



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ  
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**YETİŞKİN BİREYLERDE SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYİ  
İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Sernur CANBOLAT**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL-2022**



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ  
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**YETİŞKİN BİREYLERDE SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYİ  
İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Sernur CANBOLAT**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Can ÖNER**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL-2022**



## BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları akademik ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir değiştirme yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanım Doç. Dr. Can NER kontrolünde tarafımdan üretildiğini ve SBÜ Tıp Fakültesi Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Sernur CANBOLAT

# İÇİNDEKİLER

BEYAN .....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEŞEKKÜR .....	vi
KISALTMALAR .....	vii
TABLO LİSTESİ .....	viii
ŞEKİL LİSTESİ .....	ix
ÖZET .....	x
ABSTRACT .....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ANKSİYETE.....	2
2.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ .....	4
2.2.1. Tanım ve Tarihçe.....	4
2.2.2. Epidemiyoloji .....	6
2.2.3. Etiyoloji .....	7
2.2.4. Komplikasyonlar .....	7
2.2.5. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği .....	8
2.3. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ.....	8
2.3.1. Tanım ve Tarihçe.....	8
2.3.2. Kişiliğin Değerlendirilmesi .....	9
2.3.3. Eysenck Kişilik Anketi.....	10
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	13
3.1. ÇALIŞMANIN TÜRÜ ve EVRENİ.....	13

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	13
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	14
3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği .....	14
3.3.3. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Form .....	15
3.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ VE DEĞİŞKENLERİ.....	15
3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	15
3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU .....	16
3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	16
3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI.....	16
4. BULGULAR .....	17
5.TARTIŞMA.....	26
6. SONUÇ .....	32
7.KAYNAKÇA .....	34
8.EKLER .....	39
EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU.....	39
EK 2: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 3: ETİK KURUL KARAR FORMU	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 4: TEZ KONUSU ONAY FORMU	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK 5: ÖZGEÇMİŞ .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

## TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lutfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Sayın Prof. Dr. Recep Demirhan'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde bilgilerini ve tecrübelerini bizimle cömertçe paylaşıp yol gösteren saygıdeğer hocam, S.B.Ü. H.U.T.F Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Sayın Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK'e,

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, desteğini her zaman hissettiğim, birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Doç. Dr. Can ÖNER'e,

Eğitimim boyunca bilgilerinden faydalandığım Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÇETİN'e, çalışmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Hatice Esin TEMİZ'e, tüm samimiyetiyle yardımlarını sunan Uzm. Dr. Nazlı HACIAĞAOĞLU'na,

Tez hazırlama yolunda bilgi birikimini cömertçe paylaşan sevgili arkadaşlarım Dr. Derya KARADENİZ'e ve Dr. Emine KAYA'ya, uzmanlık eğitimimiz süresince bu yolda birlikte yürüdüğümüz değerli eş kıdemlerime ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Bana olan güveni ve şefkatinin yanında akademik bilgi birikimiyle bu yolda desteğini esirgemeyen babam Prof. Dr. İbrahim CANBOLAT'a, eğitim hayatım boyunca ışığıyla yolumu aydınlatan, arkadaşım, abim Öğr. Gör. Dr. Ahmet Serhan CANBOLAT'a, şüphesiz ki bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan canım anneme, özellikle asistanlık dönemimde en büyük yoldaşım olan teyzeme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sernur CANBOLAT

## KISALTMALAR

- DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,  
Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
- E:** Dışa Dönüklük
- ICD:** International Classification of Diseases and Related Health Problems-  
Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel  
Sınıflaması
- N:** Nörotisizm-Nevrotiklik
- P:** Psikotizm
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Anksiyete Bozuklukları .....	3
Tablo 2 DSM-5'e göre hastalık kaygısı tanı kriterleri .....	5
Tablo 3 Katılımcıların genel özellikleri .....	17
Tablo 4 Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özellikleri .....	18
Tablo 5 Katılımcıların anksiyete puanı ve demografik özellikleri.....	20
Tablo 6 Eysenck kişilik anketinden alınan puanlar.....	21
Tablo 7 Dışa dönüklük puanı ve demografik özellikler arasındaki ilişki .....	22
Tablo 8 Nörotisizm puanı ve demografik özellikler arasındaki ilişki.....	23
Tablo 9 Psikotisizm puanı ve demografik özellikler arasındaki ilişki .....	24
Tablo 10 Kişilik özellikleri ve sağlık anksiyetesi puanları .....	25
Tablo 11 Dışa dönüklük ve nörotisizm puanlarının korelasyon analizi.....	25

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Katılımcıların genel sağlık algısı..... 19



## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü erişkin bireylerde sağlık anksiyetesi düzeyinin belirlenmesi ve bireylerin kişilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel desende yürütülen çalışmaya aile hekimliği polikliniğine Ocak 2022-Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü 400 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara demografik özellikleri, bedensel engellilik durumu, kronik hastalık varlığı, alkol, sigara kullanım durumu, daha önce psikiyatrik tanı alma durumu ve bireyin subjektif sağlık algısını içeren araştırmaya özel olarak hazırlanan sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bir anket formunun yanında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Eysenck Kişilik Anketi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı  $15,5 \pm 9$  olarak bulunmuştur. Sağlık anksiyetesi puanı ortalaması bekarlarda en yüksek iken evlilerde en düşük idi. Yaş ile sağlık anksiyetesi puanı arasında anlamlı negatif yönde bir korelasyon mevcuttu ( $r=-0,139$ ;  $p=0,005$ ). Kişilerin belirttikleri genel sağlık algısı ile ölçekten aldıkları sağlık anksiyetesi puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $\tau=-0,221$ ;  $p=0,000$ ). Sağlık anksiyetesi düzeyi ile nörotisizm arasında pozitif yönde, dışa dönüklük özelliği ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,410$ ,  $p=0,000$ ;  $r=-0,229$ ,  $p=0,000$ ).

**Sonuç:** Sağlık anksiyetesi cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, psikiyatrik tanı varlığı gibi birçok özellikten etkilenmektedir. Çalışmamızda erişkin bireylerde sağlık anksiyetesi düzeyi ile kişilik özellikleri arasında ilişki olduğu görülmüştür. Dışa dönüklük özelliği arttıkça sağlık anksiyetesi düzeyi azalmış, nörotisizm özelliği arttıkça sağlık anksiyetesi düzeyi artmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin kişinin hastalık kaygısı riski altında olma durumunun farkına varıp bunu öngörme ve yönetme noktasında hastalık kaygısıyla ilişkili faktörleri bilmesi önemlidir. Bu yaklaşımın aşırı tetkik ve gereksiz iş yükünün azaltılmasında da faydalı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Dışa dönüklük, hastalık kaygısı, kişilik özellikleri, nörotisizm, psikotisizm, sağlık anksiyetesi.



## ABSTRACT

**Aim:** In this study, it was aimed to determine the level of health anxiety in adults over the age of 18 who applied to the family medicine outpatient clinic and to examine its relationship with the personality traits of the individuals.

**Materials and Methods:** 400 participants over the age of 18 who applied to the family medicine outpatient clinic between January 2022 and June 2022 are included in the study, which is conducted in a cross-sectional design. Health Anxiety Inventory and Eysenck Personality Inventory are carried out to all participants, along with a questionnaire specifically prepared for the study, which included demographic characteristics, physical disability, presence of chronic disease, alcohol, smoking status, previous psychiatric diagnosis, and the individual's subjective health perception.

**Results:** The mean health anxiety score of the participants is found to be  $15.5 \pm 9$ . While the mean health anxiety score is highest in singles, it is lowest in married people. There is a significant negative correlation between age and health anxiety score ( $r = -0.139$ ;  $p = 0.005$ ). It has been observed that there is a significant relationship between the general health perception of the individuals and the health anxiety score they get from the scale ( $\tau = -0,221$ ;  $p = 0,000$ ). It is found a positive correlation between the level of health anxiety and neuroticism, and a negative correlation with extraversion ( $r = 0.410$ ,  $p = 0.000$ ;  $r = -0.229$ ,  $p = 0.000$ ).

**Conclusions:** The level of health anxiety is affected by many features such as gender, age, marital status, education level, and presence of psychiatric diagnosis. In our study, it is observed that there is a relationship between the level of health anxiety and personality characteristics in adults. The level of health anxiety decreased as the extraversion feature increased, and the level of health anxiety increased as neuroticism feature increased. It is important for physicians providing primary health care services to be aware of the disease anxiety state of the individual, and to know the factors associated with disease anxiety in this context. It is thought

that this approach may also be beneficial in reducing excessive examination and unnecessary workload.

**Key Words:** Extraversion, illness anxiety, personality characteristics, neuroticism, psychoticism, health anxiety.



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık anksiyetesi kişinin somatik belirtilerini yorumlamasındaki yanlışlığa bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğuna ya da olacağına ilişkin bir inancının olması ve sağlığıyla ilgili aşırı kaygı duymasudur. Bu kavram ilk kez Salkovskis ve Warwick (1986) tarafından tanımlanmıştır (1).

Dört farklı boyutu olan sağlık anksiyetesinin yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı düşünülmektedir. Çoğu zaman geçici olan sağlık anksiyetesi belirtilerin ortadan kalkmasıyla kendiliğinden azalır ya da bu anksiyeteye uygun tıbbi destek sayesinde kolayca baş edilebilir (2). Güncel çalışmalar anne ve babaların sağlık anksiyetesi gelişmesinde anahtar rol oynadığını göstermektedir. Şiddetli sağlık anksiyetesine sahip olan bireyler, somatik belirtileri yanlış yorumlayıp ciddi bir hastalıkları olduğunu veya öleceklerini düşünmektedirler. Sağlık anksiyetesinin temel semptomu, ciddi veya potansiyel hayatta tehlike oluşturan tıbbi bir durumun varlığı ya da gelişmesi korkusudur. Bu yüzden, sağlık anksiyete düzeyleri yüksek olan kişiler birincil koruma ve uzman hekime başvurma eğilimi göstermektedirler, aynı zamanda laboratuvar testlerinin artan kullanımını ile aşırı sağlık hizmetleri kullanıcılarıdır. Sağlık anksiyetesi, erken emeklilik veya ücretli işgücünden ayrılma gibi ters işlevsel sonuçların ortaya çıkma riskini de arttırmaktadır (3) (4) (5).

