



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

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE
GÖREVLİ 18 YAŞ ÜSTÜ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
ANKSİYETE VE SAĞLIK ANKSİYETESİ
DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hanife Özel

Antalya, 2025



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

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE
GÖREVLİ 18 YAŞ ÜSTÜ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
ANKSİYETE VE SAĞLIK ANKSİYETESİ
DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hanife Özel

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, özverili çalışması ile bizlere örnek olan, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya ve Prof. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Beraber çalıştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı hekim arkadaşlarıma ve Anabilim Dalının demirbaşları kıymetli çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR'e,

Tüm kararlarımda desteklerini esirgemeyen, bugünlere gelmemi sağlayan, hayatım ve tıp eğitimim boyunca her türlü zorlukta ve başarıda yanımda olan, annem İmren ÖZEL'e, babam Süleyman ÖZEL'e, kardeşlerim Fazilet ÖZEL'e ve Bilal ÖZEL'e,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	.vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Anksiyete.....	3
2.1.1. Anksiyetenin Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	4
2.1.3.1. Genetik.....	4
2.1.3.2. Nörotransmitterler.....	4
2.1.3.3. Psikolojik Teoriler.....	5
2.1.4. Anksiyetenin Klinik Özellikleri.....	6
2.1.5. Anksiyetenin Sınıflandırması ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	6
2.1.6. Sağlık Çalışanı ve Anksiyete.....	8
2.1.7. Anksiyete İlk Basamakta Tedavi Yaklaşımı.....	9
2.2. Sağlık Anksiyetesi.....	10
2.2.1. Tanım ve Tarihçe.....	10
2.2.2. Epidemiyoloji.....	12
2.2.3. Etiyoloji.....	13
2.2.4. Komplikasyonlar.....	13
2.2.5. Klinik.....	14
2.2.6. Tanı Kriterleri.....	15
2.2.7. Tedavi ve Müdahale Yöntemleri.....	17
2.2.8. Aile Hekimliği ve Sağlık Anksiyetesi.....	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1. Aratırmanın Yeri.....	20
3.2. Araştırmanın Tipi.....	20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	20
3.6. Araştırmanın Tasarımı ve Kullanılan Ölçekler.....	21
3.6.1. Beck Anksiyete Ölçeği.....	21
3.6.2. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği.....	21
3.7. Etik Kurul Onayı.....	22
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇLAR.....	68
7. ÖNERİLER.....	70
8. KAYNAKLAR.....	72
9. ÖZET.....	85
10. ABSTRACT.....	87
11. EKLER.....	89

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
COVID-19.	Koronavirüs Hastalığı 2019
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSM-III	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Üçüncü Baskı
DSM-V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon
MAS	Miyofasyal Ağrı Sendromu
SAÖ	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
SSRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri.....	8
Çizelge 2.2. Hastalık Kaygısı DSM-5-TR Tanı Kriterleri.....	17
Çizelge 4.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	24
Çizelge 4.2. Mesleki ve Çalışma Yaşamına İlişki Bilgiler.....	25
Çizelge 4.3. Sağlık Durumu ve Yaşam Alışkanlıkları.....	26
Çizelge 4.4. Ölçek Bilgileri.....	27
Çizelge 4.5. Ölçekler Arasındaki Korelasyon Analizi.....	28
Çizelge 4.6. Yaş, Mesleki Deneyim Süresi, Haftalık Çalışma Süresi ve Kronik Hastalık Sayısı ile Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	29
Çizelge 4.7. Cinsiyete Göre Ölçek Skorları.....	29
Çizelge 4.8. Eğitim Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	31
Çizelge 4.9. Medeni Duruma Göre Ölçek Skorları.....	31
Çizelge 4.10. Görev Unvanına Göre Ölçek Skorları.....	32
Çizelge 4.11. Yoğun Bakımda Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	33
Çizelge 4.12. Acil Serviste Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	34
Çizelge 4.13. Poliklinikte Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	35
Çizelge 4.14. Serviste Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	35
Çizelge 4.15. Ameliyathanede Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	36
Çizelge 4.16. Laboratuvarda Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	37
Çizelge 4.17. Vardiyalı Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	37
Çizelge 4.18. Ruh Hastalığı Desteği Alma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	38
Çizelge 4.19. COVID-19 Kliniğinde Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları...	40
Çizelge 4.20. Kronik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	40
Çizelge 4.21. Hipertansiyon Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	41
Çizelge 4.22. Diyabetes Mellitus Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	42
Çizelge 4.23. Kansere Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	42
Çizelge 4.24. Kalp Damar Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	43
Çizelge 4.25. Kas Eklem Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	43
Çizelge 4.26. Tiroid Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	45

Çizelge 4.27. Mide Barsak Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	45
Çizelge 4.28. Romatolojik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	46
Çizelge 4.29. Alerji Varlığı Migren Varlığına Göre Ölçek Skorlarına Göre Ölçek Skorları.....	46
Çizelge 4.30. Astım-KOAH Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	47
Çizelge 4.31. Migren Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	47
Çizelge 4.32. Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	49
Çizelge 4.33. Obezite Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	49
Çizelge 4.34. Diğer Kronik Hastalıklar Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	49
Çizelge 4.35. Sigara Kullanımına Göre Ölçek Skorları.....	51
Çizelge 4.36. Alkol Kullanımına Göre Ölçek Skorları.....	52
Çizelge 4.37. Sağlık Anksiyetesi Skoruna Etki Eden Faktörler.....	53
Çizelge 4.38. Beck Anksiyete Skoruna Etki Eden Faktörler.....	54
Çizelge 4.39. Şiddetli Anksiyete Tanısında Sağlık Anksiyetesi Skoru İçin ROC Analizi Sonu.....	55
Çizelge 4.40. Sağlık Anksiyetesi Skorunun 14.5 ve Üzeri Değer Almasına Etki Eden Faktörler.....	56
Çizelge 4.41. Beck Anksiyete Skorunun 26 ve Üzeri Değer Almasına Etki Eden Faktörler.....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Sağlık Anksiyete Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği Arasındaki Korelasyon Eğrisi.....	28
Şekil 4.2. Cinsiyete Göre Ölçek Skorları.....	30
Şekil 4.3. Görev Unvanına Göre Sağlık Anksiyete Ölçeği Skoru.....	33
Şekil 4.4. Ruh Hastalığı Desteği Alma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	39
Şekil 4.5. Kronik Hastalık Varlığına Göre BECK Anksiyete Ölçeği Skoru.....	41
Şekil 4.6. Kas Eklem Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	44
Şekil 4.7 Migren Varlığına Göre Sağlık Anksiyete Ölçeği Skoru.....	48
Şekil 4.8. Diğer Kronik Hastalıklar Varlığına Göre Ölçek Skorları.....	50
Şekil 4.9 ROC Eğrisi.....	55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete, bireyin gelecekteki belirsiz tehditlere ya da tehlikelere dair hissettiği, bedensel, bilişsel ve duygusal belirtilerle kendini gösteren doğal bir tepkidir (1,2). Kısa vadede uyum sağlayıcı olan bu tepki, uzun süreli ve yoğun yaşandığında bireyin ruh sağlığını ve günlük işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir (2,3). Anksiyete bozuklukları, ilk kez 1980 yılında DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) ile psikiyatrik tanı sistemine ayrı bir hastalık grubu olarak dahil edilmiştir. DSM-5 sınıflamasına göre ise yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi gibi alt tanımlar bu başlık altında yer almakta ve toplumda bu bozuklukların prevalansı %6–7 arasında bildirilmektedir (3,14).

Sağlık anksiyetesi ise, bireyin vücudundaki normal duyuları veya hafif belirtileri ciddi bir hastalığın işareti olarak yorumlamasıyla ortaya çıkan, yoğun ve sürekli bir kaygı durumudur (4,5). Bu durum bireyde hastalık algısının bozulmasına, sağlık hizmetlerine aşırı başvuruya ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir (6,7,8). Sağlık anksiyetesi bazı bireylerde hiç görülmeyebilirken, bazı durumlarda ciddi düzeylere ulaşarak klinik açıdan önemli hale gelebilir. Klinik belirti düzeyine ulaşması halinde hipokondriyazis, somatik semptom bozukluğu veya hastalık anksiyetesi bozukluğu tanımları ile ilişkilendirilebilir. Yüksek sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde, daha fazla somatik belirti bildirimi yapıldığı da araştırmalarla gösterilmiştir (4,5).

Dijital bilgiye erişimin kolaylaşmasıyla birlikte bireylerin sağlıkla ilgili internet aramalarına yönelimi artmıştır. Bu durum “siberkondri” olarak tanımlanmakta ve sağlık anksiyetesi üzerinde artırıcı bir etkiye sahip olabilmektedir (15). Ayrıca yüksek sağlık anksiyetesi, sağlık kuruluşlarına daha sık başvuru ve tetkik isteme davranışlarını beraberinde getirebilmekte; bu da sağlık sisteminde gereksiz kaynak kullanımına yol açabilmektedir (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 (Koronavirüs Hastalığı 2019) pandemisi sonrası sağlık çalışanlarının ruh sağlığını küresel bir öncelik olarak tanımlamış; bu grupta anksiyete, tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin belirgin şekilde arttığını bildirmiştir (9). Pandemi dönemi, sağlık çalışanları için yalnızca

fiziksel değil, aynı zamanda yoğun psikolojik zorlukların yaşandığı bir süreç olmuştur. Shanafelt ve arkadaşlarının (2020) çalışması, sağlık çalışanlarında belirsizlik, yetersiz kaynak ve hasta kaybı gibi etmenlerin anksiyeteyi artırarak, hasta güvenliği ve etik karar süreçlerini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur (10). İran’da hem eş zamanlı test edilen sağlık çalışanları (%97’si) hem de ön safta görev alan hemşirelerin %59’u, COVID-19 ilişkili sağlık anksiyetesi yaşamış; bu kaygının mesleki ortamla doğrudan bağlantısı belgelenmiştir (18,19). Ayrıca, Tahran’da yapılan bir araştırma, sağlık anksiyetesinin yaşam kalitesini (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel alanlarda) düşürdüğünü ortaya koymuş ve bunun etik hizmet sunumuna yansımaları olduğunu vurgulamıştır (20). Literatürde kadın cinsiyet, genç yaş, kronik hastalık varlığı, uzun nöbet süreleri ve COVID-19 sürecinde aktif görev almanın anksiyete riskini artıran faktörler olduğu gösterilmiştir (11,12,13).

Sağlık çalışanlarında görülen anksiyete düzeyleri ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu da bazı çalışmalarda gösterilmiştir (7,8). Bu nedenle iki durumun birlikte değerlendirilmesi, koruyucu ruh sağlığı uygulamaları ve erken müdahale açısından önem arz etmektedir. Ayrıca, bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik müdahalelerin sağlık anksiyetesi semptomlarını azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (17).

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerle ilişkili bireysel ve mesleki faktörleri değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete

2.1.1. Anksiyetenin Tanımı ve Tarihçesi

Anksiyete, bireyin mevcut ya da olası bir tehdit algısına karşı ortaya çıkan, otonom sinir sistemi tepkileriyle birlikte seyreden içsel bir gerginlik ve huzursuzluk durumudur. Normal düzeydeki anksiyete, bireyin çevresel tehlikelere karşı uyarılmasını ve uygun baş etme stratejileri geliştirmesini sağlayan uyumlaştırıcı bir tepkidir. Ancak herhangi bir dış stres etkeni olmaksızın ortaya çıkması ve bireyin sosyal, mesleki veya kişisel işlevselliğini olumsuz etkileyecek düzeye ulaşması durumunda, bu duygu durumu anksiyete bozukluğu olarak tanımlanır (21).

“Anksiyete” sözcüğü köken olarak Hint-Avrupa dil ailesine ait Yunanca *agkho* fiilinden gelmektedir. Bu köken , Latince *ango* ve *anxio* biçimlerinde iki farklı yönde türeyerek geçmiştir. *Ango* kelimesi, temel anlamı itibarıyla “sıkmak” veya “daraltmak” eylemini ifade eder ve bu anlam, anksiyete durumlarında bireyin göğüs ya da boğaz bölgesinde hissettiği sıkışma hissiyle ilişkilendirilmektedir (22).

Hipokrat’ın ruhsal bozukluklara ilişkin yazılarında, korku ve “nedensiz kaygı” olarak tanımladığı bir durumdan söz ettiği bilinmektedir. 17. yüzyıla gelindiğinde ise, dilbilimciler yoğun huzursuzluk, tedirginlik ve endişe hâlini tanımlamak için çeşitli terimler kullanmışlardır. Benzer duygusal durumları ifade etmek üzere Fransızlar *angoisse*, Almanlar *angst* ve İspanyollar *angustia* sözcüklerini tercih etmişlerdir (23).

İnsanlar, antik dönemlerden bu yana anksiyete olgusunu anlamlandırmaya ve onunla baş etmeye çalışmışlardır. Bu dönemlerde kaygının tanrısal güçlerden, kötü ruhlardan ya da büyü gibi doğaüstü etkenlerden kaynaklandığına inanılmıştır. Eski Yunan toplumunda ise anksiyeteyi denetim altına almanın yolu olarak içsel dinginliğe ulaşma çabası ön plana çıkmıştır. Bu dinginlik, ruhun huzurlu, dengeli ve korku ya da doğaüstü etkilerden arınmış olduğu bir durum olarak tanımlanmıştır (24).

2.1.2. Epidemiyoloji

DSÖ'nün 2015 yılı verilerine göre anksiyete, dünya nüfusunun yaklaşık %3,6'sında görülmektedir. DSÖ raporlarına göre anksiyete bozuklukları, küresel ölçekte ölümcül olmayan sağlık sorunları arasında altıncı sırada yer almakta ve tüm DSÖ bölgelerinde yaşam kalitesini en çok düşüren ilk on hastalık arasında bulunmaktadır. Ayrıca, kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (25). Anksiyete bozukluklarının en sık karşılaşılan alt tipleri arasında yaygın anksiyete bozukluğu, toplumsal (sosyal) anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve özgül fobiler yer almaktadır (1). Türkiye'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, anksiyete bozukluklarının toplum genelindeki yaygınlığının %10 ile %15 arasında değiştiği bildirilmiştir (26).

2.1.3. Anksiyetenin Etiyolojisi

Pek çok ruhsal bozuklukta olduğu gibi, anksiyete bozukluklarının da kesin nedenini belirlemek güçtür. Anksiyeteyi, yaşamla uyum sağlamaya yardımcı olan normal düzeydeki kaygıdan ayırmak önemlidir. Patolojik anksiyetenin sınırları ise olası biyolojik ve psikodinamik etkenler doğrultusunda tanımlanabilir (3).

2.1.3.1 Genetik

Anksiyetenin etiyolojisinde genetik faktörlerin etkili olduğunu ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur. Bu araştırmalar doğrultusunda, panik bozukluk, zarardan kaçınma eğilimi ve nörotisizm gibi anksiyete ile ilişkili özelliklerde rol oynadığı düşünülen genler üzerindeki incelemeler sürmektedir (27). Literatürde farklı oranlar bildirilmekle birlikte, genetik yatkınlık ile benzer çevresel etkenlere maruz kalmanın, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma olasılığını artırdığı gösterilmiştir. Nitekim Amerika'da yapılan bir araştırmada, birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluğu öyküsü bulunan bireylerde, kontrol grubuna kıyasla yaklaşık beş kat daha fazla anksiyete bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (28).

2.1.3.2. Nörotransmitterler

Anksiyete bozukluklarında görülen belirtilerin, bazı kaçınma, korku ve kaçma davranışlarının hayvanlarda da gözlemlenmesi, bu tepkilerin beyindeki hangi bölgeler ve sinirsel yollarla ilişkili olabileceğini araştırma konusu hâline getirmiştir. Nitekim hem insan hem de hayvan çalışmalarında, nötr ya da olumsuz bir uyarana maruz kalmanın ardından, deneklerin yalnızca nötr uyaranlara karşı da anksiyete tepkisi geliştirdiği gözlenmiştir. Gorman ve arkadaşlarının 1989 yılında ortaya koyduğu nöroanatomik hipoteze göre, anksiyete bozukluklarının oluşumunda serotonerjik ve noradrenerjik yollar, beyin sapındaki solunum merkezi ve limbik sistemin birlikte rol oynadığı belirtilmiştir (29). Noradrenalin, beyinde en yoğun olarak locus coeruleus bölgesinde yer almaktadır. Yapılan hayvan deneylerinde, deneklere ağırlı ya da beklenmedik bir uyarı verildiğinde bu bölgenin belirgin biçimde aktive olduğu; buna karşın herhangi bir uyarı olmadığı dönemlerde ise aktivitesinin en düşük düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir (30). Serotonerjik sistemin anksiyete gelişiminde temel bir rol üstlendiği kabul edilmektedir. Ancak bu etkinin, çeşitli nörofizyolojik süreçler aracılığıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Serotonin düzeylerinde ani artışların, bireyde korku yanıtını ve kaçınma davranışlarını uyatabildiği gösterilmiştir (31).

2.1.3.3. Psikolojik Teoriler

Anksiyete bozukluklarının anlaşılması ve tedavi yaklaşımlarının temelleri, psikodinamik kuram çerçevesinde Freud, Jung, Klein ve diğer kuramcılarının katkılarıyla şekillenmiştir. Freud, kaygının bireyin psikoseksüel gelişim sürecinde yaşadığı travmalar, ihmal ve içsel çatışmaların bir sonucu olarak zamanla ve stres altında ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Klein ve çalışma arkadaşları ise çocuğun erken dönem ilişkilerinde yaşadığı olumsuz deneyimlerin, ilerleyen yaşamda kaygı gelişimine zemin hazırladığını savunmuşlardır. Bowlby ise anksiyeteyi güvensiz bağlanmanın bir sonucu olarak değerlendirmiştir. Ona göre, bir bağlanma figürünün çocuğa ulaşılmaz olması, çocuğun dünyayı güvensiz, öngörülemez ve kontrol edilemez bir yer olarak algılamasına yol açmaktadır. Bu durumda çocuk, olumsuz olayların gerçekleşme olasılığını ve etkisini abartma

eğilimi göstermektedir. Bowlby'nin ortaya koyduğu bu model, anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin dünyayı algılama biçimleriyle büyük ölçüde örtüşmektedir. Nitekim yapılan araştırmalar, erken dönemde gelişen kaygılı bağlanma biçimlerinin, ileriki yaşamda anksiyete bozukluğu geliştirme riskini artırdığını göstermektedir (32,33).

2.1.4. Anksiyetenin Klinik Özellikleri

Anksiyete belirtileri aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (34).

Bilişsel belirtiler: Fiziksel zarara uğrama ya da yaşamını yitirme korkusu, kontrolünü kaybetme veya “delirme” endişesi, çevresindekiler tarafından olumsuz değerlendirilme kaygısı, tehdit edici ya da korkutucu düşüncelerle birlikte zihinsel imgelerin veya geçmiş anıların sık sık akla gelmesi, gerçeklikten uzaklaşma ya da çevreden kopma hissi, dikkat ve yoğunlaşmada güçlük, tehditlere karşı aşırı uyarılmış olma durumu, bellek performansında azalma ve kendini ifade etmede zorlanma bilişsel belirtiler arasında sayılabilir (34).

Fizyolojik semptomlar: Anksiyetenin fizyolojik belirtileri arasında kalp atım hızında artış ve çarpıntı hissi, nefes darlığı ya da hızlı solunum, göğüs bölgesinde ağrı veya sıkışma, boğulma hissi, baş dönmesi ya da sersemlik, aşırı terleme veya üşüme, mide bulantısı ve zaman zaman ishal, kas titremesi, kol ve bacaklarda uyuşma veya karıncalanma ile ağız kuruluğu gibi semptomlar yer almaktadır (34).

Duygusal belirtiler: Anksiyete yaşayan bireylerde genellikle sinirlilik, gerginlik, korku veya yoğun dehşet duygusu ile birlikte sabırsızlık ve huzursuzluk hâli de gözlenebilir. Bu duygusal belirtiler, bireyin çevresel uyaranlara karşı aşırı duyarlılık geliştirmesine ve stres düzeyinin artmasına neden olabilir (34).

