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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE ETKİLEYEN ETMENLER

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Müge MERİÇ

EDİRNE- 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez çalışması sürecimde gösterdiği destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Dr. Öğr. Gör. Önder SEZER'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma ve her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme, asistanlık sürecimde hayatıma katılan kızım Açelya ve oğlum Sarp Çınar'a ve eşim Uğur MERİÇ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……1

GENEL BİLGİLER……3

SAĞLIK ANKSİYETESİ……...…….…3

SAĞLIK ANKSİYETESİNİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ……...10

SAĞLIK ANKSİYETESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER……..12

SAĞLIK ANKSİYETESİNDE TANI……13

SAĞLIK ANKSİYETESİNDE TEDAVİ...……...19

SAĞLIK ANKSİYETESİNİN ÖNEMİ VE TOPLUMA ETKİLERİ……25

AİLE HEKİMLİĞİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ ……..…….26

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ...……..28

GEREÇ VE YÖNTEMLER……...30

BULGULAR……33

TARTIŞMA……..74

SONUÇLAR……....86

ÖZET……..88

SUMMARY……..90

KAYNAKLAR……....92

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BBB : Bedensel Belirti Bozukluğu

BDT : Bilişsel ve Davranışçı Terapi

BDT-SA : Sağlık Anksiyetesi için Bilişsel ve Davranışçı Terapi

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HK : Hipokondriya

HKB : Hastalık Kaygı Bozukluğu

ICD : International Classification of Diseases

ICPC : International Classification of Primary Care

KSE : Kısa Semptom Envanteri

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

SA : Sağlık Anksiyetesi

SAÖ : Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

TÖH : Tıp Öğrencisi Hastalığı

ZD : Zorlayıcı Düşünce

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyum veya değişikliklerin ciddi bir hastalığın göstergesi olduğuna dair korkuyla ya da ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı endişe duyduğu zaman ortaya çıkan kaygıyı ifade eder. Ruhsal Bozuklukların Sayısal ve Tanısal El Kitabı 4'te aşırı sağlık anksiyetesi, hipokondriyazis olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal Bozuklukların Sayısal ve Tanısal El Kitabı 5'te ise sağlık anksiyetesi, hastalık kaygı bozukluğu adıyla bedensel belirti bozuklukları içinde yer almaktadır (1).

Ruhsal Bozuklukların Sayısal ve Tanısal El Kitabı 5'e göre hastalık kaygı bozukluğu, bakım arayan ve bakımdan kaçan olmak üzere iki kesimi de içerir. Bakım arayan kesim, sık sık doktora gitmeyi, sağlık tarama ve girişimlerini tekrarlatmayı içerir. Bu durum, gereksiz muayene ve tetkiklere sebep olarak hem sağlık çalışanlarının iş yüklerinin artmasına ve zaman kaybına hem de yüksek mali yüke sebep olur. Bakımdan kaçan kesim ise sağlık bakımına seyrek olarak başvurur. Ertelemeler ve bu kaçınma, olası tanıda gecikmelere ve mevcut hastalığın ilerlemesine sebep olabilir. Yine bu da hem hastalığın şifaya kavuşma ihtimalini düşürecek hem de ileri tedavi gerektireceği için yine yüksek mali yüke neden olacaktır (2).

Sağlık anksiyetesi büyük epidemiyolojik araştırmalara çok fazla dahil edilmemiştir. 2007 Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı ve Refahı Araştırması, Ruhsal Bozuklukların Sayısal ve Tanısal El Kitabı 4 hipokondriyazis tanımına dayanan sağlık anksiyetesinin bir ölçüsünü içermektedir. Bu araştırmada sağlık anksiyetesi yaşam boyu prevalansı %6, nokta prevalansı ise %3,4 saptanmıştır (3).

Bu hasta grubu hem birinci basamakta hem de ikinci basamak kliniklerde sık rastlanan hasta grubudur. Şüphelenilmediğinde gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve ileri tetkik araştırmalarla yüksek mali kayba neden olmaktadır. Ayrıca hastanın da yaşam kalitesini çok

düşürmektedir. Sağlık anksiyetesi, yüksek düzey rahatsızlık, engellilik ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilidir. Fiziksel hastalığı olanlarda da sağlık anksiyetesi bulunabilir. Eşlik eden hastalıklarının tedavi edilmesine rağmen sık sağlık hizmeti kullanımının devam ettiğini gösteren çalışmalar vardır (1).

Sağlık anksiyetesi ile diğer psikiyatrik hastalıklar arasında birliktelik mevcuttur. Avusturalya'da yapılan epidemiyolojik çalışmada sağlık anksiyetesi ile depresyon birlikteliği %18, anksiyete ile birlikteliği %32 bulunmuştur (1).

Öğrendikleri hastalıkların kendilerinde olabileceği inancıyla oluşmuş hastalık korkusu ve o hastalığın belirtileriyle ilgili bedensel duyumlarının artmasından oluşan "Tıp Öğrencisi Hastalığı" olarak adlandırılan bir fenomen bulunmaktadır. Bununla ilgili öğrencilerin sağlık anksiyetesi veya hipokondriya düzeyi ölçülerek yapılan çeşitli çalışmalar araştırmalara konu olmuştur (4).

Sağlık anksiyetesini teşhis etmek ve etkileyen etmenleri belirleyip bu konuda önlem almak ve sağlık anksiyetesinin tedavisini planlamak hem bireyin yaşam kalitesini yükseltecek hem de gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltarak oluşan yüksek mali yükü düşürecektir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyinin belirlenmesi de tıp öğrencisi hastalığına ışık tutacaktır.

Bu çalışmadaki amaç; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeylerinin belirlenmesi, sosyodemografik özellikler ve diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisinin saptanması ve literatür taranarak oluşturulan sağlık anksiyetesini etkileyebilecek faktörleri sorgulayan sorularla sağlık anksiyetesini etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK ANKSİYETESİ

Terminoloji ve Tanım

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyum veya değişikliklerin ciddi bir hastalığın göstergesi olduğuyla ilgili ya da ciddi bir hastalığa yakalanma konusunda aşırı endişe duyduğunda ortaya çıkan kaygıyı ifade eder. Ruhsal Bozuklukların Sayısal ve Tanısal El Kitabı-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-4)'te de hipokondriyazis aşırı sağlık anksiyetesi olarak tanımlanmaktadır (5). 2013'te yayımlanan DSM-5'te hipokondriyazis kavramı kaldırıldı ve bu tanı, bedensel belirti varsa bedensel belirti bozukluğu, bedensel belirti yoksa hastalık kaygısı bozukluğu olarak adlandırıldı. Daha önce hipokondriyazis tanısı konan hastaların yaklaşık %75'inin "Bedensel Belirti Bozuklukları" (BBB) tanısı altında ve %25'inin "Hastalık Kaygı Bozukluğu" (HKB) tanısı altında toplandığı tahmin edilmektedir (6). BBB ve HKB yüksek sağlık anksiyetesiyle ilişkili olsa da sağlık anksiyetesinin ayrı bir hastalık olarak yaklaşılması gerektiğiyle ilgili çeşitli çalışmalar da mevcuttur (7).

Literatürde sağlık anksiyetesi, hastalık kaygı bozukluğu, hipokondriyazis, hastalık fobisi, hastalık inancı bozukluğu, artmış hastalık ilgileri, hastalık davranışı, anormal hastalık davranışı yaklaşık aynı durumları ifade etmek için kullanılan terimlerdir. Bu nedenle bu metinde "Sağlık Anksiyetesi" (SA) ve DSM-4'te tanısı yer alan "Hipokondriyazis" (HK), DSM-5'te tanısı yer alan "Hastalık Kaygı Bozukluğu" (HKB) terimleri kullanılacaktır.

Sağlık anksiyetesi ve hastalık kaygı bozukluğunun sınıflandırmasında farklı görüşler ve uygulamalar vardır. DSM-5'te HKB "Bedensel Belirti Bozuklukları" (BBB) başlığı altında yer

almaktadır (8). DSM-4'te hipokondriyazis, somatizasyon bozukluğu ana başlığı altında bulunmaktadır (9). ICD-10 2019 versiyonunda hipokondriyal bozukluklar somatoform bozukluklar başlığı altında yer alırken; SA ve HKB'nin tanı kodu bulunmamaktaydı (10). ICD-11 Mayıs 2021 versiyonunda SA ve HKB hipokonriyazis tanı kodu altında yer alırken, hipokondriyazis "Obsesif Kompulsif Bozukluk" (OKB) ana tanı kodu altında yer almaktadır. BBB ise ICD-11'de ayrı bir ana tanı kodu olarak bulunmakta ve hafif, orta, şiddetli şeklinde alt tanıları bulunmaktadır (11). ICPC-3 Aralık 2020 versiyonunda SA ile ilişkili olabilecek bedensel rahatsızlık veya somatizasyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya anksiyete durumu olarak iki tanı kodu bulunmaktadır (12).

İsimlendirme açısından SA olarak kullanımda hastalığın daha çok süreklilik özelliğine vurgu yapılırken, HK olarak kullanımında ise kategorik yönüne vurgu yapılmaktadır ve perspektif olarak ayrı bir tanı olma durumu belirtilmektedir (13,14). HK damgalayıcı bir etiket olarak kabul edilir ve yerine SA ifadesi önerilmiştir (15).

Sağlık Anksiyetesinin Tarihçesi

Hipokondriya terimi M.Ö 350 yıllara kadar dayanır (16). Hipokondri anatomik bir terimdir ve kaburgaların hemen altındaki karın boşluğu anlamına gelir. Daha sonra bu bölge spiritüel olarak gerçek amacı olmayan ruhların melankolisinin kaynağı olarak görülmüştür. İlerleyen süreçte de sinir sistemi bozukluğu anlamında kullanılmaya başlanmıştır (17).

Sağlık anksiyetesinin tarihçesine baktığımızda edebiyata da konu olduğunu görmekteyiz. 1673 yılında ünlü Fransız oyun yazarı Molière, Hastalık Hastası (Fransızca özgün adıyla: Le Malade imaginaire) isimli oyunu yazmış ve aynı yıl sergilemeye başlamıştır. Eserde herhangi bir fiziki hastalığı olmamasına rağmen kendisinin sürekli hasta olduğunu söyleyen Argan, neredeyse her gün doktorunu evine çağırmakta ve bu güvenceyle rahatlayabilmektedir. Hatta kızını bir doktorla evlendirmek istemekte sadece bu şekilde kendisini rahat hissedebileceğini söylemekte, oyunun sonunda da kendisi tıp diploması almaktadır (18).

1942'de kaygıyı ölçmek için kaygıları kategorize etme ihtiyacı duyan Edwards SA kavramını da kullanmış ve içerisinde HK tanısı almış hastaların da bulunduğu bir çalışma hazırlamıştır (19).

1986'da Salkovskis ve Warwick SA olgusunu tanımlamış ve "Sağlık Anksiyetesi Bozuklukları" kavramı için bir temel oluşturmuştur (17).

1995'te psikosomatik hastalıklar için tanı kriterleri belirlenmiş burada SA da 3 kriter ile psikosomatik sendrom olarak tanımlanmıştır (20).

Literatürde SA terimi sık kullanılmakta ve çeşitli yönleriyle araştırmalara dahil olmaktadır.

Sağlık Anksiyetesinin Epidemiyolojisi

Sağlık anksiyetesi büyük epidemiyolojik araştırmalara çok fazla dahil edilmemiştir. 2007 Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı ve Refahı Araştırması'nda SA yaşam boyu prevalansının %6, nokta prevalansının ise %3,4 olduğu saptanmıştır (3).

Taksometrik kanıtlar, [özellikle psikiyatrik hastalıkların gizli yapısını (kategorik/boyutsal) araştırmak için faydalanılan bir araştırma yöntemi] SA'nın her yerde mevcut olduğunu göstermektedir (14). Sağlığı geliştirici davranışlarla ilişkili olan hafif anksiyeteden; uyumsuz davranış, bozulmuş işleyiş ve sürekli sıkıntı ile ilişkili olan patolojik anksiyeteye kadar değişen düzeyde meydana gelmektedir (21).

Sağlık anksiyetesiyle ilgili yapılan bir derlemeye göre genel popülasyonda patolojik SA görülme sıklığı geniş bir aralıkta (%2,1-13,1) bulunmaktadır (22).

Sağlık anksiyetesi görülme sıklığında artış mevcuttur. Tıp kliniklerine başvuran hastalara yapılan bir çalışmada SA yaygınlığı 2006-2008'de %14,9 iken 2008-2010'da %19,9'a yükseldiği saptanmıştır. Bu artış öncelikle gastroenteroloji kliniklerinde (%10'luk artış) fark edilmiştir (23). Klinikler arasında SA görülme sıklığında önemli farklılıklar vardır. İngiltere'de 8 hastaneyi kapsayarak yapılan bir araştırmada nöroloji kliniğine başvuranların %24,7'sinde, göğüs hastalıkları kliniğine başvuranların %20,8'inde, gastroenteroloji kliniğine başvuranların %19,4'ünde, kardiyoloji kliniğine başvuranların %19,1'inde, endokrinoloji kliniğine başvuranların %17,4'ünde patolojik SA bulunmuştur (24)

Danimarka'nın Aarhus şehrinde yapılan 38 birimin katıldığı, 1785 hastanın tarandığı büyük bir birinci basamak örnekleminde, şiddetli SA'nın prevalansı %9,5; hafif SA'nın prevalansı %2,6 bulunmuştur (15, 25). Bir sistematik derlemede birinci basamakta yapılan yedi çalışmada ortanca SA prevalansı %4.2 (minimum %0.8, maksimum %8.5)'dir (26).

Sağlık Anksiyetesi Etiyolojisi

Sağlık anksiyetesini açıklamak için yapılan çalışmaların çoğu, sağlık ve hastalıkla ilgili yersiz inançlara özel bir vurgu yapan bilişsel davranışçı modele dayanmaktadır. Bu inançlar, bellek ve dikkatteki önyargılar, ruminatif (olumsuzlukları zihinde tekrarlama) düşünce şekli ve korkulan bir sonucu önlemeye yönelik bir dizi davranış gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal faktörlerle sürdürülür. Deneysel bulgular, sağlıkla ilgili güven arayışının olumsuz bir şekilde

pekiştirdiğini ve yersiz sağlık inançlarında artışa yol açarak SA'yı sürdürdüğünü göstermektedir (27).

Bilişsel teori, şiddetli SA'da bedensel belirtiler, bulgular, farklılıklar ve tıbbi bilgilerin gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılanma eğiliminde olduğunu ve belirli bir hastalığın gerçekte olduğundan daha olası olduğuna i nanıldığını belirtir. Hasta olma olasılığını ve korkulan hastalığın ciddiyetini fazlasıyla abartma eğilimi kalıcıdır. Vücut fonksiyonlarındaki ve fiziksel görünüşteki değişikliklere duyarlılık, bir hastalık sırasında yükselme eğilimindedir. Özellikle bir kişi gerçekten hasta olduğunda sağlık kaygısı askıya alınmaz. Kişinin sağlığına yönelik tehditlerin olasılığı ve ciddiyetine ilişkin aşırı tahminler işlemeye devam eder (17).

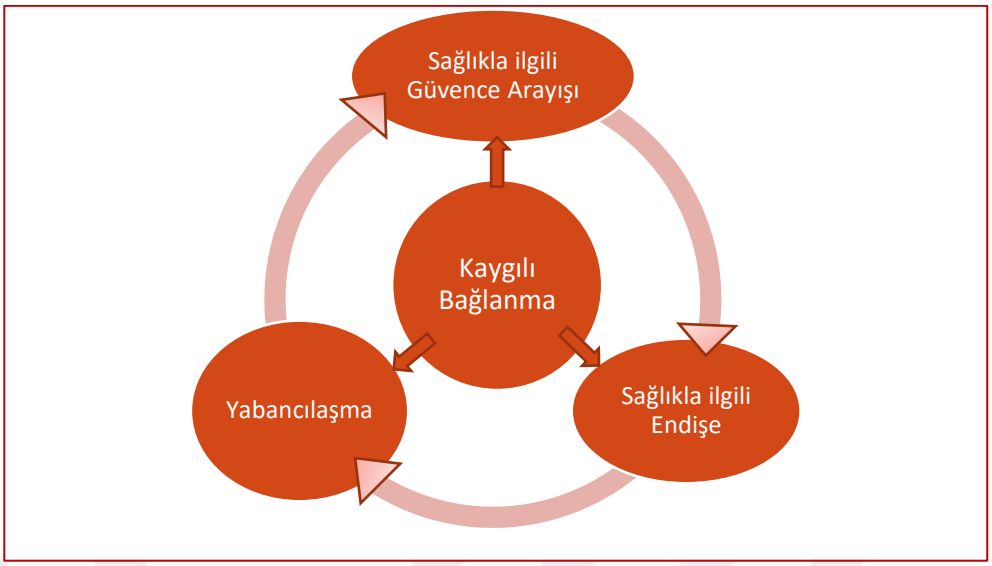
Modern bilişsel davranışçı kuramlara göre SA, kişiden kişiye farklılık gösteren ve hafiften şiddetliye doğru değişen bir spektrumla sürekli devam eder (13). Bedensel belirtilerin anlamı ile ilgili işlevsel olmayan düşünce ve inançlar HK ve SA için risk etmenidir. Bu düşünce ve inançlar gizli kalabilse de var olduğu düşünülen hastalıkla ilgili bilgi edinildiğinde (internetten, tanıdık birinden ya da medyadan) bedensel duyumlarla tekrar ortaya çıkabilirler. Böylece, hastalığın belirtisi olarak nitelendirilen herhangi bir bulguya karşı sürekli tetikte olma durumu oluşur ve bu durum da kaygı yaratır (28).

Yanıt tarzları teorisine göre, sıkıntı belirtilerine ve olası nedenlere tekrar tekrar odaklanma eğilimi olarak kavramsallaştırılan ruminasyonlarla SA'nın güçlü bir ilişkisi vardır (29). Psikopatolojilerin ortaya çıkma ve ilerlemesinde rol oynadığı düşünülen zorlayıcı düşünceler kavramı olumsuz, tekrarlayıcı ve kontrol edilemez zihinsel canlandırmalar olarak tanımlanmaktadır. Endişe ve ruminasyon da bu zorlayıcı düşünce türlerindendir (30). HKB'nin oluşmasında ve ilerlemesinde de sağlığı tehdit edici unsurlar hakkında "Zorlayıcı Düşünceler" (hastalık-ZD)'in etkili olduğu düşünülmektedir. HKB'li hastalar, önceden yaşadıkları bir olayın anılarına dayalı olarak sağlıkları hakkında zihinlerinde engellenemeyen görüntüler yaşadıkları çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. Bu izinsiz düşünce girişlerinin içeriği, öncelikle potansiyel sağlığını tehdit eden unsurlar ve oluşabilecek tıbbi problemlerin korkutucu sonuçlarıyla ilgilidir. Birçok çalışmada düşüncesinin onaylanmamasının, hastalık-ZD'lerin sıklığını, bu düşünceleri ortadan kaldırmadaki zorluk, çaba ve suçluluk duygularını tetiklediği gözlenmiştir. Hastalık-ZD'lerle ilişkili değerlendirmelerin, kişinin düşünce deneyimiyle bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır. Yani, bir hastalık-ZD hakkındaki değerlendirmeler ne kadar aşırı olursa, bu hastalık-ZD o kadar sorunlu olacaktır. Hastalık-ZD'ler obsesyonel-MD'lerden daha az

sıklıkta yaşanmasına rağmen, iki müdahaleci düşünce içeriğinin hastalar arasında benzer derecede rahatsızlığa neden olduğu saptanmıştır (31).

Sağlık anksiyetesini açıklamak için kullanılan bir diğer teori de dikkat kontrol teorisidir. Aşırı SA olan kişilerde bedensel semptomlara dikkat etme gibi yüksek bilişsel önyargılar bulunmaktadır. Kaygılı bireylerin dikkat sistemi, genellikle bir ortamdaki tehditle ilgili uyaranlara karşı duyarlı ve önyargılıdır. Tehditle ilgili uyaranları işlemedeki önyargılar, SA dahil olmak üzere anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (29). Tüm anksiyete bozuklukları, olumsuz sonuçları tahmin etmeye yönelik bir önyargı, tehdit algılamaya karşı artan duyarlılık, algılanan tehditlere karşı gelişmiş bilişsel ve davranışsal tepkiler, otonomik aşırı uyarılma, çevresel uyaranlara olumsuz değer atfedilmesinde artış ve göreceli olumsuz sonuçların risklerini yeniden değerlendirememe gibi benzer bilişsel kalıpları paylaşır. Bu modeller HK'de de gözlenir. Bir çalışmada, çoklu regresyon analizi, HK'nin depresyonla değil, anksiyete ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve anksiyete ile korelasyonun somatik semptom yükünden daha güçlü olduğunu göstermiştir (32).

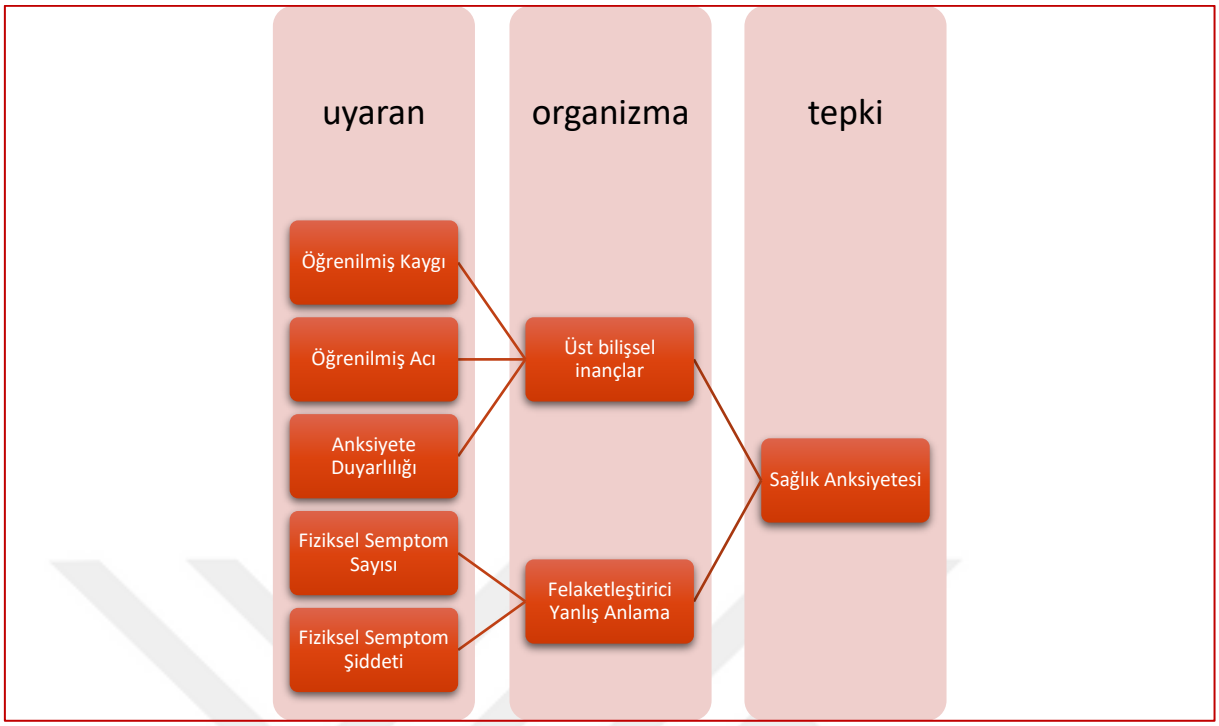
Kişiler arası model, SA'ya sahip kişinin çevresindekilerle ilişkisi ve bu ilişkinin sağlık kaygısı üzerindeki etkisini açıklamaktadır (Şekil 1). Küçük yaşta olumsuzluklarla büyütülme ve fiziksel hastalık deneyimleri, çocukluk döneminde güvensiz bağlanmaya sebep olmaktadır. Bu erken olumsuz deneyimlerin, yetişkinlikte sağlık kaygısı oluşumunu etkilediğine inanılmaktadır. SA'lı bireylerin karakteristik özelliği olan döngüsel, uyumsuz davranış kalıpları (sağlıkla ilgili güvence arama), biliş (yabancılaşma) ve duygulanım (sağlıkla ilgili endişe) özelliklerinin hiperaktif güvensiz bağlanma sisteminden kaynaklandığı söylenmektedir. Bu büyütülmüş bağlanma güvensizlikleri, SA'lı bireylerin sıkıntılarını yönetmek için sağlıkla ilgili güvence arayışına girmelerine yol açar. Bu aşırı güvence arayışı, çevresindekilerin bu sorunu reddetmesiyle sonuçlanır. Bu kişide çevresindekilerinin sağlık sorunlarıyla ilgilenmediği ve desteklerinin geçici ve güvensiz olduğu inancına yol açar ve anlaşılmadığını düşünmek onu yabancılaştırır. Bu yabancılaşma inançları, sağlık kaygılı bireylerin sağlıklarıyla ilgili endişelerini daha da artırarak, sağlıkla ilgili güvence arayışının devam etmesine neden olur (33,34).



Şekil 1. Sağlık anksiyetesi kişiler arası model

Hastalık kaygı bozukluğunun boyut yapısını tartışan bir kuramda; yapının kuramsal perspektifine göre dört temel bileşenden oluştuğu düşünülmektedir: afektif, bilişsel, algısal ve davranışsal bileşen. Başka bir kuramda ise bazı çekirdek yapıları içerdiği ileri sürülmektedir. Bunlar da hastalığa kanaat, bedensel aşırı uğraş ve hastalığa bağlı korkudur (13).

Sağlık anksiyetesini açıklamak için farklı bir model daha geliştirilmiştir. S-O-R modeli [uyaran (stimulus)- organizma (organism)- tepki (response)] kullanılarak yapılan bu SA modellemesinde öğrenilmiş kaygı, öğrenilmiş acı ve anksiyete duyarlılığı, üst bilişsel inançların uyaranıdır. Fiziksel semptomların sayısı ve şiddeti de felaketleştirici yanlış anlamayı uyarır. Öğrenilmiş kaygı, bireyin geçmiş anksiyete deneyimini; öğrenilmiş acı, bireyin geçmişteki ağrı/acı duygusu deneyimini ifade eder. Anksiyete duyarlılığı, bireyin kaygı duygularının kendi psikolojik, fiziksel ve sosyal değerlerine nasıl zarar verdiğine dair inancıdır. Fiziksel semptomların uyarıcı etkisi, semptomların sayı ve şiddeti ile ölçülür. Üst bilişsel inançların ve felaketleştirici yanlış anlamanın SA ile ayrı ayrı ilişkili olduğu bulunmuştur. Üst bilişsel inançlar insanların kendi bilinci, kendi kendini izlemesi ve bilişsel etkinliklerini kendi düzenlemesidir. Felaketleştirici yanlış anlama, vücudun durumu hakkındaki sözde felaket yanılgısının, bireylerin zararsız bir fiziksel durumu fiziksel ve fizyolojik bir tehlike olarak yanlış anlamaları ve böylece tekrar tekrar panik ataklara neden olmalarıdır. S-O-R modelini takiben, organizmanın iç durumu bi tepki ortaya çıkarabilir. Bu tepki de SA'yı oluşturmaktadır (Şekil 2) (35).



Şekil 2. Sağlık anksiyetesi S-O-R modeli

Hipokondriya/hastalık kaygı bozukluğu hastalarının fonksiyonel özelliklerini inceleyen az sayıda beyin görüntüleme çalışması vardır. Bir çalışmada yürütme fonksiyonunu araştıran görevler sırasında amigdala aktivasyonunda artma; dorsolateral prefrontal korteks, striatum ve sol talamus aktivitasyonunda azalma gözlenmiştir. Planlama ve yürütme ile ilgili bu bölgelerin hipoaktivitesi ve beklenti korkusu ile ilgili bölgelerin aktivite artışı, OKB ve panik bozukluğu gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla da benzer bulunmuştur. HK hastalarında rahatsız edici bedensel duyumlarla ilgili kelimeler için yapılan bir Stroop testinde (beynin dikkati yönlendirme ve kavramsal esneklik becerilerini ölçen nöropsikolojik test) daha uzun tepki süresi saptanmıştır. Bu, birkaç frontal, temporal ve subkortikal yapının artan aktivasyonu ile ilişkilendirilmiştir. Bu aktivasyon, nötr kelimelerle gözlemlenmediği için rahatsız edici bedensel duyumlara karşı belirli bir dikkat yanlılığı olduğu bulunmuştur. Belirtilen bu frontal ve subkortikal bölgelerle birlikte viseral duyusal işlem bölgelerini içeren spesifik nöral devreler, bedensel duyumların SA için bir temel oluşturduğu hastalarda önemlidir. Bu devrelerdeki anormallikler, olumsuz beklentiyi, olumsuz dikkat yanlılığını artırarak ve bedensel duyumları felakete uğratarak SA'ya katkıda bulunur. HKB'nin bilinen biyobelirteci yoktur (22).

Hastalık kaygı bozukluğu ve hipokondriyanın genetiği bilinmemektedir. Nörobiyolojileri hakkında çok az bilgi bulunmaktadır. Serotonin disfonksiyonu ile birlikte azalan nörotrofin-3 konsantrasyonu, HK'nın biyolojik bir bağını temsil etmektedir (36).

Hipokondriyak hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla daha küçük hipofiz hacimlerine sahip olduğunu göstermektedir (37).

Monozigot ve dizigot ikiz çiftlerin katıldığı British Columbia Üniversitesi İkiz Projesi'nde SA'da genetik ve çevresel faktörlerin etkisi araştırılmıştır. Bu projede SA'nın orta derece kalıtsal, büyük ölçüde öğrenilen bir fenomen olduğu ve çevresel faktörlerin SA'nın her boyutunda etkili olduğu gösterilmiştir (38).

SAĞLIK ANKSİYETESİNİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Sağlık anksiyetesi, dalgalanan semptomlarla kronik bir hastalıktır. Genellikle erken erişkinlik döneminde görülür (8). Nadiren çocuklarda da SA gözlenmiştir (39).

Sağlık anksiyetesinin spektrumu, hiç yoktan şiddetliye kadar değişir. Şiddetli uç, HKB veya HK gibi klinik bir son noktayı temsil eder (12).

Sağlık anksiyetesine sahip kişinin sıkıntısı, fiziksel semptomlardan ziyade temelsiz bir inançla bir hastalığa sahip olma korkusundan kaynaklanır. Bu anksiyete, uygun fizik muayene ve laboratuvar testlerinin negatif olmasına rağmen devam eder (8).

Sağlık anksiyetesi sendromu üç alanı kapsar:

- Birincisi, hastalık inancıdır. Ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair bu yoğun inanç, hastalığın olası olmadığına dair açıklamalara rağmen caydırılamaz. Hastalıkla uyumlu fizik muayene ve laboratuvar bulgularının olmaması veya tanısal testlerin hastalığa sahip olmadığını göstermesi bile bu inancı kıramaz.
- İkinci olarak, hastalık korkusu vardır. Herhangi bir hastalığının olma ihtimali olduğu söylendiğinde artan sıkıntıya yol açan, ciddi bir hastalığa yakalanma endişesidir.
- Üçüncüsü, bedensel meşguliyettir. Fizyolojik olan bedensel değişimlere karşı artan dikkat ve basit rahatsızlık kaynaklarına fazla ilgi vardır. Kendisine fiziksel sınırlamalar koyar. Yüksek SA olan hastalarda, BBB'li hastalarla karşılaştırıldığında bile, bedensel duyumlara karşı özel bir hassasiyet ve kötüye yorma vardır.
- Bu üç alana ek olarak, somatik semptomların varlığı da dikkate alınması gereken önemli bir boyuttur. Bu semptomlar, genellikle hafif şiddettedir veya fizyolojik duyumlardan oluşmaktadır (32).

Hastanın yanlış yorumladığı bedensel belirtileriyle ilgili doktordan kötü bir hastalık olmadığına dair güvence alması durumunda, sanrısal bozukluklardan farklı olarak, hastalardaki yoğun hastalık anksiyetesi baskılanır. Fakat doktorun açıklamalarına inanılsa da çok kısa bir süre sonra yeniden bedensel belirtilerini yanlış yorumlama ve doktor doktor dolaşma davranışı

başlar (13). Bu durum hastanın endişesini gidermeyen tekrarlayan normal muayeneler ve laboratuvar testleri ile fayda sağlamayan, aşırı sağlık hizmeti kullanımına yol açar (3).

Sağlık anksiyetesinin yabancılaşma, güvence arama, kendini kaptırma ve endişe olmak üzere dört boyutu vardır.

- Yabancılaşma, SA'nın kişilerarası boyutudur. Kişinin aksini gösteren kanıtlara rağmen hasta olduğuna inanma eğilimi vardır. Çevresindekilerin ve doktorların kişinin sağlığıyla ilgilenmediğini düşünmesi ve bu durumun onu yalnız hissettirmesiyle birlikte çevresindekilere karşı yabancılaşmasını ifade eder.
- Güvence arama, SA'nın davranışsal boyutudur. Kişinin var olduğunu düşündüğü sağlık sorunları için sosyal destek araması, onaylanma arzusudur.
- Kendini kaptırma, SA'nın algısal boyutudur. Kişinin bedensel duyumlara odaklanması, normal duyumlara karşı hassasiyetinin artmasıdır.
- Endişe SA'nın duygusal boyutudur. Kişinin hastalık ve sağlık konusunda aşırı kaygılanma eğilimini ifade etmektedir (40).