Bu çalışmanın amacı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran yetişkin bireylerde sağlık anksiyetesi düzeyi ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. ANKSİYETE

Kaygı sözcüğünün kökü eski Yunanca “anxietas” olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir (6). Türkçede ise bunaltı, daralma ve sıkıntı kelimelerine karşılık gelmektedir (7). Anksiyete hakkında yazılan tarihteki en eski metin M.Ö. 3000'lere dayanan Gılgamış Destanıdır. Bu metindeki anksiyete vurgusu Gılgamış'ın kendi ölüm kaygısıdır (8). Bu bozuklukları detaylı bir şekilde inceleyen Sigmund Freud'a göre kaygı işlevseldir. Tehdit durumunda veya olası bir tehlikeye karşı benliği uyarmakta ve savunma sistemine işlerlik kazandırmaktadır (8). Kaygı ve korku arasındaki fark; kaygının nesnesi belirsizdir. Korkuda ise insan ya da bir olay olsun nesnesi bellidir (9).

Ruh sağlığını değerlendirmek muhtemelen fiziksel sağlıktan daha zordur ve depresyon veya anksiyete gibi psikolojik hastalıklar birçok toplumda damgalanmaktadır ve muhtemelen bildirilmeyen ve tedavi edilmeyen çok sayıda vakaya yol açar (10).

Anksiyetenin, belli bir seviyede kişinin yeni bir ortama ve duruma uyum sağlayıcılığını arttırdığı, ruhsal gelişiminin daha üst seviyelere çıkmasında itici bir işlevi olduğu söylenebilir. Anksiyeteye ilgili uyarılmışlığın performansı olumlu etkilediği optimal bir aralık vardır. Fakat ne zaman uyarıcı, ne zaman inhibe edici olduğu önemlidir (11). Kaygının kişinin günlük yaşamındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği durumda anksiyete bozukluğundan söz edebiliriz. Bu durum ortada gözle görülür bir tehlike olmaksızın yaşanır, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkar. Semptomları kişiden kişiye büyük ölçüde değişir (12).

Ergenlik ve erken erişkinlik dönemi anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması açısından en riskli dönemdir (13). Yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) ortalama prevalansı %5.8'dir. YAB, majör depresyon, panik bozukluk ve madde kötüye kullanım bozukluğu gibi birçok psikiyatrik tabloyla birliktelik gösterir. Ancak, bu hastaların çoğu psikiyatristler yerine, somatik şikayetlerle, birinci basamak hekimleri ya da diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlere başvurumaktadırlar. Birinci basamaktaki hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığı %8 oranındadır (14). Tablo-1'de Anksiyete bozuklukları verilmiştir (15).

Tablo 1: Anksiyete bozuklukları

Panik bozukluk
Agorafobi
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
Seçici konuşmazlık (mutizm)
Özgül fobi
Toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)
Yaygın anksiyete bozukluğu
Maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu
Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
Tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

Anksiyete bozukluğunun semptomları, psikomotor huzursuzluk veya fiziksel rahatsızlığın eşlik ettiği vejetatif sinir disfonksiyonu (örneğin, nefes darlığı) gibi durumla orantılı olmayan ağırlı duygusal deneyimler olarak kendini gösterir. Hastaların hem ailelerini değil hem de sosyal işlevlerini ve yaşam doyumlarını büyük ölçüde etkiler (16).

Anksiyetenin etiolojisinde stres, diyabet gibi fiziksel durumlar veya depresyon gibi diğer komorbiditeler, genetik, yaygın anksiyete bozukluğu olan birinci derece akrabalar (%25), çocuk istismarı ve madde bağımlılığı gibi çevresel faktörler sayılabilir. Bazı teoriler seks steroidlerinin bir rolü olduğunu öne sürse de, kadınlardaki anksiyete bozukluk oranlarının erkeklerden neden daha yüksek olduğu açık değildir. Kaygı bozuklukları o kadar heterojendir ki, bu faktörlerin göreceli rollerinin farklı olması muhtemeldir (17).

## **2.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ**

### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

Genel bir kural olarak, “Sağlık Kaygısı” veya “Hastalık Kaygısı” esasen hipokondriyazis (bedensel belirti bozukluğu) ile aynı kabul edilmektedir. Temelde farklılıklar vardır, ancak sağlık kaygısını, hipokondriyazisin bir hastalıkla meşgul olma ve bazen sanrılara kadar ilerleyebilen depresif patoloji içeren daha geniş tanımının aksine, endişeli bir hipokondriyazis biçimi olarak düşünmek mantıklıdır. Araştırmacıların, sağlık kaygısının resmi bir teşhisi için mevcut hipokondriyazis tanımlarını kullanmaları alışılmış bir durumdur, ancak tanı için daha farklı yöntemler geliştirilmekte olduğu için bu tanımlama geçicidir. Sağlık kaygısı teşhisi son 5 yılda çok kullanılan bir kavram haline gelmiş ve eskiye oranla daha fazla ilgi görmüştür. DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) 5'te DSM sınıflandırmasına sadece hastalık anksiyetesi başlığı altına dahil edilmiştir. ICD-11 sınıflandırma sistemindeki sağlık kaygısının tanımıyla hipokondriyazis tanımı hemen hemen aynıdır ve her iki koşulun temel özellikleri, henüz teşhis edilmemiş bir tıbbi hastalığa sahip olma veya olma riskiyle ilgili endişedir. Sıkıntı, fiziksel semptomlar nedeniyle değil, hastalıkla ilgili endişe nedenlidir. Kişinin vücudunu tekrar tekrar kontrol etme eğilimi ile endişenin güçlü bir bağlantısı vardır (18). Hipokondriyazisten farkı, hastalık kaygısı olan hastalar; vücutlarında farklı belirtilerden ve bunlardan yakınmaktan ziyade bir hastalığa sahip olma endişesi yaşarlar. Bu hastalarda tıbbi hastalık tanısı alıp aldıkları

tanının ciddiyetine oranla çok daha fazla kaygı duydukları, hastalığın sonucuyla ilgili en olumsuz senaryoyu düşündükleri görülmektedir (15).

Genel tanımı hastalığın ciddiyetine nazaran orantısız kaygı olarak özetlenebileceğinden, sağlık kaygısının kaygı bozukluklarının tanısız spektrumu içine yerleştirilmesi lehine güçlü tartışmalar vardır (18). Tablo-2 'de DSM-5'e göre hastalık kaygısının tanı kriterleri verilmiştir.

Tablo 2: DSM-5'e göre hastalık kaygısı tanı kriterleri

Ciddi bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünme
Bir hastalığa sahip olma ihtimali yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda aşırı veya orantısız düzeyde düşünme
Sağlığıyla ilgili kaygı düzeyinin yüksek olması, kolaylıkla korkuya kapılma
Kişinin sağlığıyla ilgili davranışlarında aşırılıklar olması (örn. vücudunu sık sık kontrol eder) ya da uygunsuz bir kaçınma içinde olması (örn. doktor kontrolüne veya hastaneye gitmemek).
Altı ay veya daha uzun süre hastalıkla uğraşıyor olması (korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir).
Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.
-Bakım arayan tür
-Bakımdan kaçan tür

Her hasta, kendi doktoru olma pozisyonunu alır, ancak işi düzgün yaptıklarına asla ikna olmadıklarından, korkularını doğrulamak için sağlık personelinin de dikkatine ihtiyaçları vardır. Sağlık kaygısı bir kez oluştuğunda, genellikle aşırı vücut kontrolünü ve son yıllarda artan siberkondri olarak adlandırılan internet taramasının eşlik ettiği aşırı duyarlılığı beraberinde getirir (19). Aşırı endişenin sonucunda sık tıbbi konsültasyona ve birçok durumda daha ileri araştırmalara kadar başvuran hastalar, semptomların yeniden ortaya çıkmasıyla bu kısır döngüyü yeniden başlatır.

Sağlık kaygısı olan insanları üç ayrı başlıkta toplamak mümkündür. Sağlık kaygısı olduğunu fark edip yardım isteyenler (tedavi arayanlar), sağlık kaygısı olduğunu ancak uzmanla görüşükten sonra anlayanlar (tedaviyi anlayanlar) ve sağlık kaygısı olduğunu fark etmeyenler (tedaviyi reddedenler). Son başlıkta bahsedilen ciddi bir hastalığa yakalanmaktan çok korkan, ancak hiç tavsiye almayan bu insan grubu pratikte ‘kaçıngan sağlık kaygılılar’ olarak adlandırılır. Bu popülasyondan kaçının olduğu bilinmemekle birlikte, bazen aşırı sıkıntı ve gerginlikten kurtulmanın bir yolu olarak intihara başvurdukları bile olur (18).

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

Sağlık kaygısı yeni gündeme gelen bir tanı olduğundan hakkındaki genel bilgiler yetersizdir. Sağlık kaygısı, hipokondriyazise benzer, ancak hastalığa mahkum olmaktan ziyade korku ile karakterizedir. Aşırı internet taraması (siberkondri) nedeniyle prevalansı artıyor olabilir. Geçmiş çalışmalar hipokondriyazis, prevalansının ortalama %1-2 arasında değiştiğini göstermiştir, ancak bunlar muhtemelen sağlık kaygısını yansıtmamaktadır. Avustralya’da yapılan bir çalışmada, yaşam boyu sağlık kaygısı prevalansının %5,7 olduğu ve mevcut prevalansının ise %3,4 olduğu saptanmış olup önceki çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Sağlık kaygısının sıklıkla fiziksel komorbidite ile ilişkili olduğu fark edilmiş olup, sağlık kaygısı yüksek olan kişilerin aile hekimine; psikiyatri uzman hekiminden ve özel tıbbi servislerden daha çok başvurduğu tespit edilmiştir. Hipokondriyazisin tanımlanmasındaki sorunlar nedeniyle önceki dönemlerde ciddi bir hastalığa sahip olan bireylerde hipokondriyazis olmaması gerektiği gibi yanlış bir izlenim vardır. Aslında pratik olarak bakıldığında yaygın tetikleyicilerden biri tıbbi bir hastalık varlığıdır. Bu nedenle, herhangi bir tıbbi hastalık tanısıyla sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların %20’sinin, birinci basamakta tüm katılımcıların ise yaklaşık %10’unun sağlık kaygısına sahip olması hiç de şaşırtıcı değildir (18).

### 2.2.3. Etiyoloji

Hastalık anksiyetesinin kesin nedeni net değildir, ancak bazı faktörler rol oynayabilir. İnanışlar nedeniyle rahatsız edici durumlar veya olağandışı vücut duyuları tolere edilemeyebilir. Vücut duyularının ciddi olduğu yönünde yanlış yorumlanmasına neden olabilir, bu nedenle ciddi bir hastalık olduğunu netleştirmek için kanıt arama ihtiyacı duyulur. Kişinin sağlık durumu veya kendi sağlık durumları hakkında endişeli ebeveyn varlığında ve/veya çocuklukta ciddi bir hastalık geçirme öyküsü olması durumunda sağlık anksiyetesi daha sık görülebilir (20).

