

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI
OLAN ERİŞKİNLERDE SAĞLIK ANKSİYETE
DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Samed ARSLAN

EDİRNE-2024



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, desteklerini her zaman hissettiğim hocalarım Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya ve Doç. Dr. Önder Sezer'e, her zaman yanımda olan eşim Funda'ya, aileme ve bütün çalışma arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
KRONİK HASTALIKLAR.....	3
SAĞLIK ANKSİYETESİ	13
YAŞAM KALİTESİ.....	17
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
BULGULAR.....	23
TARTIŞMA	69
SONUÇLAR.....	96
ÖZET	98
SUMMARY	100
KAYNAKLAR.....	102
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FBÖ: Fiziksel Bileşen Özet

GİS: Gastrointestinal Sistem

KBB: Kulak Burun Boğaz

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Maks: Maksimum

MBÖ: Mental Bileşen Özet

Min: Minimum

Ort: Ortalama

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

SF-12: Short Form-12

SF-36: Short Form-36

SS: Standart Sapma

UV: Ultraviyole

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar, aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da adlandırılan, uzun süreli seyir gösterme eğiliminde olan sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıklar; genetik faktörlerin, fizyolojik durumun, çevresel etmenlerin ve kişisel davranışların bir araya gelmesi sonucunda oluşurlar. Farklı yaş aralıklarına ve farklı uluslara mensup bireyler, kronik hastalıkların tesirlerine maruz kalabilirler (1).

Dünya genelinde özellikle ekonomik gelişmişliği yüksek ülkelerde, nüfus yapısındaki değişikliklerle birlikte, doğumda beklenen yaşam süresi artmış ve kronik hastalıkların prevalansı yükselmiştir (2). Ülkemizde de yaşam süresinin artması ve yaşlı nüfusun çoğalmasıyla birlikte sıklığı artan kronik hastalıklara karşı; korunma, tedavi ve bakım planlarının yapılmadığı durumda, hem morbidite hem de mortalite açısından ciddi sorunların ortaya çıkması beklenmektedir (3).

Sağlık anksiyetesi, kişinin sağlığının tehlikede olduğuna dair güçlü bir inançla ortaya çıkıp bireyin fiziksel ve duygusal endişe semptomlarını tetikleyen psikolojik bir tecrübedir (4). Neredeyse herkes belirli bir seviyeye kadar sağlık anksiyetesini deneyimler. Sağlık anksiyetesi, sağlıkla ilgili potansiyel tehlikelere karşı koruyucu işlev görebilir ve sağlık sorunlarının erken belirtilerini tespit etmeye yardımcı olabilir. Fakat aşırı olduğunda zararlıdır (5).

Kronik hastalık ile yaşamamanın bir sonucu olarak ortaya çıkan korku ve endişe de sağlık anksiyetesi olarak adlandırılmıştır. Sağlık anksiyetesi; duygusal, bilişsel, davranışsal ve algısal özellikler içermektedir. Daha spesifik bir şekilde ifade edecek olursak sağlık anksiyetesi; rahatsız edici duyguları, tehdit düşüncelerini ve fizyolojik uyarılmayı içerisinde bulundurur (6).

Sağlık anksiyetesi tecrübesi, bireyler arasında çeşitlilik gösterir. Bu nedenle hafif ve geçici ile şiddetli ve uzun süreli arasında değişen bir süreklilik üzerine tanımlanmıştır. Sağlık anksiyetesi, aşırı seviyelere çıktığında yaşam kalitesini ve günlük işlevselliği etkileyebilir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1948 yılında sağlığı “yalnızca hastalığın bulunmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamadan sonra sağlıkla ilgili iyi olma durumunun belirlenebilmesi amacıyla yaşam kalitesi terimi sağlık hizmetleri faaliyetlerinde daha fazla kullanılmaya başlanmıştır (7). Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin alt bileşenlerinden biridir (8). Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi: “Bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğinin iyiliği ile sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarında algıladığı refah” olarak açıklanabilir. İşlevsellik, bir kişinin önceden belirlenmiş bazı eylemleri yerine getirme yeteneğini ifade eder. Refah ise bir bireyin içsel duygusal durumunu tanımlar (9).

Kronik hastalıklar ve beraberinde getirdikleri sorunlar; bireyin işlevselliğinin azalmasına, çalışma yeteneğinin kaybına, yaşam kalitesinin kötüleşmesine ve sosyal izolasyonuna yol açarken; bireyin aile içi ilişkileri ve yaşam tarzı da bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (10).

Özetlemek gerekirse kronik hastalıklar hem sağlık anksiyetesine hem de yaşam kalitesine tesir edebilen tıbbi durumlardır. Hangi kronik hastalıkların sağlık anksiyetesini ne derece tetiklediğini ve yaşam kalitesini ne derecede düşürdüğünü bilmek, kronik hastalığa sahip kişilerin rehabilitasyonunda önem arz etmektedir. Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran kronik hastalığı olan erişkinlerde gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada; kronik hastalıkların, sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesine tesirlerinin irdelenmesi buna ek olarak da sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KRONİK HASTALIKLAR

Kronik Hastalık Kavramı ve Epidemiyolojisi

Kronik hastalık kavramının tanımı birçok farklı otorite tarafından yapılmıştır. Kronik Hastalıklar Komisyonu, kronik hastalıkları şu şekilde tanımlamıştır: “Genellikle tamamen iyileşme ihtimali olmayan, seyri süreklilik gösteren, ilerleyişi yavaş olan, kalıcı sakatlıklara yol açabilen, oluşumunda bireysel, genetik, sosyoekonomik etkenlerin bulunduğu, genellikle bulaşıcı olmayan nitelikteki hastalıklar”(11). Başka bir tanıma göre kronik hastalıklar; uzun süre devamlılık gösteren, bulaşıcı olmayan, kendi kendine gerilemesi ve büsbütün iyileşmesi mümkün olmayan, fonksiyon bozukluğu ile sakatlığa sebebiyet verebilen hastalıklardır (12). Üçüncü bir tanımda ise kronik hastalıklar; birden fazla risk etkeni ve fizyopatolojiyi bulunduran, en az 3 ay ve daha uzun süreli, çoğunlukla karmaşık bir seyir izleyen, tam iyileşme göstermeyen ve sakatlıklara sebep olabilen, enfeksiyöz olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (13).

Kronik hastalıkların sıklığı; demografik ve epidemiyolojik değişimin neticesinde dünya genelinde artmaktadır (14). Güncel hastalık yükü çalışmaları, enfeksiyöz karakterde olan hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünün azaldığını ve kronik hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünün artış gösterdiğini gözlemlemektedir (15). DSÖ’ye göre kronik hastalıkların en önemlileri; kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserlerdir. Bunlar arasında prevalansı en fazla olanlar ise hipertansiyon ve diyabetir (16).

Aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilen 18477 katılımcılı bir araştırmada hipertansiyon, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının toplumdaki prevalansları sırayla %24, %11, %4 olarak saptanmıştır. Araştırmada aynı zamanda toplumdaki hiperlipidemi prevalansının %12,5, kanser prevalansının %1 olduğu gösterilmiş ve koroner arter hastalığı prevalansının erkeklerde %4, kadınlarda ise %2 olduğu ortaya konmuştur (17).

Kronik hastalıklar, mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir. Dünya üzerinde her sene tahminen 41 milyon insan kronik hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı, dünyadaki yıllık ölümlerin %74'ünü oluşturmaktadır. Her sene 17 milyon insan kronik hastalıklar sebebiyle 70 yaşından önce ölmektedir. Bu erken kayıpların %86'sı, ekonomik refahı düşük ve orta düzeydeki ölkelerde meydana gelmektedir. Kalp ve damar hastalıkları (17,9 milyon yıllık ölüm), kanserler (9,3 milyon yıllık ölüm), kronik solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon yıllık ölüm) ve diyabet (2 milyon yıllık ölüm) kronik hastalık sebepli erken kayıpların %80'inin arkasında yer alan dört hastalık grubudur (1). TÜİK'in 2022 senesindeki istatistiklerine göre ölkemizdeki yaşam kaybı sebeplerinin başında %35,4'lük oran ile kalp ve damar hastalıkları bulunmaktadır. Ardından tümörler %15,2 ve kronik solunum yolu hastalıkları ise %13,5 oranları ile yaşam kaybı sebepleri arasında önemli yer kaplamaktadır (18).

Kronik Hastalık Oluşumunda Etkili Olan Faktörler

Kronik hastalık oluşumunda etkili olan faktörler farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Bir sınıflandırmaya göre, bu faktörler değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak iki ana grupta kategorize edilir. Değiştirilebilen faktörlerde; sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel inaktivite, yüksek tansiyon değerleri, obezite, diyabet, kan lipidlerinde yükseklik bulunmaktadır. Değiştirilemez faktörlerde ise yaş, cinsiyet, genetik faktörler, ırk ve etnik köken yer alır (19).

Başka bir sınıflandırmada ise kronik hastalık oluşumunda etkili olan ana faktörler şu şekilde kategorize edilmektedir: Öz yönetimsel faktörler, genetik faktörler, çevresel faktörler, sosyodemografik faktörler, tıbbi durum faktörleri (19).

Öz yönetimsel faktörler: Kronik hastalık oluşumunda rol alan öz yönetimsel faktörlere örnek olarak sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, yüksek vücut kitle indeksi ve diş bakım yetersizliği verilebilir (19).

1-Sigara kullanımı: Sigara kullanımının pek çok farklı hastalığın oluşumunda rol aldığı saptanmıştır. Sigara kullanımı, öncelikle akciğer kanserine neden olmakla beraber diğer kanser türleri, respiratuar sistem hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklara sebep olarak hem bireylerin yaşam kalitesinde düşüklüğe hem de yaşam kayıplarına yol açabilir. Buna karşın sigara kullanımı özellikle geri kalmış ülkelerde ciddi bir yaygınlığa sahiptir. Sigara dumanında; karbon monoksit, amonyak, naftalin, formaldehit vb. 4000'e yakın kimyasal bileşen bulunmaktadır. Bu bileşenlerin en az 81 adetinin kansere neden olduğu kanıtlanmış durumdadır (20).

2-Alkol kullanımı: Pek çok kronik hastalığın oluşumunda alkol kullanımı etkilidir. Kullanım alışkanlıklarının, alkolün kalitesinin ve kullanılan ortalama alkol düzeyinin kronik hastalıklar sonucunda vuku bulan sakatlık ve ölüm oranlarında nedensel bir tesiri vardır (21). Alkol; kanser, hipertansiyon, iskemik kardiyovasküler hastalıklar, siroz ve felç gibi hastalıkların etiyolojisinde yer almaktadır (22).

3-Fiziksel hareketsizlik: Fiziksel hareketsizlik, çoğu kronik hastalığın gelişimiyle ilişkilidir. Bu ilişki epidemiyolojik araştırmalarda kanıtlanmıştır. Fiziksel hareketsizlik; obezite, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve kanser oluşumunda önemli bir sebeptir. Fiziksel hareketsizlik sonucunda kronik hastalığa yakalanan bireyler, fiziksel olarak daha az aktif hale gelirler. Bunun sonucunda ise bir kondisyon kaybı döngüsü meydana gelmiş olur (23).

4-Yüksek vücut kitle indeksi: Vücut kitle indeksi yüksekliği, kronik hastalık gelişimi açısından metabolik bir risk faktörüdür. Vücut kitle indeksinin 30 kg/m² ve üzeri olması obezite olarak ifade edilmektedir (24). Obezite; tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi hastalıkların gelişiminde rol oynamaktadır (25).

5-Diş bakım yetersizliği: Diş bakımının yetersizliğinde, kronik hastalıkların gelişme riskinde artış meydana gelmektedir (26). Kötü ağız sağlığı ile diş çürüklerinin, özellikle kardiyovasküler hastalık ve pnömoni gelişiminde anlamlı rol oynadıkları yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır (27).

Genetik faktörler: Kronik hastalıkların etiyolojisinde bulunan genetik faktörler; ailede hastalık öyküsü ve genetik miras, epigenetik değişiklikler, çevresel veya toksik maruziyet ile gelişen mutasyonlar alt başlıklarında toplanabilir (19).

1-Ailede hastalık öyküsü ve genetik miras: Ailede hastalık öyküsü; kanser türleri, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve felç başta olmak üzere pek çok kronik hastalık açısından ciddi bir risk durumudur (28). Ailede hastalık öyküsü, hastalığın genetik riskine ilişkin bir öngörü sağlamaktadır. Nadir genetik hastalıkların tanısında ve yaygın kronik hastalık riskinin incelenmesinde göz önünde bulundurulmalıdır (29).

2-Epigenetik değişiklikler: Epigenetik, DNA dizisinde değişikliğe neden olmadan genlerin yorumlanmasını düzenleyen süreçleri tanımlar. Epigenetik anormaller; kanser, otoimmün hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar, psikiyatrik ve metabolik bozukluklar dahil olmak üzere pek çok hastalığın altında yatan nedenlerden biridir (30).

3-Çevresel veya toksik maruziyet ile gelişen mutasyonlar: Maruziyeti sonucunda kronik hastalık gelişimine yol açan mutajenlere; arsenik, kadminyum, kurşun ve cıva gibi elementler, pestisitler, dioksinler, poliklorlu bifeniller gibi kalıcı organik kirleticiler, formaldehit ve benzen gibi uçucu organik bileşikler ve iyonize radyasyon örnek verilebilir. Mutajenlere maruziyet; kanser, diyabet, nörodejeneratif hastalıklar, metabolik sendrom, üreme bozuklukları, respiratuar sistem hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve immünolojik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olarak göze çarpmaktadır (31,32).

Sosyodemografik faktörler: Kronik hastalık gelişim olasılığını etkileyen sosyodemografik faktörler; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, eğitim düzeyi, gelir durumu olarak sıralanabilir (19).

1-Yaş: Kronik hastalık oluşma riski her yaştaki bireyde mevcuttur. Doğum öncesi dönemde bile kronik hastalık gelişme riski bulunmaktadır. Kronik hastalıklar hayatın ilk senelerinde oluşup çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık zamanlarında da mevcudiyetlerini sürdürebilirler. Fakat kronik hastalıklar genelde yaşlı nüfusta daha sık karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanma durumunda pek çok molekül ve hücresel yapının bozulması

sonucunda nörodejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, romatoid artrit ve diyabet hastalıklarının görülme sıklığı artış göstermektedir (19,33).

2-Cinsiyet: Kronik hastalıkların prevalansı, tezahürü ve tedaviye cevaplarında erkek ve kadın cinsiyetler arasında farklılıklar bulunabilmektedir. Bu duruma çeşitli örnekler verilebilir. Örneğin birkaç istisna hariç erkeklerde kanser görülme olasılığı kadınlardan daha fazladır. Özellikle larenks, orofarenks, yemek borusu ve mesane gibi kanserlerin görülme olasılığı erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre en az 4 kat daha fazladır. İki cinsiyette de oluşabilen kanserlerde görülme sıklığı açısından erkek cinsiyet, bütün ırklarda ve yaş gruplarında daha yüksek riske sahiptir. Çocukluk, adolesan ve erken erişkinlik evrelerinde erkek cinsiyette iskemik inme oluşma olasılığı, kadın cinsiyete göre daha yüksektir. Menopoz sonrası dönemde ise kadınlarda iskemik inme riski artmaktadır. 80 yaş ve üzeri popülasyonda iskemik inme prevalansı kadınlarda, erkeklere oranla daha yüksektir. Nörodejeneratif hastalıklar içinde bulunan Alzheimer hastalığı, 65-75 yaş arasında bulunan kadınlarda, aynı yaş grubundaki erkeklere kıyasla dört kat daha yüksek sıklıktadır. Yine tip 2 diyabet hastalığının genç kadınlardaki prevalansı, genç erkeklerdeki prevalansına göre daha yüksek iken orta yaş grubunda tip 2 diyabet erkek cinsiyette, kadın cinsiyete göre daha yüksek oranda görülmektedir. Tip 2 diyabet görülme riski, ileri yaşlarda her iki cinsiyet için de neredeyse aynıdır (34).

3-İrk ve etnik köken: Kronik hastalıkların sıklıkları, klinik seyirleri ve prognozları; ırk ve etnik kökene göre farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada diyabet hastalığının prevalansının %33 ile Amerikan yerlileri arasında en yüksek, %5,5 ile Alaska yerlileri arasında en düşük olduğu saptanmıştır. Yine obezite prevalansı, siyahilerde %49,5 ile en yüksek olarak bulunmuş iken en düşük obezite prevalansları %2,8 ile Koreli ve %4,2 ile Çinliler arasında saptanmıştır (35). Başka bir araştırmada ise siyahi popülasyonda, astım kökenli ölüm oranlarının ve diyabet sebepli hastane yatışlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (36).

4-Eğitim düzeyi: Toplumdaki bireyler eğitim düzeylerine göre gruplara ayrıldığında bu gruplar arasında kronik hastalıkların prevalansları ve prognozları açısından anlamlı farklılıklar olabilmektedir. Brezilya'da yapılan bir araştırmada; eğitimsiz erişkinlerde, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan erişkinlere göre kalp hastalığı ve hipertansiyon hastalıklarının

prevalansı yüksek olarak saptanmıştır. Aynı araştırmadaki hiçbir eğitim almamış katılımcılarda, eğitim seviyesi yüksek olan katılımcılara göre diyabet prevalansı 2 kat fazla bulunmuştur (37). Ekonomik refah düzeyi yüksek ülkelerde yapılan başka bir çalışmada ise kronik hastalıklara bağlı ölüm oranının düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (38). Japonya’da gerçekleştirilen bir araştırmada, düşük eğitim seviyesindeki kişilerde diyabet ve inme insidansları daha yüksek bulunmuştur (39).

5-Gelir durumu: Gelir düzeyindeki farklılıklara göre oluşan gruplar arasında kronik hastalıkların epidemiyolojik özellikleri ve prognozları değişiklik gösterebilmektedir. İspanya’da yapılan bir araştırma; düşük ekonomik düzeydeki bireylerde, yüksek ekonomik düzeydeki bireylere göre kalp ve damar hastalıkları, tip 2 diyabet, mide veya akciğer kanseri ve KOAH oluşma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Aynı araştırmada KOAH ve akciğer kanseri kaynaklı yaşam kaybı riskinin düşük ekonomik seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır (40).

Çevresel faktörler: Kronik hastalık oluşumuna neden olan çevresel faktörler; hava kirliliği, mevsimsel değişiklikler, UV ışın maruziyeti olarak incelenebilir (19).

1-Hava kirliliği: Hava kirliliği pek çok kronik hastalığın etiyolojisinde rol oynamaktadır. Hava kirliliğinin neden olduğu kronik hastalıklar arasında; kronik solunum sistemi hastalıkları, diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, mental ve nörolojik hastalıklar mevcuttur (41).

2-Mevsimsel değişiklikler: Pek çok hastalık kategorisinin iklim değişikliğinden etkilenmesi olasıdır. Sıcaklık artışı, iklim değişikliğinin sağlık üstündeki etkisini açıklamakta önemli bir yoldur. İklim değişikliğine bağlı sıcaklık artışının; kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve kronik böbrek hastalıkları için olumsuz tesirleri mevcuttur (42).

3-Ultraviyole (UV) ışın maruziyeti: Güneş’ten kaynaklanıp yeryüzüne ulaşan ultraviyole ışınlar, UVA (320-400 nm) ve UVB’den (280-320 nm) oluşmaktadır. UVC (100-280 nm) ise atmosferi geçememektedir. UVB, güneş ışığı içerisinde UVA’ya göre çok daha

az bulunmasına karşın vücuda zararlı etki düzeyi UVA'dan çok daha yüksektir. Özellikle deri kanseri gelişiminde UV ışın maruziyeti ciddi bir risk faktörü olarak göze çarpmaktadır (43).

Tıbbi durum faktörleri: Kronik hastalıkların oluşumunda etkili tıbbi durum faktörleri; kan basıncı, kan glikoz seviyesi, stres, virüsler, kan lipid seviyesi ve ilaçlar olarak sıralanabilir (19).

1-Kan basıncı: Yüksek kan basıncı, kronik hastalıkların etiyolojisinde bulunan önemli bir risk faktörüdür. İnme ve kardiyovasküler hastalıklar açısından en önemli etiyolojik faktör olarak göze çarpmaktadır. Yüksek kan basıncı; böbrek yetmezliği, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve diğer endokrin hastalıklara bağlı ölüm olasılığını yükseltmektedir (44).

2-Kan glikoz seviyesi: Anormal derecede yüksek kan glikoz seviyeleri; kalp, sinir sistemi, karaciğer, böbrek, göz ve damarlarda ciddi hasarlar meydana getirebilecek birçok komplikasyona yol açabilmektedir (45).

3-Stres: Stres, çeşitli içsel veya dışsal, gerçek veya algılanan zorluklar tarafından uyarılma sonucunda hemodinamik düzenin bozulması şeklinde ifade edilir. Kronik stres, bulaşıcı olmayan hastalıkların %75-90'ında ortak etiyolojik faktör olarak kabul edilmektedir. Stresin çeşitli davranışsal ve somatik bozukluklara sebebiyet veren ciddi bir etmen olduğu öne sürülmektedir (46).

4-Virüsler: İnsanlarda bulunan pek çok kronik hastalığın oluşma süreci, immün sistemin işlev bozukluğunu ve/veya metabolizma değişimini içerir. İmmün ve metabolik bir düzenleyici olan mikrobiyomun birçok kronik hastalık ile bağlantılı olduğu veya bu hastalıkların oluşumunda rol aldığı belirlenmiştir. Yaygın kronik hastalıklarla bağlantılı bulunan virüs miktarı, iki bini aşmaktadır (47). Kronik hastalık yapan virüslere şu örnekler verilebilir: Serviks kanseri oluşumunda rol oynayan Human Papilloma virüs, Progresif Multifokal Lökoensefalopati oluşumunda bulunan Polyoma virüs JC, Kaposi Sarkomu oluşumunda rol üstlenen Human Herpesvirüs-8 (48-50).

5-Kan lipid seviyesi: Yüksek kan lipid seviyesi, pek çok kronik hastalıkla bağlantılıdır. Kan lipid seviyesindeki yükseliş ve organlarda lipid birikimi; kardiyovasküler

hastalıklar, non-alkolik steatohepatit, tip 2 diyabet, obezite gibi hastalıkların gelişim sürecini hızlandırmaktadır (51).

6-İlaçlar: İlaç kullanımı sonucu bazı hastalıkların oluşma riski artış gösterebilmektedir. Bu ilişkiye örnek olarak; azatioprin ve siklosporin kullanımı sonucu lenfoma gelişimi, oral kontraseptif kullanımı sonucu hepatik adenom gelişimi verilebilmektedir (52).

Kronik Hastalıkların Birey, Aile ve Toplum Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalıklar, sakatlık ve ölüm durumlarının ötesinde birey, aile ve toplumda; ciddi ekonomik, sosyal ve psikolojik etkiler yaratmaktadır (53,54).

Kronik hastalıkların ekonomik etkileri: Kapsamı sınırlı sağlık sigortaları ve yetersiz sosyal güvenlik politikaları, kronik hastalığa sahip bireyleri ve ailelerini ciddi miktarda para harcamaya mecbur bırakabilmektedir. Kronik hastalıklar; aile gelirini, sağlık dışı harcamaları azaltmakta ve erken emeklilik oranını arttırıp iş gücü kaybına neden olmaktadır (53).

Kronik hastalıkların aile üzerindeki ekonomik etkisi, pek çoğu halihazırda sağlık problemlerine sahip olan düşük gelirli toplumsal kitlelerin bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde daha şiddetli ve yıkıcıdır. Kronik hastalıklar, gelir düzeyi düşük ailelerde finansal yetersizlik ile birleşince, aileleri ve toplumları daha derin bir yoksulluğa maruz bırakır. Sağlık sistemlerinin yetersiz olduğu çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklar çifte hastalık yüküne sebebiyet vermektedir (53,54).

Kronik hastalıkların neden olduğu ekonomik kayıplara odaklanan araştırmalar literatürde mevcuttur. ABD’de yapılan bir araştırmada kronik kardiyovasküler hastalığa sahip kişilerin %10,4’ü yaptıkları harcamanın hanenin toplam gelirinin %20’sini aştığını belirtmiştir. Yine ABD’de yapılan iki farklı çalışmada, meme kanseri olan kişilerin hastalık nedeni yaptıkları bireysel harcamalarının yıllık gelirlerine oranları %9,7 ve %44 olarak bulunmuştur. Pakistan’da gerçekleştirilen bir çalışmada, meme kanseri hastalarının %70’i hastalık kaynaklı harcamalar nedeniyle mali sıkıntı yaşadığını bildirmiştir. Norveçli kanser hastası kadınlar arasında yapılan bir araştırmada; meme, akciğer, serviks, kolon kanserlerinin sebep olduğu gelir kayıpları sırasıyla %5,7, %21,1, %3,8, %6,2 olarak bulunmuştur. Başka bir araştırmada Çin’deki inme hastalarının, tanı aldıktan sonraki 3 ay içinde yaptıkları hastalık nedeni harcamaların, yıllık gelirlerinden %158 daha fazla olduğu saptanmıştır. Hindistan’da yapılan bir çalışmada, kanser hastalığı ile bulaşıcı hastalıklar arasında hastalık kaynaklı mali

kayıplar kıyaslanmıştır. Kanser hastalığında, bulaşıcı hastalıklara göre, aile kazancının %40' ını geçen harcama maliyetleri olarak tanımlanan yıkıcı harcama riski 2,7 kat ve yoksullaşma riski 2,3 kat daha yüksek bulunmuştur. Avustralya'da yapılan araştırmalarda KOAH bulunan hastaların %36-78'i hastalık kaynaklı harcamalar nedeniyle ekonomik sıkıntı çektiğini belirtmiştir. Yine Avusturalya'da gerçekleştirilen çalışmada, kronik böbrek hastalığına sahip bireylerin %57'si hastalığa bağlı harcamalar sebebiyle ekonomik sıkıntı hissettiğini bildirmiştir (53).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, kronik hastalıklara bağlı ekonomik maliyetler; kronik hastalık türüne, bölgelere ve ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ek olarak hastalıkla geçirilen yıllar ve hastalığın klinik şiddeti artış gösterdiğinde hastalık kaynaklı maddi kayıplar da yükselmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ekonomik kayıpların zamanla daha da artması beklenmektedir (53-55).

Kronik hastalıkların sosyal etkileri: Kronik hastalıklar, pek çok zaman sosyal sorunlara sebebiyet verebilmektedir (56,57). Hastaların sosyal sorunlar ile karşılaşma olasılıkları, kronik hastalıkla geçirilen yıllarla birlikte artış göstermektedir. Kronik hastalıklar, sadece hastaları değil hastaların çevrelerindeki kişileri de etkilemektedir. Kronik hastalıkların oluşturduğu sosyal etkiler; hastalığın cinsi ve seyri, hastanın kişiliği, eğitim seviyesi, aile yapısı, cinsiyeti, ikamet yeri gibi birçok değişkene bağlıdır. Kronik hastalıkların uzun seyri boyunca hastada oluşan maluliyet gibi durumlar; hastada öz saygıda azalmaya ve sosyal kimlik kaybına neden olabilmektedir (56).

Kronik hastalıklar, bireylerin günlük yaşamlarında ciddi etkiler bırakabilmektedir. Özellikle maluliyete sebebiyet veren kronik hastalıklar, bireyleri başka kişilere bağımlı halde yaşamaya itmektir. Maluliyet sonucunda bireyler, gelirdeki azalmaya bağlı olarak derin bir yoksulluk ile yüzleşebilmektedir. Bu durum, toplumda sosyal eşitsizliğin artışına neden olur. Kronik hastalık sırasında meydana gelen maluliyet, damgalanma, öz saygıda azalma, maddi yetersizlikler, uzun hastalık seyri gibi birçok faktör bireylerin sosyal ilişki kaybına ve de sosyal yalıtımına yol açabilir (56,58).

Kronik hastalıkların sosyal etkilerine odaklanan çalışmalar literatürde mevcuttur. Fibromiyalji hastalarında yapılan bir araştırmada; hastalar, hastalığın semptomları öngörülemediğinden herhangi bir sosyal aktivite planlayamadıklarını bunun sonucunda da arkadaş kaybına uğradıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcılar; aileleriyle yeterince ilgilenemediklerini, ev aktivitelerine katılamadıklarını ve cinsel ilişki sıklıklarında

azalma olduğunu beyan edip tüm bunların eşleriyle ilişkilerinde gerginliğe sebep olduğunu söylemişlerdir. Hastalar; hastalıklarından ötürü, sık sık iş değiştirdiklerini ve çalışma saatlerine tam uyum gösteremedikleri bildirmişlerdir. Hastalardan bazıları ise hastalık nedeniyle üniversite eğitimlerine devam edemediklerini beyan etmişlerdir (57,59). Almanya’da gerçekleştirilen bir araştırmada, multimorbidite durumunun sosyal dışlanma ve yalnızlığı arttırdığı tespit edilmiştir (60). Tüm bu örnekler, kronik hastalıkların; kişilerin sosyal hayatlarına ve diğer insanlarla ilişkilerine önemli tesirlerde bulunduklarını göstermektedir (56-58).

Kronik hastalıkların psikolojik etkileri: Kronik hastalıklar, hastada depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklara yol açabilirler. Kronik hastalığa sahip bireylerde meydana gelen psikolojik süreçler; hastaların yaşam kalitesinde düşüşe ve iyilik halinde bozulmaya sebep olur (55). Kronik hastalık etkisi sonucu oluşan komorbid psikiyatrik durumlar, mevcut hastalıkların prognozunu olumsuz etkilemektedirler (61).

Depresyon, pek çok kronik hastalığın en yaygın komorbiditelerindendir. Kronik hastalarda depresyon, genel topluma kıyasla anlamlı derecede daha yüksek sıklıkta görülür. Depresyon, kronik hastalıkların psikolojik yükünün en önemli bileşenidir. Genetik, sosyal ve psikolojik faktörler başta olmak üzere birçok faktör komorbid depresyon oluşumunda etkilidir (62).

Depresyon, eğer bireyde halihazırda mevcut olan kronik bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkarsa hasta üzerinde sinerjistik olumsuz bir etki yaratır. Eşlik eden depresyon, hastalarda zaten kronik hastalık nedeniyle düşük olan yaşam kalitesinin daha da düşmesine sebep olur. Pek çok kronik hastalıkta depresyon ile birliktelik, prognozun kötüleşmesine ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (62).

Literatürde kronik hastalıklara eşlik eden depresyonun nokta prevalanslarını gösteren çalışmalar mevcuttur. Diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada, tip 2 diyabet hastalarında eşlik eden majör depresyon prevalansı; kadınlarda %34, erkeklerde %23 olarak saptanmıştır (63). Tip 1 diyabet hastalarında yapılan başka bir araştırmada majör depresyon prevalansı %12 olarak bildirilmiştir (64). Multipl Sklerozlu bireylerde yapılan bir çalışmada majör depresyonun %21 düzeyinde bir prevalansa sahip olduğu belirtilmiştir (65). Epilepsi hastalarına odaklanan bir diğer çalışmada ise eşlik eden majör depresyon prevalansı %21,9 olarak saptanmıştır (66). Kansere veya hematolojik hastalığa sahip katılımcılar bulunduran bir çalışmada eşlik eden majör depresyon prevalansı %16,3 olarak bulunmuştur (67). Bu

değerler, DSÖ'ye göre genel popülasyondaki depresyon prevalansının %4,4 olduğu göz önüne alındığında kronik hastalığa sahip olanlarda genel popülasyona göre yüksek depresyon sıklığı olduğunu yüzümüze çarpmaktadır (68).

Kronik hastalıklarla birlikte görülme sıklığı artış gösteren bir diğer psikolojik bozukluk da anksiyete bozukluğudur. Anksiyete bozukluğu, DSÖ'ye göre genel popülasyonda %3,6 prevalansa sahip iken kronik hastalığı olan kişileri baz alan sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında anksiyete bozukluğu havuz prevalansı %29 olarak belirtilmiştir (68). Hindistan'da kronik hastalık bulunduran bireyler arasında yapılan bir başka araştırmada anksiyete bozukluğu prevalansı %19,1 olarak saptanmıştır (69). Bahreyn'de yapılan ve kronik hastalığa sahip 456 katılımcılı bir araştırmada, katılımcıların %12,1'inde hafif anksiyete, %7,5'inde ise orta-ağır anksiyete olduğu belirlenmiştir (70). Hindistan'da gerçekleştirilen, kronik hastalığı olan 311 katılımcılı başka bir çalışmada ise anksiyete bozukluğu prevalansının %12,5 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (71). ABD'de psoriasis hastalarında gerçekleştirilen bir araştırmada anksiyete bozukluğu prevalansı, kontrol grubunda %4,4, psoriasis olan katılımcıların olduğu grupta ise %6,9 düzeyinde saptanmıştır (72).

