

## Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki

Emel BAHADIR YILMAZ<sup>1,a</sup>, İrem AYVAT<sup>2</sup>, Betül ŞİRAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Piraziz, Giresun

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara

<sup>3</sup>Özel Avrupa Göz Sağlığı Dal Merkezi, İzmir, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerin, sağlık personelinin yardım almak yerine internet, televizyon gibi kaynaklardan bilgi almayı daha çok tercih ettikleri belirtilmektedir. Bu bilgi kaynakları, hastanın anksiyetesini daha da artırarak işlevselliğini ciddi derecede bozabilmektedir. Bu çalışmada, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda, sağlık anksiyetesi ve sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören 199 hasta alındı. Verilerin toplanmasında, Demografik Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Ölçeği (SPİMÖ) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi betimsel istatistiklerin yanı sıra Pearson Korelasyon analizi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların SAÖ toplam puan ortalamalarını kadın olmanın, kronik bir hastalığa sahip olmanın ve bu nedenle ilaç kullanmanın, sağlık programlarını izliyor olmanın ve sosyoekonomik düzeyini kötü olarak algılamının istatistiksel anlamlılık düzeyinde artırdığı saptanmıştır (p <0,05). Ayrıca, hastaların SPİMÖ puanları ile bedensel belirtilere aşırı duyarlık ve kaygı boyutu arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki saptanırken, hastalığın olumsuz sonuçları boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r =0,951, p <0,001; r =0,621, p <0,001).

**Sonuç:** Bu çalışma, dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda, sağlık anksiyetesi düzeyleri ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin belirlenmesi ve ciddi düzeyde sağlık anksiyetesi yaşayan hastaların bilişsel davranışçı yaklaşımla psikolojik yardım almaları önerilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Yatan Hasta, Sağlık Anksiyetesi, Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonu.

### ABSTRACT

#### Relationship Between Health Anxiety and the Motivations of the Health Programs Monitoring by Hospitalized Patients

**Objective:** It is stated that individuals with high health anxiety mostly prefer to receive information from sources such as internet and television instead of getting help from health personnel. The information sources can seriously impair functionality by further increasing patient's anxiety. In this study, it was aimed to determine the relationship between health anxiety and motivations of health programs monitoring by hospitalized patients in medical and surgical clinics in a hospital.

**Material and Method:** The study included 199 patients who were hospitalized at medical and surgical clinics. Demographic Information Form, Health Anxiety Scale (HAS) and Health Program Viewing Motivation Scale (HPVMS) were used to collect data. In evaluating the data; descriptive statistics were used as well as Pearson Correlation Analysis, Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis Test.

**Results:** It was determined that being female, having a chronic disease, using drugs, viewing health programs and perception of having poor socioeconomic level increase a mean total score of the HAS of patients at statistical significance (p <0,05). In addition, a strong correlation was found between the HPVMS scores of patients and dimension of hypersensitivity of physical symptoms and anxiety, while a moderate relation was found between the HPVMS scores and dimension of negative results of disease (r =0,951, p <0,001; r =0,621, p <0,001, respectively).

**Conclusion:** This study showed that there is a relationship between the HAS scores and the HPVMS scores in hospitalized patients in internal and surgical clinics. It has been proposed to determine the level of health anxiety of patients in medical and surgical clinics.

**Keywords:** Hospitalized Patient, Health Anxiety, Health Program Viewing Motivation.

Sağlık anksiyetesinin hem anksiyete bozukluklarının hem de somatoform bozuklukların önemli bir bileşeni olduğu düşünülmektedir. Sağlık anksiyetesi, herhangi bir bedensel rahatsızlığı olmadığı halde kişinin ciddi bir hastalığı olduğunu düşünmesi ve bu hastalığı, kötü sonuçlara yol açacağına dair olumsuz bir biçimde yorumlaması şeklinde tanımlanmaktadır (1). Hatta şiddetli sağlık anksiyetesi, hipokondriyazis olarak da

tanımlanmaktadır (2).