Hastalık anksiyete bozukluğu için risk faktörleri:

- Hayatının belli bir döneminde majör stres öyküsü olması
- Hastalığının ciddi bir hastalık olmadığı anlaşılmasına rağmen bir dönem ciddi hastalık tehdidi ile karşı karşıya kalma durumu
- Çocuklukta istismar öyküsü olması
- Çocukluk çağında kendisinde veya ebeveyninde ciddi bir hastalık öyküsü olması
- Endişeli kişilik özellikleri
- Sağlıkla ilgili aşırı internet kullanımı olarak sıralanabilir.

### 2.2.4. Komplikasyonlar

Sağlık anksiyetesi bozukluğunun;

- Bireyin aşırı endişe nedeniyle yaşadığı ilişki veya aile sorunları
- İşle ilgili performans düşüklüğü veya aşırı devamsızlık
- Günlük yaşamda işlevsellik sorunları
- Sağlık hizmetlerini aşırı kullanma ve sağlık masraflarında artış
- Somatik belirti bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk veya kişilik bozukluğu gibi başka mental bir bozukluğa sahip olma gibi negatif sonuçları olabilir (20).

Hastalık kaygısı tanısı yukarıda belirtilen sonuçları beraberinde getirebilir. Fakat tanı aldıktan sonra gidişatı olumlu etkileyen bazı özellikler de vardır. Bunlara örnek olarak yüksek sosyoekonomik düzeyde olma, tedaviye yanıt veren kaygı veya

depresyon durumunun olması, belirtilerin bir anda başlaması, psikiyatrik olmayan tıbbi bir durumunun olmaması, kişilik bozukluğunun olmaması verilebilir (15).

### **2.2.5. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği**

Sağlık anksiyetesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi olan bedensel duyuları abartma ölçeğidir. Ülkemizde kullanılan Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği hastalardaki sağlık anksiyetesi düzeyini ortaya koymaktan ziyade, hastaların bedensel belirtilerini nasıl yaşadıklarını göstermektedir (21). Bir diğer bu alanda kullanılan ölçek Whiteley İndeksidir. Whiteley İndeksi hem madde yapısının hem de faktör yapısının sorunlu olması nedeniyle kullanımda kısıtlılık taşımaktadır (22). Sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ni geliştirmişlerdir (23). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği düşünce, yaşam tarzı ve farkındalık olarak 3 ayrı alt faktörden oluşmaktadır (24). Ölçek 18 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Dörtlü yanıtlar halinde ruhsal durum değerlendirmesiyle ilgili 14 madde içerir. Geri kalan 4 maddede ise hastaların ciddi bir hastalık durumunda ruhsal durumlarının nasıl olacağı sorgulanmıştır. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasında olmakla beraber alınacak en yüksek puan 54 olarak hesaplanmıştır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir (22). Ölçeği geliştiren Salkovskis vd. (2002)'nin çalışmasında güvenilirlik katsayısı ( $\alpha$ ) 0.89 olarak belirlenmiştir. Deacon ve Abramowitz (2008) ( $\alpha$ ) 0.95, Olatunji vd. (2011) ( $\alpha$ ) 0.87, Hedman vd. (2013) ( $\alpha$ ) 0.95, Jones vd. (2014) ( $\alpha$ ) 0.90, Aydemir vd. (2013) tarafından ise güvenilirlik katsayısı ( $\alpha$ ) 0.91 olarak belirtilmiştir (25).

## **2.3. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ**

### **2.3.1. Tanım ve Tarihçe**

Tarihsel olarak, kişilik kelimesi, tiyatro oyuncularını tarafından kullanılan tiyatro maskesini temsil eden Yunanca "persona" teriminden türemiştir. Maske, altındaki bireyi karakterize etmekten ziyade, bir görünüş taklidi olarak kullanılmıştır. Zamanla bu terim, rol yapma anlamını kaybetmiş ve kişinin görünen, açık özelliklerini temsil etmeye başlamıştır. Kişilik teriminin üçüncü ve en yakın zamanda

edindiği anlam, yüzeysel izlenimlerin altında derinlere inmiş ve dikkati bireyin içsel, daha az açığa çıkan ve gizli psikolojik niteliklerine çevirmiştir. Böylece, tarih boyunca terimin anlamı dışsal yanılısamadan yüzey gerçekliğine ve son olarak da iç özelliklere kaymıştır. Çağdaş kullanıma en yakın olan bu üçüncü anlamdır. Kişilik bugün, büyük ölçüde bilinç dışı olan ve kolayca değiştirilemeyen, kendilerini işleyişin hemen her alanında otomatik olarak ifade eden, derinlere gömülü psikolojik özelliklerin karmaşık bir kalıbı olarak görölmektedir (26).

### 2.3.2. Kişiliğin Değerlendirilmesi

Kişiliğin değerlendirilmesiyle ilgili en eski yazılı metin Sümerlere ait olan Gılgamış destanındaki cesaretli, kibirli ve asi yürekli tanımlamalarıdır (27). Hipokrat ise vücut sıvılarının renklerine göre mizaç yapılarını değerlendirmiş ve dört gruba ayırmıştır (28). Bunlar kan, balgam, safra, sevda olarak sınıflandırılmıştır (29). Bu anlayış 5. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar kabul görmüştür (28). On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde kişiliğin bir bozukluk olarak tanımlanabileceği yirminci yüzyılda ise Schneider'in 10 farklı kişilik bozukluğu tipinden bahsettiği görölmüştür. Bunlar; depresif, hipertimik, fanatik, patlayıcı, labil, isteksiz, duyarlı, anankastik, astenik ve dikkat arayışında olmadır. İlerleyen yıllarda vücut tipinin kişilikle ilişkili olduğu düşüncesinden hareketle Kretchmer ve Sheldon embriyonik tabakalardan köken olarak endomorf, mezomorf ve ektomorf olarak kişiliği üç başlık halinde toplamıştır. Endomorf olanların iyi görünömlü, sosyal ve konforlarına düşkün olduğu; mezomorf olanların atletik bir vücuda sahip, sözü geçen bir karakterde ve yüksek enerjili olduğu; ektomorf olanların ise ince ve zayıf fiziksel özelliklerle birlikte sınır koyan, duyarlı ve utangaç kişiler oldukları tanımlanmıştır. Aynı zamanda Kretschmer ve Sheldon bu kişilik özelliklerinin ana ruhsal bozukluklara meyil oluşturduğuna inanmışlardır (30). Aşağıda bazı kişilik ve kişilik bozuklukları değerlendirme ölçeklerine örnekler verilmiştir:

- Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory;MMPI-2)
- NEO Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory-Revised; NEO-PI-R)

- Kişiliğin Üç Boyutlu Ölçümü (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ)
- Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure-200;SWAP-200)
- Kişilik Organizasyonu Envanteri (Inventory of Personality Organisation; IPO)
- Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (Personality Assessment Schedule; PAS)
- Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri (Millon Clinical Multiaxial Inventory; MCMI)
- Kişilik Patolojisinin Çok Kaynaklı Değerlendirilmesi (Multi-source Assessment of Personality Pathology; MAPP)
- Kişilik İnanç Anketi (Personality Belief Questionnaire; PBQ)
- Young Şema Anketi (Young Schema Questionnaire)
- Eysenck Kişilik Anketi (Eysenck Personality Questionnaire; EPQ) (30).

1908’de Heyman ve Wiersna’nın birçok sıradan insanın kişilik özelliklerini istatistiksel olarak analiz ederek tanımladıkları üç boyutlu kişilik özellikleri görüşü Eysenck kişilik kuramına öncülük etmiştir (31).

### **2.3.3. Eysenck Kişilik Anketi**

Eysenck'e göre kişilik, bir kişinin karakterinin (içsel davranış sistemi), mizacının (duygusal davranış sistemi), aklının (bilişsel davranış sistemi) ve fiziğinin (bedensel konfigürasyon ve nöroendokrin donanım) organizasyonu olarak tanımlanabilir.

Eysenck kişiliği psikotizm (P), dışa dönüklük (E) ve nörotisizm-nevrotiklik (N) olarak üç boyutta tanımlamıştır. Bu boyutların her biri bir süreklilik olarak ifade edilir ve insanlar uç noktalardan ortanca noktalara kadar ölçeklerin herhangi bir noktasında sınıflandırılabilir. E boyutunda, insanlar bir yanda utangaç ve içine kapanık (içe dönüklük), diğer yanda ise sosyal olabilir (dışa dönüklük). Aynı N boyutunda da olur: nevrotik veya duygusal olarak kararsız kişilik bir uçta yer alır ve diğer uçta duygusal olarak istikrarlı kişilik bulunur. N puanı yüksek olan bireyler

aşırı duygusal, endişeli, depresif, bol suçluluk duygusu yaşayan, düşük özsaygıya sahip ve psikosomatik bozukluklardan muzdariptir. Bunun tersi, tipik olarak sakin, kararlı, uyumlu ve duygularını kontrol edebilen istikrarlı bireyler de olur. P boyutu, bir tarafta dürtüsellik ve diğer tarafta dürtü kontrolü ile karakterize edilir. Yüksek P puanlarının temel özellikleri düşmanlık, zalimlik, empati eksikliği ve uyumsuzluktur (32). Kişiliği nörotisizm, psikotisizm, dışa dönüklük olarak üç ayrı başlıkta değerlendiren bu form, anketin güvenilirliği için yalan başlığını da içermektedir.

**a. Nörotisizm (Nevrotiklik):** Nevrotik bireyler olumsuz duygular yaşama eğiliminde ve strese karşı savunmada olurlar (33). Nevrotizm; depresyon, anksiyete ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (34). Nörotisizm ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, nörotisizm; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar eylemlerinin kökenini oluşturmaktadır. Kişilik özellikleri ile intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar ilişkisini analiz eden sistematik bir derlemede, nevroitiklik umutsuzlukla birlikte intihar davranışıyla en ilişkili neden olarak saptanmıştır. 1960'larda ortaya çıkışından bu yana, nevroitiklik teriminin tanımı değişim göstermiştir. Genel olarak, dünyayı ve kendi hayatını olumsuz bir şekilde görme ve tehdit edici deneyimler, hüsrana veya kayıp karşısında olumsuz duygularla karşılık verme eğilimini ifade eder. Nevrotizmi kavramsallaştırmanın zorluğuna rağmen, ana özelliğın olumsuz duygular yaşama eğilimi olacağı konusunda bir fikir birliği var gibi görünmektedir. Bu olumsuz duygular arasında asabiyet, korku, üzüntü, kaygı, endişe, düşmanlık, öz farkındalık değişiklikleri, savunmasızlık ve kontrol edilemezlik yer almaktadır. Nevrotizm birçok akıl hastalığıyla, özellikle de içselleştirme bozukluklarıyla yüksek oranda ilişkilidir (35).

