısından hasta grubunu oluşturan katılımcıların %77.5'inin ortalama kaçınma puan ortalamaları kesme puanının üzerinde çıkarken, Kontrol grubundaki katılımcıların ise %70.4'ünün ortalama kaçınma puan ortalamaları kesme puanının üstünde saptandı. Her iki grup arasında kaçınma-kesme puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.370$). Kesme puanlarına göre her iki grubun bütün değerleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarını kendi içinde cinsiyetleri açısından değerlendirdiğimizde; hasta grubundaki kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 56.01±6.8 iken erkeklerin toplam puan ortalaması 54.4±7.3'dü. Hasta grubunda kadınlarla erkekler arasında toplam ölçek puanı açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0.291$). Kontrol grubunu oluşturan

kadınların toplam puan ortalaması 55.7±9.1 çıkarken erkeklerinki 54.1±11.2 olarak bulundu. Kontrol grubunu oluşturan kadın ve erkek cinsiyetler arasında da önemli bir fark çıkmadı ($p=0.276$)

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

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

kaçınma ve toplam ölçek puan ortalamaları Tablo 7’de belirtilmiştir.

Yaptığımız çalışmada medeni durumla SF, sosyal fobik kaçınma ve korku alt puanları arasında; eğitim düzeyiyle SK bozukluğu arasında; yaşanan yere göre SF yaygınlığı arasında da önemli bir fark tespit edilmemiştir. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sigara ve alkol kullanımıyla SF arasında önemli bir fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Sosyal fobi, başlıca özelliği utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan, belirgin ve sürekli bir korku duyma durumudur. Yeme, içme, konuşma, başkalarının önünde yazı yazma, otorite olarak görülen insanlarla karşılaşma, bir şey yaparken izlenme bunu tetikleyen en yaygın durumlardır. Kişi bu durumlarla başa çıkmak için kaçınmak ister (9).

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

izlendiği ve incelenip değerlendirildiği duygusu içindedir (11).

Geçtiğimiz yıllarda, araştırmaların ilgisi kaygı bozukluklarında cinsiyet farklılıkları üzerine artmıştır (12). Demografik özellikler, eş tanı, semptomların görünüşü ve şiddetindeki cinsiyet farklılıklarının hedef davranışların seçiminde, terapötik müdahalenin seyrinde ve sonuçlarında bir farklılık yaratabileceği düşünülmektedir (13). Bu nedenle, bir bozukluğun cinsiyetler arası fark gösterip göstermediğini belirlemek önemli görülmektedir.

Yapılan birçok toplum çalışmasında kadınların erkeklerden daha sık SF belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir (14,15). Ancak klinikte yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde (35 SF tedavi çalışması, 1,514 katılımcı, katılımcıların % 48’i erkek) kadın erkek sayısının eşit olduğunu gösteren araştırma bulguları olduğu gibi (16) erkeklerin kadınlardan daha fazla SF tanısı aldığını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (17-19). İzgiç ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre, ‘kadınlarda daha yüksek görülmeyle birlikte erkeklerle aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (20). Dilbazın yaptığı araştırmada da SK kadınlarda daha fazla görülmeyle birlikte yapılan klinik çalışmalarda erkek oranının daha yüksek olması, kadınların daha fazla SK bildirirken bu konuda tedavi arayanların erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır (21). Biz de yaptığımız çalışmada literatürle uyumlu olarak kadınlarda erkeklerden daha sık sosyal fobik kaçınma davranışı şeklindeki alt kategorisini-görüldüğünü saptadık. Toplumumuzda kız çocuklarına genellikle olumsuz yüklemeler (kızlar çok konuşmaz, çok fazla dışarı çıkmaz

gibi), baskılar ve fazla sorumluluk verilmemesi sonucu kız çocukları daha pasif ve çekingen olarak yetişmektedir. Kadınlarda görülen yüksek SK düzeyi, çocukluktan beri gelen çekingenlikten kaynaklanıyor olabilir. Psikiyatri kliniğine başvuran kişilerde SF tanısı alan erkeklerin sayısı kadınların sayısından oldukça fazla olduğu görülmektedir (22,23). Ancak bu durum SK bozukluğunun kadınlarda daha az görülen bir hastalık olduğu anlamına gelmez. Bu sonucun olası nedenleri; toplumumuzda çoğu kadının iş yaşamının olmaması, sosyal alanlarının kısıtlı olması ve çekingenlikten dolayı tedavi için daha az başvuru yapılıyor olması olabilir.