SAĞLIK ANKSİYETESİ

Sağlık Anksiyetesi Kavramı ve Epidemiyolojisi

Literatürde sağlık anksiyetesinin birçok tanımı mevcuttur. Sağlık anksiyetesi, fiziksel duyuların veya belirtilerin yanlış değerlendirilmesi neticesinde bireyin sağlığıyla ilişkili aşırı kaygı duymasıyla karakterize bir endişe bozukluğudur (73). Başka bir tanımda ise sağlık anksiyetesi, vücutsal duyuların veya farklılıkların önemli bir hastalığın belirtileri olduğuna dair bir inanç sonucunda oluşan özel bir kaygı çeşidi olarak tanımlanmıştır (74). Üçüncü bir tanıma göre sağlık anksiyetesi, kişide sağlığının tehlikede olduğuna dair güçlü bir inanış ile meydana gelen, kişinin fiziksel ve duygusal kaygı semptomlarını tetikleyen psikolojik bir tecrübedir (75). DSM-4, şiddetli sağlık anksiyetesine hipokondriyazis adını vermektedir (76). DSM-5'in yayımlanmasıyla birlikte hipokondriyazis tanısı, kişide bedeni semptomlar varsa "Bedensel Belirti Bozukluğu", kişide bedeni semptomlar yoksa "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" adını almıştır. Önceden hipokondriyazis tanısı almış bireylerin aşağı yukarı %75'inin "Bedensel Belirti Bozukluğu" tanısında ve geri kalan %25'inin "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" tanısında toplandığı düşünülmektedir (77).

Sağlık anksiyetesinin prevalansını belirleyen pek çok çalışma literatürde bulunmaktadır. 2007 senesinde Avustralya’da gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık anksiyetesinin yaşam boyu prevalansı %5,7, nokta prevalansı ise %3,4 olarak bildirilmiştir (78). Yapılan bir derlemede, genel popülasyonu baz alan araştırmalarda sağlık anksiyetesi prevalansının %2,1 ile %13,1 arasında değiştiği belirtilmiştir (79). Kanada’da diyabetli kişilerden oluşan örnekleme gerçekleştirilen bir araştırmada, sağlık anksiyetesi prevalansı %24,1 olarak saptanmıştır (80). Sağlık anksiyetesi prevalansının zamanla artış gösterdiğini belirleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Birleşik Krallık’ta poliklinik başvurusunda bulunan hastalar düzeyinde gerçekleştirilen bir araştırmada, sağlık anksiyetesinin yaygınlığı, 2006 ile 2008 seneleri arasında %14,9 saptanmış iken 2008 ile 2010 seneleri arasında %19,9 olarak belirlenmiştir (81). İngiltere’de gerçekleştirilen ve hastanelerdeki beş tıbbi branşa başvuran hastaları içeren bir çalışmada, nöroloji branşına başvuran hastaların %24,7’sinde, göğüs hastalıkları branşına başvuran hastaların %20,8’ inde, gastroenteroloji branşına başvuran hastaların %19,4’ünde, kardiyoloji branşına başvuran hastaların %19,1’inde, endokrinoloji branşına başvuran hastaların %17,4’ünde anormal derecede yüksek sağlık anksiyetesi seviyeleri saptanmıştır (82).

Sağlık Anksiyetesinin Oluşumunda Etkili Olan Faktörler

Literatür incelendiğinde sağlık anksiyetesi açısından risk oluşturan değişkenlerin mevcudiyeti görülmektedir. Avustralya’da gerçekleştirilen bir çalışmada, orta yaş grubundaki kişilerde, genç ve yaşlı kişilere göre sağlık anksiyetesi oluşma riski daha yüksek bulunmuştur (78). Bazı çalışmalarda, sağlık anksiyetesi sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde fark bildirilmemiştir (83,84). Sağlık anksiyetesinin kadın cinsiyete sahip bireylerde erkeklere oranla daha sık görüldüğünü belirten araştırmalar da bulunmaktadır (85,86). Yine yapılan araştırmalarda, ek psikiyatrik hastalık ve/veya başka bir kronik hastalık tanısı olan kişilerde, olmayan kişilere göre sağlık anksiyetesi bozukluğu sıklığının yüksek olduğu gözlenmiştir (85,87). Gerçekleştirilen çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma durumu, sağlık anksiyetesi oluşumu açısından bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (85,88). İşsizliğin, sağlık anksiyetesi oluşumundaki risk faktörlerinden biri olduğu birçok araştırmada kanıtlanmıştır (78,89). Eğitim düzeyinin sağlık anksiyetesi sıklığına etkisi hakkında ortak bir sonuç mevcut değildir. Bir araştırmaya göre eğitim düzeyindeki yükseklik, sağlık anksiyetesi sıklığının yüksekliği ile birliktelik gösterirken başka bir çalışmada sağlık anksiyetesi sıklığı, eğitim düzeyi düşük kişilerde daha yüksek olarak tespit edilmiştir (85,90).

Sağlık anksiyetesinin etiyolojisine yönelik bir çalışmada, çevresel faktörlerin sağlık anksiyetesi gelişiminde daha baskın etki gösterdiği ifade edilmekle birlikte genetik faktörlerin de hastalığın gelişimine zemin hazırladığı gösterilmiştir (91). Buna bağlı olarak ebeveynlerde sağlık anksiyetesi mevcudiyeti, çocukta yaşamın herhangi bir döneminde sağlık anksiyetesi gelişimi açısından risk etmenidir (92). Özgeçmişte yatış gerektiren şiddetli bir hastalık ve istismar öyküleri de kişilerde sağlık anksiyetesi oluşumunda rol almaktadır (93). Kişilerin sağlık bilgisi elde etmek için internette araştırma yapmaları ve medyanın hastalık konulu haberleri, kişilerde sağlık anksiyetesi düzeylerinin yükselmesine yol açmaktadır (94). Başka insanların çektikleri acılara tanıklık etmek de sağlık anksiyetesinde artışa sebebiyet verebilmektedir (95).

Sağlık Anksiyetesinin Kliniği

Sağlık anksiyetesi; her yaş grubunda görülebilen ancak en sık başlangıç yaşı erken erişkinlik çağı olan, dalgalanan semptomlar ile karakterize, kronik, psikolojik bir bozukluktur. Sağlık anksiyetesi; bireyde sıkıntı yaratan hisler ve düşünceler ile bunlara yönelik fizyolojik reaksiyon sonucunda oluşur. Sağlık anksiyetesinin bireyler üzerindeki etkisi değişkenlik gösterir. Zayıf şiddette ve kısa süreli bir etkiye sahip olabildiği gibi kalıcı ve çok şiddetli bir etki de gösterebilir (74,96,97).

Sağlık anksiyetesi kliniğinde üç önemli alan vardır:

Birinci alan, bireyin hasta olduğuna dair inancıdır. Sağlık anksiyetesi bulunan bireylerde, hastalık inancı çok güçlüdür ve kalıcı olarak baskılanamaz. Hastalığa yönelik yapılan fizik muayenenin, laboratuvar ve tanı testlerinin hastalık olmadığını göstermesi durumunda dahi bireyin hastalık inancı eksilmez (98).

İkinci alan, bireyde hastalık korkusu mevcudiyetidir. Birey, en ufak bir hasta olma ihtimali olduğu gerçeğiyle karşı karşıya kaldığında önemli bir hastalığa yakalanma kaygısı ve sıkıntısı taşır (98).

Üçüncü alan ise bireyin vücutsal duyarlılığı ve meşguliyetidir. Birey, vücudundaki değişimlere karşı aşırı duyarlılık ve rahatsızlık halindedir. Birey, vücudunda olan en ufak değişimlere bile dikkatli yaklaşır ve bunları kötüye yorar (98).

Şiddetli sağlık anksiyetesi bulunduran hastalar; bedenini sürekli kontrolü, tıbbi güvence arayışı, tıbbi bilgilerin internette aranması davranışlarıyla sağlık anksiyetesine bağlı gelişen sıkıntı ve rahatsızlık ile başa çıkmaya çalışırlar. Hastaların bu davranışları sonucunda oluşan sağlık kaygısındaki azalma kısa sürelidir ve kaygının geri dönüşü hızlıdır. Hastaların pek çoğu

vücutsal duyumları arttıran yerlerden veya etkinliklerden uzak durmaya özen gösterirler. Şiddetli sağlık anksiyetesine sahip bireyler, gerçek bir tıbbi endikasyon bulunmaksızın çok sık hastane başvurusunda bulunurlar. Kişilerin içinde bulundukları sürekli yardım arama tavırları; kişilerin yaşam kalitesinde azalmaya ve ülkede sağlık için ayrılan bütçenin boşa harcanmasına sebebiyet verir (73,96,97).

Sağlık Anksiyetesinin Önemi ve Yaşama Etkileri

Sağlık anksiyetesi, kişi ve toplum düzeyinde önemli bir yük sebebidir. Şiddetli sağlık anksiyetesinin; iyilik hali, yaşam kalitesi, mesleki ve sosyal fonksiyonlar ile sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerinde ciddi olumsuz tesirlerinin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (76,99,100).

Şiddetli sağlık kaygısı, maluliyet ile sonuçlanabilecek bir durumdur. Norveç'te yapılan bir çalışmada, sağlık kaygısının depresyon ile kıyaslanabilecek düzeyde maluliyete sebep olduğu tespit edilmiştir. Avustralya'da yapılan başka bir çalışmada ise sağlık anksiyetesi olan kişilerin, sağlık anksiyetesi olmayan kişilere göre daha yüksek sıkıntı hissine, günlük ve mesleki işlevsellikte kayba, aile hekimleri ile psikiyatri uzmanlarına daha sık başvuru miktarına sahip oldukları görülmüştür. Aynı zamanda sağlık anksiyetesi hastalarının işlerine gidemedikleri gün sayısının; hasta olmayan kişilere ve başka hastalığa sahip olup ayaktan tedavi alan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (76,101). 2007 senesinde Avustralya'da gerçekleştirilen bir araştırmada, sağlık anksiyetesine sahip katılımcıların genel popülasyonun dört katı olmak üzere bir ayda ortalama olarak sekiz gün işlerine gidemedikleri bildirilmiştir (78).

Sağlık anksiyetesi; doğrudan ve dolaylı olarak mali kayıplara sebebiyet vermektedir. Doğrudan maliyetler; doktora başvuru sonrası oluşan araştırma, tetkik ve ilaç giderleri, ulaşım giderleri, personel masrafları, idari masraflar ile hastanın cebinden ödemek durumunda kaldığı tedavi ücretlerini içinde bulundurur. Dolaylı maliyetler ise iş gücü kaybı, iş yerinde verimlilik kaybı ve bunlara bağlı maaş kaybını ifade eder. Doğrudan ve dolaylı maliyetlerin toplamı, toplam maliyeti vermektedir. Danimarka'da sağlık anksiyetesinin toplam maliyetine odaklanan çalışmalarda, yıllık toplam maliyetlerin hasta başına 857,19 ABD doları ile 2956,62 ABD doları arasında değiştiği bulunmuştur (102). Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen üç araştırmada, hasta başına düşen senelik giderlerin 1294,95 ila 7088,98 ABD doları arasında olduğu belirlenmiştir (103-105).

Sağlık anksiyetesi, etkilediği bireylerde yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde azalmaya sebep olmaktadır. Yapılan bir araştırmada sağlık anksiyetesi ile düşük yaşam kalitesi arasında orta seviyede anlamlı ilişki bulunmuştur (106). Birleşik Krallık'ta gerçekleştirilen, örnekleme sağlık anksiyetesi hastalarından oluşan bir çalışmada; sağlık anksiyetesi nedenli yüksek maliyetin, düşük sosyal fonksiyon ve düşük yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir (107).

YAŞAM KALİTESİ

Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi, içerisinde fiziksel ve psikolojik boyutlar başta olmak üzere pek çok bileşen bulunduran karmaşık bir kavramdır (108). Araştırmacılar, yaşam kalitesi kavramını tanımlama konusunda zorlanmışlardır. Bunun nedeni, yaşam kalitesinin farklı konuları kapsayan geniş bir yelpazeye sahip olmasıdır. Bu yüzden yaşam kalitesinin pek çok farklı tanımı yapılmıştır (109). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi: "Kişilerin parçası oldukları kültürleri ve değerleri bağlamında, gayeleri, ümitleri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak hayattaki yerlerine dair algıları" dır (110). Başka bir kaynağa göre yaşam kalitesi, insanların içinde yaşadıkları şartlar nedeniyle oluşan tecrübeleri sonucunda kazandıkları doyum ve refah durumudur (111). Yaşam kalitesi, değişken bir kavramdır. İnsanlar için yaşam kalitesinin anlamı hem toplumu oluşturan bireyler arasında hem de bireylerin kendi içlerinde zamanla farklılaşma göstermektedir. Ek olarak yaşam kalitesi, bir taraftan toplumun bireylere olan etkisini diğer taraftan bireysel düşünce ve idrakleri gösterir (108). Yaşam kalitesi kavramı, özellikle 1990'lı senelerle birlikte literatürde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (112).

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi, bireyin kendi hayatındaki işlevselliğinin iyilik durumuna ve sağlığının fiziki, zihni ve sosyal boyutlarında algıladığı refah haline verilen isimdir (113). Başka bir kaynağa göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık halinden duyduğu memnuniyeti ve duygusal tepkisini ihtiva eden bir kavramdır (114). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; hastalık, travma ve tedaviden etkilenen; işlevsellik durumu, imkanlar, algılar ve bozukluklar etkisiyle değiştirilen ömür süresine atfedilen değer göstergesidir (115).

Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktörün varlığı yapılmış çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bireylerin yaşam kalitelerine etkide bulunan demografik faktörler

incelendiğinde; ileri yaş ve kadın cinsiyetin düşük yaşam kalitesi için risk faktörü olarak saptandığı çok sayıda çalışma göze çarpmaktadır (116-118). Kadın cinsiyete sahip olma durumu, genellikle düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilse de HIV bulunduran hastalarda gerçekleştirilen bir çalışmada kadın cinsiyet ile yüksek yaşam kalitesi bağlantılı olarak bulunmuştur (119). Medeni durumun yaşam kalitesine etkisini ölçen araştırmalarda; bekar, dul ve boşanmış kişilerin evli olan kişilere göre daha düşük yaşam kalitesi düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir (116,120). Yaşanılan evdeki kişi sayısına bakıldığında; evde tek başına yaşayan bireylerin, evde ailesiyle birlikte yaşayan bireylere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları yapılan bir çalışmada belirlenmiştir (121). Bireylerin eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri de yaşam kalitesinde etkili olan önemli etmenler arasında yer almaktadır. Düşük sosyoekonomik düzeyin ve düşük eğitim düzeyinin, bireylerin yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu yapılan araştırmalarda saptanmıştır (116,122).

Çeşitli bağımlılıklar da bireylerin yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Özellikle sigara ve alkol kullanım bağımlılıkları bireylerin yaşam kalitelerinde değişikliklere sebebiyet verebilmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda sigara kullanan bireylerin yaşam kaliteleri, sigara kullanmayan bireylerin yaşam kalitelerine oranla anlamlı derecede düşük seviyede saptanmıştır (121,123). Brezilya'nın Sao Paulo kentinde yapılan bir araştırmada ise sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (124). Alkol kullanımının yaşam kalitesine tesiri hususunda literatürde fikir birliği mevcut değildir. Alkol kullanımı, bazı çalışmalarda yüksek yaşam kalitesi bazılarında ise düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (125,126). Literatürde alkol kullanım alışkanlığının yaşam kalitesini etkilemediğini belirten araştırmalar da mevcuttur (121).

Yapılan çalışmalar bireylerin fiziksel aktivite durumunun da yaşam kalitesine etki ettiğini göstermiştir. Sırbistan'da yapılan bir araştırmada düzenli fiziksel aktivite, yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (121). Ek olarak fiziksel inaktivite sonrası gelişebilecek yüksek vücut kitle indeksi de yapılan araştırmalarda düşük yaşam kalitesi seviyeleri ile bağlantılı bulunmuştur (121,124).

Kronik hastalık ve/veya bedensel bozukluk sahibi olma durumları, literatürdeki araştırmalarda düşük yaşam kalitesi düzeyi açısından risk faktörü olarak saptanmıştır (127,128).

Psikososyal faktörler, bireylerin yaşam kalitelerine doğrudan ve dolaylı olarak etki gösterebilirler. Bireylerdeki yüksek özgüven, yüksek öz saygı, mücadeleci kişilik, güçlü karar verme yeteneği ve öz yeterlilik yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Yine aile içi ve

arkadaşlar arası sağlıklı ilişkiler, yüksek yaşam kalitesi ile bağlantılı bulunmuştur. Sürekli kaygılı olma durumu ile umutsuzluk düşünceleri ise yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler göstermektedir (116).

Yaşam Kalitesi ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisi

Mevcut literatür tarandığında pek çok çalışmada yaşam kalitesi ve sağlık anksiyetesi kavramları arasında bir ilişki olduğu belgelenmiştir (129). COVID-19'un sağlık çalışanlarında yarattığı sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen ve Mısır'da gerçekleştirilen bir araştırmada sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon saptanmıştır (130). Almanya'da yapılan başka bir çalışmada da, yüksek sağlık anksiyetesine sahip bireyler, düşük sağlık ile ilgili yaşam kalitesi düzeyleri belirtmişlerdir (131). ABD'deki üniversite öğrencilerinin örneklemini oluşturduğu bir araştırmada, yüksek sağlık anksiyetesinin düşük yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (129).

Kendi ülkemizde de yaşam kalitesi ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin tespitine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmaların bir bölümünde yaşam kalitesi düzeyleri ile sağlık anksiyetesi düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (132,133). Bazı çalışmalarda ise sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (134,135).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezlerine başvuran kronik hastalığı olan erişkinlerde gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada; kronik hastalıkların, sosyodemografik ve sağııkla ilişkili değişkenlerin sağıık anksiyetesi ile yaşam kalitesine tesirlerinin irdelenmesi buna ek olarak da sağıık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışma; tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini, Edirne il merkezinde aktif olarak genel halka hizmet veren 58 aile hekimliğı birimine başvuran kronik hastalığı olan erişkinler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'ndan alınan verilere göre Edirne il merkezindeki erişkin nüfusu Aralık 2022 itibariyle 154229 kişidir. Türkiye Cumhuriyeti'nde ve Edirne il merkezinde 18 yaş ve üzeri erişkinlerde en az bir kronik hastalık sahibi olma prevalansı literatürde mevcut değildir. Bu yüzden prevalans %50 olarak kabul edilip güven aralığı %95 ve hata payı %5 alındığında örneklem büyüklüğü en az 384 kişi olarak saptanmıştır. Çalışma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun etik kurul onayı (Ek-1) ve Edirne İl Sağıık Müdürlüğü Halk Sağıığı Hizmetleri Başkanlığı'nın izni (Ek-2) alındıktan sonra 15 Mart 2023 ile 30 Eylül 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 404 kişi katılmıştır. Katılımcılardan sözlü onamlar alınmış ve anketler yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır.

Tanı konulmuş en az bir kronik hastalık sahibi olmak, 18 yaş ve üzeri olmak, Edirne il merkezindeki aile hekimliğı birimlerine kayıtlı olmak ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir. İletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir sağıık problemine sahip olmak, DSM-V kriterlerine göre “Bedensel Belirti

Bozukluğu” veya “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” tanılarında birine sahip olmak ise çalışmadan dışlanma kriterleri olarak belirlenmiştir.

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek-3) aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu; katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık kategorilerini, sosyodemografik değişkenleri ve sağlık ile ilişkili değişkenleri sorgulayan 22 adet soruya ek olarak Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden meydana gelmektedir. Anketteki toplam soru sayısı 52’dir.

SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ya da diğer adıyla Sağlık Anksiyetesi Envanteri, sağlık anksiyetesinin değerlendirilebilmesi gayesiyle Salkovskis ve ark. (136) tarafından oluşturulmuştur. SAÖ, bir öz bildirim ölçeği olup 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 14 maddesi hastaların ruh hallerini irdeleyen sıralı dört şıklı cevaplar ihtiva eden ifadelerden meydana gelmektedir. Kalan 4 madde ise hastalardan ciddi bir hastalık bulundurdıkları varsayıldığında ruh hallerinin nasıl olacağına dair fikir yürütmelerini istemekte ve sıralı dört şıklı cevaplar ihtiva eden ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 14 maddesi, ölçeğin gövde alt boyutu olan “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı” alt boyutunu oluştururken kalan 4 maddesi ise ölçeğin ek alt boyutu olan “Hastalığın Olumsuz Sonuçları” alt boyutunu meydana getirmektedir. Ölçeğin puanlaması her bir madde için 0 ile 3 puan arasındadır. Yüksek puan, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 54’tür. SAÖ’nün Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (137).

SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin fiziksel ve psikolojik sağlık durumundan etkilenmesi muhtemel yaşam alanlarındaki iyilik halini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (138). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerden biri, Ware ve ark. (139) tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’dir. Ware ve ark. (140), bir süre sonra SF-36’nın daha kolay ve daha hızlı uygulanabilen formunu oluşturmaya çalışmışlar ve soru sayısını azaltarak SF-36 ile aynı alt boyutları bulunduran SF-12’yi meydana getirmişlerdir. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, on iki ifade bulundurmaktadır. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, ağırlıklandırılarak Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ) puanı ve Mental Bileşen Özet (MBÖ) puanı şeklinde puanlanabilmektedir. Bu puanlamada, hastaların verdikleri yanıtlar için

fiziksel ve mental ağırlık değerleri ayrı ayrı toplanmaktadır. 12 ifade için bulunan fiziksel ağırlık toplamına 56,57706 eklenerek FBÖ puanı; 12 ifade için bulunan mental ağırlık toplamına 60,75781 eklenerek MBÖ puanı hesaplanmaktadır (141). Yüksek puan daha iyi bir sağlık durumunu ve daha iyi bir yaşam kalitesini göstermektedir (142). Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır (143-147).

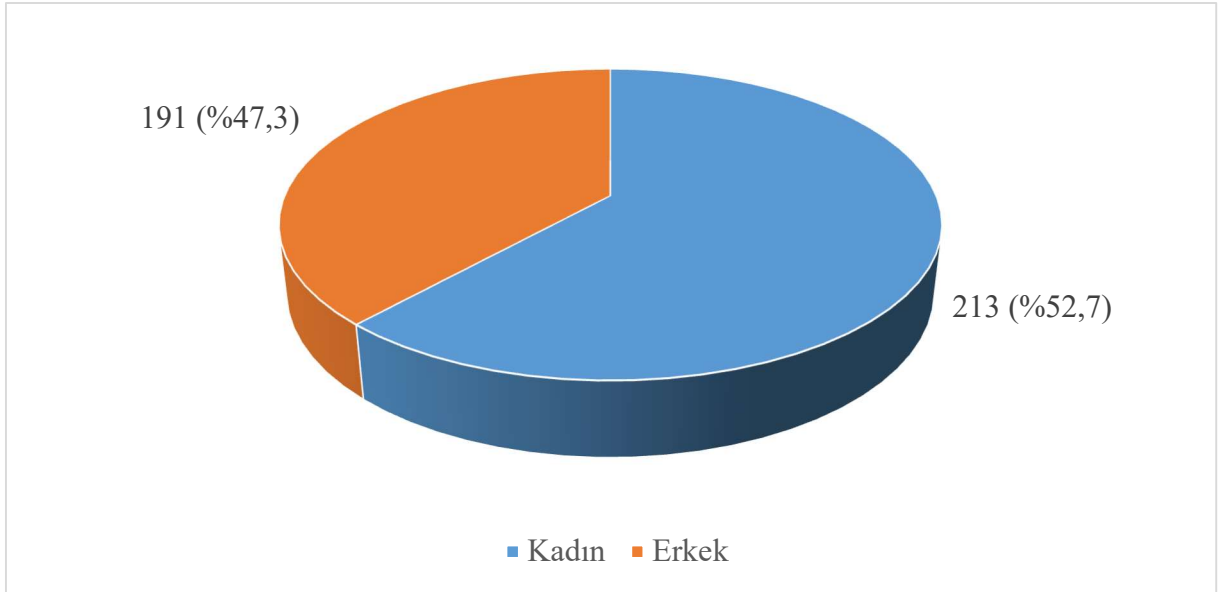
İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Elde edilen veriler, SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Aynı zamanda verilerin dağılımının incelenmesinde görsel (histogram ve olasılık grafikleri), analitik (çarpıklık basıklık değerleri) yöntemler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edildi. Normal dağılıma uymayan bağımsız iki grup için Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testi uygulandı. Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda alt gruplar arasındaki ikili incelemeler Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile yapıldı. Sağlık anksiyetesi ve yaşam kalitesi değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışma grubunu oluşturan hastaların yaşları, 19-83 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması $\pm$ standart sapması, $48,06 \pm 15,80$ olarak saptandı. Hastaların 213'ü (%52,7) kadın, 191'i (%47,3) erkek cinsiyete sahipti. Çalışma grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Şekil 1'de gösterildi.



Şekil 1. Çalışma grubunu oluşturan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı.

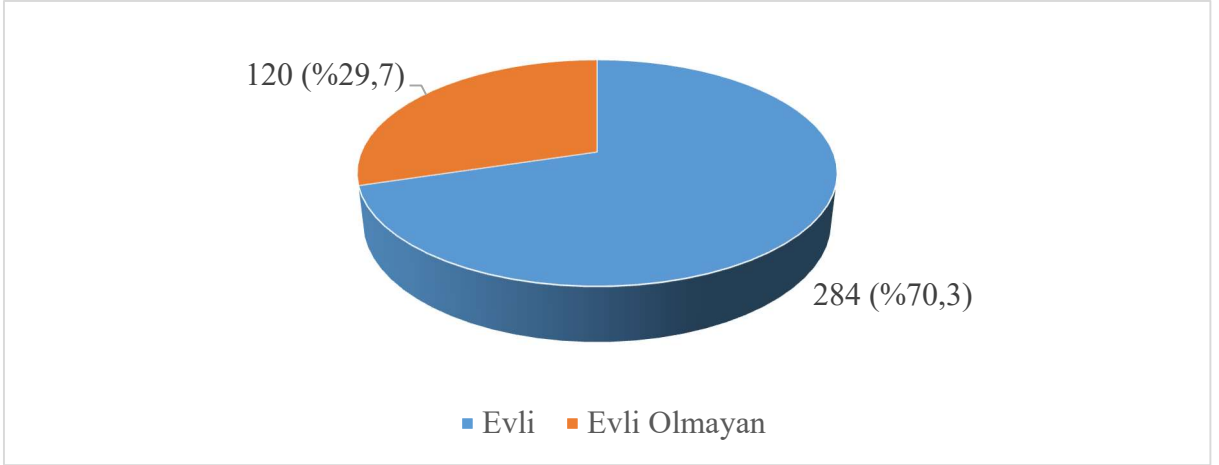
Hastaların 103'ü (%25,5) 18-34 yaş, 108'i (%26,7) 35-49 yaş, 118'i (%29,2) 50-64 yaş, 75'i (%18,6) 65 yaş ve üstü grubunda yer almaktadır. Çalışma grubundaki hastaların yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. Çalışma grubundaki hastaların yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet		Toplam n (%) ^b
	Kadın n (%) ^a	Erkek n (%) ^a	
18-34	59 (57,3)	44 (42,7)	103 (25,5)
35-49	59 (54,6)	49 (45,4)	108 (26,7)
50-64	61 (51,7)	57 (48,3)	118 (29,2)
65 ve üstü	34 (45,3)	41 (54,7)	75 (18,6)
Toplam	213 (52,7)	191 (47,3)	404 (100,0)

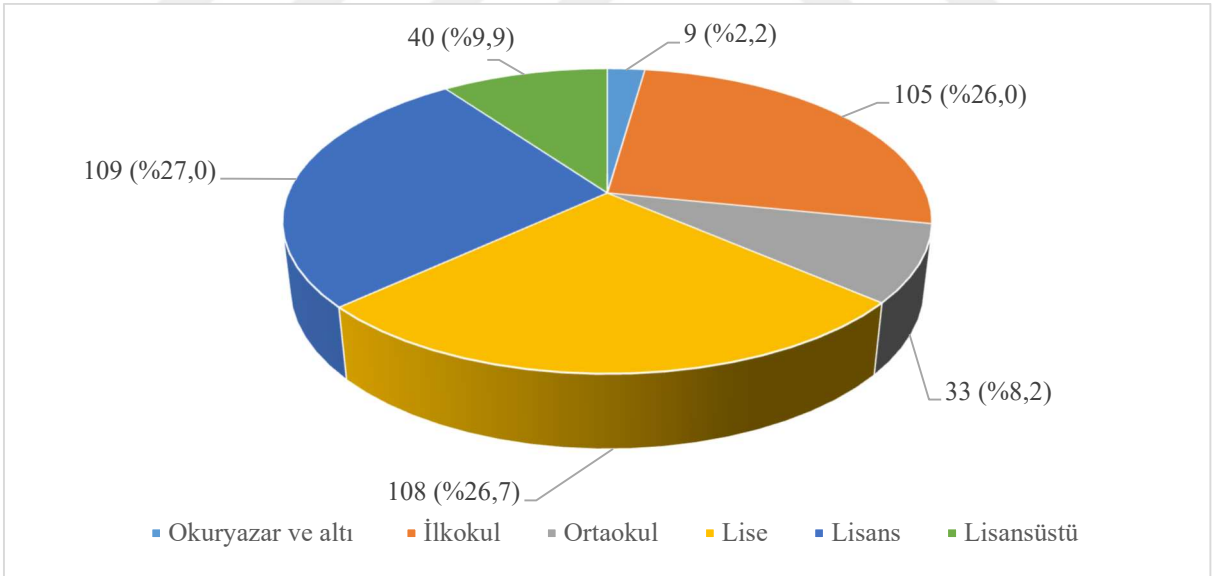
^aSatır yüzdesi, ^bSütun yüzdesi

Çalışma grubunu oluşturan hastaların medeni durumları incelendiğinde; hastaların 284'ünün (%70,3) evli olduğu, 120'sinin (%29,7) evli olmadığı tespit edildi. Katılımcılardan boşanmış olanlar ve dul olanlar sayıca az olduklarından dolayı sağlıklı bir inceleme yapılabilmesi için bekarlar ile birleştirildi. Bu üç grubun birleşimi, evli olmayanlar şeklinde adlandırıldı. Çalışma grubundaki hastaların medeni durumlarına göre dağılımı Şekil 2'de gösterildi.



Şekil 2. Çalışma grubundaki hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.

Çalışma grubundaki hastaların eğitim seviyesi incelendiğinde; hastaların 109'unun (%27,0) lisans, 108'inin (%26,7) lise, 105'inin (%26,0) ilkokul, 40'ının (%9,9) lisansüstü, 33'ünün (%8,2) ortaokul, 9'unun (%2,2) ise okuryazar ve altı öğrenim düzeyine sahip olduğu saptandı. Çalışma grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı Şekil 3'te gösterildi.



Şekil 3. Çalışma grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı.

Mesleksel dağılım incelendiğinde; çalışma grubundaki hastaların 73'ünün (%18,1) işçi, 96'sının (%23,8) memur, 101'inin (%25,0) emekli, 110'unun (%27,2) çalışmıyor, 24'ünün de (%5,9) diğer meslek şıklarını işaretlediği saptandı. Diğer meslek grubu; kendi

işinin sahibi olan çiftçi, zanaatkar, tüccar ve iş yeri sahiplerinden oluşmaktaydı. Çalışma grubundaki hastaların mesleklere göre dağılımı Tablo 2’de gösterildi.