**b. Dışa dönüklük:** Bir kişinin konuşkan ve girişken olmasını, insanlarla kolay sohbet başlatan ve bu konuşmalarda tutumlarını, fikirlerini ve duygularını ifade etmekte zorluk yaşamayan kişilik tipini ifade eder (36). Bu kişiler hayat dolu, neşeli, sosyal, eğlenceyi seven, liderlik ruhu olan kişilerdir. Bir çalışmada dışa dönüklük puanı artan kadın katılımcıların psikolojik dayanıklılığının arttığı görülmüştür (37).

**c. Psikotizizm:** Eysenck'in psikotiklik faktörü başlangıçta psikotik hastalığın tüm kişilik yönlerini kapsayan geniş bir boyut olarak görülüyordu, ancak daha sonraki yıllarda yapıyı kullanımı çok daha dar bir bakış açısını yansıtmaya başladı (38). Psikotizmin, saldırganlık, düşük uyumluluk, kaba, güvensiz ve düşmanca davranışlarla yakından ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayım Eysenck'in psikotizmi antisosyal eğilimlerle ilişkilendiren önerisini de desteklemektedir (39).

**d. Yalan:** Yalan söylemek, karşıdaki bireyin inançlarını ve/veya davranışlarını manipüle etme niyetiyle, yanlış olduğunu bildiği şeyi iletme eylemi olarak tanımlanabilir. Özellikle okul öncesi dönemde yatan çocukların ortaya çıkması, onların gelişen zihin teorileriyle ilişkili önemli bir gelişimsel dönüm noktası olarak kabul edilmiştir. Çocuklar yaklaşık ilk kez 3 yaşında cezadan kaçınma, kendini olumlu gösterme ve ihlallerini gizleme amacıyla yalan söylemeye başladığı görülmüştür (40).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. ÇALIŞMANIN TÜRÜ ve EVRENİ**

Kesitsel desende planlanan çalışmanın evrenini Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine bağlı birimlere herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya bilinen evrende bilinmeyen prevalansta, %50 sıklık, %95 güven aralığı, %5 hata payı, %10 fire payı hesaba katılarak 400 hasta dahil edilmiştir.

#### **3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ**

Dahil edilme kriterleri:

- Çalışma döneminde Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine bağlı poliklinik ve eğitim aile sağlığı merkezlerinden birisine başvurma
- 18 yaş üstü olma
- Gönüllü olma

Dışlanma kriterleri:

- Şahsi onam veremeyecek düzeyde mental ve fiziksel engelliliği olma
- Somatizasyon bozukluğu veya anksiyete bozukluğu tanısına sahip olma

#### **3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Çalışmamızdaki tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, eş ve çocuk dışında aynı hanede beraber yaşayan akraba durumu, hane halkı sayısı, çocuk sayısı, gelir düzeyi, bedensel özürllülük durumu, kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaç bilgisi, genel sağlık algısı, kaç yıldır İstanbul'da yaşadığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı ve alkol kullanım durumu gibi sosyodemografik bilgiler, Sağlık

Anksiyetesi Ölçeği ve Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa formu aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan hastanın genel özelliklerini belirlemek amacıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, eş ve çocuk dışında aynı hanede birlikte yaşayan akraba durumu, hane halkı sayısı, çocuk sayısı, gelir düzeyi, bedensel özürllük durumu, kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaç bilgisi, genel sağlık algısı, kaç yıldır İstanbul'da yaşadığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara kullanımı ve alkol kullanım durumu sorgulayan toplam 17 soruluk anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

### **3.3.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği**

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgulayan dördümlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise hastalardan, sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmelerini istemekte ve buna göre de sorgulama yapmaktadır. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği yüksek güvenilirlik katsayılarına sahiptir. Geçerlilik çözümlerinde ise uzun formunun faktör yapısı hastalığı olduğuna dair inanç, hastalığı konusunda güvence arama, hastalığın olumsuz sonuçlarından kaygı duyma, hastalığa yatkınlık olduğu inancı, bedensel duyumlara aşırı duyarlılık ve korku gibi boyutları içermektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe sürümünün panik bozukluk hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaer ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır (41).

### 3.3.3. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Form

Eysenck Kişilik Anketi Francis ve ark. (1992) tarafından Eysenck Kişilik Anketi ve aynı anketin kısa formununun (48 madde) gözden geçirilmesi ile oluşturmuştur. Anket, 24 madde olup, kişiliği 3 ana faktörde değerlendirmektedir: dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm. Ayrıca yalan söyleme alt ölçeği ile anketin uygulanması esnasındaki yanlılığı engellemek ve geçerliliği ile ilgili kontrol amaçlanmaktadır. Her bir faktörün 6 madde ile değerlendirildiği bu ankette katılımcıdan 24 soruya Evet (1)-Hayır (0) formatıyla cevap vermeleri istenir. Yalan alt boyutundaki 5, 7, 10, 17 ve 19.maddeler, dışa-dönüklük boyutundaki 15. Ve 20.maddeler, ve psikotisizm alt boyutunda ise 3, 16 ve 22.maddeler ters kodlanmıştır. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karancı ve ark. tarafından 2007 yılında yapılmıştır (42).

### 3.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZİ VE DEĞİŞKENLERİ

Çalışmanın temel hipotezi;

H0 hipotezi: Yetişkin bireylerin kişilik özelliklerine göre sağlık anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1 hipotezi: Yetişkin bireylerin kişilik özelliklerine göre sağlık anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

### 3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Çalışma verileri SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde, sıklık, ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası değer kullanılmıştır. Tüm değişkenlerin normal dağılım varsayımı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile değerlendirilmiştir ve normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için Student t test, ANOVA test, Pearson korelasyon analizi ve anormal dağılım gösteren değişkenler için Mann-Whitney U, Spearman korelasyon analizi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### **3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan 25.08.2021 tarihli ve 2021/514/208/7 numaralı alınan etik kurul onayı Ek-3 ile sunulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak dahil olan katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve katılımcılar Aydınlatılmış Onam Formunu (Ek-2) okuyarak imzalamışlardır.

### **3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI**

Çalışmadaki katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeğine ve Eysenck Kişilik Özellikleri-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'na (EKÖ-GGK) verdikleri cevapların; eğitim durumları, ruhsal duygulanım dalgalanmaları, sosyokültürel özellik, iç görü ve farkındalık durumlarına göre değişiklik göstermesi çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Bir diğer kısıtlılık ise katılımcıların sosyokültürel olarak orta-yüksek seviyeye sahip olması nedeniyle çalışma sonuçlarının tüm topluma genellenememesidir.

### **3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Bu çalışmada görev alan araştırmacılar hiçbir kurum, kuruluş ve şahıs ile çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 400 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı  $38,5 \pm 13,2$  yıldır. Katılımcıların %64,0 (n=256)'ü kadın, %36,0 (n=144)'sı erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu evli (%62,3 n=249); üniversite ve üstü düzeyde eğitime sahip (%76,3; n=305). Katılımcıların ortanca hane halkı büyüklüğü 3 (min:1-max:7). Katılımcıların %60,5 (n=262)'inin çocuğu vardır. Katılımcıların genel özellikleri Tablo- 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların genel özellikleri

		% (n)
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	36,0 (144)
	Kadın	64,0 (256)
<b>Yaş</b>	38,5±13,2	
<b>Medeni durum</b>	Evli	62,2 (249)
	Bekar	34,3 (137)
	Dul/Boşanmış	3,5 (14)
<b>Eğitim düzeyi</b>	12 yıl ve altı	23,8 (95)
	13 yıl ve üstü	76,2 (305)
<b>Gelir düzeyi</b>	Asgari ücret altı	9,3 (37)
	Asgari ücret ve üstü	39,3 (157)
	Asgari ücretin 2 katı ve üstü	51,4 (206)
<b>Kiminle yaşıyor</b>	Tek	10,8 (43)
	Çekirdek aile	63,2 (253)
	Geniş aile	26,0 (104)
<b>Hane halkı büyüklüğü</b>	3 (1-7)	
<b>Çocuğu var mı</b>	Yok	39,5 (158)
	Var	60,5 (242)

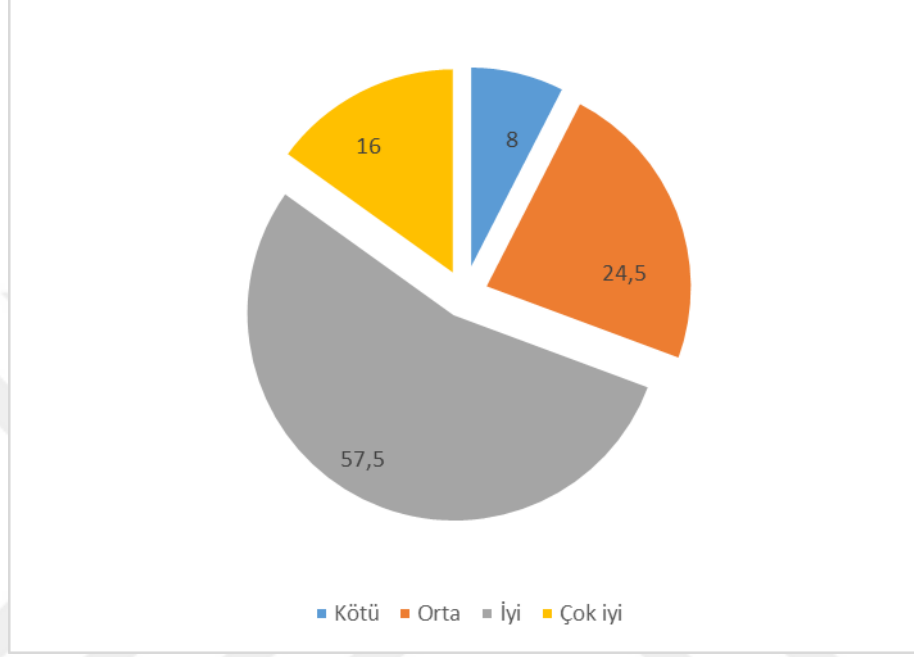
Katılımcıların sağlıkla ilgili değişkenleri incelendiğinde %7,5 (n=30)'inin bedensel özürlülüğü olduğu, %27,8 (n=111)'inin kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Katılımcıların %17,3 (n=69)'ünün psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Katılımcıların %20,3 (n=81)'ü sigara kullanmaktadır. Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özellikleri Tablo-4 te verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özellikleri

		% (n)
<b>Bedensel özürlülük</b>	Var	7,5 (30)
	Yok	92,5 (370)
<b>Kronik hastalık</b>	Var	27,8 (111)
	Yok	72,2 (289)
<b>Düzenli ilaç kullanımı*</b>	Var	90,1(100)
	Yok	9,9 (11)
<b>Kullanılan ilaç sayısı*</b>	Ortanca (min-max)	1 (0-10)
	0	9,9 (11)
	1	50,5 (56)
	2	19,8 (22)
	3 ve üstü	19,8 (22)
<b>Psikiyatrik hastalık tanısı</b>	Var	17,2 (69)
	Yok	82,8 (331)
<b>Sigara</b>	İçiyor	20,2 (81)
	İçmiyor	79,8 (319)
<b>Alkol</b>	Kullanıyor	13,0 (52)
	Kullanmıyor	87,0 (348)

\* Sadece kronik hastalığı olanlar dikkate alınmıştır.