2.1.5. Anksiyetenin Sınıflandırılması ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Psikiyatrik hastalık ve bozuklukların sınıflandırılmasında en yaygın biçimde kullanılan sistem, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanıp belirli aralıklarla güncellenen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'dır (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*). Bu kılavuzun en

son sürümü olan DSM-5, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında yayımlanmıştır (35).

DSM-5'te yer alan anksiyete bozuklukları şu şekilde sıralanmıştır:

1. Panik bozukluk
2. Yaygın anksiyete bozukluğu
3. Agorafobi
4. Seçici konuşmazlık (mutizm)
5. Toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)
6. Özgül fobi
7. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
8. Başka bir sağlık durumunun sebep olduğu anksiyete bozukluğu
9. Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
10. Tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu (36).

Bu bozukluklar, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen farklı anksiyete türlerini içermektedir. Bu türler arasında, hem genel popülasyonda hem de klinik uygulamalarda en sık karşılaşılan bozukluk Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)'dur. Ayrıca, YAB'nin sağlık hizmetlerinin daha sık kullanımıyla yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal düzeyde temsili örneklemeler üzerinde yürütülen epidemiyolojik araştırmalar, (YAB)'nın son bir yıl içindeki yaygınlığının %2,7–%3,1, yaşam boyu yaygınlığının ise %5,1–%11,9 arasında değiştiğini göstermektedir. Avrupa'da yapılan benzer epidemiyolojik çalışmalar, YAB'ın bir yıllık prevalansını %1,7–%3,4, yaşam boyu prevalansını ise %4,3–%5,9 aralığında bildirmiştir. Küresel düzeyde değerlendirildiğinde, YAB'ın yaşam boyu görülme oranının yaklaşık %3,7, 12 aylık yaygınlığının ise %1,8 olduğu tahmin edilmektedir (37).

DSM-5'e göre YAB tanı kriterleri şu şekildedir:

Çizelge 2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Kişi, en az 6 ay boyunca çoğu gün çeşitli olaylar ya da aktiviteler hakkında aşırı derecede endişe yaşar.
B. Endişelerini kontrol etmekte güçlük çeker.
C. Aşağıdaki altı semptomdan en az üçü (çocuklar için en az biri yeterli) bulunur:
Huzursuzluk ya da sürekli gergin hissetme
Kolay yorulma
Dikkat dağınıklığı ya da zihin boşluğu
İrritabilite (sinirlilik hali)
Kas gerginliği
Uyku sorunları (uyuyamama, uykuyu sürdürmede güçlük, dinlenememe)
D. Bu anksiyete ya da endişe, kişinin sosyal, iş yaşamı ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin sıkıntıya veya bozulmaya yol açar.
E. Durum, bir madde (örn. ilaçlar) ya da sağlık problemi (örn. hipertiroidizm) kaynaklı değildir.
F. Anksiyete ve endişe, başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamaz (örn. panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk).

2.1.6. Sağlık Çalışanı ve Anksiyete

Sağlık çalışanları, görevlerinin niteliği gereği birçok fiziksel ve psikososyal risk etkenine maruz kalmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak, mesleki stres uzun süredir sağlık çalışanları açısından önemli bir kaygı kaynağı hâline gelmiştir (39). Yapılan araştırmalar, sağlık sektöründe çalışan bireylerin iş yerinde şiddete maruz kalma olasılığının, diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara kıyasla yaklaşık 16 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (40). Türkiye’de 12.944 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %44,7’si son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (41). Depresyon ve anksiyete bozuklukları, toplum genelinde yaygın görülen ruhsal sorunlar arasında yer almakta olup, sağlık çalışanları arasında da benzer şekilde yüksek oranlarda görülmektedir. Bu bozuklukların ortaya çıkışında genetik yatkınlığın yanı sıra, bireyin yaşadığı çevresel ve yaşam koşullarının da etkili olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda, iş ortamında yaşanan stresin ruhsal bozuklukların gelişiminde önemli bir tetikleyici faktör olabileceği düşünülmektedir (42). İş ortamında yaşanan

stres, çalışanlarda dikkat dağınıklığına, iş süreçlerinde aksamalara, kişiler arası ilişkilerde çatışmalara ve genel olarak iş veriminde azalmaya yol açabilmektedir. Sağlık çalışanlarının doğrudan insan sağlığıyla ilgilenmeleri, beraberinde önemli bir vicdani sorumluluk getirmekte ve bu durum, yaşadıkları iş stresinin düzeyini daha da artırmaktadır (43).

Ankara’da birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların anksiyete puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (43). Yapılan bir başka araştırmada, SARS salgını döneminde virüse maruz kalma riski yüksek olan sağlık çalışanlarının yalnızca kronik stres yaşamadıkları, aynı zamanda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (44). Ruhsal bir sorun yaşayan sağlık çalışanları, durumlarının farkında olsalar dahi, profesyonel kimliklerinin etkisiyle yardım arayışına girmekte çoğu zaman zorlanmakta ve bu durum, aşılması gereken önemli bir engel oluşturmaktadır (42). Ayrıca, iş koşullarının yol açtığı tükenmişlik durumu, bireylerin yardım almasına rağmen aynı olumsuz koşullar altında çalışmayı sürdürmeleri nedeniyle, kısır döngü içinde olma hissini pekiştirmekte ve bu durum tedavi arayışını engelleyebilmektedir. İnsanların yaşamı ve sağlığı üzerinde doğrudan etkisi bulunan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı stres faktörlerinin azaltılması, kesintisiz hizmet verilen sağlık kurumlarında fiziksel çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çalışanların motivasyonunu artırıcı düzenlemelerin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır.

2.1.7. Anksiyeteye İlk Basamakta Tedavi Yaklaşımı

Tedavi sürecinde başarıyı belirleyen en önemli unsurlardan biri, doğru tanının konulmasıdır. Bu nedenle ayırıcı tanının dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Yüksek düzeyde anksiyete bozukluğu vakalarında genellikle psikoterapi ve farmakoterapi yöntemleri birlikte uygulanırken, daha hafif olgularda yalnızca psikoterapi tercih edilmesi prognoz açısından daha olumlu sonuçlar sağlayabilmektedir. Ayrıca, hastanın farmakoterapiye yönelik tutumu da tedavi

sürecinde kritik bir rol oynamakta olup, tedaviye uyumun sağlanması başarısının önemli bir belirleyicisidir (45).

Psikoterapi sürecinde bilişsel davranışçı terapi, dinamik psikoterapi ve destekleyici terapi gibi farklı yaklaşımlar uygulanabilmektedir. Bu terapiler, genellikle psikiyatri uzmanları tarafından yürütülmektedir. Farmakoterapi ise günlük yaşamı belirgin biçimde etkileyen anksiyete durumlarında tercih edilmelidir. Ayrıca, altı ay ve daha uzun süre tedavi gören hastalarda, daha kısa süreli tedavi alanlara kıyasla nüks oranlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (46). Farmakolojik tedavide kullanılan ajanlar arasında benzodiazepinler, trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), buspiron ve beta blokerler yer almaktadır (47,48).

Anksiyetenin yönetimi genel olarak değerlendirildiğinde, birinci basamak hekimlerinin anksiyeteyi ön tanı olarak düşündükleri olgularda, diğer olası ayırıcı tanıları sorgulamaları, hastayı bilgilendirmeleri ve tanı ile tedavi sürecinin ilerletilmesi için hastayı bir psikiyatri uzmanına yönlendirmeleri en uygun yaklaşım olarak görülmektedir.

2.2. Sağlık Anksiyetesi

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Genel olarak, “sağlık anksiyetesi” ya da “hastalık kaygısı” kavramları, temelde bazı farklılıklar bulunmakla birlikte, genellikle hipokondriyazis (bedensel belirti bozukluğu) ile benzer biçimde ele alınmaktadır. Sağlık anksiyetesi, hipokondriyazisin hastalıkla meşgul olma ve zaman zaman sanrısız düşüncelere kadar ilerleyebilen depresif bir tablo içeren daha geniş tanımından farklı olarak, daha çok kaygı temelli bir hipokondriyazis biçimi olarak değerlendirilebilir. Araştırmacılar, sağlık anksiyetesinin tanısında çoğunlukla mevcut hipokondriyazis ölçütlerinden yararlanmakta, ancak bu alanda daha özgün tanı kriterleri geliştirme yönünde çalışmalar devam etmektedir. Son yıllarda sağlık anksiyetesi kavramı, özellikle son beş yılda, literatürde sık kullanılan ve giderek daha fazla ilgi gören bir tanımlama hâline gelmiştir. DSM-5'te sağlık kaygısı, “sağlık anksiyetesi bozukluğu” başlığı altında sınıflandırılmıştır. Benzer biçimde, ICD-11(Uluslararası

Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon) sınıflandırmasında da sağlık anksiyetesinin tanımı, hipokondriyazis ile büyük ölçüde örtüşmekte olup her iki durumda da bireyde henüz tanı konmamış bir hastalığa sahip olma ya da hastalık geliştirme olasılığına ilişkin yoğun endişe temel özelliiktir. Bu sıkıntı, bedensel belirtilerden çok hastalıkla ilgili kaygıdan kaynaklanmakta olup, kişinin bedenini sık sık kontrol etme eğilimi bu endişe ile yakından ilişkilidir (49). Hipokondriyazisten farklı olarak, hastalık anksiyete bozukluğu olan bireyler, vücutlarındaki çeşitli belirtilerden ya da bu belirtilere bağlı yakınmalardan çok, bir hastalığa sahip olma olasılığına ilişkin yoğun bir endişe yaşarlar. Bu kişiler, tıbbi bir tanı aldıklarında dahi, tanının ciddiyetiyle orantısız biçimde yüksek düzeyde kaygı hissederler ve hastalığın seyri ya da sonucuna ilişkin en olumsuz olasılıkları düşünme eğilimindedirler (50).

Sağlık anksiyetesi, hastalığın gerçek ciddiyetiyle orantısız bir endişe durumu olarak tanımlandığından, bu kavramın kaygı bozuklukları spektrumu içerisinde değerlendirilmesi gerektiğine yönelik güçlü görüşler bulunmaktadır (49).

Hastalar genellikle kendi bedenlerini gözlemleyip değerlendirme eğiliminde olduklarından, adeta “kendi doktorları” konumuna gelirler. Ancak, bu öz değerlendirmelerin doğruluğundan emin olamadıkları için korkularını teyit edecek sağlık personelinin onayına ihtiyaç duyarlar. Sağlık anksiyetesi geliştiğinde, bu durum çoğunlukla aşırı beden kontrolü ve bedensel duyumlara karşı artan duyarlılıkla birlikte seyreder. Ayrıca, son yıllarda “siberkondri” olarak tanımlanan, internet üzerinden yoğun biçimde sağlık bilgisi arama davranışı da bu tabloya sıklıkla eşlik etmektedir (51). Yoğun kaygı yaşayan bireyler, bu endişenin etkisiyle sık sık tıbbi konsültasyonlara başvurmakta ve birçok durumda gereksiz ileri tetkiklerin yapılmasına neden olmaktadır. Ancak, belirtilerin tekrar ortaya çıkmasıyla birlikte bu süreç kısır bir döngü hâline gelmekte ve yeniden başlamaktadır.

Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler genel olarak üç grupta incelenebilir: Birinci grupta, sağlık anksiyetesine sahip olduğunu fark ederek profesyonel yardım arayışına girenler (tedavi arayanlar) yer alır. İkinci grupta, sağlık anksiyetesine sahip olduklarını ancak bir uzmana başvurduktan sonra fark eden bireyler bulunur (tedaviyi anlayanlar). Üçüncü grupta ise, sağlık anksiyetesi yaşadığının farkında

olmayan ve herhangi bir yardım talebinde bulunmayan kişiler yer almaktadır (tedaviyi reddedenler). Bu son grupta yer alan, ciddi bir hastalığa yakalanma korkusu taşımasına rağmen hiçbir profesyonel destek almayan bireyler, literatürde “kaçıngan sağlık kaygılılar” olarak tanımlanmaktadır. Bu grubun toplum içindeki oranı tam olarak bilinmemekle birlikte, bazı vakalarda aşırı sıkıntı ve gerginlikten kurtulma amacıyla intihar girişiminde bulunabildikleri bildirilmiştir (49).

2.2.2. Epidemiyoloji

Hipokondriyazis tanısı konulan bireylerin yaklaşık %33'ünün Sağlık Anksiyetesi Bozukluğu (SAB) tanısı alabileceği öngörülmektedir (52). Sağlık Anksiyetesi Bozukluğu'nun (SAB) görülme sıklığı, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, ülkemizde genel toplumda yaklaşık %0,05 ile %5 arasında bildirilmektedir (53). Hipokondriyazisle ilgili yapılan araştırmalar, bu bozukluğun genel tıbbi popülasyonda yaklaşık %4 ila %6 oranında görüldüğünü ortaya koymaktadır (54). Yapılan bir araştırmada, genel nüfusun yaklaşık %15'inin hastalanma ya da bakıma muhtaç hale gelme konusunda kaygı yaşadığı belirlenmiştir (54). Birinci basamak hastaları arasında SAB nun prevalansı yaklaşık %3 olarak bildirilmekte olup, bu duruma sıklıkla majör depresif bozukluğun eşlik ettiği görülmektedir (54). Psikiyatrik hastalar arasında görülme oranı, birinci basamak hastalarına kıyasla daha düşük olmakla birlikte yaklaşık %1 olarak bildirilmektedir(54). Ayaktan izlenen medikal hastalar arasında SAB oranının %4,4 ile %7,7 arasında değiştiği bildirilmektedir (53).

Hipokondriyazis en sık erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmakta olup, 50 yaş sonrasında nadiren başlamaktadır (55). Risk faktörleri arasında; çocukluk döneminde ciddi bir hastalık geçirme, ebeveynlerden birinin ağır bir hastalığa sahip olması, fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalma, çocuklukta ihmal edilme ve ebeveynlerin aşırı koruyucu tutum sergilemesi yer almaktadır (54). Avustralya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, en az bir fiziksel hastalığı bulunan katılımcıların, nispeten sağlıklı olanlara kıyasla sağlık anksiyetesi kriterlerini karşılama olasılığının 4,67 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (56). Aynı araştırmada,

sigara kullanımı ve eşlik eden fiziksel hastalıkların, sağlık anksiyetesini yordayan önemli etmenler olduğu belirlenmiştir (56).

2.2.3. Etiyoloji

Sağlık anksiyetesinin kesin nedeni tam olarak açıklığa kavuşmamıştır; ancak çeşitli biyopsikososyal faktörlerin bu durumda rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bireyin sahip olduğu bazı inanışlar, olağandışı ya da rahatsız edici bedensel duyuların tolere edilmesini güçleştirebilir. Bu durum, söz konusu bedensel duyuların ciddi bir hastalığın belirtisi olarak yanlış yorumlanmasına ve dolayısıyla bu inancı doğrulayacak kanıt arayışına girilmesine yol açabilir. Ayrıca, sağlık durumuna ilişkin aşırı kaygılı ebeveyn tutumlarının varlığı ya da çocukluk döneminde ciddi bir hastalık öyküsünün bulunması, sağlık anksiyetesinin görülme olasılığını artıran etmenler arasında yer almaktadır (57).

Sağlık Anksiyete Bozukluğu için risk faktörleri:

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

2.2.4. Komplikasyonlar

Sağlık Anksiyetesi Bozukluğunun;

- Bireyin aşırı endişe nedeniyle yaşadığı ilişki veya aile sorunları
- İşle ilgili performans düşüklüğü veya aşırı devamsızlık
- Günlük yaşamda işlevsellik sorunları
- Sağlık hizmetlerini aşırı kullanma ve sağlık masraflarında artış

- Somatik belirti bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk veya kişilik bozukluğu gibi başka mental bir bozukluğa sahip olma gibi negatif sonuçlar olabilir (57).

Sağlık Anksiyetesi tanısı, çeşitli olumsuz sonuçları beraberinde getirebilmekle birlikte, tanı sonrasında hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyen bazı özellikler de bulunmaktadır. Bu özellikler arasında; yüksek sosyoekonomik düzey, tedaviye iyi yanıt veren kaygı ya da depresyon varlığı, belirtilerin ani başlangıç göstermesi, eşlik eden tıbbi bir hastalığın bulunmaması ve kişilik bozukluğunun olmaması yer almaktadır (50).

2.2.5. Klinik

Sağlık anksiyetesinin semptom yelpazesi oldukça geniştir ve en sık erken erişkinlik döneminde görülmektedir. Çocukluk döneminde ise SA'nın ortaya çıkışı oldukça nadirdir (58). Bu bozuklukta, ciddi bir hastalığa yakalanma ya da mevcut hastalığın daha ağır seyredeceğine ilişkin yoğun korkuların yanı sıra, bedensel duyumlara karşı artmış duyarlılık ve bu duyumları olumsuz biçimde yorumlama eğilimi gözlenmektedir (56).

Sağlık anksiyetesi, kişiler arası yabancılaşma, güven arama davranışı, duyumları yanlış algılayarak aşırı odaklanma ve duygusal düzeyde yoğun endişe duyma olmak üzere dört temel bileşenden oluşmaktadır. Bu bireyler, aksi yönde sunulan kanıtlara rağmen hasta olduklarına inanmayı sürdürür ve çevresindekilerin ilgisiz olduğunu düşünerek yalnızlık ve yabancılaşma hissi yaşayabilirler. Sahip olduklarına inandıkları hastalıkla ilgili olarak onaylanma ve destek arayışı, güven arama bileşeni kapsamında değerlendirilmektedir. Fiziksel belirtilere olağandan fazla dikkat gösterme ve bu duyumlara aşırı duyarlılık, kendini kaptırma bileşenini oluştururken; sağlık durumuna ilişkin sürekli ve yoğun kaygı hali ise endişe bileşeni olarak tanımlanmaktadır (57-59).

Hastaların bir kısmı tepkilerinin abartılı olduğunu kabul etmekte, ancak bu durumu kontrol edememekten kaynaklanan çaresizlik yaşadıklarını ifade etmektedir. Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler, ciddi bir hastalığa yakalanma olasılıklarının diğer kişilerden daha yüksek olduğuna inanmaktadır. Sağlık

anksiyetesi düzeyi yüksek olan bireyler, tıbbi muayene ve tanı süreçlerinden yeterince tatmin olmayarak çoğunlukla internet üzerinden bilgi edinme yoluna başvurmaktadır. Bu durum, anksiyete düzeylerinde artışa ve günlük işlevselliklerinde bozulmaya yol açmaktadır (63).

Sağlık anksiyetesi yaşayan bireyler, özellikle stresli dönemlerde kendilerini ikna etme çabasına girerek rahatlama amacıyla sık sık tansiyon ve nabız ölçme, ateş kontrolü yapma ya da kendi kendine muayene etme gibi davranışlar sergilemektedirler (61). Bu kişilere bir hastalık tanısının konulmuş olması, sağlık anksiyetesi bulunmadığı anlamına gelmemektedir. Sağlık kuruluşlarına sık başvuran, internet üzerinden edindikleri bilgileri tekrar tekrar sorgulayan ve mevcut sağlık durumlarını olduğundan daha ciddi algılayarak aşırı endişe duyan bireylerde, yaşam kalitesinde belirgin düşüş gözlenmekte olup bu kişilerde sağlık anksiyetesinden şüphelenilmelidir (57-61).

2.2.6. Tanı Kriterleri

Literatürde, sağlık anksiyetesine yönelik ilk sistematik tanı ölçütlerinin 1995 yılında yayımlanan “Psikosomatik Araştırmalarda Kullanım İçin Tanı Kriterleri” başlıklı çalışmada tanımlandığı bildirilmektedir. Bu model, sağlıkla ilişkili kaygıların yapılandırılmış biçimde değerlendirilmesine ve diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesine olanak sağlamıştır. Söz konusu çalışmada belirtilen kriterlere göre, sağlık anksiyetesi tanısının konulabilmesi için aşağıda yer alan üç ölçütün tamamının karşılanması gerekmektedir (64).