Tablo 2. Hastaların mesleklere göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek		
İşçi	73	18,1
Memur	96	23,8
Emekli	101	25,0
Çalışmıyor	110	27,2
Diğer (Çiftçi, iş yeri sahibi vb.)	24	5,9
Toplam	404	100,0

Çalışma grubunda yer alan hastaların 118’i (%29,2) çocuğunun olmadığını, 286’sı (%70,8) çocuğunun olduğunu bildirdi. Hastaların yaşadıkları hanelerdeki kişi sayısına göre dağılımları incelendiğinde; hastaların 52’si (%12,9) tek başına, 324’ü (%80,2) 2-4 kişilik hanede, 28’i (%6,9) ise 5-9 kişilik hanede yaşadığını bildirdi. Çalışma grubundaki hastaların çocuk sahibi olma durumu ve hanede yaşayan kişi sayısına göre dağılımı Tablo 3’te verildi.

Tablo 3. Hastaların çocuk sahibi olma durumu ve hanede yaşayan kişi sayısına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk sahibi olma durumu		
Hayır	118	29,2
Evet	286	70,8
Hanedeki kişi sayısı		
1 kişi	52	12,9
2-4 kişi	324	80,2
5-9 kişi	28	6,9
Toplam	404	100,0

Çalışmaya katılan hastaların gelir durumları incelendiğinde; hastaların 84'ünün gelir giderden fazla, 214'ünün (%53,0) gelir gidere eşit, 106'sının (%26,2) gelir giderden az şikkını işaretlediği belirlendi. Çalışma grubundaki hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı Tablo 4'te verildi.

Tablo 4. Hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir düzeyi		
Gelir giderden fazla	84	20,8
Gelir gidere eşit	214	53,0
Gelir giderden az	106	26,2
Toplam	404	100,0

Çalışma grubundaki hastalar, Vücut Kitle İndeksi'ne (VKİ) göre gruplandığında; hastalardan 3'ü (%0,7) zayıf ($VKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$), 114'ü (%28,3) normal kilolu ($18.5 \text{ kg/m}^2 \leq VKİ \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$), 146'sı (%36,1) fazla kilolu ($25 \text{ kg/m}^2 \leq VKİ \leq 29,9 \text{ kg/m}^2$), 129'u (%31,9) obez ($30 \text{ kg/m}^2 \leq VKİ \leq 39,9 \text{ kg/m}^2$), 12'si (%3,0) morbid obez ($VKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$) olarak değerlendirildi. Çalışma grubundaki hastaların VKİ'ye göre dağılımı Tablo 5'te verildi.

Tablo 5. Hastaların Vücut Kitle İndeksi'ne göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
VKİ		
Zayıf	3	0,7
Normal	114	28,3
Fazla kilolu	146	36,1
Obez	129	31,9
Morbid obez	12	3,0
Toplam	404	100,0

Çalışma grubunda yer alan hastaların 210'u (%52,0) sigara kullanmadığını, 117'si (%29,0) sigara kullandığını, 77'si (%19,0) sigara kullanmayı bıraktığını bildirdi. Hastaların 342'si (%84,6) alkol kullanmadığını, 56'sı (%13,9) alkol kullandığını, 6'sı (%1,5) alkol

kullanmayı bıraktığını bildirdi. Çalışma grubundaki hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı Tablo 6’da verildi.

Tablo 6. Çalışma grubundaki hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı		
Hayır	210	52,0
Evet	117	29,0
Bıraktım	77	19,0
Alkol kullanımı		
Hayır	342	84,6
Evet	56	13,9
Bıraktım	6	1,5
Toplam	404	100,0

Hastaların 167’si (%41,3) bir tane, 237’si (%58,7) birden fazla kronik hastalığa sahip idi. Hastaların 81’i (%20,0) düzenli olarak ilaç kullanmadığını beyan ederken, 323’ü (%80,0) düzenli olarak ilaç kullandığını belirtti.

Son bir sene içerisinde hastaların 60’ının (%14,9) 2 veya daha az, 142’sinin (%35,1) 3-5 kez, 94’ünün (%23,3) 6-8 kez, 108’inin (%26,7) 9 veya daha fazla sağlık kurumu başvurusu olduğu tespit edildi.

Hastaların 118’i (%29,2) hastane yatışı olmadığını, 57’si (%14,1) en son hastane yatışının son 1 sene içerisinde olduğunu, 83’ü (%20,5) en son hastane yatışının 1-4 yıl önce olduğunu, 59’u (%14,6) en son hastane yatışının 5-10 yıl önce olduğunu, 87’si (%21,6) en son hastane yatışının 10 yıldan uzun süre önce olduğunu bildirdi.

Hastaların 156’sı (%38,6) daha önce hiç ameliyat olmadığını belirtirken ameliyat olanların 37’si (%9,2) ise en son ameliyatı son 1 sene içerisinde olduğunu, 47’si (%11,6) en son ameliyatı 1-4 yıl önce olduğunu, 61’i (%15,1) en son ameliyatı 5-10 yıl önce olduğunu, 103’ü (%25,5) en son ameliyatı 10 yıldan uzun süre önce olduğunu bildirdi.

Katılımcıların 178’i (%44,1) ciddi bir hastalığı olan yakını olmadığını, 226’sı (%55,9) ciddi bir hastalığı olan yakını olduğunu bildirdi. Çalışmaya katılan hastaların 357’si (%88,4)

evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olmadığını, 47'si (%11,6) evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olduğunu bildirdi.

Hastalardan beşinin sağlık güvencesi yoktu. Hastalardan sağlık güvencesi olmayan kişi sayısı çok az olduğu için sağlık güvencesi olma durumu, karşılaştırmalı istatistiklere dahil edilmedi.

Hastaların sağlık ile ilişkili değişkenlere göre dağılımı Tablo 7'de verildi.

Tablo 7. Çalışma grubunda yer alan hastaların sağlık ile ilişkili değişkenlere göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sahip olunan kronik hastalık sayısı		
Bir	167	41,3
Birden fazla	237	58,7
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Hayır	81	20,0
Evet	323	80,0
Sağlık kurumlarına başvuru sayısı (Son bir yıl içerisinde)		
2 veya daha az	60	14,9
3-5 kez	142	35,1
6-8 kez	94	23,3
9 veya daha fazla	108	26,7
Hastanede yatarak tedavi görme durumu (En son)		
Hayır	118	29,2
Evet, son 1 yıl içerisinde	57	14,1
Evet, 1-4 yıl önce	83	20,5
Evet, 5-10 yıl önce	59	14,6
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	87	21,6
Ameliyat olma durumu (En son)		
Hayır	156	38,6
Evet, son 1 yıl içerisinde	37	9,2
Evet, 1-4 yıl önce	47	11,6
Evet, 5-10 yıl önce	61	15,1
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	103	25,5

Tablo 7. (Devam) Çalışma grubunda yer alan hastaların sağlık ile ilişkili değişkenlere göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu		
Hayır	178	44,1
Evet	226	55,9
Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu		
Hayır	357	88,4
Evet	47	11,6
Sağlık güvencesi olma durumu		
Hayır	5	1,2
Evet	399	98,8

Çalışma grubunda yer alan hastalarda, %42,1 prevalans (170 kişi) ile hipertansiyon en sık görülen hastalık olup onu sırası ile %22,0 prevalans (89 kişi) ile dislipidemi, %21,3 prevalans (86 kişi) ile diyabetes mellitus takip etmekte idi. Çalışma grubunda gözlenen hastalıkların bulundukları kişi sayılarına göre dağılımı Tablo 8’de verildi.

Tablo 8. Çalışma grubunda gözlenen hastalıkların bulundukları kişi sayılarına göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Yok N / (%)	Var N / (%)
Hipertansiyon	234 (57,9)	170 (42,1)
Dislipidemi	315 (78,0)	89 (22,0)
Diyabetes Mellitus	318 (78,7)	86 (21,3)
Kardiyovasküler Hastalıklar	324 (80,2)	80 (19,8)
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	324 (80,2)	80 (19,8)
Solunum Sistemi Hastalıkları	333 (82,4)	71 (17,6)
Tiroid Hastalıkları	338 (83,7)	66 (16,3)
Gastrointestinal Sistem (GİS) Hastalıkları	355 (87,9)	49 (12,1)
Ruh ve Sinir Hastalıkları	366 (90,6)	38 (9,4)
Üriner Sistem Hastalıkları	368 (91,1)	36 (8,9)
Nörolojik Hastalıklar	372 (92,1)	32 (7,9)

Tablo 8. (Devam) Çalışma grubunda gözlenen hastalıkların bulundukları kişi sayılarına göre dağılımı

Kronik Hastalıklar	Yok N / (%)	Var N / (%)
Hematolojik Hastalıklar	375 (92,8)	29 (7,2)
Kanser	385 (95,3)	19 (4,7)
Dermatolojik Hastalıklar	386 (95,5)	18 (4,5)
Romatizmal Hastalıklar	388 (96,0)	16 (4,0)
Hepatobiliyer Hastalıklar	388 (96,0)	16 (4,0)
Kulak Burun Boğaz (KBB) Hastalıkları	395 (97,8)	9 (2,2)
Diğer Endokrin Hastalıklar	400 (99,0)	4 (1,0)

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ne İlişkin Karşılaştırmalı İstatistikler

Hastaların SAÖ toplam puanlarının ortalaması $\pm$ standart sapması, $15,78 \pm 7,76$ olup medyanı 15,00'di. Alınan en düşük puan 1,00 iken en yüksek puan 52,00 idi.

Bağımsız iki alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların SAÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Kadın hastalar, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına sahip olarak bulundu.

Evli Olmayanlar, evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına sahip olarak saptandı.

Çocuk sahibi olmayanların, çocuk sahibi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanı aldıkları saptandı.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların SAÖ toplam puanları arasındaki farklılıklar Kruskal Wallis testi ile incelendiğinde, alt gruplar arasında SAÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir fark saptanmadı.

Çalışma grubundaki hastaların SAÖ toplam puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi Tablo 9'da verildi.

Tablo 9. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği		Test Değeri p
	Toplam Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Yaş (yıl)			
18-34	16,00 (2,00-52,00)	16,24 (7,22)	0,063**
35-49	16,00 (3,00-47,00)	17,06 (8,42)	
50-64	13,50 (1,00-41,00)	15,17 (8,25)	
65 ve üstü	16,00 (2,00-40,00)	16,38 (6,38)	
Cinsiyet			
Kadın	16,00 (2,00-52,00)	16,38 (7,48)	0,041*
Erkek	14,00 (1,00-47,00)	15,11 (8,03)	
Medeni durum			
Evli	14,50 (1,00-52,00)	15,27 (7,76)	0,025*
Evli Olmayan	16,00 (2,00-47,00)	16,97 (7,66)	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	16,00 (2,00-52,00)	17,16 (8,19)	0,020*
Evet	14,00 (1,00-41,00)	15,21 (7,52)	
Hanedeki kişi sayısı			
1 kişi	16,00 (3,00-47,00)	17,40 (7,60)	0,156**
2-4 kişi	15,00 (2,00-52,00)	15,42 (7,62)	
5-9 kişi	17,00 (1,00-41,00)	16,86 (9,38)	
Meslek			
İşçi	15,00 (2,00-37,00)	15,47 (8,69)	0,055**
Memur	15,00 (1,00-52,00)	16,26 (7,55)	
Emekli	14,00 (3,00-31,00)	14,50 (6,85)	
Çalışmıyor	16,00 (2,00-47,00)	17,25 (8,20)	
Diğer	13,00 (3,00-31,00)	13,42 (6,04)	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 9. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği		Test Değeri p
	Toplam Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Eğitim düzeyi			
Okuryazar ve altı	10,00 (5,00-20,00)	12,11 (5,23)	0,447**
İlkokul	16,00 (2,00-47,00)	16,60 (9,21)	
Ortaokul	16,00 (2,00-30,00)	14,91 (7,17)	
Lise	15,50 (1,00-36,00)	15,70 (7,39)	
Lisans	15,00 (2,00-52,00)	15,28 (7,57)	
Lisansüstü	16,00 (6,00-31,00)	16,70 (5,76)	
Gelir düzeyi			
Gelir giderden fazla	15,00 (2,00-52,00)	15,80 (7,95)	0,822**
Gelir gidere eşit	16,00 (1,00-41,00)	15,75 (7,39)	
Gelir giderden az	15,00 (3,00-47,00)	15,81 (8,39)	
Sigara kullanımı			
Hayır	16,00 (1,00-52,00)	16,08 (7,46)	0,437**
Evet	14,00 (2,00-41,00)	15,51 (8,10)	
Bıraktım	14,00 (2,00-41,00)	15,36 (8,11)	
Alkol kullanımı			
Hayır	15,00 (1,00-52,00)	15,90 (7,81)	0,794**
Evet	15,00 (3,00-35,00)	15,18 (7,84)	
Bıraktım	14,50 (10,00-19,00)	14,33 (3,78)	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Çalışmada, SAÖ toplam puanı en yüksek olan hasta grupları arasında hepatobiliyer hastalığı olan katılımcılar ilk sırada yer almakta olup onları sırasıyla kanser hastalığı olanlar ile ruh ve sinir hastalığı olanlar takip etmekte idi.

İlgili hastalığı bulunduran grup ile bulundurmeyan grup olmak üzere iki bağımsız grubun SAÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Kardiyovasküler hastalığı olanların, olmayanlara göre; dislipidemisi olanların, olmayanlara göre; ruh ve sinir hastalığı olanların, olmayanlara göre; hepatobiliyer hastalığı olanların, olmayanlara göre; kas ve iskelet sistemi hastalığı olanların, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına sahip oldukları saptandı.

Çalışma grubundaki hastaların SAÖ toplam puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi Tablo 10'da verildi.

Tablo 10. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı				Test Değeri p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hipertansiyon	15,00 (2,00-53,00)	15,93 (7,40)	15,00 (1,00-41,00)	15,56 (8,25)	0,461
Diyabetes Mellitus	15,00 (2,00-52,00)	15,49 (7,44)	17,00 (1,00-41,00)	16,84 (8,81)	0,144
Tiroid Hastalıkları	15,00 (1,00-52,00)	15,51 (7,70)	16,50 (2,00-37,00)	17,14 (7,96)	0,108
Kardiyovasküler Hastalıklar	15,00 (1,00-47,00)	15,27 (7,29)	16,00 (3,00-52,00)	17,84 (9,20)	0,035
Dislipidemi	15,00 (1,00-52,00)	15,14 (7,37)	17,00 (5,00-41,00)	18,04 (8,67)	0,005
Kanser	15,00 (1,00-52,00)	15,63 (7,74)	18,00 (7,00-40,00)	18,74 (7,71)	0,063
Solunum Sistemi Hastalıkları	15,00 (1,00-47,00)	15,64 (7,67)	14,00 (3,00-52,00)	16,44 (8,20)	0,612
Nörolojik Hastalıklar	15,00 (1,00-52,00)	15,67 (7,66)	14,00 (6,00-41,00)	16,97 (8,86)	0,698
Ruh ve Sinir Hastalıkları	15,00 (1,00-52,00)	15,47 (7,67)	17,00 (3,00-41,00)	18,74 (8,10)	0,013

* Mann-Whitney U testi, p<0,05

Tablo 10. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı				Test Değeri
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		p*
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hepatobiliyer Hastalıklar	15,00 (1,00-52,00)	15,54 (7,62)	20,00 (8,00-40,00)	21,44 (9,24)	0,010
Üriner Sistem Hastalıkları	15,00 (1,00-52,00)	15,75 (7,68)	16,00 (2,00-40,00)	16,03 (8,65)	0,983
Romatizmal Hastalıklar	15,00 (1,00-47,00)	15,69 (7,64)	16,50 (7,00-52,00)	17,88 (10,44)	0,484
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	15,00 (1,00-52,00)	15,24 (7,64)	17,00 (5,00-41,00)	17,96 (7,92)	0,004
Hematolojik Hastalıklar	15,00 (1,00-52,00)	15,68 (7,68)	17,00 (4,00-41,00)	17,03 (8,80)	0,450
GİS Hastalıkları	15,00 (1,00-52,00)	15,56 (7,65)	16,00 (6,00-47,00)	17,33 (8,46)	0,204
Dermatolojik Hastalıklar	15,00 (1,00-52,00)	15,74 (7,85)	17,00 (7,00-29,00)	16,56 (5,75)	0,367
KBB Hastalıkları	15,00 (1,00-52,00)	15,74 (7,78)	19,00 (5,00-27,00)	17,44 (7,32)	0,290
Diğer Endokrin Hastalıklar	15,00 (1,00-52,00)	15,77 (7,78)	16,00 (10,00-25,00)	16,75 (6,65)	0,678

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Bağımsız iki alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların SAÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Hastalar arasında birden fazla kronik hastalığı olanların, tek bir kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına sahip oldukları belirlendi.

Hastalar arasında ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanı aldılar.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların SAÖ toplam puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. Sağlık kurumlarına başvuru sayısı değişkeninin kendi alt grupları arasında ve hastanede yatarak tedavi görme değişkeninin kendi alt grupları arasında, SAÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılıklar tespit edildi. İlgili değişkenlerin kendi alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

Sağlık kurumları başvurusu açısından son 1 sene içerisinde sağlık kurumlarına başvurusu 2 veya daha az olanlar; sağlık kurumlarına 9 veya daha fazla başvurusu olanlar ile 6-8 kez başvurusu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ toplam puanına sahipti. Diğer yandan son 1 yıl içerisinde sağlık kurumlarına 3-5 kez başvurusu olanlar; 9 veya daha fazla başvurusu olanlar ile 6-8 kez başvurusu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ toplam puanına sahipti.

Hiç hastane yatışı olmayanlar ile en son hastane yatışı 5-10 yıl önce olanların, en son hastane yatışı 1-4 yıl önce olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ toplam puanına sahip oldukları saptandı.

Çalışma grubundaki hastaların SAÖ toplam puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi Tablo 11’de verildi.

Tablo 11. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği		Test Değeri p
	Toplam Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
VKİ			
Zayıf	15,00 (11,00-23,00)	16,33 (6,11)	0,900**
Normal	15,00 (3,00-35,00)	15,51 (6,77)	
Fazla kilolu	15,00 (1,00-41,00)	15,29 (7,43)	
Obez	16,00 (2,00-52,00)	15,29 (7,43)	
Morbid obez	14,00 (7,00-28,00)	15,33 (7,09)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p<0,05$

Tablo 11. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği		Test Değeri p
	Toplam Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Sahip olunan kronik hastalık sayısı			
Bir	14,00 (2,00-47,00)	14,65 (6,78)	0,025*
Birden fazla	16,00 (1,00-52,00)	16,57 (8,31)	
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Hayır	16,00 (4,00-34,00)	15,98 (6,23)	0,350*
Evet	15,00 (1,00-52,00)	15,73 (8,11)	
Sağlık kurumlarına başvuru sayısı (Son bir yıl içerisinde)			
2 veya daha az	14,00 (3,00-26,00)	13,55 (5,72)	<0,001**
3-5 kez	13,00 (1,00-47,00)	14,25 (7,72)	
6-8 kez	16,00 (3,00-41,00)	17,33 (7,17)	
9 veya daha fazla	17,00 (3,00-52,00)	17,68 (8,60)	
Hastanede yatarak tedavi görme durumu (En son)			
Hayır	14,00 (2,00-35,00)	14,48 (5,94)	0,002**
Evet, son 1 yıl içerisinde	16,00 (5,00-52,00)	17,96 (8,72)	
Evet, 1-4 yıl önce	17,00 (3,00-47,00)	18,23 (8,63)	
Evet, 5-10 yıl önce	12,00 (1,00-31,00)	13,51 (6,43)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	15,00 (2,00-37,00)	15,30 (8,41)	
Ameliyat olma durumu (En son)			
Hayır	15,00 (2,00-52,00)	15,64 (7,81)	0,503**
Evet, son 1 yıl içerisinde	16,00 (5,00-39,00)	16,73 (7,27)	
Evet, 1-4 yıl önce	16,00 (3,00-35,00)	17,04 (7,65)	
Evet, 5-10 yıl önce	16,00 (10,00-40,00)	15,48 (7,44)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	14,00 (2,00-37,00)	15,24 (8,14)	
Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu			
Hayır	14,00 (2,00-37,00)	14,35 (6,86)	0,002*
Evet	16,00 (1,00-52,00)	16,90 (8,24)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 11. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği		Test Değeri p
	Toplam Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu			
Hayır	15,00 (2,00-52,00)	15,64 (7,60)	0,391*
Evet	16,00 (1,00-47,00)	16,85 (8,87)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p<0,05$

Çalışma grubunda yer alan hastaların SAÖ'nün gövde alt boyutu olan "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutu puanlarının ortalaması $\pm$ standart sapması, $12,32 \pm 6,23$ olup medyanı 12,00'dı. Alınan en düşük puan 1,00 iken en yüksek puan 40,00 idi.

Bağımsız iki alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların SAÖ gövde alt boyutu puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Kadınlar, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahiptiler.

Çocuk sahibi olmayanlar, çocuk sahibi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı aldılar.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların SAÖ gövde alt boyutu puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. Yaş değişkeninin kendi alt grupları arasında ve meslek değişkeninin kendi alt grupları arasında, SAÖ gövde alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar saptandı. İlgili değişkenlerin kendi alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

Yaş değişkeninin alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney U testi sonucunda 50-64 yaş grubu ile 18-34 yaş grubu ve 50-64 yaş grubu ile 35-49 yaş grubu arasındaki karşılaştırmalarda SAÖ gövde alt boyutu puanı açısından ortaya çıkan anlamlı farklar, Bonferroni düzeltmesi uygulandığında istatistiksel olarak anlamlılığını yitirdi.

Emekli olanların, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip oldukları tespit edildi.

Çalışma grubundaki hastaların SAÖ'nün gövde alt boyutu olan "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutundan aldıkları puanların sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi Tablo 12'de verildi.

Tablo 12. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Yaş (yıl)			
18-34	12,00 (2,00-40,00)	12,83 (5,76)	0,029**
35-49	13,00 (2,00-37,00)	13,50 (6,91)	
50-64	10,00 (1,00-33,00)	11,37 (6,28)	
65 ve üstü	12,00 (2,00-32,00)	11,43 (5,43)	
Cinsiyet			
Kadın	12,00 (2,00-40,00)	13,07 (5,97)	0,003*
Erkek	11,00 (1,00-37,00)	11,49 (6,41)	
Medeni durum			
Evli	11,00 (1,00-40,00)	12,02 (6,19)	0,071*
Evli Olmayan	13,00 (2,00-37,00)	13,05 (6,27)	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	13,00 (2,00-40,00)	13,50 (6,58)	0,013*
Evet	11,00 (1,00-35,00)	11,84 (6,02)	
Hanedeki kişi sayısı			
1 kişi	13,00 (2,00-37,00)	13,31 (6,43)	0,227**
2-4 kişi	12,00 (2,00-40,00)	12,07 (6,06)	
5-9 kişi	13,00 (1,00-35,00)	13,46 (7,56)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Tablo 12. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Meslek			
İşçi	11,00 (2,00-28,00)	12,21 (6,75)	0,010**
Memur	12,00 (1,00-40,00)	12,77 (6,09)	
Emekli	10,00 (2,00-23,00)	11,00 (5,43)	
Çalışmıyor	13,00 (2,00-37,00)	13,75 (6,66)	
Diğer	9,00 (2,00-19,00)	9,92 (4,57)	
Eğitim düzeyi			
Okuryazar ve altı	10,00 (4,00-15,00)	10,11 (4,08)	0,688**
İlkokul	11,00 (2,00-37,00)	12,64 (7,31)	
Ortaokul	12,00 (2,00-23,00)	12,03 (5,67)	
Lise	12,00 (1,00-28,00)	12,30 (5,84)	
Lisans	12,00 (2,00-40,00)	12,03 (6,29)	
Lisansüstü	12,00 (5,00-26,00)	13,13 (4,75)	
Gelir düzeyi			
Gelir giderden fazla	11,50 (2,00-40,00)	12,40 (6,24)	0,876**
Gelir gidere eşit	12,00 (1,00-35,00)	12,27 (5,96)	
Gelir giderden az	11,00 (2,00-37,00)	12,37 (6,78)	
Sigara kullanımı			
Hayır	12,00 (1,00-40,00)	12,67 (6,03)	0,360**
Evet	10,00 (2,00-35,00)	12,03 (6,54)	
Bıraktım	11,00 (2,00-35,00)	11,83 (6,27)	
Alkol kullanımı			
Hayır	12,00 (1,00-40,00)	12,43 (6,21)	0,699**
Evet	12,50 (2,00-28,00)	11,86 (6,56)	
Bıraktım	9,50 (7,00-15,00)	10,50 (3,37)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Çalışmada, SAÖ gövde alt boyutu puanı en yüksek olan hasta grupları arasında hepatobiliyer hastalığı olan katılımcılar ilk sırada yer almakta olup onları sırasıyla kanser hastalığı olanlar ile ruh ve sinir hastalığı olanlar takip etmekte idi.

İlgili hastalığı bulunduran grup ile bulundurmeyan grup olmak üzere iki bağımsız grubun SAÖ gövde alt boyutu puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Hastalar arasında tiroid hastalığı olanlar, olmayanlara göre; kardiyovasküler hastalığı olanlar, olmayanlara göre; dislipidemisi olanlar, olmayanlara göre; kanser hastalığı olanlar, olmayanlara göre; ruh ve sinir hastalığı olanlar, olmayanlara göre; hepatobiliyer hastalığı olanlar, olmayanlara göre; kas ve iskelet sistemi hastalığı olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip idi.

Çalışmadaki hastaların SAÖ'nün gövde alt boyutu olan "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutundan aldıkları puanların kronik hastalıklara göre incelenmesi Tablo 13'te verildi.

Tablo 13. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hipertansiyon	12,00 (2,00-40,00)	12,35 (5,94)	11,00 (1,00-35,00)	12,28 (6,62)	0,566
Diyabetes Mellitus	12,00 (2,00-40,00)	12,16 (6,05)	13,00 (1,00-33,00)	12,94 (6,83)	0,266
Tiroid Hastalıkları	11,00 (1,00-40,00)	12,08 (6,24)	13,00 (2,00-28,00)	13,59 (6,03)	0,032
Kardiyovasküler Hastalıklar	11,00 (1,00-37,00)	11,89 (5,87)	13,00 (2,00-40,00)	14,08 (7,28)	0,018
Dislipidemi	11,00 (1,00-40,00)	11,88 (6,00)	13,00 (4,00-35,00)	13,89 (6,78)	0,015

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Tablo 13. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Kanser	12,00 (1,00-40,00)	12,16 (6,18)	14,00 (6,00-32,00)	15,68 (6,37)	0,016
Solunum Sistemi Hastalıkları	12,00 (1,00-37,00)	12,21 (6,12)	12,00 (2,00-40,00)	12,86 (6,72)	0,529
Nörolojik Hastalıklar	12,00 (1,00-40,00)	12,26 (6,11)	10,00 (4,00-33,00)	13,13 (7,50)	0,916
Ruh ve Sinir Hastalıkları	11,50 (1,00-40,00)	12,07 (6,12)	13,50 (3,00-35,00)	14,79 (6,79)	0,013
Hepatobiliyer Hastalıklar	12,00 (1,00-40,00)	12,14 (6,12)	17,00 (7,00-32,00)	16,69 (7,31)	0,011
Üriner Sistem Hastalıkları	12,00 (1,00-40,00)	12,29 (6,17)	12,50 (2,00-32,00)	12,67 (6,83)	0,840
Romatizmal Hastalıklar	12,00 (1,00-37,00)	12,26 (6,14)	12,50 (5,00-40,00)	13,88 (8,15)	0,510
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	11,50 (1,00-40,00)	11,90 (6,13)	13,00 (4,00-33,00)	14,04 (6,35)	0,006
Hematolojik Hastalıklar	12,00 (1,00-40,00)	12,24 (6,14)	12,00 (4,00-33,00)	13,41 (7,31)	0,551
GİS Hastalıkları	12,00 (1,00-40,00)	12,16 (6,17)	12,00 (3,00-37,00)	13,53 (6,53)	0,163
Dermatolojik Hastalıklar	12,00 (1,00-40,00)	12,31 (6,28)	13,00 (4,00-23,00)	12,56 (5,03)	0,609
KBB Hastalıkları	12,00 (1,00-40,00)	12,29 (6,22)	16,00 (4,00-23,00)	13,89 (6,47)	0,307

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Tablo 13. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Diğer Endokrin Hastalıklar	12,00 (1,00-40,00)	12,30 (6,23)	14,00 (9,00-22,00)	14,75 (5,62)	0,356

*Mann-Whitney U testi, $p < 0,05$

Bağımsız iki alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların SAÖ gövde alt boyutu puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Çalışmada bir kronik hastalığı olan katılımcılar, birden fazla kronik hastalığı olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip idi.

Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahipti.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların SAÖ gövde alt boyutu puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. Sağlık kurumlarına başvuru sayısı değişkeninin alt gruplarının kendi aralarında ve hastanede yatarak tedavi görme değişkeninin alt gruplarının kendi aralarında, SAÖ gövde alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılıklar bulundurdıkları tespit edildi. İlgili değişkenlerin kendi alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

Çalışma grubundaki hastalar arasında son 1 yıl içerisinde sağlık kurumu başvuru sayısı 2 veya daha az olanlar; 9 veya daha fazla olanlara ve 6-8 kez olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olarak saptandı. Diğer yandan son 1 yıldaki sağlık kurumlarına başvuru sayısı 3-5 kez olanlar da 9 veya daha fazla olanlar ile 6-8 kez olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olarak bulundu.

En son hastane yatışı 5-10 yıl önce olanlar, en son hastane yatışı son 1 yıl içerisinde olanlar ile en son hastane yatışı 1-4 yıl önce olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

daha düşük SAÖ gövde alt boyutu puanına sahipti. Diğer yandan en son 1-4 yıl önce hastane yatışı olanlar; yatışı olmayan ve en son 10 yıldan uzun süre önce hastane yatışı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı aldı.

Çalışmadaki hastaların SAÖ'nün gövde alt boyutu olan "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutundan aldıkları puanların sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi Tablo 14'te verildi.

Tablo 14. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
VKİ			
Zayıf	12,00 (10,00-19,00)	13,67 (4,73)	0,761**
Normal	12,00 (2,00-28,00)	12,18 (5,61)	
Fazla kilolu	11,00 (1,00-35,00)	11,77 (6,01)	
Obez	12,00 (2,00-40,00)	13,02 (7,03)	
Morbid obez	11,50 (6,00-23,00)	12,58 (5,62)	
Sahip olunan kronik hastalık sayısı			
Bir	11,00 (2,00-37,00)	11,40 (5,64)	0,022*
Birden fazla	12,00 (1,00-40,00)	12,97 (6,54)	
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Hayır	12,00 (2,00-28,00)	12,53 (5,41)	0,411*
Evet	12,00 (1,00-40,00)	12,27 (6,42)	
Sağlık kurumlarına başvuru sayısı (Son bir yıl içerisinde)			
2 veya daha az	10,00 (3,00-20,00)	10,65 (4,62)	<0,001**
3-5 kez	10,00 (1,00-37,00)	11,00 (5,95)	
6-8 kez	13,00 (2,00-35,00)	13,66 (6,04)	
9 veya daha fazla	13,00 (2,00-40,00)	13,83 (6,93)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 14. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı alt boyutu puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SAÖ-Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hastanede yatarak tedavi görme durumu (En son)			
Hayır	11,00 (2,00-27,00)	11,19 (5,03)	<0,001**
Evet, son 1 yıl içerisinde	13,00 (4,00-40,00)	14,16 (6,63)	
Evet, 1-4 yıl önce	13,00 (2,00-37,00)	14,58 (6,97)	
Evet, 5-10 yıl önce	10,00 (1,00-23,00)	10,66 (5,31)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	10,00 (2,00-28,00)	11,63 (6,48)	
Ameliyat olma durumu (En son)			
Hayır	11,50 (2,00-40,00)	12,03 (6,33)	0,076**
Evet, son 1 yıl içerisinde	13,00 (4,00-31,00)	13,59 (5,81)	
Evet, 1-4 yıl önce	13,00 (2,00-27,00)	13,85 (5,85)	
Evet, 5-10 yıl önce	12,00 (1,00-32,00)	12,30 (6,02)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	10,00 (2,00-28,00)	11,63 (6,42)	
Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu			
Hayır	10,00 (2,00-28,00)	11,12 (5,65)	0,001*
Evet	13,00 (1,00-40,00)	13,27 (6,50)	
Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu			
Hayır	12,00 (2,00-40,00)	12,29 (6,14)	0,916*
Evet	12,00 (1,00-37,00)	12,57 (6,94)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Çalışma grubundaki hastaların SAÖ'nün ek alt boyutu olan "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $\pm$ standart sapması, $3,45 \pm 2,39$ olup medyanı 3,00'dı. Alınan en düşük puan 0,00 iken en yüksek puan 12,00'dı.