Bir doktora gittiğinde hasta, ya korktuğu hastalığa sahip olmadığına dair güvence ister ya da doktordan hasta olup olmadığına dair güvence veremediğine dair onay ister. Bazı hastalar endişelerinin aşırı olduğunu kabul edebilir, ancak bunu kontrol etmekte çaresiz hissedebilirler. Bazıları ise hasta olma korkularından vazgeçemezler. SA olan bireyler, ciddi tıbbi durumlara yakalanma olasılıklarının normalde yakalanma olasılıklarından çok daha fazla olduğunu düşünürler (32). Birçoğu da bedensel duyumları tetikleyen belirli yerlerden (hastane, mezarlık gibi) veya faaliyetlerden (koşmak, spor yapmak gibi) kaçınır. Bu kaçınma davranışları, yaşam kalitesini düşürür ve sağlık kaygısını kronikleştirir (39).

Sağlık anksiyeteli hastalar; belirli bir hastalıkla (örneğin kanser veya hayatı tehdit eden bir enfeksiyon, medyadan öğrenilen bir hastalık), vücut fonksiyonundaki normal değişimlerle (örneğin bağırsak hareketleri, terleme, kalp hızı, tansiyon) ve/veya basit fiziksel anormalliklerle (örneğin küçük bir yara, ara sıra öksürük) yoğun olarak meşguldur. Endişenin odağı zaman içinde bir hastalık ya da duyumdan başka bir hastalık ya da duyuma kayabilir.

Yüksek SA'ya sahip kişiler kendilerini rahatlatmak için vücutlarını sık kontrol ederler. Sebepsiz ve sık aralıklarla tansiyon ölçmek, nabız saymak, ateş ölçmek, saturasyon takibi yapmak, kendi kendine meme muayenesi yapmak hastalık kaygısı davranışlarına örnektir. Bu davranışlar stresli zamanlarda artabilir (9).

Tıbbi bir hastalığa veya teşhise sahip olmak SA'yı dışlamaz (39). Hastalığına karşı olumsuz, karamsar tutumu vardır ve hastalığıyla ilgili endişesi olması gerektiğinden daha fazladır (41).

Sağlık anksiyetesi yüksek bireylerde hastalık/sağlık bilgisine ulaşma düzeyi de yüksektir. Bu kişiler hastane muayenelerinden memnun olmazlar ve bu sebeple sağlıkla ilgili merak ettiklerini internet aracılığı ile öğrenmeye çalışırlar. Bu durum kendilerini kötü hissetmelerine ve işlevselliklerini kaybetmelerine neden olmaktadır (32).

SAĞLIK ANKSİYETESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

Sağlık anksiyetesi yaşam boyu ortaya çıkabilir, ancak 35 ile 64 yaşları arasında daha yaygın görülmektedir (17). En düşük prevalans genç ve yaşlı gruplarda gözlenirken, prevalans oranı orta yaşta zirveye ulaşmaktadır (3).

Sağlık anksiyetesini cinsiyet faktörü etkilememektedir (17,32) Bu ilginçtir çünkü hem anksiyete bozuklukları hem de BBB'ler kadınlarda daha sık görülür (32). Literatürde kadın cinsiyeti risk faktörü olarak bulan azımsanmayacak miktarda çalışma da mevcuttur (42).

Yakın zamanda yapılan bir meta analizde düşük sosyoekonomik durum SA için risk faktörü olarak bulunmuştur (43). İstihdamı olmayanların çalışanlara kıyasla SA yaşama olasılığı daha yüksektir (3,17). Düşük eğitim seviyesi ile SA arasında anlamlı bir ilişki vardır (17).

Eşlik eden kronik hastalık SA için risk faktörüdür (42). Bir çalışmada en az bir fiziksel hastalık yaşayan katılımcıların SA olma olasılıkları, sağlıklı olanlara kıyasla 4,67 kat daha fazla bulunmuştur (3). Geçmişte herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olmak da SA için risk faktörüdür (42,44).

Sağlık anksiyetesi için aile öyküsü de önemlidir. Ailede fonksiyonel sendrom öyküsünün bulunmasının sağlık anksiyetesini etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (44).

Çocukluk çağında ebeveyninin anormal hastalık davranışı (kendi aşırı SA veya çocuklarının sağlığıyla ilgili aşırı endişe) veya ebeveyninin ciddi bir hastalığının olması, yetişkinlik döneminde somatizasyon riskini arttırmaktadır. Gelişimsel psikopatoloji açısından bakıldığında, somatizasyonun diğer psikolojik bozukluklarla birlikte görülmesi olumsuz duygulanım, zayıf duygu düzenlemesi veya duygusal ifadenin engellenmesi gibi ortak risk faktörleriyle kısmen açıklanabilir (45).

Ağır çocukluk dönemi hastalıkları ve hastane yatışları, gelecek dönemde oluşabilecek hastalıklara karşı kaygıyı arttırmaktadır. Çocukluk çağı istismarı da SA oluşumunu etkilemektedir (8). Çocukluk döneminde bir yakınının ani ölümü veya ciddi hastalığı, kişide hayatta her zaman tehlikelerin var olduğu inancını yaratmaktadır. Bu da SA oluşumunu tetikleyebilmektedir (46).

Sağlıkla ilgili çevrimiçi aramalar ve medyadaki sağlık haberleri SA düzeyini arttırmaktadır (47).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlıkla ilgili disfonksiyonel inançlar SA ile önemli ölçüde ilişkilidir. Anksiyete duyarlılığının yüksek olması ve vücut uyanıklığının fazla olması SA'nın önemli belirleyicileridir (35).

Sağlık anksiyetesi, olumsuz ve olumlu mizaç, sosyal destek ve algılanan yaşam stresi ile önemli ölçüde ilişkilidir (44).

Sağlık anksiyetesi, başta korkulu bağlanma tarzı olmak üzere, tüm güvensiz bağlanma stilleriyle ve nevrotiklikle pozitif yönde ilişkilidir (34).

Bilinmeyen bireylerin acılarına maruz kalmanın sağlık kaygısını arttırdığı bulunmuştur. Karademas'ın çalışmasında deney grubu, insanların acı çektiği durumları gösteren bir dizi fotoğrafa maruz bırakılmış ve bu maruziyetin ardından sağlık anksiyetesi düzeyi ölçüldüğünde artma saptanmıştır (48).

Sağlık anksiyetesi orta derece kalıtsal, büyük ölçüde öğrenilen bir fenomendir ve çevresel faktörlerin SA'nın her boyutunda etkilidir (38).

SAĞLIK ANKSİYETESİNDE TANI

Güvenceye rağmen hızla ve tekrar tekrar ortaya çıkan sağlık endişeleri bulunan, sık sık sağlık kuruluşlarına başvuran, sağlıkla ilgili bilgileri aramak için çevrimiçi ortamda aşırı zaman harcayan, sağlıkla ilgili endişelerinden dolayı günlük yaşamı etkilenen kişilerde SA'dan şüphelenmemiz gerekir (39).

Olası hastalık kaygı bozukluğu/sağlık anksiyetesi ile başvuran hastaların değerlendirilmesi, başlangıçta öykü, fizik muayene ve odaklanmış laboratuvar testleri, ardından psikiyatrik öykü ve zihinsel durum muayenesini içerir. Mümkünse hastanın daha önce bakım talep ettiği dış kurumlardan alınan kayıtlar alınmalı ve gözden geçirilmelidir. SA teşhis etmeden önce, klinisyenlerin hastayı diğer tıbbi durumlar, özellikle endokrin, immünolojik, nörolojik, onkolojik ve romatolojik hastalıkların erken evreleri açısından değerlendirmesi gerekir (49). Bazı kültürlerde veya aile sistemlerinde, sağlık ve bedensel belirtiler yoluyla sıkıntıyı ifade

etmek, diğerlerinden daha normatif olabilir. Bu nedenle, hastaya SA tanısı vermeden önce, sağlık, hastalık ve bedensel duyumların anlamı hakkındaki kültürel inançlardaki farklılıkları dikkate almak önemlidir (32).

Hastanın semptomları kesintisiz dinlenmeli ve kendisini tam olarak ifade etmesine izin verilmelidir. Bu kendilerinin ciddiye alındıklarını hissetmelerine yardımcı olur. Hastanın SA olup olmadığını belirlemek için aşağıdaki sorular kullanılabilir.

"Bu konuda çok endişelendiniz mi? Genel olarak sağlığınız için sık sık endişelenir misiniz? Geçmişte doktorlar tarafından ciddiye alınmadığınızı düşündüğünüz oldu mu?" SA olan birinin bunlardan en az birine evet yanıtı vermesi muhtemeldir.

"Olmasından korktuğunuz en kötü şey nedir?" Bu soru, korkuyu neyin tetiklediğini anlamaya yardımcı olur.

"Sağlığınız için daha fazla endişelenmeye ne zaman başladınız?" Tetikleyiciler, kendisine veya bir yakınına teşhis konulan ciddi bir hastalık, sevilen birinin ölümü veya diğer dış stresler bu sorunun cevabı olabilir.

"Sağlığınızla ilgili bu endişe işinizi, sosyal hayatınızı ve aile yaşamınızı nasıl etkiledi?" Patolojik SA'nın ayırt edici özelliği; günlük yaşamını etkileyecek kadar kendi sağlığı hakkında endişe duyması, kendini sık kontrol etmesi ve güvence arayışıdır (39).

Sağlık anksiyetesinin tanı kriterleri ilk kez, 1995 yılında Fava ve ark. (20) tarafından yazılan "Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri" başlıklı makalede yer almaktadır. Bununla birlikte, SA olgusunu araştıran çalışmalar, bu tanı ölçütlerini dikkate almamaktadır ve bu nedenle SA ile ilgili değerlendirme stratejileri ve sınır kriterleri değişkendir (22). Fava ve ark. (20) tarafından yazılan Psikosomatik Araştırmalar için Tanı Ölçütleri isimli makalede belirtilen "Sağlık Anksiyetesi" tanı kriterleri şöyledir:

A) Hastalıkla ilgili genel endişe, ağrıyla ilgili endişe ve 6 aydan daha kısa süren bedensel meşguliyetler (somatik duyumları artırma eğilimi)
B) Endişeler ve korkular uygun tıbbi tedaviye kolayca yanıt verir. (bir süre sonra yeni kaygılar ortaya çıksa bile)
C) Endişeler ve korkular duygudurum veya anksiyete bozukluklarına ikincil değildir (20).

Sağlık anksiyetesi ile ilgili bir çok çalışması olan Tyrer'a göre SA'nın ana tanısal özellikleri Tablo 1'de verilmiştir (2).

Tablo 1. Sağlık anksiyetesinin ana tanısal özellikleri

SAĞLIK ANKSİYETESİ TANISAL ÖZELLİKLERİ
Sağlıkla ilgili tamamen kabul edilen aşırı endişeler
Vücut ve vücut işlevleriyle (ve internette gezinmeyle) ilgili aşırı uyanıklık
Hastalık belirtileri için vücudun tekrar tekrar kontrol edilmesi
Ciddi (tedavi edilemez) bir hastalığa yakalanmış olma veya bu hastalığa yakalanma korkusu
Sürekli güvence ihtiyacı
Sık tıbbi konsültasyonlar

DSM-4'e göre aşırı SA olarak tanımlanan HK'nın tanı kriterleri Tablo 2'de verilmiştir (9). Birinci basamakta yapılan bir çalışmada neredeyse hiçbir hastanın HK için tanı kriterlerini karşılamadığı ve bunun ana nedeninin B kriteri olduğu, yani hastaların uygun tıbbi değerlendirmeye rağmen güvenceye hiç yanıt vermemesinin olağandışı olduğu gösterilmiştir. E kriteri de sorunludur. Çünkü hastalığın başlangıç belirtisinden itibaren 6 ay geçmesini beklemek birinci basamakta tanının değerini sınırlar (25). DSM-5'te HK tanısı kaldırılmıştır ve patolojik SA ile en yakın ilişkili tanı HKB'dir. Tablo 3'te HKB tanı kriterleri verilmiştir (8).

Tablo 2. DSM-4'e göre hipokondriyazis tanı kriterleri

DSM-4'E GÖRE HİPOKONDRİYAZİS TANI KRİTERLERİ
A. Normal bedensel duyumların ciddi bir fiziksel hastalık olduğu korkusuna sahip olur veya ciddi bir fiziksel hastalığının olduğu fikriyle meşgul olur.
B. Gerekli tıbbi tetkiklerin yapılmasına ve ciddi bir hastalığı olmadığı güvencesinin verilmesine rağmen bu meşguliyetlerin devam eder.
C. Kriter A'daki düşünceler sanrısal boyutta değildir ve sadece görünüşüyle ilgili bir kaygı değildir. (Delüzyonel Somatik Tip Bozukluk'tan ve Beden Dismorfik Bozukluk'tan farklı olarak)
D. Hastalıkla zihnin sürekli meşgul olması günlük aktivitelerini etkiler ve işlevsellikte bozulma olur.
E. En az 6 aydır bu sıkıntılar devam eder.
F. Genelleştirilmiş kaygı bozukluğu, OKB, panik bozukluk, majör depresyon ve diğer somatoform bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Tablo 3. DSM-5'e göre hastalık kaygı bozukluğu tanı kriterleri

DSM-5'E GÖRE HKB TANI KRİTERLERİ
A. Ciddi bir fiziksel hastalığa sahip olduğunu veya olacağını düşünme.
B. Somatik semptom yoktur veya hafif düzeydedir. Bilinen bir hastalığı mevcutsa veya bir hastalığa yakalanma ihtimali fazlaysa (aile öyküsü), bu konuda zihinsel meşguliyet hastalığın ciddiyetiyle orantısız boyutta aşırıdır.
C. Sağlığıyla ilgili aşırı bir endişe mevcuttur ve birey, kendi sağlık durumuyla ilgili kolaylıkla korkuya kapılır.
D. Bireyin sağlık davranışlarında aşırılıklar gözlemlenir (hastalık belirtisi olup olmadığını araştırmak için bedenini çok sık kontrol eder) veya kötü haber alma ihtimalinden kaygılandığı için gerekli durumlarda dahi yardım almaktan kaçınır (doktora/hastaneye gitmekten kaçınır).
E. Hastalıkla ilgili aşırı düşünme durumu, BBB, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, OKB veya bedensel tür sanrılı bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

Hastalık kaygı bozukluğu, ciddi, tanısı konmamış bir fiziksel hastalığa yakalandığı veya yakalanacağı endişesini barındırır (A kriteri). Somatik semptomlar yoktur veya çok hafiftir (B kriteri). Anksiyete, fizyolojik bedensel duyumdan kaynaklanıyor olsa da kişinin asıl kaygısı bu belirti değil; bu belirtinin anlamı ve sebebidir. Bireyin fiziksel hastalığının olması HKB'yi dışlatmaz. Bu hastalığın ciddiyetiyle ilgili orantısız bir kaygı ve zihinsel meşguliyet varlığı HKB'nin B kriterini karşılar. HKB olan kişiler, hastalıkla ilgili bir haber okuduklarında veya birinin hasta olduğunu duyduklarında, hemen kendi sağlıkları için endişelenirler (C kriteri). Hastalıkla ilgili zihinsel meşguliyetleri, günlük yaşantılarını olumsuz etkiler. HKB'li kişiler, sık sık kendilerini incelerler (aynada sürekli boğazına bakmak gibi) (D kriteri). Kendisinde olduğunu düşündüğü hastalıkları çok fazla araştırırlar (internetten, sağlık haberlerinden) ve sık sık çevresinden veya doktorlardan güvence arayışına girerler. Sağlıkları için tehdit olduğunu düşündükleri olaylardan (hasta yakınlarını ziyaret etmek gibi) veya etkinliklerden (spor yapmak gibi) dikkat çekecek şekilde kaçınırlar (D kriteri). Sağlık hizmetlerini sık kullansalar da ruhsal sağlık hizmetlerine genel popülasyondan daha sık başvurmazlar (8).

Her hastalıkta olduğu gibi SA'da da tanı koymak için en önemli unsur şüphelenmektir. Kişinin sağlığıyla ilgili duyduğu aşırı endişeyi iyi bir gözlemle farkedip SA'dan şüphelendikten sonra tanı koymak kolaylaşacaktır. SA tarama, takip ve SA şiddetini belirlemek için çeşitli

ölçeklerden de yararlanılabilinir. Bunlardan bazıları Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) (41), Whitley İndeksi (WI-7) (13), Hasta Sağlık Anketi (50), Siberkondri Şiddet Ölçeği (51)'dir.

Eşlik Eden Tanılar

Sağlık anksiyetesi olan kişilerin, SA olmayan kişilere kıyasla ek bir psikiyatrik hastalık yaşama olasılığı daha yüksektir. Bipolar bozukluk, agorafobi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu SA ile birlikteliği olan bazı ruhsal bozukluklardır (3). Fibromiyalji (52), kronik ağrı (53) ve kronik yorgunluk sendromu (54) gibi etiyolojisinde psikiyatrik sebeplerin de yer aldığı rahatsızlıkların SA ile birlikteliği de yüksektir.

Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı ve Refah Araştırması 2007'de, SA özellikle anksiyete bozuklukları ve duygulanım bozuklukları ile yüksek oranda komorbid bulunmuştur. Komorbid anksiyete ve depresyon oranları sırasıyla %32 ve %12'dir (3). SA, yalnızca somatik belirtilerle değil, aynı zamanda depresif belirtiler ve diğer kaygı belirtileriyle de ilişkilidir. SA'nın başarılı bir şekilde tedavisi sıklıkla depresif ve diğer kaygı belirtilerini iyileştirmektedir (32).

Sağlık anksiyetesi ve siberkondri arasında güçlü bir ilişki vardır. Siberkondri, arama sonuçlarının ve çevrimiçi literatürün gözden geçirilmesine bağlı olarak zihinsel veya fiziksel belirtilerle ilgili endişelerin artması olarak tanımlanır (51). Bir diğer tanım ise mevcut SA'yı hafifletme ihtiyacından kaynaklanan, ancak bunun yerine kötüleşmesiyle sonuçlanan, sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı, tekrar tekrar çevrimiçi olarak aranmasıdır (55). Bu iki tanımdan da anlaşıldığı gibi siberkondri ile SA'nın ilişkisiyle ilgili farklı görüşler vardır. Hakim görüş, siberkondrinin SA'nın bir parçası olduğu, SA olan kişinin SA'yı hafifletmek amacıyla çevrimiçi sağlık bilgisi aradığı şeklindendir. Diğer görüş ise siberkondrinin bir zorlayıcı düşünce olduğu ve karşı koyulamayan çevrimiçi sağlık bilgisi aramalarının sağlık kaygısının artmasına neden olduğu; yani SA ile siberkondri arasında bir nedensellik ilişkisi olduğudur (55).

Çoğu insan çevrimiçi sağlık bilgisi aramaktadır ama bu kaygı düzeyini arttırmıyorsa normal bir eylemdir. SA olan kişilerin çevirmiçi aramalardan olumsuz etkilenme eğilimi daha fazladır (47). Siberkondri, bir güvence arama davranışı biçimidir. Benzer şekilde endişeli bireylerle çevrimiçi etkileşimler yoluyla destek almak yerine, siberkondri hastaları, genellikle çevrimiçi olarak keşfettikleri ve yeni endişeleri tetikleyen yeni patolojiler nedeniyle kaygılarının arttığını görürler (55).

Ayırıcı Tanılar

Sağlık anksiyetesi/hastalık kaygı bozukluğu ile fiziksel ve/veya ruhsal birçok hastalık karışabilir. Bazı semptomlar organik bir hastalığın başlangıç belirtileri olabilir ve bu semptomlar SA'daki somatik semptomlarla karıştırılabilir. Nörolojik, gastroenterolojik, endokrinolojik, immünolojik hastalıkların, malignitelerin başlangıcında henüz semptomlar oturmamış olabilir. SA'yı teşhis etmeden önce diğer tıbbi bozukluklar ekarte edilir.

Genel tıbbi bir hastalığın varlığı, komorbid SA olasılığını dışlamaz. Tıbbi bir bozukluk varsa, sağlıkla ilgili anksiyete ve hastalık endişeleri açıkça aşırı veya eşlik eden tıbbi bozuklukla orantısız olduğunda HKB tanısı konulur. Sağlığı için endişelenme, organik hastalıkları olan veya bunlar için önemli risk altındaki hastalar arasında, SA'ya normal bir yanıt olabileceği gibi HKB'nin bir belirtisi de olabilir. Ciddi tıbbi hastalık tehdidine veya deneyimine yanıt olarak SA normaldir ve psikiyatrik bir bozukluk değildir. Bu patolojik olmayan SA, tıbbi hastalıkla açıkça ilişkilidir, ciddiyeti ile orantılıdır ve tipik olarak zamanla azalır. Buna karşılık, HKB olan hastalar, tıbbi durumları ile açıkça aşırı ve orantısız derecede meşgul veya endişelidirler ve SA en az altı ay sürer (49).

Sağlık anksiyetesi; yaygın anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, BBB, depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu gibi diğer ruhsal bozukluklarla karıştırılabilir (32,39,56). SA ayırıcı tanıları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık anksiyetesi ayırıcı tanıları

		Sağlık Anksiyetesi
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	*Birkaç alanda endişe vardır. (Sağlık, aile, para, iş gibi).	*Sağlıkla ilgili endişe vardır.
Obsesif Kompulsif Bozukluk	*Zorlayıcı düşüncelere tepki olarak gelen klişeleşmiş, tekrarlayıcı, ritüelleşmiş davranışlar mevcuttur.	*Bir hastalığa sahip olma (obsesyon) ve buna bağlı zorlayıcı düşünceleri içerir.
Bedensel Belirti Bozuklukları	*Öncelik rahatsız edici semptomların ortadan kaldırılmasıdır. *Semptomu sonlandıracak ilaç ve tedavi arayışı vardır. Semptomatik tedavileri kabul eder. *İkincil kazançlar önemlidir.	*Öncelik ciddi bir hastalığın olup olmadığını öğrenmektir. *Bedensel değişimlerin sebebinin ölümcül ve ciddi olmadığını öğrendiklerinde, ortaya çıkan belirtilere kaygı azalacaktır. Semptomatik tedaviyi kabul etmez. *İkincil kazanç beklenmez.

Tablo 4 (Devam). Sağlık anksiyetesi ayırıcı tanıları

Panik Bozukluk	*Panik atak + iyi huylu somatik duyumlara karşı aşırı uyanıklık *Tıbbi bir felaketten (örneğin miyokard enfarktüsü) korksalar da bu korkular yalnızca panik atak sırasında ortaya çıkar ve hastalar genellikle semptomlarının miyokard enfarktüsü değil panik atak olduğuna dair güvence verebilirler.	*Panik atak + iyi huylu somatik duyumlara karşı aşırı uyanıklık *Sağlık kaygısı ön plandadır, korkuları kalıcıdır, güvence altına alınamaz.

SAĞLIK ANKSİYETESİNDE TEDAVİ

Aile hekimliği, hastaların ilk başvuru yeridir. SA'ya sahip kişi, ciddi bir hastalığa yakalanmış olma endişesiyle birinci basamak olan aile hekimliğine başvuracağı için bir aile hekiminin SA'yı tanımayı ve yönetmeyi biliyor olması önemlidir. Hastaların birçoğu sıkıntılarının organik bir sebepten kaynaklı olduğunu düşündükleri için psikiyatri kliniğine sevke direnebilirler. SA'nın ve diğer bedensel belirti bozukluklarının birinci basamakta tedavisinin mümkün olduğu ve hastanın aile hekimine olan güveniyle bu tedavinin başarıya ulaşmasının daha olası olduğu yönünde birçok görüş vardır (57). Bu sebeplerden dolayı birinci basamak, SA'nın yönetiminde merkezi rol oynar. (55).

Birinci basamak hekimi düzenli ziyaretler planlamalı, fiziksel bir hastalığın başlangıcını düşündürebilecek yeni semptomları ön yargısız (somatik semptom demeden) değerlendirmeli, hipokondriyak semptomları bir duygusal iletişim biçimi olarak anlamalı ve aşırı tanı testlerinden kaçınmalıdır. Hastalar ilk önerildiğinde psikiyatriye sevki reddedebilir. Yaşadıkları stresi yönetmelerine yardımcı olacağı ve/veya eşlik eden başka bir psikiyatrik durumun tedavisi için olduğu açıklandığı zaman psikiyatri kliniğine sevki kabul edebilir (57).

Sağlık Anksiyetesinin Yönetimi

Klinik değerlendirmenin ilk aşamasında, ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene, hastanın sürece katılımını arttırmak, fiziksel hastalıkları dışlamak, gerekli testleri seçmek ve uygun tedaviyi belirlemek için hekimin güçlü bir aracıdır. Hastayla her görüşmede de kısa bir fizik muayene yapılması hastanın hekime güvenini arttırması açısından uygun olacaktır (57). Hastanın yeni bir şikâyeti varsa önyargılı davranmayıp bunun organik bir sebep olabileceği

düşünülerek hastaya yaklaşmak gerekir (58). Eşlik edebilecek psikiyatrik bozuklukların taranması, alkol ve madde bağımlılığının sorgulanması tedavi seçimini ve prognozu etkileyeceği için önemlidir (59).

Sağlık anksiyetesinin, hastanın günlük hayatını nasıl etkilediği, hastanın beklentileri ve hastalık davranışı değerlendirilmelidir (59). Bu açıdan SF-36 kişinin işlevselliğini ölçmek için faydalanılabilecek güzel bir ölçektir (60).

Hastanın randevu almak için hastalık kaygı düzeyinin artmasına, somatik semptomların oluşmasına ihtiyaç duymaması için düzenli, kısa aralıklı ziyaretler planlanmalıdır (58,61,62). Bu hem hastanın doktor doktor gezme davranışını durduracak hem de bir dahaki randevuya kadar kaygısını yönetmeye teşvik olacaktır.

CARE MD (Tablo 5) tedavi yaklaşımı birinci basamak klinisyenlerinin BBB olan hastalarla daha etkin çalışmasına yardımcı olmak için geliştirilmiştir (62). BBB'nin alt tanısı olan HKB/SA'lı hastalar için de bu yaklaşım benimsenebilir.

Tablo 5. CARE MD tedavi yaklaşımı

C: Konsültasyon	Psikiyatri uzmanına danışıp iş birliği yapılmalı.
A: Değerlendirme	Eşlik edebilecek tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar değerlendirilmeli.
R: Düzenli ziyaretler	Tıbbi bakımın aşırı kullanımını durdurmak için kısa aralıklarla takip planlanmalı.
E: Empati	Zamanın çoğu hastayı dinleyerek geçirilmeli, hastanın hissettiklerinin gerçek olduğu kabul edilmeli.
M: Tıbbi-psikiyatrik arayüz	Zihin-beden bağlantısını vurgulanmalı, "Tıbbi bir hastalığınız yok" gibi yorumlardan kaçınılmalı.
D: Zarar verme	Gereksiz tanı testleri ve alt uzmanlıklara yönlendirmeler sınırlandırılmalı. (Dördüncül koruma)

Hastaya internette gezinmenin (siberkondri) tehlikeleri vurgulanır; çünkü internette geniş ama ayrım gözetmeyen bir bilgi birikimi vardır. SA olan insanlar, kendilerini bir hastalığa yakalanacak olan "milyonda bir" olarak görürler. Bu nedenle bir bozukluğun son derece nadir olarak sıralanması SA olan kişi için farketmez (2).

Doktorlardan, diğer profesyonellerden ve akrabalardan sağlığı için güvence aramaması hastaya vurgulanmalıdır. Çünkü bu güvenceden sonra çoğu hastada 12 saat içinde tekrarlayan bir anksiyete görülür (2).

Sağlık anksiyetesi olan kişiler vücutlarını sürekli olarak izlerler ve aşırı uyanıktırlar. Hastadan kaygı düzeylerinin günlük çizelgesini tutmasını isteyerek haftanın belirli günlerinde vücutlarını izlememesi veya kontrol etmemesi talimatı vererek "bedene aşırı uyanıklık durumu" yönetilir. Bedenlerini karakteristik olarak izlememeleri veya kontrol etmemelerinin özellikle istendiği günler, genellikle çok daha düşük düzeyde kaygı gösterirler (2).

Fiziksel kondisyon kaybını önlemek için hareketliliği teşvik etmek önemlidir. Egzersiz ayrıca kişinin kaygı düzeyini de azaltacaktır (Örneğin, fizik tedavi, gevşeme egzersizleri, açık havada yürüyüş…) (58,60).

Bir hastalığın nesnel kanıtı olmadıkça gereksiz tanı testlerinden kaçınılmalıdır (58). Neredeyse her zaman, hastanın bir dizi sorusu olacaktır. Bunlara yanıt verirken, doktor, hastanın şüphelerini güçlendirilebilecek olası yolların farkında olmalıdır (55). Hastayı rahatlatmak için testlerin tekrar yapılacağını söylemek ve testleri tekrar etmek hastada "Doktor bir şeyimin olmadığını düşünseydi bunu tekrar etmezdi." düşüncesine sevk edecek ve sağlık kaygısını körüklemiş olacaktır. Doktorun "Kalp/akciğer/beyin/başka bir hastalığınız yok." açıklaması hastayı ikna etmez ve hasta tarafından doktorun semptomun uydurulduğuna inandığı şeklinde yorumlanabilir. "Testler tamamen iyi olduğunuzu gösteriyor." açıklaması tamamen hatalı bir açıklamadır, doktorun ona inanmadığı, semptomlarını ciddiye almadığı görüşünü destekler. "Herhangi bir şeyin ciddi şekilde yanlış olduğuna dair bir kanıt yok." açıklaması hastayı diğer kaynaklardan kanıt bulmak için daha çok uğraşmaları gerektiği sonucuna vardırır. Hastanın sıkıntısının tamamen akılda olduğunu öne süren herhangi bir yorum, öfkeli bir tepkiye yol açacaktır (56).

Hastayla işbirlikçi, terapötik bir ittifak kurmak, semptomlarını inkâr etmemek ve duyum semptomlarına (ağrı eşiğinin düşük olması, duyumlara hassasiyet gibi) makul bir psikolojik açıklama sunmak esastır (55,56,61). Hastalarla konuşurken tıbbi terimler kullanma konusunda dikkatli olunmalı ve yalnızca sınırlı güvence sağlanmalıdır (57). Tıbbi terimler hastada kafa karışıklığı yaratabilir ve hasta bu terimleri tam anlayamadığı için durumunu ciddi bir tıbbi hastalık olarak algılayabilir. Hem de bu hastalarda siberkondri oluşmasını tetikleyebilir ve bu tıbbi terimleri internette aratarak yanlış kanılara varabilir. Hastalara güvence vermenin kısa süreli bir çözüm olduğu, ileri zamanda SA'yı olumsuz etkilediği unutulmamalıdır.

Hekim, hastayla iletişimde BATHE tekniğinden faydalanabilir (Tablo 6). BATHE, hastayla güven bağı kurmak, hastayı daha iyi anlamak ve hastanın da kendisinin önemsendiğini farketmesiyle hastayla hekim arasında oluşacak iyileştirici etkileşimi sağlamak için dört soru ve empatik bir cevaptan oluşmaktadır (59).

Tablo 6. BATHE tekniği

B: Arka plan	“Hayatınızda neler oluyor?” ve “Bugün sizi buraya getiren nedir?”
A: Etki	“Bunun hakkında ne hissediyorsunuz?”
T: Sorun	“Bu durumda sizi en çok ne rahatsız ediyor?”
H: Baş etme	"Bunu nasıl idare ediyorsunuz?"
E: Empati	“İçinde bulunulması zor bir durum.” “Kim bu durumu yaşasa senin gibi hissederdi.” “Senin tepkin bana mantıklı geliyor.”

Hastaya empati ile yaklaşmak çok önemlidir. Çünkü anlaşılmadığı hissi hastayı çevresine yabancılaştırır ve yeniden kaygının oluştuğu döngüye sokar (kişiler arası model). “Sahip olduğunu düşündüğün hastalığın teşhis edilememiş olması korkusu seni çok yoruyor olmalı.” gibi bir cümleyle hastalık inancını desteklemeden hastayı anladığımızı ifade etmeliyiz. Birçok hastanın bedensel duyumlarını açıklama modeli, neyin “sağlık” oluşturduğuna ilişkin görüşleri vardır. Böyle hastalarla konuşurken empati ile yaklaşmanın, deneyimlerine karşı aktif ve meraklı bir tutum benimsemenin, semptomlarını ve sağlıklarını anlamaları hakkında saygılı sorular sormanın iyileştirici bir etkisi olacaktır (32).

Hastalık kaygı bozukluğu/bedensel belirti bozuluğu/sağlık anksiyetesinden ilk kez şüphelenildiğinde hastaya durumu açıklanıp psikiyatri kliniğine sevki yapılır. Eğer hasta ilk sevk önerisinde psikiyatri kliniğine gitmeyi reddederse birinci basamak hekimi hastanın durumunu yönetir. Bu süreçte SA düzeyinde artış gözlendiğinde, SA’nın kişinin işlevselliğini olumsuz etkilediğinde, yeni bir psikopatolojiden şüphelenildiğinde ya da saptandığında, düzenli görüşmelere ve/veya antidepresan kullanımına rağmen SA’da azalma olmadığında, SA durumuna yeni bir somatik semptom eklendiğinde hasta psikiyatri kliniğine sevk edilmelidir.

Aile hekiminin psikiyatri kliniğinden gelen ve hastaya verilecek taburcu mektubunda gerekli tüm bilgileri alması çok önemlidir. Bu mektup, HKB/SA tanısının neden konulduğunu, hastanın tanıyı nasıl aldığını ve tepkilerini, herhangi bir psikolojik tedavi uygulanmış veya planlanmışsa ve hangi koşullar altında kliniğe yeniden sevk edilmesi gerektiğini içeren detayları barındırmalıdır (55).