- Bireyin hastalıklara ilişkin belirgin ve yaygın bir kaygı yaşaması; ağrı ve diğer bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık göstermesi, somatik duyuları abartılı biçimde yorumlayarak bedensel uğraşlar geliştirmesi ve bu belirtilerin genellikle altı aydan kısa süreyle devam etmesi.
- Mevcut kaygı ve korkuların, yeterli tıbbi güvence sağlandığında geçici olarak azalmasına karşın, zaman içerisinde benzer endişelerin yeniden ortaya çıkma eğilimi göstermesi.

- Bu kaygı ve korkuların, herhangi bir duygudurum bozukluğu ya da diğer anksiyete bozukluklarına ikincil nitelikte olmaması.

Literatürde, sağlık anksiyetesine ilişkin tanı ölçütlerinin 2018 yılında Tyrer ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışma ile yeniden değerlendirildiği bildirilmektedir. Bu güncel modelde, bireylerin hastalıklara yönelik kaygılarının sürekliliği, bu kaygıların günlük işlevsellik üzerindeki etkileri ve tanının belirlenmesine katkı sağlayan davranışsal örüntüler kapsamlı biçimde ele alınmıştır. İlgili çalışmada, sağlık anksiyetesinin temel tanı özellikleri aşağıda sunulmuştur (65).

- Sağlıkla ilgili aşırı endişeler
- Vücut ve bedensel işlevler konusunda aşırı tetikte olma
- Hastalık belirtileri açısından bedeni tekrar tekrar kontrol etme
- Ciddi ya da tedavi edilemez bir hastalığa sahip olma ya da geliştirme korkusu
- Sürekli güvence alma ihtiyacı
- Sık tıbbi başvurular

Sağlık anksiyesiyle benzer özellikler gösteren bir tablo olan hastalık kaygısı bozukluğu, bireyin sağlık durumuna ilişkin aşırı endişe ve kaygı yaşamasıyla karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur (65). Çizelge 2.2’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskının Metin Revizyonu (DSM-5-TR)’na göre hastalık kaygısı bozukluğu tanı kriterleri listelenmiştir (66).

Çizelge 2.2 Hastalık Kaygısı DSM-5-TR Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri	Açıklama
Aşırı Kaygı ve Endişe	Birey, mevcut bir hastalık ya da sağlık durumunu sürekli ve aşırı şekilde düşünür. Genellikle başka bir sağlık sorununun belirtilerini yanlış yorumlayarak ciddi bir hastalığa yakalanma endişesi taşır.
Hastalık Belirtileri ve Fiziksel Testlere Aşırı Odaklanma	Kişi, olağan bedensel belirtileri (örneğin baş ağrısı, kas ağrıları) tehdit edici şekilde yorumlar. Sürekli test yaptırma, doktora başvurma veya araştırma yapma davranışı gösterir.
Davranışsal Tepkiler	Kaygıya bağlı olarak sık doktor ziyaretleri yapılır. Sürekli başka bir tıbbi görüş arayışı söz konusudur.
Kabul Edilemez Derecede Uzun Süreli Kaygı	Sağlıkla ilgili kaygılar en az 6 ay boyunca devam eder.
Diğer Bozuklukların Dışlanması	Söz konusu kaygılar başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamaz.
Kişinin Sağlık Durumunun Kesin Bir Şekilde Olumsuz Etkilenmesi	Kaygılar; bireyin günlük yaşamını, işlevselliğini ve sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkiler.
Kaynak: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022. p. 357-361.	

2.2.7. Tedavi ve Müdahale Yöntemleri

Sağlık anksiyetesi, bireylerin kendi sağlık durumlarını izlemeleri yönündeki önerilerin artması ve sağlıkla ilgili konularda aşırı düzeyde internet taraması yapmalarının olumsuz etkileri sonucunda giderek daha sık görülmektedir. Tedavi edilmediği takdirde uzun süre devam eden bu durum, bireyde belirgin düzeyde sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yol açmakta; aynı zamanda yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkilemektedir (49).

Yoğun kaygı yaşayan bireyler çoğunlukla ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaktadır (67,68). Aile hekimlerinin sağlık anksiyetesini tanıyabilmeleri, bu durumun bireyler üzerindeki etkilerini fark edebilmeleri ve uygun müdahale yaklaşımlarıyla yönetebilmeleri büyük önem taşımaktadır (49).

Etkili bir yönetim süreci için hasta-hekim iş birliği kritik öneme sahiptir. Hastaların, tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve terapötik seçenekler arasında karar verme süreçlerine aktif biçimde katılımı sağlanmalıdır (69).

Birinci basamak hekimi tarafından düzenli takip randevularının planlanması, hasta ile güçlü bir terapötik ittifakın kurulması, hastanın sağlıkla ilgili kaygılarının kabul edilip meşrulaştırılması, tanı konulabilir genel tıbbi hastalıkların değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavi edilmesi, gereksiz tanısal testler ile uzman yönlendirmelerinin sınırlandırılması, hastaya ciddi tıbbi hastalıkların dışlandığı konusunda güven verilmesi, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların (örneğin anksiyete, depresyon veya madde kullanım bozuklukları) tanılanarak uygun biçimde tedavi edilmesi ve sağlık anksiyetesine yönelik başa çıkma becerilerinin kazandırılması, sağlık anksiyetesinin yönetiminde temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır (70–72). Birinci basamak hekimi tarafından uygulanan girişimlerin yetersiz kaldığı durumlarda ise, hastanın uygun biçimde bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir (70).

Etkinliği kanıtlanmış tedavi yaklaşımları arasında bilişsel davranışçı terapi, farkındalık temelli yöntemler ve farmakoterapi yer almaktadır (79,70,73). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve trisiklik antidepresanların, sağlık anksiyetesi semptomlarının hafifletilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (49,70). Meta-analiz bulguları, bilişsel davranışçı terapinin sağlık anksiyetesi tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu; bu terapinin yalnızca sağlık anksiyetesinin temel belirtileri üzerinde anlamlı ve kalıcı iyileşme sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda depresyon ve genel anksiyete gibi ikincil semptomlar üzerinde de terapötik yarar oluşturduğunu göstermektedir (74–77).

Sağlık anksiyetesi olan bireylerin yaklaşık üçte ikisinin bilişsel davranışçı terapiye olumlu yanıt verdiği ve her iki hastadan birinde remisyon sağlandığı bildirilmektedir (77). Ayrıca, yaşlı bireylerin sağlık anksiyetesi tedavisine gençlere kıyasla daha olumlu yanıt verdiğini gösteren bulgular da bulunmaktadır (79,78).

2.2.8. Aile Hekimliği ve Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi olan bireyler nadiren psikiyatristler tarafından değerlendirilmekte olup, genellikle başvurularını birinci basamak hekimlerine veya

diğer genel tıp uzmanlarına yapmaktadırlar (80,49). Aile hekimliği, bireylerin yaşam boyu sağlık hizmetlerine erişiminde ilk tıbbi temas noktası olarak önemli bir rol üstlenmektedir. Bu nedenle bireyler, sahip olduklarını düşündükleri ya da şüphelendikleri hastalıkların ilk değerlendirmesi amacıyla çoğunlukla aile hekimine başvurmaktadır (81).

Aile hekimliği, bireyin yaşam boyu bütüncül sağlık hizmetine erişimini sağlayan, sürekli ve koordineli bakım sunan bir tıp disiplini. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından tanımlanan çekirdek yeterliliklerden biri olan bütüncül yaklaşım, bireyin yalnızca biyolojik yönüyle değil; psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesini esas almaktadır. Bu yaklaşım, sağlık anksiyetesi gibi bireyin yaşam kalitesini etkileyen psikososyal durumların tanınması ve yönetiminde önemli avantajlar sağlamaktadır (81).

Sağlık anksiyetesi, bireyin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna ya da olacağına ilişkin gerçekçi olmayan ve süregelen kaygılar yaşamalarıyla karakterizedir (84). Bu durum genellikle tekrarlayan sağlık başvuruları, gereksiz tetkik talepleri ve hekime karşı güven sorunlarıyla kendini göstermektedir (85). Birinci basamak hekimlerinin bu tür hastaları erken dönemde tanıyabilmeleri, açık ve empatik bir iletişim kurmaları ile gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınmaları önem taşımaktadır. Ayrıca, gerekli görülen durumlarda bireylerin psikolojik destek hizmetlerine yönlendirilmesi, sağlık anksiyetesinin yönetiminde etkili bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (82).

Aile hekimliği disiplini, yalnızca tanı ve tedavi süreçlerinin yürütülmesini değil, aynı zamanda hastaların savunuculuğunu üstlenmeyi de kapsamaktadır (81). Bu bağlamda aile hekiminin temel sorumluluklarından biri, bireyleri gereksiz tarama, tetkik ve tedavi uygulamalarının yol açabileceği potansiyel zararlardan korumaktır. Bu yaklaşım, tıbbileştirme eğiliminin azaltılmasını ve hastaya zarar vermeme ilkesini esas alan dördüncül koruma kavramıyla örtüşmektedir (81,83). Özellikle sağlık anksiyetesi gibi durumlarda, gereksiz tıbbi girişimlerin önlenmesi hem bireyin psikososyal iyilik halinin desteklenmesine hem de sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanan ve etik kurul onayı (Ek-1) alınan bu çalışma; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 18 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanları üzerinde yürütülmüştür. Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 18 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarına uygulanmış, çalışmanın amacı hakkında bilgilendirildikten sonra gönüllü olarak katılımı kabul eden bireylerin dahil edildiği, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte bir anket araştırmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 18 yaş ve üzeri sağlık çalışanları oluşturmuştur. Örneklemen hesaplanması için istatistikçi desteği alınmış ve örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı ile, literatürde bildirilen etki büyüklüğü (Cohen's $d = 0.39$) için 0,05 hata payı ve 0,95 güç kullanılarak $n = 105$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 241 kişi dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 18 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarından, "Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"nu okuyarak çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmadan çıkarılma kriterleri; sağlık çalışanının anket sorularına cevap vermesini engelleyecek bir mental rahatsızlığının bulunması ve çalışmaya katılmayı kabul etmemesi olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Tasarımı ve Kullanılan Ölçekler

Çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına, üç bölümden oluşan araştırma anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle ve çevrim içi (online) olarak uygulanmıştır (Ek-3). Anketin birinci bölümünde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, mesleki ve çalışma yaşamına ilişkin bilgileri ile sağlık durumu ve yaşam alışkanlıklarını değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır. Bu bölümde; katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, görev unvanı, çalıştığı birim, mesleki deneyim süresi, haftalık çalışma süresi, vardiya düzeni, kronik hastalık öyküsü, ruh sağlığı desteği alma öyküsü, ailede ruhsal hastalık tanısı varlığı, COVID-19 servisinde çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı sorgulanmıştır. Anketin ikinci bölümünde, katılımcıların anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Anketin üçüncü bölümünde ise katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek amacıyla Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Beck Anksiyetesi Ölçeği

BAÖ, kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ve sıklığını değerlendirmek amacıyla Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (86). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (87). Ölçek toplam 21 sorudan oluşan dört seçenekli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 63 minimum puan ise sıfırdır. Puan aralığı 0-7 kişiler minimal düzeyde anksiyeteye, 8-15 olan kişiler hafif düzeyde anksiyeteye, 16-25 olan kişiler orta düzeyde anksiyeteye ve 26- 63 aralığında alan kişiler ise şiddetli anksiyeteye sahip olarak değerlendirilmektedir (86,87).

3.6.1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002’de geliştirilmiştir (88). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013’te yapılmıştır (62). Bu ölçek 18 soru ve 2 alt boyuttan oluşan dördümlük likert tipinde bir ölçektir. 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. Puan aralığı 0-54 arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör çözümlemesi uygulanmıştır. Güvenilirlik çözümlemelerinde ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 olarak elde edilmiştir (62).

3.7. Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlanmadan önce etik kurulu onayı alınmıştır. Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.07.2025 tarih ve TBAEK-621 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.8. Verilerin istatistiksel analizi

Veri IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu örneklem sayısına bağlı olarak Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Verinin normal dağılım sergilemediği veya en az bir grupta örneklem sayısı 30’un altında kaldığı durumlarda non-parametrik testler, verinin normal dağılım sergilediği durumlarda ise parametrik testler tercih edilmiştir. Bağımsız iki grup analizlerinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında veri normal dağıldığında tek yönlü ANOVA, veri normal dağılmadığında Kruskal Wallis H testi

yapılmıştır. Kruskal Wallis H testinin sonucuna göre, Dunn Testi ve Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test ve Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki, veri normal dağılmadığından, Spearman Rho Korelasyon Analizi aracılığıyla irdelenmiştir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğine etki eden faktörleri belirleyebilmek için Lineer Regresyon Analizi yapılmıştır. Şiddetli Anksiyete durumunda ayırt edici bir faktör olan Sağlık Anksiyetesi Skoru için kesim noktası belirlemek amacıyla ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapılmış ve analiz sonuçları Eğri Altında Kalan Alan (AUC), kesim (cut-off) noktaları, duyarlılık ve seçicilik değerleri ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. Parametrelerin optimal kesim noktaları Youden indeks ile hesaplanmıştır. Sağlık Anksiyete Skorunun 14,5 ve üzerinde olmasına ve Beck Anksiyete Ölçeği ise 26 ve üzerinde olmasına etki eden faktörleri belirleyebilmek amacıyla Lojistik Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

En genci 22 en yaşlısı ise 58 yaşında olan katılımcıların ortalama yaşları 34.23 ± 8.21 'dir. %73,4'ü kadın olan katılımcıların %63,9'u lisans mezunudur. Evli katılımcıların oranı %51,5 iken, katılımcıların %41,9'u bekaardır. Geriye kalan %6,6'lık kesim ise boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcılarından oluşmaktadır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler (n=241)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (Yıl)	34.23±8.21	31(27-41)	22-58
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet			
Kadın	177	73.4	
Erkek	64	26.6	
Eğitim Durumu			
Lise	14	5.8	
Lisans	154	63.9	
Lisansüstü	73	30.3	
Medeni Durum			
Bekar	101	41.9	
Evli	124	51.5	
Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş	16	6.6	

Çizelge 4.2'de katılımcıların mesleki ve çalışma yaşamına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların %34'ünü hekimler, %34'ünü hemşireler ve %32'sini yardımcı sağlık personelleri oluşturmaktadır. 1 ile 37 yıl arasında değişen mesleki deneyim süresi ortalaması 10.39 ± 8.75 yıldır. Yoğunlukla servis (%38,6) ve polikliniklerde (%34,4) çalışan katılımcıların ortalama haftalık çalışma süreleri 45.66 ± 11.58 saattir. Katılımcıların %46,9'u vardiyalı olarak çalışmaktadır. COVID-19 servisinde çalışma öyküsü olan katılımcıların oranı %33,6'dır. Katılımcılar arasında ruh sağlığı desteği alanların oranı %37,8 iken, ailesinde ruhsal hastalık tanısı olan biri olan katılımcıların oranı %22,4'tür.

Çizelge 4.2 Mesleki ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bilgiler

Değişkenler (n=241)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Mesleki Deneyim Süresi (Yıl)	10.39±8.75	7(3-17)	1-37
Haftalık Çalışma Saati (Saat)	45.66±11.58	40(40-48)	7-122
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Görev Unvanı			
Hekim	82	34.0	
Hemşire	82	34.0	
Yardımcı Sağlık Personeli	77	32.0	
Çalışılan Birim			
Servis	93	38.6	
Poliklinik	83	34.4	
Laboratuvar	41	17.0	
Yoğun Bakım	25	10.4	
Acil Servis	23	9.5	
Ameliyathane	9	3.7	
Diğer	17	7.1	
Vardiyalı Çalışma Durumu			
Yok	128	53.1	
Var	113	46.9	
Ruh Sağlığı Desteği Öyküsü			
Yok	150	62.2	
Var	91	37.8	
Covid-19 Servisinde Çalışma Durumu			
Yok	160	66.4	
Var	81	33.6	
Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı			
Yok	187	77.6	
Var	54	22.4	

Katılımcıların %35,3'ünde kronik hastalık olduğu anlaşılmıştır. 1 ile 5 arasında değişen kronik hastalık sayısı ortalaması 1.52±.84'tür. En sık görülen kronik hastalıklar Tiroid (%20), Alerji (%20), Migren (%17,6) ve Psikiyatrik Hastalıklar (%15,3) olmuştur. Katılımcıların %27'si sigara, %25,3'ü ise alkol kullanmaktadır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3 Sağlık Durumu ve Yaşam Alışkanlıkları

Değişkenler	n	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Kronik Hastalık Sayısı	85	1.52±.84	1(1-2)	1-5
		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kronik Hastalık Varlığı	241			
Yok		156	64.7	
Var		85	35.3	
Kronik Hastalık Türü	85			
Tiroid		17	20.0	
Alerji		17	20.0	
Migren		15	17.6	
Psikiyatrik Hastalıklar		13	15.3	
Kalp-Damar Hastalıkları		8	9.4	
Kas-Eklemler Hastalıkları		7	8.2	
Astım-KOAH		7	8.2	
Hipertansiyon		6	7.1	
Romatolojik Hastalıklar		6	7.1	
Mide-Barsak Hastalıkları		5	5.9	
Obezite		4	4.7	
Kanser		2	2.4	
Diyabet		2	2.4	
Diğer		20	23.5	
Sigara Kullanımı	241			
Yok		157	65.1	
Var		65	27.0	
Bırakmış		19	7.9	
Alkol Kullanımı	241			
Yok		176	73,0	
Var		61	25,3	
Bırakmış		4	1,7	

Çalışmada ele alınan ölçeklere ilişkin bilgiler Çizelge 4.4'tedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Cronbach α değeri 0.938 iken, bu değer Beck Anksiyete Ölçeğinde 0.884 olarak ölçülmüştür. Bu değerler, ölçeklerin iç tutarlılıklarının kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir.

Sağlık Anksiyetesi ölçeği ortalama skoru 17.51±12.20; Beck Anksiyete Ölçeği ortalama skoru 15.32±7.38 olarak ölçülmüştür. Beck Anksiyete skoruna göre

belirlenen kategorilerde en yoğun katılımcının olduğu kategoriler %39 ile orta düzeyde anksiyete ve %37,3 ile hafif düzeyde anksiyete olmuştur.

Çizelge 4.4 BAÖ ve SAÖ Bilgileri

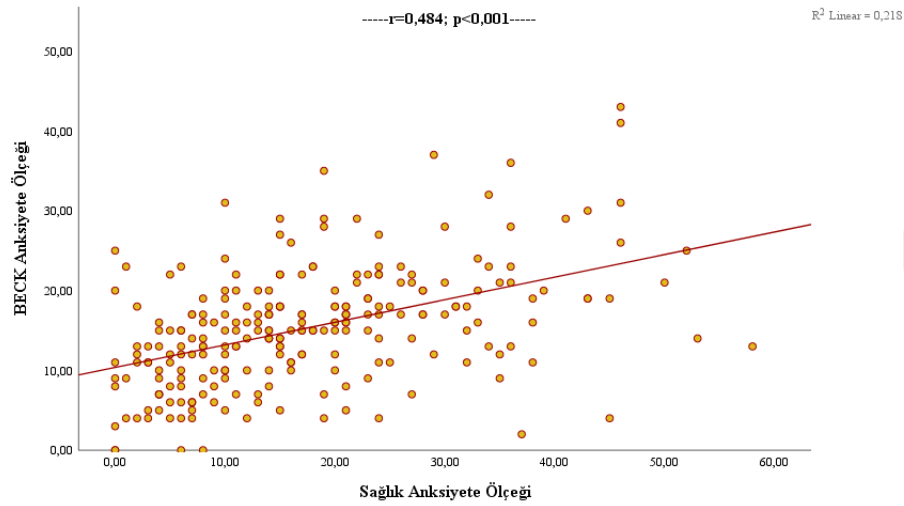
Değişkenler (n=241)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max	Cronbach α
Sağlık Anksiyete Ölçeği Skoru	17.51±12.20	15(8-24)	0-58	0.938
Beck Anksiyete Ölçeği Skoru	15.32±7.38	15(11-19)	0-43	0.884
	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Beck Anksiyete Kategorileri				
Minimal Düzeyde Anksiyete	37	15.4		
Hafif Düzeyde Anksiyete	90	37.3		
Orta Düzeyde Anksiyete	94	39.0		
Şiddetli Anksiyete	20	8.3		

Çizelge 4.5’te Sağlık Anksiyetesi Skoru ile Beck Anksiyete Ölçeği arasındaki korelasyon analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre r=0,00 “ilişki yok”, r=0,01-0,29 “düşük düzeyde ilişki”, r=0,30-0,70 “orta düzeyde ilişki”, r=0,71-0,99 “yüksek düzeyde ilişki” ve r=1,00 “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değerinin düşmektedir.