Bağımsız iki alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların SAÖ ek alt boyutu puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Evli olmayanların, evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ ek alt boyutu puanına sahip oldukları bulundu.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların SAÖ ek alt boyutu puanları arasındaki farklılıklar Kruskal Wallis testi ile incelendiğinde, alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı.

Çalışmadaki hastaların SAÖ'nün ek alt boyutu olan "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutundan aldıkları puanların sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi Tablo 15'te verildi.

Tablo 15. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları		Test Değeri p
	Alt Boyutu Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Yaş (yıl)			
18-34	3,00 (0,00-12,00)	3,41 (2,21)	0,176**
35-49	3,00 (0,00-10,00)	3,56 (2,45)	
50-64	3,00 (0,00-12,00)	3,20 (2,67)	
65 ve üstü	4,00 (0,00-8,00)	3,75 (2,02)	
Cinsiyet			
Kadın	3,00 (0,00-12,00)	3,31 (2,27)	0,219*
Erkek	3,00 (0,00-12,00)	3,62 (2,51)	
Medeni durum			
Evli	3,00 (0,00-12,00)	3,26 (2,41)	0,004*
Evli Olmayan	4,00 (0,00-10,00)	3,92 (2,27)	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	3,50 (0,00-12,00)	3,66 (2,36)	0,192*
Evet	3,00 (0,00-12,00)	3,37 (2,40)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Tablo 15. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları		Test Değeri p
	Alt Boyutu Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hanedeki kişi sayısı			
1 kişi	4,00 (0,00-10,00)	4,10 (2,16)	0,054**
2-4 kişi	3,00 (0,00-12,00)	3,35 (2,39)	
5-9 kişi	3,00 (0,00-10,00)	3,39 (2,66)	
Meslek			
İşçi	3,00 (0,00-10,00)	3,26 (2,58)	0,876**
Memur	3,00 (0,00-12,00)	3,49 (2,32)	
Emekli	3,00 (0,00-9,00)	3,50 (2,38)	
Çalışmıyor	3,00 (0,00-10,00)	3,50 (2,33)	
Diğer	3,00 (0,00-12,00)	3,50 (2,52)	
Eğitim düzeyi			
Okuryazar ve altı	1,00 (0,00-6,00)	2,00 (2,29)	0,082**
İlkokul	4,00 (0,00-12,00)	3,96 (2,80)	
Ortaokul	3,00 (0,00-8,00)	2,88 (2,32)	
Lise	3,00 (0,00-8,00)	3,41 (2,23)	
Lisans	3,00 (0,00-12,00)	3,26 (2,58)	
Lisansüstü	3,50 (0,00-8,00)	3,58 (1,92)	
Gelir düzeyi			
Gelir giderden fazla	3,00 (0,00-12,00)	3,39 (2,44)	0,944**
Gelir gidere eşit	3,00 (0,00-12,00)	3,48 (2,35)	
Gelir giderden az	3,00 (0,00-10,00)	3,44 (2,45)	
Sigara kullanımı			
Hayır	3,00 (0,00-12,00)	3,40 (2,27)	0,973**
Evet	3,00 (0,00-9,00)	3,49 (2,42)	
Bıraktım	3,00 (0,00-12,00)	3,53 (2,66)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Tablo 15. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları		Test Değeri p
	Alt Boyutu Puanı		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Alkol kullanımı			
Hayır	3,00 (0,00-12,00)	3,47 (2,42)	0,943**
Evet	3,00 (0,00-8,00)	3,32 (2,13)	
Bıraktım	3,00 (1,00-9,00)	3,83 (2,93)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p<0,05$

Çalışmada, SAÖ ek alt boyutu puanı en yüksek olan hasta grupları arasında hepatobiliyer hastalığı olan katılımcılar ilk sırada yer almakta olup onları sırasıyla dislipidemisi olanlar ile romatizmal hastalığı olanlar takip etmekte idi.

İlgili hastalığı bulunduran grup ile bulundurmayan grup olmak üzere iki bağımsız grubun SAÖ ek alt boyutu puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Çalışma grubundaki hastalardan dislipidemisi olanların, olmayanlara göre; hepatobiliyer hastalığı olanların, olmayanlara göre; kas ve iskelet sistemi hastalığı olanların, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek SAÖ ek alt boyutu puanına sahip oldukları belirlendi.

Çalışmadaki hastaların SAÖ'nün ek alt boyutu olan "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutundan aldıkları puanların kronik hastalıklara göre incelenmesi Tablo 16'da verildi.

Tablo 16. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları				p*
	Alt Boyutu Puanı				
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hipertansiyon	3,00 (0,00-12,00)	3,58 (2,37)	3,00 (0,00-10,00)	3,28 (2,41)	0,263
Diyabetes Mellitus	3,00 (0,00-12,00)	3,33 (2,30)	4,00 (0,00-12,00)	3,90 (2,65)	0,094
Tiroid Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,43 (2,36)	3,00 (0,00-10,00)	3,55 (2,55)	0,868
Kardiyovasküler Hastalıklar	3,00 (0,00-10,00)	3,38 (2,30)	4,00 (0,00-12,00)	3,76 (2,72)	0,327
Dislipidemi	3,00 (0,00-12,00)	3,25 (2,25)	4,00 (0,00-12,00)	4,16 (2,72)	0,004
Kanser	3,00 (0,00-12,00)	3,47 (2,39)	3,00 (0,00-8,00)	3,05 (2,30)	0,426
Solunum Sistemi Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,43 (2,36)	3,00 (0,00-12,00)	3,58 (2,52)	0,740
Nörolojik Hastalıklar	3,00 (0,00-12,00)	3,42 (2,38)	3,50 (0,00-8,00)	3,84 (2,49)	0,319
Ruh ve Sinir Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,40 (2,40)	4,00 (0,00-8,00)	3,95 (2,19)	0,107
Hepatobiliyer Hastalıklar	3,00 (0,00-12,00)	3,40 (2,36)	4,50 (0,00-8,00)	4,75 (2,74)	0,040
Üriner Sistem Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,46 (2,38)	3,00 (0,00-10,00)	3,36 (2,46)	0,679
Romatizmal Hastalıklar	3,00 (0,00-12,00)	3,43 (2,37)	4,00 (0,00-12,00)	4,00 (2,88)	0,423

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Tablo 16. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları				p*
	Alt Boyutu Puanı				
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,34 (2,36)	4,00 (0,00-10,00)	3,93 (2,45)	0,044
Hematolojik Hastalıklar	3,00 (0,00-12,00)	3,44 (2,39)	3,00 (0,00-8,00)	3,62 (2,40)	0,660
GİS Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,41 (2,39)	3,00 (0,00-8,00)	3,80 (2,70)	0,431
Dermatolojik Hastalıklar	3,00 (0,00-12,00)	3,43 (2,41)	4,00 (2,00-7,00)	4,00 (1,68)	0,177
KBB Hastalıkları	3,00 (0,00-12,00)	3,45 (2,41)	4,00 (1,00-5,00)	3,56 (1,24)	0,611
Diğer Endokrin Hastalıklar	3,00 (0,00-12,00)	3,47 (2,39)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,15)	0,205

*Mann-Whitney U testi, $p < 0,05$

Bağımsız iki alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların SAÖ ek alt boyutu puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ ek alt boyutu puanına sahip olarak saptandı.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların SAÖ ek alt boyutu puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. Sağlık kurumlarına başvuru sayısı değişkeninin alt grupları arasında SAÖ ek alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu tespit edildi. Sağlık kurumlarına başvuru sayısı değişkeninin alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney U testinde sağlık kurumlarına son 1 sene içerisinde 2 veya daha az başvurusu olanlar ile 9 veya daha fazla başvurusu olanlar, 2 veya daha az başvurusu olanlar

ile 6-8 kez başvurusu olanlar ve 3-5 kez başvurusu olanlar ile 9 veya daha fazla başvurusu olanlar arasındaki karşılaştırmalarda SAÖ ek alt boyutu puanı açısından ortaya çıkan anlamlı farklar, Bonferroni düzeltmesi uygulandığında istatistiksel olarak anlamlılığını yitirdi.

Çalışmadaki hastaların SAÖ'nün ek alt boyutu olan "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutundan aldıkları puanların sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi Tablo 17'de verildi.

Tablo 17. Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutu Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
VKİ			
Zayıf	3,00 (1,00-4,00)	2,67 (1,53)	0,800**
Normal	3,00 (0,00-8,00)	3,32 (2,18)	
Fazla kilolu	3,00 (0,00-12,00)	3,52 (2,43)	
Obez	3,00 (0,00-12,00)	3,57 (2,57)	
Morbid obez	2,50 (0,00-7,00)	2,75 (2,01)	
Sahip olunan kronik hastalık sayısı			
Bir	3,00 (0,00-10,00)	3,25 (2,14)	0,212*
Birden fazla	3,00 (0,00-12,00)	3,60 (2,54)	
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Hayır	3,00 (0,00-8,00)	3,44 (2,01)	0,676*
Evet	3,00 (0,00-12,00)	3,46 (2,47)	
Sağlık kurumlarına başvuru sayısı (Son bir yıl içerisinde)			
2 veya daha az	3,00 (0,00-8,00)	2,90 (2,02)	0,045**
3-5 kez	3,00 (0,00-12,00)	3,25 (2,48)	
6-8 kez	3,00 (0,00-9,00)	3,67 (2,15)	
9 veya daha fazla	4,00 (0,00-12,00)	3,84 (2,58)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 17. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hastalığın Olumsuz Sonuçları alt boyutu puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SAÖ-Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutu Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hastanede yatarak tedavi görme durumu (En son)			
Hayır	3,00 (0,00-9,00)	3,29 (1,98)	0,256**
Evet, son 1 yıl içerisinde	3,00 (0,00-12,00)	3,81 (2,92)	
Evet, 1-4 yıl önce	4,00 (0,00-10,00)	3,65 (2,48)	
Evet, 5-10 yıl önce	3,00 (0,00-8,00)	2,85 (2,06)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	3,00 (0,00-10,00)	3,67 (2,57)	
Ameliyat olma durumu (En son)			
Hayır	3,00 (0,00-12,00)	3,61 (2,36)	0,404**
Evet, son 1 yıl içerisinde	3,00 (0,00-8,00)	3,14 (2,30)	
Evet, 1-4 yıl önce	2,00 (0,00-10,00)	3,19 (2,67)	
Evet, 5-10 yıl önce	3,00 (0,00-8,00)	3,18 (2,23)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	4,00 (0,00-10,00)	3,61 (2,42)	
Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu			
Hayır	3,00 (0,00-10,00)	3,23 (2,24)	0,148*
Evet	3,00 (0,00-12,00)	3,63 (2,49)	
Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu			
Hayır	3,00 (0,00-12,00)	3,34 (2,31)	0,036*
Evet	4,00 (0,00-12,00)	4,28 (2,83)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Karşılaştırmalı İstatistikler

Çalışma grubundaki hastaların FBÖ puanlarının ortalaması $\pm$ standart sapması, 45,31 $\pm$ 9,97 olup medyanı 47,40'tı. Alınan en düşük puan 20,88 iken en yüksek puan 65,17'di.

Bağımsız iki alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların FBÖ puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Evli olmayanlar, evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanı aldı.

Çocuk sahibi olmayanlar, çocuk sahibi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahipti.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların FBÖ puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. Yaş, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyi değişkenlerinin kendi alt grupları içerisinde FBÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu tespit edildi. İlgili değişkenlerin kendi alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

Çalışma grubundaki hastalardan 65 yaş ve üstü yaş grubunda olanlar; 35-49 yaş grubunda olanlara ve 18-34 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahipti. 50-64 yaş grubunda olanlar ise 18-34 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahipti.

Eğitim düzeyi açısından okuryazar ve altı eğitim seviyesine sahip olanlar, lisansüstü düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahip idi. Diğer yandan ilkokul düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlar; lise, lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahipti.

Memurlar ve diğer meslek grubundakiler; emekliler ve çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahipti.

Geliri giderinden fazla olanlar, geliri giderinden az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahip olarak saptandılar.

Çalışma grubundaki hastaların FBÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi Tablo 18'de verildi.

Tablo 18. Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Fiziksel Bileşen Özet puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SF-12 Fiziksel Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Yaş (yıl)			
18-34	51,47 (29,41-65,17)	49,76 (7,62)	<0,001**
35-49	49,60 (21,87-62,16)	46,35 (10,04)	
50-64	45,39 (21,19-62,10)	43,87 (9,89)	
65 ve üstü	39,84 (20,88-60,25)	39,96 (9,98)	
Cinsiyet			
Kadın	46,19 (20,88-65,17)	44,36 (10,64)	0,085*
Erkek	49,74 (21,19-62,26)	46,36 (9,07)	
Medeni durum			
Evli	46,45 (21,19-60,55)	44,49 (9,87)	0,005*
Evli Olmayan	50,55 (20,88-65,17)	47,25 (9,98)	
Çocuk sahibi olma durumu			
Hayır	51,05 (30,35-65,17)	49,13 (7,90)	<0,001*
Evet	45,41 (20,88-62,16)	43,73 (10,32)	
Hanedeki kişi sayısı			
1 kişi	50,65 (26,82-65,17)	47,99 (9,80)	0,090**
2-4 kişi	47,26 (20,88-62,26)	44,92 (10,03)	
5-9 kişi	46,46 (24,97-57,90)	44,81 (9,12)	
Meslek			
İşçi	50,28 (22,91-60,55)	46,39 (9,10)	<0,001**
Memur	50,88 (21,87-65,17)	48,45 (8,77)	
Emekli	43,97 (21,19-58,66)	43,14 (9,49)	
Çalışmıyor	44,89 (20,88-62,26)	42,81 (10,97)	
Diğer	53,46 (25,61-62,16)	49,96 (9,21)	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 18. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Fiziksel Bileşen Özet puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SF-12 Fiziksel Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Eğitim düzeyi			
Okuryazar ve altı	37,65 (20,88-53,55)	38,46 (10,68)	<0,001**
İlkokul	41,02 (22,19-62,16)	40,82 (10,43)	
Ortaokul	43,88 (21,19-60,55)	43,49 (11,05)	
Lise	49,57 (21,87-62,26)	46,37 (9,07)	
Lisans	50,41 (23,42-61,10)	47,92 (8,70)	
Lisansüstü	51,50 (32,29-65,17)	50,13 (8,06)	
Gelir düzeyi			
Gelir giderden fazla	50,65 (28,59-65,17)	48,36 (7,86)	0,011**
Gelir gidere eşit	46,82 (20,88-62,26)	44,91 (10,27)	
Gelir giderden az	45,83 (22,19-62,16)	43,70 (10,40)	
Sigara kullanımı			
Hayır	48,07 (20,88-65,17)	45,53 (9,92)	0,216**
Evet	48,85 (21,19-62,26)	46,11 (9,75)	
Bıraktım	43,67 (23,04-60,44)	43,49 (10,35)	
Alkol kullanımı			
Hayır	46,82 (20,88-65,17)	45,00 (10,09)	0,097**
Evet	50,35 (21,87-59,21)	47,75 (8,62)	
Bıraktım	36,11 (25,95-54,66)	39,95(11,84)	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Çalışmada, FBÖ puanı en düşük olan hasta grupları arasında hepatobiliyer hastalığı olan katılımcılar ilk sırada yer almakta olup onları sırasıyla kas ve iskelet sistemi hastalığı olanlar ile romatizmal hastalığı olanlar takip etmekte idi.

İlgili hastalığı bulunduran grup ile bulundurmayan grup olmak üzere iki bağımsız grubun FBÖ puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Çalışma grubundaki kişiler arasında hipertansiyonu olanlar, olmayanlara göre; diyabeti olanlar, olmayanlara göre; kardiyovasküler hastalığı olanlar, olmayanlara göre; dislipidemisi olanlar, olmayanlara göre; kanser hastalığı olanlar, olmayanlara göre; hepatobiliyer hastalığı olanlar, olmayanlara göre; romatizmal hastalığı olanlar, olmayanlara göre; kas ve iskelet sistemi hastalığı olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldılar. Diğer yandan dermatolojik hastalığı olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanı aldılar.

Çalışma grubundaki hastaların FBÖ puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi Tablo 19’da verildi.

Tablo 19. Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Fiziksel Bileşen Özet puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SF-12 Fiziksel Bileşen Özet Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hipertansiyon	50,29 (21,87-65,17)	47,26 (9,43)	43,16 (20,88-62,26)	42,61 (10,10)	<0,001
Diyabetes Mellitus	49,31 (20,88-65,17)	46,56 (9,42)	40,55 (21,19-62,26)	40,69 (10,64)	<0,001
Tiroid Hastalıkları	47,40 (20,88-65,17)	45,25 (9,94)	47,77 (21,19-60,55)	45,59 (10,21)	0,727
Kardiyovasküler Hastalıklar	48,75 (21,87-65,17)	46,27 (9,65)	43,20 (20,88-57,40)	41,41 (10,35)	<0,001
Dislipidemi	49,39 (21,87-65,17)	46,61 (9,68)	40,61 (20,88-56,85)	40,70 (9,68)	<0,001
Kanser	48,11 (20,88-65,17)	45,59 (9,92)	37,65 (22,19-54,03)	39,59 (9,56)	0,010
Solunum Sistemi Hastalıkları	47,36 (21,19-62,26)	45,31 (9,81)	48,18 (20,88-65,17)	45,30 (10,77)	0,979
Nörolojik Hastalıklar	47,40 (20,88-65,17)	45,33 (9,90)	47,97 (24,77-62,16)	45,06 (10,89)	0,891

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Tablo 19. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Fiziksel Bileşen Özet puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SF-12 Fiziksel Bileşen Özet Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Ruh ve Sinir Hastalıkları	47,40 (20,88-65,17)	45,27 (9,99)	46,99 (23,04-62,16)	45,63 (9,84)	0,914
Hepatobiliyer Hastalıklar	48,15 (21,19-65,17)	45,78 (9,65)	31,38 (20,88-54,03)	33,90 (11,18)	<0,001
Üriner Sistem Hastalıkları	48,07 (20,88-65,17)	45,55 (9,87)	44,08 (21,19-58,92)	42,88 (10,81)	0,181
Romatizmal Hastalıklar	48,15 (20,88-65,17)	45,58 (9,90)	35,96 (25,54-56,64)	38,59 (9,50)	0,008
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	50,14 (21,87-65,17)	47,35 (9,02)	35,90 (20,88-56,85)	37,04 (9,41)	<0,001
Hematolojik Hastalıklar	47,36 (20,88-65,17)	45,33 (9,94)	49,46 (22,19-58,92)	45,07 (10,51)	0,942
GİS Hastalıkları	48,06 (20,88-65,17)	45,41 (9,93)	45,67 (23,42-62,16)	44,56 (10,36)	0,650
Dermatolojik Hastalıklar	46,83 (20,88-65,17)	45,00 (10,02)	53,33 (35,70-60,14)	51,93 (5,99)	0,003
KBB Hastalıkları	47,36 (20,88-65,17)	45,31 (9,98)	47,78 (26,24-56,90)	45,12 (10,08)	0,891
Diğer Endokrin Hastalıklar	47,40 (20,88-65,17)	45,30 (9,99)	46,50 (35,82-55,59)	46,10 (8,27)	0,998

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Bağımsız iki alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların FBÖ puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Çalışmadaki hastalardan bir kronik hastalığı olanlar, birden fazla kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahipti.

Düzenli ilaç kullanmayanlar, düzenli ilaç kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahip olarak saptandı.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların FBÖ puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. VKİ, sağlık kurumlarına başvuru sayısı, hastanede yatarak tedavi görme durumu ve ameliyat olma durumu değişkenlerinin kendi alt grupları içerisinde FBÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu tespit edildi. İlgili değişkenlerin kendi alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

Çalışmaya katılan kişilerden normal VKİ'ye sahip olanlar; morbid obez ve obezlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek FBÖ puanına sahipti. Ayrıca fazla kilolu olan hastalar, obez hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahipti.

Son bir yıl içerisinde sağlık kurumlarına 9 veya daha fazla başvurusu olanlar; 2 veya daha az başvurusu olanlar ile 3-5 kez başvurusu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahipti. Son 1 yıl içerisinde sağlık kurumlarına 6-8 kez başvurusu olanlar ise 2 veya daha az başvurusu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına sahip olarak saptandı.

Daha önce hastanede yatarak tedavi görme durumu olmayanlar, hastanede yatarak tedavi görmüş olan diğer tüm gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanı aldı.

Daha önce hiç ameliyat olmayan hastaların, en son ameliyatını son 1 yıl içerisinde olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahip oldukları belirlendi.

Çalışma grubundaki hastaların FBÖ puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi Tablo 20'de verildi.

Tablo 20. Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Fiziksel Bileşen Özet puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SF-12 Fiziksel Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
VKİ			
Zayıf	46,70 (38,41-49,46)	44,86 (5,75)	<0,001**
Normal	50,98 (25,07-65,17)	49,11 (8,62)	
Fazla kilolu	48,75 (21,19-62,16)	46,00 (9,62)	
Obez	42,72 (20,88-60,44)	41,81 (10,13)	
Morbid obez	38,26 (26,09-57,06)	38,45 (10,24)	
Sahip olunan kronik hastalık sayısı			
Bir	51,04 (21,87-65,17)	48,83 (8,68)	<0,001*
Birden fazla	43,20 (20,88-62,26)	42,82 (10,09)	
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Hayır	51,22 (21,87-62,10)	48,33 (9,45)	0,001*
Evet	46,10 (20,88-65,17)	44,55 (9,97)	
Sağlık kurumlarına başvuru sayısı (Son bir yıl içerisinde)			
2 veya daha az	52,51 (28,59-65,17)	50,10 (8,14)	<0,001**
3-5 kez	50,20 (22,91-62,26)	47,48 (8,89)	
6-8 kez	44,13 (21,19-62,16)	44,28 (9,57)	
9 veya daha fazla	40,44 (20,88-61,10)	40,68 (10,61)	
Hastanede yatarak tedavi görme durumu (En son)			
Hayır	52,18 (22,91-65,17)	49,69 (8,26)	<0,001**
Evet, son 1 yıl içerisinde	38,07 (21,19-57,90)	39,99 (10,86)	
Evet, 1-4 yıl önce	43,50 (22,19-62,16)	42,97 (9,61)	
Evet, 5-10 yıl önce	46,82 (20,88-57,06)	44,98 (9,34)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	47,27 (23,04-62,10)	45,29 (9,95)	

Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 20. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Fiziksel Bileşen Özet puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SF-12 Fiziksel Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Ameliyat Olma Durumu (En son)			
Hayır	50,23 (22,91-65,17)	47,61 (9,35)	0,001**
Evet, son 1 yıl içerisinde	39,70 (21,19-56,02)	40,48 (11,06)	
Evet, 1-4 yıl önce	44,99 (24,97-57,90)	43,92 (9,31)	
Evet, 5-10 yıl önce	47,44 (20,88-60,55)	44,80 (9,83)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	46,20 (23,04-62,16)	44,49 (10,13)	
Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu			
Hayır	48,93 (20,88-62,26)	46,08 (9,81)	0,137*
Evet	46,25 (22,19-65,17)	44,70 (10,07)	
Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu			
Hayır	47,44 (20,88-65,17)	45,45 (9,87)	0,531*
Evet	44,61 (23,04-62,10)	44,21 (10,72)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Çalışma grubundaki hastaların MBÖ puanlarının ortalaması $\pm$ standart sapması, 46,53 $\pm$ 11,11 olup medyanı 48,64'tü. Alınan en düşük puan 13,20 iken en yüksek puan 69,65'ti.

Bağımsız iki alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların MBÖ puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Erkek hastalar, kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanına sahipti.

Evli hastaların, evli olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanı aldıkları saptandı.

Çocuk sahibi olanlar, çocuk sahibi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanına sahipti.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sosyodemografik değişkenlerdeki alt grupların MBÖ puanları arasındaki farklılıklar, Kruskal Wallis testi ile incelendi. Yaş, hanedeki kişi sayısı, meslek ve eğitim düzeyi değişkenlerinin kendi alt grupları içerisinde MBÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu tespit edildi.

İlgili değişkenlerin kendi alt grupları arasındaki ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

Çalışma grubundaki hastalardan 18-34 yaş grubundakiler; 50-64 yaş grubundakiler ile 65 ve üstü yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanına sahipti.

Evde tek başına yaşayanların, 2-4 kişilik hanelerde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanına sahip oldukları bulundu.

Memurların, işçilere ve emeklilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük; emeklilerin ise çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanına sahip oldukları saptandı.

Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların; ilkokul, ortaokul, lise ve lisans eğitim düzeylerine sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanına sahip oldukları tespit edildi.

Çalışma grubundaki hastaların MBÖ puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi Tablo 21’de verildi.

Tablo 21. Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SF-12 Mental Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Yaş (yıl)			
18-34	44,80 (17,65-67,19)	43,15 (11,38)	0,001**
35-49	48,24 (19,26-68,11)	46,08 (10,89)	
50-64	50,30 (13,20-69,65)	48,13 (11,25)	
65 ve üstü	50,13 (22,48-63,89)	49,31 (9,69)	
Cinsiyet			
Kadın	45,62 (13,20-69,65)	45,03 (11,22)	0,002*
Erkek	49,99 (16,01-68,11)	48,20 (10,77)	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Tablo 21. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

		SF-12		
Sosyodemografik		Mental Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
Değişkenler		Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Medeni durum				
Evli	49,13 (13,20-69,65)	47,88 (10,69)	<0,001*	
Evli Olmayan	44,91 (17,65-62,26)	43,33 (11,47)		
Çocuk sahibi olma durumu				
Hayır	44,91 (17,65-67,19)	43,23 (11,39)	<0,001*	
Evet	50,04 (13,20-69,65)	47,89 (10,72)		
Hanedeki kişi sayısı				
1 kişi	40,80 (19,58-62,26)	42,00 (11,23)	0,007**	
2-4 kişi	49,04 (13,20-69,65)	47,15 (11,04)		
5-9 kişi	49,73 (26,19-60,79)	47,74 (10,02)		
Meslek				
İşçi	51,18 (22,30-68,11)	48,46 (10,96)	<0,001**	
Memur	43,27 (18,84-61,83)	43,26 (11,00)		
Emekli	52,41 (13,20-69,65)	49,64 (10,53)		
Çalışmıyor	45,07 (17,65-67,19)	44,59 (10,69)		
Diğer	52,78 (19,82-64,79)	49,58 (11,68)		
Eğitim düzeyi				
Okuryazar ve altı	52,25 (32,45-63,27)	49,51 (11,42)	0,002**	
İlkokul	48,07 (19,82-68,11)	47,06 (10,57)		
Ortaokul	53,81 (13,20-65,30)	49,48 (11,79)		
Lise	50,51 (16,01-69,65)	46,99 (11,73)		
Lisans	47,69 (17,65-67,19)	46,81 (10,36)		
Lisansüstü	39,47 (19,58-61,60)	40,04 (10,37)		
Gelir düzeyi				
Gelir giderden fazla	47,71 (19,58-65,63)	46,06 (11,94)	0,506**	
Gelir gidere eşit	48,82 (16,01-68,11)	47,26 (10,36)		
Gelir giderden az	48,31 (13,20-69,65)	45,43 (11,86)		

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, p<0,05

Tablo 21. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre incelenmesi

Sosyodemografik Değişkenler	SF-12 Mental Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Sigara kullanımı			
Hayır	48,74 (13,20-67,19)	46,33 (10,87)	0,737**
Evet	47,59 (18,84-65,30)	46,19 (12,10)	
Bıraktım	48,90 (16,01-69,65)	47,61 (10,22)	
Alkol kullanımı			
Hayır	48,08 (13,20-69,65)	46,46 (11,15)	0,508**
Evet	49,77 (18,84-63,89)	46,41 (11,19)	
Bıraktım	55,38 (37,00-56,67)	51,58 (7,66)	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Çalışmada, MBÖ puanı en düşük olan hasta grupları arasında ruh ve sinir hastalığı olan katılımcılar ilk sırada yer almakta olup onları sırasıyla KBB hastalığı olanlar ile solunum sistemi hastalığı olanlar takip etmekte idi.

İlgili hastalığı bulunduran grup ile bulundurmayan grup olmak üzere iki bağımsız grubun MBÖ puanları arasındaki karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Çalışma grubundaki hastalar arasında tiroid hastalığı olanlar, olmayanlara göre; solunum sistemi hastalığı olanlar, olmayanlara göre; ruh ve sinir hastalığı olanlar, olmayanlara göre; GİS hastalığı olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanına sahip idi. Ayrıca, katılımcılardan hipertansiyon hastalığı olanlar, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek MBÖ puanına sahipti.

Çalışma grubundaki hastaların MBÖ puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi Tablo 22’de verildi.

Tablo 22. Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SF-12 Mental Bileşen Özet Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Hipertansiyon	46,16 (17,65-67,19)	44,80 (11,21)	50,85 (13,20-69,65)	48,91 (10,54)	<0,001
Diyabetes Mellitus	47,79 (13,20-69,65)	46,14 (11,18)	49,39 (22,30-68,11)	47,98 (10,77)	0,201
Tiroid Hastalıkları	49,20 (16,01-69,65)	47,18 (10,86)	41,81 (13,20-65,63)	43,22 (11,82)	0,011
Kardiyovasküler Hastalıklar	48,46 (13,20-69,65)	46,36 (11,16)	49,19 (19,26-68,11)	47,23 (10,96)	0,517
Dislipidemi	48,90 (17,65-69,65)	46,48 (10,82)	48,09 (13,20-64,79)	46,70 (12,15)	0,593
Kanser	49,02 (13,20-69,65)	46,73 (11,13)	40,49 (22,48-61,06)	42,42 (10,17)	0,061
Solunum Sistemi Hastalıkları	49,53 (13,20-69,65)	47,56 (10,60)	40,76 (16,01-63,89)	41,70 (12,24)	<0,001
Nörolojik Hastalıklar	48,98 (13,20-69,65)	46,76 (11,04)	44,87 (19,82-65,30)	43,87 (11,78)	0,169
Ruh ve Sinir Hastalıkları	49,22 (13,20-69,65)	47,06 (10,91)	42,26 (17,65-60,24)	41,43 (11,81)	0,005
Hepatobiliyer Hastalıklar	48,82 (13,20-69,65)	46,68 (11,07)	44,93 (22,30-60,59)	42,79 (11,71)	0,181
Üriner Sistem Hastalıkları	48,96 (13,20-69,65)	46,56 (11,21)	47,26 (22,48-60,79)	46,28 (10,11)	0,771
Romatizmal Hastalıklar	48,96 (13,20-69,65)	46,57 (11,16)	47,13 (21,22-61,02)	45,50 (10,16)	0,593

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Tablo 22. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının kronik hastalıklara göre incelenmesi

Kronik Hastalıklar	SF-12 Mental Bileşen Özet Puanı				p*
	Kronik Hastalık Yok		Kronik Hastalık Var		
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	49,13 (17,65-68,11)	46,87 (10,91)	44,27 (13,20-69,65)	45,17 (11,85)	0,210
Hematolojik Hastalıklar	48,55 (13,20-69,65)	46,62 (11,02)	49,31 (19,26-67,19)	45,43 (12,32)	0,645
GİS Hastalıkları	49,14 (16,01-69,65)	47,17 (10,87)	41,53 (13,20-61,83)	41,89 (11,83)	0,004
Dermatolojik Hastalıklar	48,64 (13,20-69,65)	46,59 (11,13)	47,62 (26,08-60,70)	45,17 (10,87)	0,547
KBB Hastalıkları	48,75 (13,20-69,65)	46,64 (11,01)	41,31 (19,57-64,28)	41,58 (14,74)	0,283
Diğer Endokrin Hastalıklar	48,74 (13,20-69,65)	46,57 (11,14)	41,48 (35,42-50,82)	42,30 (7,60)	0,289

*Mann-Whitney U testi, p<0,05

Bağımsız iki alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların MBÖ puanları arasındaki karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi ile yapıldı.

Çalışmadaki katılımcılardan bir kronik hastalığı olanlar, birden fazla kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanına sahiptirler.

Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olmayanlar, olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanı aldılar.