Farmakolojik Tedavi

Anksiyete Bozukluklarına sahip kişilerin birinci basamakta tedavisiyle ilgili yapılan bir araştırmada, farmakolojik tedavi almayan hastaların neden almadıklarının en sık sebebi birinci basamak hekiminin bunu önermemesi ve hastanın duygusal sorunlar için ilaç almaya inanmamasıdır (62). SA için psikofarmakolojik tedavinin etkinliği sınırlı olsa da umut verici sonuçlar da vardır ve farmakolojik tedavi bir seçenek olarak hastaya sunulmalıdır. Özellikle eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık varlığında farmakolojik tedavinin etkinliği daha yüksektir.

Sağlık anksiyetesi tedavisinde SSRI'lardan fluoksetin (ortalama doz=40 mg/gün maksimum doz=80mg/gün) (63) ve paroksetin (ortalama doz=40 mg/gün maksimum doz=60mg/gün) (64) etkin olarak kullanılmaktadır.

Hipokondriya hastalarında yapılan bir çalışmada tek başına fluoksetin ile 24 haftalık tedavide hastaların %41,8'inde SA düzeyinde ciddi bir azalma vardır. 40mg/gün fluoksetin kullananların %37,2'si, 40mg/gün'den az dozda fluoksetin kullananların %24,5'i tedaviden fayda görmüştür. Aynı çalışmada fluoksetine ek "Bilişsel ve Davranışçı Terapi" (BDT) uygulandığında iyileşenlerin oranı %47,6 bulunmuştur (63). Başka bir çalışmada da 24 haftalık tedavi sürecinde 50 mg/gün (minimum 20 mg/gün maksimum 80 mg/gün) fluoksetin ile iyileşme sağlamıştır (65).

Fluvoksamin (66) ve duloksetin (67) kullanımıyla ilgili deneme çalışmaları da bulunmaktadır. SA'ya etkinliği açısından daha fazla araştırılmalıdır.

Sağlık anksiyetesinde yaygın anksiyete bozukluğu ve OKB ile karşılaştırıldığında daha az ilaç denemesi vardır. Bunun sebebi SA olan kişiler, ilacın yan etkilerinin genellikle başka bir hastalığın semptomu olduğunu düşündükleri için bu etkilere karşı çok hassastır. İlaç tedavisine karşı önyargılılar ve seçenek sunulduğunda daha çok psikoterapi almayı tercih ederler (2).

Psikoterapi

Psikanalitik ve psikodinamik psikoterapiler, stres yönetimi, çeşitli biçimlerde BDT, kabul ve teslim terapisi SA'nın tedavisinde kullanılmaktadır (2).

Bilişsel terapi, semptomlara yanıt olarak oluşan disfonksiyonel düşünceleri değiştirmeye odaklanır. Davranışsal stres yönetimi, bireyleri stresi azaltmaya yardımcı olmak için kullanılabilecek davranışlar konusunda eğitir (58). Stres yönetimi, şiddetli SA için etkili psikolojik tedavilerden biri olsa da BDT'nin etkinliği daha yüksektir (68). Bu iki terapinin

maliyet etkinliği kıyaslandığında stres yönetimi BDT'ye göre daha maliyet etkindir. Bir SA hastasının sağlık hizmetini sık kullanışıyla oluşan toplumsal maliyete oranla her iki terapi yöntemi de daha az maliyetlidir. Her iki tedavi de 12 haftada etkisini göstermektedir (69). Bir çalışmada haftada 90 dakikalık seanslarla 6 haftada BDT etkili sonuçlar vermiştir (70). Başka bir çalışmada 16 haftalık terapiden sonra BDT'nin etkili şekilde tamamlayıcı ve tedavi edici olduğu gösterilmiştir (64). Bu sonuçlara bakıldığında terapilerin etkinlik süresi hastadan hastaya değişebilir.

Kabul ve teslim terapisi, yeni nesil davranışsal terapilerinden biridir. Hastalık kaygısı gibi acı veren psikolojik olayların varlığına izin verilir ve bu kaygının kabulu teşvik edilir. Psikolojik esnekliğin oluşmasını sağlar. Kabul ve teslim terapisi SA'yı azaltmada oldukça etkindir (71).

"Sağlık anksiyetesi için bilişsel davranışçı terapi"(BDT-SA) SA tedavisinde etkinliği kanıtlanmış en iyi psikoterapi yöntemidir (2). BDT-SA, tüm kaygı bozuklukları için BDT'nin genel ilkelerini benimser. BDT-SA ve BDT arasındaki en büyük fark, hasta profilidir. SA olan hastaların büyük bir bölümü bunu bir sorun olarak görmemektedir. Tedavide en önemli görevlerden biri başlangıçta gerçekleşir. Asıl ele alınması gereken sorunun tıbbi hastalıktan ziyade hastalık korkusu olduğu hastaya anlatılır. Bu ilk adımın üstesinden gelindiğinde, tedavinin geri kalanı standart BDT ilkelerini takip eder, ancak bunların SA için uyarlanması gerekir (2).

Sağlık anksiyetesi için bilişsel davranışçı terapi, bedensel semptomların yanlış yorumlanmasına, uyumsuz davranışsal ve bilişsel kalıpların belirlenmesine, semptomlar ve psikolojik sıkıntı için alternatif açıklayıcı modellerin üretilmesine odaklanır. Üç meta-analiz (72-74), BDT'nin HK ve yüksek SA için etkinliğini desteklemiştir. Tedavi öncesi semptomların şiddetinin daha yüksek oluşu, BDT seansı sayısının daha fazla oluşu ve depresif semptomların daha az oluşu tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. BDT'nin tedavi etkisinin dayanıklılığı, semptomatik iyileşme ve remisyon zamanla azalma eğiliminde olmasına rağmen tedaviden 7 ile 24 ay sonra da etkisi devam eder. Bu terapiler, içeriği değiştirmek yerine, düşüncelerin önyargılı farkındalığına ve bireyin düşünceleriyle ilişkisini değiştirmeye odaklanır (32).

Prognoz

Sağlık anksiyetesi kronik bir hastalıktır (2). Tam bir remisyon beklemek yerine dönem dönem gelen bu aşırı hastalık kaygısını yönetmeyi bilmek daha uygundur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde HK hastaları ile yapılan prospektif bir vaka-kontrol çalışmasında, HK tanılı hastaların üçte ikisinin 4-5 yıl geçmesine rağmen semptomları azalsa da hala HK kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (75).

Bir sistematik derlemede hipokondriyazisi olan hastalarda iyileşme oranları %30 ile %50 arasında değişmektedir. Başlangıçtaki somatik semptomların sayısı ve başlangıçtaki durumun ciddiyeti prognozu etkilemektedir (76).

İspanya'da 16 hekimin görev aldığı bir birinci basamak sağlık merkezinde yapılan çalışmada aşırı SA'ya sahip hastaların 1 yıl sonra SA taşıyıp taşımadığı araştırılmış ve yarısında hala SA'nın mevcut olduğu saptanmıştır. 1 yılda remisyona girmeyen kişilerin özellikleri ilk değerlendirmede daha yoğun hipokondriyak endişelerinin olması, aldığı sağlık hizmetinden daha az memnun olması, çocukluk döneminde hastalıkla ilgili daha fazla deneyimi olmasıydı (77).

Eşlik eden psikiyatrik bir hastalığın tedavisi ile hipokondriyazis semptomlarında iyileşme ile sonuçlanan birçok çalışma vardır (57).

Başlangıçta daha düşük SA düzeyi, daha az somatik semptom, işlevsellikte bozulmanın daha az olması, daha az hastalık korkusu, çocuklukta daha az hastalık deneyimi yaşanmış olması, psikiyatrik bir hastalığın komorbiditesi SA'nın prognozunu olumlu etkilemekte ve uygun tedavi ile şifa bulunmaktadır (32,76,77).

SAĞLIK ANKSİYETESİNİN ÖNEMİ VE TOPLUMA ETKİLERİ

Sağlık anksiyetesini bilmek, erken teşhis etmek, yönetmek ve tedavi etmek önemlidir. Hastalık rolü daha dirençli hale gelmeden önce SA erken teşhis edilirse tedaviye yanıt daha çabuk olur. Yüksek sağlık maliyetleri ile ilişkili olduğundan, erken müdahale birey için daha az acı, toplum için daha az maddi kayıp anlamına gelir. Ayrıca, gereksiz tedavi ve beraberinde gelebilecek iyatrojenik zarar riski açısından da SA'yı teşhis etmek önemlidir. Hastalar ve sağlık profesyonelleri için tıbbi olarak açıklanamayan semptomların yarattığı sıkıntı göz önüne alındığında, erken teşhis ve yönetim doktor-hasta ilişkisinin korunmasına da yardımcı olur (58).

Şiddetli SA toplum üzerinde önemli bir yüktür. Bu bozukluğun yaygınlığı ve kalıcılığı onu bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (78).

Sağlık anksiyetesi, korkulan bir hastalık hakkında güvence aramak ve tanısal testler talep etmek için doktorlara sık sık ziyaretleri içerir. Bir kısmı da korktukları tanıyı doğrulamaktan duydukları yoğun endişe nedeniyle doktorlardan kaçınır. Tedavi edilmeyen yüksek SA, sağlık sistemi üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. SA, daha fazla ayaktan

tedavi maliyeti, daha fazla laboratuvar ve tetkik maliyetleri, birinci basamak hekimleri ve uzman hekimlere daha çok ziyaret, araştırma için artan tıbbi yatışlar ve acil servislere daha fazla başvuru ile ilişkilidir. SA olan bir kişinin, yoğun sağlık kontrolü davranışları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla sık sık temas kurması nedeniyle, genel popülasyondan daha iyi bir genel sağlığa sahip olacağı düşünülebilir. Ama böyle değildir. SA, daha olumlu sağlığı sürdürme davranışlarına yol açmamaktadır. Bunun sebebi korkulan ve olası olmayan tıbbi sonuçlara yönelik artmış dikkatin olması ama esas sağlığı bozan etkenlere karşı dikkatsiz davranılmasıdır. Bir diğer sebep de bazı SA olan kişilerin tıbbi destek almaktan kaçınması olabilir. Bu kaçınma davranışı da erken teşhis edilebilecek bir hastalığın ilerlemesine ve olası sağlık giderlerinin artmasına sebep olabilir (1,3,23,32,78) Üst düzey endişeli hastalar daha fazla tıbbi kaynak tüketmekte ve tıbbi hizmetlere daha fazla harcama yapmaktadır (26).

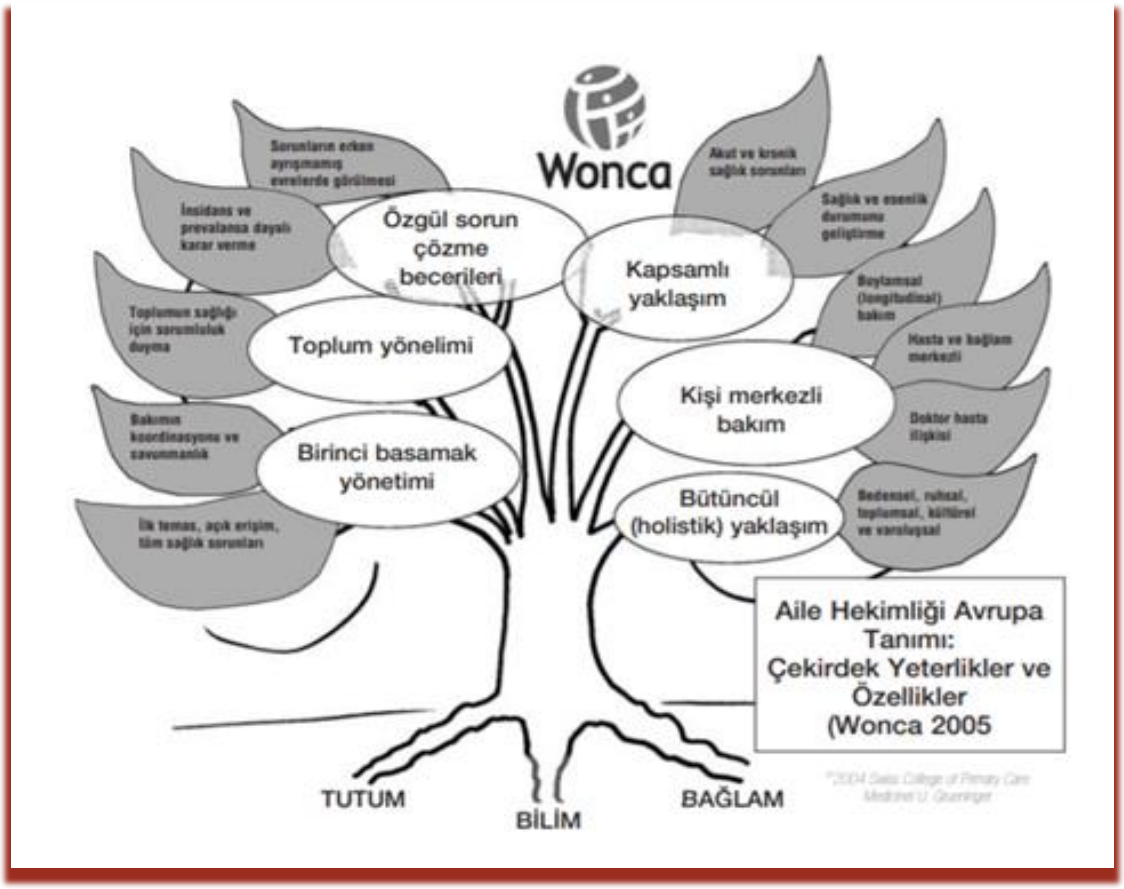
Polikliniklere başvuranlarda da SA prevalansı artmaktadır. SA, tıbbi konsültasyonların sayısını gereksiz yere arttırmaktadır. Özellikle gastroenteroloji polikliniklerine başvuran, endoskopi, kolonoskopi gibi işlemleri sık yaptıranların SA düzeyi yüksek saptanmıştır (23). Yoğun tıbbi müdahaleye rağmen HKB olan hastalar, sıklıkla klinisyenleri tarafından hayal kırıklığına uğrar. Hekimler de hastayı yönetme ve güven verme çabaları boşuna göründüğü için hüsrana uğrar. Bu da hem hasta hem hekim açısından memnuniyetsiz bir durum ve demotivasyon yaratır (49).

Şiddetli sağlık anksiyetesi olan hastaların psikolojik sıkıntı düzeyleri, işlevsel bozulma/aktivite kısıtlaması, çalışamadıkları gün sayısı önemli ölçüde yüksektir. Avustralya Ulusal Akıl Sağlığı ve Refahı Araştırması 2007'nin verilerine göre SA olan katılımcılar, genel popülasyondan 4 kat fazla olarak, ortalama ayda 8 gün işe gidememektedir (3). Bu da SA'nın toplumsal mali kaybının başka bir göstergesidir.

AİLE HEKİMLİĞİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ

Sağlığa odaklanan kaygı neredeyse evrensel bir olgudur ve sağlıkla ilgili sürekli kaygı hem toplumda hem de klinikte yaygındır (17). Somatik semptomu ve ilgili bozuklukları olan hastalar tipik olarak psikiyatristlerden ziyade birinci basamak hekimlerine ve genel tıp uzmanlarına başvururlar (49). Aile hekimliği, hastaların ilk temas noktasıdır. SA'ya sahip hastaların esas sıkıntısı ciddi bir fiziki hastalığa sahip olduklarını düşünmeleri ve eşlik eden aşırı kaygılarıdır. Var olduğunu düşündükleri hastalığın araştırılması için başvuracakları ilk hekimin aile hekimleri olması yüksek olasıdır.

Dünya Aile Hekimleri'nin yayınladığı aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerine sahip bir aile hekimliğinde SA'yı yönetmek zor değildir (Şekil 3). Bu çekirdek yeterliliklerden biri olan bütüncül yaklaşım, hastayı bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal yanlarıyla bir bütün olarak görüp yaklaşmayı ifade eder (79). Hasta aile hekimliğine fiziksel sıkıntısı nedeniyle başvuruyor olsa da bütüncül yaklaşımla hastanın esas sıkıntısının bedensel değil ruhsal olduğu aile hekimince tespit edilebilir.



Şekil 3.Wonca Ağacı

Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden biri olan birinci basamak yönetiminde hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenilmesi, gerekli uzmanlıklara konsültasyon yapılması, gereksiz müdahalelerden ve araştırmalardan hastanın korunması ilke edinilmiştir (80). Hastanın tüm sağlık sorunları ele alınıp, konsültasyonların da sonucunda hastanın fiziksel bir hastalığı olmadığına emin olunduktan sonra hastaya SA tanısı konulur. Ve bu noktadan sonra aile hekimi hastasını dördüncül korumaya alır. SA'nın doğası gereği doktor doktor gezme (doktor alışverişi), negatif tanı testlerine ihtiyaç duyma, güvence arama özellikleri vardır. Dördüncül koruma, hastayı tıbbi girişimlerden oluşabilecek iyatrojenik zararlardan, sık tekrarlanan

testlerden dolayı oluşabilecek yalancı pozitiflikten, gereksiz aşırı medikalizasyondan korumayı amaçlar. SA hastasında dördüncül korumayla hem hasta korunur, hem de gereksiz sağlık masrafları önlenir (81).

Hastayı etkin dinlemek ve hastaya empati ile yaklaşmak, durumuna saygı göstermek, hastanın endişelerinin oluşmasını beklemeden düzenli randevular vermek SA hastaları için iyileştirici etkiye sahiptir. Bu kişi merkezli bakım ve kapsamlı yaklaşım ile doktor-hasta arasında güven bağı oluşur. Hastanın doktoruna güvenmesi SA hastası için çok önemlidir. Ancak bu güvenin oluşmasıyla hastanın başkalarından tıbbi güvence arama çabaları durdurulur ve hasta korunur.

Aile hekimi, iyi bir anamnez ve fizik muayeneyle SA'dan şüphelenir. Fiziksel olarak bir hastalığa sahip olmadığına emin olduktan sonra hastanın sağlık kaygısı durumu, empatik bir yaklaşımla hastaya açıklanır. Aile hekimleri bu süreçte uygun uzman ve terapiste hastayı konsülte edip, daha fazla fiziksel araştırmalarla oyalanıp tedaviyi geciktirmemesi gerektiği konusunda hastaya tavsiyede bulunur. Yanlış yorumlama hem bedensel duyumlar hem de sağlık bilgileri açısından SA'nin temel bir özelliğidir. Muayene sırasında yanlış yorumlamayı en aza indirmek için muayene sonunda aklına takılan konular sorulur. Muayeneden sonra ortaya çıkan soruları ele almak ve ilerlemeyi izlemek için takip randevusu verilir (56). Bu süreç hem psikiyatri uzmanı hem de terapistle iletişim halinde yönetilir (82).

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK ANKSİYETESİ

1964'te Hunter, klinik tıp öğreticilerinin, tıp öğrencilerinin hastalık korkularını olağan dışı bulduklarını ve bu korkuların sıklığının fazla olduğunu gözlemlediklerini bildirdi. Tıp öğrencilerinde görülen hipokondriyal inançlar ve nozofobi (hastalık fobisi) ile ilişkilendirilen bu gözlemleri "Tıp Öğrencisi Hastalığı" (TÖH) olarak tanımlandı (83). TÖH, bir hastalığı inceleme sürecinde, tıp öğrencilerinin kendi bedensel semptomlarına aşırı derecede odaklanması ve aslında üzerinde çalışılan hastalığa sahip olduklarına inanması durumudur (84).

İlk kontrollü çalışma 1986'da Kellner tarafından yapılmıştır. 1. ve 3. sınıf tıp ve hukuk öğrencilerini kıyasladığı çalışmada tıp öğrencilerinin sağlıkları hakkında daha çok önlem aldıklarını ve daha çok somatik semptomlara dikkat ettiklerini saptamıştır (85).

Başka bir çalışma da üçüncü yılda TÖH'nin kaygı bileşeni birinci yıla göre önemsizdir, ama öğrenciler, duydukları hastalıklarla ilgili semptomları yaşama eğilimindedirler. TÖH büyük ölçüde psikolojik bir sıkıntıdır. Bu sıkıntı, genel olarak sağlıkla ilgili endişeden ziyade, kişinin belirli bir hastalığa sahip olabileceği korkusu veya semptomların yaşanmasıyla ilgili

endişe ile doğrudan ilişkilidir. Patolojik hipokondriyazis biçiminden ziyade açıklanabilir bir sürecin parçasıdır. TÖH aslında, fiziksel semptomların psikolojisini anlamada öğrenciler için eşsiz bir öğrenme fırsatıdır. Çünkü birçok hastanın bir hastalık teşhisi aldığında yaşadığı süreçlerin klasik bir örneğidir. Örneğin, bir hastaya tansiyonunun yükseldiğini söylerseniz, hipertansiyon semptomları hakkındaki inançlarıyla uyumlu semptomları bildirme eğiliminde olacaktır. Benzer şekilde, tıp öğrencileri diyabet gibi bir hastalığı öğrendiğinde, susuzluk veya artan idrara çıkma gibi semptomların farkında olup hasta hissetmeye başlayabilirler. Bu nedenle TÖH, normal semptomların algılanmasının zihinsel şema tarafından nasıl güçlü bir şekilde etkilenebileceğinin güçlü bir örneğidir (84).

Bir metaanalizde sağlık bilimleri öğrencileri arasında TÖH araştırılmış ve yüksek bir hipokondriyak semptom prevalansı (%28) saptanmıştır (86). İngiltere'deki birçok tıp fakültesi sağlık psikolojisi derslerinde TÖH'den bahsedilmektedir. Araştırmalar, tıp fakültesi öğrencilerinin, gerekli çalışma, sınavların gerginliği, yeni klinik deneyimler ve rekabet ortamı ile ilgili endişeden dolayı büyük miktarda psikolojik baskı yaşamasına neden olduğunu ortaya koymuştur. Bu stresin, fiziksel duyarlılığı artırarak semptom tespiti üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Tıp öğrencilerine özgü bir diğer faktör, tıbbi bilginin yoğun klinik ve klinik öncesi maruziyetidir. Bu bilgi, belirti ve hastalıktan kaynaklanan semptomlar aracılığıyla belirti algısını etkilemektedir. Bu nedenle, belirli bedensel duyumlara ve alanlara seçici ilgi oluşmaktadır. Tıp öğrencileri, sağlık ve hastalık arasındaki çizginin ne kadar ince olabileceğini farkederler. Yeni elde edilen bilgileriyle daha önce ihmal edilmiş semptomları yeniden kavramlaştırırlar. TÖH'nin kanıtları çok azdır ve tipik bir HK'nin yaptığı gibi artan sayıda konsültasyona dönüşmesine destek olan kanıtlar yoktur. Bu nedenle, tıp fakültesi öğrencisi olan hastaları değerlendirirken klinisyenlerin TÖH'yi dikkate almaları gereken herhangi bir düşünce şu anda literatür tarafından desteklenmemektedir (4).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, 18 yaş ve üzeri Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyini ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlandı. Bu araştırma Nisan 2019 ile Ağustos 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan 18 yaşını doldurmuş öğrencilerle yapıldı. 2018-2019 öğretim yılı ilk döneminde mevcut kayıtlı öğrenci sayısı (1.sınıf 366, 2.sınıf 294, 3.sınıf 249, 4.sınıf 241, 5.sınıf 252 ve 6.sınıf 215 kişi toplamda 1617 öğrenci) esas alınarak evren belirlendi. Etik Başvurusu öğretim yılının 1. Dönemi yapılıp, veri toplama ise 2. Dönem yapıldığı için 2. Dönem kayıt yaptıran mevcut öğrenci sayısı değişmiş olup ulaşılması planlanan evrenin tamamı 1553 kişi (1.sınıf 331, 2.sınıf 283, 3.sınıf 244, 4.sınıf 227, 5. Sınıf 254 6.sınıf 214 kişi toplamda 1553 kişi) olarak güncellendi.

Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Etik kurul onayı (Ek 1) alındıktan sonra 10 Nisan 2019 ile 01 Eylül 2019 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket dağıtılarak doldurmaları istendi. Araştırmaya katılacak öğrencilerin onayı (Ek 2) anketin giriş bölümünde bulunan ve araştırmayı açıklayan bir metin yardımıyla alındı. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi. Toplamda 1055 anket geri toplandı. 104 kişi Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ndeki sorulara eksik yanıt verdiği/hiç yanıt vermediği için çalışmaya alınmadı. Sonuçta toplamda 951 kişi çalışmaya alındı ve evrenin %61,2'sine ulaşılmış oldu.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olmak, 18 yaşını doldurmuş olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak çalışmaya kabul edilme kriterleri olarak belirlendi.

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket (Ek 2) yardımıyla toplandı. Anket; katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle ilgili 13 soru, literatür taranarak oluşturulan

sağlık anksiyetesini etkileyen etmenlerle ilgili 18 soru ve sağlık anksiyetesi düzeyini belirleyici Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 soru ve Kısa Semptom Envanteri 53 soru olmak üzere toplam 102 sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilen (87), Aydemir ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Tükçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılan bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek 18 soru ve 2 boyuttan oluşmaktadır. İlk 14 soru, gövde boyut, bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygının düzeyini ölçmektedir. Son dört soru, hastalıkların olumsuz sonuçları ile ilişkili ek boyut, ciddi bir hastalık durumunda zihinsel durumu ölçmektedir. Her soru, bireylerin ruhsal durumlarını en iyi tanımlayanı seçtikleri dört seçenekten oluşmaktadır. Tüm sorular 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan 0 ile 54 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha fazla sağlık anksiyetesini göstermektedir (41). Zhang ve arkadaşları tarafından sağlık kaygısını tarama amacıyla belirlenen kesme puan 15'tir (88). Bu çalışmada da sağlık anksiyetesini tarama amacıyla kesme puanı 15 alınmıştır.

Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri , Derogatis ve Melisaratos tarafından 1983'te Symptom Check List 90'dan kısaltılarak oluşturulmuş (89), 1994'te Şahin tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılan bir kendi kendini değerlendirme envanteridir. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığını tarama amaçlı faydalı bir ölçektir. 9 alt ölçekten ve global rahatsızlık belirleyicisi 3 ölçekten oluşmaktadır. Hiç, biraz, orta derece, çok fazla ifadeleriyle 0-4 puan arasında puanlandırılan maddelerden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Alt ölçekler somatizasyon, depresyon, anksiyete, obsesisif kompulsif bozukluk, fobik-anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm, kişilerarası alınganlık, hostilite şeklindedir. Ölçeğin 3 global rahatsızlık belirleyicisi rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı indeksi ve semptom rahatsızlık indeksidir.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences, version 20, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki değişkenlerin dağılımı Kolmogrov Smirnov normallik testleri, histogram, Skewness Kurtosis ve bazı oranlamalarla araştırıldı. Araştırmadaki değişkenler normal dağılıma uymadığı için çalışmada nonparametrik testler kullanıldı.

İstatistik yöntemleri olarak tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-Kare testi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ve Spearman korelasyon testi, binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi(p) $p<0,05$ olduğunda anlamlı olarak kabul edildi. Korelasyon katsayısı (r), Crammer'in kat sayısı (v), phi kat sayısı (Φ); 0,00–0,24 arası zayıf, 0,25–0,49 arası orta, 0,50– 0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik sorular ve literatür taranarak bulunan sağlık anksiyetesini etkileyebileceği düşünülen etmenlerle ilgili sorular ve kısa semptom envanteri sonuçları olarak belirlendi. Araştırmanın bağımlı değişkeni sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanlarıydı.

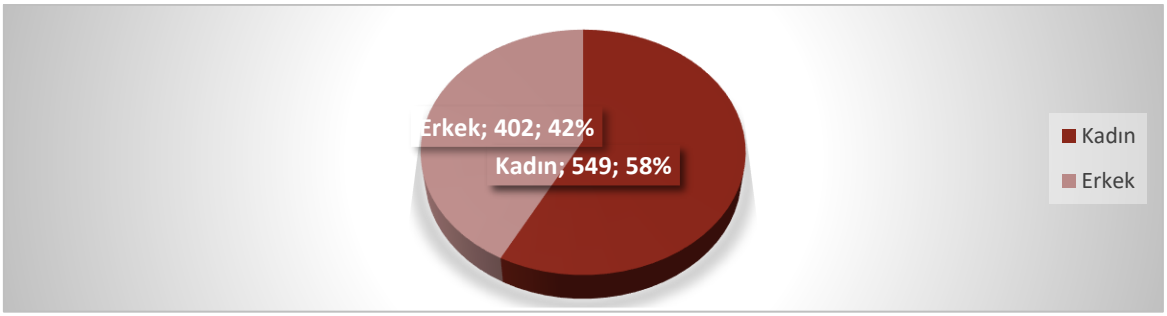
BULGULAR

Çalışmamız, 2018-2019 eğitim öğretim yılında Nisan 2019 ile Ağustos 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan 18 yaşını doldurmuş, ankete katılmayı kabul eden tüm dönem tıp öğrencileriyle yapıldı. 951 katılımcı çalışmaya dahil edildi.

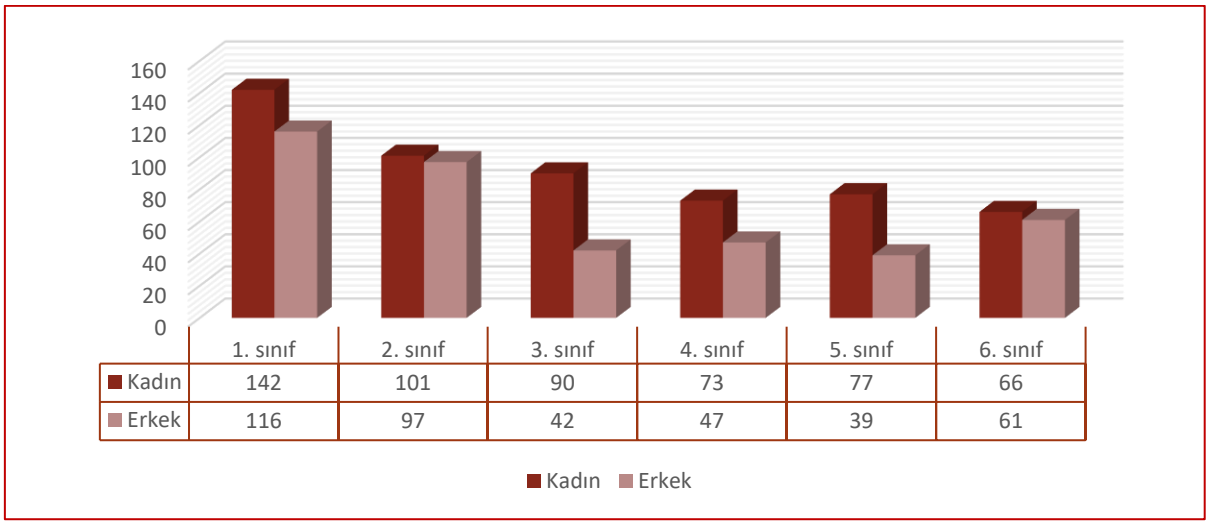
TANIMLAYICI İSTATİSTİK BULGULARI

Sosyodemografik Bulgular

Katılımcıların %57,7'si (n:549) kadın, %42,3'ü (n:402) erkekti (Şekil 4). Katılımcıların sınıflarına göre cinsiyet dağılımına baktığımızda 1.sınıf öğrencilerin %55'i (n:142) kadın, %45'i (n:116) erkek; 2.sınıf öğrencilerin %51'i (n:101) kadın, %49'u (n:97) erkek; 3.sınıf öğrencilerin %68,2'si (n:90) kadın, %31,8'i (n:42) erkek; 4.sınıf öğrencilerin %60,8'i (n:73) kadın, %39,2'si (n:47) erkek; 5.sınıf öğrencilerin %66,4'ü (n:77) kadın, %33,6'sı(n:39) erkek; 6. sınıf öğrencilerin %52'si (n:66) kadın, %48'i (n:61) erkekti (Şekil 5).



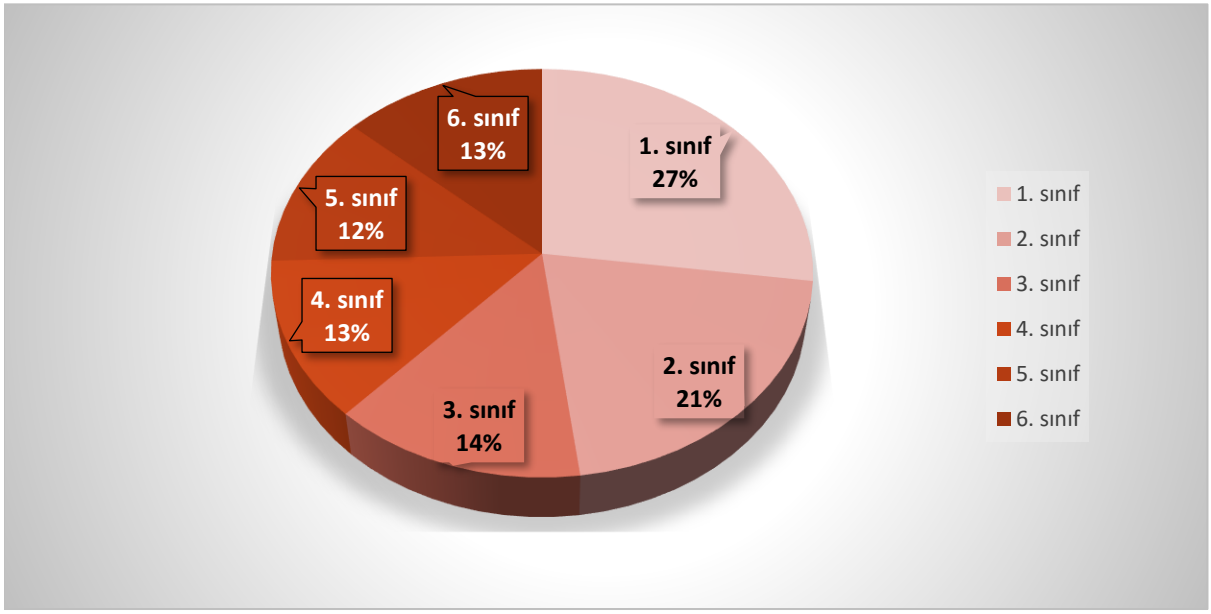
Şekil 4. Katılımcıların cinsiyet dağılımı



Şekil 5. Katılımcıların sınıflarına göre cinsiyet dağılımı

Yaş ortalaması 21,53 ± 2,284 yıl (minimum 18, mod 20, medyan 21, maksimum 40) olarak bulundu.