Sağlık Anksiyete Skoru ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,484$; $p<0,001$). Başka bir ifadeyle, Sağlık Anksiyetesi skoru yükseldikçe, Beck Anksiyete Ölçeği de anlamlı olarak yüksekmektedir (Şekil 4.1).

Çizelge 4.5. Sağlık Anksiyete Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi

		Sağlık Anksiyete Ölçeği
Beck Anksiyete Ölçeği	r	0,484**
	p	<0,001
[§] Spearman Rho Korelasyon Analizi **Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.		



Şekil 4.1 Sağlık Anksiyete Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği Arasındaki Korelasyon Eğrisi

Ölçek skorları ile yaş, mesleki deneyim süresi ve haftalık çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Yaş, Mesleki Deneyim Süresi, Haftalık Çalışma Süresi ve Kronik Hastalık Sayısı ile Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Analizi

		Sağlık Anksiyete Ölçeği	BECK Anksiyete Ölçeği
Yaş (Yıl)	r	-0,087	-0,061
	p	0,177	0,345
Mesleki Deneyim Süresi (Yıl)	r	-0,063	0,014
	p	0,33	0,834
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	r	0,002	-0,022
	p	0,979	0,738
^s Spearman Rho Korelasyon Analizi			

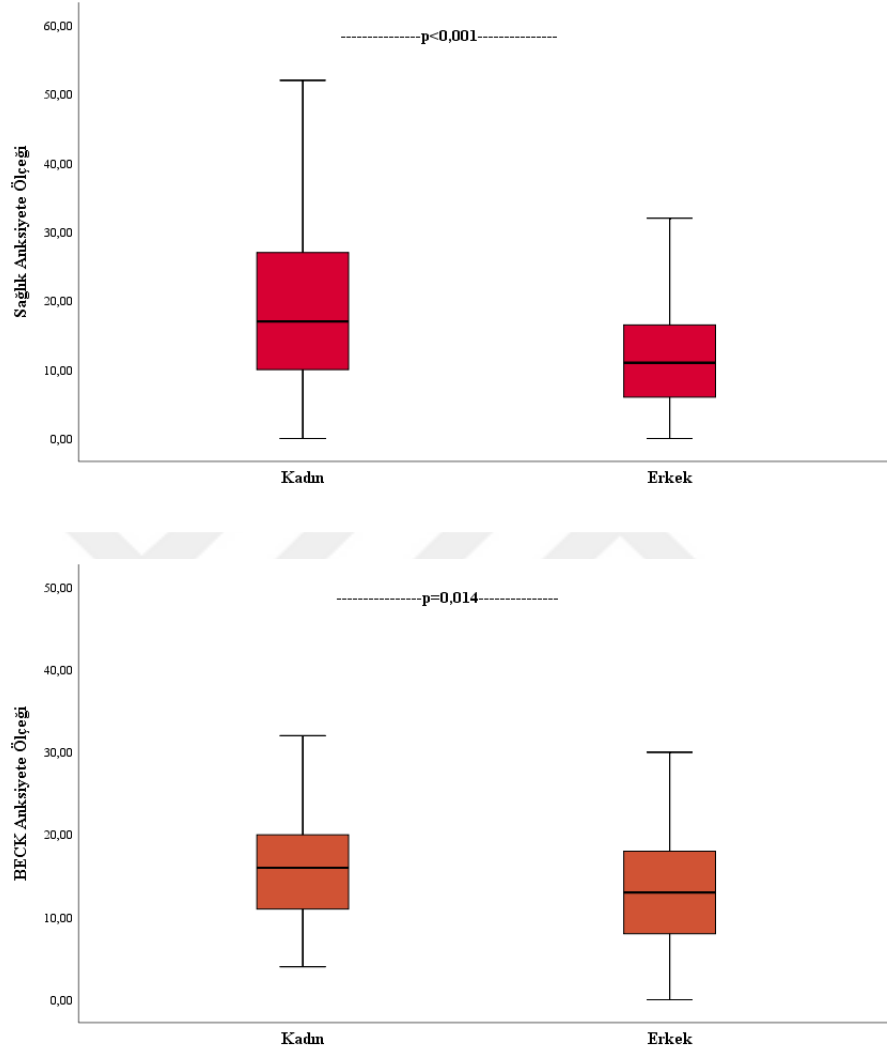
Çalışmanın bu bölümünden itibaren parametrelere göre ölçek skorlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçlarına yer verilmektedir.

Çizelge 4.7’de yer alan analiz sonuçları, kadınlarda Sağlık Anksiyetesi ($p<0,001$) ve Beck Anksiyete ($p=0,014$) skorlarının erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Şekil 4.2). Beck Anksiyete kategorileri ise iki cinsiyette istatistiksel açıdan benzer oranlar almıştır ($p=0,111$).

Çizelge 4.7. Cinsiyete Göre Ölçek Skorları

	Cinsiyet			
Değişkenler	Kadın (n=177)	Erkek (n=64)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	17(10-27)	11(6-16,5)	3890.0	<0,001^u
Beck Anksiyete Ölçeği	16(11-20)	13(8-18)	4492.5	0,014^u
Beck Anksiyete Kategorileri			65	0,111 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	22(12,4)	15(23,4)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	65(36,7)	25(39,1)		
Orta Düzeyde Anksiyete	73(41,2)	21(32,8)		

Şiddetli Anksiyete	17(9,6)	3(4,7)		
[#] Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Testi, <i>n(%)</i> .				



Şekil 4.2 Cinsiyete Göre Ölçek Skorları

Eğitim durumuna göre Sağlık Anksiyete Ölçeği ($p=0,050$), Beck Anksiyete Ölçeği ($p=0,288$) ve Beck Anksiyete Kategorileri ($p=0,188$) istatistiksel açıdan benzer değer ve oranlar almıştır. Sağlık Anksiyete Skoru lisansüstü mezunu katılımcılarda, Beck Anksiyete Skoru ise lisans mezunu katılımcılarda daha yüksek değerler almış olsa da, bu farklılıklar istatistiki açıdan anlamlı değildir (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8 Eğitim Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Eğitim Durumu			Test İstatistiği	p
	Lise (n=14)	Lisans (n=154)	Lisansüstü (n=73)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	9(4-17)	15(7-24)	17(12-24)	6.011	0,050 ^k
Beck Anksiyete Ölçeği	12,5(4-19)	16(11-20)	15(12-18)	2.493	0,288 ^k
Beck Anksiyete Kategorileri				8.325	0,188*
Minimal Düzeyde Anksiyete	5(35,7)	23(14,9)	9(12,3)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	5(35,7)	51(33,1)	34(46,6)		
Orta Düzeyde Anksiyete	3(21,4)	66(42,9)	25(34,2)		
Şiddetli Anksiyete	1(7,1)	14(9,1)	5(6,8)		
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .					

Bekar katılımcılarda Beck Anksiyete Skoru, boşanmış veya eşi vefat etmiş katılımcılarda ise Sağlık Anksiyete Skoru daha yüksek değerler almıştır. Ancak analiz sonuçlarına göre, söz konusu farklılıklar istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Beck Anksiyete Ölçeğinin kategorilerinin dağılımı incelendiğinde, medeni durum grupları arasında benzer oranlar saptanmış ve bu dağılım istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0,344$; Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9 Medeni Duruma Göre Ölçek Skorları

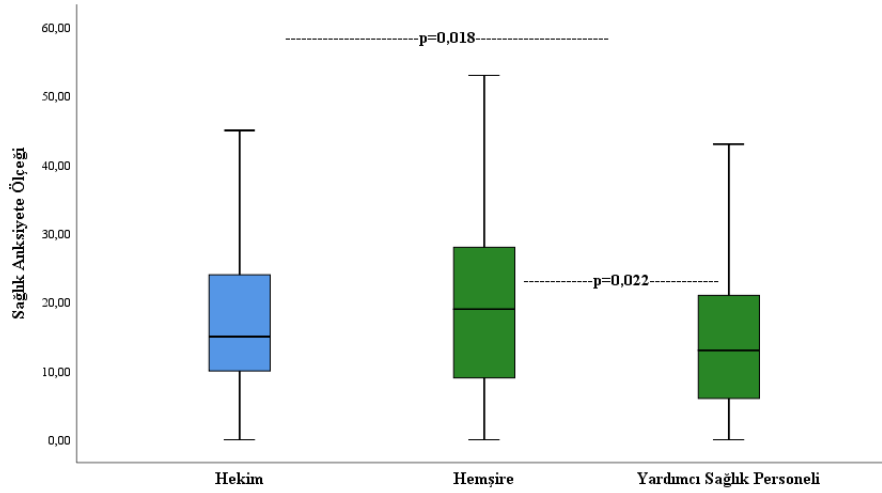
Değişkenler	Medeni Durum			Test İstatistiği	p
	Bekar (n=101)	Evli (n=124)	Boşanmış/Dul (n=16)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	17(10-24)	13,5(7-23,5)	19,5(12-28,5)	3.985	0,136 ^k
Beck Anksiyete Ölçeği	16(12-20)	15(11-18)	11(6-20,5)	2.617	0,270 ^k
Beck Anksiyete Kategorileri				6.539	0,344*
Minimal Düzeyde Anksiyete	14(13,9)	17(13,7)	6(37,5)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	35(34,7)	50(40,3)	5(31,3)		
Orta Düzeyde Anksiyete	44(43,6)	46(37,1)	4(25)		
Şiddetli Anksiyete	8(7,9)	11(8,9)	1(6,3)		
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .					

Görev Unvanı parametresinde Sağlık Anksiyete Ölçeği skorunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,018$; Şekil 4.10). Anlamlı farklılığın hangi görev unvanları arasında olduğunu anlamak amacıyla Dunn Testi ve Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi uygulanmıştır. İleri analiz, hemşirelerin Sağlık Anksiyete Skorlarının yardımcı sağlık personellerine göre anlamlı olarak yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Şekil 4.3).

Beck Anksiyete Ölçeği skoru ($p=0,098$) ve Beck Anksiyete Kategorileri ($p=0,083$) parametrelerinde ise görev unvanına göre istatistiki açıdan herhangi bir anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Çizelge 4.10 Görev Unvanına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=241)	Görev Unvanı			Test İstatistiği	p	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Hekim (n=82)	Hemşire (n=82)	YSP (n=77)			p^{1-2}	p^{1-3}	p^{2-3}
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(10-24)	19(9-28)	13(6-21)	8.032	0,018^k	>0,999	0,087	0,022
Beck Anksiyete Ölçeği	14,49±6,65	16,74±7,69	14,7±7,66	2.342	0,098 ^Å	-	-	-
Beck Anksiyete Kategorileri				11.172	0,083 [*]			
Minimal Düzeyde Anksiyete	13(15,9)	11(13,4)	13(16,9)					
Hafif Düzeyde Anksiyete	35(42,7)	21(25,6)	34(44,2)					
Orta Düzeyde Anksiyete	30(36,6)	41(50)	23(29,9)					
Şiddetli Anksiyete	4(4,9)	9(11)	7(9,1)					
^k Kruskal Wallis H Test, Dunn Testi, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, <i>Med(IQR)</i> ^Å One-Way ANOVA, <i>Ort±SS</i> Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir: 1: Hekim 2: Hemşire 3: YSP [*] Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i>								



Şekil 4.3 Görev Unvanına Göre Sağlık Anksiyete Ölçeği Skoru

Sağlık Anksiyete ($p=0,952$) ve Beck Anksiyete ($p=0,971$) Skorlarının benzer bulunduğu yoğun bakımda çalışma durumu parametresinde Beck Anksiyete Kategorilerinde görülen oranların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı anlaşılmıştır ($p=0,015$; Çizelge 4.11). Anlamlı farklılığın hangi alt kategorilerde olduğunu anlamak amacıyla yapılan Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, yoğun bakımda çalışan katılımcılarda hafif düzeyde anksiyete görülme sıklığının (%12), yoğun bakımda çalışmayan katılımcılara (%40,3) göre anlamlı olarak düşük olduğunu ortaya koymuştur. Diğer anksiyete kategorileri ise yoğun bakımda çalışma durumlarında benzer oranlar almıştır.

Çizelge 4.11 Yoğun Bakımda Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Yoğun Bakımda Çalışma		Test İstatistiği	p
	Yok (n=216)	Var (n=25)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	17(10-23)	2680.0	0,952 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-19)	17(7-19)	2688.0	0,971 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			9.782	0,015*

Minimal Düzeyde Anksiyete	30(13,9) ^a	7(28) ^a		
Hafif Düzeyde Anksiyete	87(40,3) ^a	3(12) ^b		
Orta Düzeyde Anksiyete	82(38) ^a	12(48) ^a		
Şiddetli Anksiyete	17(7,9) ^a	3(12) ^a		
^a Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, <i>n(%)</i> . Her bir üst simge harf (a,b,c) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.				

Acil serviste çalışan katılımcılarda her iki ölçek skorunun da daha yüksek değerler aldığı görülmüştür. Ancak yapılan analizler sonucunda, ölçek skorlarında ve Beck Anksiyete Kategorilerinde anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12 Acil Serviste Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

	Acil Serviste Çalışma			
Değişkenler	Yok (n=218)	Var (n=23)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	16(10-23)	2376.0	0,680 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-20)	17(7-19)	2355.0	0,632 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			4.611	0,180 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	31(14,2)	6(26,1)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	85(39)	5(21,7)		
Orta Düzeyde Anksiyete	85(39)	9(39,1)		
Şiddetli Anksiyete	17(7,8)	3(13)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, <i>n(%)</i>				

Ölçek skorlarının ve Beck Anksiyete Kategorilerinin istatistiksel açıdan benzer değer ve oranlar aldığı bir diğer parametre poliklinikte çalışma parametresi olmuştur ($p>0,05$; Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13 Poliklinikte Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Poliklinikte Çalışma		Test İstatistiği	p
	Yok (n=158)	Var (n=83)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(7-24)	15(9-25)	6318.5	0,643 ^μ
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-20)	15(10-18)	6184.0	0,468 ^μ
Beck Anksiyete Kategorileri			0.991	0,803 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	24(15,2)	13(15,7)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	56(35,4)	34(41)		
Orta Düzeyde Anksiyete	65(41,1)	29(34,9)		
Şiddetli Anksiyete	13(8,2)	7(8,4)		
^μ Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, <i>n(%)</i>				

Serviste çalışan katılımcıların hem Sağlık Anksiyete Skoru hem de Beck Anksiyete Skoru daha yüksektir. Ancak, bu durum istatistiki açıdan bir anlam ifade etmemiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14 Serviste Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Serviste Çalışma		Test İstatistiği	p
	Yok (n=148)	Var (n=93)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(7,5-23,5)	17(10-25)	6099.5	0,137 ^μ
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	16(11-20)	6469.5	0,433 ^μ
Beck Anksiyete Kategorileri			1.090	0,779 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	23(15,5)	14(15,1)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	58(39,2)	32(34,4)		
Orta Düzeyde Anksiyete	54(36,5)	40(43)		
Şiddetli Anksiyete	13(8,8)	7(7,5)		
^μ Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i>				

*Pearson Ki-Kare Test, n(%)

Ölçek skorlarının istatistiksel açıdan benzer değerler aldığı ameliyathanede çalışma durumunda Beck Anksiyete Kategorileri anlamlı olarak farklılaşmıştır ($p=0,014$; Çizelge 4.15). Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi, ameliyathanede çalışanlarda minimal düzeyde anksiyete görülme sıklığı, ameliyathanede çalışmayanlarda ise hafif düzeyde anksiyete görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.15 Ameliyathanede Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

	Ameliyathanede Çalışma			
Değişkenler	Yok (n=232)	Var (n=9)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	13(7-17)	846.5	0,336 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-19)	17(6-17)	892.0	0,458 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			9.070	0,014*
Minimal Düzeyde Anksiyete	33(14,2) ^a	4(44,4) ^b		
Hafif Düzeyde Anksiyete	90(38,8) ^a	0(0) ^b		
Orta Düzeyde Anksiyete	90(38,8) ^a	4(44,4) ^a		
Şiddetli Anksiyete	19(8,2) ^a	1(11,1) ^a		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Her bir üst simge harfi (^{a,b,c}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.				

Laboratuvarda çalışanların Sağlık Anksiyete ve Beck Anksiyete Skorları, laboratuvarda çalışmayanlara göre daha düşük çıkmış olsa da, söz konusu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16 Laboratuvarda Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

	Laboratuvarda Çalışma			
Değişkenler	Yok (n=200)	Var (n=41)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	14(6-24)	3753.0	0,393 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10,5- 19,5)	14(11-17)	3798.5	0,458 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			2.571	0,473 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	32(16)	5(12,2)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	70(35)	20(48,8)		
Orta Düzeyde Anksiyete	81(40,5)	13(31,7)		
Şiddetli Anksiyete	17(8,5)	3(7,3)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Vardiyalı çalışma durumu ölçek skorlarında ve Beck Anksiyete Kategorilerinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17 Vardiyalı Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

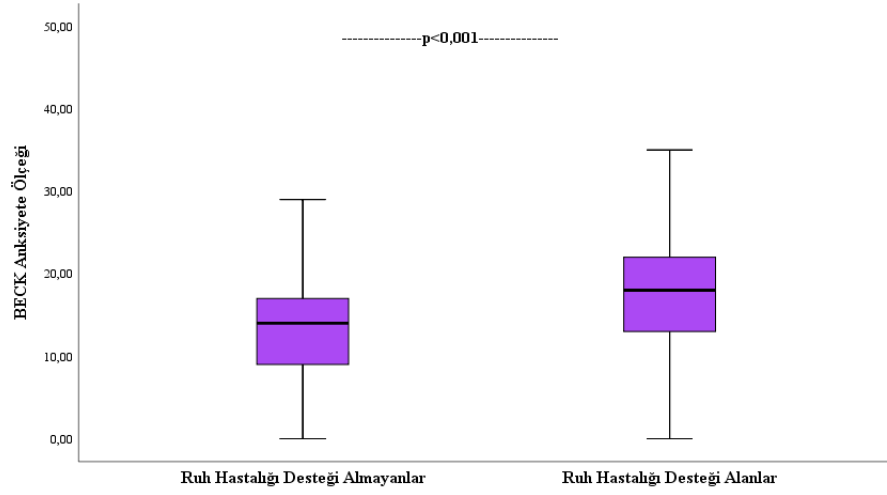
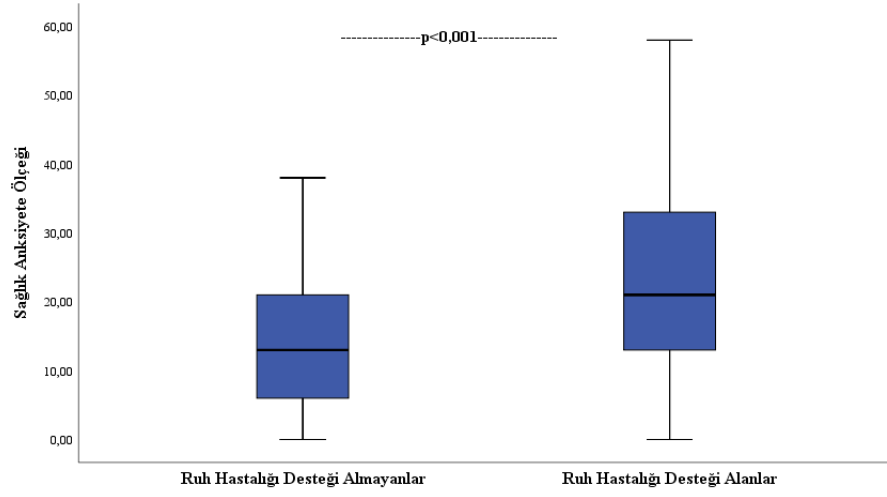
	Vardiyalı Çalışma			
Değişkenler	Yok (n=128)	Var (n=113)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-25,5)	16(7-23)	7160.0	0,894 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-18)	16(10-20)	6816.0	0,441 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			4.436	0,218 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	19(14,8)	18(15,9)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	55(43)	35(31)		
Orta Düzeyde Anksiyete	43(33,6)	51(45,1)		
Şiddetli Anksiyete	11(8,6)	9(8)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i>				

*Pearson Ki-Kare Test, $n(\%)$.