Bağımsız ikiden fazla alt grup bulunduran sağlık ile ilişkili değişkenlerdeki alt grupların MBÖ puanları arasındaki farklılıklar Kruskal Wallis testi ile incelendiğinde, alt gruplarının MBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunan herhangi bir değişken saptanmadı.

Çalışma grubundaki hastaların MBÖ puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi Tablo 23'te verildi.

Tablo 23. Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SF-12 Mental Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
VKİ			
Zayıf	45,48 (19,26-55,30)	40,01 (18,63)	0,210 **
Normal	46,55 (13,20-62,66)	44,48 (11,15)	
Fazla kilolu	48,98 (16,01-69,65)	47,21 (11,18)	
Obez	49,90 (21,22-68,11)	47,44 (10,93)	
Morbid obez	51,66 (36,90-60,59)	49,67 (7,90)	
Sahip olunan kronik hastalık sayısı			
Bir	50,45 (19,57-67,19)	48,14 (10,28)	0,017*
Birden fazla	47,38 (13,20-69,65)	45,40 (11,55)	
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Hayır	46,49 (22,05-67,19)	44,81 (10,63)	0,085*
Evet	46,96 (13,20-69,65)	46,96 (11,20)	
Sağlık kurumlarına başvuru sayısı			
2 veya daha az	50,72 (19,58-64,38)	46,62 (11,30)	0,399**
3-5 kez	48,96 (19,26-65,63)	47,70 (10,46)	
6-8 kez	48,58 (16,01-69,65)	46,04 (10,82)	
9 veya daha fazla	47,49 (13,20-68,11)	45,37 (12,04)	
Hastanede yatarak tedavi görme durumu			
Hayır	49,97 (17,65-64,38)	46,48 (11,33)	0,213**
Evet, son 1 yıl içerisinde	46,06 (21,22-61,84)	45,24 (10,67)	
Evet, 1-4 yıl önce	47,64 (16,01-69,65)	45,75 (11,44)	
Evet, 5-10 yıl önce	51,36 (13,20-65,30)	49,42 (9,87)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	47,05 (18,84-68,11)	46,23 (11,46)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

Tablo 23. (Devam) Çalışma grubundaki hastaların SF-12 Mental Bileşen Özet puanlarının sağlık ile ilişkili değişkenlere göre incelenmesi

Sağlık ile İlişkili Değişkenler	SF-12 Mental Bileşen Özet Puanı		Test Değeri p
	Medyan (Min-Maks)	Ort (SS)	
Ameliyat olma durumu			
Hayır	49,12 (17,65-64,38)	46,51 (10,83)	0,761**
Evet, son 1 yıl içerisinde	47,38 (25,36-61,84)	45,58 (10,76)	
Evet, 1-4 yıl önce	48,73 (22,77-69,65)	47,31 (10,95)	
Evet, 5-10 yıl önce	50,37 (13,20-65,20)	47,59 (12,06)	
Evet, 10 yıldan uzun süre önce	46,84 (16,01-68,11)	45,93 (11,28)	
Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu			
Hayır	51,04 (18,84-69,65)	48,44 (10,74)	0,002*
Evet	46,55 (13,20-65,30)	45,03 (11,19)	
Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu			
Hayır	48,90 (17,65-69,65)	46,91 (10,92)	0,089*
Evet	46,50 (13,20-63,07)	43,63 (12,20)	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi, $p<0,05$

Çalışmada, SAÖ'nün toplam ve alt boyut puanları ile SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bileşenleri olan FBÖ ve MBÖ puanlarının ilişkilerini incelemek amacıyla Spearman korelasyon analizi gerçekleştirildi.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile FBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon olduğu saptandı ($r=-0,345$; $p<0,001$).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile MBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon varlığı tespit edildi ($r = -0,477$; $p<0,001$).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutu puanı ile FBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon varlığı saptandı ($r=-0,348$; $p<0,001$).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin "Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı" alt boyutu puanı ile MBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon olduğu tespit edildi ($r=-0,454$; $p<0,001$).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutu puanı ile FBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon varlığı saptandı ($r=-0,201$; $p<0,001$).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin "Hastalığın Olumsuz Sonuçları" alt boyutu puanı ile MBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon olduğu tespit edildi ($r=-0,368$; $p<0,001$).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile FBÖ ve MBÖ puanları arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 24'te verildi.

Tablo 24. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile SF-12 Fiziksel ve Mental Bileşen Özet puanları arasındaki korelasyon ilişkisi

		SAÖ Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Alt Boyutu Puanı	SAÖ Hastalığın Olumsuz Sonuçları Alt Boyutu Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı
FBÖ Puanı	<i>r</i>	-0,348	-0,201	-0,345
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
MBÖ Puanı	<i>r</i>	-0,454	-0,368	-0,477
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001

TARTIŞMA

Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran kronik hastalığı olan erişkinlerde gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada kronik hastalıkların, sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesine tesirlerini irdeledik. Aynı zamanda sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi de araştırdık.

Bu çalışmada, katılımcıların SAÖ toplam puanlarının ortalamasını $15,78 \pm 7,76$, SAÖ gövde alt boyutu puanlarının ortalamasını $12,32 \pm 6,23$ ve SAÖ ek alt boyutu puanlarının ortalamasını $3,45 \pm 2,39$ olarak saptadık. Bahadır Yılmaz ve ark.'nın (148), hastanede yatarak tedavi gören hastalarda SAÖ kullanarak gerçekleştirdikleri bir çalışmada, SAÖ toplam puanı ortalaması $17,34 \pm 8,45$, SAÖ gövde alt boyutu puanı ortalaması $13,39 \pm 6,97$, SAÖ ek alt boyutu puanı ortalaması $3,94 \pm 2,70$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, Bahadır Yılmaz ve ark.'nın (148) alışmasına göre daha düşük SAÖ puan ortalamaları saptadık. Bizim örneklemimiz, ayaktan poliklinik başvurusunda bulunan hastalardan oluşmaktadır. Bahadır Yılmaz ve ark. (148), örneklemlerini çalışmanın uygulandığı zamanda mevcut hastalıklarının kontrolünün sağlanması için hastanede yatarak tedavi görmesi gereken hastalardan oluşturmuşlardır. İki araştırma arasındaki bu örneklem farkının, SAÖ puan ortalamalarındaki farka neden olduğunu düşünmekteyiz. Cumbul Ayhan (149), aile sağlığı merkezinde yaptığı bir çalışmada, katılımcıların SAÖ toplam puanı ortalamasını $13,39 \pm 6,87$, SAÖ gövde alt boyutu puanı ortalamasını $10,63 \pm 5,60$ ve SAÖ ek alt boyutu puanı ortalamasını $2,76 \pm 2,30$ olarak lmştur. Bu SAÖ puanları, bizim çalışmamızda bulunan SAÖ puanlarına göre düşüktür. Bunun nedeninin, bizim çalışmamızda dahil etme kriteri olarak en az bir kronik

hastalık sahibi olma şartı bulunmasına rağmen Cumbul Ayhan'ın (149) çalışmasındaki dahil etme kriterlerinde böyle bir şartın aranmaması olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda kadın hastaların, erkek hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını saptadık. SAÖ ek alt boyutu puanı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmadık. Bu, kadınların erkeklere göre daha yüksek toplam sağlık anksiyetesi ile daha yüksek bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık ve kaygıya sahip olduklarını göstermektedir. Literatürde, cinsiyetin sağlık anksiyetesine tesirini, bireylerin aldıkları SAÖ toplam puanı ve/veya SAÖ alt boyut puanlarını ölçerek değerlendiren pek çok çalışma mevcuttur. Aktaş'ın (150) ve Dülger'in (151) yaptıkları çalışmalarda, cinsiyetler arasında SAÖ toplam puanı ve/veya SAÖ alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Meriç (97) ise çalışmasında SAÖ toplam ve SAÖ ek alt boyutu puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulmamış iken kadınların erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı aldıklarını tespit etmiştir. Cumbul Ayhan (149), Bahadır Yılmaz ve ark. (148), Canatar (152) ve Doğan'ın (153) çalışmalarında kadın hastaların erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip oldukları saptanmış, SAÖ ek alt boyutu puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Görüldüğü üzere bizim bulgularımız, literatürde yer alan çalışmaların pek çoğu ile örtüşmektedir. Kadınların iş gücüne katılımları, erkeklere kıyasla ülkemizde oldukça azdır (154). Bu durum, kadınların gelir sahibi olmalarını zorlaştırmaktadır. Geliri olmayan kadınlar, yeni bir hastalığa yakalanmaları durumunda, hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde oluşacak maddi kayıplara karşı savunmasızdırlar. Kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olmalarında, bu durumun etkili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda evli olmayanların, evli olanlara göre anlamlı seviyede daha yüksek SAÖ toplam ve SAÖ ek alt boyutu puanlarına sahip olduklarını saptadık. SAÖ gövde alt boyutu puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulmadık. Medeni halin sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen araştırmalar literatürde mevcuttur. Canatar (152), çalışmasında evli olan bireyler ile evli olmayan bireyler arasında SAÖ toplam ve SAÖ alt boyut puanlarında anlamlı farklılıklar saptamadığını bildirmiştir. Can'ın (93) ve Kayan'ın (155) yaptıkları çalışmalarda, evli olanlar ile evli olmayanlar arasında SAÖ toplam puanı bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. Avçin ve Erkoç (86), 18-65 yaş arası erişkinlerde gerçekleştirdikleri çalışmada, evli olanların evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha

yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı aldıklarını bulmuşlar fakat medeni durumun SAÖ toplam puanı ve SAÖ ek alt boyutu puanını etkilemediğini bildirmişlerdir. Ulubinar (156), 65 yaş ve üstü kişilerde yaptığı çalışmada evli olmayanların, evli olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek SAÖ toplam, gövde alt boyut ve ek alt boyut puanlarına sahip olduklarını saptamıştır. Görüldüğü üzere literatürde medeni halin sağlık anksiyetesine tesiri hususunda bir fikir birliği mevcut değildir. Bizim çalışmamızdaki evli olmayanların, evli olanlara göre daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olmalarını; hayat arkadaşı eksikliği, hastalık gibi zor zamanlarda kişiye destek sağlayacak bireyin olmaması ve yalnızlık hissiyle açıklamaktayız.

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayanların, çocuk sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını saptadık. Çocuk sahibi olma durumunun SAÖ ek alt boyutuna anlamlı bir etkisini tespit etmedik. Bu bulguyu, çocuk sahibi olanların düşüncelerini ve kaygılarını, çocuklarının hayatı ve sağlığı üzerine toplayıp kendilerini geri plana atmalarına bağlıyoruz. Literatürde de çocuk sahibi olma durumunun sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen araştırmalar mevcuttur. Canatar (152), aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda bir araştırma gerçekleştirmiş ve çocuk sahibi olanların, çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını tespit etmiş bununla birlikte SAÖ toplam puanı ve SAÖ ek alt boyutu puanının çocuk sahibi olanlar ile çocuk sahibi olmayanlar arasında anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Doğan (153), çalışmasında çocuk sahibi olanlar ile çocuk sahibi olmayanlar arasında SAÖ toplam puanı ve SAÖ alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark saptamamıştır. Kayacı (157), hemşirelerde yaptığı bir çalışmada çocuk sahibi olanların, çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanı aldıklarını tespit etmiştir. Görüldüğü üzere, literatürde çocuk sahibi olma durumunun sağlık anksiyetesine tesiri hususunda farklı bulgular mevcuttur.

Çalışmamızda çalışmayanların, emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını tespit ettik. Meslek grupları arasında SAÖ toplam puanı ile SAÖ ek alt boyutu puanı açısından anlamlı farklılıklar saptamadık. Bu bulgumuz, çalışmayanların emeklilere göre vücutsal semptomlara karşı daha fazla duyarlı ve endişeli olduklarını göstermektedir. Bunu da çalışmayanlar ve emekliler arasında düzenli gelir açısından farklılık olmasına bağlamaktayız. Kendilerine ait düzenli bir gelirleri olmadığı için çalışmayanların, herhangi bir sağlık sorunu sonucunda vuku bulabilecek ekonomik kayıplara karşı daha az dayanıklı olabileceklerini ve bu durumun çalışmayanların bedensel belirtilere karşı duyarlılık ve kaygılarında anlamlı yükseliğe sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde de mesleğin sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Kayan (155), mesleklere göre sağlık anksiyetesini değerlendirdiği bir araştırmasında ev hanımı, memur, işçi, emekli ve diğer meslek grupları arasında sağlık anksiyetesi açısından anlamlı fark saptamamıştır. Tıklar (158), bir çalışmada bireylerin mesleklerine göre sağlık anksiyetelerini SAÖ kullanarak değerlendirmiş; çalışan, çalışmayan ve emekli grupları arasında hem SAÖ toplam puanı hem de SAÖ alt boyut puanları açısından anlamlı fark tespit etmemiştir. Varlı (159), çalışmada emekli, çalışan ve çalışmayan grupların sağlık anksiyetelerini ölçmüş bunun sonucunda çalışmayanların, emekli olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olduklarını bildirmiştir. Araştırmamızdaki bulgumuz, Varlı'nın (159) bulgusu ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda kardiyovasküler hastalığı olan katılımcıların, kardiyovasküler hastalığı olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek SAÖ toplam puanına ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını tespit ettik. Kardiyovasküler hastalık bulundurmanın, SAÖ ek alt boyutu puanında anlamlı bir farka neden olmadığını saptadık. Bulgularımız, kardiyovasküler hastalıkların, sağlık anksiyetesini tetikleyen hastalıklar arasında öne çıkan kategorilerden olduğunu göstermektedir. Kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerde olabilecek çarpıntı ve göğüs ağrısı gibi semptomların, bireylerin sağlık anksiyetelerini ve bedensel belirtilere duyarlılıklarını tetiklediğini düşünüyoruz. Literatüre bakıldığında da kardiyovasküler hastalıkların sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen pek çok araştırma görmek mümkündür. Norbye ve ark.'nın (160) Norveç'te gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerin, kontrol grubundaki sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Sirri ve ark.'nın (161) İtalya'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kalp nakli olmuş hastaların, kontrol grubundaki sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip oldukları bulunmuştur. Smeijers ve ark.'nın (162) gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kardiyomiyopatisi olan bireylerin sağlıklı kontrol grubundakilere göre daha yüksek sağlık kaygısı taşıdıkları saptanmıştır. Bu bulgular, çalışmamızda saptadığımız bulgular ile tutarlılık göstermektedir.

Çalışmamızda tiroid hastalığı olanların, tiroid hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı aldıklarını saptadık. SAÖ toplam puanı ve SAÖ ek alt boyutu puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark tespit etmedik. Literatürde tiroid hastalıklarının, sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen çalışma bulamadık. Önceki çalışmalar, daha çok tiroid hastalıklarının genel anksiyeteye ve depresyona tesirlerini

irdelemişlerdir. Brandt ve ark.'nın (163) gerçekleştirdikleri bir araştırmada, hipertiroidili hastaların toplumun geri kalanına göre anlamlı düzeyde daha çok psikiyatrik hastalık nedeni hastane yatışı gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Siegmann ve ark. (164) gerçekleştirdikleri meta-analizde otoimmün tiroid hastalığı olanlarda, sağlıklı kişilere göre depresyon ve anksiyete bozukluklarının anlamlı düzeyde daha sık görüldüklerini bildirmişlerdir. Aynı zamanda hem bizim çalışmamızda hem de literatürdeki araştırmalarda, sağlık anksiyetesi ile diğer ruh ve sinir hastalıklarının birliktelik gösterdikleri tespit edilmiştir (165-168). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, kronik tiroid hastalıkları, diğer ruh ve sinir hastalıklarının görülme sıklığını arttırarak sağlık anksiyetesini tetiklemiş olabilir.

Çalışmamızda dislipidemi tanısı olanların, dislipidemi tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede hem daha yüksek SAÖ toplam puanına hem de daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı ve SAÖ ek alt boyutu puanına sahip olduklarını saptadık. Anormal lipid seviyelerinin sekonder kronik hastalıklara neden olarak hastalarda sağlık anksiyetesini tetiklemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Literatürde dislipidemi ile sağlık anksiyetesi arasındaki bağı irdeleyen çok az çalışma mevcuttur. Bu az sayıdaki çalışmalardan biri olan Kwon ve ark.'nın (169) çalışmasında, hipokolesterolemisi olan kişilerden oluşan grup ile sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu sağlık anksiyetesi açısından mukayese edilmiş ve hipokolesterolemisi olanların anlamlı derecede daha yüksek sağlık anksiyetesi taşıdıkları saptanmıştır. Bitskinashvili ve Kakuridze' nin (170) Tiflis'te gerçekleştirdikleri çalışmada, kan lipid düzeyleri ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Freedman ve ark.'nın (171) erkeklerde yaptıkları çalışmada, normalden yüksek trigliserid ve total kolesterol seviyeleri ile birlikte normalden düşük hdl kolesterol düzeyleri, yüksek sağlık anksiyetesiyle ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmalarda elde edilen bulgular ile çalışmamızda ortaya koyduğumuz bulgular örtüşmektedir.

Çalışmamızda kanser hastalığı olanların, kanser hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanı aldıklarını yani bedensel belirtilere daha fazla duyarlı ve daha kaygılı olduklarını tespit ettik. SAÖ toplam puanı ve SAÖ ek alt boyutu puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptamadık. Kanser hastalarının bedensel belirtilere daha fazla duyarlı ve daha kaygılı olmalarına; metastaz riskine ve ölüme karşı duydukları korku nedeniyle vücutlarında oluşan algısal ve yapısal değişiklikleri, ön yargı ile yorumlamaları neden olmuş olabilir. Literatürde kansere sahip olan bireylerde sağlık anksiyetesini irdeleyen pek fazla çalışma yoktur. Kanser hastalarında gerçekleştirilen çalışmalar; genel anksiyete, depresyon ve kanser rekürrens endişesine odaklanmıştır. Jones ve

ark.'nın (172) yaptıkları bir çalışmada, meme kanseri hastaları arasında klinik olarak anlamlı sağlık anksiyetesi prevalansı %23,4 olarak tespit edilmiş aynı zamanda kanser evresi ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Mahmoodzadeh ve Rajabi (173), meme kanseri olan bireylerde, sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık anksiyetesi saptadıklarını bildirmişlerdir. Zoltek ve ark. (174), diferansiye tiroid kanseri hastalarında sağlık anksiyetesini irdelemişler ve klinik olarak anlamlı sağlık anksiyetesi prevalansını %16 olarak bulmuşlardır. Diferansiye tiroid kanseri hastalarında tespit ettikleri klinik olarak anlamlı sağlık anksiyetesi düzeylerinin muhtemelen genel popülasyondan yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Literatürdeki bu bulgular, bizim bulgularımız ile kısmen örtüşmektedir.

Çalışmamızda ruh ve sinir hastalığı olanların, ruh ve sinir hastalığı olmayanlara göre hem anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına hem de anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını tespit ettik. Bu iki grup arasında SAÖ ek alt boyutu puanı açısından anlamlı bir fark bulmadık. Bu sonuç, ruh ve sinir hastalığı bulunduranın hem hissedilen toplam sağlık anksiyetesini hem de bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı arttırdığını göstermektedir. Ruh ve sinir hastalığı bulunduran bireylerin toplumdaki dışlanmaları ve sosyal çevreden soyutlanıp bir başına kalmaları, bireyleri kendi vücutlarına daha fazla odaklanmaya ve sağlıkları ile ilgili daha fazla kaygı duymaya itmiş olabilir. Aynı zamanda psikiyatrik hastalıklarda meydana gelebilen uyku bozukluklarının, kilo değişikliklerinin bedensel algılarda bozulmaya neden olup sağlık anksiyetesini tetikleyebileceğine inanıyoruz. Literatürde mevcut olan pek çok araştırma da çeşitli ruh ve sinir hastalığı tanılarının sağlık anksiyetesi ile ilişkisini ortaya koymuştur. Scarella ve ark.'nın (165) yaptıkları çalışmada, sağlık anksiyetesinin diğer anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sakai ve ark.'nın (166) yaptıkları bir çalışmada, hipokondriyak hastaların %76,5'inde kişilik bozuklukları saptanmıştır. Noyes (167), çalışmasında sağlık anksiyetesinin başka spesifik fobi, agorafobi ve panik bozukluk gibi anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Khani ve ark. (168), hemşirelerde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hipokondriyazis ile depresyon arasında güçlü bir ilişki bulmuştur. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile tutarlıdır.

Çalışmamızda hepatobiliyer hastalığı olanların, hepatobiliyer hastalığı olmayanlara göre hem anlamlı derecede daha yüksek SAÖ toplam puanı hem de daha yüksek SAÖ alt boyut puanları aldıklarını saptadık. Bu, hepatobiliyer hastalık sahibi olmanın sağlık anksiyetesini arttırıcı etkide bulunduğunu ifade etmektedir. Hepatobiliyer hastalıkların

özellikle ileri evrelerinde meydana gelebilecek vücutsal değişikliklerin hastaların sağlık anksiyetelerini tetiklemiş olabileceğine inanıyoruz. Literatürde ise hepatobiliyer hastalıkların sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen araştırma bulamadık. Hepatobiliyer hastalığı olanlardaki çalışmalarda, depresyon ve anksiyete gibi ruh ve sinir hastalıkları konu alınmıştır (175,176). Popovic ve ark.'nın (175) Belgrad'taki bir gastroenteroloji kliniğinde gerçekleştirdikleri çalışmada, kronik hepatobiliyer hastalığı olanlarda depresyon prevalansı %62,9, belirgin anksiyete prevalansı %13,4 olarak saptanmıştır. Hasar görmüş bir karaciğerin, kanı yetersiz temizlemesi sebebiyle nöropatojenik moleküllerin ve toksinlerin kanda birikmesi bu sonucun nedeni olarak belirtilmiştir. Lee ve ark.'nın (177) yaptıkları çalışmada, kronik karaciğer hastalıkları ile depresyon arasında sıkı bir ilişki tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere, hepatobiliyer hastalıklar ile ruh ve sinir hastalıkları arasında bir ilişki olduğu literatürde ortaya konmuştur. Aynı zamanda hem bizim çalışmamızda hem de literatürdeki araştırmalarda, sağlık anksiyetesi ile diğer ruh ve sinir hastalıkları arasında ilişki tespit edilmiştir (165-168). Bundan dolayı, hepatobiliyer hastalıklar, diğer ruh ve sinir hastalıklarını tetikleyerek sağlık anksiyetesinde artışa neden olmuş olabilirler.

Çalışmamızda kas-iskelet sistemi hastalığına sahip olanların, kas-iskelet sistemi hastalığına sahip olmayanlara göre hem anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanına hem de anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde ve ek alt boyut puanlarına sahip olduklarını dolayısıyla kas-iskelet hastalığına sahip olmanın bireylerde sağlık anksiyetesinde artışa neden olduğunu saptadık. Bu durumun, kas-iskelet sistemi hastalıklarında oluşabilecek ağrı ve hareket kısıtlılığının bireyin günlük işlerini ve aktivitelerini etkilemesi sonucunda oluştuğunu düşünmekteyiz. Literatürde de kas-iskelet sistemi hastalıklarının sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Uçar ve ark.'nın (178) yaptıkları çalışmada, fibromiyalji hastalığına sahip bireylerden oluşan grup ile sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu sağlık anksiyetesi açısından mukayese edilmiş ve fibromiyalji hastalarından oluşan grubun anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olduğu saptanmıştır. Özsoy ve Okan'ın (179) gerçekleştirdikleri çalışmada; fibromiyalji, osteoartrit, lomber disk hernisi ve servikal disk hernisi hastalarından oluşan hasta grubu, sağlıklı kontrol grubu ile sağlık anksiyetesi açısından mukayese edilmiş fakat SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanı açısından gruplar arası anlamlı fark tespit edilmemiştir. SAÖ ek alt boyutu puanının ise kontrol grubunda, hasta grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gül ve ark.'nın (180) gerçekleştirdikleri araştırmada, miyofasiyal ağrı sendromlu hastaların sağlık anksiyeteleri ile sağlıklı kontrol grubundaki kişilerin sağlık anksiyeteleri mukayese edilmiş ve

hasta olan grupta anlamlı seviyede daha yüksek sağlık anksiyetesi olduğu saptanmıştır. Görüldüğü üzere bulgularımız, literatürdeki araştırmaların çoğunun bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda kronik hastalık sayısının sağlık anksiyetesine tesirini bulmak için bir kronik hastalığı olan katılımcılar ile birden fazla kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık anksiyetelerini mukayese ettik. Birden fazla kronik hastalığı olanların, bir tane kronik hastalığı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını yani daha yüksek sağlık anksiyetesi taşıdıklarını tespit ettik. Kronik hastalık sayısındaki artışın; hastaların hissettikleri semptom sayısında ve şiddetinde artışa neden olduğunu bunun da kişilerin hissettikleri sağlık anksiyetesinde artışa sebebiyet verdiğini düşünüyoruz. Literatürde de kronik hastalık bulundurma durumunun ve bulundurulmuş kronik hastalık sayısının sağlık anksiyetesine tesirini tetkik eden çalışmalar mevcuttur. Canatar (152), çalışmada kronik hastalığa sahip olmanın sağlık anksiyetesini yükselttiğini bulmuştur. Aktürk Oğulluk (181), araştırmasında kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olduğunu saptamıştır. Yang ve ark.'nın (73) örneklemini 60 yaş ve üzeri 893 katılımcıdan meydana gelen çalışmalarında, katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık anksiyetelerinin de artış gösterdiği bildirilmiştir. Bu çalışmaların bulguları, bizim bulgularımızla örtüşmektedir.

Çalışmamızda, sağlık kurumlarına başvuru sayısının sağlık anksiyetesi ile ilişkisini değerlendirdik. Son bir sene içerisinde, sağlık kurumlarına 2 veya daha az başvurusu olanların, 6-8 kez başvurusu olanlar ile 9 veya daha fazla başvurusu olanlara göre anlamlı derecede daha düşük SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını tespit ettik. Aynı zamanda son bir sene içinde, sağlık kurumlarına 3-5 kez başvurusu olanların da 6-8 kez başvurusu olanlar ile 9 veya daha fazla başvurusu olanlara göre anlamlı derecede daha düşük SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını saptadık. Bu bulgular, son bir yıldaki sağlık kurumu başvuru sayısı beşin üzerine çıktığında sağlık anksiyetesinin anlamlı düzeyde arttığını göstermektedir. Düşüncemize göre burada çift yönlü bir ilişki söz konusudur. Hastaneye sık başvuran bir hastanın, seyrek başvuran bir hastaya göre hastalık sayısı daha fazla ve hastalık şiddeti daha yüksek olabilir. Bu durumların sağlık anksiyetesini artırıcı etkide bulunmuş olabileceğine inanıyoruz. Aynı zamanda, hastanede daha çok zaman geçiren kişilerin ileri evre hastalığı olan diğer bireylere daha çok maruz kalmalarının, kişilerin sağlık kaygılarında yükselmeye neden olmuş olabileceğini

düşünüyoruz. Öte yandan, sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerin, gerçek bir tıbbi neden bulunmaksızın oluşan yakınmalarına çare bulabilmek amacıyla sağlık kurumlarına oldukça sık bir şekilde başvuruda bulunduklarını düşünmekteyiz. Literatürde de sağlık anksiyetesi ve sağlık kurumlarına başvuru sayısı arasındaki ilişkiyi irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Canatar (152), çalışmasında son 1 sene içerisinde sağlık kurumlarına 9 veya daha fazla başvurusu olan bireylerin, 2 veya daha az başvurusu olanlar ile 3-5 kez başvurusu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olduklarını bildirmiş ve sağlık anksiyetesi ile sağlık kurumları başvuru sayısı arasında pozitif bir korelasyon olduğunu tespit etmiştir. Bobevski ve ark.'nın (76) Avustralya'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada, yüksek sağlık anksiyetesine sahip olan kişilerin, sağlık anksiyetesi düşük olan kişilere göre sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürdeki bu bulgular, bizim bulgularımız ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda, kişilerin hastanede yatarak tedavi görme durumlarının sağlık anksiyetesine tesirini inceledik. Bu incelemede, hastane yatışı olmayanlar ile hastane yatışı olanların SAÖ puanlarını mukayese ettik. Aynı zamanda hastane yatışının günümüze yakınlığının sağlık anksiyetesine tesirini de ölçmeyi hedefledik. Çalışmamızda, hastanede yatarak tedavi görmemiş olanlar ile en son hastane yatışı 5-10 yıl önce olanların, en son hastane yatışı 1-4 yıl önce olanlara göre anlamlı derecede daha düşük SAÖ toplam puanı aldıklarını tespit ettik. Yine çalışmamızda, hastanede yatarak tedavi görmemiş olanlar ile en son 10 yıldan uzun süre önce hastanede yatmış olanlar, en son 1-4 yıl önce hastanede yatarak tedavi görmüş olanlara göre anlamlı derecede daha düşük SAÖ gövde alt boyutu puanı aldılar. Ek olarak en son hastane yatışı son 1 yıl içerisinde olanlar ile 1-4 yıl içerisinde olanlar, en son hastane yatışı 5-10 yıl önce olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ gövde alt boyutu puanına sahiptiler. Gruplar arasında SAÖ ek alt boyutu puanı açısından anlamlı fark mevcut değildi. Buradan hastanede en son yatış zamanı günümüze yaklaştıkça SAÖ toplam ve gövde alt boyutu puanlarında artış olduğu yani günümüze daha yakın zamanda hastanede yatan kişilerde, sağlık kaygısının ve vücutlarında oluşan belirtilere karşı duyarlılığın daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılabilir. Yine hastane yatışı olmayanların, günümüze yakın hastane yatışı olan bireylere göre anlamlı derecede daha düşük SAÖ toplam ve gövde alt boyutu puanı aldıkları söylenebilir. Hastanede yatmayı gerektirecek ciddi bir sağlık sorununa sahip olan bireylerin, daha hafif sağlık sorunu olan ve hastaneye yatması gerekmemiş bireylere göre daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olmalarını ve bedensel belirtilere karşı daha fazla duyarlılık göstermelerini doğal buluyoruz. Yine bu bireyler, hastanede yattıkları süreçte,

hastalıklarının son evresindeki başka hastalarla aynı ortamda bulunmuş ve psikolojik olarak bu durumdan olumsuz etkilenmiş olabilirler. Literatürde de hastanede yatarak tedavi görme durumunun sağlık anksiyetesine tesirini irdeleyen pek çok araştırma mevcuttur. Canatar (152), hastane yatış öyküsü bulunanlar ile hastane yatış öyküsü bulunmayanlar arasında SAÖ toplam ve alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptamamıştır. Işık (182), sağlık çalışanlarında gerçekleştirdiği çalışmada hastane yatış öyküsü olanlar ile hastane yatış öyküsü olmayanlar arasında SAÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptamamıştır. Literatürdeki bu çalışmaların bulguları, mevcut çalışmamızın bulguları ile örtüşmemektedir. Bunun nedeni, literatürdeki diğer araştırmalarda en son yatış zamanının karşılaştırmalı analizlerde dikkate alınmaması olabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların yakınlarında ve/veya akrabalarında ciddi bir hastalık olma durumunun sağlık anksiyetesine tesirini irdeledik. Ciddi bir hastalığı olan yakını ve/veya akrabası olanların, ciddi bir hastalığı olan yakını ve/veya akrabası olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek SAÖ toplam puanı ve SAÖ gövde alt boyutu puanına sahip olduklarını tespit ettik. Bunun sonucunda ciddi bir akrabası/yakını olma durumunun; bireylerin sağlık anksiyetelerinde, vücutlarındaki belirtilere karşı duyarlılıklarında artışa neden olduğunu ortaya koyduk. Yakınları ve/veya akrabalarında ciddi bir hastalığı olan kişilerin, hastalıkların yaşam üzerindeki olumsuz etkilerine daha fazla tanık olduklarını bundan dolayı daha fazla psikolojik strese maruz kaldıklarını düşünüyoruz. Aynı zamanda bu kişiler, yakınlarıyla empati yaparak kendi sağlıklarında bozulma meydana geldiğinde neler yaşayabileceklerini de düşünmüş olabilirler. Tüm bunların, sağlık anksiyetesini tetiklemiş olabileceğini düşünüyoruz. Daha önceden yapılmış araştırmalarda da bu durumun sağlık anksiyetesine tesiri irdelenmiştir. Bilani ve ark.'nın (183) Lübnan'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerde anlamlı sağlık anksiyetesi prevalansı %21 olarak bildirilmiştir. Alberts ve ark.'nın (184) Kanada'da 444 genç erişkin arasında gerçekleştirdikleri çalışmada, ebeveynleri hasta olan kişilerin, ebeveynleri sağlıklı olan kişilere göre anlamlı derecede daha yüksek sağlık anksiyetesi taşıdıkları tespit edilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda tespit ettiğimiz bulgular ile tutarlıdır.