Katılımcıların %27,1'i (n:258) 1. sınıf, %20,8'i (n:198) 2. sınıf, %13,9'u (n:132) 3. sınıf, %12,6'sı (n:120) 4.sınıf, %12,2'si (n:116) 5. sınıf, %13,4'ü (n:127) 6.sınıf tıp öğrencisiydi (Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların sınıflarına göre dağılımı

Katılımcıların beden kitle indekslerine (BKİ) bakıldığında ortalama 22,88 ± 3,79 (minimum 12,31; medyan 22,22; mod 20,76; maksimum 48,88) olarak bulundu. Türkiye

Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin 2019 Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu'ndaki beden kitle indeksine göre bireylerin kilo tanımı değerlerine göre sınıflandırılma yapılmıştır. BKİ, 18,5'in altı zayıf, 18,5-24,9 normal, 25-29,9 fazla kilolu, ≥30 obez, ≥40 morbid obez şeklindedir. Cevap verenlerin (n:934) %6,1'i (n:57) zayıf, %71,9'u (n:672) normal, %17,5'i (n:163) fazla kilolu, %4'ü (n:37) obez, %0,5'i (n:5) morbid obez idi.

Katılımcıların ailelerinin aylık geliri, araştırmanın yapıldığı dönemde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan açlık ve yoksulluk sınırlarına göre gruplandırıldı. "Ailenizin aylık hane geliri nedir?" sorusuna cevap verenlerin (n:681) %37,2'si (n:253) aile aylık geliri yoksulluk sınırı olan 6733 TL'nin üzerindeydi. %56,1'i (n:382) 6733-2067 TL yani yoksulluk sınırının altında açlık sınırının üstünde gelire sahipti. %6,7'si (n:46) ise açlık sınırı olan 2067 TL'nin altında aylık gelire sahipti.

"Nerede kalıyorsunuz?" sorusuna cevap verenlerden (n:949) 11 kişi (%1,2) diğeri işaretlerken; diğeri işaretleyenlerden 5'i öğrenci evi (akrabayla (kardeş, abla, anne)), 2'si evli, 1'i konukevi, 1'i orduevi diye belirtti. Öğrencilerin %27'si (n:257) öğrenci evi (tek başına), %23,8'i (n:226) özel yurt, %18,8'i (n:179) öğrenci evi (arkadaşlarla) %17,4'ü (n:165) kamu yurdu, %11,7'si (n:111) ev (aile yanında) kalmaktaydı.

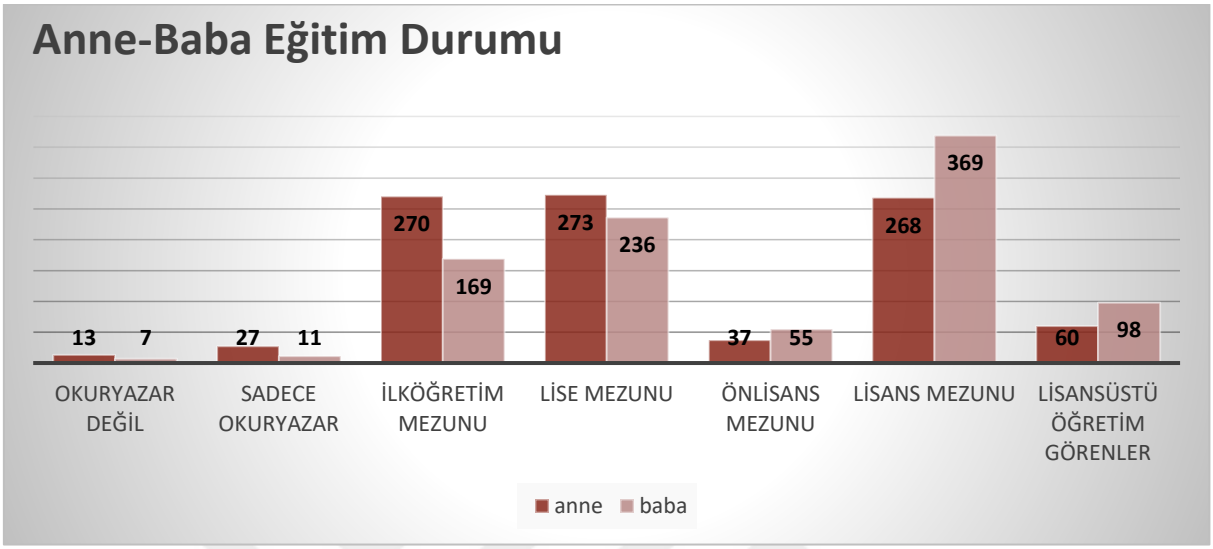
"Şimdiye kadar hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?" sorusuna cevap veren katılımcıların (n:946), %5'i (n:47) köy, %15'i (n:139) ilçe, %31'i (n:293) şehir merkezi ve %49'u (n:467) büyükşehir şeklinde yanıt verdi. (Şekil 10) "Şimdiye kadar hayatınızın çoğunu hangi şehirde geçirdiniz?" sorusuna cevap verenlerin (n:323) arasında en sık verilen cevaplar %51,1 (n:165) İstanbul, %10,8 (n:35) Edirne, %6,8 (n:22) Bursa, %5,6 (n:18) Tekirdağ, %4,3 (n:14) Kocaeli, %6,2 (n:20) yurt dışıydı.

Katılımcıların aile tipi sorgulandığında cevap verenlerin (n:949) %85'inin (n:806) çekirdek aile tipine, %7,45'inin (n:70) geniş aile tipine, %7,55'inin (n:71) parçalanmış aile tipine sahip olduğu görüldü.

Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim durumuna bakıldığında cevap verenlerden (n:948) annesi okuryazar olmayan %1,4'ü (n:13), sadece okuryazar olanlar %2,8'i (n:27), ilköğretim mezunu olan %28,4'ü (n:270), lise mezunu olan %28,7'si (n:273), önlisans mezunu olan %3,9'u (n:37), lisans mezunu olan %28,2'si (n:268), lisansüstü öğretim görenler %6,3'ü (n:60) idi (Şekil 7).

Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim durumuna bakıldığında cevap verenlerden (n:945) babası okuryazar olmayan %0,7'si (n:7), sadece okuryazar olanlar %1,2'si (n:11), ilköğretim mezunu olan %17,8'i (n:169), lise mezunu olan %24,9'u (n:236), önlisans mezunu olan %5,8'i

(n:55), lisans mezunu olan %39'u (n:369), lisansüstü öğretim görenler %10,3'ü (n:98) idi (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim durumuna göre dağılım

Katılımcıların ebeveynlerinin çalışma durumuna bakıldığında cevap verenlerden (n:943) annesi hiç çalışmayan %34,2'si (n:322), bir dönem çalışıp bırakan %16,8'i (n:158), emekli olan %14,7'si (n:139), aktif olarak çalışan %34,4'ü (n:325) idi. "Anneninizin mesleği nedir?" sorusuna cevap verenlerden (n:330) en sık verilen yanıtlar %26'sı (n:86) öğretmen, %14,5'i (n:48) işçi, %14,3'ü (n:47) hemşire, %10,6'sı (n:35) esnaf, %4,6'sı (n:15) doktor, %4,6'sı (n:15) mühendis, %4,5'i (n:14) memur, %4,5'i (n:14) muhasebeci, %4,5'i (n:14) sağlık çalışanıydı (Anestezi teknisyeni, diyetisyen, ebe, eczacı, laborant, veteriner cevaplarını sağlık çalışanı olarak birleştirildi.). "Annenizin işi nedir?" sorusuna cevap verenlerden(n:252) en sık verilen yanıtlar %25,8'i (n:65) öğretmen, %16,3'ü (n:41) işçi, %12'si (n:30) hemşire, %12'si (n:30) esnaf, %5,5'i (n:14) memur, %4,8'i (n:12) doktor, %4'ü (n:10) sağlık çalışanı idi. Çalışmada bu meslekler beyaz yakalı, mavi yakalı, gri yakalı, pembe yakalı çalışan, serbest meslek olarak sınıflandırılarak kullanıldı.

Katılımcıların ebeveynlerinin çalışma durumuna bakıldığında cevap verenlerden (n:936) babası hiç çalışmayan %0,5'i (n:5), bir dönem çalışıp bırakan %4,2'si (n:40), emekli olan %25,7'si (n:241), aktif olarak çalışan %69,4'ü (n:650) idi. "Babanızın mesleği nedir?" sorusuna cevap verenlerden (n:509) en sık verilen yanıtlar %13,5'i (n:69) öğretmen, %13'ü (n:66) işçi, %9'u (n:46) esnaf, %8,6'sı (n:44) mühendis, %8'i (n:41) memur, %5,7'si (n:29) tüccar, %4,7'si (n:24) doktordu. "Babanızın işi nedir?" sorusuna cevap verenlerden (n:430) en

sık verilen yanıtlar %14,2'si (n:61) işçi, %10,7'si (n:46) öğretmen, %9,5'i (n:41) esnaf, %9,5'i (n:41) memur, %6'sı (n:26) tüccar, %5,6'sı (n:24) doktor, %5,6'sı (n:24) müdür, %5,4'ü (n:23) mühendis idi. Çalışmada bu meslekler beyaz yakalı, mavi yakalı, gri yakalı, pembe yakalı çalışan, serbest meslek ve asker olarak sınıflandırılarak kullanıldı.

"Ailenizde sağlık çalışanı var mı?" sorusunu %67,5'i (n:642) yok, %32,5'i (n:309) var olarak yanıtladı. "Varsa yakınlık derecesi nedir?" sorusuna 274 kişi cevap verdi; en sık verilen cevaplar 1. derece (%36,9 n:101) ve 2. derece (%27,4 n:75) oldu (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların ailelerindeki sağlık çalışanlarının yakınlık dereceleri

Yakınlık Derecesi	N (cevap sayısı)	Yüzde
1. derece	101	%36,9
2. derece	75	%27,4
3. derece	50	%18,2
4. derece	36	%13,1
Uzak	12	%4,4
Toplam	274	%100

"Ailenizde sağlık çalışanı varsa mesleği nedir?" sorusuna 231 kişi cevap verdi. En sık verilen cevaplar doktor (%45 n:104) ve hemşire (%32,9 n:76) oldu (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların ailelerindeki sağlık çalışanlarının meslekleri

Meslek	N (cevap sayısı)	Yüzde
Doktor	104	%45
Hemşire	76	%32,9
Diş Hekimi	16	%6,9
Diğer	15	%6,5
Sağlık Teknisyeni/Memuru	15	%6,5
Eczacı	5	%2,2
Toplam	231	%100

"Ailenizde herhangi bir kronik hastalığı olan var mı?" sorusuna cevap veren öğrencilerin (n:945) %43,6'sı var (n:412) %56,4'ü yok (n:533) yanıtı verdi. "Varsa hastalığı nedir?" sorusuna 377 kişi yanıt vardı. En sık verilen cevaplar %41'i (n:155) diyabetes mellitus,

%27,6'sı (n:104) hipertansiyon, %6,4'ü (n:24) kronik hava yolu hastalıkları (koah, astım), %6,1'i (n:23) kardiyovasküler sistem hastalığı, %5,6'sı (n:21) tiroid hastalıkları idi. Çalışmada bu hastalıklar etkilediği sisteme göre sınıflandırılarak kullanıldı.

"Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?" sorusuna cevap veren öğrencilerin (n:946) %89'u (n:842) yok, %11'i (n:104) var yanıtı verdi. "Varsa hastalığı nedir?" sorusuna verilen cevapların (n:84) %28,6'sı (n:24) depresyon, %17,9'u (n:15) panik bozukluk, %16,7'si (n:14) anksiyete bozukluğu, %11,9'u (n:10) şizofreni, %10,7'si (n:9) OKB, %8,3'ü (n:7) kişilik bozukluğu, %6'sı (n:5) diğer psikiyatrik hastalıklar idi.

Öğrencilere sigara içip içmediği sorulduğunda cevap verenlerin (n:947) %71,6'sı (n:678) "İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.", %21,9'u (n:207) "Evet, içiyorum." %6,5'i (n:62) "İçiyordum, bıraktım." yanıtlarını verdi. İçiyordum, bıraktım diyenler ortalama 1,8 ± 2 paket yıl (minimum 0,05, maksimum 8,75, medyan 1,2, mod 1,5) sigara içtiği saptandı. Aktif olarak sigara içenler ise ortalama 2,7 ± 2,9 paket yıldır (minimum 0,05, maksimum 15, medyan 1,8, mod 1) sigara içmekteydi.

Öğrencilerin alkol kullanıp kullanmadığı sorulduğunda cevap verenlerin (n:945) %59,6'sı (n:563) hayır, %36,9'u (n:349) evet, %3,5'i (n:33) içiyordum, bıraktım yanıtlarını verdi. Evet diyenlere hafta kaç gün içtiğini sorduğumuzda cevap verenlerin (n:212) ortalama haftada 1,6 ± 1 gün (minimum 1, maksimum 7, medyan 1, mod 1) alkol kullandıkları saptandı. Alkol kullananlara miktarı sorulduğunda 2,2 ± 1,4 bardak (minimum 1, maksimum 10, medyan 2, mod 1) olduğu saptandı. Alkolun cinsi sorulduğunda en sık bira (%69,3 n:147) ve şarap (%19,8 n:42) kullanıldığı saptandı.

Öğrencilerden günlük ortalama uyku saati sorusuna cevap verenlerin (n:923) günlük ortalama uyku saati 7,2 ± 1,3 (minimum 2, medyan 7, mod 7, maksimum 16) idi.

Öğrencilere "Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?" diye sorduğumuzda cevap verenlerin (n:943) %66,7'si (n:634) hayır, %32,5'i (n:309) evet dedi. Düzenli egzersiz yapanlar ortalama haftada 3,1 ± 1,3 gün (minimum 1, medyan 3, mod 3, maksimum 7) egzersiz yapmaktaydı. Egzersiz süreleri ortalama 1,5 ± 0,6 saat (minimum 1, medyan 2, mod 1, maksimum 3) idi.

"Herhangi bir hastalığınız/rahatsızlığınız var mı?" sorusuna cevap verenlerin (n:944) %79,8'i (n:759) yok, %19,5'i (n:185) var yanıtlarını verdi. Hastalığı olanlardan en sık verilen cevaplar tiroid hastalıkları %14 (n:31), astım %10 (n:23), allerji %9,6 (n:21) idi. Çalışmada bu hastalıklar etkilediği sisteme göre sınıflandırılarak kullanıldı.

"Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?" sorusuna cevap verenlerin (n:943) %87,1'i (n:821) hayır, %12,9'u (n:122) evet cevabını verdi. Varsa belirtiniz sorusuna verilen

çoklu yanıtların sonucunda en çok kullanılan ilaçlar %20 (n:26) tiroid ilaçları, %15,3 (n:20) antidepresan %8,4 (n:11) demir preperatı, %8,4 (n:11) antihistaminik, %6,9 (n:9) dermatolojik ilaçlar idi.

"Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda hangi sağlık birimi/birimlerine başvurursunuz?" çoklu yanıtlı sorusuna göre 797 öğrenci sağlık birimlerine başvuruyordu. Başvuru sıklığına göre başvurulan sağlık birimleri sırasıyla aile sağlık merkezi (%27,6 n:372), devlet hastanesi (%22,2 n:299), fakülte hastanesi (%21,8 n:293), acil servis (%13,1 n:177), özel hastane (%8,0 n:108), tanıdık doktor (%3,3 n:45), muayenehane (%2,9 n:39), 112 acil (%0,7 n:9), diğer (%0,4 n:5) idi (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcılar sağlık birimi/birimlerini tercih etme durumu

Sağlık Birimi	Tercih sırası	Yüzde	N
Aile Sağlığı Merkezi	1	%27,6	372
Devlet Hastanesi	2	%22,2	299
Fakülte Hastanesi	3	%21,8	293
Acil Servis	4	%13,1	177
112 Acil	8	%0,7	9
Tanıdık Doktor	6	%3,3	45
Muayenehane	7	%2,9	39
Özel Hastane	5	%8,0	108
Diğer	9	%0,4	5
Toplam:		%100	1347

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için N değeri cevap veren kişi sayısını geçmektedir.

Katılımcıların aile sağlık merkezlerine ortalama başvuru sayısı yılda 2,85 ± 2,6 kezdi (minimum 1, maksimum 24, medyan 2, mod 2). Aile sağlık merkezlerine en sık başvuru nedeni üst solunum yolu enfeksiyonu (%45,1 n:106) idi. Diğer sebepler Tablo 10'da belirtildi.

Katılımcıların devlet hastanelerine ortalama başvuru sayısı yılda 3,47 ± 4,6 kezdi (minimum 1, maksimum 36, medyan 2, mod 1). Devlet hastanelerine en sık başvuru nedeni hastalık takibi (%25,3 n:37) idi (Tablo 10).

Katılımcıların fakülte hastanesine ortalama başvuru sayısı yılda 3,24 ± 4,38 kezdi (minimum 1, maksimum 48, medyan 2, mod 2). Fakülte hastanesine en sık başvuru nedeni hastalık takibi (%26 n:38) idi (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık birimlerine başvuru sebepleri

Aile Sağlık Merkezi	Devlet Hastanesi	Fakülte Hastanesi
Üst solunum yolu enfeksiyonu (%45 n:106)	Hastalık takibi (%25,3 n:37)	Hastalık takibi (%26 n:38)
Halsizlik/yorgunluk (%12,3 n:29)	Hastalık/rahatsızlık (%19,8 n:29)	Üst solunum yolu enfeksiyonu (%19,8 n:29)
Genel kontrol (%9,3 n:22)	Genel kontrol (17,8 n:26)	Genel kontrol (%9,6 n:14)
Hastalık/rahatsızlık (%8 n:19)	Uzmana görünmek (%13,7 n:20)	Kan tahlili (%8,9 n:13)
İlaç yazdırma (%6,8 n:16)	Üst solunum yolu enfeksiyonu (%8,2 n:12)	Halsizlik/yorgunluk (%5,8 n:8)
Kan tahlili (%6,3 n:15)	Halsizlik/yorgunluk (%4,8 n:7)	Danışma (%4,7 n:7)
Sağlık raporu (%5,9 n:14)	Kan tahlili (%4,1 n:6)	İlaç yazdırma (%3,4 n:5)
Hastalık takibi (%2,5 n:6),	Rapor (%2 n:3)	Acil durumlarda (%2 n:3)
Danışma (%1,2 n:3)	Diş (%1,3 n:2)	Rapor (%1,3 n:2)
Enjeksiyon (%0,4 n:1)	Acil durumlar (%0,6 n:1)	Biyopsi (%0,6 n:1)
İlaç raporu (%0,4 n:1)	Stres (%0,6 n:1)	İlaç raporu (%0,6 n:1)

Acil servise ortalama başvuru sayısı yılda 2,86 ± 4,88 kezdi (minimum 1, maksimum 48, medyan 2, mod 2). Acil servislere en sık başvuru nedeni ağrı (%24,3 n:33) idi (Tablo 11).

112 Acile başvurduğunu belirten 2 katılımcı vardı. Sebeplerden biri bayılma (%50 n:1), diğeri akut gastroenterit (%50 n:1) idi.

Tanıdık doktora ortalama başvuru sayısı yılda 5 ± 6,6 kezdi (minimum 1, maksimum 24, medyan 2, mod 2). Tanıdık doktora en sık başvuru sebebi hastalık/rahatsızlık (%46,6 n:10) idi (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık birimlerine başvuru sebepleri

Acil Servisler	
Ağrı (karın ağrısı/baş ağrısı/adet ağrısı/ tanımlanmamış ağrı/kulak ağrısı/diş ağrısı/bel ağrısı (%24,3 n:16/5/4/4/2/1/1)	Rahatsızlık (%0,7 n:1)
Akut gastroenterit (%19,2 n:25)	Astım atak (%0,7 n:1)
Üst solunum yolu enfeksiyonu (%13 n:17)	Ağız yarası (%0,7 n:1)
Karın ağrısı (%12,3 n:16)	Alerji (%0,7 n:1)
Halsizlik (%10 n:13)	Balgam (%0,7 n:1)
Ateş (%8,4 n:11)	Bayılma (%0,7 n:1)
Acil durumlar (%8,4 n:13)	Belirsiz durumlar (%1,4 n:2)
Travma (%3,8 n:5)	Öksürük (%0,7 n:1)
Üşüme/titreme (%1,5 n:2)	İdrar yolu enfeksiyonu (%0,7 n:1)
Tanıdık Doktor	**Özel Hastane**
Hastalık/rahatsızlık (%46,6 n:10)	Hastalık takibiydi (%46 n:23)
Üst solunum yolu enfeksiyonu (%20 n:3)	Halsizlik (%10 n:5)
Rapor (%6,6 n:1)	Hastalık/rahatsızlık (%10 n:5)
Hastalık takibi (%6,6 n:1)	Üst solunum yolu enfeksiyonu (%10 n:5)
Kan tahlili (%6,6 n:1)	Genel kontrol (%6 n:3)
	Kan tahlili (%6 n:3)
	Çeşitli sebepler (%6 n:3)
	Acil durumlar (%4 n:2)
	Ağrı (%2 n:1)

Muayenehaneye en sık başvuru sebebi dişle ilgili rahatsızlıklardı (%50 n:7). Diğer sebepler hastalık takibi (%33,3 n:5), hastalık/rahatsızlık (%7,1 n:1), terapi (%7 n:1) idi.

Muayenehaneye ortalama başvuru sayısı yılda 4,25 ± 8,9 kezdi (minimum 1, maksimum 48, medyan 2, mod 2).

Özel hastaneye ortalama başvuru sayısı yılda 2,31 ± 1,9 kezdi (minimum 1, maksimum 12, medyan 2, mod 1). Özel hastaneye en sık başvuru sebebi hastalık takibiydi (%46 n:23) (Tablo 11).

Diğeri işaretleyenlerin cevapları klinik (%50 n:2) ve diş hekimliği (%50 n:2) idi. Başvuru sebepleri diş rahatsızlıkları (%50 n:2), üst solunum yolu enfeksiyonu (%25 n:1), kaşıntı (%25 n:1) idi. Yılda ortalama başvuru sayıları 2,5 ± 1 (minimum 2, maksimum 4, medyan 2, mod 2) idi.

Tüm katılımcıların (n:951) herhangi bir sağlık birimini yılda toplam ziyaret sayısı ortalaması 4,19 ± 6,85 (minimum 0, maksimum 53, mod 0, medyan 2) kezdi (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların sağlık birimlerine en sık başvuru nedenleri ve yılda ortalama başvuru sayısı

Sağlık Birimi	En sık başvuru nedeni (yüzde, n)	Yılda ortalama başvuru sayısı
Aile Sağlığı Merkezi	Üst solunum yolu enfeksiyonu (%45,1 n:106)	2,85 ± 2,6 kez
Devlet Hastanesi	Hastalık takibi (%25,3 n:37)	3,47 ± 4,6 kez
Fakülte Hastanesi	Hastalık takibi (%26 n:38)	3,24 ± 4,38
Acil Servis	Akut gastorenterit (%19,2 n:25)	2,86 ± 4,88
Tanıdık Doktor	Hastalık/rahatsızlık (%26,6 n:4)	5 ± 6,6
Muayenehane	Dişle ilgili rahatsızlıklar (%50 n:7)	4,25 ± 8,9
Özel Hastane	Hastalık takibi (%46 n:23)	2,31 ± 1,9
Toplam ortalama		4,19 ± 6,85

"Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?" sorusuna cevap verenlerin %66,7'si normal (n:632), %18,7'si endişeli (n:177), %9'u rahat (n:85), %4,1'i aşırı endişeli (n:39), %1,6'sı aşırı rahat (n:15) olarak yanıtladı.

"Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?" sorusuna cevap verenlerin %77,8'i hayır (n:734), %22,2'si evet (n:209) idi. Evet diyenlerden nasıl bir olay olduğunu belirtmesini istediğimizde Tablo 13'teki veriler elde edildi.

Tablo 13. Çocukluk travması yaşayanların yaşadıkları sarsıcı olaylar

Sarsıcı Olay	N	Yüzde
Geçirilmiş ciddi bir hastalık	54	21,7%
Yakın ölümü / yakının ciddi bir hastalığı	87	34,9%
İstismar (fiziksel, duygusal, sözel)	34	13,7%
Afetler	24	9,6%
Savaşlar, patlamalar	6	2,4%
Kazalar (iş trafik yaralanma)	26	10,4%
Diğer	18	7,2%
Toplam	249	100%

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için N değeri cevap veren kişi sayısını geçmektedir.

"Doktorunuzdan, kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik (BT, MR, tümör belirteçleri vb.) talep ettiniz mi?" sorusuna cevap verenlerin %91,5'i hayır (n:866), %8,5'i evet (n:80) diye yanıtladı.

"Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında hiç endişe duydunuz mu?" sorusuna cevap verenlerin %66,2'si hayır (n:626), %33,8'i evet (n:320) idi.

"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?" sorusuna cevap verenlerin %78,5'i hayır (n:744), %21,5'i evet (n:204) idi.

"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?" sorusuna cevap verenlerin %21,7'si hayır (n:206), %78,3'ü evet (n:742) idi.

"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?" sorusuna cevap verenlerin %60,4'ü hayır (n:570), %39,6'sı evet (n:374) idi.

"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara / asistan hekimlere danışır mısınız?" sorusuna cevap verenlerin %44'ü hayır (n:417), %56'sı evet (n:531) idi.

Araştırmacı sorularının cevaplarının sınıflara göre dağılımına Pearson ki kare testi kullanılarak bakıldı. "Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?" ($p=0,016$), "Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?" ($p<0,001$), "Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?" ($p<0,001$), "Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız?" ($p<0,001$) sorularına verilen

cevaplarla sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı (Tablo 14). Hangi sınıflar arasında anlamlı fark olduğunu araştırmak için 2'li kombinasyonlarla sınıflar arasındaki fark Mann Whitney U testi ile araştırıldı. Bonferroni düzeltmesi ile p<0,0033 anlamlı kabul edildi. Anlamlı bulunanlar Tablo 15'te gösterildi.

Tablo 14. Araştırmacı sorularının cevaplarının sınıflara göre dağılımı

		Sınıflar						
		1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	5.sınıf	6.sınıf	
"Doktorunuzdan kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik talep ettiniz mi?	evet	19 (%7,4)	22 (%11)	13 (%10)	7 (%6)	8 (%7)	11 (%8,7)	p=0,569 χ^2=3,866
	hayır	239 (%92,6)	176 (%89)	118 (%90)	110 (%94)	108 (%93)	115 (%91,3)	
"Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duydunuz mu?"	evet	91 (%35,4)	73 (%37,1)	51 (%38,9)	41 (%34,5)	27 (%23,5)	37 (%29,1)	p=0,091 χ^2=9,502
	hayır	166 (%64,6)	124 (%63)	80 (%61)	78 (%65,5)	88 (%76,5)	90 (%70,9)	
"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?"	evet	63 (%24,4)	41 (%20,7)	35 (%26,7)	31 (%26,1)	13 (%11,3)	21 (%16,5)	p=0,016* χ^2=13,877
	hayır	195 (%75,6)	157 (%79,3)	96 (%73,3)	88 (%73,9)	102 (%88,7)	106 (%83,5)	
"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?"	evet	189 (%73,3)	154 (%77,8)	123 (%93,9)	95 (%80,5)	92 (%79,3)	89 (%70,1)	p<0,001* χ^2=28,073
	hayır	69 (%26,7)	44 (%22,2)	8 (%6,1)	23 (%19,5)	24 (%20,7)	38 (%29,9)	

Tablo 14 (Devam). Araştırmacı sorularının cevaplarının sınıflara göre dağılımı

"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?	evet	91 (%35,5)	68 (%34,5)	73 (%55,7)	51 (%42,9)	51 (%44,5)	40 (%31,7)	p<0,001* χ^2=22,984
	hayır	165 (%64,5)	129 (%65,5)	58 (%44,3)	68 (%57,1)	64 (%55,7)	86 (%68,3)	
"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız?"	evet	95 (%36,8)	99 (%50,3)	94 (%71,8)	75 (%63)	78 (%67,2)	90 (%70,9)	p<0,001* χ^2=74,078
	hayır	163 (%63,2)	98 (%49,7)	37 (%28,2)	44 (%37)	38 (%32,8)	37 (%29,1)	

χ^2: Pearson Ki-Kare testi. *İstatiksel olarak anlamlı.

"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?" sorusuna verilen yanıtların sınıflara göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Bu soruya 3. sınıflar 5. sınıflara göre anlamlı olarak daha fazla "Evet" yanıtı verdi (p=0,002/ U=6371,5/ Z=-3,037) (Tablo 15)

"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?" sorusuna verilen yanıtların sınıflara göre dağılımına bakıldığında 3. sınıfların bu soruya "Evet" yanıtı diğer tüm sınıflarla kıyaslandığında anlamlı olarak fazlaydı. 3. sınıfın 1. sınıf (p<0,001), 2. sınıf (p<0,001),4. sınıf (p=0,001), 5.sınıf (p=0,001),6.sınıf (p<0,001) ile karşılaştırmalı analiz sonuçları Tablo 15'te verildi.

"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?" sorusuna verilen yanıtların sınıflara göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Bu soruya 3. sınıflar 1., 2. ve 6. sınıflara göre anlamlı olarak daha fazla "Evet" yanıtı verdi (tümü p<0,001) (Tablo 15).

"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız? sorusuna verilen yanıtların sınıflara göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Bu soruya 3., 4., 5. ve 6. sınıflar 1. (tüm sınıflarda karşılaştırmalı analiz sonucu p<0,001) ve 2.(sırasıyla p<0,001, p=0,027, p=0,003, p<0,001) sınıflara göre anlamlı olarak daha fazla "Evet" yanıtı verdi (Tablo 15). Tüm sınıflar 2'li kombinasyonlarla diğer sınıflarla karşılaştırıldı. Ancak p ≥0,0033 olanlar yani istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmeyen analizler Tablo 15'te yer almadı.

Tablo 15. Araştırmacı sorularının sınıflara göre dağılımındaki anlamlılık ilişkisi

Araştırmacı Sorusu	Karşılaştırılan Sınıflar		Sıralama Ortalaması		Mann Whitney U analiz sonucu
	A sınıfı	B sınıfı	A sınıfı	B sınıfı	
"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?"	3. sınıf	5.sınıf	132,36	113,40	p=0,002/ U=6371,5/ Z=-3,037 r=-0,193
"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?"	1. sınıf	3. sınıf	181,48	221,62	p<0,001 U=13411,5 Z=-4,822 r=-0,244
	2. sınıf	3. sınıf	154,44	180,95	p<0,001 U=10879 Z=-3,917 r=-0,215
	3. sınıf	4. sınıf	132,90	116,23	p=0,001 U=6694,5 Z=-3,188 r=-0,202
		5.sınıf	132,46	114,45	p=0,001 U=6490/ Z=-3,399 r=-0,216
		6.sınıf	144,62	113,90	p<0,001 U=6337,5 Z=-4,987 r=-0,310
"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?	1.sınıf	3.sınıf	180,78	219,83	p<0,001 U=13384,5 Z=-3,796 r=-0,192
	2. sınıf	3. sınıf	150,61	185,39	p<0,001 U=10167 Z=-3,794 r=-0,209
	3.sınıf	6. sınıf	144,11	113,29	p<0,001 U=6274 Z=-3,864 r=-0,241

Tablo 15 (Devam). Araştırmacı sorularının sınıflara göre dağılımındaki anlamlılık ilişkisi

"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız?	1.sınıf	3. sınıf	172,12	240,06	p<0,001 U=10995,5 Z=-6,507 r=-0,329
		4. sınıf	173,41	222.80	p<0,001 U=11328,5 Z=-4,746 r=-0,244
		5. sınıf	169,86	226,74	p<0,001 U=10412 Z=-5,450 r=-0,281
		6. sınıf	171,38	236,92	p<0,001 U=10805,5 Z=-6,278 r=-0,319
	2. sınıf	3. sınıf	150,42	185,68	p<0,001 U=10129 Z=-3,870 r=-0,213
		4. sınıf	150,90	171.08	p=0,027 U=10224,5 Z=-2,208 r=-0,126
		5. sınıf	147,15	173,73	p=0,003 U=9485 Z=-2,924 r=-0,167
		6. sınıf	149,41	182,80	p<0,001 U=9931 Z=-3,668 r=-0,203

U: Mann Whitney U; Z: Mann Whitney U standart dağılım göstergesi; r:etki büyüklüğü.

Katılımcıların ruh sağlığını tarama ölçeği olan KSE'nin 9 alt ölçeğine ve 3 global rahatsızlık belirleyicilerine verdikleri cevaplara göre tanımlayıcı bulgular Tablo 16 ve 17'de verildi.