Ruh sağılığı desteğı alan katılımcılarda Sağılık Anksiyete ve Beck Anksiyete Skorları, herhangi bir ruh sağılığı desteğı almayan kişilere göre anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,001$; Çizelge 4.18; Şekil 4.4). Beck Anksiyete Kategorileri de ruh sağılığı desteğı alma durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmıştır. İleri analiz sonuçlarına göre, ruh sağılığı desteğı alan katılımcılarda şiddetli anksiyete görölme sıklığı, ruh sağılığı desteğı almayan katılımcılarda ise minimal düzeyde anksiyete görölme sıklığı anlamlı olarak yüksektir.

Çizelge 4.18 Ruh Hastalığı Desteğı Alma Durumuna Göre Ölçek Skorları

	Ruh Sağılığı Desteğı Alma			
Değışkenler	Yok (n=150)	Var (n=91)	Test İstatistiğı	p
Sağılık Anksiyete Ölçeğı	13(6-21)	21(13-34)	4182.0	<0,001^u
Beck Anksiyete Ölçeğı	14(9-17)	18(13-22)	4623.0	<0,001^u
Beck Anksiyete Kategorileri			16.011	0,001*
Minimal Düzeyde Anksiyete	29(19,3) ^a	8(8,8) ^b		
Hafif Düzeyde Anksiyete	62(41,3) ^a	28(30,8) ^a		
Orta Düzeyde Anksiyete	53(35,3) ^a	41(45,1) ^a		
Şiddetli Anksiyete	6(4) ^a	14(15,4) ^b		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, $n(\%)$. Her bir üst simge harfi (^{a,b,c}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.				



Şekil 4.4 Ruh Sağlığı Desteği Alma Durumuna Göre Ölçek Skorları

COVID-19 kliniğinde çalışma öyküsü olan katılımcılarla, söz konusu deneyimi olmayan katılımcıların ölçek skorları ve Beck Anksiyete Kategorileri oranları istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.19).

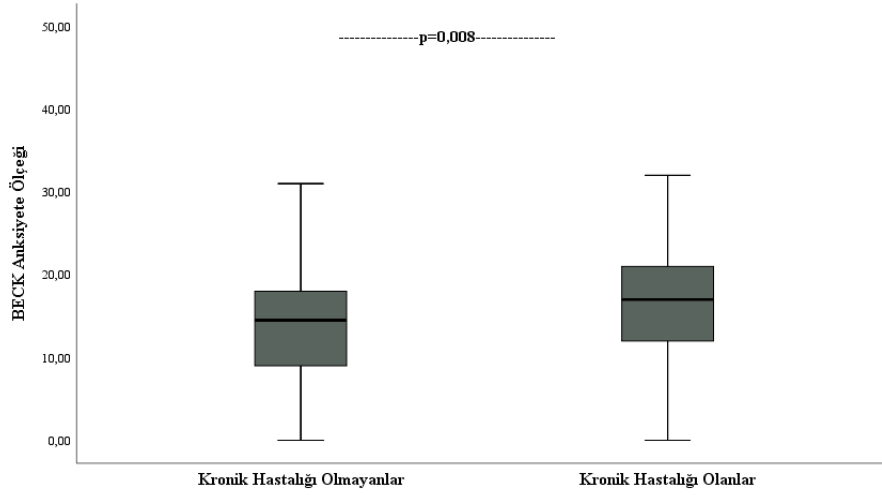
Çizelge 4.19 COVID-19 Kliniğinde Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorları

	COVID-19 Kliniğinde Çalışma			
Değişkenler	Yok (n=160)	Var (n=81)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	14(7-24)	16(10-24)	6168.5	0,542 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10,5-19)	15(11-19)	6473.5	0,990 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			0.237	0,971 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	25(15,6)	12(14,8)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	60(37,5)	30(37)		
Orta Düzeyde Anksiyete	61(38,1)	33(40,7)		
Şiddetli Anksiyete	14(8,8)	6(7,4)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, <i>n(%)</i> .				

Kronik hastalık varlığında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaşan tek parametre Beck Anksiyete Skoru olmuştur ($p=0,008$; Çizelge 4.20). Kronik hastalığı olan katılımcıların Beck Anksiyete Skoru, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (Şekil 4.5).

Çizelge 4.20 Kronik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Kronik Hastalık			
Değişkenler	Yok (n=157)	Var (n=84)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	14(7-24)	17(10-26)	5679.0	0,076 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	14,5(9-18)	17(12-21)	5217.0	0,008^u
Beck Anksiyete Kategorileri			7.142	0,068 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	30(19,1)	7(8,3)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	61(38,9)	29(34,5)		
Orta Düzeyde Anksiyete	55(35)	39(46,4)		
Şiddetli Anksiyete	11(7)	9(10,7)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, <i>n(%)</i> .				



Şekil 4.5 Kronik Hastalık Varlığına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Skoru

Hipertansiyon (Çizelge 4.21) ve Kanser (Çizelge 4.23) tanısı alan katılımcılarda ölçek skorları daha düşük, Diyabetes Mellitus (Çizelge 4.22) ve Kalp Damar Hastalığı (Çizelge 4.24) tanısı alan katılımcılarda ise ölçek skorları daha yüksek değerler almıştır. Ancak söz konusu hastalıklara ilişkin yapılan analizlerde ifade edilen farklılıkların istatistiki açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.21 Hipertansiyon Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Hipertansiyon			
Değişkenler	Yok (n=235)	Var (n=6)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	7(2-20)	461.5	0,149 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-20)	12(9-15)	504.0	0,233 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			2.194	0,442 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	36(15,3)	1(16,7)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	86(36,6)	4(66,7)		
Orta Düzeyde Anksiyete	93(39,6)	1(16,7)		
Şiddetli Anksiyete	20(8,5)	0(0)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Çizelge 4.22 Diyabetes Mellitus Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Diyabetes Mellitus		Test İstatistiği	p
	Yok (n=239)	Var (n=2)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	17(14-20)	220.0	0,149 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	16(15-17)	213.0	0,233 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			1.180	>0,999*
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,5)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	89(37,2)	1(50)		
Orta Düzeyde Anksiyete	93(38,9)	1(50)		
Şiddetli Anksiyete	20(8,4)	0(0)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Çizelge 4.23 Kanser Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Kanser		Test İstatistiği	p
	Yok (n=239)	Var (n=2)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	12(6-18)	181.5	0,149 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	13,5(12-15)	192.5	0,233 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			2.675	0,556*
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,5)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	88(36,8)	2(100)		
Orta Düzeyde Anksiyete	94(39,3)	0(0)		
Şiddetli Anksiyete	20(8,4)	0(0)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Çizelge 4.24 Kalp Damar Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları

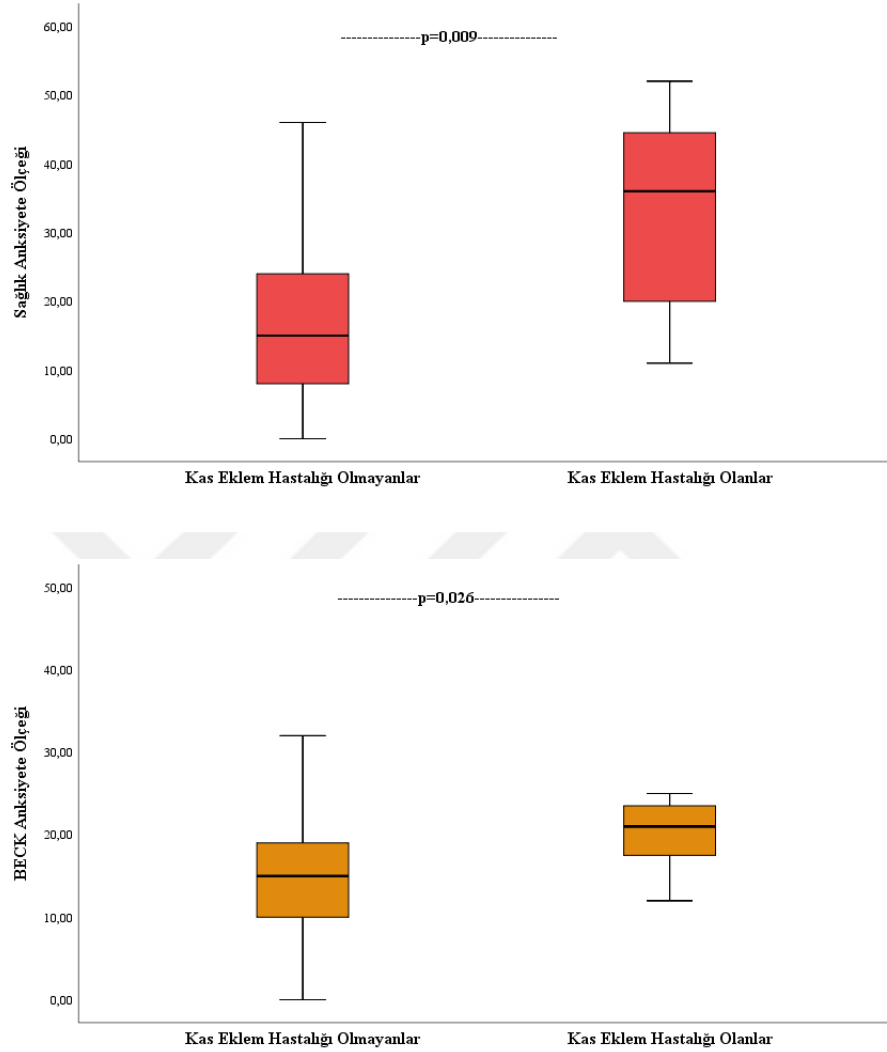
	Kalp Damar Hastalığı			
Değişkenler	Yok (n=233)	Var (n=8)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	28(10,5-39,5)	642.0	0,135 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	20,5(13,5-26)	576.0	0,066 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			46	0,195 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,9)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	88(37,8)	2(25)		
Orta Düzeyde Anksiyete	90(38,6)	4(50)		
Şiddetli Anksiyete	18(7,7)	2(25)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Kas Eklem hastalığı tanısı alan katılımcılarda ise Sağlık Anksiyete ($p=0,009$) ve Beck Anksiyete ($p=0,026$) Skorları söz konusu hastalık tanısı almayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir (Çizelge 4.25; Şekil 4.6). Buna karşın, Beck Anksiyete Kategorilerinde Kas Eklem Hastalığı varlığına göre herhangi bir anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Çizelge 4.25 Kas Eklem Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Kas Eklem Hastalığı			
Değişkenler	Yok (n=234)	Var (n=7)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	36(20-46)	347.5	0,009^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	21(16-25)	414.0	0,026^u
Beck Anksiyete Kategorileri			3.955	0,210 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,8)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	89(38)	1(14,3)		
Orta Düzeyde Anksiyete	89(38)	5(71,4)		

Şiddetli Anksiyete	19(8,1)	1(14,3)		
[#] Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				



Şekil 4.6 Kas Eklem Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları

Tiroid Hastalığı (Çizelge 4.26), Mide-Barsak Hastalığı (Çizelge 4.27), Romatolojik Hastalıklar (Çizelge 4.28), Alerji (Çizelge 4.29) ve Astım-KOAH (Çizelge 4.30) varlığında ölçek skorlarında ve Beck Anksiyete Kategorilerinde istatistiki açıdan anlamlı herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Çizelge 4.26 Tiroid Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Tiroid Hastalığı		Test İstatistiği	p
	Yok (n=224)	Var (n=17)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	15(8-22)	1743.5	0,135 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	15(12-17)	1841.0	0,066 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			1.914	0,600 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	36(16,1)	1(5,9)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	82(36,6)	8(47,1)		
Orta Düzeyde Anksiyete	88(39,3)	6(35,3)		
Şiddetli Anksiyete	18(8)	2(11,8)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Şekil 4.27 Mide Barsak Hastalığı Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Mide Barsak Hastalığı		Test İstatistiği	p
	Yok (n=236)	Var (n=5)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	17(17-20)	453.0	0,374 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	17(17-20)	425.5	0,286 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			2.339	0,466 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,7)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	89(37,7)	1(20)		
Orta Düzeyde Anksiyete	90(38,1)	4(80)		
Şiddetli Anksiyete	20(8,5)	0(0)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Çizelge 4.28 Romatolojik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Romatolojik Hastalık			
Değişkenler	Yok (n=235)	Var (n=6)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	12(5-15)	469.5	0,162 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	21(17-23)	379.0	0,053 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			3.158	0,315 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,7)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	89(37,9)	1(16,7)		
Orta Düzeyde Anksiyete	90(38,3)	4(66,7)		
Şiddetli Anksiyete	19(8,1)	1(16,7)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Çizelge 4.29 Alerji Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Alerji			
Değişkenler	Yok (n=224)	Var (n=17)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	15(14-20)	1808.5	0,730 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-19)	18(10-22)	1611.5	0,291 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			2.013	0,564 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	34(15,2)	3(17,6)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	86(38,4)	4(23,5)		
Orta Düzeyde Anksiyete	85(37,9)	9(52,9)		
Şiddetli Anksiyete	19(8,5)	1(5,9)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

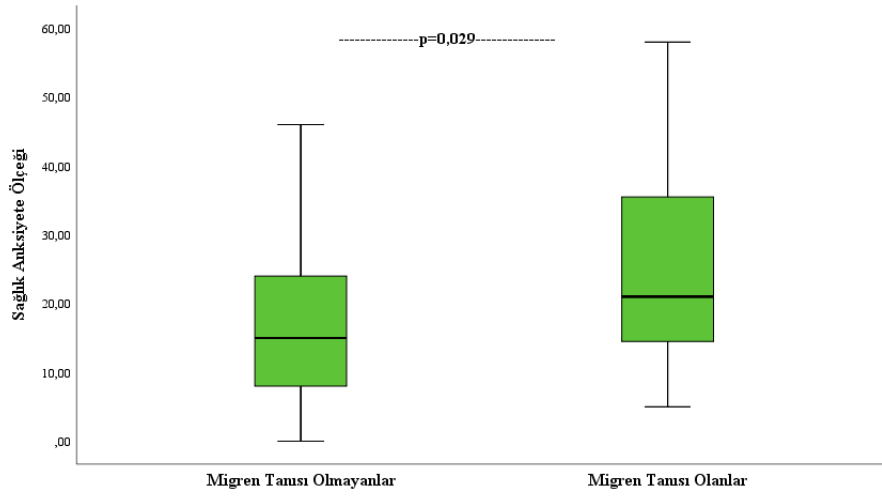
Çizelge 4.30 Astım-KOAH Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Astım-KOAH		Test İstatistiği	p
	Yok (n=234)	Var (n=7)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	15(10-17)	796.0	0,899 ^μ
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	20(12-22)	589.5	0,206 ^μ
Beck Anksiyete Kategorileri			1.378	0,741 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(15,8)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	87(37,2)	3(42,9)		
Orta Düzeyde Anksiyete	90(38,5)	4(57,1)		
Şiddetli Anksiyete	20(8,5)	0(0)		
^μ Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Migren varlığında ise Sağlık Anksiyetesi Skorunda anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p=0,029$; Çizelge 4.31). Migren tanısı alan katılımcılarda Sağlık Anksiyetesi Skoru anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Şekil 4.7). Migren varlığı Beck Anksiyete Skor değerleri üzerinde fark yaratacı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$).

Çizelge 4.31 Migren Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Migren		Test İstatistiği	p
	Yok (n=226)	Var (n=5)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	21(14-36)	1125.5	0,029^μ
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	18(13-22)	1353.5	0,191 ^μ
Beck Anksiyete Kategorileri			3.142	0,342 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	37(16,4)	0(0)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	83(36,7)	7(46,7)		
Orta Düzeyde Anksiyete	87(38,5)	7(46,7)		
Şiddetli Anksiyete	19(8,4)	1(6,7)		
^μ Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				



Şekil 4.7 Migren Varlığına Göre Sağlık Anksiyete Ölçeği Skoru

Psikiyatrik hastalığı olan katılımcılarda her iki ölçek skorunda da daha yüksek değerler görülse de, analiz sonuçları söz konusu değerlerin psikiyatrik hastalık varlığında herhangi bir anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koymuştur ($p>0,05$; Şekil 4.32).

Çizelge 4.32 Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Psikiyatrik Rahatsızlık			
Değişkenler	Yok (n=228)	Var (n=13)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	23(14-43)	1015.5	0,056 ^u
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	19(13-25)	1080.0	0,100 ^u
Beck Anksiyete Kategorileri			4.406	0,169*
Minimal Düzeyde Anksiyete	36(15,8)	1(7,7)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	87(38,2)	3(23,1)		
Orta Düzeyde Anksiyete	88(38,6)	6(46,2)		

Şiddetli Anksiyete	17(7,5)	3(23,1)		
^µ Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Ölçek skorlarının ve Beck Anksiyete Kategorilerinin anlamlı herhangi bir farklılık göstermediği bir diğer parametre Obezite varlığı olmuştur ($p>0,05$; Şekil 4.33).

Çizelge 4.33 Obezite Varlığına Göre Ölçek Skorları

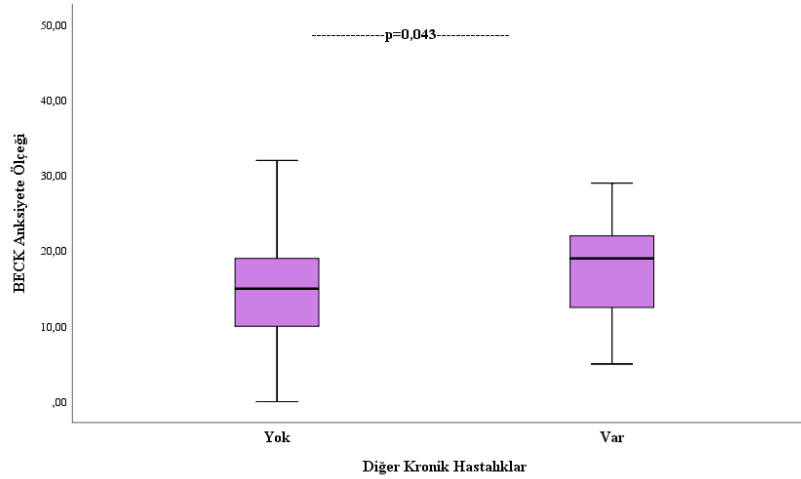
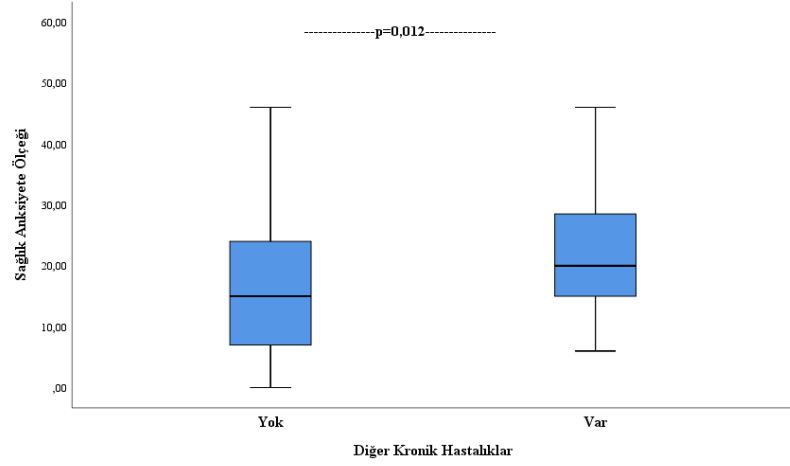
	Obezite			
Değişkenler	Yok (n=237)	Var (n=4)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-24)	15(10,5-18)	435.5	0,781 ^µ
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-19)	17,5(11,5-22,5)	390.5	0,545 ^µ
Beck Anksiyete Kategorileri			4.161	0,229 [*]
Minimal Düzeyde Anksiyete	36(15,2)	1(25)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	90(38)	0(0)		
Orta Düzeyde Anksiyete	92(38,8)	2(50)		
Şiddetli Anksiyete	19(8)	1(25)		
^µ Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				

Yukarıda bahsedilen kronik hastalıkların dışında kalan herhangi bir kronik hastalığı olan katılımcılarda ölçek skorlarında anlamlı bir yükseklik saptanmıştır ($p<0,05$; Çizelge 4.34; Şekil 4.8). Beck Anksiyete Kategorilerinde ise herhangi bir anlamlı farklılık yoktur ($p=0,092$).