Çalışmamızda, evde baktığı hasta olan herhangi bir yakını olanlar ile evde baktığı hasta olan herhangi bir yakını olmayanları sağlık anksiyetesi açısından mukayese ettik. Bunun sonucunda evde baktığı hasta olan herhangi bir yakını olanların anlamlı derecede daha yüksek SAÖ ek alt boyutu puanına sahip olduklarını yani hastalıkların olumsuz neticeleri yönünden daha yüksek endişeye sahip olduklarını tespit ettik. Evde bakım hastalarının genellikle

hastalıklarının son ve en ağır döneminde olan bireylerden oluşmasının, bu durumun meydana gelmesinde rol oynadığını düşünmekteyiz. Hastalığının son dönemindeki bireylere bakım veren kişilerin, psikolojik olarak her hastanın eninde sonunda son dönem hastalığa yakalanacağı yanılgısına düşüp hastalıkların sonuçları hakkında daha olumsuz görüşlere sahip olabileceklerine inanıyoruz. Literatürde de hasta olan kişilere bakım verenlerin sağlık anksiyetelerine odaklanan pek çok araştırma vardır. Kabakaş (185), kanser hastalarına bakım veren bireyler ile kontrol grubunu sağlık anksiyetesi açısından mukayese etmiş ve kanser hastalarına bakım veren bireylerin, kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek SAÖ toplam puanı ve SAÖ alt boyut puanları aldıklarını yani daha yüksek sağlık anksiyetesine sahip olduklarını bulmuştur. Kayan (155), palyatif hastalara bakım verenlerde yaptığı çalışmada, bakım veren yükünün sağlık anksiyetesi ile pozitif korelasyon gösterdiğini saptamıştır. Barghbani ve ark.'nın (186) gerçekleştirdikleri çalışmada, bakıcılarda bakım veren yükü arttıkça sağlık anksiyetesinin artış gösterdiği bildirilmiştir. Bu araştırmalar bizim sonuçlarımızla kısmen tutarlıdır. Biz evde bakım verdiği hastası olanlar ile olmayanlar arasında sadece SAÖ ek alt boyutu puanında anlamlı fark saptadık. SAÖ toplam ve gövde alt boyut puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulmadık.

Çalışmamızdaki katılımcıların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanları incelediğimizde, FBÖ puanı ortalamasının $45,31 \pm 9,97$ olduğunu ve MBÖ puanı ortalamasının $46,53 \pm 11,11$ olduğunu tespit ettik. Öztürk (187), 65 yaş ve üstü bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada, FBÖ puanı ortalamasını $34,21 \pm 25,12$ ve MBÖ puanı ortalamasını $41,81 \pm 17,87$ olarak saptamıştır. Bu ortalamalar, çalışmamızda tespit ettiğimiz puan ortalamalarına göre düşüktür. Bu sonucu araştırmalar arasındaki örneklem farkına bağlıyoruz. Öztürk (187), ikinci basamak sağlık hizmetine başvuran yaşlı hastalarda çalışmasını gerçekleştirmiştir. Bu hastaların sahip oldukları hastalıkların şiddetleri, yaşlılığa bağlı kırılganlıkları ve yaşlılık nedenli fiziksel fonksiyon kayıpları çalışmamızdaki örnekleme göre daha fazla olacağından ortalamalar arasında farklılıklar oluştuğunu düşünüyoruz. Akçilek (141), üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmasında, FBÖ puanı ortalamasını $50,45 \pm 7,46$ ve MBÖ puanı ortalamasını $40,31 \pm 11,08$ olarak saptamıştır. Akçilek'in (141) çalışmada FBÖ puanı bizim çalışmamıza göre yüksektir. Bu farklılığı, çalışmayı uyguladığı örneklemin bizim çalışmamızdaki örnekleme göre oldukça genç olmasına bağlamaktayız. Bizim çalışmamızda da genç bireyler, yaşlı bireylere göre yüksek FBÖ puanlarına sahiptir. Aynı zamanda bizim çalışmamızdaki en az bir kronik hastalığa sahip olma şartının, Akçilek'in (141) araştırmasında bulunmamasının bizim çalışmamıza göre nispeten

daha yüksek FBÖ puanlarına ulaşılmasına neden olduğunu düşünmekteyiz. Akçilek'in (141) araştırmasında elde ettiği MBÖ puanı bizim araştırmamıza göre daha düşüktür. Bunun nedeninin, araştırmamızda her eğitim düzeyinde katılımcı olmasına rağmen Akçilek'in (141) çalışmasında sadece üniversite öğrencilerinin bulunması olduğuna inanıyoruz. Biz de çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek olduğunda MBÖ puanının düştüğünü tespit ettik.

Çalışmamızda, 65 yaş ve üstü yaş grubundaki katılımcıların; 35-49 yaş grubundakilere ve 18-34 yaş grubundakilere göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına yani daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit ettik. Ayrıca 50-64 yaş grubundaki bireylerin de 18-34 yaş grubundakilere göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı aldıklarını yani daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını ortaya çıkardık. Bu bulgularımız, yaşlı grupların genç gruplara göre daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Buna, yaşlandıkça sıklığı artan ve vücudun fiziksel yapısını etkileyen kronik hastalıkların neden olduğunu düşünüyoruz. Literatürde yaştan fiziksel yaşam kalitesine tesirlerini irdeleyen çalışmalar bulunmaktadır. Attal ve ark.'nın (188) nöropatik ağrılı hastalarda SF-12 kullanarak yaptıkları bir araştırmada, 35 yaş altı katılımcıların; 35-49 yaş, 50-64 yaş, 65 yaş ve üstü katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek fiziksel yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Alonso ve ark.'nın (189) yaptıkları çalışmada 18-34 yaş aralığındaki katılımcıların, 65 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek fiziksel yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir. Bu bulgular da çalışmamızda tespit ettiklerimizi desteklemektedir. Araştırmamızda, 18-34 yaş grubundaki katılımcıların, 50-64 yaş grubundaki katılımcılar ile 65 yaş ve üstü katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanı aldıklarını yani daha düşük mental yaşam kalitesine sahip olduklarını saptadık. Uzun süredir hayatta olmalarına bağlı olarak yaşamlarındaki arzularına ve hedeflerine ulaşmış olmaları ile günlük yaşamdaki düzenlerini kurmuş olmaları; yaşlıların, hayata yeni atılmış ve belirsizlikler içinde yaşayan genç bireylere göre daha yüksek mental yaşam kalitesine sahip olmalarına katkıda bulunmuş olabilir. Literatürde de yaştan mental yaşam kalitesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Attal ve ark.'nın (188) yaptıkları çalışmada, 35 yaş altı katılımcıların, 50-64 yaş ve 65 yaş ve üstü gruba göre daha düşük mental yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Alonso ve ark.'nın (189) yaptıkları araştırmanın örnekleminde yaş arttıkça mental yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir. Literatürde yer bulan bu veriler, çalışmamızdaki bulgularla örtüşmektedir.

Çalışmamızda cinsiyetin yaşam kalitesine tesirini tetkik ettik. İncelemelerimizde, FBÖ puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptamazken kadınların erkeklere göre

Çalışmamızda çocuk sahibi olan bireylerin, çocuk sahibi olmayan bireylere göre anlamlı seviyede daha düşük FBÖ puanı ile daha yüksek MBÖ puanı aldıklarını ortaya koyduk. Çocuk sahibi olan bireylerin fiziksel yaşam kalitelerindeki düşüklük, özellikle bebeklik ve oyun çağı dönemlerindeki çocuklara sahip ebeveynlerin çocukları ile ilgilenirken sürekli fiziksel olarak hareketli bulunmaları sonucunda oluşan yorgunluk nedeni olabilir. Çocuk sahibi olanların mental yaşam kalitelerindeki yükseklik ise ilerleyen yaşlarda başlarına gelebilecek sağlık sorunları başta olmak üzere pek çok yaşam zorluklarına karşı yeni bir aile üyesi desteğine sahip olunması sonucunda oluşmuş olabilir. Literatürde de çocuk sahibi olma durumunun yaşam kalitesine etkisini tetkik eden çalışmaların mevcudiyeti görülmektedir. Canatar (152), araştırmasında katılımcılara çocuk sahibi olup olmadıklarını sormuş ve çocuk sahibi olmayanların, çocuk sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahip olduklarını bildirmiştir. MBÖ puanları açısından bu iki grup arasında anlamlı farklılık tespit etmemiştir. Bu bulgular, çalışmamızda ortaya çıkardığımız bulgular ile kısmen uyushmaktadır. Cevhertaş (192), örnekleme sağlık çalışanlarından oluşan araştırmasında, çocuk sahibi olma durumunun yaşam kalitesine istatistiksel anlamlılık seviyesinde bir etkisinin olmadığını tespit etmiştir. Görüldüğü üzere, çocuk sahibi olma durumunun yaşam kalitesine tesiri açısından literatürdeki araştırmalarda fikir birliği mevcudiyeti yoktur.

Çalışmamızda aynı evde yaşayan kişi sayısının yaşam kalitesine tesirini sorguladık. Bunun sonucunda tek başına yaşayanların, 2-4 kişilik hanelerde yaşayanlara göre anlamlı seviyede daha düşük MBÖ puanı aldıklarını tespit ettik. FBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı fark saptamadık. Bu sonuçlar evde tek başına yaşayanların, 2-4 kişilik hanede yaşayanlara göre daha düşük mental yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Bu sonucun, evde tek başına yaşamının oluşturduğu yalnızlık hissinin getirdiği psikolojik yük nedeniyle ortaya çıktığını düşünmekteyiz. Göçgeldi ve ark.'nın (193) hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesine etki eden faktörleri irdeledikleri araştırmada, tek başına yaşayan hastaların, 2-4 kişilik hanelerde yaşayanlara göre anlamlı derecede daha düşük fiziksel ve mental yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Kranciukaite ve ark.'nın (194) Litvanya'da gerçekleştirdikleri çalışmada, yalnız yaşayan bireylerin, yalnız yaşamayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük fiziksel ve mental yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir. Lim ve Kua'nın (195) yaptıkları çalışmada, yalnız yaşamak ile mental yaşam kalitesindeki düşüklük ilişkili olarak saptanmıştır. Göçgeldi ve ark. (193) ile Kranciukaite ve ark.'nın (194) çalışmalarındaki bu tespitler, çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ile kısmen örtüşmekte iken Lim ve Kua'nın (195) çalışmasındaki tespitler, çalışmamızdaki verilerle tam

örtüşmektedir. Görüldüğü üzere, tek başına yaşamının mental yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz tesiri hususunda literatürde fikir birliği mevcuttur. Aynı evde yaşayan kişi sayısındaki değişikliklerin fiziksel yaşam kalitesine tesiri hususunda ise literatürde fikir birliği mevcudiyeti yoktur.

Çalışmamızda, mesleğin yaşam kalitesine tesirini irdeledik. Bunun sonucunda memurların ve kendi işinin sahibi olan diğer meslek kategorisindekilerin; emekliler ve çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına dolayısıyla daha yüksek fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit ettik. Aynı zamanda emeklilerin; memur ve çalışmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek MBÖ puanı aldıklarını ve işçilerin, memurlara göre anlamlı derecede daha yüksek MBÖ puanı aldıklarını dolayısıyla daha yüksek mental yaşam kalitesine sahip olduklarını saptadık. Bütün bu sonuçlara; emeklilerin genelde yaşlı bireylerden oluşması, kişilerin aslında fiziki rahatsızlıklarından dolayı emekli olmuş veya çalışamaz hale gelmiş olmaları, işçilerin genelde memurlara göre daha düşük eğitim seviyelerine sahip olmaları neden olmuş olabilir. Literatürde de meslek durumunun yaşam kalitesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Kıran (191), çalışmasında memurların ve serbest meslek sahibi bireylerin, emeklilere göre anlamlı derecede daha yüksek FBÖ puanı aldıklarını saptamıştır. Aynı zamanda emeklilerin, memurlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek MBÖ puanına sahip olduklarını bildirmiştir. Bu veriler çalışmamızdaki bulgular ile tutarlıdır. Avcıl ve ark.'nın (196) yürüttükleri araştırmada, emeklilerin; memur ve işçi kategorileri de dahil olmak üzere diğer tüm meslek kategorilerine göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldıkları saptanmıştır. MBÖ puanı açısından ise meslekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgular, çalışmamızdaki bulgularla kısmen tutarlılık göstermektedir.

Çalışmamızda, eğitim düzeyi okuryazar ve altı olan katılımcılarımızın, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını ve eğitim seviyesi ilköğretim düzeyinde olanların; lise, lisans ve lisansüstü eğitim seviyelerine sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldıklarını tespit ettik. Bu bulgularımız, nispeten yüksek eğitim seviyeleri olan katılımcıların, düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılara göre daha yüksek fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Bu farka, düşük eğitim seviyesindeki katılımcıların, tahsil sahibi oldukları bir alan olmadığından daha çok beden kullanımı gerektiren işlerde çalışmak zorunda olmalarının neden olabileceğini düşünüyoruz. Aynı zamanda farklı eğitim düzeylerini MBÖ puanı açısından irdelediğimizde, lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcıların; ilköğretim, ortaokul,

lise ve lisans eğitim seviyeleri gibi nispeten daha düşük eğitim seviyesindeki katılımcılara göre daha düşük MBÖ puanı aldıklarını saptadık. Bu da bize yüksek eğitim seviyesinin, düşük mental yaşam kalitesine neden olabileceğini düşündürdü. Yüksek eğitim seviyesine sahip olanların, düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre daha karmaşık, daha fazla sorumluluk içeren ve daha fazla düşünce gücü gerektiren işlerde çalışmalarının bu farka neden olmuş olabileceğini düşünüyoruz. Literatürde de eğitim durumunun yaşam kalitesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Canatar (152), eğitim seviyelerinin yaşam kalitesine tesirini değerlendirmiş ve okuryazar olmayan kişilerin; ilkokul, lise, lisans, yüksek lisans eğitim seviyelerindekilere göre daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını tespit etmiştir. Bunun yanı sıra ilkokul ve ortaokul eğitim seviyesine sahip bireylerin, daha üst eğitim seviyesindeki katılımcılara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı aldıklarını bildirmiştir. MBÖ puanı açısından eğitim seviyesi grupları arasında anlamlı fark saptamamıştır. Bu bulgular, bizim elde ettiğimiz verilerle kısmen tutarlıdır. La Torre ve ark.'nın (197) yaptıkları çalışmada, eğitim seviyesi ile mental yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu ve yüksek eğitim seviyesinin düşük fiziksel yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Oh ve ark.'nın (198) gerçekleştirdikleri çalışmada, düşük eğitim seviyesi ile düşük fiziksel yaşam kalitesi ilişkilendirilmiştir. Lopes ve ark. (199) ise araştırmalarında eğitim seviyesini iki kategoriye ayırmışlar ve nispeten daha düşük eğitim seviyesine sahip grubun FBÖ ve MBÖ puanlarının diğer gruba göre anlamlı miktarda daha düşük olduğunu saptamışlardır. Görüldüğü üzere, eğitim düzeylerinin yaşam kalitesine tesiri hususunda literatürde fikir birliği mevcut değildir.

Çalışmamızda gelir durumunun yaşam kalitesine tesirini irdeledik. Bunun sonucunda geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahip olduklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından ise gruplar arası anlamlı bir fark saptamadık. Bu, geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Düşüncemize göre geliri giderinden fazla olan kişilerin; maddi güçlerinden dolayı sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmeleri, daha iyi beslenme ve fiziksel aktivite olanaklarına sahip olmaları bu farka neden olmuş olabilir. Literatürde de gelir durumunun yaşam kalitesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Kıran (191), örnekleme erişkin bireylerden oluşan araştırmasında, geliri giderinden fazla olanların, geliri giderine eşit veya geliri giderinden az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanı aldıklarını aynı zamanda geliri giderinden fazla olanların MBÖ puanlarının da geliri giderine eşit olanlardan anlamlı seviyede fazla olduğunu

bildirmiştir. Bu veriler, çalışmamızdaki veriler ile kısmen örtüşmektedir. Ellis ve ark.'nın (200) inme hastalarında gerçekleştirdikleri araştırmada, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin, yüksek gelir düzeyine sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldıkları yani daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Gelir düzeyinin MBÖ puanına anlamlı bir tesirde bulunmadığı bildirilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla örtüşmektedir.

Çalışmamızda hipertansiyon hastalığı olanların, hipertansiyon hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı ve anlamlı derecede daha yüksek MBÖ puanı aldıklarını saptadık. Hipertansiyon hastalarındaki semptomlar ve hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri, hastaların düşük FBÖ puanı elde etmesine neden olmuş olabilir. Hipertansiyon hastalarının, hipertansiyonu olmayan diğer katılımcılara göre daha yüksek MBÖ puanlarına sahip olmalarına, çalışmamızdaki her katılımcının en az bir tane kronik hastalık bulundurması ve hipertansiyonun toplum içerisindeki yaygınlığının fazla olması sebebiyle hastaların hipertansiyonu ciddi bir hastalık olarak algılamamaları neden olmuş olabilir. Çalışmamızda, hipertansiyonu olmayanlar da başka bir ya da birden fazla kronik hastalığa sahiptir. Araştırmamızdaki bulgu, hipertansiyonun mental yaşam kalitesini arttırdığı şeklinde değil de hipertansiyonun mental yaşam kalitesine olan negatif etkisinin çalışmamızda bulunan diğer kronik hastalıklara göre daha az olduğu şeklinde yorumlanabilir. Literatürde de hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Riley ve ark.'nın (201) ABD'de gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hipertansiyonu olan hasta grubu ile hipertansiyonu olmayan hasta grubu yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve hipertansiyonu olanların, hipertansiyonu olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanları aldıkları dolayısıyla daha düşük fiziksel ve mental yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Wang ve ark.'nın (202) Şangay'da yaptıkları toplum temelli çalışmada, hipertansiyonu olan grup ile hipertansiyonu olmayan grup yaşam kalitesi açısından kıyaslanmış ve hipertansiyonu olanların, hipertansiyonu olmayanlara göre anlamlı seviyede daha düşük FBÖ puanı aldıkları dolayısıyla daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. MBÖ puanında ise iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Carvalho ve ark.'nın (203) gerçekleştirdikleri çalışmada, hipertansiyonu olan grup ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından kıyaslanmış ve hipertansiyonu olanların, sağlıklı kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ ve MBÖ puanları aldıkları yani daha düşük fiziksel ve mental yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışmalardaki bulgular, bizim çalışmamızdaki fiziksel yaşam kalitesi bulguları

ile paralellik göstermektedir. Hipertansiyonun mental yaşam kalitesine tesiri hususunda ise literatürde fikir birliği mevcut değildir.

Çalışmamızda, diyabet hastalığı olanların, diyabet hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını saptadık. Bu iki grup arasında MBÖ puanı açısından anlamlı fark tespit etmedik. Diyabet hastalarındaki fiziksel yaşam kalitesi düşüklüğüne; diyabete ikincil olarak ortaya çıkan komplikasyonların, diyabetin fiziksel aktivitelere katılımı engelleyici etkisinin ve diyabet tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin neden olduğuna inanıyoruz. Literatürde de diyabet hastalığının yaşam kalitesine tesiri çeşitli araştırmalarda irdelenmiştir. Keleş ve ark.'nın (204) yaptıkları çalışmada, diyabet hastalığı bulundurmanın, düşük FBÖ puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir birliktelik gösterdiği fakat MBÖ puanı ile anlamlı bir birliktelik göstermediği saptanmıştır. Schunk ve ark.'nın (205) yaptıkları araştırmada, diyabet hastalığının FBÖ puanında düşüklük ile anlamlı bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiş fakat MBÖ puanı ile diyabet hastalığı arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılmamıştır. Bu çalışmalardaki bulgular, bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile tutarlılık göstermektedir.

Çalışmamızda tiroid hastalığı olanlar ile tiroid hastalığı olmayanlar arasında yaşam kalitesini mukayese ettik. Bunun sonucunda tiroid hastalığı olanlarda, MBÖ puanının anlamlı derecede daha düşük olduğunu saptadık. FBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulmadık. Tiroid hormonlarının düzensizliğine bağlı olarak tiroid hastalıklarının; halsizlik, konsantrasyon bozukluğu, unutkanlık, sinirlilik ve uyku bozukluklarına neden olabileceği literatürde bildirilmiştir (206,207). Tiroid hastalıklarında görülebilen bu semptomların, bireylerin mental yaşam kalitelerindeki düşüklüğe neden olmuş olabileceklerini düşünüyoruz. Literatürde de tiroid hastalıklarının yaşam kalitesine tesirlerini irdleyen araştırmalar mevcuttur. Romero-Gomez ve ark.'nın (208) yaptıkları bir çalışmada, hipotiroidi hastalığı olan bir grup ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve hipotiroidi hastalığı olanlarda hem FBÖ hem de MBÖ puanları anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. Gülseren ve ark. (209), tiroid disfonksiyonlu hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu yaşam kalitesi açısından mukayese etmeleri sonucunda sağlıklı kontrol grubunun anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ ve MBÖ puanlarına sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Literatürdeki bu bulgular, bizim bulgularımız ile kısmen tutarlılık göstermektedir.

Çalışmamızda kardiyovasküler hastalığı olanların, kardiyovasküler hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını saptadık. MBÖ

puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığını tespit ettik. Kardiyovasküler hastalıkların; nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk ve ayak bileklerinde şişme gibi semptom ve bulgulara neden olabilecekleri literatürde bildirilmiştir (210). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde oluşabilecek bu semptomların, bireylerin fiziksel aktivitelerini sınırlandırıp fiziksel yaşam kalitelerindeki düşüşe yol açabileceklerini düşünüyoruz. Literatürde de kardiyovasküler hastalıkların yaşam kalitesine tesirini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Ellis ve ark.'nın (200) inme geçirmiş hastalarda yaptıkları araştırmada, kardiyovasküler hastalık sahibi olma durumunun FBÖ puanında anlamlı derecede düşmeye neden olduğu tespit edilmiş fakat kardiyovasküler hastalık sahibi olma durumunun MBÖ puanına anlamlı düzeyde bir tesiri saptanmamıştır. Rometsch ve ark.'nın (211) yaptıkları çalışmada, konjenital kalp hastalığı olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve bunun sonucunda konjenital kalp hastalığı olan hastaların anlamlı seviyede daha düşük FBÖ puanına yani daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiş fakat MBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile uyumludur.

Çalışmamızda dislipidemisi olanlar ile dislipidemisi olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettik ve dislipidemisi olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına dolayısıyla daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark saptamadık. Dislipidemi hastalarının daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olmalarına; dislipideminin neden olabileceği ikincil hastalıkların, dislipidemi tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin sebebiyet vermiş olabileceğini düşünüyoruz. Literatürde de dislipideminin yaşam kalitesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Farhat ve ark.'nın (212) yaptıkları çalışmada, dislipidemisi olan grup ile dislipidemisi olmayan grup karşılaştırılmış ve dislipidemisi olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanlarına sahip oldukları bulunmuştur. Mata ve ark.'nın (213) gerçekleştirdikleri araştırmada, familial hiperkolesterolemi hastaları ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve bunun sonucunda familial hiperkolesterolemili hastalarda anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı dolayısıyla daha düşük fiziksel yaşam kalitesi saptanmış ve iki grup arasında MBÖ puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmalarda elde edilen bulgular, bizim çalışmamızdaki bulgular ile büyük ölçüde örtüşmektedir.

Çalışmamızda kanser hastalığı olan grup ile kanser hastalığı olmayan grubu yaşam kalitesi açısından mukayese ettik. Bunun sonucunda kanser hastalığı olanların anlamlı

derecede daha düşük FBÖ puanına yani daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olduklarını saptadık. MBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit etmedik. Kanser hastalarındaki düşük fiziksel yaşam kalitesi seviyelerine; kanser hastalığı kaynaklı birincil semptomların, kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerin yan etkilerinin ve tedavi amaçlı yapılan cerrahi girişimlerin neden olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde de kanserin yaşam kalitesine tesirini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Kent ve ark.'nın (214) gerçekleştirdikleri çalışmada, farklı tip kanser türleri bulunduran hastalar ile kanser hastalığı olmayan kişiler yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve pankreas kanseri, multipl myelom, üst gastrointestinal sistem kanseri hastalarının hem FBÖ hem de MBÖ puanlarının kanser hastalığı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmadaki kronik lösemi, non-hodgkin lenfoma, over, gırtlak, ağız, böbrek, rahim ve mesane kanseri hastalarında ise FBÖ puanı kanser hastalığı olmayan kişilere göre daha düşük tespit edilmiş fakat MBÖ puanı açısından bu kanser grupları ile kanser hastalığı olmayan kişiler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Harju ve ark.'nın (215) yaptıkları çalışmada, kanser öyküsü bulunan grup ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve kanser öyküsü bulunduran kişilerin anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı aldıkları belirlenmiş ancak iki grup arasında MBÖ puanı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda solunum sistemi hastalığı olanlar ile solunum sistemi hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettik. Bunun sonucunda, solunum sistemi hastalığı olanların anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanı aldıklarını dolayısıyla daha düşük mental yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit ettik. FBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı fark saptamadık. Solunum sistemi hastalıklarında ortaya çıkabilecek semptomların sebep oldukları sosyal izolasyon ve stresin mental yaşam kalitesindeki düşüklüğün nedenleri olduklarını düşünmekteyiz. Literatürde de solunum sistemi hastalıklarının yaşam kalitesine tesirini irdeleyen araştırmalar mevcuttur. Xiang ve ark.'nın (142) çalışmasında, KOAH olanlar ile KOAH olmayanlar yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve KOAH olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı aldıkları saptanmış fakat MBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır. Cappa ve ark. (216) çeşitli kronik solunum sistemi hastalıklarına sahip bireyleri, sağlıklı kontrol grubuyla yaşam kalitesi açısından SF-36 kullanarak karşılaştırmışlar ve bunun sonucunda aktif astım, kronik bronşit ve KOAH hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ ve MBÖ

puanlarına sahip olduklarını saptamışlardır. Non-alerjik rinit, allerjik rinit ve eski astım hastalarının yaşam kalitesi puanları ile sağlıklı kontrol grubunun yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır. Bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile kısmen tutarlıdır. Çalışmamızda kronik solunum yolu hastalığı olanlarda FBÖ puanlarında düşüklük saptamamamızın nedeni örneklemimizde; allerjik rinit, aktif olmayan astım gibi semptom yükleri daha hafif hastalıkların, KOAH gibi daha yüksek semptom yükü bulunan hastalıklara göre daha sık görülmeleri olabilir.

Çalışmamızda, ruh ve sinir hastalığı olanlar ile ruh ve sinir hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından kıyasladık. Bunun sonucunda ruh ve sinir hastalığı olan katılımcıların anlamlı derecede daha düşük MBÖ puanı aldıklarını yani daha düşük mental yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit ettik. FBÖ puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptamadık. Ruh ve sinir hastalığına sahip bireylerin, hastalıklarından dolayı sosyal izolasyona uğramalarının ve diğer insanlarla etkileşime girebilecekleri sosyal aktivitelere karşı motivasyon kayıplarının mental yaşam kalitelerindeki bu düşüklüğe neden olduğunu düşünüyoruz. Literatürde de ruh ve sinir hastalıklarının yaşam kalitesine tesirini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Turgut ve ark. (217) hemodiyaliz alan hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi seviyelerini ölçmüşler ve bu iki kavramın birbirleriyle korelasyonunu değerlendirmişlerdir. Bunun sonucunda hem FBÖ hem de MBÖ puanlarının depresyon ile negatif yönlü ilişki içinde olduğunu tespit etmişlerdir. Emre ve Öner'in (218) aile sağlığı merkezine kayıtlı hastalarda gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile FBÖ ve MBÖ puanları arasında negatif ilişki saptanmıştır. Literatürdeki bu bulgular, bizim bulgularımız ile kısmen uyumaktadır. Biz araştırmamızda, ruh ve sinir hastalıklarının FBÖ puanına anlamlı düzeyde tesirde bulunmadığını saptamıştık. Bizim araştırmamız ile literatür arasındaki bu farkın, araştırmamıza katılan herkeste en az bir kronik hastalık bulunma zorunluluğu olmasına bağlıyoruz. Dolayısıyla çalışmamızdaki ruh ve sinir hastalığı bulundurmeyen bireyler de en az bir kronik hastalık sahibidir. Ruh ve sinir hastalığı bulundurma durumu, MBÖ puanına negatif tesir bakımından hastalıklar arasında öne çıkan bir kategori iken FBÖ puanına negatif tesir bakımından çalışmamızdaki diğer kronik hastalıkların negatif tesirlerine göre geri planda kalmış olabilir.

Çalışmamızda, hepatobiliyer hastalığı olanlar ile hepatobiliyer hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettik. Bunun sonucunda, hepatobiliyer hastalığı olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını saptadık. MBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark tespit etmedik. Hepatobiliyer hastalığı olanların fiziksel yaşam

kalitelerindeki düşüklüğe; hepatobiliyer hastalıkların semptomlarının, tedavi için kullanılan ilaçların yan etkilerinin, karaciğer disfonksiyonuna bağlı olarak enerji metabolizmasındaki bozulmanın ve kanda toksik metabolit artışlarının neden olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda MBÖ puanı açısından gruplar arası fark tespit etmememizin nedeni, hepatobiliyer hastalığı olmayan katılımcıların da başka bir kronik hastalığa sahip olmaları olabilir. Literatürde de hepatobiliyer hastalıkların yaşam kalitesine tesirlerini irdeleyen pek çok araştırma mevcuttur. Svirtlih ve ark. (219) kronik hepatitli bireylerden oluşan grup ile sağlıklı kontrol grubunu yaşam kalitesi açısından mukayese etmiştir. Bunun sonucunda kronik hepatitli bireylerin, sağlıklı kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanları aldıklarını saptamıştır. Krawczyk ve ark.'nın (220) gerçekleştirdikleri çalışmada, primer biliyer kolanjit nedeniyle karaciğer transplantasyonu olan grup ile sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu yaşam kalitesi açısından kıyaslanmış ve primer biliyer kolanjit nedeni karaciğer transplantasyonu olan grubun anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldığı tespit edilmiş fakat MBÖ puanı açısından iki grup arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Zhuang ve ark.'nın (221) yaptıkları çalışmada ise kronik hepatit hastalarından oluşan grup ile sağlıklı kontrol grubu yaşam kalitesi açısından kıyaslanmış ve kronik hepatit hastalarının anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanları aldıkları saptanmıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile kısmen örtüşmektedir.

Çalışmamızda, romatizmal hastalığı olanlar ile romatizmal hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettiğimizde romatizmal hastalığı olanların anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldıklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptamadık. Romatizmal hastalığı olanlardaki fiziksel yaşam kalitesi düşüklüğüne; hastalık sonucunda oluşan eklem ağrılarının, hareket kısıtlılıklarının, yorgunluğun ve halsizliğin neden olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde de romatizmal hastalıkların yaşam kalitesine tesirini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Salaffi ve ark.'nın (222) fibromiyalji hastaları ile romatoid artrit hastalarını, yaşam kalitesi düzeyleri açısından genel popülasyon ile karşılaştırdıkları çalışmada, her iki hasta grubunun da genel popülasyona göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ ve MBÖ puanlarına sahip oldukları bildirilmiştir. Sempere-Rubio ve ark.'nın (223) fibromiyalji hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu yaşam kalitesi açısından karşılaştırdıkları bir çalışmada, fibromiyalji hastalarının anlamlı düzeyde daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile kısmen uyumludur.