Seivewright ve ark.'nın (3) yaptıkları çalışmada, üroloji servisinde yatan hastalarda sağlık anksiyetesinin görülme sıklığı %9-11 olarak belirlenirken, Tyrer ve ark.'nın (4) yaptıkları çalışmada, dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda sağlık anksiyetesinin görülme sıklığı %19.8 olarak belirtilmektedir. Ayrıca, bu çalışmalarda sağlık anksiyetesinin morbiditeyi etkileyen önemli bir

<sup>a</sup>Yazışma Adresi: Emel BAHADIR YILMAZ, Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Piraziz, Giresun, Türkiye

Tel: 0505 671 3843

Geliş Tarihi/Received: 22.01.2017

e-mail: ebahadiryilmaz@yahoo.com

Kabul Tarihi/Accepted: 12.07.2017

\*Bu çalışmanın bir bölümü, 28-29 Nisan 2016 tarihlerinde Eskişehir'de düzenlenen 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

sağlık sorunu olduğu ifade edilmektedir. Birkaç çalışmada, sağlık anksiyetesinin bazı fiziksel semptomlara yol açtığı ya da fiziksel semptomun şiddetini artırdığı için dahiliye/kardiyoloji kliniklerine ve acil servislere tekrarlı başvurulara yol açtığı ve göğüs ağrısı gibi semptomlar nedeniyle kardiyak kataterizasyon gibi invazif girişimlerin yapılmasına neden olduğu belirtilmektedir (5-7). Ayrıca, sağlık anksiyetesi, fibromiyalji, kronik ağrı sendromu ve miyofasyal ağrı sendromu gibi hastalıklarla ilişkilendirilmekte ve bu hastalarda oldukça yüksek olduğu vurgulanmaktadır (8-10).

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda, sağlık anksiyetesi ile sağlık/hastalık bilgisine erişim düzeyi ve erişim kaynakları arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada, sağlık anksiyetesi yüksek olan kişilerin, doktor muayenesinden daha az memnun oldukları ve dolayısıyla sağlıkla ilgili bilgiye internet aracılığıyla daha çok ulaşmaya çalıştıkları belirlenmiştir (11). Hatta yüksek anksiyetesi olan bireylerin, yaşadıkları semptomlarla ilgili bilgi almak için interneti kullanmalarının, kendilerini daha kötü hissetmelerine yol açtığı ve ciddi düzeyde işlevselliklerini bozduğu belirlenmiştir (12).

Günümüzde, teknolojinin ilerlemesiyle birlikte bireylerin sağlık ve hastalık bilgisi edinebilecekleri kaynakların sayısı artmış ve kullanımı kolaylaşmıştır. Söz edilen çalışmalarda görüldüğü gibi bu durum, sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerin durumunu daha da kötüleştirebilmektedir. Ülkemizde de son yıllarda sağlıkla ilgili programların sayısında ve bu programlara bireylerin ilgisinde bir artış olmuştur. Bu nedenle, bu çalışmada, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örneklem

Kesitsel tanımlayıcı araştırma deseni kullanılarak yapılan bu çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup 4 Mart-1 Haziran 2016 tarihleri arasında Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi'nin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören bütün hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın örneklemini ise 4 Mart-1 Haziran 2016 tarihleri arasında aynı hastanenin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 199 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya alınma ölçütleri; 18 yaşın üstünde olması, nörolojik bir sorununun ve mental retardasyonunun olmamasıdır.

### Kullanılan Araçlar

Veri toplamada, demografik bilgi formu ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Ölçeği kullanılmıştır.

### Demografik Bilgi Formu (DBF)

Konuyla ilgili yapılan çalışmalar gözden geçirilerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan DBF; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma ve sosyoekonomik durumu ve kiminle yaşadığı gibi sosyodemografik özellikleri içermektedir. Ayrıca, sahip olduğu kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu, hastalığıyla ilgili bilgi sahibi olup olmadığı ile sağlık programlarını izleyip izlemediğiyle ilgili bilgi elde etmeye ilişkin 13 soru yer almaktadır.

### Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)

Salkovskis ve arkadaşları (13) tarafından 2002 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (1) tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin puanlaması her bir maddede 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. İki faktörden oluşmaktadır; birinci faktör ölçeğin ilk 14 maddesini içermektedir ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu temsil eden gövde boyut olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktör ölçeğin son 4 maddesini içermektedir ve hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilişkili boyut olarak adlandırılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak belirlenmiştir.

### Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Ölçeği (SPİMÖ)

Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Ölçeği, Koçak ve Bulduklu (14) tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert yapısında olup her bir madde "1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Enformasyon/farkındalık, destek/özdeşleştirme, sosyal aktivite/alışkanlık ve paylaşma/güven olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça o maddede belirtilen gerekçe, kişinin sağlık programını izlemesi açısından geçerli bir neden olarak kabul edilmektedir.

### Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler, Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi'nin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalar ile Demografik Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) ve Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Ölçeği (SPİMÖ) olmak üzere üç ayrı form kullanılarak toplanmıştır. Formlar, araştırmacılar tarafından hastalara bilgi verildikten sonra uygulanmıştır. Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ve bu durumda tedavilerini hiçbir şekilde etkilemeyeceği hakkında bilgi verilmiştir ve sözlü onam alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anketteki sorular araştırmacı tarafından yüksek sesle anlaşılır bir şekilde okunarak, hasta tarafından verilen cevaplar yine araş-

tırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir. Veri toplama süresi ortalama 25 dakikadır.

### İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi betimsel istatistiklerin yanı sıra sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Veriler normal dağılmadığı için sosyo-demografik özelliklere göre sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları puan ortalamalarının değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yanılgı düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Giresun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (05.01.2016 tarih ve 64469785-271-379 sayılı). Helsinki Bildirgesinin ilkeleri doğrultusunda, katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı izin alınmıştır.

## BULGULAR

### Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 1'de araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $45,1 \pm 16,8$  (min=17, max=83)'dir. Hastaların; %88,9'u 65 yaşın altında olup, %52,8'inin kadın, %48,7'sinin en az lise mezunu ve %66,3'ünün evli olduğu, %41,2'sinin çalışmadığı ve %76,4'ünün sosyoekonomik durumunu orta düzeyde algıladığı belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların demografik özellikleri (n=199).

Demografik Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
65 yaş altı	177	88,9
65 yaş üstü	22	11,1
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	105	52,8
Erkek	94	47,2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	10	5,1
İlkokul+ ortaokul	92	46,2
Lise ve üzeri	97	48,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	132	66,3
Bekar	67	33,7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	63	31,7
Çalışmıyor	82	41,2
Emekli	54	27,1
<b>Sosyo-Ekonomik Durum</b>		
İyi	33	16,6
Orta	152	76,4
Kötü	14	7,0

Hastaların; %41,7'si eşi ve çocuklarıyla, %20,6'sı eşiyle, %22,1'i bakıcı, ikinci dereceden akraba gibi diğer kişilerle, %11,1'i yalnız ve %4,5'i çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Hastaların kronik hastalık öykülerine bakıldığında; %28,1'inin Hipertansiyon hastası, %14,1'inin Diabetes Mellitus hastası, %6,0'sının Koroner Arter Hastalığı, % 2,5'inin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve %17,6'sının başka bir kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %40,2'si de sahip olduğu bu hastalık nedeniyle ilaç kullandığını ifade etmişlerdir.

### Hastaların Sağlık Programlarını İzleme ve Hastalığıyla İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları

Araştırmaya katılan hastaların %83,4'ü televizyonda yayınlanan sağlıkla ilgili programları izlediklerini belirtmişlerdir. Sağlık programlarını izlediğini belirten 166 hastanın %51,2'si ara sıra, %30,1'i nadiren, %12,1'i sıklıkla ve %6,6'sı çok sık bu programları izlediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %60,3'ü hastalığıyla ilgili daha önce bir sağlık personelinin bilgi aldığını, bilgi aldığını ifade eden 120 hastanın %56,3'ü doktorundan ve %9,0'u hemşiresinden bilgi aldığını belirtmişlerdir.

### Hastaların SAÖ ile SPİMÖ Puanları

Tablo 2'de hastaların sağlık programlarını izleme motivasyonları ile sağlık anksiyetesi ölçek puanları verilmiştir. Hastaların SAÖ toplam puan ortalamaları  $17,34 \pm 8,45$  olup, bedensel belirtilere aşırı duyarlık ve kaygı boyutu puan ortalamaları  $13,39 \pm 6,97$  ve hastalığın olumsuz sonuçları boyutu puan ortalamaları  $3,94 \pm 2,70$ 'dir. SPİMÖ toplam puan ortalamaları  $79,21 \pm 22,91$  olup, alt boyut puan ortalamaları şöyledir: enformasyon/farkındalık için  $36,14 \pm 10,56$ , destek/özdeşleştirme için  $22,38 \pm 6,78$ , sosyal aktivite için  $11,23 \pm 4,01$  ve paylaşma/güven için  $9,62 \pm 3,60$ 'tır.