Tablo 16. Katılımcıların kısa semptom envanteri alt ölçekleri puanları

KSE alt ölçekleri	Cevap veren kişi sayısı	Ortalama ± ss	Medyan (min. – maks.)
Psikotizm	898	3,85 ± 4,06	3 (0 – 22)
Somatizasyon	894	4,08 ± 4,33	3 (0 – 25)
Depresyon	905	6,03 ± 5,06	5 (0 – 30)
Hostilite	901	4,43 ± 4,19	3 (0 – 20)
Fobik anksiyete	907	2,44 ± 2,82	2 (0 – 16)
OKB	902	7,47 ± 4,56	7 (0 – 24)
Anksiyete	896	4,75 ± 4,3	4 (0 – 24)
Paranoid düşünceler	900	4,48 ± 3,83	4 (0 – 32)
Kişiler arası alınganlık	898	3,1 ± 3,26	2 (0 – 19)

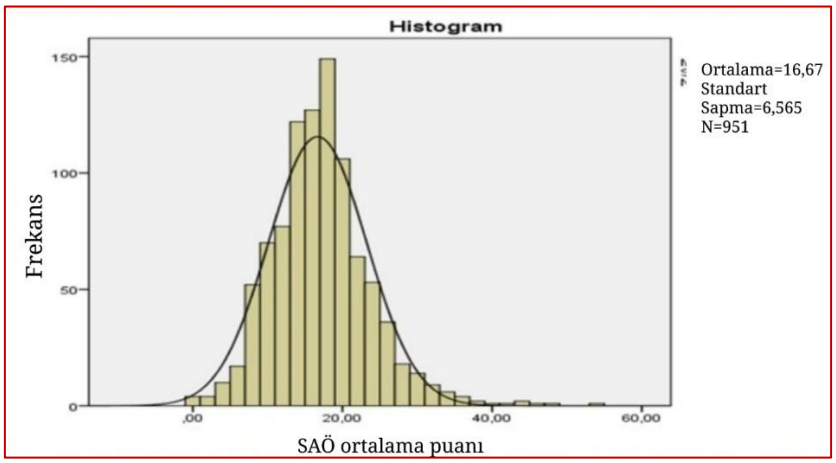
ss: standart sapma.

Tablo 17. Katılımcıların kısa semptom envanteri global rahatsızlık belirleyicileri puanları

KSE Global Rahatsızlık Belirleyicileri	Cevap veren kişi sayısı	Ortalama ± SS	Min. – maks.
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	824	0,82 ± 0,62	0 – 3,83
Belirti Toplamı	824	24,02 ± 12,3	0 – 53
Semptom Rahatsızlık İndeksi	817	1,67 ± 0,64	1 – 8,64

ss: standart sapma.

Tüm katılımcıların (n=951) SAÖ ortalama puanı 16,67 ± 6,56 (minimum 0, medyan 16, maksimum 54) idi (Şekil 8).



Şekil 8. Sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanlarının histogram eğrisi

KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ BULGULARI

Sosyodemografik Veriler ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler ve "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği" (SAÖ) puanları arasındaki anlamlılık durumu Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile araştırıldı. Cinsiyet (p=0,272), yaş (p=0,378), beden kitle indeksi (p=0,432), aylık hane geliri (p=0,829), ikamet ettiği hane (p=0,255), hayatının çoğunu geçirdiği şehir (p=0,235) ve kesim (p=0,181), aile tipi (p=0,118), annenin babanın eğitim düzeyi (sırasıyla p=0,653, p=0,937), istihdam durumu (sırasıyla p=0,372, p=0,722), mesleği (sırasıyla p=0,081, p=0,053) ve işi (sırasıyla p=0,669, p=0,928) ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (Tablo 18).

Tablo 18. Sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi ölçeği puanları ile analizi

	SAÖ Puanları		İstatistiksel Analiz
	Ortalama ± SS	Medyan (min – max)	
Cinsiyet			p= 0,272 U=105760 Z=-1,098 r=-0,035
Kadın (n:549)	16,81 ± 6,15	16 (0 – 43)	
Erkek (n:402)	16,47 ± 7,09	16 (0 – 54)	
Sınıf			p=0,008* H=15,628 SD=5
1. sınıf (n:258)	16,28 ± 6,74	16 (0 – 36)	
2. sınıf (n:198)	17,83 ± 7,15	17 (3 – 46)	
3. sınıf (n:132)	17,20 ± 5,96	17 (4 – 38)	
4. sınıf (n:120)	16,98 ± 6,95	17 (4 – 47)	
5. sınıf (n:116)	16,44 ± 6,34	16 (4 – 54)	
6. sınıf (n:127)	15,00 ± 5,18	15 (0 – 31)	
Yaş**			p=0,378 H=15,006 SD=14
18 (n:50)	15,40 ± 5,29	15,5 (0 – 28)	
19 (n:129)	17,73 ± 7,47	17 (0 – 42)	
20 (n:191)	16,98 ± 6,66	17 (2 – 43)	
21 (n:147)	17,25 ± 7,19	16 (2 – 46)	
22 (n:113)	16,55 ± 5,77	16 (3 – 32)	
23 (n:145)	16,22 ± 5,59	17 (4 – 33)	
24 (n:86)	16,32 ± 6,57	16 (1 – 54)	
25 (n:54)	16,07 ± 6,76	15 (0 – 47)	
26 (n:26)	14,07 ± 6,61	14 (0 – 25)	
BKİ			p=0,432 H=3,809 SD=4
Zayıf (n:57)	17,71 ± 7,49	16 (2 – 43)	
Normal (n:672)	16,52 ± 6,37	16 (0 – 54)	
Fazla kilolu (n:163)	16,55 ± 7,27	16 (0 – 46)	
Şişman (n:37)	17,75 ± 5,78	18 (2 – 31)	
Morbid obez (n:5)	16,00 ± 6,96	20 (7 – 22)	

Tablo 18 (Devam). Sosyodemografik verilerin sağlık anskiyetesi ölçeği puanları ile analizi

Aylık hane geliri			
Açlık sınırı altı (n:46)	17,06 ± 6,34	17,5 (0 – 33)	p=0,829 H=0,374 SD=2
Açlık ve Yoksulluk sınırı arası (n:382)	16,75 ± 6,26	16 (1 – 47)	
Yoksulluk sınırı üzerinde (n:253)	16,93 ± 7,13	17 (0 – 54)	
İkamet ettiği hane			
Kamu yurdu (n:165)	17,50 ± 6,13	17 (4 – 47)	p=0,255 H=6,571 SD=5
Özel yurt (n:226)	16,92 ± 7,21	16 (0 – 43)	
Ev (aile ile) (n:111)	16,20 ± 5,87	16 (1 – 32)	
Öğrenci evi (tek başına) (n:257)	16,02 ± 6,90	16 (0 – 54)	
Öğrenci evi (arkadaşlarla) (n:179)	16,78 ± 6,01	16 (4 – 36)	
Diğer (n:11)	16,81 ± 5,79	17 (9 – 28)	
"Hayatının çoğunu nerede geçirdin?"			
Köy (n:47)	16,93 ± 7,23	16 (7 – 47)	p=0,181 H=4,874 SD=3
Şehir merkezi (n:293)	16,83 ± 6,59	16 (0 – 43)	
İlçe (n:139)	17,33 ± 5,76	18 (7 – 36)	
Büyükşehir (n:467)	16,26 ± 6,64	16 (0 – 54)	
"Hangi şehirde yaşadınız?" ***			
Bursa (n:22)	16,90 ± 8,62	16 (7 – 44)	p=0,235 H=36,298 SD=31
Edirne (n:35)	16,85 ± 5,05	18 (5 – 30)	
İstanbul (n:165)	16,62 ± 6,52	16 (1 – 54)	
Kocaeli (n:14)	16,50 ± 7,11	15,5(5 – 30)	
Tekirdağ (n:18)	17,61 ± 5,75	18 (7 – 27)	
Yurt dışı (n:10)	12,50 ± 3,65	12 (6 – 20)	
Aile tipi			
Çekirdek aile (n:806)	16,48 ± 6,50	16 (0 – 54)	p=0,118 H=4,268 SD=2
Geniş aile (n:70)	17,90 ± 7,63	17 (3 – 47)	
Parçalanmış aile (n:71)	17,25 ± 5,43	18 (10 – 23)	
Annenin eğitim düzeyi			
Okuryazar değil(n:13)	17,38 ± 6,75	17 (7 – 33)	p=0,653 H=4,178 SD=6
Okuryazar (n:27)	17,03 ± 5,46	17 (9 – 32)	
İlköğretim mezunu (n:270)	16,81 ± 6,70	16 (0 – 44)	
Lise mezunu (n:273)	16,88 ± 5,95	17 (2 – 43)	
Önlisans mezunu(n:37)	16,29 ± 7,01	17 (0 – 34)	
Lisans mezunu(n:268)	15,94 ± 6,65	16 (0 – 54)	
Lisansüstü öğretim(n:60)	17,63 ± 7,34	15,5 (6 – 39)	

Tablo 18 (Devam). Sosyodemografik verilerin sağlık anksiyetesi ölçeği puanları ile analizi

Babanın eğitim düzeyi			
Okuryazar değil(n:7)	16,00 ± 8,86	15 (7 – 32)	
Okuryazar(n:11)	18,27 ± 7,11	15 (10 – 32)	
İlköğretim mezunu(n:169)	16,57 ± 5,72	16 (4 – 34)	p=0,937
Lise mezunu(n:236)	16,12 ± 5,77	17 (0 – 37)	H=1,801
Önlisans mezunu(n:55)	16,18 ± 6,61	15 (7 – 34)	SD=6
Lisans mezunu(n:369)	16,90 ± 6,96	17 (0 – 54)	
Lisansüstü Öğretim(n:98)	17,14 ± 7,38	16 (0 – 44)	
Annenin istihdam durumu			
Hiç çalışmadı. (n:322)	16,75 ± 6,51	16 (0 – 44)	
Bir dönem çalıştı, bıraktı. (n:158)	17,29 ± 6,59	17 (0 – 43)	p=0,372 H=3,130
Emekli (n:139)	16,74 ± 6,57	16 (3 – 46)	SD=3
Aktif olarak çalışıyor. (n:326)	16,29 ± 6,63	16 (0 – 54)	
Babanın istihdam durumu			
Hiç çalışmadı. (n:5)	16,80 ± 6,18	19 (7 – 23)	
Bir dönem çalıştı, bıraktı. (n:40)	17,32 ± 5,85	17 (7 – 32)	p=0,722 H=1,330
Emekli (n:241)	16,31 ± 6,09	16 (1 – 46)	SD=3
Aktif olarak çalışıyor. (n:650)	16,71 ± 6,79	16 (0 – 54)	
Annenin mesleği**			
Sağlık çalışanı (n:14)	14,7 ± 4,68	14 (7 -24)	
Öğretmen (n:86)	17,67 ± 7,89	17 (0 – 54)	
Mühendis (n:15)	17,80 ± 7,72	18 (6 – 39)	
Muhasebeci (n:14)	13,35 ± 5,27	14 (5 – 22)	p=0,081
Memur (n:14)	19,28 ± 4,58	18,5 (13 – 27)	H=41,372
İşçi (n:46)	16,26 ± 6,02	16 (0 – 36)	SD=30
Hemşire (n:47)	15,82 ± 6,99	17 (2 – 36)	
Esnaf (n:35)	17,25 ± 5,74	18 (4 – 30)	
Doktor (n:15)	13,86 ± 4,42	14 (5 – 23)	
Annenin işi			
Beyaz yakalı çalışan (n:117)	17,14 ± 7,68	17 (0 – 54)	
Mavi yakalı çalışan (n:45)	15,71 ± 5,67	15 (0 -29)	p=0,669
Gri yakalı çalışan (n:20)	16,40 ± 4,15	16,5 (9 – 24)	H=2,365 SD=4
Pembe yakalı çalışan (n:30)	15,46 ± 6,55	15,5 (2 – 34)	
Serbest meslek (n:40)	16,75 ± 5,86	17 (6 – 30)	

Tablo 18 (Devam). Sosyodemografik verilerin SAÖ puanları ile analizi

Babanın mesleği **			
Tüccar(n=29)	16,72 ± 5,41	17 (1 – 26)	
Şoför(n=14)	16,07 ± 5,04	15 (8 – 25)	
Sağlık çalışanı(n=15)	15,53 ± 4,27	15 (9 – 25)	
Polis(n=14)	17,92 ± 4,34	18 (13 – 29)	
Öğretmen(n=69)	15,76 ± 6,20	16 (0 – 47)	
Mühendis(n=49)	16,10 ± 6,67	15 (5 – 39)	
Muhasebeci(n=15)	14,60 ± 5,69	15 (6 – 23)	p=0,053
Memur(n=41)	18,48 ± 6,14	18 (7 – 38)	H=64,786
İşçi (n=66)	16,27 ± 5,83	16 (0 – 36)	SD=48
Esnaf (n=46)	16,78 ± 7,63	17,5 (3 – 43)	
Doktor(n=24)	15,41 ± 8,36	13,5 (5 – 44)	
Çiftçi (n=18)	17,50 ± 6,65	17 (8 – 37)	
Bankacı(n=11)	19,81 ± 8,55	17 (9 – 36)	
Avukat(n=11)	17,45 ±5,66	18 (5 – 26)	
Asker(n=18)	17,50 ± 6,09	17,5 (7 – 36)	
Babanın işi			
Beyaz yakalı çalışan (n:205)	17,09 ± 6,95	16 (0 – 47)	
Mavi yakalı çalışan (n:92)	16,39 ±5,84	16 (0 – 37)	
Gri yakalı çalışan (n:34)	15,94 ± 5,77	15 (6 – 30)	p=0,928
Pembe yakalı çalışan (n:2)	19,00 ± 4,24	19 (16 – 22)	H=1,370 SD=5
Serbest meslek (n:87)	16,78 ± 7,81	17 (2 – 54)	
Asker (n:10)	16,80 ± 7,49	16 (7 – 36)	

U: Mann Whitney U; H: Kruskal Wallis; n: kişi sayısı; ss: standart sapma; SD: Kruskal Wallis- değişken değerlerinin ortalamanın etrafındaki yayılımını temsil eden ölçüt; r: etki büyüklüğü; Z: Mann Whitney U- standart dağılım göstergesi. *İstatistiksel olarak anlamlı. **Sadece n ≥ 10 olan verilerin ortalama SAÖ puanı tabloda belirtildi. Ancak tabloda olmayan kategorideki diğer veriler de analize dahil edildi.

Katılımcıların sınıfı ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p=0,008) (Tablo 18). Hangi sınıflar arasında anlamlı farklılık olduğunu araştırmak için 2'li kombinasyonlarla Mann Whitney U testi yapılarak araştırıldı. Bonferroni düzeltmesi ile p<0,0033 anlamlı kabul edildi. 2. sınıfların SAÖ puanları (ortalama 17,83 ± 7,15) 6.sınıfların SAÖ puanlarına (ortalama 15,00 ± 5,18) göre anlamlı derecede fazlaydı (p<0,001/ U=9593,5/ Z=-3,611). 3. sınıfların SAÖ puanları (ortalama 17,20 ± 5,96) 6. sınıfların SAÖ puanlarından anlamlı derece fazlaydı (Tablo 19). Diğer sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Tablo 19. Sınıflar arasındaki sağlık anksiyetesi ölçeği puanları arasındaki anlamlı farklılık

		Sıralama Ortalaması		Mann Whitney U analiz sonucu
2. sınıf	6. sınıf	178,05	139,54	p<0,001/ U=9593,5/ Z=-3,611/ r=-0,200
3. sınıf	6.sınıf	143,78	115,68	P=0,002/ U=6563,5/ Z=-3,024/ r=-0,187

U: Mann Whitney U testi; Z: Mann Whitney U standart dağılım göstergesi; r: etki büyüklüğü.

Araştırmacı Soruları ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları Karşılaştırılması

Ailede sağlık çalışanının var olması, kişinin SAÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yarattı (p=0,004 / U=87846,5 / Z=-2,863 / r=0,092). Ailede sağlık çalışanı bulunan katılımcıların SAÖ puanı daha düşüktü (Tablo 20).

Katılımcıların herhangi bir hastalık ya da rahatsızlığının var olması, SAÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturdu (p<0,001 / U=57616 / Z=-3,792 / r=-0,123). Hastalığı/rahatsızlığı olan katılımcıların SAÖ puanı anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 18). Sahip olunan hastalıklar arasında anlamlı fark yoktu.

Düzenli ilaç kullanan katılımcıların SAÖ puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılılık gösterdi (p = 0,992 / U=97911,5 / Z=-0,011). Düzenli ilaç kullanan katılımcıların SAÖ puanları ilaç kullanmayanlara göre daha yüksekti. İlaçlar ile SAÖ puanları arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 20).

Herhangi bir sağlık birimine yıllık toplam başvuru sayısı ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0,001/ U=57616/ Z=-3,792/ r=-0,123) (Tablo 18).

Doktordan, kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik talep edenlerin SAÖ puanları istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksekti (p<0,001/U=222350,5/Z=-5,315/ r=-0,172) (Tablo 20).

Çocukluk travması öyküsü olan katılımcıların çocukluk travması öyküsü olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak SAÖ puanı yüksekti (p = 0,004/ U=66713,5/ Z=-2,880/ r=- 0,09) (Tablo 21). Çoklu yanıtlarda karşılaştırmalı analiz yapılamadığı için birden fazla çocukluk travması yaşayanlar hariç tutularak (32 kişi), bir travma öyküsü olanlarla yapılan karşılaştırılmalı analizde (n:171) travmanın türleri ile SAÖ puanı arasında anlamlı farklılık yoktu. Birden fazla çocukluk travması yaşamakla bir kez çocukluk travması yaşamanın SAÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığı yoktu (Tablo 20).

"Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duydunuz mu?" sorusuna verilen yanıtlar ile SAÖ puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Soruya "evet" diyenlerin SAÖ puanı "hayır" diyenlere göre anlamlı ölçüde yüksekti p<0,001/ U=57699/ Z=-10,695/ r=-0,347) (Tablo 20).

"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?" sorusuna verilen yanıtlar ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Soruya "evet" diyenlerin SAÖ puanı "hayır" diyenlere göre anlamlı ölçüde yüksekti (p<0,001/ U=57699/ Z=-10,695/ r=-0,347) (Tablo 20).

"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?" sorusuna verilen yanıtlar ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Soruya "evet" diyenlerin SAÖ puanı "hayır" diyenlere göre anlamlı ölçüde yüksekti (p<0,001/ U=47621,5/ Z=-8,297/ r=-0,269) (Tablo 20).

"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?" sorusuna verilen yanıtlar ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Soruya "evet" diyenlerin SAÖ puanı "hayır" diyenlere göre anlamlı ölçüde yüksekti (p<0,001/ U=64475,5/ Z=-10,293/ r=-0,335) (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmacı sorularının sağlık anksiyetesi ölçeği puanları ile analizi

	SAÖ Puanları		İstatistiksel Analiz
	Ortalama ± SS	Medyan (min – max)	
Ailede sağlık çalışanı			p =0,004*
Var (n:642)	15,87 ± 6,27	15 (1 – 44)	U=87846,5
Yok (n:309)	17,05 ± 6,67	17 (0 – 54)	Z=-2,863 r=0,092
Ailedeki sağlık çalışanının yakınlık derecesi			
1.derece (n:101)	15,72 ± 6,04	16 (2 – 36)	p = 0,580
2.derece (n:75)	15,89 ± 6,49	15 (4 – 39)	H=2,871
3.derece (n:50)	16,82 ± 5,75	17 (1 – 31)	SD=4
4.derece (n:36)	15,88 ± 4,29	15,5 (7 – 24)	
Uzak (n:12)	14,08 ± 6,84	16 (2 – 25)	
Ailedeki sağlık çalışanının mesleği			
Sağlık teknisyeni (n:8)	15,50 ± 6,00	16 (7 – 26)	
Diş hekimi (n:16)	14,43 ± 5,01	15 (4 – 24)	p = 0,514
Doktor (n:104)	16,65 ± 6,43	16 (5 – 39)	H=5,232
Eczacı (n:5)	21,60 ± 7,43	18 (16 – 34)	SD=6
Hemşire (n:76)	15,72 ± 5,83	16 (2 – 36)	
Sağlık memuru (n:7)	16,00 ± 3,10	14 (14 – 21)	
Diğer (n:15)	14,46 ± 6,49	15 (1 – 25)	

Tablo 20 (Devam). Araştırmacı sorularının sağlık anksiyetesi ölçeği puanları ile analizi

Ailede kronik hastalık			p = 0,267
Var (n:412)	16,95 ± 6,69	17 (0 – 54)	U=105190,5
Yok (n:533)	16,48 ± 6,48	16 (0 – 47)	Z=-1,109
Ailedeki kronik hastalık türü**			p =0,438
Endokrin Sistem H. (n:178)	16,93 ± 8,83	17 (0 – 54)	H=12,092
Kardiyovasküler S. H.(n:127)	17,37 ± 6,43	17 (3 – 44)	SD=12
Göğüs Hastalıkları (n:26)	15 ± 4,92	15 (6 – 23)	
Gastrointestinsal S. H.(n:12)	16,83 ± 7,27	16,5 (6 – 32)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık			p = 0,129
Var	17,69 ± 7,65	17 (2 – 54)	U=39798
Yok	16,53 ± 6,41	16 (0 – 47)	Z=-1,518
Ailede Psikiyatrik Hastalık Türü			
Depresyon (n:24)	17,45 ± 11,48	16,5 (2 – 54)	
Anksiyete (n:14)	17,78 ± 4,50	18 (7 -25)	p = 0,501
Şizofren (n:10)	18,40 ± 8,08	17 (8 – 36)	H=5,337
Panik bozukluk (n:15)	16,60 ± 5,12	16 (9 – 28)	SD=6
OKB (n:9)	15,00 ± 2,06	15 (11 – 18)	
Kişilik bozukluk (n:7)	19,00 ± 4,00	18 (12 – 23)	
Diğer (n:5)	18,40 ± 3,57	17 (14 – 23)	
Sigara kullanma durumu			p = 0,930
Hiç kullanmamış (n:678)	16,55 ± 6,04	16 (0 -42)	H=0,146
Bırakmış (n:62)	16,96 ± 6,72	16,5 (4 – 36)	SD=2
Kullanıyor (n:207)	17,00 ± 8,06	16 (0 – 54)	
Alkol kullanma durumu			p = 0,415
Hiç kullanmamış (n:562)	16,73 ± 6,20	16 (0 – 47)	H=1,757
Bırakmış (n:33)	18,75 ± 8,87	18 (7 – 54)	SD=2
Kullanıyor (n:349)	16,42 ± 6,88	16 (0 – 46)	
Günlük ortalama uyku saati***			
5 saat (n:38)	14,76 ± 6,21	15 (4 – 31)	p =0,379
6 saat (n:184)	16,28 ± 6,38	16 (0 – 36)	H=14,990
7 saat (n:334)	16,73 ± 5,90	17 (2 – 44)	SD=14
8 saat (n:246)	16,65 ± 6,87	16 (1 – 47)	
9 saat (n:46)	17,08 ± 6,81	16 (5 – 33)	
10 saat (n:54)	18,16 ± 7,73	16,5 (9 – 54)	
Düzenli egzersiz yapma durumu			p = 0,992
Yapıyor (n:309)	16,63 ± 6,84	16 (0 – 47)	U=97911,5
Yapmıyor (n:634)	16,68 ± 6,41	17 (0 – 54)	Z=-0,011
"Herhangi bir hastalığınız/ rahatsızlığınız var mı?"			p<0,001*
			U=57616
Var (n:185)	18,34 ± 6,92	18 (4 – 54)	Z=-3,792
Yok (n:759)	16,27 ± 6,43	16 (0 – 47)	r=-0,123

Tablo 20 (Devam). Araştırmacı sorularının sağlık anksiyetesi ölçeği puanları ile analizi

Mevcut Hastalık**			
Endokrin Sistem H. (n=40)	16,74 ± 6,19	17 (7 – 36)	
Göğüs Hastalıkları (n:23)	19,10 ± 6,27	19 (7 – 34)	
Gastrointestinal S. H. (n:21)	17,50 ± 7,58	18 (4 – 33)	
Alerji ve Bağışıklık S.H.(n:21)	19,20 ± 5,70	18 (13 – 31)	
Nörolojik H. (n:20)	15,86 ± 3,64	17 (7 – 21)	
Dermatolojik H. (n:12)	14,55 ± 4,09	16 (9 – 22)	p= 0,069
Hematolojik H. (n:15)	20,55 ± 8,36	18 (15 – 42)	H=22,478
İskelet- Kas Sistemi H.(n:11)	16,00 ± 3,70	14,5 (13 – 24)	SD=14
Psikiyatrik H. (n:11)	25,14 ± 13,63	19 (17 – 54)	
Jinekolojik H. (n:16)	22,85 ± 4,70	23 (14 – 28)	
Göz H. (n:12)	14,66 ± 6,25	17 (6 – 20)	
Kardiyovasküler S. H. (n:9)	14,25 ± 7,13	12,5 (8 – 24)	
Kulak Burun Boğaz H. (n:5)	23,00 ± 7,81	27 (14 – 28)	
Düzenli kullanılan ilaç			p = 0,006*
Var (n:122)	18,46 ± 7,53	18 (4 – 54)	U=42345,5
Yok (n:821)	16,38 ± 6,37	16 (0 – 47)	Z=-2,760 r=-0,089
Kullanılan ilaç türü			
Antidepresan (n:20)	22,95 ± 11,62	20,5 (4 – 54)	
Antihistaminik (n:11)	20,90 ± 8,54	19 (15 – 46)	
Demir ilacı (n:11)	17,36 ± 4,61	18 (12 – 24)	
Dermatolojik ilaç (n:13)	19,38 ± 7,63	18 (7 – 34)	
İnhaler ilaç (n:6)	18,16 ± 6,55	19,5 (7 – 26)	
Tiroid ilacı (n:26)	16,23 ± 5,73	16 (7 – 30)	p = 0,594
Proton pompa inhibitörü(n:3)	19,00 ± 5,29	21 (13 – 23)	H=11,202
Oral kontraseptif (n:4)	16,50 ± 1,00	16 (16 – 18)	SD=13
Oral antidiyabetik/insülin(n:6)	21,16 ± 7,67	18,5(15 – 36)	
Nonsteroid antiinflamatuar(n:3)	17,00 ± 2,00	17 (15 – 19)	
Diüretik (n:3)	14,66 ± 2,30	16 (12- 16)	
Betabloker (n:5)	19,20 ± 4,20	18 (15 -26)	
B12 (n:4)	17,50 ± 6,35	14,5 (14 – 27)	
Diğer (n:15)	17,33 ± 6,17	17 (7 – 28)	
Bir sağlık birimine yıllık toplam başvuru sayısı***			
0 (n:259)	16,81 ± 7,15	17 (0 – 54)	
1 (n:128)	14,42 ± 6,13	15 (0 – 32)	
2 (n:171)	15,26 ± 5,10	15 (4 – 32)	
3 (n:95)	16,49 ± 5,89	17 (0 – 39)	
4 (n:67)	17,35 ± 5,94	17 (0 – 30)	p<0,001*
5 (n:44)	17,11 ± 5,58	17 (4 – 34)	H=73,258
6 (n:32)	15,87 ± 4,24	15 (9 – 25)	SD=37
7 (n:17)	17,88 ± 5,77	17 (10 – 36)	
8 (n:10)	19,60 ± 9,43	17,5 (8 – 37)	
9 (n:11)	20,45 ± 7,35	18 (11 – 35)	
10 (n:13)	19,53 ± 4,03	20 (12 – 26)	
12 (n:35)	15,83 ± 2,78	16 (11 – 19)	
24 (n:11)	18,72 ± 6,97	17 (7 – 33)	

Tablo 20 (Devam). Araştırmacı sorularının sağlık anksiyetesi ölçeği puanları ile analizi

"Doktorunuzdan, kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik talep ettiniz mi?"			p<0,001* U=222350,5
Evet (n:80)	21,00 ± 8,07	20 (8 – 54)	Z=-5,315
Hayır (n:866)	16,26 ± 6,29	16 (0 – 47)	r=-0,172
"Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?"			
Aşırı endişeli (n:39)			p<0,001*
Endişeli (n:177)	20,89 ± 10,97	19 (0 – 47)	H=32,364
Normal (n:632)	18,19 ± 6,10	18 (0 – 36)	SD=4
Rahat (n:85)	16,20 ± 6,34	16 (0 – 54)	
Aşırı rahat (n:15)	15,69 ± 5,50	15 (5 – 30)	
	12,26 ± 6,36	13 (4 – 23)	
"Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?"			p = 0,004* U=66713,5
Evet (n:209)	18,17 ± 7,41	17 (4 – 54)	Z=-2,880
Hayır (n:734)	16,24 ± 6,26	16 (0 – 44)	r=- 0,09
Bir kez çocukluk travması yaşayanlar (n:173)	17,60 ± 6,76	17 (4 – 47)	p=0,083 U=2235 Z=-1,733
Birden fazla çocukluk travması yaşayanlar (n:32)	19,84 ± 8,14	18 (4 – 46)	
Çocukluk travması türü			p=0,607 H=4,514 SD=6
Geçirilmiş ciddi bir hastalık (n:39)	18,41 ± 6,56	18 (7 – 36)	
Yakın ölümü/ yakının ciddi bir hastalığı (n:60)	16,85 ± 5,99	16 (7 – 47)	
İstismar (fiziksel, duygusal, sözel) (n:26)	19,61 ± 8,77	17,5 (8 – 43)	
Afetler (deprem, yangın, sel) (n:15)	16,86 ± 8,77	16 (4 – 36)	
Savaşlar, patlamalar (n:3)	18,33 ± 1,52	18 (17 – 20)	
Kazalar (iş, trafik, yaralanma) (n:13)	16,15 ± 4,39	16 (9 – 22)	
Diğer (n:15) (ailevi huzursuzluk, ebeveyn ayrılığı)	17,26 ± 6,78	16 (8 – 31)	
"Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duydunuz mu?"			p<0,001* U=57699
Evet (n:320)	19,72 ± 6,78	19 (2 – 54)	Z=-10,695
Hayır (n:626)	15,07 ± 5,89	15 (0 – 43)	r=-0,347

Tablo 20 (Devam). Araştırmacı sorularının SAÖ puanları ile analizi

"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?"			p<0,001* U=57429,5
Evet (n:204)	18,68 ± 6,62	18 (0 – 47)	Z=-5,336
Hayır (n:744)	16,09 ± 6,46	16 (0 – 54)	r=-0,173
"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?"			p<0,001* U=47621,5
Evet (n:742)	17,55 ± 6,27	17 (2 – 54)	Z=-8,297
Hayır (n:206)	13,45 ± 6,67	13 (0 – 47)	r=-0,269
"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?"			p<0,001* U=64475,5
Evet (n:374)	19,44 ± 6,85	18 (7 – 54)	Z=-10,293
Hayır (n:570)	14,81 ± 5,71	15 (0 – 36)	r=-0,335
"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız?"			p =0,006* U=99236,5
Evet (n:531)	17,10 ± 6,34	17 (2 – 54)	Z=-2,747
Hayır (n:417)	16,09 ± 6,83	16 (0 – 42)	r=-0,089

U: Mann Whitney U testi; H: Kruskal Wallis testi; n: kişi sayısı; ss: standart sapma; SD: Kruskal Wallis- değişken değerlerinin medyanın etrafındaki yayılımını temsil eden ölçüt; r: etki büyüklüğü; Z: Mann Whitney U- standart dağılım tablosu. *İstatistiksel olarak anlamlı. **Sadece n ≥ 1 olan verilerin ortalama SAÖ puanı tabloda verildi. Fakat kategorideki tüm veriler karşılaştırmalı analizlere dahil edildi. ***Sadece n>10 olan verilerin ortalama SAÖ puanı tabloda verildi. Fakat kategorideki tüm veriler karşılaştırmalı analizlere dahil edildi.

Çocukluk çağında ebeveynlerinin sağlıklarıyla ilgili tutumlarıyla katılımcıların SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0,001/ H=32,364/ SD=4) (Tablo 18). Hangi tutumlar arasında farkın olduğunu belirlemek için 5'in 2'li kombinasyonuyla Bonferroni düzeltmesi yapılarak p<0,005 anlamlı kabul edildi. Çocukluk çağında ebeveyni aşırı endişeli olan katılımcıların SAÖ puanları çocukluk çağında ebeveyni normal, rahat, aşırı rahat olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0,002, p=0,003, p=0,004). Çocukluk çağında ebeveyni endişeli olan katılımcıların SAÖ puanları çocukluk çağında ebeveyni normal, rahat, aşırı rahat olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p<0,001, p=0,001, p=0,001) (Tablo 21).

Tablo 21. Ebeveynin sağlığına tutumuyla katılımcıların sağlık anksiyetesi ölçeği puanları arasındaki fark

"Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?"		Sıralama Ortalaması		Mann Whitney U analiz sonucu
Aşırı endişeli	Normal	429,35	330,24	p=0,002/ U=8683,5/ Z=-3,103/ r=-0,119
	Rahat	76,86	55,91	p=0,003/ U=1097,5/ Z=-3,019/ r=-0,271
	Aşırı rahat	31,35	17,50	p=0,004/ U=142,5/ Z=-2,904/ r=-0,395
Endişeli	Normal	467,74	387,43	p<0,001/U=44826,5/Z=-4,048/ r=-0,142
	Rahat	142,03	109,54	p=0,001/ U=5658,5/ Z=-3,251/ r=-0121
	Aşırı rahat	100,25	52,30	p=0,001/ U=664,5/ Z=-3,213/ r=-0,231

U: Mann Whitney U; Z: Mann Whitney U standart dağılım göstergesi; r: etki büyüklüğü.