Çalışmamızda, kas-iskelet sistemi hastalığı olanlar ile kas-iskelet sistemi hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettiğimizde kas-iskelet sistemi hastalığı olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına dolayısıyla daha düşük fiziksel yaşam kalitesi düzeyine sahip olduklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptamadık. Kas-iskelet sistemi hastalığı olanların fiziksel yaşam kalitelerindeki düşüklüğe, hastalık sonucunda oluşan ağrı ve hareket kısıtlılığının neden olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde de kas-iskelet sistemi hastalıklarının yaşam kalitesine tesirini irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Xie ve ark.'nın (224) yürüttükleri çalışmada diz osteoartritli hastalar ile sağlıklı bir grup yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiştir. Bunun sonucunda osteoartriti bulunan grupta anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı dolayısıyla daha düşük fiziksel yaşam kalitesi düzeyi saptanmıştır. MBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Zhao ve ark. (225) da osteoporozlu kişilerden oluşan grup ile sağlıklı kontrol grubunu yaşam kalitesi açısından mukayese ettikleri araştırmalarında, osteoporozu olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanı aldıklarını bildirmiştir. MBÖ puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark saptamamıştır. Bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda, GİS hastalığı olanlar ile GİS hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettiğimizde GİS hastalığı olanların anlamlı derecede daha düşük MBÖ puanı aldıklarını saptadık. FBÖ puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı fark tespit etmedik. GİS hastalığı olanlardaki düşük mental yaşam kalitesi düzeylerine; hastalıkların semptomları sebebiyle oluşan stres, endişe ve sosyal izolasyonun neden olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde de GİS hastalıklarının yaşam kalitesine tesirini irdeleyen araştırmalar mevcuttur. Hansel ve ark.'nın (226) fonksiyonel gastrointestinal bozukluk hastalarından oluşan grup ile sağlıklı kontrol grubunu yaşam kalitesi açısından mukayese ettikleri çalışmalarında, fonksiyonel gastrointestinal bozukluk hastalarının anlamlı derecede daha düşük MBÖ puanına sahip oldukları saptanmıştır. İki grup arasında FBÖ puanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Wahass ve ark.'nın (227) non-ülseratif dispepsi hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu yaşam kalitesi açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında, dispepsi hastalarında anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanları bulunmuştur. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular ile çoğunlukla örtüşmektedir.

Çalışmamızda, dermatolojik hastalığı olanlar ile dermatolojik hastalığı olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettik. İlginç bir şekilde dermatolojik hastalığı olanların anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanına sahip olduklarını saptadık. MBÖ puanı açısından

ise iki grup arasında anlamlı fark tespit etmedik. Literatürde de dermatolojik hastalıkların yaşam kalitesine tesirlerini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Balp ve ark.'nın (228) yürüttükleri çalışmada, ürtiker hastalarının sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ ve MBÖ puanları aldıkları saptanmıştır. DiBonaventura ve ark.'nın (229) yürüttükleri çalışmada, psoriasis hastalarında sağlıklı bireylere göre anlamlı düzeyde daha düşük MBÖ puanı tespit edildiği bildirilmiştir. FBÖ puanı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular, çalışmamızda tespit ettiklerimiz ile farklılık göstermektedir. Bizim araştırmamızdaki bulgunun, çalışmamıza katılan herkesin en az bir kronik hastalık bulundurma zorunluluğunda olmasından dolayı farklılık gösterdiğini düşünüyoruz. Bizce, çalışmamızdaki dermatolojik hastalığı olan katılımcıların yüksek FBÖ değerlerine sahip olmalarının nedeni, çalışmamızdaki diğer katılımcıların sahip oldukları hastalıkların FBÖ değerlerini dermatolojik hastalıklara kıyasla daha fazla olumsuz etkilemeleridir.

Çalışmamızda, VKİ'nin yaşam kalitesine tesirini irdeledik. Bunun sonucunda, normal VKİ'ye sahip olanların; obez ve morbid obezlere göre anlamlı derecede daha yüksek FBÖ puanına sahip olduklarını saptadık. Ayrıca fazla kilolu hastaların, obez hastalara göre daha yüksek FBÖ puanı aldıklarını tespit ettik. VKİ kategorileri arasında MBÖ puanı açısından anlamlı bir farklılık saptamadık. Obezite kaynaklı hareket kısıtlılığının ve ikincil hastalıkların, obez bireylerdeki düşük fiziksel yaşam kalitesine neden olduğunu düşünüyoruz. Literatürde de VKİ'nin yaşam kalitesine tesirini irdeleyen pek çok araştırma mevcuttur. Canatar (152), araştırmasında VKİ ile yaşam kalitesi arasında korelasyon analizi yapmış ve VKİ ile FBÖ puanı arasında negatif yönlü bir ilişki tespit etmiştir. VKİ ile MBÖ puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptamamıştır. Korhonen ve ark.'nın (230) Finlandiya'da gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların VKİ'leri ile FBÖ puanı arasında anlamlı seviyede negatif yönlü bir ilişki saptanmış fakat VKİ ile MBÖ puanı arasında ise anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde yer alan bu bulgular, bizim bulgularımız ile tutarlıdır.

Çalışmamızda, sahip olunan kronik hastalık sayısının yaşam kalitesine tesirini irdeledik. Bunun için bir kronik hastalığı olanlar ile birden fazla kronik hastalığı olanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettik. Bunun sonucunda birden fazla kronik hastalığı olanların anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanlarına sahip olduklarını tespit ettik. Birden fazla kronik hastalığı olanların fiziksel ve mental yaşam kalitelerindeki düşüklüğe; hastalık sayısı arttıkça çeşitliliği ve şiddeti artan semptomların, stresin ve sağlıkla ilgili endişelerin neden olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde de sahip olunan kronik hastalık

sayısının yaşam kalitesine tesirini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Loza ve ark.'nın (231) yürüttükleri çalışmada, multimorbid bireyler ile multimorbid olmayan bireylerde yaşam kalitesi düzeyleri ölçülmüş ve multimorbid bireylerin hem FBÖ hem de MBÖ açısından anlamlı miktarda daha düşük puanlar aldıkları bulunmuştur. Aynı zamanda sahip olunan kronik hastalık sayısı arttıkça hem FBÖ hem de MBÖ puanlarının giderek düştüğü tespit edilmiştir. Jayasinghe ve ark.'nın (232) Avustralya'da gerçekleştirdikleri çalışmada, sahip olunan kronik hastalık sayısı ile hem FBÖ hem de MBÖ puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda, düzenli ilaç kullanma durumunun yaşam kalitesine tesirini irdeledik. Bunun sonucunda düzenli ilaç kullananların, düzenli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptamadık. Düzenli ilaç kullananların daha düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olmalarına, kronik hastalık kaynaklı semptomların sayılarının ve şiddetlerinin düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kadar yüksek olması neden olmuş olabilir. Canatar (152) da çalışmasında düzenli ilaç kullananların, düzenli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını tespit etmiş fakat MBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Vyas ve ark. (233), çoklu ilaç kullanımı olanlar ile çoklu ilaç kullanımı olmayanları yaşam kalitesi açısından kıyaslamış ve çoklu ilaç kullanımı olanların anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını tespit etmiş ancak MBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı seviyede bir fark saptamamıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda, sağlık kurumlarına başvuru sayısının yaşam kalitesi ile ilişkisini irdeledik. Bunun sonucunda, son 1 yıl içerisinde sağlık kurumlarına 9 veya daha fazla başvurusu olanların; 2 veya daha az başvurusu olanlar ile 3-5 kez başvurusu olanlara göre anlamlı derecede daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını bununla birlikte son 1 yıl içerisinde 6-8 kez sağlık kurumu başvurusu olanların, 2 veya daha az başvurusu olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanına sahip olduklarını saptadık. MBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı bir fark tespit etmedik. Hastalıkların semptomlarının şiddeti ve çeşitliliği arttıkça oluşan işlev kayıpları ve hareket kısıtlılıkları; aynı anda hem fiziksel yaşam kalitesinde düşmeye hem de hastaların sağlık kurumlarına daha çok sayıda başvuru yapmalarına neden olmuş olabilir. Literatürde de sağlık kurumlarına başvuru sıklığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Canatar (152), araştırmasında

sağlık kuruluşlarına 1 sene içerisinde 9 veya daha fazla başvurusu olanların; 2 veya daha az, 3-5 kez ve 6-8 kez başvurusu olanlara nispeten anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldıklarını tespit etmiştir. MBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Strömbom ve ark.'nın (234) İsveç'te yaptıkları bir araştırmada, aile hekimlerine sık başvuruda bulunanlar ile kontrol grubu yaşam kalitesi açısından kıyaslanmış ve bunun sonucunda aile hekimlerine sık başvuruda bulunan hastaların, anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızdaki bulgular ile büyük ölçüde tutarlıdır.

Çalışmamızda, hastanede yatarak tedavi görme öyküsü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi irdeledik. Buna göre; hastanede yatarak tedavi görme öyküsü olmayanların, hastanede yatarak tedavi görme öyküsü olan tüm gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek FBÖ puanı aldıklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptamadık. Hastalıkların neden oldukları şiddetli semptom ve bozuklukların, hastaların hem hastanede yatarak tedavi görmelerine hem de düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olmalarına neden olduklarını düşünmekteyiz. Yine hastanede yatarken tedavi amaçlı uygulanmış olabilecek invaziv girişimlerin de hastaların fiziksel yaşam kalitesindeki düşüklüğe neden olabileceğine inanmaktayız. Literatürde de hastane yatış öyküsü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi irdeleyen pek çok çalışma mevcuttur. Canatar (152), hastane yatış öyküsü olanlar ile hastane yatış öyküsü olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese etmiş ve hem FBÖ hem de MBÖ puanlarında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Reynolds ve ark.'nın (235) gerçekleştirdikleri çalışmada, hastane yatışı olanlar ile hastane yatışı olmayanlar yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve hastane yatışı olanların anlamlı düzeyde daha düşük FBÖ puanı aldıkları belirlenmiş fakat MBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile çoğunlukla örtüşmektedir.

Çalışmamızda, daha önce hiç ameliyat olmayanlar ile çeşitli zaman aralıklarında ameliyat olanların yaşam kalitelerini mukayese ettik. Bunun sonucunda; hiç ameliyat olmayanların, son 1 sene içerisinde ameliyat olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek FBÖ puanına sahip olduklarını tespit ettik. MBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı farklar saptamadık. Yakın zamanda yapılan cerrahi girişimlerin, hastalarda hareket kısıtlılığı ve işlevsellik kayıplarına yol açıp fiziksel yaşam kalitesinde düşmeye neden olduklarını düşünmekteyiz. Canatar (152) araştırmasında, ameliyat öyküsü olanlar ile ameliyat öyküsü olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese etmiş ve bunun sonucunda ameliyat öyküsü

olmayanların, ameliyat öyküsü olanlara göre daha yüksek FBÖ ve daha düşük MBÖ puanları aldıklarını tespit etmiştir. Bu çalışmadaki bulgular, bizim bulgularımız ile kısmen tutarlıdır.

Çalışmamızda, ciddi bir hastalığı olan yakını/akrabası olanlar ile ciddi bir hastalığı olan yakını/akrabası olmayanları yaşam kalitesi açısından mukayese ettik. Bunun sonucunda ciddi bir hastalığı olan yakını/akrabası olanların anlamlı derecede daha düşük MBÖ puanına sahip olduklarını tespit ettik. FBÖ puanı açısından gruplar arası anlamlı bir fark saptamadık. Ciddi bir hastalığı olan yakını/akrabası olanların mental yaşam kalitelerindeki düşüklüğün; yakınıni kaybetmekten duyulan endişe, korku ve stres nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde de yakın veya akrabada ciddi bir hastalık bulundurma durumunun yaşam kalitesine tesirini irdeleyen araştırmalar mevcuttur. Huang ve ark.'nın (236) yaptıkları araştırmada, engelli çocukların babaları ile sağlıklı çocukların babaları yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve engelli çocukların babalarının anlamlı derecede daha düşük FBÖ ve MBÖ puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Werner ve ark.'nın (237) yaptıkları araştırmada, kalp ritim cihazı kullanan çocuğu olan ebeveynler ile sağlıklı çocuğu olan ebeveynler yaşam kalitesi açısından mukayese edilmiş ve çocukları kalp ritim cihazı kullanan ebeveynlerin anlamlı derecede daha düşük MBÖ puanına sahip oldukları saptanmış ancak FBÖ puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki bu bulgular, bizim bulgularımız ile büyük ölçüde örtüşmektedir.

Çalışmamızda sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi irdeledik. Bunun sonucunda gerek SAÖ toplam puanı gerekse SAÖ alt boyut puanları ile hem FBÖ hem de MBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişkiler tespit ettik. Bu bulgulardan elde ettiğimiz sonuç, sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğudur. Literatürde de sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi irdelemek amacıyla yapılan çalışmalar mevcuttur. Canatar (152), çalışmasında SAÖ toplam ve gövde alt boyutu puanlarının hem FBÖ hem de MBÖ puanları ile negatif yönlü anlamlı ilişkili olduklarını saptamıştır. Murphy ve ark.'nın (129) yaptıkları çalışmada, sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki irdelenmiş ve yüksek sağlık anksiyetesinin somatik semptomlar üzerinden sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini düşüren tesirlerde bulunduğu saptanmıştır. Mathes ve ark. (106) da çalışmalarında, sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Literatürdeki bu bulgular, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile tutarlıdır.

SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezlerine başvuran kronik hastalığı olan erişkinlerde gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada kronik hastalıkların, sosyodemografik ve sağııklarla ilişkili değişkenlerin sağıık anksiyetesi ile yaşam kalitesine tesirlerinin irdelenmesi buna ek olarak da sağıık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamızda cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu sosyodemografik değişkenlerinin toplam sağıık anksiyetesine; cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, meslek sosyodemografik değişkenlerinin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı seviyelerine tesir ettikleri saptandı. Medeni hal değişkeninin ise hastalığın olumsuz sonuçlarına dair endişe seviyelerine tesir ettiği bulundu. Aile sağıığı merkezlerinde ilgili sosyodemografik değişkenler dikkate alınarak hastalara psikolojik danışmanlık verilmesini tavsiye ediyoruz.

2. Çalışmamızda yaş, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, meslek ve gelir durumu sosyodemografik değişkenlerinin fiziksel yaşam kalitesine; yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu, hanedeki kişi sayısı, eğitim düzeyi, meslek sosyodemografik değişkenlerinin mental yaşam kalitesine tesir ettikleri saptandı. Aile sağıığı merkezlerinde ilgili sosyodemografik değişkenler dikkate alınarak hastalara fiziksel ve mental yaşam kalitelerini arttırıcı önerilerde bulunulmasının önemli olduğunu düşünüyoruz.

3.Kardiyovasküler hastalıkların, dislipideminin, ruh ve sinir hastalıklarının, hepatobiliyer hastalıkların, kas-iskelet sistemi hastalıklarının toplam sağıık anksiyetesini; tiroid hastalıklarının, kardiyovasküler hastalıkların, dislipideminin, kanserin, ruh ve sinir hastalıklarının, hepatobiliyer hastalıkların, kas-iskelet sistemi hastalıklarının bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı seviyelerini; dislipideminin, hepatobiliyer hastalıkların,

kas-iskelet sistemi hastalıklarının hastalığın olumsuz sonuçlarına dair endişe seviyelerini arttırdıkları tespit edildi. Aile hekimlerinin özellikle bu maddede adı geçen hastalıklara sahip hastaları sağlık anksiyetesi açısından düzenli olarak takip etmelerini ve gerekli gördüklerinde bu hastalara psikolojik danışmanlık vermelerini öneriyoruz.

4. Hipertansiyonun, diyabetin, kardiyovasküler hastalıkların, dislipideminin, kanserin, hepatobiliyer hastalıkların, romatizmal hastalıkların, kas-iskelet sistemi hastalıklarının fiziksel yaşam kalitesini; tiroid hastalıklarının, solunum sistemi hastalıklarının, ruh ve sinir hastalıklarının ve GİS hastalıklarının ise mental yaşam kalitesini azalttıkları tespit edildi. Aile sağlığı merkezlerinde, özellikle bu maddede adı geçen hastalıklara sahip hastalara fiziksel ve mental yaşam kalitesini arttırıcı önerilerde bulunulmasını tavsiye ediyoruz.

5. Çalışmamızda sağlık ile ilişkili değişkenlerden; kronik hastalık sayısı, sağlık kurumlarına başvuru sayısı, hastanede yatarak tedavi görme durumu ve ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu değişkenlerinin toplam sağlık anksiyetesine; kronik hastalık sayısı, sağlık kurumlarına başvuru sayısı, hastanede yatarak tedavi görme durumu, ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumu değişkenlerinin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygıya tesir ettikleri saptandı. Evde bakmak zorunda olduğu hasta olan herhangi bir yakını olma durumu değişkeninin ise hastalığın olumsuz sonuçlarına dair endişe seviyelerine tesir ettiği tespit edildi. Aile sağlığı merkezlerinde ilgili sağlıkla ilişkili değişkenler dikkate alınarak sağlık anksiyetesi açısından psikolojik danışmanlık verilmesini öneriyoruz.

6. Çalışmamızda sağlık ile ilişkili değişkenlerden; VKİ, kronik hastalık sayısı, düzenli ilaç kullanma durumu, sağlık kurumlarına başvuru sayısı, hastanede yatarak tedavi görme durumu, ameliyat olma durumu değişkenlerinin fiziksel yaşam kalitesine; kronik hastalık sayısı, ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakını/akrabası olma durumunun mental yaşam kalitesine tesir ettikleri saptandı. Aile hekimlerinin, sağlıkla ilişkili değişkenleri göz önünde tutarak hastalara fiziksel ve mental yaşam kalitesini arttırıcı önerilerde bulunmalarını tavsiye ediyoruz.

Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık anksiyeteleri ve yaşam kaliteleri düzenli olarak sorgulanmalıdır. Gerekli görüldüğü durumlarda hastalara sağlık anksiyetelerini önleme amaçlı psikolojik danışmanlık verilmeli ve hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği durumlarda da hastalara yaşam kalitesini arttırıcı önerilerde bulunulmalıdır. Hastalarda hem sağlık anksiyetesi hem de yaşam kalitesi açısından farkındalık oluşturulmaya çalışılmalıdır.

ÖZET

Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezlerine başvuran kronik hastalığı olan erişkinlerde gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada kronik hastalıkların, sosyodemografik ve sağığıla ilişkili değişkenlerin sağığı anksiyetesi ile yaşam kalitesine tesirlerinin irdelenmesi buna ek olarak da sağığı anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın örneklemini, kronik hastalığı olup Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezlerine başvuran 404 erişkinden oluşmaktadır. Veriler, 52 soruluk bir anket formuyla toplanmıştır. Anket formu; kronik hastalıkları, sosyodemografik ve sağığıla ilişkili değişkenleri irdeleyen 22 soru, 18 soru içeren Sağığı Anksiyetesi Ölçeğı ve 12 soru içeren SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğı'nden oluşmuştur.

Katılımcıların 213'ü kadın, 191'i erkekti. Bir takım sosyodemografik ve sağığıla ilişkili değişkenlerin; toplam sağığı anksiyetesini ve alt boyutlarını, fiziksel yaşam kalitesini ve mental yaşam kalitesini etkiledikleri bulundu. Kardiyovasküler hastalıkların, dislipideminin, ruh ve sinir hastalıklarının, hepatobiliyer hastalıkların, kas-iskelet sistemi hastalıklarının toplam sağığı anksiyetesini; tiroid hastalıklarının, kardiyovasküler hastalıkların, dislipideminin, kanserin, ruh ve sinir hastalıklarının, hepatobiliyer hastalıkların ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygıyı; dislipideminin, hepatobiliyer hastalıkların, kas-iskelet sistemi hastalıklarının hastalığın olumsuz sonuçlarına dair endişeyi arttırdıkları saptandı. Hipertansiyonun, diyabetin, kardiyovasküler hastalıkların, dislipideminin, kanserin, hepatobiliyer hastalıkların, romatizmal hastalıkların, kas-iskelet sistemi hastalıklarının fiziksel yaşam kalitesini düşürdükleri bulundu. Tiroid hastalıklarının, solunum sistemi hastalıklarının, ruh ve sinir

hastalıklarının, gastrointestinal sistem hastalıklarının ise mental yaşam kalitesini düşürdükleri saptandı. Sağlık anksiyetesi ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edildi.

Sağlık anksiyetesi ve yaşam kalitesini etkileyen pek çok etken saptanmıştır. Bu etkenlere yönelik atılacak adımlar ile hastaların sağlık anksiyetesi geliştirmeleri önlenip yaşam kaliteleri iyileştirilebilir.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalıklar, sağlık anksiyetesi, yaşam kalitesi



HEALTH ANXIETY LEVELS AND QUALITY OF LIFE IN ADULTS WITH CHRONIC DISEASES WHO APPLY TO FAMILY HEALTH CENTERS IN EDIRNE CITY CENTER

SUMMARY

In this study conducted with adult people having chronic diseases and applying to family health centers in Edirne city center, it is aimed to study the effects of chronic diseases, sociodemographic and health-related variables on health anxiety and quality of life, and to investigate the relationship between health anxiety and quality of life.

The sample of our study consists of 404 adults with chronic diseases who applied to family health centers in Edirne city center. Data was collected using a 52-question survey form. Survey form consists of 22 questions examining chronic diseases, sociodemographic and health-related variables, the Health Anxiety Inventory containing 18 questions, and the SF- 12 Quality of Life Scale containing 12 questions.

213 of subjects were women, while 191 of them were men. It has found that some sociodemographic variables and health-related variables had effects on total health anxiety and its subscale, as well as on physical and mental qualities of life. Also it is determined that cardiovascular diseases, dyslipidemia, mental disorders, hepatobiliary diseases and musculoskeletal disorders increasing total health anxiety; thyroid diseases, cardiovascular diseases, dyslipidemia, cancer, mental disorders, hepatobiliary diseases and musculoskeletal disorders increasing excessive sensibility and anxiety towards physical symptoms; dyslipidemia, hepatobiliary diseases, musculoskeletal disorders increasing the anxiety towards

the negative consequences of the illness. It was found that hypertension, diabetes, cardiovascular diseases, dyslipidemia, cancer, hepatobiliary diseases, rheumatic diseases, and musculoskeletal system diseases reduce the physical quality of life. It was also determined that thyroid diseases, respiratory system diseases, mental disorders and gastrointestinal system diseases reduce the mental quality of life. A negative correlation was detected between health anxiety and quality of life.

Many factors have been identified that affect health anxiety and quality of life. By taking steps to address these factors, patients can be prevented from developing health anxiety and their quality of life can be improved.

Keywords: Chronic diseases, health anxiety, quality of life

KAYNAKLAR

1. World Health Organization [Internet]. Noncommunicable diseases [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018;392(10159):1859-922.
3. Kalender N, Sütçü Çiçek H. Kronik hastalıkların yönetimindeki engeller. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2014;6(1):46-53.
4. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile COVID-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 2020;6(1):139-54.
5. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord* 2020;71:102211.
6. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: a systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLoS One* 2020;15(7):e0234124.
7. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2007.
8. Topal K. Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçekler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):9-14.

9. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *PharmacoEconomics* 2016;34:645-9.
10. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2(2):62-70.
11. Çiftçi H. Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2021.
12. Yıldız M. Hatay İli Birinci Basamakta Sık Görülen Kronik Hastalıklarda Bakımın Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi (tez). Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi; 2016.
13. Kutun Fenercioğlu A, Turfaner Sipahioğlu N. Birinci basamakta kronik hastalık bakım modeli. Kutun Fenercioğlu A (Ed). Birinci basamakta kronik hastalık takibi ve kronik hasta bakımı. Ankara: Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği; 2020:100-6.
14. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet* 2010;376(9755):1861-8.
15. Akşit K. Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetiminde 'Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ (PACIC+)'nin Türkçe Çevirisi ve Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2021.
16. Debon R, Coleone JD, Bellei EA, De Marchi ACB. Mobile health applications for chronic diseases: a systematic review of features for lifestyle improvement. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2019;13(4):2507-12.
17. Kara B. Aleksitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi Üzerine Olası Etkisi (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.
18. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022 [internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi (16.11.2023)). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
19. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Frontiers in Public Health* 2020;8:574111.
20. Uysal Y, Mert E, Başhan İ. Tütün kullanımının sağlık üzerine etkileri ve bırakmanın yararları. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(5):20-5.
21. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews* 2014;35(2):155-71.
22. Wakabayashi M, McKetin R, Banwell C, Yiengprugsawan V, Kelly M, Seubsman S, et al. Alcohol consumption patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease. *BMC Public Health* 2015;15:1297.
23. Durstine JL, Gordon B, Wang Z, Luo X. Chronic disease and the link to physical activity. *Journal of Sport and Health Science* 2013;2(1):3-11.

24. Azadnajafabad S, Mohammadi E, Aminorroaya A, Fattahi N, Rezaei S, Haghshenas R, et al. Non-communicable diseases risk factors in Iran; a review of the present status and action plans. *J Diabetes Metab Disord* 2021;1-9.
25. Maguire D, Talwar D, Shiels PG, McMillan D. The role of thiamine dependent enzymes in obesity and obesity related chronic disease states: a systematic review. *Clin Nutr ESPEN* 2018;25:8-17.
26. Wolf TG, Cagetti MG, Fisher JM, Seeberger GK, Campus G. Non-communicable diseases and oral health: an overview. *Frontiers in Oral Health* 2021;2:725460.
27. Koç Vural U, Vural CA, Gökalp S. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve diş çürüğü. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2016;15:80-6.
28. Acheson LS, Wang C, Zyzanski SJ, Lynn A, Ruffin MT, Gramling R, et al. Family history and perceptions about risk and prevention for chronic diseases in primary care: a report from the family healthware impact trial. *Genet Med* 2010;12(4):212-8.
29. Carroll JC, Campbell-Scherer D, Permaul JA, Myers J, Manca DP, Meaney C, et al. Assessing family history of chronic disease in primary care: prevalence, documentation, and appropriate screening. *Canadian Family Physician* 2017;63(1):e58-e67.
30. Fogel O, Richard-Miceli C, Tost J. Epigenetic changes in chronic inflammatory diseases. *Adv Protein Chem Struct Biol* 2017;106:139-89.
31. Sears ME, Genuis SJ. Environmental determinants of chronic disease and medical approaches: recognition, avoidance, supportive therapy, and detoxification. *J Environ Public Health* 2012;2012:356798.
32. Tapio S, Little MP, Kaiser JC, Impens N, Hamada N, Georgakilas AG, et al. Ionizing radiation-induced circulatory and metabolic diseases. *Environment International* 2021;146:106235.
33. Prasad S, Sung B, Aggarwal BB. Age-associated chronic diseases require age-old medicine: role of chronic inflammation. *Preventive Medicine* 2012;54:29-37.
34. Mauvais-Jarvis F, Merz NB, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero J-J, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease and medicine. *The Lancet* 2020;396(10250):565-82.
35. Spanakis EK, Golden SH. Race/ethnic difference in diabetes and diabetic complications. *Current Diabetes Reports* 2013;13(6):814-23.
36. Raghupathi W, Raghupathi V. An empirical study of chronic diseases in the United States: a visual analytics approach to public health. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(3):431.
37. Beltran-Sanchez H, Andrade FC. Time trends in adult chronic disease inequalities by education in Brazil:1998-2013. *International Journal for Equity in Health* 2016;15:139.

38. Mariachiara DC. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *The Lancet* 2013;381(9866):585-97.
39. Oshio T, Kan M. Educational level as a predictor of the incidences of non-communicable diseases among middle-aged Japanese: a hazards-model analysis. *BMC Public Health* 2019;19:852.
40. Lago-Penas S, Rivera B, Cantarero D, Casal B, Pascual M, Blazquez-Fernandez C, et al. The impact of socioeconomic position on non-communicable diseases: what do we know about it?. *Perspectives in Public Health* 2021;141(3):158-76.
41. Fatmi Z, Mahmood S, Samad Z, Wasay M. Air pollution and non communicable diseases. *The Journal of the Pakistan Medical Association* 2020;70(11):1875-7.
42. Kjellstrom T, Butler AJ, Lucas RM, Bonita R. Public health impact of global heating due to climate change: potential effects on chronic non-communicable diseases. *Int J Public Health* 2010;55:97-103.
43. Young AR, Claveau J, Rossi AB. Ultraviolet radiation and the skin: Photobiology and sunscreen photoprotection. *J Am Acad Dermatol* 2017;76(3):100-9.
44. Gupta R, Xavier D. Hypertension: the most important non communicable disease risk factor in India. *Indian Heart Journal* 2018;70(4):565-72.
45. Cock IE, Ndlovu N, Van Vuuren SF. The use of South African botanical species for the control of blood sugar. *Journal of Ethnopharmacology* 2021;264:113234.
46. Agorastos A, Chrousos GP. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Molecular Psychiatry* 2022;27(1):502-13.
47. Tisza MJ, Buck CB. A catalog of tens of thousands of viruses from human metagenomes reveals hidden associations with chronic diseases. *PNAS* 2021;118(23):e2023202118.
48. Schulz TF, Cesarman E. Kaposi Sarkoma-associated Herpesvirus: mechanisms of oncogenesis. *Current Opinion in Virology* 2015;14:116-28.
49. Boothpur R, Brennan DC. Human polyoma viruses and disease with emphasis on clinical BK and JC. *Journal of Clinical Virology* 2010;47(4):306-12.
50. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet* 2007;370(9590):890-907.
51. Song R, Hu M, Qin X, Qiu L, Wang P, Zhang X, et al. The roles of lipid metabolism in the pathogenesis of chronic diseases in the elderly. *Nutrients* 2023;15(15):3433.
52. Meyboom RH, Lindquist M, Egberts AC. An ABC of drug-related problems. *Drug Safety* 2000;22:415-23.
53. Jaspers L, Colpani V, Chaker L, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, et al. The global impact of non-communicable diseases on households and impoverishment: a systematic review. *European Journal of Epidemiology* 2015;30:163-88.

54. Islam SMS, Purnat TD, Phuong NTA, Mwingira U, Schacht K, Fröschl G. Non-communicable diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Globalization and Health* 2014;10:81.
55. Cal SF, Sa LRd, Glustak ME, Santiago MB. Resilience in chronic diseases: a systematic review. *Cogent Psychology* 2015;2(1):1024928.
56. Günler OE. Kronik hastalıkların yol açtığı bazı toplumsal problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2019;42:392-400.
57. Bhatti ZU, Salek MS, Finlay AY. Chronic diseases influence major life changing decisions: a new domain in quality of life research. *J R Soc Med* 2011;104:241-50.
58. Malta DC, Bernal RTI, de Souza MdFM, Szwarcwald CL, Lima MG, Barros MBdA. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. *International Journal for Equity in Health* 2016;15:153.
59. Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling* 2008;73(1):114-20.
60. Kristensen K, König HH, Hajek A. The association of multimorbidity, loneliness, social exclusion and network size: findings from the population-based german ageing survey. *BMC Public Health* 2019;19:1383.
61. Edward K-I. Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing* 2013;22(13):741-6.
62. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, et al. Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers* 2020;6:69.
63. Khaledi M, Haghighatdoost F, Feizi A, Aminorroaya A. The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. *Acta Diabetologica* 2019;56:631-50.
64. Barnard KD, Skinner TC, Peveler R. The prevalence of co-morbid depression in adults with type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabetic Medicine* 2006;23(4):445-8.
65. Boeschoten RE, Braamse AM, Beekman AT, Cuijpers P, van Oppen P, Dekker J, et al. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences* 2017;372:331-41.
66. Kim M, Kim Y-S, Kim D-H, Yang T-W, Kwon O-Y. Major depressive disorder in epilepsy clinics: a meta-analysis. *Epilepsy & Behavior* 2018;84:56-69.
67. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and

palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology* 2011;12(2):160-74.