Çizelge 4.34 Diğer Kronik Hastalıklar Varlığına Göre Ölçek Skorları

	Diğer Kronik Hastalıklar			
Değişkenler	Yok (n=221)	Var (n=20)	Test İstatistiği	p
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(7-24)	20(15-28,5)	1463.5	0,012^µ

Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-19)	19(12,5-22)	1607.5	0,043^u
Beck Anksiyete Kategorileri			6.075	0,092*
Minimal Düzeyde Anksiyete	34(15,4)	3(15)		
Hafif Düzeyde Anksiyete	87(39,4)	3(15)		
Orta Düzeyde Anksiyete	83(37,6)	11(55)		
Şiddetli Anksiyete	17(7,7)	3(15)		
^u Mann Whitney U Test, <i>Med(IQR)</i> *Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i> .				



Şekil 4.8 Diğer Kronik Hastalıklar Varlığına Göre Ölçek Skorları

Çizelge 4.35'te sigara kullanım durumuna göre yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Sigara kullanım durumuna göre Beck Anksiyete Skorlarında anlamlı bir farklılık saptanmış olsa da, anlamlı farklılığın hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Dunn Testi ve Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesinden sonra anlamlılık kaybolmuştur. Başka bir ifadeyle, ileri analiz Beck Anksiyete Ölçeği skorunun da sigara kullanım durumlarında istatistiki açıdan benzer değerler aldığını ortaya koymuştur.

Çizelge 4.35 Sigara Kullanımına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Sigara Kullanımı			Test İstatistiği	p	Post-Hoc Analiz Sonuçları		
	Yok (n=157)	Var (n=65)	Bırakmış (n=19)			p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-22)	21(10-28)	14(4-21)	5.621	0,060 ^k	-	-	-
Beck Anksiyete Ölçeği	15(10-18)	18(12-22)	15(9-17)	7.496	0,024^k	0,053	>0,999	0,083
Beck Anksiyete Kategorileri				6.971	0,305 [*]			
Minimal Düzeyde Anksiyete	25(15,9)	8(12,3)	4(21,1)					
Hafif Düzeyde Anksiyete	66(42)	18(27,7)	6(31,6)					
Orta Düzeyde Anksiyete	54(34,4)	32(49,2)	8(42,1)					
Şiddetli Anksiyete	12(7,6)	7(10,8)	1(5,3)					
^k Kruskal Wallis H Test, Dunn Testi, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, <i>Med(IQR)</i> Post-Hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir: 1: Yok 2: Var 3: Bırakmış [*] Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, <i>n(%)</i>								

Alkol kullanım durumlarına göre ölçek skorlarında herhangi bir anlamlı farklılık yokken, Beck Anksiyete Kategorileri alkol kullanma durumuna göre farklı oranlar almıştır (p=0,040; Çizelge 4.36). Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, anlamlı farklılığın “hafif düzeyde anksiyete” kategorisinde olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre, alkol kullanmayan kişilerde hafif düzeyde anksiyete görülme sıklığı (%42), alkol kullanan katılımcılara (%23) göre anlamlı olarak yüksektir.

Çizelge 4.36 Alkol Kullanımına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler	Alkol Kullanımı			Test İstatistiği	p
	Yok (n=157)	Var (n=65)	Bırakmış (n=19)		
Sağlık Anksiyete Ölçeği	15(8-23,5)	19(9-27)	13(8-19,5)	1.872	0,392 ^k
Beck Anksiyete Ölçeği	15(11-19)	16(10-20)	12,5(5-17,5)	0.758	0,685 ^k
Beck Anksiyete Kategorileri				11.622	0,040*
Minimal Düzeyde Anksiyete	21(11,9) ^a	15(24,6) ^a	1(25) ^a		
Hafif Düzeyde Anksiyete	74(42) ^a	14(23) ^b	2(50) ^{a,b}		
Orta Düzeyde Anksiyete	65(36,9) ^a	28(45,9) ^a	1(25) ^a		
Şiddetli Anksiyete	16(9,1) ^a	4(6,6) ^a	0(0) ^a		
^k Kruskal Wallis H Test, <i>Med(IQR)</i> [*] Pearson Ki-Kare Test, Fisher's Freeman Halton Exact Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, <i>n(%)</i> . Her bir üst simge harfi (^{a,b,c}) 0,05 anlamlılık düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklılık göstermeyen alt grupları ifade etmektedir.					

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoruna etki eden faktörler Lineer Regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 4.37’de görülmektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru üzerinde cinsiyet ($p<0,001$), lise mezunu olmak ($p=0,001$), Yardımcı Sağlık Personeli Unvanı ($p=0,011$), ruh hastalığı destek öyküsü ($p<0,001$) ve sigara kullanmama durumu ($p=0,022$) anlamlı etkiye sahiptir. Eğitim durumu ($p=0,097$) ve sigara kullanımı ($p=0,052$) parametreleri modeldeki tüm kategorileri birlikte düşünüldüğünde Sağlık Anksiyetesi Skoru üzerinde anlamlı bir etki göstermezken, lise mezunu olmak ve sigara kullanmamak ilgili referans değişkene göre anlamlı bir etkiye sahiptir.

Hastanın erkek olması durumunda Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru 0,227 birim azalmaktadır. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru lise mezunu olanlarda lisansüstü mezunu olan (referans değişken) kişilere göre 0,140 birim azalmaktadır. Görev unvanı yardımcı sağlık personeli olan kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru hemşirelere (referans değişken) göre 0,217 birim düşüktür. Ruh sağlığı desteği alan kişilerde 0,336 birim artan Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru, sigara içmeyenlerde ise sigara içenlere (referans değişken) göre 0,161 birim düşmektedir. Modelde en güçlü yordayıcı değişken ruh sağlığı destek öyküsü ($\beta=8.443$) olmuştur.

Çizelge 4.37 Sağlık Anksiyitesi Skoruna Etki Eden Faktörler

Değişkenler	Standardize olmayan β	β	t	p ^L	%95GA	
Yaş	-0.171	-0,115	-1,789	0,075	-0,359	0,017
Cinsiyet (Erkek)	-6.253	-0,227	-3,600	<0,001	-9,675	-2,832
Eğitim Durumu				0,097		
Lise	7.268	-0,140	-2,053	0,041	-14,242	-0,294
Lisans	-2.307	-0,091	-1,338	0,182	-5,703	1,089
Medeni Durum				0,223		
Evli	-4.343	-0,178	-1,343	0,181	-10,714	2,029
Bekar	-2.090	-0,085	-0,638	0,524	-8,544	4,363
Görev Unvanı				0,011		
Hekim	-1.598	-0,062	-0,851	0,396	-5,296	2,101
YSP	-5.658	-0,217	-2,966	0,003	-9,416	-1,900
Çalışılan Birim: Yoğun Bakım	-0.217	-0,005	-0,084	0,933	-5,305	4,871
Çalışılan Birim: Acil Servis	1.113	0,027	0,416	0,678	-4,165	6,392
Çalışılan Birim: Poliklinik	0.373	0,015	0,225	0,822	-2,892	3,638
Çalışılan Birim: Servis	3.102	0,124	1,932	0,055	-0,061	6,264
Çalışılan Birim: Ameliyathane	-4.805	-0,075	-1,160	0,247	-12,965	3,355
Çalışılan Birim: Laboratuvar	-1.531	-0,047	-0,731	0,465	-5,656	2,593
Mesleki Deneyim Süresi	-0.121	-0,087	-1,341	0,181	-0,298	0,057
Haftalık Çalışma Süresi	-0.039	-0,037	-0,576	0,565	-0,173	0,095
Vardiyalı Çalışma	0.647	0,027	0,410	0,682	-2,460	3,755
Ruh Sağlığı Destek Öyküsü	8.443	0,336	5,518	<0,001	5,428	11,457
COVID-19 Servisinde Çalışma	-0.143	-0,006	-0,086	0,932	-3,427	3,142
Kronik Hastalık Varlığı	3.176	0,124	1,936	0,054	-0,055	6,406
Kronik Hastalık Sayısı	2.777	0,178	1,644	0,104	-0,582	6,136
Sigara Kullanımı				0,052		
Sigara Kullanmayanlar	-4.125	-0,161	-2,311	0,022	-7,641	-0,609
Sigarayı Bırakanlar	-5.247	-0,116	-1,663	0,098	-11,464	0,970
Alkol Kullanımı				0,350		
Alkol Kullanmayanlar	-2.378	-0,087	-1,312	0,191	-5,949	1,192
Alkolü Bırakanlar	-5.594	-	-	0,375	-	6,809
		0,059	0,889		17,997	
^L Lineer Regresyon Analizi						

Beck Anksiyete Ölçeği skorunda anlamlı yordayıcılar cinsiyet (p=0,004), ruh sağlığı destek öyküsü (p<0,001), kronik hastalık varlığı (p=0,009) ve sigara kullanmama durumu (p=0,032) olmuştur.

Erkeklerde 0,183 birim düşen Beck Anksiyete Ölçeği skoru ruh sağlığı destek öyküsü varlığında 0,296 birim; kronik hastalık varlığında ise 0,169 birim artmaktadır. Beck Anksiyete Ölçeği skoru, sigara kullanmayan katılımcılarda ise sigara kullananlara göre 0,151 birim düşmektedir. Ruh sağlığı destek öyküsü

parametresi, Beck Anksiyete Ölçeği skoru için de en güçlü faktör olarak öne çıkmıştır.

Çizelge 4.38 Beck Anksiyete Skoruna Etki Eden Faktörler

Değişkenler	Standardize olmayan β	β	t	p ^L	%95GA	
Yaş	-0.029	-0,033	- 0,504	0,615	-0,144	0,085
Cinsiyet (Erkek)	-3.057	-0,183	- 2,882	0,004	-5,147	- 0,967
Eğitim Durumu				0,196		
Lise	-3.662	-0,116	- 1,782	0,076	-7,712	0,387
Lisansüstü	-0,652	-0,041	- 0,623	0,534	-2,713	1,410
Medeni Durum				0,470		
Evli	-0,625	-0,042	- 0,630	0,529	-2,576	1,327
Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş	-2.364	-0,080	- 1,189	0,236	-6,282	1,553
Görev Unvanı				0,098		
Hekim	-2.256	-0,145	- 1,967	0,050	-4,515	0,003
YSP	-2.043	-0,129	- 1,753	0,081	-4,338	0,253
Çalışılan Birim: Yoğun Bakım	-0,406	-0,017	- 0,260	0,795	-3,485	2,673
Çalışılan Birim: Acil Servis	-1.079	-0,043	- 0,666	0,506	-4,271	2,114
Çalışılan Birim: Poliklinik	-0.659	-0,043	- 0,658	0,511	-2,633	1,315
Çalışılan Birim: Servis	0.541	0,036	0,553	0,581	-1,386	2,469
Çalışılan Birim: Ameliyathane	-2.298	-0,059	- 0,916	0,361	-7,242	2,645
Çalışılan Birim: Laboratuvar	-0.390	-0,020	- 0,308	0,759	-2,888	2,108
Mesleki Deneyim Süresi	0.031	0,036	0,562	0,575	-0,077	0,139
Haftalık Çalışma Süresi	-0.017	-0,026	- 0,403	0,687	-0,098	0,065
Vardiyalı Çalışma	0.390	0,026	0,409	0,683	-1,490	2,271
Ruh Sağlığı Destek Öyküsü	4.494	0,296	4,785	<0,001	2,644	6,344
COVID-19 Servisinde Çalışma	-0.190	-0,012	- 0,188	0,851	-2,177	1,798
Kronik Hastalık Varlığı	2.610	0,169	2,647	0,009	0,668	4,552
Kronik Hastalık Sayısı	1.483	0,167	1,543	0,127	-0,428	3,394
Sigara Kullanımı				0,056		
Sigara Kullanmayanlar	-2,333	-0,151	- 2,160	0,032	-4,462	- 0,205
Sigarayı Bırakanlar	-3,544	-0,130	- 1,855	0,065	-7,308	0,219
Alkol Kullanımı				0,506		
Alkol Kullananlar	-0,396	-0,023	- 0,360	0,719	-2,560	1,768

Alkolü Bırakanlar	-4,244	-0,074	- 1,135	0,257	- 11,609	3,121
[†] Lineer Regresyon Analizi						

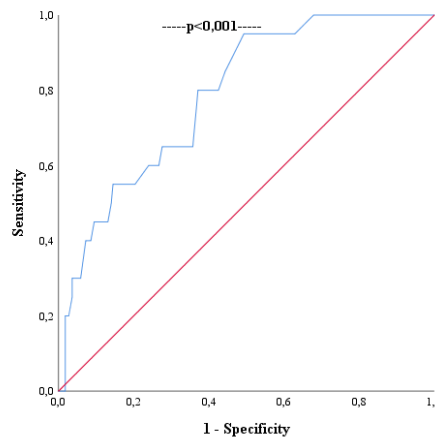
Beck Anksiyete Ölçeği kategorilerinde “şiddetli anksiyete” grubunda yer alma durumu dikkate alınarak Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru için cut-off değerlerini belirlemek amacıyla yapılan ROC analizi sonuçları Çizelge 4.39’da yer almaktadır. Tabloda yer alan sensitivite, bir testin gerçek hastaları bulma yeteneğidir. Başka bir ifadeyle gerçek pozitif oranıdır. Spesifite ise, gerçek hasta olmayanları (sağlıklıları) bulma yeteneği (gerçek negatif oran) olarak kabul edilmektedir.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Skoru “şiddetli anksiyete” için ayırt edici faktörler olarak belirlenmiştir ($p < 0,001$). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skoru 14.5 ve üzerinde bir değer aldığında şiddetli anksiyete görülme ihtimali artmaktadır (Şekil 4.9).

Çizelge 4.39 Şiddetli Anksiyete Tanısında Sağlık Anksiyetesi Skoru İçin ROC Analizi Sonuçları

Değişkenler	AUC (%95 GA)	p^R	Cut-off value	Sensitivite (%)	Spesifite (%)
Sağlık Anksiyetesi	0,787(0,697-0,878)	<0,001	≥ 14.5	95,0	50,7

^RRoc Analizi



Şekil 4.9 ROC Eğrisi

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği skorunun 14.5 ve üzerinde değer alma ihtimalini etkileyebilecek faktörler Lojistik Regresyon Analiziyle incelenmiş ve bulgular Çizelge 4.40 ile gösterilmiştir.

Cinsiyet (p=0,009), evli olma (p=0,005), bekar olma (p=0,029), yardımcı sağlık personeli olma (p=0,014), ruh sağlığı desteği alma (p=0,001) ve kronik hastalık varlığı (p=0,046) Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Skorunun en az 14.5 olmasını öngörmede önemli faktörler olarak öne çıkmıştır.

Buna göre, erkeklerde %53,9; evlilerde %52; yardımcı sağlık personellerinde %49,6 azalan risk bekarlarda 1,782 kat, ruh sağlığı desteği öyküsü olanlarda 2,519 kat ve kronik hastalığı olanlarda 1,732 kat artmaktadır.

Çizelge 4.40 Sağlık Anksiyetesi Skorunun 14.5 ve Üzeri Değer Almasına Etki Eden Faktörler

Değişkenler	β	p^L	OR	%95GA	
Yaş	-0.027	0,088	0,973	0,943	1,004
Cinsiyet (Erkek)	-0.775	0,009	0,461	0,257	0,826
Eğitim Durumu					
Lise	-0.438	0,431	0,645	0,217	1,920
Lisans	-0.202	0,453	0,817	0,482	1,386
Lisansüstü	0.336	0,236	1,400	0,803	2,440
Medeni Durum					
Evli	-0.733	0,005	0,480	0,287	0,804
Bekar	0.578	0,029	1,782	1,060	2,999
Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş	0.708	0,202	2,031	0,683	6,034
Görev Unvanı					
Hekim	0.182	0,505	1,200	0,702	2,050
Hemşire	0.484	0,080	1,623	0,944	2,789
YSP	-0.686	0,014	0,504	0,291	0,873
Çalışılan Birim: Yoğun Bakım	0.130	0,760	1,139	0,495	2,621
Çalışılan Birim: Acil Servis	0.152	0,731	1,164	0,490	2,769
Çalışılan Birim: Poliklinik	-0.080	0,769	0,923	0,542	1,572
Çalışılan Birim: Servis	0.254	0,339	1,290	0,765	2,173
Çalışılan Birim: Ameliyathane	-0.361	0,597	0,697	0,182	2,661
Çalışılan Birim: Laboratuvar	-0.446	0,197	0,640	0,325	1,260
Mesleki Deneyim Süresi	-0.018	0,224	0,982	0,954	1,011
Haftalık Çalışma Süresi	01	0,960	1,001	0,979	1,023
Vardiyalı Çalışma	0.133	0,608	1,142	0,688	1,897
Ruh Sağlığı Destek Öyküsü	0.924	0,001	2,519	1,464	4,335
COVID-19 Servisinde Çalışma	0.451	0,103	1,570	0,912	2,701
Kronik Hastalık Varlığı	0.549	0,046	1,732	1,009	2,973

Kronik Hastalık Sayısı	0.600	0,069	1,822	0,955	3,474
Sigara Kullanımı					
Sigara Kullananlar	0.558	0,061	1,748	0,975	3,134
Sigara Kullanmayanlar	-0.324	0,235	0,723	0,424	1,235
Sigarayı Bırakanlar	-0.481	0,320	0,618	0,240	1,596
Alkol Kullanımı					
Alkol Kullananlar	0.231	0,440	1,259	0,701	2,262
Alkol Kullanmayanlar	-0.211	0,472	0,810	0,457	1,437
^L Lojistik Regresyon Analizi					

Çalışmada son olarak Beck Anksiyete Skorunun 26 ve üzerinde değer almasında etkili olabilecek faktörlere ilişkin yapılan Lojistik Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir (Çizelge 4.41). Analiz sonucunda tek güçlü ve anlamlı faktör ruh sağlığı destek öyküsü olmuştur (OR:4,364; 95%CI: 1,612-11,809; p=0,004). Ruh sağlığı desteği öyküsü olan katılımcılarda Beck Anksiyete Ölçeği skorunun 26 ve üzerinde değer alması ihtimali 4,364 kat artmaktadır.