Yapılmış olan çalışmalarda epidemiyolojik veriler bekar ve dullarda SF'nin daha fazla görüldüğü şeklindedir (24-26). Özellikle bekar, boşanmış ve yalnız yaşıyor olmanın SK açısından daha riskli özellikler olduğu bildirilmektedir (27). Daha çok bekarlarda bulunmasının sebebi, toplumsal ilişkilerde özellikle karşı cinsle konuşmada duyulan rahatsızlıktan kaynaklandığı şeklinde açıklanmaktadır (28). Bizim yaptığımız çalışmada ise medeni durumla SF, sosyal fobik kaçınma ve korku alt puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Eğitim düzeyi ve SK bozukluğu konusunda yapılan birçok çalışmada çelişkili sonuçlar vardır. Eğitim düzeyi yüksek kişilerde SK bozukluğunun daha sık görüldüğünü bildiren yayınlar çoğunlukta olmakla birlikte düşük eğitim seviyesinde görüldüğünü bildiren yayınlara da rastlanmaktadır (13, 29). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyiyle SK bozukluğu arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Keskin ve Orgun'un çalışmasında en uzun süre ilçe ve köylerde yaşamış olan katılımcıların

büyük şehir ve şehirde yaşamış olanlardan LSKÖ'nin toplamından, fobik korku ve fobik kaçınma altölçeğinden daha yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (30). Bu durum düşük sosyoekonomik durumdan kaynaklanmış olabileceği gibi bu kişilerin üniversite yaşamlarına uyumda güçlük yaşamaları, şehir yaşamına geçerken sorunlarla karşılaşmalarından da kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamızda ise yaşanılan yere göre SF yaygınlığı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Literatürde SF'si olan bireylerin sigara bağımlılığına daha yatkın olduğu belirtilmiştir (31). Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ise SF'si olan bireylerin kaygı düzeylerini azaltmak için sigaraya başvurdukları belirtilmiştir (32). Bizim yaptığımız araştırmamızda ise sigara kullanımı ile SF arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Alkol kullanımıyla SK ilişkisi açısından literatüre baktığımızda, Nijerya'da yapılan bir çalışmada SF'si olanların %10.3'ünün, SF'si olmayanların %7.5'inini halen alkol kullanmakta olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmadığı tespit edilmiştir. (33). Crum ve Pratt, 18 yaş üzerindeki 1920 yetişkinde yaptıkları bir izlem çalışmasında eşik altı seviyedeki 'nin alkolle ilişkili problemler için risk faktörü oluşturduğunu ancak SF'li kişilerde böyle bir riskin olmadığını saptamışlardır. Tanı kriterlerini karşılayan 'klerin sıklıkla korkulu durumlardan kaçındıkları, böylece baş etme aracı olarak alkol kullanmadıkları ve alkolle ilişkili problemler yaşamadıkları belirtilmiştir (34). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sigara ve alkol kullanımıyla SF arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

VKİ hem çocuklarda hem de yetişkinlerde beslenme durumunu ortaya koymada kullanılan son derece objektif bir ölçüttür. Ayrıca VKİ çok kolay hesaplanabilen (ağırlık [kg]/boy²[m]) ve klinik değerlendirmede deri altı ve toplam vücut yağının iyi bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir. Irklar ve cinsiyetler arasında hafif farklılıklar gösterse de her ırkta yaşa göre artış benzerdir (35,36).

Birçok endüstrileşmiş batı ülkesinde nüfusun % 40-60 kadarının, VKİ değeri 25'den büyük, obez veya fazla kilolu olduğu bilinmektedir (37-41). VKİ ve psikiyatrik sorunlar açısından literatüre bakıldığında çalışmaların tamamına yakınının obezler üzerinde yapıldığı görülecektir. Örnek olarak Roberts ve arkadaşları bazal obezite seviyesinin ileri dönemdeki depresyon için prediktör olduğunu bildirmişlerdir (42). VKİ zayıf olarak belirlenen kişiler üzerinde ise psikiyatrik açıdan yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Örneğin Pine ve arkadaşlarının VKİ'yle ilgili yaptıkları çalışmada 700 adolesanı 1977, 1982 ve 1992 yıllarında değerlendirmişler ve bazal depresyon yüksekliğinin obeziteyle pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (43). Biz ise farklı olarak VKİ zayıf olarak tanımlanan kişilerde SK sıklığını araştırdık. Araştırmamızda zayıflarla VKİ normal aralıkta olan bireyler arasında LSKÖ'den alınan toplam puanlar açısından anlamlı bir fark tespit etmedik ($p=0.925$). Benzer şekilde her iki grubun kaçınma ($p=0.430$) ve korku puan ortalamaları ($p=0.345$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık.