**Tablo 2.** Hastaların sağlık programlarını izleme motivasyonları ile sağlık anksiyetesi ölçek puanları.

	Ortalama ± Standart Sapma
<b>Sağlık Anksiyetesi Ölçeği</b>	
Faktör 1: Bedensel belirtilere aşırı duyarlık ve kaygı boyutu	$13,39 \pm 6,97$
Faktör 2: Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	$3,94 \pm 2,70$
Toplam ölçek puanı	$17,34 \pm 8,45$
<b>Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Ölçeği</b>	
Enformasyon/farkındalık	$36,14 \pm 10,56$
Destek/özdeşleştirme	$22,38 \pm 6,78$
Sosyal aktivite	$11,23 \pm 4,01$
Paylaşma/güven	$9,62 \pm 3,60$
Toplam ölçek puanı	$79,21 \pm 22,91$

### Sağlık anksiyetesini etkileyen faktörler

Hastaların SAÖ puanlarını etkileyen faktörler Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3. Hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerini etkileyen faktörler.**

	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu Ort ± S,S	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu Ort ± S,S	Toplam sağlık anksiyetesi puanı Ort ± S,S
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	15,04±7,33	3,62±2,76	18,70±8,88
Erkek	12,23±5,84	3,26±2,59	15,47±6,85
Test değeri	z =2,545	z =0,913	z =2,338
p değeri	<b>0,011</b>	0,361	<b>0,019</b>
<b>Kronik bir hastalığa sahip olma</b>			
Var	16,37±8,19	3,59±2,72	19,93±9,71
Yok	12,61±5,81	3,40±2,67	16,02±7,10
Test değeri	z =3,113	z =0,498	z =2,705
p değeri	<b>0,002</b>	0,618	<b>0,007</b>
<b>İlaç kullanımı</b>			
Kullanıyor	15,74±7,97	3,55±2,62	19,29±9,28
Kullanmıyor	12,39±5,56	3,39±2,73	15,78±6,98
Test değeri	z =3,001	z =0,526	z =2,652
p değeri	<b>0,003</b>	0,599	<b>0,008</b>
<b>Sağlık programlarını izleme</b>			
İzliyor	14,33±7,13	3,49±2,69	17,83±8,51
İzlemiyor	11,17±4,63	3,32±2,70	14,50±5,91
Test değeri	z =2,669	z =0,254	z =2,327
p değeri	<b>0,008</b>	0,800	<b>0,020</b>
<b>Sağlık personelinin bilgi alma</b>			
Alıyor	14,71±7,15	3,40±2,57	18,11±8,34
Almıyor	12,20±6,02	3,50±2,84	15,70±7,66
Test değeri	z =2,379	z =0,074	z =1,957
p değeri	<b>0,017</b>	0,941	0,050
<b>Sosyoekonomik durumu</b>			
İyi	11,30±5,58	2,87±2,74	14,18±5,68
Orta	14,25±6,90	3,69±2,67	17,94±8,54
Kötü	16,28±8,22	3,64±2,70	19,92±8,09
Test değeri	X <sup>2</sup> =6,19	X <sup>2</sup> =3,35	X <sup>2</sup> =7,37
p değeri	<b>0,045</b>	0,187	<b>0,025</b>

Hastaların SAÖ toplam puan ortalamalarını kadın olmanın, kronik bir hastalığa sahip olmanın ve bu nedenle ilaç kullanmanın, sağlık programlarını izliyor olmanın ve sosyoekonomik düzeyini kötü olarak algılamının istatistiksel anlamlılık düzeyinde artırdığı saptanmıştır (p <0,05). Kadın hastaların, kronik bir hastalığa sahip olanların ve bu nedenle ilaç kullananların, sağlık programlarını izleyenlerin, sağlık personelinin bilgi almış olanların ve sosyoekonomik düzeyini kötü olarak algılayanların bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p <0,05). Bununla birlikte, söz edilen değişkenlerin hastalığın olumsuz sonuçları boyutu puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılıkta bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (p >0,05).

### SPİMÖ ile SAÖ Arasındaki Korelasyon

Tablo 4'te görüldüğü gibi, SPİMÖ puanları ile bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki saptanırken (r =0,951,

p =0,000), hastalığın olumsuz sonuçları boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (r =0,621, p = 0,000). Bununla birlikte, hastaların SPİMÖ puanları ile SAÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır (r = 0,263, p =0,000).

### TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan hastaların sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puan ortalamalarının 17,34±8,45, bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu puan ortalamalarının 13,39±6,97 ve hastalığın olumsuz sonuçları boyutu puan ortalamalarının 3,94±2,70 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan bir çalışmada, göğüs ağrısı olduğunu belirten ancak herhangi bir kardiyak sorunu olmayan hasta popülasyonunda SAÖ puan ortalamasının 17,6±7,7 ve sağlıklı popülasyonda 14,7±6,4 olduğu belirlenmiştir (6). Bir başka çalışmada, dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda SAÖ puan ortalaması 17,11±6,07 ve kontrol grubunda 10,71±4,44 olarak belirlenmiştir (7). Fibromiyaljili hastalarla yapılan bir diğer çalışmada ise SAÖ puan ortalaması 23,50±10,78'dir (10).

Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 54 olduğu düşünüldüğünde, araştırmamıza katılan hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin yüksek olmadığı söylenebilir. Ancak yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, araştırmaya katılan hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin diğer örneklerdeki bireylerin düzeyleriyle hemen hemen aynı olduğu belirlenmiştir. Sadece fibromiyaljili hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerine göre düşük çıkmıştır. Bu durum da fibromiyaljili hastalarda depresyon düzeyinin de yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir (10). Aynı çalışmaya katılan sağlıklı kontrollerin sağlık anksiyetesi düzeylerine bakıldığında ise 9,38±4,24 olduğu, yani sağlıklı bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Klinikte yatan ve yatmayan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise klinikte yatan hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin klinikte yatmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (15). Dolayısıyla, akut ya da kronik sağlık sorununa sahip olmanın ve hastanede yatıyor olmanın, araştırmamıza katılan hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerini artırmış olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada, kadın olmanın, kronik bir hastalığa sahip olmanın ve bu nedenle ilaç kullanmanın, sağlık programlarını izliyor olmanın ve sosyoekonomik düzeyini kötü olarak algılamının hastaların SAÖ toplam puan ortalamalarını artırdığı saptanmıştır. Hatta bu değişkenlerin, hastaların hastalığın olumsuz sonuçlarına ilişkin anksiyete düzeylerini etkilemezken, bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu puan ortalamalarını artırdığı da belirlenmiştir (Tablo 3).

Bu araştırmada olduğu gibi, hem Bozkurt-Zincir ve ark.'nın (6) hem de Janzen-Claude ve ark.'nın (16) yaptıkları çalışmalarda da erkeklere göre kadınların SAÖ toplam puan ortalamaları ile bedensel belirtilere

aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu puan ortalamalarının

daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.** Hastaların sağlık programlarını izleme motivasyonları ile sağlık anksiyetesi düzeyleri arasındaki ilişki.

Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları	Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri			
		Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Toplam ölçek puanı
Enformasyon/farkındalık	<i>r</i>	0,273	0,135	0,268
	<i>p</i>	<0,001	0,059	<0,001
Destek/özdeşleştirme	<i>r</i>	0,297	0,131	0,288
	<i>p</i>	<0,001	0,066	<0,001
Sosyal aktivite	<i>r</i>	0,188	0,044	0,167
	<i>p</i>	0,008	0,537	0,019
Paylaşma/güven	<i>r</i>	0,152	0,004	0,125
	<i>p</i>	0,034	0,955	0,082
Toplam ölçek puanı	<i>r</i>	0,951	0,621	0,263
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001

Skidmore ve ark. (17), kadınlarda sağlık anksiyetesinin ve hastalık davranışının daha çok görüldüğünü ifade etmişlerdir. Buna karşın, hemşirelerin sağlık kaygısını değerlendiren bir başka çalışmada, sağlık anksiyetesi düzeyinin cinsiyete göre değişmediği belirlenmiştir (18). Yine panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriazisi olan hastaların karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise, hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri cinsiyete göre bir fark göstermemiştir (2). Araştırma bulguları doğrultusunda, kadın hastalarda sağlık anksiyetesi düzeylerini artıran faktörlerin neler olduğunun tanımlanması, sorunun ele alınışına önemli bir katkı sağlayabilir.