Çizelge 4.41 Beck Anksiyete Skorunun 26 ve Üzeri Değer Almasına Etki Eden Faktörler

Değişkenler	B	p ^L	OR	%95GA	
Yaş	0,001	0,969	1,001	0,947	1,058
Cinsiyet (Erkek)	- 0,770	0,232	0,463	0,131	1,636
Eğitim Durumu					
Lise	- 0,172	0,872	0,842	0,104	6,791
Lisans	0,300	0,554	1,350	0,499	3,650
Lisansüstü	- 0,288	0,592	0,750	0,262	2,147
Medeni Durum					
Evli	0,155	0,740	1,168	0,466	2,930
Bekar	- 0,086	0,857	0,918	0,361	2,334
Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş	- 0,325	0,759	0,723	0,090	5,775
Görev Unvanı					
Hekim	- 0,780	0,176	0,458	0,148	1,419
Hemşire	0,56	0,283	1,659	0,658	4,181
YSP	0,150	0,760	1,162	0,444	3,038
Çalışılan Birim: Yoğun Bakım	0,468	0,482	1,596	0,433	5,881
Çalışılan Birim: Acil Servis	0,573	0,392	1,774	0,478	6,577
Çalışılan Birim: Poliklinik	0,027	0,956	1,027	0,393	2,683
Çalışılan Birim: Servis	- 0,168	0,731	0,845	0,324	2,203
Çalışılan Birim: Ameliyathane	0,337	0,756	1,401	0,166	11,806

Çalışılan Birim: Laboratuvar	- 0.163	0,803	0,850	0,237	3,045
Mesleki Deneyim Süresi	0.022	0,390	1,022	0,973	1,074
Haftalık Çalışma Süresi	0.019	0,250	1,019	0,987	1,053
Vardiyalı Çalışma	- 0.083	0,860	0,920	0,367	2,309
Ruh Sağlığı Destek Öyküsü	1.473	0,004	4,364	1,612	11,809
COVID-19 Servisinde Çalışma	- 0.181	0,721	0,834	0,308	2,259
Kronik Hastalık Varlığı	0.465	0,323	1,593	0,632	4,012
Kronik Hastalık Sayısı	0.213	0,574	1,238	0,589	2,603
Sigara Kullanımı					
Sigara Kullananlar	0.414	0,401	1,513	0,576	3,978
Sigara Kullanmayanlar	- 0.241	0,615	0,786	0,308	2,006
Sigarayı Bırakanlar	- 0.522	0,621	0,594	0,075	4,694
Alkol Kullanımı					
Alkol Kullananlar	- 0.329	0,570	0,719	0,231	2,241
Alkol Kullanmayanlar	0.422	0,466	1,525	0,490	4,743
⁴ Lojistik Regresyon Analizi					

5. TARTIŞMA

Anksiyete, bireyin dış çevreden gelen ya da içsel olarak algıladığı bir tehdit ya da tehdit beklentisine karşı geliştirdiği yoğun ve aşırı uyarılmışlık durumu olarak tanımlanmaktadır (89). Psikiyatrik hastalıklar arasında en yaygın görülenlerden biri olan anksiyete bozuklukları, toplumda her beş kişiden birinin yaşamı boyunca en az bir kez deneyimlediği bir ruhsal sorun olarak bildirilmektedir (90). Sağlık anksiyetesi, bireyin bedensel duyuları ya da fizyolojik değişiklikleri hatalı biçimde yorumlayarak ciddi bir hastalığı olduğu ya da ciddi bir hastalığa yakalanacağı yönünde aşırı ve sürekli kaygı yaşamasıyla karakterize edilen, yaygın görülen ve klinik açıdan önemli bir durumdur (91,92,84). Sağlık anksiyetesi, altında yatan gerçek bir hastalık olmamasına rağmen bireyin olağan bedensel duyularını tehdit edici biçimde algılayıp aşırı yorumlamasıyla ortaya çıkan bir durumdur (62). Bu kaygı türü, çeşitli sağlık bozukluklarının gelişiminde etkili olabilmekte ve bazı ruhsal bozuklukların klinik görünümünü şekillendiren bileşenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (93). Özellikle panik bozuklukta belirgin bir öneme sahip olup, panik atakların sürmesine ve komplikasyonların ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sosyal fobi ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi durumlarda görülen bazı fiziksel semptom ve duyuların da sağlık kaygısının etkisiyle gelişebildiği bildirilmektedir (93). Bu çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri değerlendirilmiş; bu iki değişken arasındaki ilişki ile sosyodemografik ve klinik faktörlerin etkileri mevcut literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarına göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde; ortalama anksiyete puanının $15,32 \pm 7,38$ olduğu, katılımcıların %39'unun orta düzeyde ve %37,3'ünün hafif düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmaların da benzer yönde sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinde yürütülen bir araştırmada anksiyete düzeylerinin moral duyarlılık üzerinde etkili olduğu ve hemşirelerin önemli bir kısmında orta düzeyde anksiyete bulunduğu bildirilmiştir (94). Benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir

çalışmada da katılımcıların dikkate değer bir bölümünün hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (95). Sağlık çalışanlarında COVID-19 pandemisi döneminde yürütülen bir diğer çalışmada ise anksiyete düzeylerinin belirgin şekilde arttığı, katılımcıların önemli bir kısmında orta ve şiddetli düzeyde kaygı görüldüğü tespit edilmiştir (96). Mevcut araştırmada orta düzeyde anksiyetenin en yoğun grubu oluşturması, özellikle pandemi sonrası dönemde sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı iş yükü, tükenmişlik, belirsizlik ve mesleki stresörlerle ilişkili olabilir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının ruh sağlığının sektörel koşullar ve çalışma ortamına bağlı olarak önemli derecede etkilenmeye devam ettiğini göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanlarına göre sağlık anksiyeti düzeyleri incelendiğinde; ortalama SAÖ puanının $17,51 \pm 12,20$ olduğu belirlenmiş olup, bu değer katılımcılar arasında orta düzeyde sağlık anksiyetesi varlığına işaret etmektedir. Literatürde farklı örneklerle yürütülen çalışmalarda benzer ancak değişken sonuçlar bildirilmektedir. Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran bireylerle yapılan bir araştırmada Esen ve arkadaşları SAÖ puan ortalamasını $17,34 \pm 8,55$ olarak saptamış ve bu sonuç çalışmamızdaki ortalama oldukça yakın bulunmuştur (97). Jungmann ve Witthöft'ün COVID-19 pandemisi sırasında Almanya'da genel nüfusla yürüttükleri çalışmada ise ortalama SAÖ puanı $14,68 \pm 6,58$ olarak bildirilmiş olup, toplum örnekleminde sağlık çalışanlarına kıyasla daha düşük düzeyde sağlık anksiyetesi görüldüğünü göstermektedir (98). Öte yandan Kaynak ve arkadaşlarının pandemi döneminde göreve yeni başlayan sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada sağlık anksiyetesi düzeylerinin belirgin şekilde yüksek olduğu ve SAÖ ortalama puanının $31,22 \pm 4,56$ olduğu raporlanmıştır (99). Bu durum pandemi döneminde sağlık çalışanlarının belirsizlik, hastalık bulaşma riski, artmış iş yükü ve yoğun psikososyal stresörlere maruz kalmasıyla ilişkili olabilir. Mevcut çalışmada elde edilen orta düzeydeki sağlık anksiyetesi skorlarının ise sağlık çalışanlarının pandemi sonrası dönemde dahi devam eden mesleki yük, belirsizlik ve tükenmişlik süreçlerinden etkilenmeye devam ettiğini düşündürmektedir.

Mevcut çalışmamızda yaş ile gerek sağlık anksiyetesi gerekse anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu konuda çelişkili

sonuçlar da vardır. Aydemir ve arkadaşlarının kronik kalp ve solunum yolu hastalıklarına sahip bireylerde yürüttükleri çalışmada yař ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (100). Yaşlı yetişkinlerin daha dūřuk sağlık anksiyetesi düzeylerine sahip olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (101,102). Abramowitz ve arkadaşlarının kaygı bozukluğu tanılı bireylerde yürüttükleri çalışmada, yař ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (103,). Benzer şekilde, çalışmamızda da yař değişkeni ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, örneklemimizde ileri yař grubunda yer alan katılımcı sayısının görece az olmasının, yařa bağlı farklılıkların istatistiksel olarak belirginleşmesini sınırlamış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalıřmada saėlık çalıřanlarının mesleki deneyim sūresi ile anksiyete ve saėlık anksiyetesi düzeyleri arasında anlamlı bir iliřki saptanmamıřtır. Literatūrede ise farklı sonuçlar bulunmaktadır. Elbay ve ark. daha az mesleki deneyime sahip olanlarda daha yūksək anksiyete, stres ve depresyon grūldūėunū bildirmiřtir (104). Buna karřılık Yıldıırım ve ark. Çalıřma yılı ile saėlık kaygısı arasında anlamlı bir iliřki bulmamıřtır (105). Bu farklılıėın örneklem özellikleri, çalıřma kořulları ve mesleki yıl daėılımından kaynaklanmış olabileceėi dūřūnūlmektedir.

Bu çalışmada vardiyalı çalışma durumu ile haftalık çalışma sūresi açısından ölçek puanları değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Oysa literatūrede çalışma saatlerinin uzamasının sağlık alışanlarında anksiyete düzeylerini artırabildiği belirtilmektedir (106,107). Bu çalışmada ilişkinin grūlmemesi; örneklemenin çalışma sūreleri bakımından homojen olması, vardiya çeşitliliğinin sınırlı olması veya kurum koşullarının daha dengeli olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalıřmada kadınlarda Beck Anksiyete ($p=0,014$) Skorunun erkeklere göre anlamlı dūzeyde yūksək olduėu bulunmuřtur. Literatūr de bu sonucu desteklemektedir. Aslaner ve ark. kadınlarda anksiyete puanlarının daha yūksək olduėunu bildirmiřtir (108). Uřak'ta pandemi döneminde yapılan çalıřmada ve Kolombiya'da pratisyen hekimlerle yūrūtūlen arařtırmada da kadın saėlık çalıřanlarının daha yūksək anksiyete düzeylerine sahip olduėu saptanmıřtır (109,110). Anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha sık grūlmesi (111) ile

birlikte, sağlık çalışanı kadınların yoğun iş yükü, nöbetler ve ev içi sorumluluklar gibi ek streslere daha fazla maruz kalması bu farklılığı açıklayabilir.

Çalışmamızda kadınlarda sağlık anksiyetesi düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Literatürde cinsiyetin sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (112,113), kadın cinsiyetin sağlık anksiyetesi açısından bir risk faktörü olduğunu vurgulayan araştırmaların da mevcut olduğu görülmektedir (114,115). Bu sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde, çalışmamızın bulgularının özellikle kadınlarda sağlıkla ilgili kaygının daha yüksek olabileceğini gösteren literatürle uyumlu olduğu; ancak farklı örneklem özellikleri ve çalışma koşullarının cinsiyetler arasındaki farkların bazı araştırmalarda daha belirsiz saptanmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre Sağlık Anksiyete leği ($p=0,050$), Beck Anksiyete leği ($p=0,288$) ve Beck Anksiyete Kategorileri ($p=0,188$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sağlık anksiyetesi lisansüstü mezunlarında; Beck anksiyetesi ölçeğinde ise lisans mezunlarında daha yüksek bulunmuş olsa da bu farklar anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Literatürde eğitim düzeyinin anksiyete üzerindeki rolüne ilişkin farklı bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin daha ağır iş koşulları ve artmış sağlık sorunları ile ilişkili olduğu; bu nedenle anksiyeteye karşı bir risk oluşturabileceği belirtilmiştir (116). Buna karşılık yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde akademik ve mesleki rekabetin anksiyete düzeylerini artırabileceğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (117). Sağlık anksiyetesi özelinde değerlendirildiğinde, Turan ve arkadaşları özel gereksinimli çocuklarla çalışan öğretmenlerde sağlık anksiyetesi ve bedensel duyumlara duyarlılık düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediğini bildirmiştir (118). Benzer şekilde Akar ve Karan'ın çalışmasında da sağlık kaygısı düzeyinin eğitim durumuna göre değişmediği belirtilmiştir (119). Bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermekte olup eğitim düzeyinin sağlık anksiyetesi ve anksiyete düzeyleri üzerinde tek başına belirleyici bir faktör olmayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni duruma göre Beck Anksiyete ve Sağlık Anksiyetesi Skorlarında bazı farklılıklar görülse de bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde de benzer şekilde Bayülgen ve ark. ile Şahin ve Kulakaç'ın çalışmalarında medeni durum ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(120,121). Buna karşılık, Etiyopya'da yapılan bir çalışmada evli sağlık çalışanlarında kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (122). Bu farklılıkların; çalışmaların yapıldığı bölge veya ülkelerdeki kültürel özellikler ile kurumların iş düzenlerindeki değişkenlikten kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Beck Anksiyete Ölçeği Skoru ($p=0,098$) ve Beck Anksiyete Kategorileri ($p=0,083$) açısından görev unvanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde, Çin'de sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada farklı meslek grupları arasında anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (123). Kosova'da 592 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir başka araştırmada da doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında anksiyete düzeylerinin benzer olduğu ortaya konmuştur (124).

Çalışmamızda hemşirelerin Sağlık Anksiyetesi Skorlarının yardımcı sağlık personellerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Huang ve arkadaşlarının COVID-19 salgını sırasında 230 sağlık çalışanıyla yaptıkları çalışmada da sağlık anksiyetesinin arttığı ve hemşirelerin kaygı düzeylerinin doktorlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (125). Bu durum, hemşirelerin hastalarla birincil ve daha yoğun temas halinde olmaları, klinik süreçleri daha yakından takip etmeleri ve dolayısıyla enfeksiyon ve hastalık riskini daha fazla algılamalarıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 kliniğinde çalışma öyküsü bulunan sağlık çalışanları ile bu deneyime sahip olmayan sağlık çalışanlarının Sağlık Anksiyetesi, Beck Anksiyete Ölçeği Skorları ve Beck Anksiyete Kategorileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde ise özellikle pandemi dönemi boyunca COVID-19 hastalarına doğrudan bakım veren sağlık çalışanlarında anksiyete düzeylerinin belirgin şekilde arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Korkmaz ve ark.nın pandemi hastanesi olarak hizmet veren iki merkezde yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %38'inin hafif, %20'sinin orta

ve %13'ünün şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (126). Türkiye'de bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada katılımcıların %60,5'inin minimal, %25,5'inin hafif, %8,5'inin orta ve %5,5'inin şiddetli anksiyete düzeyine sahip olduğu rapor edilmiştir (127). Benzer şekilde Aslaner ve ark., pandemi döneminde aile hekimliği ve ASM çalışanlarının %26,2'sinin hafif, %27,6'sının orta ve %24,3'ünün şiddetli anksiyete yaşadığını ortaya koymuştur (108). Çin'de COVID-19'un ilk aylarında yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %31,5'inde hafif, %7,6'sında orta ve %2,17'sinde şiddetli anksiyete saptanmıştır (128). Ayrıca Huang ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada COVID-19 salgını sürecinde sağlık anksiyetesinin belirgin düzeyde arttığı bildirilmiştir (125).

Çalışmamızda kronik hastalık varlığında anlamlı şekilde farklılaşan tek parametrenin Beck Anksiyete Skoru olduğu saptanmıştır. Literatürde de kronik hastalığı bulunan bireylerde anksiyetenin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin, 2019 yılında hospitalize kronik hastalarla yapılan bir çalışmada anksiyete oranı %61,3 bulunmuştur (129). Kaynak ve arkadaşları kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında sağlık kaygısının daha yüksek olduğunu, Chen ve arkadaşları fiziksel hastalık varlığını sağlık anksiyetesi için risk faktörü olarak belirlemiştir (99,115). Uçar ve arkadaşlar da fibromiyalji hastalarında sağlık anksiyetesinin anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir (130). Çalışmamızda ise kronik hastalık ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı fark saptanmamış olması; örneklemimizin sağlık çalışanlarından oluşması, sağlık okuryazarlığının yüksekliği ve kronik hastalığı olan birey sayısının sınırlı olması gibi etkenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda ruh sağlığı desteği (psikiyatri/psikolog) alan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi ve Beck Anksiyete Skorlarının destek almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerde her iki ölçek puanı daha yüksek görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde Karaer Karapıcak ve ark. hipokondriyazis ve diğer anksiyete bozukluklarında sağlık anksiyetesinin belirgin şekilde arttığını bildirmiştir (131). Sunderland ve ark. ise sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerin psikiyatrik destek alma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (56). Bu doğrultuda çalışmamız literatürle uyumludur. Ruh sağlığı desteği alanlarda anlamlı farkın görülmesi; bu

kişilerin mevcut psikolojik zorlanma nedeniyle daha yüksek kaygı düzeyine sahip olmalarıyla ilişkili olabilir. Buna karşın, “psikiyatrik hastalık tanısı” değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması; tanı bilgisinin katılımcılar tarafından bildirilmesindeki eksiklikler, örnekleme psikiyatrik tanısı olduğunu belirten kişilerin sayısının az olması veya tanısı olsa bile düzenli tedavi altında olmalarının anksiyete düzeyini baskılıyor olabilmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kas-eklem hastalığı tanısı alan katılımcıların Sağlık Anksiyete ($p=0,009$) ve Beck Anksiyete ($p=0,026$) Skorlarının, bu tanıya sahip olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde de benzer sonuçlar görülmektedir. Fibromiyalji tanılı 1106 bireyin incelendiği bir çalışmada katılımcıların %28,75’inde anksiyete veya depresyon saptanmış; erkeklerde bu oranın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (132). Ayrıca Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS) hastalarında sağlık anksiyetesinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunduğu bir başka çalışma ile gösterilmiştir (133). Bu sonuçlar, kas-eklem hastalıklarının kronik ağrı ve işlev kaybı yoluyla anksiyete düzeylerini artırabileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızda migreni olan katılımcılarda Sağlık Anksiyetesi Skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,029$). Literatürde migren ve anksiyete bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğu, kronik migrenli bireylerde genel anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğun 2–5 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca anksiyete bozukluklarının kronik migrende görülme oranı %30,2 olarak saptanmıştır (134-136). Bu veriler, migrenin sağlık kaygısını artırabileceğini göstermesi açısından çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda sigara kullanımı ve alkol kullanımı ile hem Sağlık Anksiyetesi Ölçeği hem de Beck Anksiyete Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde ise anksiyete ve sigara ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmaların çoğunda sigara kullanımının anksiyeteyi artırıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir (137,138,139,140). Bu farklılığın; örneklemin özellikleri, sağlık çalışanlarında sigara kullanımının iş ortamı stresine bağlı telafi edici bir davranış olarak görülmesi ve sağlık

anksiyetesiyle ilişkisini maskeleyebilecek mesleki faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda sağlık anksiyetesi ile anksiyete arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Korelasyon analizinde elde edilen $r=0,484$ değeri, iki değişken arasında orta düzeyde ve istatistiksel olarak güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, sağlıkla ilgili kaygı düzeyi arttıkça bireylerin anksiyete belirtilerinin de paralel olarak yükseldiğini ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde, Abramowitz ve ark. (2007) ile Lee ve ark. (2014) çalışmalarında yaygın anksiyete bozukluğunun sağlık anksiyetesi ile sıklıkla birlikte görüldüğü bildirilmiştir (103,141). Benzer şekilde, Avustralya’da yapılan bir çalışmada, sağlık anksiyetesinin yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve agorafobi tanısı alan bireylerde daha yüksek oranlarda görüldüğü saptanmıştır (142). Ayrıca Sunderland ve ark. (2013), sağlık anksiyetesi tanısı alan bireylerde yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme riskinin altı kat arttığını bildirmiştir (56). Bu sonuçlar birlikte ele alındığında, çalışmamızın bulguları sağlık anksiyetesinin bireyin genel psikolojik belirti yükünü artırdığına işaret eden literatür ile uyumlu görünmektedir.

Regresyon analizleri, sağlık anksiyetesi üzerinde cinsiyet, lise mezunu olma, yardımcı sağlık personeli unvanı, ruh sağlığı destek öyküsü ve sigara kullanmama durumunun anlamlı etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle ruh sağlığı desteği alma öyküsünün en güçlü yordayıcı olması, yüksek kaygı düzeylerinin yardım arayışını artırdığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, Beck Anksiyete Skorunu belirleyen faktörler arasında da cinsiyet, ruh sağlığı desteği, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanmama durumu öne çıkmıştır.

ROC analizi, sağlık anksiyetesi skorunun şiddetli anksiyeteyi ayırt etmede anlamlı bir belirteç olduğunu ve 14.5 üzerindeki değerlerin riskli grubu işaret ettiğini göstermiştir. İleri analizlerde cinsiyet, medeni durum, yardımcı sağlık personeli olma, ruh sağlığı desteği ve kronik hastalık varlığı bu yüksek skoru öngören değişkenler olarak belirlenmiştir. Ayrıca Beck Anksiyete skorunun 26 ve üzerinde olmasını açıklayan tek faktörün yine ruh sağlığı desteği olması, bu değişkenin psikolojik belirti düzeyiyle güçlü ilişkisini desteklemektedir.