Katılımcılara genel sağlık algısı sorulmuştur. Katılımcıların %2 (n=8)'si genel sağlığını kötü olarak algılamakta, %24,5 (n=98)'i orta, %57,5 (n=230)'i iyi olarak algılamaktadır. Sağlığını çok iyi olarak algılayan katılımcı oranı %16 (n=64)'tür. Katılımcıların genel sağlık algısı Şekil-1' de gösterilmiştir.



Şekil 1: Katılımcılara genel sağlık algısı

Katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı  $15,5 \pm 9$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık anksiyete puanı ile demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo-5'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde katılımcıların sadece medeni durumları ile sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. Sağlık anksiyetesi puanı ortalaması bekarlarda en yüksek iken evlilerde en düşük idi. Yaş ile sağlık anksiyetesi puanı arasında anlamlı negatif yönde bir korelasyon mevcuttur ( $r = -0,139$ ;  $p = 0,005$ ). Öte yandan hane halkı büyüklüğü ile sağlık anksiyetesi puanı arasında anlamlı bir korelasyon gösterilememiştir ( $r = -0,091$ ;  $p = 0,070$ ). Sağlık anksiyetesi ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p = 0,130$ ). Öte yandan psikiyatrik hastalık tanısı varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p = 0,000$ ).

Tablo 5: Katılımcıların anksiyete puanı ve demografik özellikleri

		<b>Puan ortalaması±SS</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	15,8±6,9	0,559
	Kadın	15,3±7,0	
<b>Medeni durum</b>	Evli	14,8±7,2	0,037
	Bekar	16,7±6,4	
	Dul/Boşanmış	15,2±6,4	
<b>Eğitim düzeyi</b>	12 yıl ve altı	16,2±8,5	0,288
	13 yıl ve üstü	15,3±6,4	
<b>Gelir düzeyi</b>	Asgari ücret altı	17,5±6,8	0,136
	Asgari ücret ve üstü	14,9±7,0	
	Asgari ücretin 2 katı	15,5±6,9	
<b>Kiminle yaşıyor</b>	Tek	17,0±6,6	0,284
	Çekirdek aile	15,2±6,9	
	Geniş aile	15,6±7,2	
<b>Çocuğu var mı</b>	Yok	16,3±6,5	0,058
	Var	14,9±7,2	

Sağlık anksiyetesi ile sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır p değerleri sırasıyla (p=0,208; p=0,615).

Katılımcıların belirttikleri sağlık algısı ile ölçekten aldıkları sağlık anksiyetesi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık algısı kötü olanların ortalama ölçek puanı  $24,1 \pm 10,1$  iken sağlık algısını orta olarak belirtenlerin ölçek ortalama puanları  $18,3 \pm 7,6$ 'dır. Sağlık algısını iyi ve çok iyi olarak belirtenlerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları sırasıyla  $14,5 \pm 5,8$  ve  $13,4 \pm 7,4$ 'tür. Genel olarak bakıldığında kişilerin belirttikleri sağlık algı durumu ile ölçekten aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $\tau = -0,221$ ;  $p = 0,000$ ).

Katılımcıların Eysenck kişilik anketinden aldıkları puanlar Tablo-6'da verilmiştir.

Tablo 6: Eysenck kişilik anketinden alınan puanlar

<b>Kişilik özelliği</b>	<b>Puan ortalaması<math>\pm</math>SS</b>	<b>Ortanca (min-max)</b>
Dışa dönüklük	$3,7 \pm 1,9$	4 (0-6)
Nörotisizm	$2,7 \pm 1,8$	3 (0-6)
Psikotisizm	$1,1 \pm 1,0$	1 (0-5)

Katılımcıların kişilik özelliği puanları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo-7,8,9'da verilmiştir.

Katılımcıların dışa dönüklük puanı ile demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo-7'de verilmiştir. Tablo izlendiğinde demografik verilerden hiç birisi ile anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaş ile dışa dönüklük puanı arasında anlamlı bir ilişki gösterilememişken ( $r = 0,045$ ;  $p = 0,367$ ) hane halkı sayısı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterilmiştir ( $r = 0,125$ ;  $p = 0,013$ ).

Tablo 7: Dışa dönüklük puanı ve demografik özellikler arasındaki ilişki

		<b>Puan ortalaması±SS</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	3,7±1,9	0,508
	Kadın	3,6±1,9	
<b>Medeni durum</b>	Evli	3,7±1,9	0,846
	Bekar	3,7±1,9	
	Dul/Boşanmış	3,4±2,0	
<b>Eğitim düzeyi</b>	12 yıl ve altı	3,6±1,8	0,872
	13 yıl ve üstü	3,7±1,9	
<b>Gelir düzeyi</b>	Asgari ücret altı	3,5±2,0	0,323
	Asgari ücret ve üstü	3,8±1,8	
	Asgari ücretin 2 katı	3,6±1,9	
<b>Kiminle yaşıyor</b>	Tek	3,4±2,0	0,485
	Çekirdek aile	3,6±1,9	
	Geniş aile	3,8±1,8	
<b>Çocuğu var mı</b>	Yok	3,6±2,0	0,414
	Var	3,7±1,8	

Katılımcıların nörotisizm puanı ile demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo-8’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde medeni durum, gelir düzeyi ve çocuk sahibi olma durumuyla ilişkili olduğu görülmüştür, p değerleri sırasıyla  $p=0,000$ ;  $p=0,049$ ;  $p=0,003$  olarak bulunmuştur. Yaş ile nörotisizm puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur ( $r=-0,158$ ;  $p=0,002$ ). Hane halkı sayısı ile nörotisizm puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r=-0,043$ ;  $p=0,394$ ).

Tablo 8: Nörotisizm puanı ve demografik özellikler arasındaki ilişki

		<b>Puan ortalaması±SS</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	2,4±1,9	0,078
	Kadın	2,8±1,7	
<b>Medeni durum</b>	Evli	2,4±1,7	0,000
	Bekar	3,1±1,9	
	Dul/Boşanmış	3,2±1,3	
<b>Eğitim düzeyi</b>	12 yıl ve altı	2,9±1,7	0,119
	13 yıl ve üstü	2,6±1,8	
<b>Gelir düzeyi</b>	Asgari ücret altı	3,2±1,6	0,049
	Asgari ücret ve üstü	2,4±1,8	
	Asgari ücretin 2 katı	2,7±1,8	
<b>Kiminle yaşıyor</b>	Tek	3,1±1,8	0,118
	Çekirdek aile	2,5±1,8	
	Geniş aile	2,8±1,8	
<b>Çocuğu var mı</b>	Yok	2,4±1,7	0,003
	Var	3,0±1,9	

Katılımcıların psikotizm puanı ile demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo-9’da verilmiştir. Tablo izlendiğinde cinsiyet medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuyla ilişkili olduğu görülmüştür, p değerleri sırasıyla p=0,078; p=0,000; p=0,003 olarak bulunmuştur. Yaş ile psikotizm puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur (r=-0,102; p=0,041). Hane halkı sayısı ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (r=-0,028; p=0,572).

Tablo 9: Psikotizizm puanı ve demografik özellikler arasındaki ilişki

		<b>Puan ortalaması±SS</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	1,3±1,2	0,021
	Kadın	1,0±0,9	
<b>Medeni durum</b>	Evli	1,0±1,0	0,002
	Bekar	1,4±1,1	
	Dul/Boşanmış	1,5±0,9	
<b>Eğitim düzeyi</b>	12 yıl ve altı	1,3±1,2	0,188
	13 yıl ve üstü	1,1±1,0	
<b>Gelir düzeyi</b>	Asgari ücret altı	1,2±1,0	0,823
	Asgari ücret ve üstü	1,2±1,1	
	Asgari ücretin 2 katı	1,1±1,0	
<b>Kiminle yaşıyor</b>	Tek	1,5±1,2	0,052
	Çekirdek aile	1,1±1,0	
	Geniş aile	1,1±1,0	
<b>Çocuğu var mı</b>	Yok	1,3±1,1	0,045
	Var	1,0±1,0	

Katılımların sağlık anksiyetesi puanları ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo-10'da verilmiştir. Tablo izlendiğinde sağlık anksiyetesi puanının dışa dönüklük puanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Etki büyüklüğü hesaplandığında 0,052 olarak belirlenmiştir. Öte yandan katılımcıların nörotizizm puanları ile sağlık anksiyetesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Etki büyüklüğü hesaplandığında 0,193 olduğu görülmüştür.

Tablo 10: Kişilik özellikleri ve sağlık anksiyetesi puanları

	<b>Sağlık Anksiyetesi Puanı</b>
<b>Dışa dönüklük</b>	$r=-0,229, p=0,000$
<b>Nörotisizm</b>	$r=0,410, p=0,000$
<b>Psikotizm</b>	$r=-0,044, p=0,383$

Anlamli çıkan parametreler korelasyon analizine tabi tutulduğunda nörotisizm puanı için her bir puanlık artışın sağlık anksiyetesi puanında 1,4 kat artışa, dışa dönüklük puanındaki her bir puanlık artışın ise sağlık anksiyetesi puanında 0,5 kat azalmaya yol açtığı anlaşılmıştır. Dışa dönüklük ve nörotisizm puanlarının korelasyon analizi Tablo-11’de verilmiştir.