Sağlık anksiyetesi düzeyini etkileyen bir diğer faktör ise bireyin kronik bir hastalığının olmasıdır. Kronik hastalıklar nedeniyle azalan fiziksel fonksiyon düzeyinin ve yaşam kalitesinin, yaş ilerledikçe sağlık anksiyetesi düzeyinin yükselmesine yol açtığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (15, 19, 20). Multiple Sklerozis hastalarıyla ve kronik ağrı yaşayan hastalarla yapılan başka çalışmalarda da sağlık anksiyetesi, sağlıklı bireylere göre kronik hastalığı olanlarda daha yüksek bulunmuştur (21, 22). Söz edilen bu çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerde sağlık anksiyetesi düzeyinin yüksek olması, fiziksel fonksiyonların azalması veya gerilemesiyle, duygusal baş etme yöntemlerinin sorun odaklı baş etme yöntemlerinden daha çok kullanılmasıyla ve ağrı gibi yaşam kalitesini bozan semptomların varlığıyla ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, kronik hastalıklar uzun süreli ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda da hastaların %40,2'si sahip olduğu kronik hastalık nedeniyle ilaç kullandığını ifade etmiştir. Hatta, kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanan hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri kullananlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Dolayısıyla ilaç kullanımının da kronik hastalığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyinin yükselmesine yol açan önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, hastaların sağlık anksiyetesi düzeyini etkileyen önemli diğer bir faktörün de sağlık programlarını izlemek olduğu belirlenmiştir. Sağlık anksiyetesi, bireylerin güvence arama davranışına yol açabilmektedir. Güvence arayışıyla birlikte bireyler, bilgiye kısa yoldan ulaşabilecekleri internet, televizyon gibi kaynakları kullanmayı tercih etmektedirler (23, 24). Ayırı-

ca, bu bilgi kaynakları aracılığıyla, sağlık/hastalık durumuyla ilgili bilgiye erişmeye çalışırken çok fazla zaman harcamaktadırlar. Bu durum, hastanın hekime başvurmasını engellemekte, olumsuz sağlık bilgisine ulaşmasını kolaylaştırmakta ve sağlık anksiyetesi düzeyini daha da artırmaktadır (12, 25).

Son olarak, yapılan korelasyon analizlerinde, SPİMÖ puanları ile bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu ve hastalığın olumsuz sonuçları boyutu arasında da pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4). Hatta, hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleri ile enformasyon/farkındalık, destek/özdeşleştirme, sosyal aktivite ve paylaşma/güven gibi sağlık programlarını izleme motivasyon kaynakları arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada (26), bireylerin televizyon izlemelerinin en önemli sebeplerinden birinin yalnızlık olduğundan ve bireyin yetersiz düzeyde olan sosyal etkileşimini bu şekilde telafi ettiğinden söz edilmektedir. Yine aynı çalışmada, bireylerin televizyon programlarını en çok gözetim/kişiler arası fayda motivasyonu ile izledikleri de belirlenmiştir. Elli yaş üstündekilerin katıldığı başka bir çalışmada katılımcılar, televizyondaki sağlık programlarını yararlı bulduklarını ve bu programları, bilgi alınan önemli bir kaynak olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (14). Hatta televizyondaki sağlık programlarının içeriğinin analiz edildiği bir çalışmada ise %80'ine özel hastaneden gelen uzmanların katıldığı ve onların da sağlık ile ilgili konuları ele alırken çoğunlukla izleyen üzerinde kaygı yaratma stratejisini kullandıkları belirlenmiştir (27). Dolayısıyla, kaygı yaşayan hasta ya da sağlıklı birey, bu programları izledikten sonra sağlığıyla ilgili daha fazla anksiyete yaşamakta ve işlevselliği bozulmaktadır.

Araştırmamızda bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, araştırmanın sadece bir merkezde yürütülmüş olmasının ve örneklemin araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalardan oluşmasının, araştırma sonuçlarının genellenmesini engellemesidir. Sınırlılıklardan bir diğeri, araştırma kapsamına alınan hastalarda psikiyatrik morbiditenin araştırılmamış olmasıdır. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların sağlık anksiyetesi düzeyleriyle psikiyatrik hastalıkların bir ilişkisinin olup olmadığının ortaya konması, araştırma bulgularını daha da güçlendirebilirdi. Araş-

tırmanın son kısıtlılığı ise verilerin toplanmasında, öz bildirim dayalı değerlendirme araçlarının kullanılmış olmasıdır. Bu durum, katılımcıların öznel değerlendirmelerden ziyade nesnel değerlendirmelerde bulunmalarına yol açmaktadır.