Sonuç olarak VKİ zayıf olarak saptanan bireylerdeki SK sıklığı ile VKİ normal aralıkta olan bireylerdeki SK sıklığının benzer oranlarda olduğunu belirledik. Çalışmamızda zayıflığın

kişide SK açısından olumsuz etkiye yol açmadığı saptandı ancak daha büyük popülasyonda çalışma yapmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

REFERANSLAR

1. Sungur MZ. Anksiyete bozuklukları, (Edt. Prof. Dr. Raşit Tükel), Çizgi Yayınları Ankara 2000;3:61-2.
2. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T ve Wittchen HU. Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:453–62.
3. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
4. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assesment of body image dissatisfaction of obese women: severity and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66:651-4.
5. Brown E, Heimberg R, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behav Ther* 1995;26:467-86.
6. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol* 1992;101:318-25.
7. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: The Turkish Version. *Psychol Rep* 2003;93:1059-69.
8. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB et al. The liebowitz social anxiety scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine* 2001;31:1025-35.
9. Dilbaz N. Kadın doğum hastalıklarının psikiyatrik yönleri, EGE Psikiyatri Sürekli Yayınları-Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi-1-İlkbahar 1997;2:17-8.
10. Sevinçok L. Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu arasındaki tanısız güçlükler. *Psikiyatri Dünyası*, 2000;4:4-5.
11. Erkan Z. "Ergenlerin Sosyal Kaygı Düzeyleri, Ana-Baba tutumları ve ailede görülen risk faktörleri üzerine bir çalışma." Yayımlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Adana 2002;2:120-1.
12. Oei TPS, Wanstall K ve Evans L. Sex differences in panic disorder with agoraphobia 1990;-4:317-24.
13. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM, Holt CS. An investigation of gender differences in social phobia 1998;12:208-23.
14. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2002;252:201-9.
15. Furmark T, Tillfors M, Garpenstrand H, Marteinsdottir I, Langström B, Orelund L et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:425-33.
16. Juster HR, Heimberg RG. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia psychiatric clinics of North America 1995;18:821-42.
17. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion* 2001;1:365-80.
18. Hofmann JA, Weiss B. "Family dynamics and presenting problems in college students", *Journal of Counseling Psychology* 1987;-34:157-63.
19. Ronald M. Rapee Corresponding author contact information, Richard Heimberg. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia 1997;35:741-56.
20. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:209.
21. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri* 2000;2:6-7.
22. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002;39:79-80.
23. Solmaz M, Sayar K, Akil Ö, Öztürk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:235-41.
24. Kılıç C. Türkiye'nin ruh sağlığı profili: ruh sağlığı hizmeti kullanımı. Önder ME (yayına hazırlayan) Bahar Sempozyumları I, Antalya. Ankara Psikiyatri Derneği Yayınları 1997;2:38-9.
25. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:207-14.
26. Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Kaya N. Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000;3:3-4.
27. Dilbaz N. Sosyal fobi. *Hekimler Yayın Birliği* 1997;1:17-20.
28. Güz H ve Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:36-8.

29. Pollard CA, Henderson JG. Four types of social phobia in a community sample. *J Nerv Ment Dis* 1998;176:440-5.
30. Keskin G, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:262-70.
31. Kanişlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. "Sigara ve Ruh Sağlığı". S.16, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Klasmat Matbaacılık Ankara, Şubat-2008.
32. Kaya N, Çilli AS, Aşkın R, Şahinoğlu DG. Psychiatric symptoms in mentally retarded children. *Genel Tıp Dergisi* 1997;4:19-23.
33. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and comorbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;44:458-63.
34. Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001;158:1693-700.
35. Tam SY, Kariberg JP, Kwan EY, Tsang AM, Sheng HP, He Q, Low LC. Body mass index is different in normal Chinese and Caucasian infants. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999;12:507-17.
36. Deurenberg P, Yap M, Van Staveren WA. Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998;22:1164-71.
37. Adaş M, Özbey N, Metin N, Yaraşır H, Kazancıoğlu R, Molvalılar Ş. Şişman kadınlarda visceral yağ indeksi ve metabolik risk göstergeleri ile ilişkisi, *İst. Tıp Fak. Mecmuası* 1999;62:1-3.
38. Sharma AM. Obesity and cardiovascular risk. *Growth horm IGF Res.* 2003;13:10-1.
39. Ashwell M. Obesity in men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994;18:1-7.
40. Pi-Sunyer FX. Obesity: Criteria and classification. *Proc Nutr Soc.* 2000;59:505-9.
41. James WP. The epidemiology of obesity. *Ciba Found Symp.* 1996;201:1-11.
42. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000;152:163-70.
43. Pine DS, Cohen P, Brook J, Coplan JD. Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study. *Am J Public Health* 1997;87:1303-10.