Tablo 11: Dışa dönüklük ve nörotisizm puanlarının korelasyon analizi

	<b><math>\beta</math></b>	<b>%95 CI</b>	<b>p</b>
<b>Dışa dönüklük</b>	-0,507	-0,836-0,179	0,003
<b>Nörotisizm</b>	1,443	1,097-1,789	0,000

## 5.TARTIŞMA

Sağlık anksiyetesinin, erken emeklilik veya ücretli işgücünden ayrılma gibi ters işlevsel sonuçlarının olması ve laboratuvar testlerinin artan kullanımını gibi ekonomik etkileri yadsınamaz. Öte yandan sağlık anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin iş ve aile ilişkileri de bu durumdan sıklıkla olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık anksiyete düzeyi ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda kişilik özelliğinin bir alt boyutu olan nörotisizm puanları ile sağlık anksiyetesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı, dışa dönüklük puanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürde anksiyete düzeyi ile nevrotik kişiliğin güçlü, dışa dönük kişiliğin ise zayıf ilişkide olduğu gösterilmiş olup çalışmamızda sağlık anksiyetesi düzeyi ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (43). Sağlık anksiyetesinin kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaş ortalaması  $38,5 \pm 13,2$  olarak saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu evli, çocuk sahibi olup, üniversite ve üstü düzeyde eğitime sahiptir. Sağlık anksiyetesi ile ilgili akademisyenler üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %55,7'sinin kadın; %69,2'sinin evli ve %41,2'sinin 34-43 yaş aralığında olduğu görülmektedir (44). Çalışmamızda üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip katılımcı sayısının görece yüksek olması nedeniyle benzer eğitim durumuna sahip kitleyi yansıtmaktadır. Çalışmamızda ortalama hane büyüklüğü 3 olmakla beraber bu sayı 3,23 olan Türkiye ortalaması ile uyumludur. Yalnız yaşayan bireylerin oranı ülke genelinde %18,9 iken çalışmamızda %10,8 olarak tespit edilmiştir (45). Gelir düzeyine baktığımızda katılımcıların ağırlıklı olarak asgari ücretin üstünde kazandıkları görülmüştür.

Çalışmamıza katılanların %27,8'i en az 1 kronik hastalığa sahipti, bedensel engellilik ise %7,5 olarak tespit edilmiştir. 2017 yılında yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'de herhangi bir kronik hastalığı olmayanların oranı yaşa ve cinsiyete standardize olarak %62.8'dir (46). Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olan katılımcıların %90,1'i düzenli ilaç kullanıyordu.

Toplumun sağlık okuryazarlığının incelendiği, kartopu örneklem yönteminin kullanıldığı bir çalışmada katılımcıların %37,2'sinin genel sağlık durumunu çok iyi, %43,1'inin iyi, %18'inin orta ve %1,8'inin kötü olarak nitelendirmiştir (47). Çalışmamızda ise katılımcıların %16'sı sağlığını çok iyi olarak algıarken %57,5'i iyi, %24,5'i orta, %2'si kötü olarak algılanmış olup literatür ile uyumlu olarak sonuçlanmıştır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından yürütülen bir araştırmaya göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumlarından memnuniyet oranı %69,3 olarak bulunmuştur (48). Diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada katılımcıların genel sağlık algısı değerlendirildiğinde %36,6'sının iyi, %41,3'ünün orta, %22,1'inin kötü olduğu bulunmuştur (49). Topluma kıyasla yalnızca kronik hastalığı olanlarla yapılan çalışmadan elde edilen verilerle kronik hastalık varlığının genel sağlık algısına olumsuz etkisi olduğu söylenebilir.

Ülkemizde yapılan ilk ve tek psikiyatrik epidemiyoloji çalışması olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" alışmasında saptanan ruhsal hastalık oranı %17,2'dir (50). Çalışmamızda da psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı sorgulandığında ise %17,2'sinin geçmişinde psikiyatrik hastalık saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama sağlık anksiyetesi puanı  $15,5\pm 9$  olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan bir araştırmada çalışmamızla korele bir şekilde katılımcılar sağlık anksiyetesi leğinden  $15,1\pm 7,0$  puan almışlardır. Ayrıca kadınların ve öncesinde psikiyatrik tedavi alan kişilerin daha yüksek skorlar aldığı görülmüştür. (51) lkemizde yapılan bir başka çalışmada ise hesaplanan skorlar  $37,96\pm 8,04$  olmuş olup daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada çalışmamızı destekler nitelikte sağlık anksiyetesi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (52). alışmalar arasındaki bu skor farklılığına araştırmanın yapıldığı dönemin vaka sayısının arttığı pandemi sürecinde olmasının etkili olduğu dşnlmektedir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada sağlık anksiyetesi alt boyut puanları ortalaması  $13,76\pm 6,92$  olup çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (53). Miyokard İnfarktüsü tanısı

almış yetişkin hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada da sağlık anksiyetesi ölçeği puan ortalaması  $22\pm7,2$  olarak tespit edilmiştir (54). Bizim alışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun kronik bir rahatsızlığının olmamasının bunda etkisi olduğu söylenebilir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada hastanede yatan hastaların sağlık anksiyetesi ölçeği ile sağlık anksiyetesi düzeyleri ölçülmüş olup; toplam puan ile kadın olma, sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılama, kronik bir hastalık varlığı ve buna bağlı ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puan ortalamaları  $17,34\pm8,45$  olup bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (55). Bu fark çalışmanın hastanede yatan hastalarda yapılmasına bizim ise polikliniğe herhangi bir sebeple başvuran bireylerde yapmamızla açıklanabilir.

Literatür incelendiğinde sağlık anksiyetesi ile kadın cinsiyette olmayı riskli bulan çalışmalar olduğu gibi, çalışmamızı destekler nitelikte sağlık anksiyetesi ile cinsiyet arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (56).

Yüksek eğitim, muhtemelen hastalık veya bir hastalığın sonuçları hakkında daha yüksek farkındalık nedeniyle daha yüksek sağlık kaygısı ile ilişkilendiren çalışmalar olduğu gibi eğitim düzeyinin sağlık anksiyetesi düzeyini düşüren bir faktör olduğu sonucuna varan farklı çalışmalar da mevcuttur (57) (58). Çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması sağlık anksiyetesi puanının daha düşük çıkmasında etken olabileceği düşünölmektedir.

Çalışmamızda sağlık anksiyetesi puan ortalaması bekarlarda en yüksek iken evlilerde en düşük idi. Ülkemizde yapılan bir çalışmada medeni durum ile sağlık kaygısı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (59). Bursa'da yapılan bir çalışmada ise cinsiyet ve medeni durumun sağlık anksiyetesi ölçeğinden alınan toplam puanı etkilediği saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda evli katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı daha yüksek çıkmıştır (60). Sonuç olarak sosyodemografik özelliklerden medeni durumun sağlık anksiyetesi puanını etkilediği görölmüşür.

Çalışmamızda sağlık anksiyetesi ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde kronik hastalık varlığının ve ileri yaşın sağlık anksiyete düzeyini arttırdığı yönünde çalışmalar olduğu gibi genç ve orta yaşta daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (61)(62). Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan, genç yaştaki bireylerin de sağlık anksiyetesinin olması bu kaygının yalnızca sağlık sorunu olan, kronik hastalığa sahip bireylerde değil, fiziksel bir hastalık tanısı olmayan kişiler tarafından da yaşanabileceğini göstermiştir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda daha kapsamlı bir yaklaşım içinde olmaları gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların geçmiş dönemde psikiyatrik hastalık tanısı varlığı ile sağlık anksiyetesi düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hipokondriyazis ve somatizasyon bozukluğu olan hasta gruplarıyla yapılan bir çalışmada iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı tek farklılık sağlık anksiyetesi açısından idi. Ortalama sağlık anksiyetesi ölçeği puanı hipokondriyazis grubunda beklendiği gibi yüksekti (63). Literatürde anksiyete belirtilerinden sağlık anksiyetesine, oradan da hipokondriyazise olan ilerlemenin iyi tedavi edilmemiş anksiyete hastalarında gözlenmekte olduğu bilinmektedir (64). Yakın tarihli sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olanların daha yüksek travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete belirtileri yaşadığı görülmüştür (65). Psikiyatrik eş tanı tıbbi hastalıkta ciddi etkilere sahip olmakla birlikte hem risk etkeni hem de kötü prognoz göstergesidir. Bu bağlamda kişinin geçmişte psikiyatrik hastalığının olması sağlık anksiyetesi için risk oluşturabileceğinden prognoz açısından göz önünde tutulmalıdır.

Çalışmamızda yaş ile sağlık anksiyetesi puanı arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon mevcuttur. 2012 yılında yapılan bir çalışmada yaşlı ve genç yetişkinler arasında sağlık anksiyetesi ortalaması yaşlılar için  $17,2 \pm 10,8$  genç yetişkinler için  $20,8 \pm 11,0$  bulunmuş olup çalışmamızla benzer niteliktedir (66). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, siberkondri ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (67). Yapılan bir başka çalışmada ise üniversite öğrencilerinin sağlık bilgisi arama davranışları sonucunda sağlıkla ilgili bilgilerin en

sık edinildiği kaynağın %74 oranla internet olduğu belirtilmiştir (68). Gençlerde sosyal medya ve internet kullanımının fazla olması, bilgiye erişimde dijital ortamları tercih etmeleri siberkondriye daha açık olmalarını ve bu bağlamda sağlık anksiyete düzeylerinin yüksek bulunmasını açıklayabilir. Orta yaş ve yaşlılık kronik hastalıklarda yeni tanı alma dönemine denk geldiği için bu dönemde sağlık anksiyete düzeyleri yüksek çıkabilir.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasında ilişki bulunmamasına rağmen daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip kişilerde sağlık kaygısı riski daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Sağlık anksiyetesinde sosyal eşitsizlikleri araştıran bir meta-analizde, sağlık anksiyetesi ve sosyoekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve daha düşük sosyoekonomik gruplarda sağlık anksiyetesi riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (69). Sağlık anksiyetesindeki sosyal eşitsizlikleri açıklamak için biyomedikal, psikososyal, maddi ve davranışsal bir dizi faktör bulunmaktadır. Çalışmamızın örnekleminin toplumu yansıtmak homojenlikte olmaması ve sağlık anksiyetesi üzerinde diğer faktörlerin etkili olabileceği düşünüldüğünde çalışmamızda gelir düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasında ilişki bulunmaması açıklanabilir.

Çalışmamızda kişilerin belirttikleri sağlık algısı durumu ile sağlık anksiyetesi ölçeğinden aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Sağlık algısı ile sağlık kaygısını değerlendiren bir çalışmada bu ikisi arasında negatif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır (70). Beklenen bu sonuç çalışmamızı destekler niteliktedir.

Ülkemizde lisansüstü öğrencilerle yapılan bir çalışmada bireylerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre psikotizm, nevrotizm ve dışadönüklük puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemişken çalışmamızda çocuk sahibi olup olmama durumu nörotisizm ve psikotisizm puanlarıyla anlamlı ilişkilidir. Nörotisizm puanı çocuk sahibi olan bireylerde olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş, psikotisizm puanı ise çocuk sahibi olmayan bireylerde olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşın artmasıyla nörotisizm puanı azalmış, psikotisizm puanı ise artmıştır (71). Çalışmamızda ise yaş arttıkça nörotisizm ve psikotisizm alt ölçeklerinden alınan puanlar azalmaktaydı.