Sonuç olarak; araştırmamızda kadın olmanın, kronik bir hastalığa sahip olmanın ve bu nedenle ilaç kullanımının, sağlık programlarını izliyor olmanın ve sosyoekonomik düzeyini kötü olarak algılamının hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerini artırdığı; sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonu ara-

sında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu bulguların, psikiyatri dışı kliniklerde yatan hastaların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha büyük örneklemelerde araştırılmasına, risk etkenlerinin belirlenmesine, sağlık anksiyetesi ile psikiyatrik morbidite arasındaki ilişkinin ortaya konmasına ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu bulgular, kliniklerde çalışan sağlık personelinin hastanın sağlık durumu ya da hastalığıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmelerine ve bu konudaki bilgi gereksinimlerini karşılamalarına daha duyarlı bir şekilde yaklaşmalarına da katkı sağlayabilir.

## KAYNAKLAR

1. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C. Reliability and validity of the Turkish version of the health anxiety inventory. *Arch Neuropsychiat* 2013; 50: 325-31.
2. Karapıçak ÖK, Aslan S, Utku Ç. Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012; 1: 43-51.
3. Seivewright H, Salkovskis P, Green J, et al. Prevalence and service implications of health anxiety in genitourinary medicine clinics. *International J STD and AIDS* 2004; 15: 519-22.
4. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res* 2011; 71: 392-4.
5. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001; 39: 705-15.
6. Bozkurt-Zincir S, Sunbul M, Aydın-Sunbul E, et al. Evaluation of alexithymia, somatosensory sensitivity, and health anxiety levels in patient with noncardiac chest pain. *Biomed Research International* 2014; 1-6. Doi: 10.1155/2014/896183.
7. Gül Aİ, Özdemir T, Börekçi E. Dahiliye polikliniğine birden fazla gelen hastalarda sağlık anksiyetesi düzeyi. *J Clin Analytical Med* 2014; 1-3. Doi: 10.4328/JCAM.2951.
8. Tang NKY, Salkovskis PM, Hodges A, Soong E, Hanna MH, Hester J. Chronic pain syndrome associated with health anxiety: a qualitative thematic comparison between pain patients with high and low health anxiety. *British J Clin Psychol* 2009; 48: 1-20.
9. Gül Aİ, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E. Miyofasyal ağrı sendromu ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki. *International J Clin Res* 2014; 2: 89-92.
10. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül Aİ, Tanık N, Arık HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res* 2015; 43: 679-85.
11. Tanis M, Hartmann T, Te Poel F. Online health anxiety and consultation satisfaction: a quantitative exploratory study on their relations. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 1227-32.
12. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon BA. Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics* 2016; 57: 390-400.
13. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843-53.
14. Koçak A, Bulduklı Y. Sağlık iletişimi: yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. *Selçuk İletişim* 2010; 6: 5-17.
15. Alberts NM, Sharpe D, Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Health anxiety: comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 612-4.
16. Janzen-Claude JA, Hadjistavropoulos HD, Friesen L. Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: prevalence and implications. *J Health Psychol* 2014; 19: 312-22.
17. Skidmore JR, Dyson S, Kupper AE, Calabrese D. Predicting illness behavior: health anxiety mediated by locus of control. *Am J Health Behav* 2014; 38: 699-707.
18. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *JDU Health Sci Inst* 2016; 6: 19-29.

19. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJG, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 1096-105.
20. Boston AF, Merrick PL. Health anxiety among older people: an exploratory study of health anxiety and safety behaviors in a cohort of older adults in New Zealand. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 549-58.
21. Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *J Behav Med* 2009; 32: 150-61.
22. Rode S, Salkovskis P, Dowd H, Hanna M. Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *J Psychosom Res* 2006; 60: 155-61.
23. Baumgartner SE, Hartmann T. The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14: 613-8.
24. Eastin MS, Guinsler NM. Worried and wired: effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors. *Cyberpsychol Behav* 2006; 9: 494-8.
25. Muse K, McManus F, Leung C, Meghreblian B, Williams JM. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *J Anxiety Disord* 2012; 26: 189-96.
26. Çakır V, Çakır V. Yalnızlık ve televizyon kullanımı. *Selçuk İletişim* 2011; 7: 131-47.
27. Bulduklu Y. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010; 24: 75-85.