Herhangi bir sağlık birimine başvuru sayısı ile SAÖ puanları arasında zayıf pozitif bir ilişki vardı. Yaş, sınıf, beden kitle indeksi, aylık hane geliri, günlük ortalama uyku saati ile SAÖ puanları arasında korelasyon yoktu (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırmacı soruları ile sağlık anksiyetesi ölçeği puanlarının Spearman korelasyon analizi

	Spearman Korelasyon Analizi
Yaş	ρ =-0,065 / p=0,046
Sınıf	ρ=-0,046 / p=0,152
Aylık hane geliri	ρ=0,038 / p=0,241
Günlük ortalama uyku saati	ρ =0,047 / p=0,153
Beden kitle indeksi	ρ =-0,01 / p=0,987
Herhangi bir sağlık birimine yıllık başvuru sayısı	ρ =0,126 / p<0,001*

ρ:Spearman testi katsayısı rho. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Kısa Semptom Envanteri ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanları Karşılaştırılması

Ruh sağlığı tarama ölçeği olan KSE ile sağlık anksiyete düzeylerini belirleyen SAÖ'nün puanları karşılaştırıldı. KSE alt ölçeklerinden psikotizm, somatizasyon, depresyon, hostilite, fobik anksiyete, OKB, anksiyete, paranoid düşünceler,kişilerarası alınganlık ile SAÖ puanları arasında anlamlı farklılık vardı (Tablo 23). KSE tüm alt ölçekleri ile SAÖ puanları arasında orta derece ilişki bulundu.

Tablo 23. Kısa semptom envanteri alt ölçekleri ile sağlık anksiyetesi ölçeği puanlarının karşılaştırılması

KSE Alt Ölçek Puanları	Spearman Korelasyon Analizi	Mann Whitney U İstatistiksel Analiz
1. Faktör: Psikotizm(n:898)	ρ =0,278 / p<0,001	p<0,001* / H=97,251/ SD=20
2. Faktör: Somatizasyon(n:894)	ρ =0,322 / p<0,001	p<0,001* / H=125,883 /SD=24
3. Faktör: Depresyon(n:905)	ρ =0,343 / p<0,001	p<0,001* / H=136,183 / SD=24
4. Faktör: Hostilite(n:901)	ρ =0,272 / p<0,001	p<0,001* / H=85,479 / SD=20
5. Faktör: Fobik Anksiyete(n:907)	ρ =0,282 / p<0,001	p<0,001* / H=87,371 / SD=15
6.Faktör: OKB (n:902)	ρ =0,313 / p<0,001	p<0,001* / H=112,419 / SD=24
7. Faktör: Anksiyete (n:896)	ρ =0,338 / p<0,001	p<0,001* / H=118,242 / SD=22
8. Faktör: Paranoid Düşünceler (n:900)	ρ =0,283 / p<0,001	p<0,001* / H=94,095 / SD=19
9. Faktör: Kişilerarası Alınganlık (n:898)	ρ =0,318 / p<0,001	p<0,001* / H=10,506 / SD=17

n:kişi sayısı; ρ:Spearman testi katsayısı rho; H: Kruskal Wallis testleri uygulandı. SD:Kruskal Wallis- değişken değerlerinin medyanın etrafındaki yayılımını temsil eden ölçüt. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Kısa semptom envanteri global rahatsızlık belirleyicileri ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta pozitif ilişki bulundu (Tablo 23 ve 24).

Tablo 24. Kısa semptom envanteri global rahatsızlık belirleyicileri ile sağlık anksiyetesi ölçeği puanları arasındaki ilişki

KSE Global Rahatsızlık Belirleyicileri	Spearman Korelasyon Analizi
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (n:824)	ρ=0,374 / p<0,001
Belirti Toplamı (n:824)	ρ=0,369 / p<0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi (n:817)	ρ=0,268 / p<0,001

ρ: Spearman testi katsayısı rho.

Sağlık Anksiyetesi Tarama

Zhang ve arkadaşları tarafından belirlenen SA'yı taramak için kullanılan SAÖ kesme puanı 15'tir (88). Kesme puanı 15 olarak alındığında tüm katılımcıların %41,2'sinde (n:392) sağlık anksiyetesi mevcuttu. SA'lı katılımcıların sınıflara göre dağılımı Tablo 25'te verildi.

Sınıflar arasında SA'ya sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ve korelasyon yoktu (p=0,165).

Tablo 25. Sınıflar arasında sağlık anksiyetesine sahip olma durumu

		Sınıflar						
		1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	5.sınıf	6.sınıf	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	152 (%58,9)	134 (%67,7)	88 (%66,7)	77 (%64,2)	74 (%63,8)	70 (%55,1)	p=0,165 χ^2=7,838 Φ=0,091
	Yok	106 (%41,1)	64 (%32,3)	44 (%33,3)	43 (%35,8)	42 (%36,2)	57 (%44,9)	

Kategorik korelasyon. χ^2: Pearson Ki-Kare testi; Φ: phi kat sayısı.

Ailede kronik hastalığa sahip birinin olması ile SA'ya sahip olma durumu arasında zayıf bir ilişki vardı (p=0,038, v=0,068) (Tablo 26). Ailesinde kronik hastalığı olanların %66,3'ünde SA mevcuttu.

Tablo 26. Katılımcılarda sağlık anksiyetesi varlığı araştırması uyum analizi ile

		Cinsiyet			Ailenizde herhangi bir kronik hastalığı olan var mı?		
		Kadın	Erkek		Var	Yok	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	349 (%36,7)	246 (%25,9)	p=0,454 v=0,024	273 (%28,9)	318 (%33,7)	p=0,038* v=0,068
	Yok	200 (%21)	156 (%16,4)		139 (%14,7)	215 (%22,8)	
		Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?			Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?		
		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	71 (%7,5)	520 (%55)	p=0,196 v=0,042	198 (%21)	391 (%41,5)	p=0,474 v=0,023
	Yok	33 (%3,5)	322 (%34)		111 (%11,8)	243 (%25,8)	
		Ailede Sağlık Çalışanı			Hastalık/rahatsızlık		
		Var	Yok		Var	Yok	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	181 (%19)	414 (%43,5)	p=0,078 v=0,057	135 (%14,3)	454 (%48,1)	p=0,01* v=0,108
	Yok	128 (%13,5)	228 (%24)		50 (%5,3)	305 (%32,3)	

Tablo 26 (Devam). Katılımcılarda sağlık anksiyetesi varlığı araştırması uyum analizi ile

		Doktorunuzdan kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik (BT, MR, Tümör belirteci vb.) istediniz mi?			Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?		
		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	63 (%6,7)	527 (%55,7)	p=0,02* v=0,103	153 (%16,2)	437 (%46,3)	p<0,001* v=0,118
	Yok	17 (%1,8)	339 (%35,8)		56 (%5,9)	298 (%31,6)	
		Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında hiç endişe duydunuz mu?			Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?		
		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	261 (%27,6)	329 (%34,8)	p<0,001* v=0,283	158 (%16,7)	434 (%45,8)	p<0,001* v=0,162
	Yok	59 (%6,2)	297 (%31,4)		46 (%4,9)	310 (%32,7)	
		Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?			Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?		
		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	514 (%54,2)	228 (%24,1)	p<0,001* v=0,267	291 (%30,8)	299 (%31,7)	p<0,001* v=0,256
	Yok	59 (%6,2)	128 (%13,5)		83 (%8,8)	271 (%28,7)	
		Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara / asistan hekimlere danışır mısınız?					
		Evet	Hayır				
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	350 (%36,9)	243 (%25,6)	p=0,016* v=0,078			
	Yok	181 (%19,1)	174 (%18,4)				

v: Crammer'in v kat sayısı. Kategorik korelasyon. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Herhangi bir hastalık/rahatsızlığa sahip olmakla SA'ya sahip olma durumu arasında zayıf bir ilişki vardı (p=0,01, v=0,108) (Tablo 26). Hastalığı olanların %73'ünde SA mevcuttu.

"Doktorunuzdan kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik (BT, MR, Tümör belirteci vb.) istediniz mi?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında

zayıf bir ilişki vardı (p=0,02, v=0,103) (Tablo 26). Doktorundan ileri tetkik talep edenlerin %78,8'inde SA mevcuttu.

"Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında orta ilişki vardı (p<0,001 v=0,267) (Tablo 26). Çocukluk travması geçirenlerin %73,2'sinde SA mevcuttu.

"Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında hiç endişe duydunuz mu?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında orta ilişki vardı (p<0,001, v=0,283) (Tablo 26). Doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duyanların %81,6'sında SA mevcuttu.

"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında zayıf bir ilişki vardı (p<0,001, v=0,162) (Tablo 26). Tıp fakültesi tercih etme nedenleri arasında kendi/ailesinin sağlığıyla ilgili endişeleri olanların %77,5'inde SA mevcuttu.

"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında orta ilişki vardı (p<0,001, v=0,267) (Tablo 26). Derste öğrendiği bir hastalıktan sonra kendinde o hastalığa dair belirti arayanların %69,3'ünde SA mevcuttu.

"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında orta ilişki vardı (p<0,001, v=0,256) (Tablo 26). Yeni bir hastalık öğrendikten sonra o hastalığa bir süredir sahip olduklarını düşünenlerin %77,8'inde SA mevcuttu.

"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara / asistan hekimlere danışır mısınız?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında zayıf bir ilişki vardı (p=0,016, v=0,078) (Tablo 26). Sağlıklarıyla ilgili düşüncelerini hocalara/asistanlara danışanların %65,9'unda SA mevcuttu.

Sigara/alkol kullanımı ile SA'ya sahip olma arasında bir ilişki saptanmadı (Tablo 27).

Tablo 27. Sigara/ alkol kullanımı ile sağlık anksiyetesine sahip olma ilişkisi

		Sigara içiyor musunuz?			
		Hiç içmedim.	İçiyordum, bıraktım.	Evet, içiyorum.	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	421 (%44,5)	40 (%4,2)	131 (%13,8)	p=0,901 Φ=0,015
	Yok	257 (%27,1)	22 (%2,3)	76 (%8)	

Tablo 27 (Devam). Sigara/ alkol kullanımı ile sağlık anksiyetesine sahip olma ilişkisi

		Alkol kullanıyor musunuz?			
		Hiç kullanmadım	Kullanıyordum, bıraktım.	Evet, kullanıyorum.	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	345 (%36,5)	24 (%2,5)	222 (%23,5)	p=0,377 Φ=0,045
	Yok	217 (%23)	9 (%1)	127 (%13,5)	

Φ: phi kat sayısı. Kategorik korelasyon.

"Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?" sorusuna verilen cevaplar ile SA'ya sahip olma durumu arasında zayıf bir ilişki vardı (p=0,001, Φ =0,141) (Tablo 28).

Tablo 28. Çocukluk çağında ebeveynlerin sağlıklarına tutumu ile sağlık anksiyetesi varlığı ilişkisi

		Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?					
		Aşırı endişeli	Endişeli	Normal	Rahat	Aşırı rahat	
Sağlık Anksiyetesine sahip olma durumu	Var	29 (%3,1)	129 (%13,6)	382 (%40,3)	47 (%5)	5 (%0,5)	p=0,001* Φ=0,141
	Yok	10 (%1,1)	48 (%5,1)	250 (%26,4)	38 (%4)	10 (%1,1)	

Φ: phi kat sayısı, kategorik korelasyon. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Sağlık anksiyetesine sahip olanların sağlık birimlerine yıllık toplam başvuru sayısıyla zayıf bir ilişki mevcuttu (Tablo 29).

Tablo 29. Araştırmacı soruları ile sağlık anksiyetesi varlığı Spearman korelasyon analizi

	Spearman Korelasyon Analizi
Yaş	ρ =-0,028 / p=0,383
Beden kitle indeksi	ρ=0,016 / p=0,618
Aylık hane geliri	ρ=-0,040 / p=0,219
Günlük ortalama uyku saati	ρ =0,013 / p=0,701
Sağlık birimlerine yıllık toplam başvuru sayısı	ρ =0,089 / p=0,006*

ρ:Spearman testi katsayısı rho. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Sağlık anksiyetesine sahip olma durumu ile psikotizm, somatizasyon,hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, semptom rahatsızlık indeksi arasında zayıf ilişki vardı. Depresyon, OKB, anksiyete, kişilerarası alınganlık, rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı ile sağlık anksiyetesine sahip olma durumu arasında orta ilişki vardı (Tablo 30).

Tablo 30. Kısa semptom envanteri faktörleri ile sağlık anksiyetesi varlığı Spearman korelasyon analizi

	Spearman Korelasyon Analizi
Psikotizm	ρ =-0,227 / p<0,001*
Somatizasyon	ρ =0,244 / p<0,001*
Depresyon	ρ =0,290 / p<0,001*
Hostilite	ρ =0,225 / p<0,001*
Fobik anksiyete	ρ =0,223 / p<0,001*
OKB	ρ =0,291 / p<0,001*
Anksiyete	ρ =0,262 / p<0,001*
Paranoid düşünceler	ρ =0,245 / p<0,001*
Kişilerarası alınganlık	ρ =0,274 / p<0,001*
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	ρ =0,311 / p<0,001*
Belirti toplamı	ρ =0,311 / p<0,001*
Semptom rahatsızlık indeksi	ρ =0,205 / p<0,001*

ρ:Spearman testi katsayısı rho. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Binary lojistik regresyon analizi kullanılarak SA risk faktörleri araştırıldı. SA'ya sahip olma riskini çocukluk travması öyküsü (p=0,03; OR=1,692; Cl=1,190-2,404), çocukluk çağında ebeveynlerinin sağlıklarına karşı tutumu (p<0,001; OR=0,656; Cl=0,534-0,806) bir hastalığa sahip olmak (p=0,02; OR=1,557; Cl=1,073-2,261) arttırmaktadır. Bu modelin duyarlılığı %95,2; özgüllüğü %10,5'ti (Tablo 31).

Tablo 31. Sağlık anksiyetesi risk faktörleri

	Katsayı	Standart hata	Anlamlılık	Odds Oranı	Cl %95 Güven Aralığı
Çocukluk travması öyküsü bulunması	0,526	0,179	p=0,03*	1,692	1,190 – 2,404
Çocukluk çağında ebeveynin sağlığına tutumu (aşırı endişeli/ endişeli/ normal/ rahat/ aşırı rahat)	-0,422	0,105	p<0,001*	0,656	0,534 – 0,806
Bir hastalığa sahip olmak	0,443	0,190	p=0,02*	1,557	1,073 – 2,261
Ailede kronik hastalığa sahip birinin olması	0,159	0,144	p=0,27	1,172	0,884 – 1,554
Sabit	1,465	0,321	p<0,001	4,329	

Binary lojistik regresyon. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Katılımcılara yapılan KSE sonuçlarına göre diğer psikiyatrik rahatsızlıkların SA için risk faktörü olma durumu araştırıldı. Depresyon puanlarında artış SA riskini arttırmaktadır (p=0,019; OR=0,914; Cl=0,848-0,986). Psikotizm puanlarının azalması ile SA olma ihtimali artmaktadır (p=0,011; OR=1,085; Cl=1,019-1,155). Bu modelin duyarlılığı %82,7; özgüllüğü %38,7'ydi (Tablo 32).

Tablo 32. Kısa semptom envanteri alt ölçekleri ile sağlık anksiyetesi varlığı regresyon analizi

	Katsayı	Standart hata	Anlamlılık	Odds Oranı	Cl %95 Güven Aralığı
Psikotizm	-0,089	0,038	p=0,019*	0,914	0,848 – 0,986
Somatizasyon	0,047	0,028	p=0,097	1,048	0,992 – 1,108
Depresyon	0,081	0,032	p=0,011*	1,085	1,019 – 1,155
Hostilite	0	0,031	p=0,994	1,000	0,942 – 1,062
Fobik anksiyete	0,068	0,046	p=0,143	1,070	0,977 – 1,171
OKB	0,048	0,027	p=0,073	1,049	0,996 – 1,106
Anksiyete	0,019	0,038	p=0,609	1,019	0,947 – 1,097
Paranoid düşünceler	0,047	0,033	p=0,154	1,049	0,982 – 1,119
Kişiler arası alınganlık	0,016	0,047	p=0,734	1,016	0,926 – 1,115
Sabit	-0,564	0,152	p<0,001	0,569	

Binary lojistik regresyon. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Sağlık Anksiyetesi Alt Ölçekleri ile Karşılaştırmalı Analiz Bulguları

Katılımcıların SAÖ gövde boyutu ortalama puanı 13,06±5,5 (mod 14, medyan 13, minimum 0 maksimum 42) idi. Cinsiyet (p=0,044), aile tipi (p=0,049), ailede sağlık çalışanı

olma durumu (p=0,007), bir hastalığa sahip olma (p<0,001), düzenli ilaç kullanımı (p<0,001), bir sağlık kurumuna toplam başvuru sayısı (p<0,001), çocukluk çağında ebeveynin sağlıklarına tutumu (p<0,001), çocukluk travması öyküsü (p=0,001), tıp fakültesini tercih etme nedenleri arasında kendi/ailesinin sağlığıyla ilgili endişelerinin olma durumu (p<0,001), sağlık durumunu hocalara/asistan hekimlere danışma durmu (p=0,002), doktordan ileri tetkik talep etme durumu (p<0,001), derste öğrenilen bir hastalıktan sonra o hastalığa dair kendinde belirti arama durumu (p<0,001), tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duyma durumu (p<0,001), yeni bir hastalık öğrenildiğinde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunu düşünme durumu (p<0,001) ile SAÖ gövde boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (Tablo 30). Kadınların, hastalığı olanların, düzenli ilaç kullananların, çocukluk travma öyküsü olanların, tıp fakültesini tercih etme nedenleri arasında kendi/ailesinin sağlığıyla ilgili endişesi olanların, sağlık durumunu hocalara/asistan hekimlere danışanların, doktordan ileri tetkik talep edenlerin, derste öğrenilen bir hastalıktan sonra o hastalığa dair kendinde belirti arayanların, tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duyanların, yeni bir hastalık öğrenildiğinde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunu düşününlerin SAÖ gövde boyutu puanları daha yüksekti. Ailesinde sağlık çalışanı bulunanların SAÖ gövde boyutu puanları daha düşüktü. Bir sağlık birimine yıllık başvuru sayısı ile SAÖ gövde boyutu arasında zayıf ilişki vardı (Tablo 33).

Tablo 33. Sağlık anksiyetesi alt ölçekleri ile sosyodemografik verilerin ve araştırmacı sorularının karşılaştırılması

	Sağlık Anskiyetesi Ölçeği Gövde Boyutu		Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Ek Boyut
Cinsiyet Kadın (n:549) Erkek (n:402)	ort.±ss(med;min-maks) 13,28±5,17(13; 0-40) 12,76±5,92(12; 0-42)	p=0,044* U= 101930,5 Z=-2,016 r=-0,065	p=0,230 U=105372 Z=-1,200
Sınıf	p=0,071 H=8,634 SD=4		p=0,221 H=5,717 SD=4
Yaş	p=0,361 H=15,256 SD=14		p=0,738 H=10,324 SD=14
Beden kitle indeksi	p=0,627 H=2,601 SD=4		p=0,127 H=7,177 SD=4

Tablo 33 (Devam). Sağlık anksiyetesi alt ölçekleri ile sosyodemografik verilerin ve araştırmacı sorularının karşılaştırılması

Aylık hane geliri	p=0,602 H=1,016 SD=2		p=0,779 H=0,500 SD=2
İkamet ettiği hane	p=0,086 H=9,654 SD=5		p=0,671 H=3,191 SD=5
Hayatını geçirdiği idari birim	p=0,289 H=3,753 SD=3		p=0,127 H=5,711 SD=3
Aile tipi Çekirdek aile (n:806) Geniş aile (n:70) Parçalanmış aile(n:71)	ort.±ss(med;min-maks) 12,87±5,43(13;0-42) 14,42±6,34(14;3-40) 13,84±5,37(13;4-30)	p=0,049* H=6,025 SD=2	p=0,939 H=0,125 SD=2
Annenin eğitim düzeyi	p=0,337 H=6,825 SD=6		p=0,691 H=3,897 SD=6
Babanın eğitim düzeyi	p=0,808 H=3,004 SD=6		p=0,137 H=9,721 SD=6
Annenin istihdam durumu	p=0,280 H=3,838 SD=3		p=0,968 H=0,254 SD=3
Babanın istihdam durumu	p=0,496 H=2,389 SD=3		p=0,529 H=2,215 SD=3
Annenin mesleği	p=0,332 H=32,776 SD=30		p=0,053 H=43,460 SD=30
Annenin işi	p=0,573 H=2,909 SD=4		p=0,609 H=2,702 SD=4
Babanın eğitim düzeyi	p=0,808 H=3,004 SD=6		p=0,137 H=9,721 SD=6
Babanın mesleği	p=0,092 H=61,485 SD=48		p=0,337 H=51,551 SD=48
Babanın işi	p=0,823 H=2,182 SD=5		p=0,993 H=1,316 SD=5
Ailede sağlık çalışanı Var (n:642) Yok (n:309)	ort.±ss(med;min-maks) 12,42±5,07(12;1-34) 13,37±5,68(13;0-42)	p=0,007* U=88591,5 Z=-2,677 r=-0,086	p=0,223 U=94398 Z=-1,219

Tablo 33 (Devam). Sağlık anksiyetesi alt ölçekleri ile sosyodemografik verilerin ve araştırmacı sorularının karşılaştırılması

Ailedeki sağlık çalışanının yakınlık derecesi	p=0,766 H=1,838 SD=4		p=0,511 H=3,286 SD=4
Ailede kronik hastalık varlığı	p=0,083 U=102611 Z=-1,731		p=0,553 U=107224,5 Z=-0,624
Ailedeki kronik hastalık türü	p=0,237 H=15,088 SD=12		p=0,571 H=10,517 SD=12
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı	p=0,133 /U=39838 Z=-1,504		p=0,842 /U=43263 Z=-0,200
Ailedeki psikiyatrik hastalık türü	p=0,076 H=11,444 SD=6		p=0,984 H=1,045 SD=6
Sigara kullanım durumu	p=0,494 H=1,412 SD=2		p=0,236 H=2,890 SD=2
Alkol kullanım durumu	p=0,496 H=1,403 SD=2		p=0,271 H=2,611 SD=2
Günlük ortalama uyku saati	p=0,306 H=16,124 SD=14		p=0,4 H=14,681 SD=14
Düzenli egzersiz yapma durumu	p=0,869 U=97306,5 Z=-0,165		p=0,891 U=97417,5 Z=-0,138
"Herhangi bir hastalığınız var mı?" Var (n:185) Yok (n:759)	ort.±ss(med;min-maks) 14,78±5,75(14;4-42) 12,65±5,38(12;0-40)	p<0,001* U=54148 Z=-4,839 r=-0,157	p=0,714 U=68998,5 Z=-0,367
Ailedeki sağlık çalışanının mesleği	p=0,703 H=3,804 SD=6		p=0,051 H=12,563 SD=6
Mevcut hastalık türü	p=0,057 H=23,211 SD=14		p=0,172 H=18,815 SD=14
Düzenli kullanılan ilaç Var (n:122) Yok (n:821)	ort.±ss(med;min-maks) 14,96±6,54(14;4-42) 12,77±5,28(12;0-38)	p<0,001* U=40289,5 Z=-3,495 r=-0,113	p=0,654 U=48833,5 Z=-0,448
Kullanılan ilaç türü	p=0,585 H=11,303 SD=13		p=0,545 H=11,786 SD=13
Bir sağlık birimine yıllık toplam başvuru sayısı	p<0,001* χ^2=2463,663 SD=1332 ρ =0,149		p=0,191 χ^2=428,821 SD=444

Tablo 33 (Devam). Sağlık anksiyetesi alt ölçekleri ile sosyodemografik verilerin ve araştırmacı sorularının karşılaştırılması

"Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?" Aşırı endişeli(n:39) Endişeli (n:177) Normal (n:632) Rahat (n:85) Aşırı rahat (n:15)	ort.±ss (med.;min.-maks.) 16,56±9,10 (15;0-39) 14,32±5,43 (14;0-30) 12,72±5,22 (13;0-42) 11,97±4,57 (12;2-25) 9,66±5,27 (9;3-22)	p<0,001* H=32,156 SD=4	p=0,086 H=8,145 SD=4
"Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?" Evet (n:209) Hayır (n:734)	ort.±ss (med.;min.-maks.) 14,56±6,47 (14;3-42) 12,64±5,13 (12;0-34)	p=0,001* U=65360 Z=-3,298 r=-0,107	p=0,891 U=76334 Z=-0,137
Bir kez çocukluk travması yaşamak/ Birden çok	p=0,114 U=2281,5 Z=-1,582		p=0,461 U=2543 Z=-0,737
Çocukluk travması türü	p=0,314 H=7,071 SD=6		p=0,066 H=11,809 SD=6
"Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?" Evet (n:204) Hayır (n:744)	ort.± ss(med.;min-maks) 14,84±5,66 (14;0-39) 12,56±5,36 (12;0-42)	p<0,001* U=56612,5 Z=-5,575 r=-0,181	p=0,113 U=70450,5 Z=-1,584
"Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız?" Evet (n:531) Hayır (n:417)	13,52±5,42(13;2-42) 12,49±5,56(12;0-33)	p=0,002* U=97808,5 Z=-3,090 r=-0,100	p=0,676 U=108978 Z=-0,418

U: Mann Whitney U; H: Kruskal Wallis; n: kişi sayısı; ort: ortalama; ss: standart sapma; med: medyan; min: minimum; maks: maksimum; SD: Kruskal Wallis- değişken değerlerinin medyanın etrafındaki yayılımını temsil eden ölçüt; r: etki büyüklüğü; Z: Mann Whitney U- standart dağılım tablosu; ρ: Spearman testi katsayısı rho; χ^2: Pearson Ki-Kare testi. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Katılımcıların SAÖ ek boyut ortalama puanı 3,6±2,38 (mod 3, medyan 3, minimum 0, maksimum 12) idi. Doktordan ileri tetkik talep edenlerin, derste öğrenilen bir hastalıktan sonra o hastalığa dair kendinde belirti arayanların, tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duyanların, yeni bir hastalık

öğrenildiğinde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunu düşününlerin SAÖ ek boyutu puanları daha yüksekti (tümü p<0,001) (Tablo 34).

Tablo 34. Sağlık anksiyetesi alt ölçekleri ile araştırmacı sorularının karşılaştırılması

	Sağlık Anskiyetesi Ölçeği Gövde Boyutu		Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Ek Boyut	
"Doktorunuzdan, kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik talep ettiniz mi?"	ortalama±ss (med;min-maks)		ortalama±ss (med;min-maks)	
Evet (n:80)	16,66±6,92 (16;6-42)	p<0,001* U=22380,5 Z=-5,254 r=-0,170	4,25.±2,56 (4;0-12)	p=0,014* U=28930,5 Z=-2,464 r=0,080
Hayır (n:866)	12,73±5,25 (12;0-40)		3,53.±2,36 (3;0-12)	
"Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?"	ortalama±ss (med;min-maks)		ortalama±ss (med;min-maks)	
Evet (n:742)	13,79±5,31 (13;2-42)	p<0,001* U=47162 Z=-8,434 r=-0,273	3,75±2,38 (4;0-12)	p<0,001* U=63526,5 Z=-3,744 r=-0,121
Hayır (n:206)	10,42±5,41 (10;0-38)		3,06±2,31 (3;0-12)	
"Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duydunuz mu?"	ortalama±ss (med;min-maks)			
Evet (n:320)	15,65±5,67 (15;2-42)	p<0,001* U=57734 Z=-10,692 r=-0,347	4,09±2,48 (4;0-12)	p<0,001* U=82859,5 Z=-4,390 r=-0,142
Hayır (n:626)	11,73±4,94 (11;0-40)		3,35±2,3 (3;0-12)	
"Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?"	ortalama±ss (med;min-maks)		ortalama±ss (med;min-maks)	
Evet (n:374)	15,47±5,79 (15;3-42)	p<0,001* U=62282 Z=-10,836 r=-0,352	3,98±2,52 (4;0-12)	p<0,001* U=91945 Z=-3,606 r=-0,117
Hayır (n:570)	11,47±4,69 (11;0-34)		3,35±2,26 (3;0-12)	

U: Mann Whitney U; H: Kruskal Wallis; n: kişi sayısı; ort: ortalama; ss: standart sapma; med: medyan; min: minimum; maks: maksimum; SD: Kruskal Wallis- değişken değerlerinin medyanın etrafındaki yayılımını temsil eden ölçüt; r: etki büyüklüğü; Z: Mann Whitney U- standart dağılım tablosu; ρ: Spearman testi katsayısı rho; χ^2: Pearson Ki-Kare testi. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Hangi aile tipleri ile SAÖ gövde boyutu arasında anlamlı farklılık olduğunu araştırmak için 2'li kombinasyonlarla Mann Whitney U testi yapılarak araştırıldı. Bonferroni düzeltmesi ile p<0,016 anlamlı kabul edildi. Çekirdek aile geniş aileye göre daha düşük SAÖ gövde boyutuna sahipti ama bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,038). Diğer gruplar arasında da anlamlı farklılık bulunmadı.

Çocukluk çağında ebeveynlerinin sağlıklarıyla ilgili tutumlarından hangileri arasında farkın olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapıldı. p<0,005 anlamlı kabul edildi. Ebeveynin çocuklarının sağlıklarına tutumu aşırı endişeli olanların rahat ve aşırı rahat olanlara göre anlamlı derecede SAÖ gövde boyut puanı yüksek bulundu. Ebeveynin çocuklarının sağlıklarına tutumu endişeli olanların normal, rahat ve aşırı rahat olanlara göre SAÖ gövde boyut puanları daha yüksekti (Tablo 35).

Tablo 35. Ebeveynin sağlığına tutumuyla katılımcıların sağlık anksiyetesi ölçeği gövde boyutu puanları arasındaki fark

"Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?"		Sıralama Ortalaması		Mann Whitney U analiz sonucu
Aşırı endişeli	Rahat	76,71	5,98	p=0,003/ U=1103,5/ Z=-2,990/ r=-0,268
	Aşırı rahat	31,28	17,67	p=0,004/ U=145/ Z=-2,854/ r=-0,388
Endişeli	Normal	466,03	387,91	p<0,001/U=45129,5/Z=-3,939/ r=-0,138
	Rahat	143,61	106,28	p<0,001/ U=5378,5/ Z=-3,741/ r=-0,231
	Aşırı rahat	100,12	53,77	p=0,002/ U=686,5/ Z=-3,107/ r=-0,224

U: Mann Whitney U; Z: Mann Whitney U standart dağılım göstergesi; r: etki büyüklüğü.

Kısa Semptom Envanteri tüm faktörleriyle SAÖ tüm boyutları arasında ilişki vardı (p<0,001). SAÖ gövde boyutu ile hostilite, paranoid düşünceler, fobik anksiyete, semptom rahatsızlık indeksi arasında pozitif zayıf ilişki vardı. SAÖ gövde boyutu ile psikotizm arasında negatif zayıf ilişki vardı. SAÖ gövde boyutu ile somatizasyon, depresyon, OKB, anksiyete, kişiler arası alınganlık, rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı arasında pozitif orta derece ilişki vardı. SAÖ ek boyutu ile KSE tüm faktörleri arasında pozitif zayıf ilişki vardı (Tablo 36).

Tablo 36. Kısa semptom envanteri ile sağlık anksiyetesi ölçeği alt boyutları ilişkisi

	SAÖ Gövde Boyutu	SAÖ Ek Boyut
Psikotizm	ρ =-0,230 / p<0,001*	ρ =0,204 / p<0,001*
Somatizasyon	ρ =0,303 / p<0,001*	ρ =0,151 / p<0,001*
Depresyon	ρ =0,292 / p<0,001*	ρ =0,242 / p<0,001*
Hostilite	ρ =0,224 / p<0,001*	ρ =0,190 / p<0,001*
Fobik anksiyete	ρ =0,248 / p<0,001*	ρ =0,184 / p<0,001*
OKB	ρ =0,255 / p<0,001*	ρ =0,231 / p<0,001*
Anksiyete	ρ =0,312 / p<0,001*	ρ =0,189 / p<0,001*
Paranoid düşünceler	ρ =0,238 / p<0,001*	ρ =0,206 / p<0,001*
Kişilerarası alınganlık	ρ =0,282 / p<0,001*	ρ =0,194 / p<0,001*
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	ρ =0,329 / p<0,001*	ρ =0,231 / p<0,001*
Belirti toplamı	ρ =0,337 / p<0,001*	ρ =0,211 / p<0,001*
Semptom rahatsızlık indeksi	ρ =0,207 / p<0,001*	ρ =0,195 / p<0,001*

ρ:Spearman testi katsayısı rho. *İstatistiksel olarak anlamlı.

Olguların tümüne ait genel veri dökümü CD halinde Ek-3'te verildi.

TARTIŞMA

Sağlık anksiyetesinin tanınması ve SA'yı etkileyen etmenlerin bilinip SA oluşmadan önlem alınması hem bireysel hem de toplumsal açıdan önemlidir. Hem tıp öğrencisi hastalığını değerlendiren hem de sağlık hizmeti sunacak olan tıp öğrencilerinin SA düzeyiyle ilgili yapılmış az sayıda çalışma mevcuttur. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine yaptığımız çalışmada, tıp öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi hedeflendi. Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerle literatürdeki veriler karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmadan elde ettiğimiz sonuçların olası nedenlerini, eksik yanlarını ve özgün taraflarını inceleyip çözüm önerilerinde bulunuldu.