Çalışmamızda nörotisizm testinden elde edilen puanların gelir düzeyi asgari ücret altında olanlarda daha yüksek sonuçlandığı görülmüş olup literatürde de belli bir ücret altında nörotisizm puanının artışı anlamlı saptanmıştır (71).

Çalışmamızda kişilik özellikleri ve cinsiyet arasındaki ilişkiye baktığımızda psikotisizm puanının erkeklerde arttığı görülmüştür. Bir meta-analizde 37 ülkede dışadönüklük, nevrotizizm ve psikotizmde cinsiyet farklılıkları incelenmiş olup kadınlar tüm ülkelerde nevroitiklik konusunda erkeklerden daha yüksek puanlar elde etmiş; erkekler ise 34 ülkede psikotizm ve 30 ülkede dışa dönüklük konusunda kadınlardan daha yüksek puan almıştır (72).

Çalışmamızda sağlık anksiyetesi puanının dışa dönüklük puanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu, nörotisizm puanı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Literatürde nevroitik bireylerin anksiyete, depresyon seviyelerinin yüksek, özgüvenlerinin düşük olduğu bilinmektedir (73). 2021 yılında yapılan bir çalışmada beş büyük kişilik özelliği, sağlık kaygısı ve COVID-19'a bağlı psikolojik sıkıntı arasındaki ilişki incelenmiş olup nevroitiklik hariç diğer kişilik özellikleri sağlık kaygısı, COVID-19 kaygısı, genel kaygı ve depresyon belirtileri ile negatif ilişkililikten nevroitiklik sağlık kaygısı, COVID-19 kaygısı, yaygın kaygı ve depresyon belirtileri ile pozitif ilişkili olarak sonuçlanmıştır (74). Her iki çalışmada nevrotizmin etkisi incelendiğinde duygusal dengesizliğin kaygı belirtilerinin gelişiminde merkezi noktada olduğu söylenebilir.

Çalışmadaki katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeğine ve Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'na (EKA-GGK) verdikleri cevapların; eğitim durumları, ruhsal duygulanım dalgalanmaları, sosyokültürel özellik, iç görü ve farkındalık durumlarına göre değişiklik göstermesi çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Bir diğer kısıtlılık ise katılımcıların sosyokültürel olarak orta-yüksek seviyeye sahip olması nedeniyle çalışma sonuçlarının, tüm topluma genellenememesidir.

Sağlık anksiyete düzeyi ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelediğimiz bu çalışma hastaları değerlendirirken kişilik özelliklerine ilişkin semptomları göz önünde bulundurmanın sağlık anksiyetesi noktasında yönlendirici etkisi olduğuna dikkat çekme

## 6. SONUÇ

Sağlık anksiyetesi, somatik semptomların neden olduğu sıkıntıların giderilmesine odaklanmanın aksine, sağlıkla ilgili endişe ve güvence arayışı döngüsüdür. Çalışmamızda sağlık anksiyetesi ile kişilik özelliklerinin alt dallarına göre pozitif ve negatif yönde ilişkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma gibi sosyodemografik faktörler, sağlık algısı durumu, geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı almış olmanın sağlık anksiyetesini etkileyen diğer faktörler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin kendisine kayıtlı nüfusun sosyodemografik özelliklerini bilme, ek hastalıklarını sorgulama, kişilik özelliklerini tanıyabilme, çözümleyebilme ve ona uygun yaklaşabilme ihtimali diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki hekimlere oranla daha yüksektir. Aile hekiminin kişinin hastalık kaygısı riski altında olma durumunun farkına varıp bunu öngörme noktasında hastalık kaygısıyla ilişkili faktörleri bilmesi önemlidir.

Sağlık anksiyetesinin, erken emeklilik veya ücretli işgücünden ayrılma gibi ters işlevsel sonuçlarının olması ve laboratuvar testlerinin artan kullanımı gibi ekonomik etkileri göz ardı edilmemelidir.

Aile hekimlerinin sağlık anksiyetesini yönetme ve hastaları yönlendirme gücü göz önünde bulundurularak sağlık anksiyetesi olan hastaların kaygılarına karşı empatik, meraklı ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşımda olmaları önerilir. Bu yaklaşımın aşırı tetkik ve gereksiz iş yükünün azaltılmasında da faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık kaygısının görünürdeki ciddiyetine ve ekonomik maliyetine rağmen, genel popülasyonda semptomların kapsamını veya ilişkili sosyodemografik ve sağlık risk faktörlerini inceleyen nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma vardır. Bu bağlamda sağlık kaygısına ilişkin daha fazla klinik araştırma gereklidir.

Sağlık kaygısı hakkında kanıt eksikliği, toplumda bu durumun daha iyi anlaşılmasını sınırlandırmakta ve sağlık politikası belirleyicilerinin genel hastalık yükünü azaltmak için tedavi ve önleme hizmetlerini uygun şekilde planlama ve finanse etme yeteneklerini kısıtlamaktadır.

Gerek hastaların gerekse birinci basamak hekimlerin sağlık anksiyetesi konusunda farkındalıklarının artırılması önerilir.



## 7.KAYNAKÇA

1. Karaçadır, V., & Çelik, R., Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Kaygı Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 2019, 7(16), 225-238.
2. Yılmaz, Ö., & Dirik, G., Yetişkinlerde Sağlık Kaygısı İle İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Davranışçı Model Kapsamında İncelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2020, 35(85), 21-36.
3. Fink, Per; Ørnboel, Eva; Christensen, Kaj Sparle. The Outcome Of Health Anxiety İn Primary Care. A Two-Year Follow-Up Study On Health Care Costs And Self-Rated Health. *Plos One*, 2010, 5.3: E9873.
4. Van Straten, Annemieke, Et Al. Personality Traits And Health-Related Quality Of Life İn Patients With Mood And Anxiety Disorders. *Quality Of Life Research*, 2007, 16.1: 1-8.
5. Liao, Shih-Cheng, Et Al. Subsyndromal Psychosomatic Concepts And Personality Traits İn Community Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 2017, 75: 110-116.
6. Köknel, Özcan. Genel Ve Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1989.
7. Öztürk, O., Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, 10. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2004.
8. Raşit Tükel, Tunç Alkın. Anksiyete Bozuklukları. Basım Yeri Bilinmiyor : Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Kasım 2006.
9. Budak, Selçuk. Psikoloji Sözlüğü, Bilim Ve Sanat Yayınları. 2000.
10. Xiao, Junjie (Ed.). *Physical Exercise For Human Health*. Springer, 2020.
11. Karamustafaloğlu, O. Akpınar A. Anksiyete Bozuklukları. Karamustafaloğlu (Editör) *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri*, 2010, 1: 71-88.
12. Türkçapar, Hakan, Et Al. Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 2004, 4: 12-16.
13. Tamam, Lut; Demirkol, M. E. Anksiyete Bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta Ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 2019, 1641-1644.
14. Balcıoğlu, İbrahim; Ünsalver, Barış. Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 2006, 37.3: 115-120.
15. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. [Der.] Prof. Dr. Ali Bozkurt. 2016, Cilt 11. Baskı.
16. He, Yini, Et Al. Neuroticism Vulnerability Factors Of Anxiety Symptoms İn Adolescents And Early Adults: An Analysis Using The Bi-Factor Model And Multi-Wave Longitudinal Model. *Peerj*, 2021, 9: E11379.
17. Adwas, Almokhtar A.; Jbireal, J. M.; Azab, Azab Elsayed. Anxiety: Insights İnto Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, And Treatment. *East African Scholars Journal Of Medical Sciences*, 2019, 2.10: 580-591.

18. Tyrer, P., Recent Advances In The Understanding And Treatment Of Health Anxiety, *Current Psychiatry Reports*, 2018, 20(7).
19. Tyrer, Peter, Et Al. Health Anxiety: The Silent, Disabling Epidemic. *Bmj*, 2016, 353.
20. Craig N. Sawchuk, Ph.D., L.P. Illness Anxiety Disorder. *Mayo Clinic*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 17 Ağustos 2022.] <https://www.mayoclinic.org/Diseases-Conditions/İllness-Anxiety-Disorder/Symptoms-Causes/Syc-20373782>.
21. Güleç, H., Et Al. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2007, 20.1: 16-24.
22. Aydemir, Ömer, Et Al. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 2013, 50.4.
23. Salkovskis, Paul M., Et Al. The Health Anxiety Inventory: Development And Validation Of Scales For The Measurement Of Health Anxiety And Hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 2002, 32.5: 843-853.
24. Tutku, Ekiz.; İlman, Ebrar; Dönmez, Elif. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2020, 6.1: 139-154.
25. Doğan, Sermed; Fusun, Acar.; Doğan, Tuğba Gül Baynal. İnternet Bağımlılığı Ve Sağlık Anksiyetesinin Siberkondria Davranışları Üzerine Etkisi. *Erciyes Akademi*, 2021, 35.1: 281-298.
26. What Is A Personality Disorder? *J Pers Disord. T., Millon*. 2016 Jun;30(3):289-306.
27. Thomas, Jay C.; Segal, Daniel L. (Ed.). *Comprehensive Handbook Of Personality And Psychopathology, Personality And Everyday Functioning*. John Wiley & Sons, 2006.
28. Farmer, Anne; MCGuffin, Peter; Williams, Julie. *Measuring Psychopathology*. Oxford University Press, 2002.
29. Koyuncu, Zeynep. Ahlât-I Erbaa/Humoral Patoloji Teorisi Ve Divan Şiirinde Hakkânî Örneğinde İşlenişi. *Hikmet-Akademik Edebiyat Dergisi*, 2019, 10: 75-97.
30. Taymur, İbrahim; Türkçapar, Mehmet Hakan. Kişilik: Tanımı, Sınıflaması Ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4.2: 154-177.
31. Loranger, Armand W.; Janca, Aleksandar; Sartorius, Norman (Ed.). *Assessment And Diagnosis Of Personality Disorders: The Icd-10 İnternational Personality Disorder Examination (Ipde)*. Cambridge University Press, 1997.
32. Scheibe, Victória Machado, Et Al. The Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (Epqr-A): Psychometric Properties Of The Brazilian Portuguese Version. *Trends İn Psychiatry And Psychotherapy*, 2021.
33. Stephan, Yannick, Et Al. Polygenic Score For Neuroticism İs Related To Sleep Difficulties. *Genes, Brain And Behavior*, 2020, 19.4: E12644.