68. Uphoff EP, Newbould L, Walker I, Ashraf N, Chaturvedi S, Kandasamy A, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of common mental disorders in people with non-communicable diseases in Bangladesh, India, and Pakistan. *Journal of Global Health* 2019;9(2):020417.
69. Kulkarni V, Chinnakali P, Kanchan T, Rao A, Shenoy M, Papanna MK. Psychiatric co-morbidities among patients with select non-communicable diseases in a coastal city of South India. *Int J Prev Med* 2014;5:1139-45.
70. AlSharbati W, Bucheeri S, Alkawari M, Alromaihi N, Algarf R, Alfara W. Prevalence of depression and anxiety among patients with noncommunicable diseases in the Kingdom of Bahrain. *J Bahrain Med Soc* 2018;30(3):10-9.
71. Ramesh S, Kosalram K, Srinivas V. Non-communicable diseases and their impact on depression, anxiety, and stress among the geriatric population residing in old age homes in Chennai, Tamil Nadu. *J Family Med Prim Care* 2023;12:1931-7.
72. Han C, Lofland JH, Zhao N, Schenkel B. Increased prevalence of psychiatric disorders and health care-associated costs among patients with moderate-to-severe psoriasis. *J Drugs Dermatol* 2011;10(8):843-50.
73. Yang G, Tian L, Wang Y, Li J, Qiu P, Rao S, et al. Prevalence and relative factors of health anxiety of elders in community healthcare centers. *International Psychogeriatrics* 2022;34(8):735-42.
74. Petricone-Westwood D, Jones G, Mutsaers B, Leclair CS, Tomei C, Trudel G, et al. A systematic review of interventions for health anxiety presentations across diverse chronic illnesses. *Int J Behav Med* 2019;26:3-16.
75. Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018;14(3):275-82.
76. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. *Psychosomatic Medicine* 2016;78(1):13-25.
77. Yorulmaz E, Dirik G. Sağlık kaygısı ile ilişkili faktörler: sağlık kaygısında bağlanmanın rolü var mıdır?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2018;20(3):443-59.
78. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(1):56-61.
79. Weck F, Richtberg S, Neng JMB. Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. *Current Psychiatry Reviews* 2014;10:14-23.

80. Janzen Claude JA, Hadjistavropoulos HD, Friesen L. Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: prevalence and implications. *Journal of Health Psychology* 2014;19(2):312-22.
81. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry* 2019;65(7-8):566-9.
82. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research* 2011;71(6):392-4.
83. Orhan Özgül Ö, Saatçı E. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Türk Aile Hek Derg* 2021;25(3):84-90.
84. Karaoğlu N, Karaoğlu KB, Yardımcı H. Comparison of health perception and health anxiety levels of sociology and medical students. *Ankara Medical Journal* 2020;20(3):615-28.
85. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: a multicentre study. *Journal of International Medical Research* 2019;47(10):4854-61.
86. Avçin E, Erkoç B. COVID-19 pandemi sürecinde sağlık anksiyetesi, yaşam doyumu ve ilişkili değişkenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 2021;17:1-13.
87. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry* 2020;66(5):504-11.
88. Barbek RME, Makowski AC, von dem Knesebeck O. Social inequalities in health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2022;153:110706.
89. Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy* 2012;50(7-8):502-12.
90. Lee S, Lam IMH, Kwok KPS, Leung CMC. A community-based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2014;28(2):187-94.
91. Taylor S, Thordarson DS, Jang KL, Asmundson GJG. Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry* 2006;5(1):47-50.
92. Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: Care, Health and Development* 2009;35(3):383-90.
93. Can MB. Hekimlerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyi ile Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.

94. McMullan RD, Berle D, Arnaez S, Starcevic V. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019;245:270-8.
95. Karademas EC. Effects of exposure to the suffering of unknown persons on health-related cognitions, and the role of mood. *Health* 2009;13(5):491-504.
96. Thorgaard MV, Frostholm L, Rask CU. Childhood and family factors in the development of health anxiety: a systematic review. *Children's Health Care* 2018;47(2):198-238.
97. Meriç M. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyetesi Düzeyinin Belirlenmesi ve Etkileyen Etmenler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2022.
98. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosomatic Medicine* 2019;81(5):398-407.
99. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports* 2010;12:306-12.
100. Carrigan N, Dysch L, Salkovskis PM. The impact of health anxiety in multiple sclerosis: a replication and treatment case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2018;46(2):148-67.
101. Eilenberg T, Frostholm L, Schröder A, Jensen JS, Fink P. Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: analysis alongside a randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2015;32:95-102.
102. Hannah K, Marie K, Olaf H, Stephan B, Andreas D, Wilson Michael L, et al. The global economic burden of health anxiety/hypochondriasis-a systematic review. *BMC Public Health* 2023;23:2237.
103. Morriss R, Patel S, Malins S, Guo B, Higton F, James M, et al. Clinical and economic outcomes of remotely delivered cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: a multicentre randomised controlled trial. *BMC Medicine* 2019;17:16.
104. Seivewright H, Green J, Salkovskis P, Barrett B, Nur U, Tyrer P. Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2008;193(4):332-7.
105. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2014;383(9913):219-25.
106. Mathes BM, Norr AM, Allan NP, Albanese BJ, Schmidt NB. Cyberchondria: overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research* 2018;261:204-11.

107. Barrett B, Tyrer P, Tyrer H, Cooper S, Crawford MJ, Byford S. An examination of the factors that influence costs in medical patients with health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research* 2012;73(1):59-62.
108. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Research Reviews* 2013;12(1):141-50.
109. Toper F, Özpolat AO. Yaşlılıkta yaşam kalitesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2023;12(1):341-51.
110. World Health Organization [Internet]. Measuring quality of life [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
111. Görgünbaran A. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008;1(2):86-97.
112. Demirkıran S. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2012.
113. Hays RD, Reeve BB. Measurement and modeling of health-related quality of life. In: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR (Eds.). *Epidemiology and demography in public health*. 1st ed. San Diego: Academic Press; 2010:195-205.
114. Bender S. Obez bireylerde sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Atlas Üniversitesi; 2023.
115. Haraldstad K, Wahl A, Andenaes R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research* 2019;28(10):2641-50.
116. Allart P, Soubeyran P, Cousson-Gelie F. Are psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer? A critical review of the literature. *Psycho-oncology* 2013;22(2):241-9.
117. Kuzu Z. İnme Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2015.
118. Gobbens RJJ, Remmen R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging* 2019;14:231-9.
119. Perez IR, Bano JR, Ruz MAL, Jimenez AdA, Prados MC, Liano JP, et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Quality of Life Research* 2005;14(5):1301-10.
120. Zhang Y, Zhou Z, Gao J, Wang D, Zhang Q, Zhou Z, et al. Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension: evidence from the urban and rural areas of Shaanxi Province, China. *BMC Health Services Research* 2016;16:277.

121. Pekmezovic T, Popovic A, Kisic Tepavcevic DK, Gazibara T, Paunic M. Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Quality of Life Research* 2011;20(3):391-7.
122. Mielck A, Vogelmann M, Leidl R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014;12(1):58.
123. Goldenberg M, Danovitch I, IsHak WW. Quality of life and smoking. *The American Journal on Addictions* 2014;23(6):540-62.
124. Serinolli MI, Novaretti MCZ. A cross-sectional study of sociodemographic factors and their influence on quality of life in medical students at Sao Paulo, Brazil. *PloS One* 2017;12(7):e0180009.
125. Olickal JJ, Saya GK, Selvaraj R, Chinnakali P. Association of alcohol use with quality of life (QoL): a community based study from Puducherry, India. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2021;10:100697.
126. Revesz D, Bours MJL, Wegdam JA, Keulen ETP, Breukink SO, Slooter GD, et al. Associations between alcohol consumption and anxiety, depression, and health-related quality of life in colorectal cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship* 2022;16(5):988-97.
127. Arslan G, Ayrancı U, Ünsal A, Arslantaş D. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2009;114(3):170-7.
128. Balcells E, Gea J, Ferrer J, Serra I, Orozco-Levi M, de Batlle J, et al. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010;8(1):108.
129. Murphy KM, McGuire AP, Erickson TM, Mezulis AH. Somatic symptoms mediate the relationship between health anxiety and health-related quality of life over eight weeks. *Stress and Health* 2017;33(3):244-52.
130. Abdelghani M, Mahdy RS, El-Gohari HM. Health anxiety to COVID-19 virus infection and its relationship to quality of life in a sample of health care workers in Egypt: a cross-sectional study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2021;23(1):19-28.
131. Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology* 2007;12(4):511-23.
132. Duman Y. Anksiyete Bozukluğu ve Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda, Siberkondria Düzeylerinin, Yaşam Kalitesi ve Hastane Başvuru Sayısına Etkisi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2020.
133. Yıldız N. HIV ile Yaşayan Bireylerde Sağlık Anksiyetesinin Yaşam Kalitesi ve Psikososyal İşlevsellikle İlişkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2018.

134. Çelik B. Kronik Servikal Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Ağrı, Depresyon, Sağlık Anksiyetesi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2018.
135. Mutlu M. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Polikliniğinde İzlemi Süren Böbrek Donörlerinde Yaşam Kalitesi ve Sağlık Kaygısı (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2013.
136. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine* 2002;32(5):843-53.
137. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry* 2013;50:325-31.
138. Bouzgarrou L, Merchaoui I, Omrane A, Ameer N, Kammoun S, Chaari N. Health-related quality of life and determinants of the mental dimension among Tunisian nurses in public hospitals. *Med Lav* 2023;114(1):e2023002.
139. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute;1993.
140. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care* 1996;34(3):220-33.
141. Akçilek E. Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2017.
142. Xiang YT, Wong TS, Tsoh J, Ungvari GS, Correll CU, Sareen J, et al. Quality of life in older patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Hong Kong: a case-control study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2015;51(2):121-7.
143. Özcan D. Revizyon Total Diz Artroplastisinde Fonksiyonu Değerlendiren Anketlerin ve Performans Testlerinin Güvenirlik ve Geçerliliğinin İncelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2020.
144. Soylu C, Kütük B. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2022;33(2):108-17.
145. Bozhan Tayhan E. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Gebelerin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi (tez). Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2023.
146. Günel B. İntörn Doktorların Duygusal Zeka Düzeyleri ve İlişkili Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2021.
147. Kaman A. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Yaşam Kalitesi (tez). Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2022.

148. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi* 2018;23(1):11-7.
149. Cumbul Ayhan N. 18-65 Yaş Arası Bireylerde Sağlık Anksiyetesinin Tedavi Uyumu ile Olası İlişkisi (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.
150. Aktaş R. Bireylerde Egzersizin Sağlıklı Olma İnancına Etkileri ve Sağlık Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021.
151. Dülger HR. Çevresel Sigara Dumanına Maruz Kalan Bireylerin Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Sigara Karşı Bilgi Tutum ve Davranışları (tez). İstanbul: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2017.
152. Canatar AT. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerde Sağlık Anksiyetesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2022.
153. Doğan F. Acil Servislerde Sarı ve Yeşil Alanlara Başvuran Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve Siberkondri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (tez). Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2023.
154. İstatistiklerle Kadın, 2022 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi: 18.01.2024). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2022-49668>
155. Kayan MR. Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisinin Değerlendirilmesi (tez). Çorum: Hitit Üniversitesi; 2023.
156. Ulubınar YM. Yaşlı Bireylerin COVID-19 Salgını Kontrol Algısı ve Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2023.
157. Kayacı R. Hemşirelerin Yaşadığı Sağlık Anksiyetesi ve İş Yaşamı Kalitesi Arasındaki İlişki (tez). Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2023.
158. Tıklar E. Tinnitus Şikayeti Olan Yetişkin Bireylerde Tinnitus Şiddeti, Gürültü Hassasiyeti, Sağlık Anksiyetesi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2021.
159. Varlı Ü. COVID-19 Pandemi Sürecinde Yaşlıların Yaşadıkları Sağlık Anksiyetesi Durumunun Hastalık Algısı ve Tedavi Uyumuna Etkisi (tez). Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; 2021.
160. Norbye AD, Abelsen B, Forde OH, Ringberg U. The association between health anxiety, physical disease and cardiovascular risk factors in the general population-a cross-sectional analysis from the Tromsø study: Tromsø 7. *BMC Primary Care* 2022;23(1):140.
161. Sirri L, Tossani E, Potena L, Masetti M, Grandi S. Manifestations of health anxiety in patients with heart transplant. *Heart & Lung* 2020;49(4):364-9.
162. Smeijers L, Szabo BM, Kop WJ. Psychological distress and personality factors in takotsubo cardiomyopathy. *Neth Heart J* 2016;24:530-7.

163. Brandt F, Thvilum M, Almind D, Christensen K, Green A, Hegedüs L, et al. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. *European Journal of Endocrinology* 2014;170(2):341-8.
164. Siegmann E-M, Müller HHO, Luecke C, Philipsen A, Kornhuber J, Grömer TW. Association of depression and anxiety disorders with autoimmune thyroiditis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2018;75(6):577-84.
165. Scarella TM, Laferton JAC, Ahern DK, Fallon BA, Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics* 2016;57(2):200-7.
166. Sakai R, Nestoriuc Y, Nolido NV, Barsky AJ. The prevalence of personality disorders in hypochondriasis. *J Clin Psychiatry* 2010;71(1):41-7.
167. Noyes Jr R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry* 1999;21(1):8-17.
168. Khani H, Ghodsi H, Nezhadnik H, Teymori S, Ghodsi AR. Depression and its relationship with hypochondriasis in nurses in Neyshabur, Iran. *Military Caring Sciences Journal* 2016;3(1):34-40.
169. Kwon TJ, Youn CH, Kim DH, Lee JB. Hypocholesterolemia and neurotic symptoms. *Korean J Fam Med* 2001;22(9):1400-8.
170. Bitskinashvili M, Kakuridze N. The influence of lipid lowering diet on lipid profile and inflammatory biomarkers (CRP and fibrinogen) in patients with different psychological status in case of coronary artery disease. *Atherosclerosis* 2018;275:e231.
171. Freedman DS, Byers T, Barrett DH, Stroup NE, Eaker E, Monroe-Blum H. Plasma lipid levels and psychologic characteristics in men. *American Journal of Epidemiology* 1995;141(6):507-17.
172. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Gullickson K. Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health & Medicine* 2014;19(5):525-35.
173. Mahmoodzadeh S, Rajabi S. Comparing mindfulness and health anxiety in women with breast cancer and health individuals. *Journal of Health System Research* 2023;18(4):314-20.
174. Zoltek M, Andersson TM-L, Axelsson E, Hedman C, Ihre Lundgren C. Health anxiety and its relationship to thyroid-hormone-suppression therapy in patients with differentiated thyroid cancer. *Cancers* 2022;14(10):2349.
175. Popovic DD, Culafic DM, Tepavcevic DBK, Kovacevic NV, Spuran MM, Djuranovic SP, et al. Assessment of depression and anxiety in patients with chronic liver disease. *Vojnosanitetski Pregled* 2015;72(5):414-20.

176. Hernaez R, Kramer JR, Khan A, Phillips J, McCallister K, Chaffin K, et al. Depression and anxiety are common among patients with cirrhosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2022;20(1):194-203.
177. Lee K, Otgonsuren M, Younoszai Z, Mir HM, Younossi ZM. Association of chronic liver disease with depression: a population-based study. *Psychosomatics* 2013;54(1):52-9.
178. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül Aİ, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of International Medical Research* 2015;43(5):679-85.
179. Özsoy F, Okan S. Somatosensory amplification, health anxiety and pain catastrophizing in individuals with chronic musculoskeletal system pain. *Erciyes Med J* 2021;43(3):237-43.
180. Gül Aİ, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E. Miyofasyal ağrı sendromu ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki. *Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi* 2014;2(3):89-92.
181. Aktürk Oğulluk Z. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması (tez). Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
182. Işık BE. COVID-19'lu Hastayla Riskli Teması Olan ve/veya COVID-19 Tanısı Alan Sağlık Çalışanlarında Sosyal Damgalanma ve Sağlık Anksiyetesi İlişkisinin Değerlendirilmesi (tez). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2021.
183. Bilani N, Jamali S, Chahine A, Zorkot M, Homsy M, Saab M, et al. Illness cognition and health anxiety in parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 2019;37(6):713-28.
184. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Sherry SB, Stewart SH. Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2016;44(1):18-29.
185. Kabakaş K. Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Ölüm Korkusu, Kansere Yakalanma Korkusu ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri (tez). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2018.
186. Barghbani H, Barghbani R, Salehi Y, Rad M. The relationship between health anxiety and caregiver burden in informal caregivers of patients with COVID-19. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2023;12(1):e132191.
187. Öztürk D. Yaşlı Bireylerde Kırılganlık, Düşme Korkusu Kaçınma Davranışının ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2022.
188. Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, Fermanian J, Bouhassira D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain* 2011;152(12):2836-43.

189. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109:38-46.
190. Sevinç A. Açık ve Kapalı Alan Egzersizlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Nişantaşı Üniversitesi; 2023.
191. Kıran D. Erişkin Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı ile İlişkisinin İncelenmesi (tez). İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2021.
192. Cevhertaş M. Bir Eğitim Araştırma Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi (tez). İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021.
193. Göçgeldi E, Babayigit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50(3):172-9.
194. Kranciukaite D, Rastenyte D, Jureniene K. Evaluation of the quality of life in the population of Kaunas city using SF-12 questionnaire. *Medicina* 2007;43(6):501-7.
195. Lim LL, Kua E-H. Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2011;2011:673181.
196. Avcıl E, Yeldan İ, Zirek E. The effect of social isolation on anxiety and quality of life. *Journal of Kocaeli Health and Technology University* 2023;1(2):8-23.
197. La Torre G, Sestili C, Mannocci A, Sinopoli A, De Paolis M, De Francesco S, et al. Association between work related stress and health related quality of life: the impact of socio-demographic variables. A cross sectional study in a region of central Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(1):159.
198. Oh TR, Choi HS, Kim CS, Bae EH, Oh YK, Kim Y-S, et al. Association between health related quality of life and progression of chronic kidney disease. *Scientific Reports* 2019;9:19595.
199. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW, et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of Life Research* 2007;16:545-57.
200. Ellis C, Grubaugh AL, Egede LE. Factors associated with SF-12 physical and mental health quality of life scores in adults with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2013;22(4):309-17.
201. Riley E, Chang J, Park C, Kim S, Song I. Hypertension and health-related quality of life (HRQoL): evidence from the US Hispanic population. *Clinical Drug Investigation* 2019;39:899-908.

202. Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health* 2009;123(8):534-9.
203. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol* 2013;100(2):164-74.
204. Keles H, Ekici A, Ekici M, Bulcun E, Altinkaya V. Effect of chronic diseases and associated psychological distress on health-related quality of life. *Internal Medicine Journal* 2007;37(1):6-11.
205. Schunk M, Reitmeir P, Schipf S, Völzke H, Meisinger C, Thorand B, et al. Health-related quality of life in subjects with and without type 2 diabetes: pooled analysis of five population-based surveys in Germany. *Diabetic Medicine* 2012;29(5):646-53.
206. Özlük A, Abalı S, Tamer İ. Ergenlik döneminde hipotiroidiye bağlı boy kısalığı. *Jour Turk Fam Phy* 2017;8(3):79-82.
207. Güneş A. Hipertiroidi Tanısı Alan Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (tez). Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi; 2019.
208. Romero-Gomez B, Guerrero-Alonso P, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA, Cobo-Cuenca AI. Health-related quality of life in levothyroxine-treated hypothyroid women and women without hypothyroidism: a case-control study. *J Clin Med* 2020;9:3864.
209. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of Medical Research* 2006;37(1):133-9.
210. Bağçivan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;21(2):89-96.
211. Rometsch S, Greutmann M, Latal B, Bernaschina I, Knirsch W, Schaefer C, et al. Predictors of quality of life in young adults with congenital heart disease. *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes* 2019;5(2):161-8.
212. Farhat A, Al-Hajje A, Rachidi S, Zein S, Zeid MB, Salameh P, et al. Risk factors and quality of life of dyslipidemic patients in Lebanon: a cross-sectional study. *J Epidemiol Glob Health* 2016;6(4):315-23.
213. Mata N, Alonso R, Banegas JR, Zambon D, Brea A, Mata P. Quality of life in a cohort of familial hypercholesterolemia patients from the south of Europe. *European Journal of Public Health* 2014;24(2):221-5.
214. Kent EE, Ambs A, Mitchell SA, Clauser SB, Smith AW, Hays RD. Health-related quality of life in older adult survivors of selected cancers: data from the SEER-MHOS linkage. *Cancer* 2015;121(5):758-65.
215. Harju E, Roser K, Dehler S, Michel G. Health-related quality of life in adolescent and young adult cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* 2018;26:3099-110.

216. Cappa V, Marcon A, Di Gennaro G, Chamitava L, Cazzoletti L, Bombieri C, et al. Health-related quality of life varies in different respiratory disorders: a multi-case control population based study. *BMC Pulmonary Medicine* 2019;19:32.
217. Turgut M, Fidan C, Işıkçelik F, Ağırbaş İ. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile depresyonun değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2023;25(2):769-88.
218. Emre N, Öner M. Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018;22(4):176-84.
219. Svirtlih N, Pavic S, Terzic D, Delic D, Simonovic J, Gvozdenovic E, et al. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease as assessed by SF12 questionnaire. *J Gastrointestin Liver Dis* 2008;17(4):405-9.
220. Krawczyk M, Kozma M, Szymanska A, Leszko K, Przedniczek M, Mucha K, et al. Effects of liver transplantation on health-related quality of life in patients with primary biliary cholangitis. *Clinical Transplantation* 2018;32(12):e13434.
221. Zhuang G, Zhang M, Liu Y, Guo Y, Wu Q, Zhou K, et al. Significant impairment of health-related quality of life in mainland Chinese patients with chronic hepatitis B: a cross-sectional survey with pair-matched healthy controls. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014;12:101.
222. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(5):S67-74.
223. Sempere-Rubio N, Aguilar-Rodriguez M, Ingles M, Izquierdo-Alventosa R, Serra-Ano P. Physical condition factors that predict a better quality of life in women with fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:3173.
224. Xie Y, Yu Y, Wang J-X, Yang X, Zhao F, Ma J-Q, et al. Health-related quality of life and its influencing factors in Chinese with knee osteoarthritis. *Quality of Life Research* 2020;29(9):2395-402.
225. Zhao D-c, Lin X-y, Hu J, Zhou B-n, Zhang Q, Wang O, et al. Health-related quality of life of men with primary osteoporosis and its changes after bisphosphonates treatment. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2023;24:309.
226. Hansel SL, Umar SB, Lunsford TN, Harris LA, Dibaise JK, Crowell MD. Personality traits and impaired health-related quality of life in patients with functional gastrointestinal disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2010;8(2):220-2.
227. Wahass S, Khalil MS, Al Qurain AA, Yasawy MI. The impact of functional dyspepsia on health-related quality of life in Saudi patients. *Saudi Journal of Gastroenterology* 2006;12(3):123-9.

228. Balp M-M, Lopes da Silva N, Vietri J, Tian H, Ensina LF. The burden of chronic urticaria from Brazilian patients' perspective. *Dermatol Ther* 2017;7:535-45.
229. DiBonaventura M, Carvalho AVE, Souza CS, Squiassi HB, Ferreira CN. The associaton between psoriasis and health-related quality of life, work productivity, and healthcare resource use in Brazil. *An Bras Dermatol* 2018;93(2):197-204.
230. Korhonen PE, Seppala T, Jarvenpaa S, Kautiainen H. Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals. *Quality of Life Research* 2014;23(1):67-74.
231. Loza E, Jover JA, Rodriguez L, Carmona L. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2009;38(4):312-9.
232. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Barton CA, Amoroso C, Holton C, Davies GP, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009;7(1):50.
233. Vyas A, Kang F, Barbour M. Association between polypharmacy and health-related quality of life among US adults with cardiometabolic risk factors. *Quality of Life Research* 2020;29(4):977-86.
234. Strömbom Y, Magnusson P, Karlsson J, Fredrikson M. Health-related quality of life among frequent attenders in Swedish primary care: a cross-sectional observational survey. *BMJ Open* 2019;9:e026855.
235. Reynolds MR, Morais E, Zimetbaum P. Impact of hospitalization on health-related quality of life in atrial fibrillation patients in Canada and the United States: results from an observational registry. *American Heart Journal* 2010;160(4):752-8.
236. Huang Y-P, Chang M-y, Chi Y-L, Lai F-C. Health-related quality of life in fathers of children with or without developmental disability: the mediating effect of parental stress. *Quality of Life Research* 2014;23(1):175-83.
237. Werner H, Balmer C, Lehmann P. Posttraumatic stress and health-related quality of life in parents of children with cardiac rhythm devices. *Quality of Life Research* 2019;28(9):2471-80.

EKLER



EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ Tİ		KANLIĞI	
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARA		Ç KURULU Edirne, Türkiye	
PROTOKOL KODU		GOBAEK 2023/01	
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerde Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:01/01		
	Tarih:09.01.2023		
Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Samed ARSLAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir			
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI			
Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi			

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endodonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki

**Toplantıda Bulunma

EK-2

Evrak Tarih Sayısı: 22.02.2023-411132

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2023/02

Karar: 2023/02

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 13/02/2023 tarih saat 10:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ayşe ÇAYLAN'ın danışmanlığını üstlendiği, Araştırma Görevlisi Dr.Samed ARSLAN'ın uzmanlık tez çalışması olan"Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığını Merkezlerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerde Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi " konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN

Dr. Selma **YILMAZ**

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Selma **YILMAZ**

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı V.

Dr.Necdet **YERKSEVEN**

Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Uzm. Dr. Esin **SEĞİN SAYHAN**

Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yıldırım **CETİNTAŞ**

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

EK-3

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN ERİŞKİNLERDE SAĞLIK ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. SAMED ARSLAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. AYŞE ÇAYLAN

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN ERİŞKİNLERDE SAĞLIK ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ” başlıklı hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

1-☐ Kadın 2-☐ Erkek

3.Boyunuz : cm

4.Kilonuz : kg

5.Medeni durumunuzu belirtiniz.

1-☐ Bekar 2-☐ Evli 3-☐ Boşanmış 4-☐ Dul

6.Çocuğunuz var mı? Varsa çocuk sayısını belirtiniz.

1-☐ Hayır 2.Evet (..... tane)

7.Oturduğunuz evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

1. ☐ Tek başına 2. ☐ 2-4 kişi 3. ☐ 5-9 kişi 4. ☐ 10 ve üzeri

8.Eğitim düzeyinizi belirtiniz.

1-☐ Okur-yazar değil 2-☐ Okur-yazar 3-☐ İlkokul mezunu 4-☐ Ortaokul mezunu 5-☐ Lise mezunu

6-☐ Lisans mezunu 7-☐ Lisansüstü mezunu

9. Mesleğinizi belirtiniz.

1-☐ İşçi 2-☐ Memur 3-☐ Emekli 4-☐ Çalışmıyor 5-☐ Diğer.....

10.Hanehalkınızın aylık gelir durumunu belirtiniz.

1-☐ Gelir giderden fazla 2-☐ Gelir gidere eşit 3-☐ Gelir giderden az

11.Sigara içiyor musunuz?

1-☐ Hayır

2-☐ Evet; yıldır, günde adet

3-☐ Bıraktım; yıl, günde adet içtim/..... yıl önce bıraktım.

12.Alkol kullanıyor musunuz?

1-☐ Hayır

2-☐ Evet; yıldır,haftadagün/.....ml miktarda/cinsi.....

3-☐ Bıraktım,haftada.....gün/.....ml miktarda/cinsi...../.....yıl içtim/.....yıldır içmiyorum.

13.Aşağıda bulunan kronik hastalık kategorilerinden hangisi/hangilerine sahipsiniz?

1.Hipertansiyon ☐

2.Diabetes Mellitus ☐

3.Tiroid fonksiyon bozuklukları (Hipertiroidi,Hipotiroidi vb.) ☐ Belirtiniz.....

4.Kalp ve damar hastalıkları (Koroner arter hastalığı,Kalp yetmezliği vb.) ☐ Belirtiniz.....

5.Dislipidemi (Hiperkolesterolemi, Hiperlipidemi vb.) ☐ Belirtiniz.....

6.Kanser ☐ Belirtiniz.....

7.Solunum sistemi hastalıkları (Astım,Koah,İPF vb.) ☐ Belirtiniz.....

8.Nörolojik hastalıklar (Multipl skleroz,Epilepsi,İnme vb.) ☐ Belirtiniz.....

9.Ruh ve sinir hastalıkları (Depresyon,Şizofreni,Anksiyete vb.) ☐ Belirtiniz.....

10.Kronik karaciğer hastalıkları (Hepatit,Siroz,Karaciğer yetmezliği vb.) ☐ Belirtiniz.....

11.Kronik böbrek hastalıkları (Böbrek taşı ,Kronik böbrek yetmezliği vb.) ☐ Belirtiniz.....

12.Kronik romatizmal hastalıklar (Romatoid artrit,Lupus vb.) ☐ Belirtiniz.....

13.Kronik kas-iskelet sistemi hastalıkları (Osteoartrit,Tendinit vb.) ☐ Belirtiniz.....

14.Kronik hematolojik hastalıklar (Anemi,Polisitemia Vera,İTP vb.) ☐ Belirtiniz.....

15.Kronik immün yetmezlik durumu (HIV,uzun süreli kortizon tedavisi,doğuştan immün yetmezlik vb.) ☐ Belirtiniz.....

16. Diğer : ☐ Belirtiniz.....

14.Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet

15.Son 1 yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna ne sıklıkta başvurdunuz?

1. ☐ 2 veya daha az 2. ☐ 3-5 kez 3. ☐ 6-8 kez 4. ☐ 9 veya daha fazla

16.Daha önce herhangi bir hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?Cevabınız "Evet" ise

17. soruyu cevaplayınız ve şu ana kadar kaç kere hastanede yatarak tedavi gördüğünüzü parantez içinde belirtiniz.Cevabınız "Hayır" ise 18. sorudan devam ediniz.

1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet (.....)

17.En son ne zaman hastanede yatarak tedavi gördünüz?

1. ☐ Son 1 yıl içerisinde 2. ☐ 1-4 yıl önce 3. ☐ 5-10 yıl önce 4. ☐ 10 yıldan uzun süre önce

18.Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu? Cevabınız "Evet" ise 19. soruyu yanıtlayınız ve olduğunuz ameliyat sayısını parantez içinde belirtiniz. Cevabınız "Hayır" ise 20. sorudan devam ediniz.

1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet (.....)

19.En son ne zaman ameliyat oldunuz?

1. ☐ Son 1 yıl içerisinde 2. ☐ 1-4 yıl önce 3. ☐ 5-10 yıl önce 4. ☐ 10 yıldan uzun süre önce

20.Sağlık güvenceniz var mı?Varsa parantez içinde belirtiniz(Örneğin;SSK,BAĞ-KUR, ÖZEL vb.)

1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet(.....)

21. Ciddi bir hastalığı olan herhangi bir yakınınız/akrabanız var mı?

1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet

22.Evinizde bakmak zorunda olduğunuz hasta olan herhangi bir yakınınız var mı?

1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

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 hissedirim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.

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 hiçbir 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 söylerse 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 ilgilenmediğini söyler.
- (b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğini söyler.
- (c) Ailem ve dostlarım sağlığımla için fazlaca endişelendiğini 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 düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

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.

SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genelde sağlık durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
()	()	()	()	()

2. Şu anki sağlık durumunuz aşağıdaki aktiviteleri sınırlıyor mu? Sınırlıyorsa ne kadar?

Evet, çok sınırlıyor Evet, az sınırlıyor Hayır, hiç sınırlamıyor

a) Bir masayı yerinden oynatmak, elektrik süpürmesini itmek veya top oynamak gibi orta şiddette aktiviteler () () ()

b) Birkaç kat merdiven çıkmak () () ()

3. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca fiziksel sağlığınız nedeniyle günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a) İstedğimden daha azını gerçekleştirdim.	()	()
b) İşin veya aktivitenin cinsine göre sınırlandım.	()	()

4. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca herhangi bir duygusal probleminiz nedeniyle işiniz veya günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı? (Örnek: Kendinizi üzgün veya endişeli hissetmek)

	Evet	Hayır
a) İstedğimden daha azını gerçekleştirdim.	()	()
b) İşimi ve diğer aktivitelerimi her zamanki kadar dikkatli yapmadım.	()	()

5. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca ağrılarınız günlük işlerinizi ne kadar engelledi?

Hiç etkilemedi	Çok az etkiledi	Kısmen etkiledi	Oldukça etkiledi	Aşırı etkiledi
()	()	()	()	()

6. Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz dört hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için size en yakın olan cevabı işaretleyiniz. Geçtiğimiz dört haftanın ne kadarında kendinizi....

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Nadir	Hiçbir zaman
a) Rahat ve huzurlu hissettiniz ?	()	()	()	()	()
b) Enerjik hissettiniz ?	()	()	()	()	()
c) Mutsuz ve üzgün hissettiniz ?	()	()	()	()	()

7. Geçtiğimiz dört haftanın ne kadarında, fiziksel sağlığınız veya psikolojik problemleriniz nedeniyle sosyal aktivitelerinizi yapamadınız? (Örnek: Akraba veya arkadaş ziyaretleri.)

Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Nadir	Hiçbir zaman
()	()	()	()	()