Çalışmamızda SAÖ puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık/korelasyon saptanmamış; bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen gövde boyut ile kadın cinsiyet arasında zayıf etki büyüklüğünde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Arslan'ın (90), Özgül ve Saatçı'nın (91) tıp fakültesi öğrencileri tüm sınıflarına yaptığı çalışmalarda, Karaoğlu ve ark. (92) tarafından 1.,2. ve 3. sınıf tıp fakültesi öğrencilerine yapılan çalışmada, Zahid ve ark. (93) tarafından Pakistan'da ilk 5 senesindeki tıp fakültesi öğrencilerine yapılan çalışmada bizim çalışmamızdaki gibi SAÖ toplam puanları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Karaçadır ve Çelik'in (94) üniversite öğrencilerinin sağlık kaygısını ölçtüğü çalışmada da bizim çalışmamızdaki gibi sadece SAÖ gövde boyutu ile kadın cinsiyet arasında zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Ekiz ve ark.'nın (95), Kızılkurt ve ark.'nın (96) Türkiye genelinde farklı dönemlerde yetişkinlere yaptığı çalışmada, Waterman ve Weinman'ın (4) 3. sınıf tıp ve tıp dışı öğrencilere yaptığı çalışmada, Irmak ve Bölükbaş'ın (97) hemşirelik öğrencilerine yaptığı çalışmada kadın cinsiyet daha yüksek SAÖ puanlarına sahiptir. Chen ve ark.'nın (98) Çin'de sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada, Özdin ve Bayrak Özdin'in (42)

yetişkinlere yaptığı çalışmada da kadın cinsiyet SA için risk faktörü olarak bulunmuştur. Yılmaz ve ark.'nın (99) hastanede yatan hastalarla yaptığı çalışmada, Avçin ve Erkoç'un (100) ve Alioğulları'nın (46) yetişkinlerle yaptığı çalışmalarda hem SAÖ gövde boyutu hem de ölçek toplamında kadın cinsiyet anlamlı olarak daha yüksek SAÖ puanına sahiptir. Literatürde de örneklerine rastlandığı gibi sağlık anksiyetesinde cinsiyet ya önemsiz ya da kadın cinsiyetin zayıf etkisi bulunmaktadır. Bizim çalışmamız da literatürle uyumlu sonuçlar göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 21,53 ± 2,28 yıl bulunmuştur. Yaş ile SAÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında korelasyon saptanmamıştır. Özgül ve Saatçı'nın (91) bizim çalışmamızdaki gibi tıp fakültesi öğrencileri tüm sınıflarına yaptığı çalışmada da yaş ortalaması 21,5 ± 2,1 ve yaş ile SAÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamız tıp fakültesi öğrencilerine yapıldığı için katılımcıların yaşları birbirine yakındır. Bu sebepten yaş ile SA arasında ilişki saptamamış olmamız normaldir.

Çalışmamızda beden kitle indeksiyle SAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Özgül ve Saatçı'nın (91) çalışmasında da beden kitle indeksi ile SAÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da zayıf, normal ve fazla kilolu öğrencilerin SAÖ ortanca puanı 16, obez öğrencilerin SAÖ ortanca puanı 18, morbid obez öğrencilerin ortanca puanı 20 bulunmuştur. Literatürde obezite ile psikiyatrik komorbidite birlikteliği sıktır. Özellikle duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları obez bireylerde sık görülmektedir (101,102). SA'nın obezite ile ilişkisine değinen literatürde çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır ve gelecek çalışmalarda araştırılması bu konunun aydınlanmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızda aylık hane geliri ile SAÖ puanları arasında korelasyon yoktur. Karaoğlu ve ark.'nın (92) ve Ünalan'ın (103) üniversite öğrencilerine yaptıkları çalışmalarda da ekonomik durum ile SAÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Chen ve ark.'nın (98) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada, Yılmaz ve ark.'nın (99) hastanede yatan hastalarla yaptığı çalışmada, Barbek ve ark.'nın (43) metaanalizinde düşük gelir düzeyi SA için risk faktörü olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda ekonomik durum ile SA düzeyi arasında farkın bulunmamasının sebebi örneklemimizin henüz geçim sorumluluğunu üstlenmemiş, genç üniversite öğrencilerinden oluşması olabilir.

Çalışmamızda öğrencinin kaldığı hane (kamu yurdu, özel yurt, aileyle, öğrenci evi), hayatlarının çoğunu geçirdikleri yer (köy, ilçe, şehir merkezi, büyük şehir) ve hayatlarının çoğunu geçirdikleri şehir ile SAÖ puanları arasında anlamlı farklılık yoktur. Karaoğlu ve ark.'nın (92) çalışmasında üniversiteye başlamadan önce yaşanılan bölge ile SAÖ puanları

arasında ilişki saptanmamıştır. Ünalan'ın (103) çalışmasında da barınma türleri ile SAÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde yaşanılan yere özgü SA düzeyleriyle ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Kendi çalışmamıza ve Karaoğlu ile Ünalan'ın çalışmalarına bakarak üniversite öğrencilerinin SA düzeyini yaşanılan bölge/şehir/hanenin etkilemediği söylenebilir.

Karaçadır ve Çelik'in (94) çalışmasında öğrencilerin annelerinin eğitim durumu yükseldikçe çocuklarının SAÖ bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen gövde boyutu puanları azalmaktadır. Bizim çalışmamızda ise anne/babanın eğitim düzeyi ile SAÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Karaçadır ve Çelik'in (94) çalışmasında, anneleri çalışmayan üniversite öğrencilerinin SAÖ gövde boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda anne/babanın mesleği/işi/istihdam durumu SA düzeyini hiçbir boyutta etkilememektedir.

Çalışmamızda aile tipi (çekirdek aile, geniş aile, parçalanmış aile) ile bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen SAÖ gövde boyutu arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Geniş ailede büyüyenlerin SA düzeyi daha yüksektir. Bunun sebebi, aile büyüklerinin korumacı yapısının daha fazla olması ve torunlarına sağlıklarıyla ilgili endişelerini erken yaştan itibaren dile getirmeleriyle bireyde sağlığında bozulma endişesi yaratması olabilir.

Çalışmamızda ailede sağlık çalışanının bulunması ile SAÖ toplam puanları ve gövde boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ailesinde sağlık çalışanı bulunanların SAÖ toplam puanları ve bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen gövde boyut puanları anlamlı ölçüde daha düşüktür. Ailedeki sağlık çalışanının yakınlığının derecesi ya da mesleğinin ne olduğu ise SA düzeyinde fark yaratmamıştır. Ailede sağlık çalışanının bulunması, kişide bir güvence yaratıp, sağlık sorumluluğunu azaltıyor ve zihnin hastalıkla ilgili meşguliyetinin daha az olmasına neden oluyor olabilir. Ailede sağlık çalışanının bulunması ile SA düzeyinin daha düşük olması literatürde örneğine rastlanmayan bir bulgudur.

Özdelikara ve ark.'nın (104) çalışmasında ve bizim çalışmamızda ailede kronik hastalığı olan birinin olması SAÖ puanlarını değiştirmemiştir. Fakat çalışmamızda ailesinde kronik hastalık öyküsü olan katılımcılarda anlamlı oranda daha fazla SA görülmüştür. Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanların %66,3'ünde SA mevcuttur. Ama ailede kronik hastalığa sahip birinin olması SA için risk faktörü değildir. Çocukken yakının ciddi hastalığı/ani ölümünün SA oluşumunu etkilediği bilinmektedir. Ailede kronik hastalığı olan birinin olmasının SA düzeyini etkilememesi, kronikleşen durumun kabullenilmesinden ve kronik hastalıkların etkisinin uzun

süreçte ortaya çıkmasından dolayı kaygı yaratmıyor olabilir. Elde ettiğimiz bulgulara göre ailede kronik hastalığa sahip birinin olmasının SA için tamamen etkisiz olduğu söylenemez.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile SA arasında ilişki bulunmamıştır. Ailede psikiyatrik hastalıklığın bulunup bulunmamasıyla SA düzeyinde/varlığında farklılık oluşturmaması patogenezi net olarak bilinmeyen SA'yı kalıtımsallıktan uzaklaştırdığı söylenebilir. Ama bu kişinin beyanıyla yapılan bir çalışma olduğu ve ailede tanı konulmamış psikiyatrik hastalıkların olma ihtimali de olduğu için bu kanıya varmak zordur. SA'ya sahip kişilerde aile taraması yapılarak daha net bir sonuca varılabilir.

Zahid ve ark.'nın (93) çalışmasında bağımlılığı olan öğrencilerin SAÖ ortalama puanları bağımlılığı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda sigara/alkol kullanımıyla SAÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır. SA olan kişinin sağlığına daha çok dikkat edeceği düşünülse de sağlıkla ilgili belli noktalara takıldıkları için sağlıklarını koruma davranışları daha gelişmiş değildir. Bu yüzden sigara/alkol kullanımıyla SA düzeyleri arasında ilişki saptanmamış olabilir.

Çalışmamızda egzersiz ile SAÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Özgül ve Saatçı'nın (91) çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer sonuç bulunmuştur. Bu bulgu sigara/alkol kullanımında bahsettiğimiz gibi SA olanlarda daha gelişmiş bir sağlığı koruma davranışının mevcut olmadığı hipotezimizi desteklemektedir.

Karaman'ın (105) çalışmasında uykusuzluk şiddeti ile SAÖ puanları arasında orta derecede pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda günlük ortalama uyku saati ile SAÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Uykusuzluk ve uyku kalitesi sadece ortalama uyku saatiyle ölçülemeyeceği için bu konuda yorum yapmak zordur.

Çalışmamızda bir hastalığa/rahatsızlığa sahip olan kişilerin anlamlı ölçüde daha yüksek SAÖ toplam ve gövde boyutu puanına sahip olduğu bulunmuştur. Bir hastalığa sahip olmakla SA olmak arasında zayıf bir ilşki vardır. Bir hastalık/rahatsızlığa sahip olanların %73'ünde SA mevcuttur. Çalışmamızda herhangi bir hastalık/rahatsızlığın olması SA için risk faktörü olarak bulunmuştur (p=0,02; OR=1,557; Cl=1,073-2,261). Bu bulgular literatürle de uyum göstermektedir. Avustralya'da Sunderland ve ark.'nın (3) yaptığı büyük bir çalışmada en az bir fiziksel hastalık yaşayan katılımcıların SA olma olasılıkları 4,67 kat daha fazla bulunmuştur. Chen ve ark.'nın (98) çalışmasında da fiziksel hastalık SA olma riskini %26 arttırmaktadır. Özdin ve Bayrak Özdin'in (42), Esen ve ark.'nın (106), Kızılkurt ve ark.'nın (96), Yılmaz ve ark.'nın (99) çalışmalarında da çalışmamızdaki gibi kronik hastalığa sahip kişilerin SAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Orhan'ın (107), Ünalan'ın (103), Karaçadır ve Çelik'in

(94), Karaman'ın (105) çalışmasında SAÖ ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ve genel sağlık durumunu kötü ya da genel sağlığına verdiği puanları düşük olanların SAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de çokça örneğine rastlandığı gibi bir hastalığa sahip olmak SA için risk faktörüdür. Özellikle kronik hastalığa sahip kişilerin SA açısından taranması önem arz etmektedir. Kişiye bir hastalık tanısı koyulduğunda veya takibi sırasında, hastalık hakkında yalın bir dille bilgilendirmede bulunmak, hastanın kaygılarını dinlemek, sorularını cevaplamak SA için koruyucu olacaktır.

Çalışmamızda düzenli ilaç kullananların SAÖ toplam puanları ve gövde boyut puanları ilaç kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İlaç türleri ile SA arasında ise herhangi bir fark saptanmamıştır. Yılmaz ve ark.'nın (99), Irmak ve Bölükbaş'ın (97) çalışmasında ilaç kullanan katılımcıların hem SAÖ gövde boyut hem de toplam ölçek puanları ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir hastalığa sahip olmakla SA arasındaki ilişki bilinmektedir. Bu ilişki de göz önünde bulundurulduğunda ilaç kullanımıyla SA düzeyi arasında ilişkinin olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda herhangi bir sağlık birimine yıllık başvuru sayısı ile SAÖ toplam puanları ve SAÖ gövde puanları arasında pozitif zayıf ilişki bulunmuştur. Herhangi bir sağlık birimine yıllık başvuru sayısı ile SA'ya sahip olma arasında da zayıf bir ilişki saptanmıştır. Tüm katılımcıların en sık başvurdukları sağlık birimi aile sağlık merkezleridir. Aile sağlık merkezlerine başvurunun da en sık sebebi üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Tüm katılımcıların herhangi bir sağlık birimini yılda toplam ziyaret sayısı ortalaması 4,19 ± 6,85 olarak bulunmuştur. Bir yılda doktora hiç gitmeyenlerin SAÖ toplam puanı ortancası 17 iken; yılda 1-2 kez gidenlerin SAÖ toplam puanı ortancası ise 15 saptanmıştır. Çalışmamızda 3 başvurudan itibaren başvuru sayısı arttıkça SA düzeyi de genel olarak artmaktadır. SA'nın bilindiği gibi bakım arayan ve bakımdan kaçan olmak üzere iki komponenti vardır. Doktora gitmeyenlerin 1-2 kez gidenlerden daha yüksek SA düzeyine sahip olması bakımdan kaçan komponenti doğrulayıcı nitelikte bir bulgudur. Doktora başvuru sayısı arttıkça SA düzeyinin artması da bakım arayan komponenti doğrulamaktadır. Literatürde de çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmaktadır. Gül ve ark.'nın (108) çalışmasında dahiliye polikliniğine bir yıl içinde birden fazla başvuran kişilerin kontrol grubuna göre daha yüksek SAÖ puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Karaman'ın (105), Irmak ve Bölükbaş'ın (97) çalışmalarında da sık doktora gidenlerin SA düzeyi daha yüksektir.

Çalışmamızda çocukluk çağında ebeveyninin sağlıklarına tutumunu aşırı endişeli/endişeli olarak belirten katılımcıların, çocukluk çağında ebeveynini normal, rahat, aşırı rahat olarak belirtenlere göre SAÖ toplam ve gövde puanlarını anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ebeveynin çocukluk çağında çocuklarının sağlığına karşı aşırı endişeli/endişeli olmasının SA için risk faktörü olduğu bulunmuştur. Wright ve ark.'nın (109) çalışmasında hem çocukların hem ebeveynlerinin SA düzeyi ölçülmüş ve ebeveynlerin SA düzeyi ile çocukların SA düzeyi ilişkili saptanmıştır. Gilleland ve ark.'nın (45) ebeveynler ve çocuklarıyla yaptığı çalışmada çocuk somatizasyon modellerinin ebeveynin somatizasyonuyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Kendi bulgularımıza ve literatürdeki bulgulara dayanarak ebeveyn tutumunun, çocukların hem çocukluk çağında hem de gelecek dönemlerinde ruh sağlıklarına önemli etkileri olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda "Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?" sorusuna evet diyenlerin anlamlı derecede yüksek SAÖ toplam ve gövde boyut puanı mevcuttur. Çocukluk travması öyküsü ile SA'ya sahip olma arasında zayıf bir korelasyon vardır. En sık bildirilen çocukluk travması öyküsü yakının ölümü/yakının ciddi hastalığı iken en yüksek SA ortalama puanına sahip travmatik olay ise istismardır. Buna karşın travmatik olayların türüyle SA düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur. Çocukluk travması öyküsü olanların %73,2'sinde SA mevcuttur. Çalışmamızda çocukluk travmasının SA için risk faktörü olduğu bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıklarda çocukluk travmalarının etkisinin büyüklüğü bilinmektedir. Çalışmamız da SA ile çocukluk travması öyküsü arasındaki ilişkiye bir ışık tutmaktadır.

Doktor önermediği halde doktordan ileri tetkik talebinde bulunanların, hem SAÖ toplam puanı hem bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen SAÖ gövde boyut puanı hem de hastalıkların olumsuz sonuçlarını ölçen ek boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. İleri tetkik talep edenlerin %78,8'inde SA mevcuttur. Elde ettiğimiz bu bulgu, hekimler için uyarıcı bir işaret olabilir. Hekim, kendisi önermediği halde kendisinden ileri tetkik talebinde bulunan hastasında SA'dan şüphelenip, hastasının kaygı düzeyini ölçerek hem hastayı gereksiz tetkikten kurtarabilir hem de hastanın gerçek sıkıntısına yönelebilir.

Çalışmamızda KSE faktörleriyle belirlenen ruhsal bozukluklarla SA ve SA düzeyi arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. SAÖ toplam puanı ile depresyon, OKB, anksiyete, kişiler arası alınganlık puanları arasında orta; somatizasyon, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puanları arasında zayıf ilişki saptanmıştır. Psikotizm dışında hepsinde pozitif korelasyon vardır. Tüm KSE faktörleriyle bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen SAÖ gövde boyut puanları ve hastalıkların olumsuz sonuçlarını ölçen SAÖ ek boyut

puanları arasında zayıf/orta ilişki mevcuttur. Çalışmamızda depresyon düzeyinin artışının SA için risk faktörü olduğu saptanmıştır. Depresyon düzeyinde artış SA riskini arttırmaktadır. Psikotizm düzeyinin azalması ile SA olma ihtimali artmaktadır. Yani psikotizme yatkınlık arttıkça SA olma ihtimali azalmaktadır. Çalışmamız SA'nın diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliğini göstermesi açısından önemlidir. SA ile depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların birlikteliğini gösteren çalışmalar mevcuttur fakat çalışmamızdaki gibi eş zamanlı diğer birçok psikiyatrik hastalık düzeylerini (depresyon, somatizasyon, OKB, psikotizm, hostilite, anksiyete, kişisel duyarlılık, fobik anksiyete) de beraber ölçen başka çalışmaya rastlanmamıştır. SA tedavisinde bahsettiğimiz gibi eşlik eden psikopatolojinin tedavisiyle SA'da iyileşme görülebilmektedir. Bu bağlamda SA'nın eşlik edebileceği diğer psikopatolojilerin bilinmesi önemlidir. Literatürdeki diğer çalışmalara baktığımızda çalışmamızı destekleyen bulgular bulunmaktadır. Özdin ve Bayrak Özdin'in (42) çalışmasında psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması SA için risk faktörüdür. Ünalan'ın (103) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin SA düzeyi ile birlikte genel ruhsal iyi olma seviyelerini ölçülmüş ve genel anksiyete düzeyi ile SA arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Karadayı'nın (110) çalışmasında obsesif inançlarla SA arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Fergus ve ark.'nın (111) çalışmasında somatik semptomun şiddetini en çok sağlık kaygısının etkilediği bulunmuştur. Okuyan ve ark.'nın (112) hemşirelik öğrencilerine yaptığı çalışmada kendilerini sıkıntılı/üzgün/bunalmış/sinirli/gergin, kızgın, öfkeli hissedenler daha yüksek SAÖ puanına sahiptir. Karapıçak ve ark.'nın (113) çalışmasında Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ile SAÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Karaman'ın (105) çalışmasında ise son zamanlarda üzüntü/stresli bir olay yaşayanların SAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda tüm tıp fakültesi öğrencilerinin SAÖ toplam ortalama puanı 16,67±6,56 (medyan 16), SAÖ gövde boyutu ortalama puanı 13,06±5,5 (medyan 13), ek boyut ortalama puanı 3,6±2,38 (medyan 3) saptanmıştır. Çalışmamızda kesme değeri Zhang ve ark.'nın (88) belirlediği gibi 15 olarak alınmıştır. Sağlık anksiyetesi ile hipokondriyazisin benzer ama aynı hastalıklar olmadığı bilinmektedir. Aşırı sağlık anksiyetesi hipokondriyazis olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada amaç sağlık anksiyetesi düzeyini belirlemek ve SA'yı etkileyen etmenleri saptamak olduğu için sağlık anksiyetesi düzeyi hafif bile olsa çalışmamıza dahil edilmesi gerekmekteydi. Bu sebepten Kocjan'ın (114) önerdiği gibi, hipokondriyazisi tespit etmek için kullanılan, kesme değeri 20 olarak alınmamıştır. SAÖ kesme değeri 15 alındığında; katılımcıların %41,2'sinde (n:392) sağlık anksiyetesi mevcuttur.

Çalışmamızın yapıldığı dönemle aynı dönemde yapılmış olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Özgül ve Saatçı'nın (91,107) çalışmasında SAÖ ortalama puanı 17,6±6,2 bulunmuştur. Karaoğlu ve ark.'nın (92) birinci, ikinci ve üçüncü sınıf tıp fakültesi öğrencilerine yaptıkları çalışmada SAÖ ortalama puanı 17,97±5,63 bulunmuştur. Aynı çalışmada ilk üç sınıf sosyoloji bölümü öğrencilerinin SAÖ ortalama puanı 16,74±6,05'tir. Zahid ve ark.'nın (93) 2013-2014 döneminde okumakta olan Pakistan'daki iki üniversitenin ilk beş senesindeki tıp fakültesi öğrencilerine yaptıkları çalışmada SAÖ kesme değerini 18 almıştır. Kesme değerini kullandığı el kitabına ulaşılamadığı için kesme değerinin 18 alınması konusunda dayanağı bilinmemektedir. Kesme değeri 18 alındığında tüm öğrencilerin %11,9'unda SA saptanmıştır. Birleşik Arap Emirlikleri'nde bir tıp fakültesinde yapılan Aziz ve ark.'nın (115) çalışmasında SAÖ toplam puanı 16,63±6,77; gövde boyut puanı 13,89±5,95; ek boyut puanı 2,74±2,1 saptanmıştır. Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin SAÖ ortalama puanları literatürdekilerle yakın bulunmuştur. Tıp öğrencilerinin SAÖ ortalama puanının en yüksek olduğu çalışma Karaoğlu ve ark.'nın (92) çalışmasındır. Bizde de ilk üç sınıftakilerin SA düzeyi daha yüksek olduğu için bu normaldir. Çalışmamız tüm dönem tıp fakültesi öğrencilerini içermekte ve evrenin tamamına ulaşmayı amaçlayan, örneklem sayısı en geniş çalışmadır.

Avçin ve Erkoç'un (100) 2021 yılında Covid-19 pandemi sürecinde yetişkinlerin SA'sını ölçtüğü çalışmada 18-25 yaşındakilerin SAÖ toplam puanı 22,85±10,51, gövde boyutu 17,59±9,02, ek boyut 5,26±2,99'muş. Çalışmamızın verileri Covid-19 pandemi döneminden önce toplandığı için Covid 19'un tıp öğrencilerini nasıl etkilediği bilinmemektedir. Avçin ve ark.'nın çalışmasındaki gibi, tıp öğrencilerinde de SA düzeyi artmış olabilir. Postpandemik dönemle yeniden düşmüş olması da muhtemeldir. Çalışmamız pandemi öncesi tıp öğrencilerinin SA düzeyi için güzel bir örnektir.

Karapıçak ve ark.'nın (113) panik bozukluğunda SA araştırmasında ortalama SAÖ puanı kontrol grubunda 10,1±4,9, hasta grubunda ise 27,9±11,4'tür. Salkovkis ve ark.'nın (87) çalışmamızda kullandığımız SAÖ geliştirme çalışmasında hipokondriyazis hastalarının (SAÖ ortalama puanı 37,9±6,8;gövde boyutu puanı 30,1±5,5; ek boyut puanı 7,8±2,8), anksiyete hastalarının (SAÖ ortalama puanı 18,5±7,3; gövde boyutu puanı 14,9±6,2; ek boyut puanı 3,6±2,2), kontrol grubunun (SAÖ ortalama puanı 12,2 ±6,2, gövde boyutu puanı 9,4±5,1; ek boyut puanı 2,8±2,1), öğrencilerin (SAÖ ortalama puanı 12,6±5,0; gövde boyutu puanı 9,6±4,5; ek boyut puanı 2,0±1,8), birinci basamağa başvuran hastaların (toplam SAÖ puanı 14,5±5,9; gövde boyutu puanı 11,2±4,6; ek boyut puan 3,2±2,0) SAÖ toplam ve alt ölçek puanları parantez içinde verilmiştir. Karapıçak ve Salkovskis'in çalışmalarıyla kıyaslandığında tıp

öğrencilerinin ortalama SAÖ puanları panik bozukluğu, hipokondriyazis ve anksiyete bozukluğu hastalarınınkinden daha düşük ama hastalığı olmayan kontrol gruplarından daha yüksektir. Bu da akla tıp öğrencisi hastalığı fenomenini getirmektedir.

Çalışmamızda okunan sınıf ile SAÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İkinci ve üçüncü sınıfta okuyan öğrencilerin altıncı sınıfta okuyan öğrencilere göre daha yüksek SAÖ puanı mevcuttur. Okunan sınıf ile SA düzeyi veya SA'ya sahip kişi sayısı arasında korelasyon saptanmamıştır. Çalışmamızda SA düzeyi ikinci sınıfta pik yapmakta üçüncü sınıf ile yakın düzeye sahip olup sınıf arttıkça SA düzeyi azalmaktadır. Bu beklediğimiz bir bulgudur. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde klinik bilimlerle tanışma ikinci ve üçüncü öğretim yıllarında olur. Bu yıllarda hastalıklara karşı dikkat artmaktadır. Hastalıklarla zihinsel uğraşın en yüksek olduğu dönemlerdir. Öğrenirken zihin kendi bedenini de taramaya başladığı için bu kişide SA düzeyini yükseltebilir. Literatürde bizim çalışmamızla hem benzer hem de farklı sonuçlara ulaşmış çalışmalar vardır. Zahid ve ark.'nın (93) 2014 yılında Pakistan'daki iki üniversitenin ilk beş sınıfında tıp okuyan öğrencilere yaptıkları çalışmada çalışmamıza benzer olarak ikinci sınıf tıp öğrencilerinin, sağlıkları konusunda beşinci sınıf tıp öğrencilerine göre daha fazla endişe yaşadıkları gösterilmiştir. Arslan ve Özçelik'in (90) tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada SAÖ puanları ile sınıflar arasında negatif korelasyon saptanırken; Orhan'ın (107) tüm tıp öğrencilerine yaptıkları çalışmada sınıf ile SAÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Waterman ve Weinman'ın (4) üçüncü sınıf tıp ve tıp dışı bölümlerdeki öğrencilere yaptığı çalışmada okudukları bölümle SA düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızdaki amaç tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyini ölçmek olduğu için çalışmamızda kontrol grubu yoktur. Tıp öğrencisi hastalığı fenomeni vardır ya da yoktur demek için farklı bölümlerle kıyaslama yapmak ne derece doğrudur bu da tartışmaya açıktır. Tıp eğitimi sürecinde SA düzeyi sınıflar arasında kendi içinde dalgalanmalar göstermektedir. Ve bu dalgalanmaların tıp öğrencisi hastalığını desteklediği söylenebilir. Altıncı sınıfta intörn doktorluk yapılmakta, eğitimin teorik kısmı bitmektedir. İntörn doktorluğun, tıp öğrenciliğinden doktorluğa geçiş dönemi olduğu söylenebilir. Tıp öğrenciliğinden sıyrılan bu dönemde SA düzeyinin anlamlı ölçüde azalmış olması da bu hipotezimizi desteklemektedir. Tıp eğitimiyle bu bilgileri nasıl kullanacağını öğrenen öğrencinin hastalık kaygısının azaldığını da söylenebilir. Tıp öğrencisi hastalığı demek belki terim olarak yanlıştır. "Tıp öğrencisi kaygısı" daha uygun ve özgün bir isim olabilir.

Araştırmamızda tıp öğrencisi hastalığını irdelemek için bazı sorulara da yer verildi ve bunlarda da anlamlı sonuçlar elde edildi.

Katılımcılara “Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında endişe duydunuz mu?” sorusu yöneltilmiş ve %33,8’i evet yanıtını vermiştir. Soruya evet yanıtını verenlerle sınıf arasında anlamlı farklılık yoktur. Bu soruyu sorma amacımız, tıp eğitiminden önce SA varlığını irdelemektir. Bu soruya “evet” diyenlerin anlamlı derecede yüksek SAÖ toplam, gövde ve ek boyut puanları vardır ve %81,6’sında cevapladıkları sırada SA mevcuttur. Bu bulgular ışığında önceden SA olanların halen büyük çoğunluğunda SA’nın sürdüğünü ama %18,4’ünün ise kaygılarının azaldığını söylenebilir. Bu konuda daha sağlıklı bilgi edinebilmek için 1. sınıfların eğitime başladıkları ilk günlerde SAÖ ile SA düzeyleri ölçülmesi gerekmektedir. İleriki çalışmalarda buna dikkat edilmesi önerilir.

“Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?” sorusuna katılımcıların %21,5’i tarafından “evet” cevabı verilmiştir. Bu soruya üçüncü sınıftaki öğrencilerin evet yanıtı verme oranı, beşinci sınıftaki öğrencilerin evet yanıtı verme oranlarından anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Üçüncü sınıftaki tıp öğrencileri, bu dönemde yoğun olarak hastalıklarla ilgili eğitim (patoloji, semiyoloji, hastalık tanı ve tedavi) almaktadır ve buna bağlı olarak tıp fakültesi eğitimi boyunca zihnin en çok hastalıklarla meşgul olduğu dönem üçüncü sınıf eğitim dönemidir. Zihinsel meşguliyetle bedende duyumsamalar artmakta, öğrencinin kendinde hastalık arama dönemleri başlamakta ve sağlık kaygısı oluşmaktadır. Sorduğumuz soru hafızaya dayalı ve o anki zihnin meşguliyetiyle cevaplanması olası bir sorudur. Bu yüzden üçüncü sınıftaki öğrenciler bu soruya daha çok evet cevabını vermiş olabilir. Tıp fakültesini tercih etme nedenleri arasında kendi/ailesinin sağlığıyla ilgili endişeleri olanların SAÖ toplam ve gövde boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Tıp fakültesini tercih etme nedenleri arasında kendi/ailesinin sağlığıyla ilgili endişeleri olanların %77,5’inde SA mevcuttur. Bu durum sağlık anksiyetesinde görülen güvence arama davranışıyla ilişkili olabilir. Kendini güvende hissetmek için hastanede çalışmak ve daha çok tıbbi bilgiye ulaşmak için tıp tercih etmek sağlık anksiyetesine sahip birinden beklenebilecek bir davranıştır.

Kızılkurt ve ark.’nın (96) Türkiye genelinde yaptıkları çalışmada “Ailenizde 65 yaş üstü olması veya kronik bir hastalığı olması nedeniyle koronavirüs riski taşıdığını düşündüğünüz biri var mı?” sorusuna evet cevabı verenlerin anlamlı ölçüde yüksek SAÖ puanına sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda “Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?” sorusuna evet cevabı verenlerin SAÖ puanları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki ve Kızılkurt’un çalışmasındaki bu bulgularla yakınlarının sağlığından endişlenmekle SA arasında ilişki olduğu söylenebilir.

“Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?” sorusuna katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%78,3) evet cevabını vermiştir. Evet diyenlerin %69,3’ünde SA mevcuttur. “Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?” sorusuna ise %39,6’sı evet cevabını vermiştir. Bu soruya evet diyenlerin %77,8’inde SA mevcuttur. Her iki soru da SAÖ toplam, gövde boyutu, ek boyut puanları ile orta derecede ilişkili ve evet diyenlerin SAÖ ölçek ve alt ölçek puanları daha yüksektir. Her iki soruya da üçüncü sınıftakiler diğer sınıflarla kıyaslandığında daha çok evet yanıtı vermiştir. Bu iki soru, SA’nın tıp öğrencilerinde farklı bir boyuta sahip olduğunu göstermektedir. Hekimler arasında tıp öğrencisi hastalığından “üçüncü sınıf sendromu” olarak da bahsedilir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgular da bu tabiri kanıtlar niteliktedir. Moss-Morris ve Petrie’nin (84) çalışmasında da çalışmamızdaki gibi üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin duydukları hastalıklarla ilgili semptomları deneyimleme eğiliminde oldukları belirtilmiştir.

“Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara/asistan hekimlere danışır mısınız?” sorusuna evet diyenlerin oranı %56 bulunmuştur. Evet diyenlerin de %65,9’unda SA bulunmaktadır. Bu soruya evet diyenlerin SAÖ toplam ve gövde boyutu puanları anlamlı oranda yüksek çıkmıştır. Bu çalışmanın fikri, bu soruyu sorduran gözlemlerimiz sonucunda ortaya çıkmıştır. Klinikte eğitim gören tıp öğrencileri, hocalara/asistan hekimlere kendi sağlıklarıyla ilgili endişelerini sık sık dile getirmektedirler. Bazen danışılan hekim, öğrencinin sıkıntısını dikkatlice dinlemeden, peşin hükümle bu durumun tıp öğrencisi hastalığından kaynaklı olduğunu söylemektedir. Hocalara/asistan hekimlere danışılan bu sıkıntıların ne kadarının gerçek sıkıntı ne kadarının abartılmış endişe olduğu merak edilerek başlanan bu çalışmadan güzel sonuçlar elde edilmiştir. Hocalara/asistan hekimlere kendi sağlıklarıyla ilgili endişelerini dile getirenlerin büyük çoğunluğunda SA mevcut olsa da azımsanmayacak oranda gerçek sıkıntılar mevcuttur. Bu yüzden hekimlerin tıp öğrencilerinin sıkıntılarına ön yargılı yaklaşmaması önemlidir.