34. Lee, James J., Et Al. Gene Discovery And Polygenic Prediction From A Genome-Wide Association Study Of Educational Attainment İn 1.1 Million İndividuals. *Nature Genetics*, 2018, 50.8: 1112-1121.
35. Am, García Herrero, Et Al. Neuroticism And Suicidal Thoughts: A Meta-Analytic Study. *Revista Espanola De Salud Publica*, 2018, 92.
36. Islam, Md Rashedul; Bowling, Nathan. Extraversion And Emotional Expressiveness: Moderators Of The Relationship Between Curmudgeon Personality And Workplace İncivility. *Personality And Individual Differences*, 2022, 197: 111793.
37. Eroğlu, Musa. Çalışan Kadınların Kişilik Özelliklerinin Ve Yaş, Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi Gibi Etkenlerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi. *Uluslararası Temel Eğitim Çalışmaları Dergisi*, 2022, 3.1: 34-42.
38. Corr, Philip J. The Psychoticism–Psychopathy Continuum: A Neuropsychological Model Of Core Deficits. *Personality And Individual Differences*, 2010, 48.6: 695-703.
39. Koo, Se Jun, Et Al. Relationship Of Neurocognitive Ability, Perspective Taking, And Psychoticism With Hostile Attribution Bias İn Nonclinical Participants: Theory Of Mind As A Mediator. *Frontiers İn Psychology*, 2022, 5328.
40. Lee, Jia Ying Sarah; Imuta, Kana. Lying And Theory Of Mind: A Meta-Analysis. *Child Development*, 2021, 92.2: 536-553.
41. Aydemir, Ömer, Et Al. Sağlık Anksiyitesi Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 2013, 50.4.
42. Karancı, A. Nuray; Dirik, Gülay; Yorulmaz, Orçun. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (Eka-Ggk) Türkiye'de Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması. 2007.
43. Bilge, Yusuf. Davranışsal İnhibisyon Sistemi Ve Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeğinin Türk Toplum Örnekleminde Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2020, 12: 219-234.
44. Özyıldız, Kevser Hüsna Ve Alkan, Ahmet. Akademisyenlerin Sağlık Anksiyeteleri İle Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2022, 13.33: 309-324.
45. Data.Tuik.Gov.Tr. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 26 10 2022.] <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Istatistiklerle-Aile-2021-45632#:~:Text=Ortalama%20hanehalk%C4%B1%20b%C3%Bcy%C3%Bck1%C3%Bc%C4%9f%C3%Bc%203%2c23,3%2c23%20ki%C5%9fiye%20d%C3%Bc%C5%9f%C3%Bc%C4%9f%C3%Bc%20g%C3%B6r%C3%Bcl%C3%Bc>
46. Ünal, B., Et Al. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması, 2017. Tc Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. Rapor, 2021.

47. Kırал, Cansu. Toplumun E-Sağlık Okuryazarlığı Ve Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. 2022. Master's Thesis. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
48. Data.Tuik.Gov.Tr. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 27 10 2022.] <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Istatistiklerle-Genclik-2021-45634>.
49. Parlak, Ayşe Gül; Şahin, Zümrüt Akgün. Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Düstad Dünya Sağlık Ve Tabiat Bilimleri Dergisi, 4.2: 113-125.
50. Kılıç, Cengiz. Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı Ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz?. Toplum Ve Hekim, 2020, 35.3: 179-187.
51. Özdn, Selçuk; Bayrak Özdn, Şükriye. Levels And Predictors Of Anxiety, Depression And Health Anxiety During Covid-19 Pandemic İn Turkish Society: The İmportance Of Gender. International Journal Of Social Psychiatry, 2020, 66.5: 504-511.
52. Kulu, Müberra, Et Al. Covid-19 Anxiety And Health Anxiety Levels İn Non-Healthcare Community Sampling. Kocaeli Medical Journal, 2021, 10.Supp: 1: 112-117.
53. Esen A, Kafadar D, Arıca S, Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Eurasian Journal Of Family Medicine, 2018, 7(1), 5 - 13.
54. Çevik, Seher; Sarıtaş, Seyhan Çıtlık. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlık Anksiyetesinin Uyku Kalitesine Etkisi. Turk J Cardiovasc Nurs, 2020, 11.24: 16-22.
55. Bahadır Yılmaz, Emel; Ayvat, İrem; Şiran, Betül. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi İle Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Dergisi, 2018, 23.1.
56. Macswain, Kerry Lynn H., Et Al. Gender Differences İn Health Anxiety: An İnterpersonal Model Of Health Anxiety. Personality And Individual Differences, 2009, 47.8: 938-943.
57. Prabha, Lakshmi, Et Al. A Comparative Study Of Health Anxiety İn Neurology And Psychiatry Settings. Journal Of Neurosciences İn Rural Practice, 2020, 11.01: 125-129.
58. Bleichhardt, G. Ve Hiller, W. Hypochondriasis And Health Anxiety İn The German Population. British Journal Of Health Psychology, 2007, 12.4: 511-523.
59. Kırac, Ramazan; Öztürk, Yunus Emre. Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkisi. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 23.2: 214-243.
60. Ayyıldız, Öznur. Dahiliye Hastalarında Sağlık Anksiyetesinin Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ve Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonuna Etkisi. 2020. Phd Thesis. Bursa Uludag University (Turkey).
61. Yılmaz, Emel Bahadır, et al. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki.

62. Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G, Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, 202(1), 56-61.
63. Kırpınar, İsmet, Et Al. Somatizasyon Bozukluğu Ve Hipokondriyazis: Bir Elmanın İki Yarısını?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016, 17.3: 165-173.
64. Mantar, Atıl; Yemez, Beyazıt; Alkın, T. Anksiyete Duyarlılığı Ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22.3: 187-193.
65. Karaman, İmran Gökçen Yılmaz; Yastıbaş, Cennet. Covid-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete Ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik Ve Mesleki Değişkenler İle İlişkisi Nasıldır?. *Van Tıp Dergisi*, 2021, 28.2:.
66. Gerolmatos, Lindsay A.; Edelstein, Barry A. Predictors Of Health Anxiety Among Older And Young Adults. *International Psychogeriatrics*, 2012, 24.12: 1998-2008.
67. Polat, G. Hemşirelerde Sağlık Anksiyetesi Ve Siberkondria İlişkisi. 2020. Phd Thesis. Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi.
68. Erdoğan, Tuğçe, Et Al. İnternet Ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı Ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2020, 10.Özel Sayı: 1-10.
69. Barbek, Rieke Me; Makowski, Anna Christin; Von Dem Knesebeck, Olaf. Social Inequalities İn Health Anxiety: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2022, 153: 110706.
70. Karaoglu, Nazan; Karaoglu, Kaan Bilge; Yardımcı, Hasan. Sosyoloji Ve Tıp Öğrencilerinin Sağlık Algısı Ve Sağlık Kaygısı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 2020, 20.3: 615-628.
71. Tunç, Erhan; Alyev, Ramin. Lisansüstü Öğrencilerinin Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi The Investigation Of Psychological Tendencies Of Graduate Students. *Gaziantep University Journal Of Social Sciences (Http://Jss. Gantep. Edu. Tr)*, 2015, 14.4: 949-963.
72. Lynn, Richard; Martin, Terence. Gender Differences İn Extraversion, Neuroticism, And Psychoticism İn 37 Nations. *The Journal Of Social Psychology*, 1997, 137.3: 369-373.
73. Begenrbaş, Memduh; Yalçın, Rukiye Can. Öğretmenlerin Kişilik Özelliklerinin Duygusal Emek Gösterimlerine Etkileri. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012, 9.1: 47-65.
74. Nikčević, Ana V., Et Al. Modelling The Contribution Of The Big Five Personality Traits, Health Anxiety, And Covid-19 Psychological Distress To Generalised Anxiety And Depressive Symptoms During The Covid-19 Pandemic. *Journal Of Affective Disorders*, 2021.

## 8.EKLER

### EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

#### SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Cinsiyet: KADIN ERKEK

Yaş: .....

Medeni durum: BEKAR EVLİ DUL BOŞANMIŞ

Eğitim düzeyi: OKUR-YAZAR DEĞİL OKUR-YAZAR İLKOKUL  
ORTAOKUL LİSE ÜNİVERSİTE VE ÜSTÜ

Yaşadığı yer: MÜSTAKİL EV APARTMAN DAİRESİ DİĞER

Beraber yaşayan akraba var mı? TEK YAŞIYOR EVET HAYIR

Hane halkı sayısı: .....

Çocuk sayısı: .....

Gelir düzeyi: <ASGARİ ÜCRET ASGARİ ÜCRET VE ÜSTÜ  
ASGARİ ÜCRETİN 2 KATI VE ÜSTÜ

Bedensel özürlülük durumu: VAR YOK

Kronik Hastalık: VAR...(belirtiniz)..... YOK

Kullandığı ilaç: VAR...(belirtiniz)..... YOK

Genel sağlık algınız hakkında düşünceniz:

ÇOK KÖTÜ KÖTÜ ORTA İYİ ÇOK İYİ

Kaç yıldır İstanbul'da yaşıyorsunuz? .....

Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı:

VAR...(belirtiniz)..... YOK

Sigara: EVET HAYIR

Alkol: EVET HAYIR

#### SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içermektedir. Sizden her ifadeyi dikkatlice okuyup son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçmenizi rica

ediyoruz. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1 (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.  
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.  
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.  
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

- 2 (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim  
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim  
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim  
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3 (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.

- (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.  
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.  
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4 (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.

- (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.  
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.

(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya

çalışmıyorum.

- 5 (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.  
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.  
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

- 6 (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- 7 (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
- 8 (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
- (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
- 9 (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
- (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
- 10 (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- (b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
- (c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
- (d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

- 11 (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
- (b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
- (c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
- 12 (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- 13 (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
- (b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
- (c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
- 14 (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
- (b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
- (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
- (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşününüz. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışınız.

15 (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16 (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17 (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18 (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

**EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORM  
(EKA-GGK)**

Lütfen, aşağıdaki her bir soruyu 'Evet' ya da 'Hayır' kutucuğunu işaretleyecek şekilde cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

1 Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi? EVET HAYIR

2 Konuşkan bir kişi misiniz? EVET HAYIR

3 Borçlu olmak sizi endişelendirir mi? EVET HAYIR

4 Oldukça canlı bir kişi misiniz? EVET HAYIR

5 Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu? EVET HAYIR

6 Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız? EVET  
HAYIR

7 Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı? EVET HAYIR

8 Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz? EVET HAYIR

9 Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi? EVET HAYIR

10 Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı? EVET HAYIR

11 Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız? EVET HAYIR

12 Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz? EVET HAYIR

13 Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz? EVET  
HAYIR

14 Kaygılı bir kişi misiniz? EVET HAYIR

15 Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır? EVET  
HAYIR

16 Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi? EVET  
HAYIR

17 Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı? EVET HAYIR

18 Sinirlerinizden şikayetçi misiniz? EVET HAYIR

19 Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı? EVET HAYIR

20 Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir? EVET

HAYIR

21 Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz? EVET HAYIR

22 Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı  
iyidir? EVET HAYIR

23 Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi? EVET

HAYIR

24 Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız? EVET

HAYIR