Çalışmamızın kısıtlılığı veriler pandemiden önce toplandığı için (Nisan 2019 – Ağustos 2019) tıp öğrencilerinin SA düzeyi pandemi sonrası dönemde değişmiş olabilir. Çalışmamızda bazı geriye dönük hatırlama gerektiren sorulardan (aylık hane geliri, sahip olunan hastalık, sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda hangi sağlık birimine, hangi sebep ve sıklıkla gidildiği, çocukluk çağında ailenin tutumu, doktordan ileri tetkik talebi) elde edilen bulgular sadece kişinin beyanına dayanmaktadır. Bu bulgular güvenilirliği tam sağlamayabilir.

Çalışmamızın güçlü yanı tüm sınıf tıp fakültesi öğrencilerine yapılması ve örneklem sayısının yüksek olması, SA'yı etkileyebilecek çok sayıda faktörün incelenmiş olması, ruhsal durumla SA ilişkisini incelerken KSE kullanılmış olması, araştırma sorularında tıp öğrencilerine özgü soruların bulunmasıdır.

SONUÇLAR

Çalışmamız 2018-2019 eğitim öğretim yılının 2. döneminde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde okumakta olan 951 (toplam öğrenci sayısının %61,2'si) tıp öğrencisinin katıldığı tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyini ve etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyini belirleyen SAÖ toplam ortalama puanı 16,67±6,56 bulunmuştur. Öğrencilerin %41,2'sinde SA mevcuttur. Bu yüksek bir orandır.

2. Klinik tıp eğitiminin başladığı ikinci ve üçüncü sınıftakilerin SA düzeyi intörn doktorluğun başladığı altıncı sınıftakilerden daha yüksek bulunmuştur. Bu da tıp öğrencisi hastalığı fenomenini akla getirmektedir. Tıp öğrencisi hastalığı yerine tıp öğrencisi kaygısı terimi daha anlaşılır bir isimlendirme olacaktır. Tıp öğrencisi kaygısı, hastalıkların öğrenilmeye başlandığı dönemde, genellikle ikinci ve/veya üçüncü sınıfta, öğrenilen hastalıkların belirtilerini kendi vücudunda arayarak bedensel duyumun arttığı, tıp eğitimi süreci ilerledikçe azalan sağlık anksiyetesi olarak tanımlanabilir.

3. Sağlık anksiyetisi düzeyini; ailede sağlık çalışanının bulunmasının, bir hastalık/rahatsızlığa sahip olmanın, düzenli ilaç kullanımının, çocukluk çağında ebeveynin sağlığına tutumunun, çocukluk travması öyküsünün bulunmasının, diğer ruhsal bozuklukların seviyelerinin etkilediği saptanmıştır. Ailesinde sağlık çalışanı olanlarda SA daha düşük düzeydedir. Bu literatürde rastlanmayan bir bulgudur. Bu bulgu, ailede bir kişinin sağlık sorumluluğunu üstlenmesinin kişide kaygıyı azalttığını düşündürmektedir. SA ile hem ruhsal

hem fiziksel hastalıkların ilişkisi çalışmamızda vurgulanmıştır. Çocukluk çağında yaşanılanların SA üzerindeki etkisi de dikkat çekicidir. Ebeveynlerin çocukluk çağında endişelerini çocuklarına yansıtmaması çocuklarının ileriki yaşamlarında SA olmasını önleyici niteliktedir.

4. Yıllık sağlık birimine başvuru sayısı sıfır olanların SA düzeyinin yüksek olması ve yıllık başvuru sayısı üçten itibaren arttıkça SA düzeyinin artması, doktordan ileri tetkik talebinde bulunanların SA düzeyinin daha yüksek olması hekimler için uyarıcı işaret niteliğindedir. Doktora gelmekten kaçınan veya doktor alışverişi yapan ve/veya doktordan ileri tetkik talebinde bulunan hastalara SA taraması yapılması önemlidir.

5. Sağlık anksiyetesinin oluşmasında; ailede kronik hastalığa sahip birinin olmasının, bir hastalık/rahatsızlığa sahip olunmasının, çocukluk travması öyküsünün olmasının, çocukluk çağında ebeveynlerin sağlığına tutumunun ve diğer ruhsal bozuklukların seviyesinin etkili olduğu saptanmıştır.

6. Sağlık anksiyetesinin bedensel belirtilere duyarlılığı ve kaygıyı ölçen gövde boyutu düzeyini kadın cinsiyetin, geniş aile tipinin, ailede sağlık çalışanı bulunmasının, bir hastalık/rahatsızlığa sahip olmanın, düzenli ilaç kullanımının, çocukluk çağında ebeveynin sağlığına tutumunun, çocukluk travmasının olmasının, diğer ruhsal bozuklukların seviyesinin etkilediği saptanmıştır.

7. Sağlık anksiyetesi için çocukluk travması öyküsü bulunması (p=0,03; OR=1,692; Cl=1,190-2,404), çocukluk çağında çocuklarının sağlığına karşı aşırı endişeli/endişeli ebeveyn tutumu (p<0,001; OR=0,656; Cl=0,534-0,806), bir hastalığa sahip olmak (p=0,02; OR=1,557; Cl=1,073-2,261), depresyon düzeyinin yükselmesi (p=0,019; OR=0,914; Cl=0,848-0,986) ve psikotizm düzeyinin azalması (p=0,011; OR=1,085; Cl=1,019-1,155) risk faktörü olarak bulunmuştur.

8. Tıp fakültesini tercih etme sebebi kendi/ailesinin sağlığıyla ilgili endişeleri olanların, derste bir hastalık öğrendikten sonra kendinde o hastalığa dair belirti arayanların, derste öğrendiği hastalığın bir süredir kendinde olduğunu düşünenlerin, hocalarına kendi sağlıklarıyla ilgili sorular soranların SA'ya sahip olma oranları ve SA düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgular tıp öğrencisi hastalığı/kaygısını desteklemektedir. Öğrencilere klinik eğitim başlamadan önce bu durumla ilgili eğitim verilip bunun olası bir durum olduğu anlatıldığı takdirde, bu kaygının oluşması önlenebilir; oluşsa bile bu farkındalıkla daha az yıpratıcı olup daha kolay atlatılabilinir.

ÖZET

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan tıp öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyi ve etkileyen etmenleri belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızın evrenini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2018-2019 öğretim yılında okuyan tıp öğrencileri oluşturmaktadır. Gönüllü ve sağlık anksiyetesi ölçeğini tam dolduran 951 öğrenci çalışmaya katıldı. Çalışma hakkında bilgi verilerek onamları alındı. Anket, katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle ilgili 13 soru, literatür taranarak oluşturulan 18 soru, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 soru ve Kısa Semptom Envanteri 53 soru olmak üzere toplam 102 sorudan oluşmaktadır.

Tıp fakültesi öğrencilerinin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam ortalama puanı 16,67±6,56'ydı. Öğrencilerin %41,2'sinde sağlık anksiyetesi mevcuttu. İkinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin sağlık anksiyetesi düzeyi altıncı sınıftakilerinden yüksek bulundu.

Sağlık anksiyetisi düzeyini hastalığa sahip olmanın, düzenli ilaç kullanımının, ebeveynin sağlıklarına endişeli tutumunun, çocukluk travmasının, diğer ruhsal bozuklukların seviyelerinin etkilediği saptandı (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,006$; $p<0,001$; $p=0,004$; $p<0,001$). Ailesinde sağlık çalışanı bulunanların sağlık anksiyetesi seviyesi daha düşüktü ($p=0,004$). Bu literatürde örneğine rastlanmamış bir bulgudur. Yıllık sağlık birimine başvuru sayısı sıfır veya üçten fazla olanların, ileri tetkik talebinde bulunanların sağlık anksiyetesi düzeyi daha yüksekti. Çocukluk travması öyküsü ($p=0,03$; OR=1,692; Cl=1,190–2,404), çocukluk çağında çocuklarının sağlığına karşı aşırı endişeli/endişeli ebeveyn tutumu ($p<0,001$; OR=0,656; Cl=0,534–0,806), hastalık sahibi olmak ($p=0,02$; OR=1,557; Cl=1,073–2,261), depresyon

düzeyinin yükselmesi (p=0,011; OR=1,085; Cl=1,019–1,155), psikotizm düzeyinin azalması (p=0,019; OR=0,914; Cl=0,848–0,986) sağlık anksiyetesi için risk faktörüydü.

Çalışmamızın bulguları tıp öğrencisi hastalığını destekleyici nitelikte olsa da bu kavram ön yargılara neden olarak olası organik hastalıkların atlanmasına sebep olabilir. “Tıp öğrencisi hastalığı” yerine “tıp öğrencisi kaygısı” kavramının kullanılmasını ve klinik eğitime başlanmadan önce öğrencilere bu kaygı hakkında bilgilendirici eğitim verilmesini önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: sağlık anksiyetesi, anksiyete, somatoform bozukluklar, tıp öğrencisi

DETERMINING THE HEALTH ANXIETY LEVEL AND AFFECTING FACTORS IN MEDICAL STUDENTS OF TRAKYA UNIVERSITY

SUMMARY

In our study, it was aimed to determine the health anxiety level of medical students studying at Trakya University Faculty of Medicine and its affecting factors.

The universe of our study consists of medical students studying at Trakya University Faculty of Medicine in the 2018-2019 academic year. 951 students who volunteered and filled out the health anxiety scale participated in the study. Information about the study was given and their consent was obtained. The questionnaire consists of a total of 102 questions, including 13 questions about the sociodemographic characteristics of the participants, 18 questions created by literature search, 18 questions from the Health Anxiety Scale and 53 questions from the Brief Symptom Inventory.

The total mean score of the Health Anxiety Scale of the medical faculty students was 16.67±6.56. Health anxiety was present in 41.2% of the students. The health anxiety level of the second- and third-year students was found to be higher than the sixth-year students.

The level of health anxiety is affected by having the disease, regular drug use, the anxious attitude of the parents to childs health, childhood trauma, and the level of the other mental disorders ($p<0.001$; $p=0.006$; $p<0.001$; $p=0.004$; $p<0.001$, recpectively). Health anxiety level was lower in those with a family member of health professionals ($p=0.004$). This is a finding that has not been found in the literature. The level of health anxiety was higher in those who had zero or more than three annual applications to the health unit and those who requested

further examination. History of childhood trauma (p=0.03; OR=1.692; Cl=1.190–2.404), parental attitude of extreme concern/worrying about their children's health in childhood (p<0.001; OR=0.656; Cl=0.534–0.806), having disease (p=0.02; OR=1.557; Cl=1.073–2.261), increased depression level (p=0.011; OR=1.085; Cl=1.019–1.155), decreased psychoticism level (p=0.019; OR=0.914; Cl=0.848–0.986) was a risk factor for health anxiety.

Although the findings of our study are supportive of the medical students' disease, this concept may lead to prejudices and cause possible organic diseases to be missed. We recommend using the concept of "medical students' anxiety" instead of "medical students' disease" and providing informative training about this anxiety to students before starting clinical training.

Key Words: health anxiety, anxiety, medical student, somatoform disorders

KAYNAKLAR

1. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. Psychosom Med 2016;78(1):13-25.

2. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. BJPsych 2018;24(1):66-72.

3. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. BJPsych 2013;202(1):56-61.

4. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. JRSM Open 2014;5(2):2042533313512480.

5. Bobevski I, Clarke DM, Meadows G. Health Anxiety and Its Relationship to Disability and Service Use: Findings From a Large Epidemiological Survey. Psychosom Med 2016;78(1):13-25.

6. Yılmaz, T. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabının (DSM) son iki baskısı arasındaki değişikliklerin incelenmesi. Yılmaz T (Editör). Psikoloji, Sosyoloji ve Coğrafya Bakış Açısından Sağlık. Ankara: Berikan Yayıncılık, 2019:1-19.

7. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. Anxiety, Stress, & Coping 2016;29(2):219-39.

8. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (çeviri: Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014:422-6.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-4). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:504-7.

10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2019 [Internet]. World Health Organization. [cited 2022 April 15] Available from: https://icd.who.int/browse10/2019/en.

11. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2022 [Internet]. World Health Organization. [cited 2022 April 15] Available from: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.

12. International Classification of Primary Care - 3rd Revision, 2021. The WONCA ICPC Foundation. [cited 2022 April 15] Available from: https://browser.icpc-3.info.

13. Güleç H, Ünal EK, Karabekiroglu A, Sayar K, Köse S. Whiteley İndeksi Türkçe Versiyonunun (Türkçe WI-7) Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2013;16(1):27-33.

14. Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. Psychol Med 2009;39(2):277-85.

15. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. PloS One 2010;5(3):e9873.

16. Dorfman W. Hypochondriasis - Revisited: A Dilemma and Challenge to Medicine and Psychiatry. Psychosomatics: JACLP 1975;16(1):14-6.

17. Rachman S. Health anxiety disorders: A cognitive construal. Behaviour research and therapy 2012;50(7-8):502-12.

18. Molière (Çeviri: B. Günen). Hastalık Hastası. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları 2016:152-3.

19. Edwards AL. The development of an anxiety scale. Am J Appl Psychol 1942;26(2),187–96.

20. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. Psychother and psychosoma 1995;63:1-8.

21. Asmundson GJ, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. Curr Psychiatry Rep 2010;12(4):306-12.

22. Weck F, Richtberg S, MB Neng J. Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. Curr Psychiatry Rev 2014;10(1):14-23.

23. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria. Int J Soc Psychiatry 2019;65(7-8):566-9.

24. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. J Psychosom Res 2011;71(6):392-4.

25. Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. Am J Psych 2004;161(9):1680-91.

26. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res 2004;56(4):391-408.

27. Richard J. Brown NS, Carolyn A. Chew-Graham. Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration. Clin Psychol 2020;27(2),e12299.

28. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. Clin Psychol Rev 2007;27(2):127-39.

29. Reynolds J. Investigating Attentional Bias in Health Anxiety using a Dot-Probe Task following a 10-Day Mindfulness Intervention in Undergraduates (Dissertation). Manchester: Manchester Metropolitan University; 2018.

30. Yılmaz AE. Endişe ve ruminasyonun kaygı ve depresyon belirtileri üzerindeki rolü. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(2):107-15.

31. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. Psychol Psychother 2021;94(1):63-80.

32. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. Psychosom Med 2019;81(5):398-407.

33. Birnie KA, Sherry SB, Doucette S, Sherry DL, Hadjistavropoulos HD, Stewart SH. The Interpersonal Model of Health Anxiety: Testing predicted paths and model specificity. Pers Individ Differ 2013;54(7):856-61.

34. Noyes Jr R, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosom Med 2003;65(2):292-300.

35. Yang X, Gu D, Wu J, Liang C, Ma Y, Li J. Factors influencing health anxiety: The stimulus–organism–response model perspective. J Med Internet Res 2021;31(6):2033-54.

36. Brondino N, Lanati N, Barale F, Martinelli V, Politi P, Geroldi D, et al. Decreased NT-3 plasma levels and platelet serotonin content in patients with hypochondriasis. J Psychosom Res 2008;65(5):435-9.

37. Atmaca M, Yildirim H, Sec S, Kayali A. Pituitary volumes in hypochondriac patients. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry PROG NEURO-PSYCHOPH 2010;34(2):344-7.

38. Taylor S, Thordarson DS, Jang KL, Asmundson GJ. Genetic and environmental origins of health anxiety: A twin study. World J Psychiatry 2006;5(1):47.

39. Hedman-Lagerlöf E, Tyrer P, Hague J, Tyrer H. Health anxiety. BMJ 2019;12(364):I774. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.l774.

40. Anagnostopoulos F, Botse T. Exploring the role of neuroticism and insecure attachment in health anxiety, safety-seeking behavior engagement, and medical services utilization: A study based on an extended interpersonal model of health anxiety. SAGE Open 2016 June 12;6(2):2158244016653641. https://doi.org/10.1177/2158244016653641.

41. Aydemir Ö, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşiv Dergisi 2012;50: 325-31.

42. 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. Int J Soc Psychiatry 2020;66(5):504-11.

43. Barbek R, Makowski AC, von dem Knesebeck O. Social inequalities in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res 2021:110706.

44. Noyes R, Watson DB, Carney CP, Letuchy EM, Peloso PM, Black DW, et al. Risk factors for hypochondriacal concerns in a sample of military veterans. J Psychosom Res 2004;57(6):529-39.

45. Gilleland J, Suveg C, Jacob M, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: Emotional and familial influences on children's somatic functioning. Child Care Health Dev 2009;35(3):383-90.

46. Alioğulları A. Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş Ve Cinsiyete Göre Incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.

47. McMullan RD, Berle D, Arnáez S, Starcevic V. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2019;245:270-8.

48. 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.

49. Levenson JL, Dimsdale J, Solomon D editors. Illness anxiety disorder: Epidemiology, clinical presentation, assessment, and diagnosis [Internet]. Netherlands: UpToDate [updated 2020 Oct 13; cited 2022 April 15] Available from: https://www.uptodate.com/contents/illness-anxiety-disorder-epidemiology-clinical-resentation-assessment-and-diagnosis?topicRef=16260&source=see_link.

50. Güleç MY, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Sünbül EA. Psychometric properties of the Turkish version of the patient health questionnaire–somatic, anxiety, and depressive symptoms. Compr 2012;53(5):623-9.

51. Selvi Y, Turan SG, Sayin AA, Boysan M, Kandeger A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. Sleep and Hypnosis: A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology 2018;20(4):241-6.

52. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül AI, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. Int J Med Res 2015;43(5):679-85.

53. Rode S, Salkovskis P, Dowd H, Hanna M. Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. J Psychosom Res 2006;60(2):155-61.

54. Daniels J, Parker H, Salkovskis PM. Prevalence and treatment of Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis and co-morbid severe health anxiety. Int J Clin Health Psychol 2020;20(1):10-9.

55. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex:“new” psychopathologies for the 21st century? World J. Psychiatry 2015;14(1):97-100.

56. Tyrer P, Fox C, Gardiner C, Mulder R, Tyrer H. Initial assessment of patients with putative functional disorders in medical settings. Clin Med 2021;21(1):8.

57. Magariños M, Zafar U, Nissenson K, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. CNS Drugs 2002;16(1):9-22.

58. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. Curr Psychiatry Rep 2008;10(4):311-7.

59. Croicu C, Chwastiak L, Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. Med Clin 2014;98(5):1079-95.

60. Pinar R. Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. Qual Life Res 2005;14(1):259-64.

61. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. Aust N Z J Psychiatry 2005;39(9):772-81.

62. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic symptom disorder. Am Fam Physician 2016;93(1):49-54.

63. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, Slavov I, Skritskya N, Barsky AJ. A randomized controlled trial of medication and cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis. Am J Psychiatry 2017;174(8):756-64.

64. Greeven A, Van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, Van Rood YR, Van Dyck R, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2007;164(1):91-9.

65. Fallon BA, Petkova E, Skritskaya N, Sanchez-Lacay A, Schneier F, Vermes D, et al. A double-masked, placebo-controlled study of fluoxetine for hypochondriasis. J Clin Psychopharmacol 2008;28(6):638-45.

66. Fallon BA, Qureshi AI, Schneier FR, Sanchez-Lacay A, Vermes D, Feinstein R, et al. An open trial of fluvoxamine for hypochondriasis. Psychosomatics 2003;44(4):298-303.

67. Politi P, Emanuele E. Successful treatment of refractory hypochondriasis with duloxetine. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2007;31(5):1145-6.

68. Hedman E, Axelsson E, Görling A, Ritzman C, Ronnheden M, El Alaoui S, et al. Internet-delivered exposure-based cognitive–behavioural therapy and behavioural stress

management for severe health anxiety: randomised controlled trial. BJPsych 2014;205(4):307-14.

69. Hedman E, Andersson E, Ljótsson B, Axelsson E, Lekander M. Cost effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy and behavioural stress management for severe health anxiety. BMJ Open 2016;6(4):e009327.

70. Nakao M, Shinozaki Y, Ahern DK, Barsky AJ. Anxiety as a predictor of improvements in somatic symptoms and health anxiety associated with cognitive-behavioral intervention in hypochondriasis. Psychother Psychosom 2011;80(3):151-8.

71. Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. Psychol Med 2016;46(1):103-15.

72. Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. CDSR 2007(4):1-55.

73. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Behav Res Ther 2014;58:65-74.

74. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. BCP 2017;45(2):110-23.

75. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4-to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. JAMA 1998;55(8):737-44.

76. olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. J Psychosom Res 2009;66(5):363-77.

77. Fernandez C, Fernandez R, Amigo DI. Characteristics and one-year follow-up of primary care patients with health anxiety. JPC 2005;10(3):81.

78. 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. J Anxiety Disord 2015;32:95-102.

79. Avrupa Aile Hekimliği Birliği WONCA Avrupa (Çeviri:O. Başak, E. Saatçı). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları; 2011:2-47.

80. Güldal AD, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu Kandemir E, Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? TJTFP 2012;16(3):107-12.

81. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. TJTFP 2017;21(2):74-81.

82. Chappell AS. Toward a lifestyle medicine approach to illness anxiety disorder (formerly hypochondriasis). AJLM 2018;12(5):365-9.

83. Hunter R, Lohrenz J, Schwartzman A. Nosophobia and hypochondriasis in medical students. J Nerv Ment Dis 1964;139(2):147-52.

84. Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. MedEd 2001;35(8):724-8.

85. Kellner R, Wiggins RG, Pathak D. Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students. JAMA 1986;43(5):487-9.

86. Meng J, Gao C, Tang C, Wang H, Tao Z. Prevalence of hypochondriac symptoms among health science students in China: A systematic review and meta-analysis. PloS One 2019;14(9):e0222663.

87. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med 2002;32(5):843-53.

88. Zhang Y, Liu R, Li G, Mao S, Yuan Y. The reliability and validity of a Chinese-version Short Health Anxiety Inventory: an investigation of university students. Neuropsychiatr Dis Treat 2015;11:1739.

89. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. Psychol Med 1983;13(3):595-605.

90. Arslan B, Özçelik S. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi ve Hipokondri. Tıp Eğitimini Geliştirme Derneği Kongresi, İstanbul, Türkiye. 2020:1-2.

91. Özgül ÖO, Saatçı E. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TJTFP 2021;25(3):84-90.

92.Karaoglu N, Karaoglu Kb, Yardimci H. Sosyoloji Ve Tip Öğrencilerinin Sağlik Algisi Ve Sağlik Kaygisi Düzeylerinin Karşilaştirilmasi. Ankara Medical Journal 2020;20(3):615-28.

93. Zahid MF, Haque A, Aslam M, Aleem NA, Hussain S, Fahad H, et al. Health-related anxiety and hypochondriacal concerns in medical students: a cross-sectional study from Pakistan. Teaching and Learning in Medicine 2016;28(3):252-9.

94. Karaçadir V, Çelik R. Üniversite Öğrencilerinin Sağlik Kaygi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Çalişma. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi 2019;7(16):225-38.

95. Ekiz T, Ilıman E, Dönmez E. Bireylerin Sağlik Anksiyetesi Düzeyleri İle Covid-19 Salgini Kontrol Algisinin Karşilaştirilmasi. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2020;6(1):139-54.

96. Kızılkurt OK, Yılmaz A, Noyan CO, Dilbaz N. Health anxiety during the early phases of COVID-19 pandemic in Turkey and its relationship with postpandemic attitudes, hopelessness, and psychological resilience. Perspect Psychiatr Care 2021;57:399-407.

97. Irmak B, Bölükbaş N. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Belirlenmesi [İnternet]. Ordu Üniversitesi Açık Arşiv Sistemi 2015 Nisan 22 (erişim tarihi 16.04.2022). http://earsiv.odu.edu.tr:8080/jspui/handle/11489/541.

98. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. JIMR 2019;47(10):4854-61.

99. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Dergisi 2018;23(1):11-7.

100. Avçin E, Erkoç B. Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlik Anksiyetesi, Yaşam Doyumu Ve İlişkili Değişkenler. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi 2021(17):1-13.

101. Oyekcin DG, Sahin EM, Aldemir E. Psychiatric co-morbidity and attachment styles in obese adults: A comparative study with healthy volunteers. Klinik Psikiyatri Dergisi 2018;21(4):326-33.

102. Özdel O, Sözeri Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoğlu N, ve ark. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. Klinik Psikiyatri 2011;14(4):210-7.

103. Ünalan E. Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağliği, Sağlik Kaygisi Ve Sağlik Davranişlari Arasindaki İlişkiler (tez). İstanbul: Okan Üniversitesi; 2014.

104. Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14(3):275-82.

105. Karaman G. Gebze Tatlıkuyu Mahallesi'nde Uykululuk ve Uykusuzluğun Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.

106. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi. EJFM 2018;7(1):5-13.

107. Orhan Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeylerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ile Ilişkilendirilmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2019.

108. Gul AI, Ozdemir T, Borekci E. Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. JCAM 2016;7(4):437-9.

109. Wright KD, Reiser SJ, Delparte CA. The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. JHP 2017;22(5):617-26.

110. Karadayı Ö. Ortoreksiya Ve Bozuk Yeme Tutumlarının Beden Imgesi, Sağlık Kaygısı Ve Obsesif Inançlarla Ilişkisinin Incelenmesi (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.

111. Fergus TA, Limbers CA, Griggs JO, Kelley LP. Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. IJBM 2018;41(1):43-51.

112. Okuyan CB, Karasu F, Polat F. Hemşirelik öğrencilerinin Covid-19'a maruz kalma korkularının sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisi: bir üniversite örneği. Van Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;13(COVID-19 Özel Sayı):45-52.

113. Karapıçak ÖK, Aktaş K, Aslan S. Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri (haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri 2012;15:41-8.

114. Kocjan J. Short Health Anxiety Inventory (SHAI)-Polish version: Evaluation of psychometric properties and factor structure. APP 2016;3:68-78.

115. Aziz KA, Al-Sanadi A, Al-Shamsi A, Al-Sharqi H, Al-Zaabi M, Al-Shehhi N. Health Anxiety in Medical Students in the United Arab Emirates. Royal College of Psychiatrists International Congress Birmingham, United Kingdom. 2018.

EKLER

EK-1 Etik Kurulu Onayı

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/122	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyetesi Düzeyinin Belirlenmesi ve Etkileyen Etmenler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 07/31** **Tarih:08.04.2019**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Müge MERİÇ'in 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-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji 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	
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	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.

EK-2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ANKSİYETESİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE ETKİLEYEN ETMENLER

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ

ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. MÜGE MERİÇ

DANIŞMAN: PROF. DR. NEZİH DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetesi düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen etmenler" isimli, 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.

Anket No:

1. Cinsiyetiniz?

(1) Kadın (2) Erkek

2. Yaşınız? ……..

3. Boyunuz?.....

4. Kilonuz?.....

5. Kaçıncı sınıftasınız?

(1) Bir (2) İki (3)Üç (4) Dört (5) Beş (6) Altı

6.Ailenizin aylık hane geliri nedir? ……

7. Nerede kalıyorsunuz?

(1) Kamu yurdu (2) Özel yurt (3) Ev (aile yanında)

(4) Öğrenci evi (tek başına) (5) Öğrenci evi(arkadaşlarla) (6) Diğer……..

8. Şimdiye kadar hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz? Hangi şehirde? ……..……

(1) Köy (2) Şehir merkezi
(3) İlçe (4) Büyükşehir

9. Ne tip bir ailede yaşıyorsunuz?

(1) Çekirdek aile (ebeveyn + çocuklar)
(2) Geniş aile
(3) Parçalanmış aile (boşanma/ayrı yaşama/ölüm)

10. Annenizin eğitim durumu nedir?

(1) Okuryazar değil (4) Lise mezunu (7)Lisansüstü öğretim
(2) Okuryazar (5) Önlisans mezunu
(3) İlköğretim mezunu (6) Lisans mezunu

11. Babanızın eğitim durumu nedir?

(1) Okuryazar değil (4) Lise mezunu (7)Lisansütü öğretim
(2) Okuryazar (5) Önlisans mezunu
(3) İlköğretim mezunu (6) Lisans mezunu

12. Anneniz çalışıyor mu? Mesleği …… İşi ……..
(0) Hayır, hiç çalışmadı.
(1) Hayır, bir dönem çalıştı bıraktı.
(2) Hayır, emekli.
(3) Evet, aktif olarak çalışıyor.

13. Babanız çalışıyor mu? Mesleği …… İşi ……..
(0) Hayır, hiç çalışmadı.
(1) Hayır, bir dönem çalıştı bıraktı.
(2) Hayır, emekli.
(3) Evet, aktif olarak çalışıyor.

14. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?

(0) Yok (1) Var Varsa yakınlık derecesini ve mesleğini belirtiniz. ……..

15. Ailenizde herhangi bir kronik hastalığı olan var mı?

(0) Yok (1) Var Varsa hastalığını belirtiniz ……..

16. Ailenizde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan var mı?

(0) Yok (1) Var Varsa hastalığını belirtiniz ……..

17. Sigara içiyor musunuz?

(0) İçmiyorum, daha önce hiç içmedim
(1) İçiyordum, bıraktım. (……yıl, günde ……adet içtim, …… yıl önce bıraktım.)
(2) Evet, içiyorum. (……yıldır, günde …… adet içiyorum.)

18. Alkol kullanıyor musunuz?

(0) Hayır
(1) Evet, haftada……gün, miktar……., cinsi……..
(2) İçiyordum, bıraktım.

19. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz? ……. saat

20. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

(0) Hayır (1) Evet , haftada ……. gün, …… saat

21. Herhangi bir hastalığınız / rahatsızlığınız var mı?

(0) Yok (1) Var Varsa belirtiniz…….

22. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

(0) Yok (1) Var Varsa belirtiniz……

23. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunuzda hangi sağlık birimi / birimlerine başvurursunuz? Sebebi ve sıklığını belirtiniz.

(Örn: Acil servis halsizlik ayda 2-3/ Devlet Hastanesi rapor için yılda 1-2)

(1) Aile Sağlığı Merkezi ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(2) Devlet Hastanesi ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(3) Fakülte Hastanesi ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(4) Acil Servis ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(5) 112 Acil ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(6) Tanıdık doktor ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(7) Muayenehane ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(8) Özel Hastane ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez
(9) Diğer……(başvuru yeri) ……(başvuru nedeni)…… haftada……kez, ayda……. kez, yılda…….kez

24. Doktorunuzdan, kendisi önermediği halde herhangi bir ileri tetkik (BT, MR, tümör belirteçleri vb.) talep ettiniz mi?

(0) Hayır (1) Evet

25. Çocukluk çağında ebeveyninizin sağlığınızla ilgili tutumunu nasıl tanımlarsınız?

(1) Aşırı endişeli (2) Endişeli (3) Normal (4) Rahat (5) Aşırı rahat

26. Çocukken sizi derinden sarsan bir olay oldu mu?

(0) Hayır

(1) Evet ise belirtiniz: (birden fazla seçenek işaretleyebilirsinizsiniz)

(1) Geçirilmiş ciddi bir hastalık

(2) Yakın ölümü / yakının ciddi bir hastalığı

(3) İstismar (fiziksel, duygusal, sözel)

(4) Afetler (deprem, yangın, sel)

(5) Savaşlar, patlamalar

(6) Kazalar (iş, trafik, yaralanma)

(7) Diğer …….

27. Tıp eğitimine başlamadan önce bir doktordan gelen güvenceye rağmen ciddi hastalıklar hakkında hiç endişe duydunuz mu?

(0) Hayır (1) Evet

28. Tıp fakültesini tercih etme nedenleriniz arasında kendi/ailenizin sağlığıyla ilgili endişeleriniz var mıydı?

(0) Hayır (1) Evet

29. Derste öğrendiğiniz bir hastalıktan sonra kendinizde o hastalığa dair belirti arar mısınız?

(0) Hayır (1) Evet

30.Yeni bir hastalık öğrendiğinizde, bir süredir bu hastalığa sahip olduğunuzu düşünür müsünüz?

(0) Hayır (1) Evet

31. Sağlığınızla ilgili düşüncelerinizi hocalara / asistan hekimlere danışır mısınız?

(0) Hayır (1) Evet

SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve **SON 6 AY İÇİNDEKİ DUYGULARINIZI EN İYİ İFADE EDENİ** seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi dair içine alacak şekilde işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin.

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

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

3. (a)Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b)Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c)Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d)Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.

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 hiç karşı koymuyorum.

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)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c)Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d)Hiçbir şey zihnimden sağlığımla 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 hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem 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 zorlanırım.
(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 düşünmekte çoğu zaman zorlanırım.
(d)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

14. (a)Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b)Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c)Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d)Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, **sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser 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 da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım.
(d)Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk almazdım.

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 onurum biraz zedelenmiş hissederdim.
(c)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin Sizde BUGÜN DAHiL SON BiR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmeye uygun olan yerde işaretleyiniz.

	Hiç yok 0	Biraz var 1	Orta derece 2	Epey var 3	Çok var 4
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.Baygınlık, baş dönmesi					
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol ettiği fikri					
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi					
5.Olayları hatırlamada güçlük					
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.Göğüs ve kalp bölgesinde ağrı					
8.Meydanlık (açık) yerlerde korkma duygusu					
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11.İştahta bozulma					
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.Baska insanlarla beraberken bile yalnızlık hissi					
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16.Yalnızlık hissetme					
17.Hüzünlü, kederli hissetme					
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19.Ağlamaklı hissetme					
20.Kolayca incinebilme, kırılma					
21.İnsanları sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek					
23.Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25.Uykuya dalmakta güçlük					

	Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27.Karar vermede güçlük					
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30.Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32.Kafanızın bomboş kalması					
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşma/karıncalanmalar					
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşünceleri					
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.Konsantrasyonda güçlük/zorlanma					
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği					
42.Diğerlerinin yanındayken sürekli kendini gözleyip, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.Dehşet ve panik nöbetleri					
46.Sık sık tartışmaya girmek					
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir almamak					
49.Yerinde duramayacak kadar huzursuz hissetmek					
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51.Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.Suçluluk duyguları					
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi					

EK-3