Elde edilen tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde; sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeylerinin çok yönlü bireysel ve mesleki faktörlerden etkilendiği; bu iki yapının birbiriyle anlamlı biçimde ilişkili olduğu görülmektedir. Çalışmamız, sağlık çalışanlarının ruh sağlığını ele alırken yalnızca sosyodemografik değişkenlerin değil, klinik öykü, mesleki deneyim, çalışma koşulları ve psikolojik destek alma durumunun da bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane düzeyinde yürütülecek tarama, erken tanı ve müdahale programlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesinin karşılıklı etkileşimi dikkate alınmalı; çalışanların psikolojik iyi oluşunu güçlendirmeye yönelik destek sistemleri çok boyutlu olarak yapılandırılmalıdır.

6. SONUÇLAR

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerle ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının genel olarak orta düzeyde anksiyete ve orta düzeye yakın sağlık anksiyetesi yaşadığı görülmüştür. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ortalaması $17,51 \pm 12,20$, Beck Anksiyete Ölçeği ortalaması ise $15,32 \pm 7,38$ olarak bulunmuştur.
- Sağlık anksiyetesi ile Beck Anksiyete Skorları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,484$; $p<0,001$). Sağlık anksiyetesi arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı görülmüştür.
- Yaş, mesleki deneyim süresi ve haftalık çalışma saati ile her iki ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Kadın sağlık çalışanlarında, hem Sağlık Anksiyetesi ($p<0,001$) hem de Beck Anksiyete Skorları ($p=0,014$) erkeklere göre anlamlı biçimde daha yüksek saptanmıştır.
- Eğitim durumu, medeni durum ve vardiyalı çalışma gibi değişkenlerin hem sağlık anksiyetesi hem de genel anksiyete skorları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Görev unvanı açısından değerlendirildiğinde, hemşirelerde sağlık anksiyetesi skoru yardımcı sağlık personeline göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,022$). Ancak Beck Anksiyete Ölçeği açısından unvanlar arasında anlamlı fark görülmemiştir.
- Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ve anksiyete skorları anlamlı düzeyde daha yüksektir. Özellikle kas-eklem hastalığı, migren ve psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda puanlar daha yüksektir ($p<0,05$).
- Ruh sağlığı desteği alan çalışanlarda hem sağlık anksiyetesi hem de Beck Anksiyete Skorları, destek almayanlara göre belirgin biçimde daha

yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca bu grupta şiddetli anksiyete görülme oranı anlamlı olarak artmıştır.

- Sigara kullanmayan çalışanlarda hem sağlık anksiyetesi hem Beck anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur; ancak alkol kullanımı ile anksiyete düzeyleri arasında tutarlı bir anlamlılık gözlenmemiştir.
- Çalışılan birim açısından, acil servis ve servis çalışanlarında anksiyete düzeyleri daha yüksek olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak ameliyathanede çalışanlarda Beck Anksiyete Kategorileri anlamlı şekilde farklılaşmıştır ($p=0,014$).
- Lineer regresyon analizinde sağlık anksiyetesi skorunu etkileyen en güçlü faktörler arasında ruh sağlığı desteği alma öyküsü, cinsiyet (kadın), yardımcı sağlık personeli olmak ve belirli kronik hastalık türleri yer almıştır. Beck Anksiyete Skorunu etkileyen faktörler de benzer biçimde ruh sağlığı desteği ve sağlığa ilişkin değişkenler olmuştur.

7. ÖNERİLER

1. Birinci basamak ve hastane hizmetlerinde, sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi ve anksiyete düzeylerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi, riskli grupların erken dönemde tanınmasına katkı sağlayabilir.
2. Özellikle kadın sağlık çalışanlarında, hemşirelerde, yardımcı sağlık personeline ve ruhsal destek alma öyküsü bulunan bireylerde anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu göz önünde bulundurularak, bu gruplara yönelik hedeflenmiş psikoeğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.
3. Migren, kas-eklem hastalıkları ve ruhsal hastalık desteği öyküsü gibi kronik hastalık varlığı, sağlık anksiyetesi için önemli bir belirleyici olduğundan, bu çalışanlara yönelik düzenli tarama, danışmanlık ve gerektiğinde psikolojik destek hizmetlerinin sunulması önemlidir.
4. Çalışma birimi açısından ameliyathanede çalışanlarda anksiyete kategorilerinin anlamlı biçimde farklılık göstermesi, bu birimlerde iş yükü yönetimi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve stres azaltıcı müdahalelerin uygulanmasını gerekli kılmaktadır.
5. Sağlık çalışanlarının iş yaşamındaki stres kaynaklarını azaltmaya yönelik kurumsal destek mekanizmalarının (dinlenme alanları, stres yönetimi eğitimleri, psikolojik danışmanlık hizmetleri) güçlendirilmesi, anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olabilir.
6. Sigara kullanımı ile anksiyete arasındaki ilişki dikkate alınarak, kurum içinde sigara bırakma danışmanlığı, sağlıklı yaşam tarzı eğitimleri ve davranışsal destek programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.
7. Ruh sağlığı desteği alan çalışanlarda anksiyete düzeylerinin belirgin biçimde daha yüksek bulunması nedeniyle, klinik başvuruların erken yönlendirilmesi, başvuru süreçlerinin kolaylaştırılması ve çalışanlara

yönelik gizlilik ilkesine dayalı ruh sağlığı destek birimlerinin oluşturulması yararlı olabilir.

8. Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ve anksiyete düzeylerinin iş performansı, tükenmişlik ve hasta güvenliği üzerindeki olası etkilerinin daha kapsamlı şekilde değerlendirilmesi için ileri araştırmalar yapılması önerilmektedir.
9. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, farklı meslek grupları, çalışma birimleri ve sosyodemografik özellikler arasında karşılaştırmaların yapılmasına olanak sağlayacak geniş örneklemli, çok merkezli araştırmalar planlanmalıdır.
10. Niteliksel yöntemlerin (derinlemesine görüşmeler, odak grup çalışmaları) niceliksel analizlerle birlikte kullanılması, sağlık çalışanlarının anksiyete deneyimlerinin ve bu anksiyetenin bağlamsal nedenlerinin daha ayrıntılı biçimde anlaşılmasını sağlayabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048–59.
2. Spielberger CD. *Anxiety: Current trends in theory and research*. 2nd ed. New York (NY): Academic Press; 2022.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Taylor S. *Understanding and treating health anxiety*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2014.
5. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the DSM-V. J Anxiety Disord. 2007;21(5):805–15.
6. Salkovskis PM, Warwick HM. Meaning, misinterpretations, and somatic symptoms: a cognitive-behavioural approach. Behav Res Ther. 2001;39(7):805–15.
7. Aydemir Ö, Güvenir T. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Turk Psikiyatri Derg. 2003;14(4):289–99.
8. Kalmaz A, Temel M. Kronik hastalık varlığı ile sağlık anksiyetesi, akılcı ilaç kullanımı ve siberkondri ilişkisi. Klinik Tıp Araştırmaları Dergisi. 2024;5(2):80–6.
9. World Health Organization. *Mental health and psychosocial well-being among health workers: policy brief*. Geneva (CH): World Health Organization; 2022.
10. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals. JAMA. 2020;323(21):2133–4.
11. Que J, Shi L, Liu J, Zhang L. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. Psychol Med. 2021;51(11):1957–65.
12. Liu Q, Luo D, Haase JE, et al. The experiences of healthcare providers during the COVID-19 crisis in China. Lancet Glob Health. 2020;8(6):e790–8.
13. Chong MY, et al. Psychological impact of SARS on health workers. Br J Psychiatry. 2004;185:127–33.
14. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327–35.

15. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*. 2013;13(2):205–13.
16. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care*. 2001;39(7):705–15.
17. Hedman E, Axelsson E, Andersson E, Lekander M, Ljótsson B. Exposure-based cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(6):638–49.
18. Mohebbi Z, Esmaeili R, Arji G. Assessing health anxiety among healthcare providers of COVID-19 patients in Iran. *J Educ Health Promot*. 2021;10:342.
19. Saeedi A, Abedini Z, Latif M, et al. Correlation between COVID-19-related health anxiety and coping strategies in frontline nurses. *BMC Psychiatry*. 2023;21(1):580.
20. Amoozadeh Z, Ahmadi Y, Pishgooie AH, et al. Assessment the relationship between health anxiety and Iranian nurses' quality of life: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2025;16:1447816.
21. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV-TR)*. Yeniden gözden geçirilmiş 4. baskı. Köroğlu E, çeviri ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
22. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Med Bull Şişli Etfal Hosp*. 2011;45(2):45–50.
23. Middleton H. History of mental symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997 Feb;62(2):216.
24. Kain ZN, Maranets I. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg*. 2000 Jul;91(1):250–5.
25. World Health Organization, editor. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017. p. 7–9.
26. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. *Türkiye ruh sağlığı profili ön raporu*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı; 1998.

27. Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2004;6(4):243-54.
28. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A family study of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry.* 1987;144(8):1019-24.
29. Gorman JM. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000;157(4):493-505.
30. Garvey MJ, Noyes R, Cook B. Comparison of panic disordered patients with high versus low MHPG. *J Affect Disord.* 1990;20(1):7-12.
31. Schruers K, Griez E. The effects of tianeptine or paroxetine on 35% CO₂-provoked panic in panic disorder. *J Psychopharmacol.* 2004;18(4):553-8.
32. Tarzian M, Ndrio M, Fakoya AO. An introduction and brief overview of psychoanalysis. *Cureus.* 2023.
33. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(5):637-44.
34. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: a quick glance. *Indian J Psychiatry.* 2013;55(3):220.
35. UpToDate. Unipolar depression in adults: Choosing treatment for resistant depression [Internet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-choosing-treatment-for-resistant-depression>. 21 August 2025
36. Psikoterapi Enstitüsü. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi [Internet]. [place unknown]: Psikoterapi Enstitüsü; [cited 2025 Nov 2]. Available from: <https://www.psikoterapi.com/kitapsayfaları/anksiyetebozukluklarivetedavisi.pdf>
37. UpToDate. *Generalized anxiety disorder in adults: Management*. UpToDate, Wolters Kluwer; [Internet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management> (Accessed: 21 August 2025).
38. Saygun M, Önal B, Yavuz CY. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği. In: Yıldız AN, Sandal A, editors. *İş sağlığı ve güvenliği meslek*

- hastalıkları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020. p. 487–509. ISBN: 978-975-491-506-8. (Yayın No: 670
39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Occupational hazards in hospitals [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2008 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/default.html>
40. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev*. 2001;48(2):129–30.
41. Pınar T, Acikel C, Pınar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *J Interpers Violence*. 2017;32(15):2345–65.
42. M. Sağlık çalışanlarında ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar. In: *Sağlık çalışanlarının psikolojik sorunları*. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi; 1999 Kasım; Ankara. p. 79.
43. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2002;55(1):21–8.
44. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KW, Sham PC, et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):241–7.
45. Kocabaşoğlu N. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. In: *Sempozyum Dizisi*. 2008. p. 175–84.
46. Tamam L, Demirkol M. Anksiyete bozuklukları. In: *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*. 2019. p. 1641–4.
47. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klin Psikofarmakol Bülteni*. 2011;11:60–77.
48. Baldwin R. Mood disorders: depressive disorders. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, Thomas A, editors. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2008. p. 529–56.
49. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(7):1–8.
50. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri*. 11. baskı. Bozkurt A, editör. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.

51. Tyrer P, et al. Health anxiety: the silent, disabling epidemic. *BMJ*. 2016;353:i2250.
52. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AE, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res*. 2017;101:31–7.
53. Yüksel N. Somatik belirti ve ilişkili bozukluklar. In: Yüksel N, editor. *Ruhsal hastalıklar*. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; 2020. p. 433–55.
54. Ünal B, Coşar B. Somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. 2021;1:1–5.
55. Noyes R, Stuart S, Watson DB, Langbehn DR. Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: A review of the existing literature. *Psychother Psychosom*. 2006;75(5):270–81.
56. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):56–61.
57. Sawchuk CN. Illness anxiety disorder [Internet]. Mayo Clinic; [cited 2025 Aug 17]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/illness-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20373782>
58. Hedman-Lagerlöf E, Tyrer P, Hague J, Tyrer H. Health anxiety. *BMJ*. 2019;364:l774.
59. Yıldız M. Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı DSM-5’in Türkçe çevirisi üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25(3):218–21.
60. 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;6(2):2158244016653641.
61. Guze SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1228.
62. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nin Türkçe formu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50(4):325–31.
63. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM Open*. 2014;5(2):204253331351248.

64. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom*. 1995;63(1):1–8.
65. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. *BJPsych Adv*. 2018;24(1):66–72.
66. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022. p. 357-361.
67. Brahmabhatt A, Richardson L, Prajapati S. Identifying and managing anxiety disorders in primary care. *J Nurse Pract*. 2021;17(1):18–25.
68. 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.
69. Croicu C, Chwastiak L, Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1079–95.
70. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(1):49-54A.
71. Gerstenblith TA, Stern TA. Primary care and consultation-liaison interventions for somatic symptom and related disorders. In: Gabbard GO, editor. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2014. p. 571.
72. Wulsin L. Intensive interventions for somatic symptom disorders. In: Gabbard GO, editor. *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2014. p. 591.
73. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9913):219–25.
74. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. 2007;69(9):881–8.
75. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li Z jiang, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained

- physical symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2019;245:98–112.
76. K. Bouman T. Psychological treatments for hypochondriasis: a narrative review. *Curr Psychiatry Rev.* 2014;10(1):58–69.
 77. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2019;19(6):663–76.
 78. Tyrer P, Tyrer H, Morriss R, Crawford M, Cooper S, Yang M, et al. Clinical and cost-effectiveness of adapted cognitive behaviour therapy for non-cardiac chest pain: a multicentre, randomised controlled trial. *Open Hear.* 2017;4(1).
 79. Tyrer P, Salkovskis P, Tyrer H, Wang D, Crawford MJ, Dupont S, et al. Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technol Assess.* 2017;21(50):1–88.
 80. 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.
 81. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2023 ed. Brussels: WONCA Europe; 2023.
 82. Tyrer P, Fox C, Gardiner C, Mulder R, Tyrer H. Initial assessment of patients with putative functional disorders in medical settings. *Clin Med (Northfield Il).* 2021;21(1):8.
 83. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül korumu: önce zarar verme. *Türk Aile Hekim Derg.* 2017;21(2):74–81.
 84. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: current perspectives and future directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(4):306–12.
 85. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness anxiety disorder: psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosom Med.* 2019;81(5):398–407.
 86. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893–7.

87. Ulusoy M, Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12(2):163-72.
88. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843-53.
89. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. 8. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. p. 1559-1800.
90. Karaaslan S. Elazığ il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri [Uzmanlık tezi]. Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2015.
91. Abramowitz JS, Braddock AE. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: a biopsychosocial approach. Göttingen: Hogrefe; 2008. p. 16.
92. Lucock MP, Morley S. The health anxiety questionnaire. *Br J Health Psychol*. 1996;1(2):137-50.
93. Norton PJ, Sexton KA, Walker JR, Norton GR. Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. *Cogn Behav Ther*. 2005;34(1):50-63.
94. Saritaş S, Anuş Topdemir E, Büyükbayram Z. The effect of intensive care unit nurses' anxiety levels on moral sensitivity. *Inonu Univ Health Serv Vocational School J*. 2020;8(3):906-918. doi:10.33715/inonusaglik.753126.
95. Kaplan V. Hemşirelik öğrencilerinin anksiyete düzeylerinin ve kişilerarası problem çözme becerilerinin belirlenmesi. *Selçuk Sağlık Derg*. 2020;1(2):71-84.
96. İlhan MN, Kıran B. Sağlık çalışanlarında COVID-19 pandemisi sırasında stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Ortadoğu Üniv Hast Derg*. 2023;12(1):39-48. doi:10.38108/ouhcd.1468590.
97. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi. *Eurasian J Fam Med*. 2018;7(1):5-13.

98. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord.* 2020;73.
99. Kaynak KÖ, Karadağ E, Öztuna B. COVID-19 pandemi sürecinde göreve başlayan sağlık personelinde anksiyete ve sağlık kaygısı. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2024;32(6):433–40.
100. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Ölmez E, Gündüz H. Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. 2015. Volume: 5 Issue: 4, 199 - 203, 17.12.2015.
101. SantoroG,StarcevicV,ScaloneA,CavalloJ,MusettiA,SchimmentiA. The doctor is in(ternet): the mediating role of health anxiety in the relationship between somatic symptoms and cyberchondria. *J Pers Med* 2022, Vol 12, Page 1490. 2022;12(9):1490.
102. GerolimatosLA,EdelsteiBA.Predictorsofhealthanxietyamongolder and young adults. *Int Psychogeriatrics.* 2012;24(12):1998–2008.
103. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther.* 2007;38(1):86– 94.
104. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;290:113130.
105. Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological status of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2020;30(2):26–31.
106. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, Du B. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun.* 2020;87:49–50.
107. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during the COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020;288:112954.

108. Aslaner H, Benli AR, Yıldız S, Şahin T, Gökçek MB, Mıstık S. Anxiety level of family physicians and family health workers during the COVID-19 pandemic. *Turk J Fam Med Prim Care*. 2021;15(2):398–403.
109. Hoşgör H, Dörttepe ZÜ, Sağcan H. COVID-19 anxiety and professional performance among emergency healthcare workers: analysis of descriptive variables. *Mehmet Akif Ersoy Univ J Econ Adm Sci*. 2020;7(3):865–86.
110. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with generalized anxiety disorder symptoms in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med*. 2020;68(7):1228–34.
111. Budakoğlu II, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. Anxiety prevalence and associated factors among women older than 15 years. 2005;2(2):92–7.
112. 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. *Teach Learn Med*. 2016;28(3):252–9.
113. Karaoglu N, Karaoglu KB, Yardımcı H. Sosyoloji ve tıp öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlık kaygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Med J*. 2020;20(3):615–28.
114. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg*. 2020;6(1):139–54.
115. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: a multicentre study. *J Int Med Res*. 2019;47(10):4854
116. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008;66:1334–45.
117. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Soc Sci Med*. 2006;63(2):411–5.
118. Gan Z, et al. The impact of educational status on the clinical features of major depressive disorder among Chinese women. *J Affect Disord*. 2012;136(3):988–92.

119. Kastamonu Üniversitesi İletişim Fakültesi. Aşı tereddütü, sağlık kaygısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu İletişim Araştırmaları Derg.* 2024;12:267–94.
120. Bayülgen MY, Bayülgen A, Yeşil FH, Türksever HA. COVID-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Derg.* 2020;3(1):1–6.
121. Şahin ÇÜ, Kulakaç N. Anxiety levels of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the case of Turkey. *Curr Psychol.* 2021;1–8.
122. Kibret S, Teshome D, Fenta E, Hunie M, Tamire T. Prevalence of anxiety towards COVID-19 and its associated factors among healthcare workers in a hospital in Ethiopia. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243022.
123. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during the COVID-19 outbreak. [Dergi adı ve cilt-sayı bilgisi gerekli].
124. Galloopeni F, Bajraktari I, Selmani E, Tahirbegolli IA, Sahiti G, Muastafa A, et al. Anxiety and depressive symptoms among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in Kosovo: a cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2020;137:110212.
125. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* 2020;38:E001.
126. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tartar AS, Balcı HN, Atmaca M. COVID-19 hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının kaygı düzeyleri, uyku ve yaşam kalitesi ve problem çözme becerileri. *J Clin Neurosci.* 2020;80:131-6.
127. Besirli A, Çelik Erden S, Mehmet A, Varlıhan A, Yeniçeri T, Canlı İşler A, et al. The relationship between anxiety and depression levels with perceived stress and coping strategies in health care workers during the COVID-19 pandemic. *Med Bull Sisli Hosp.* 2020;55(1):1-11.
128. Guixia L, Hui Z. A study on burnout of nurses in the period of COVID-19. *Psychol Behav Sci.* 2020;9(3):31-6.

129. Fattouh N, Hallit S, Salameh P, Choueiry G, Kazour F. Prevalence and factors affecting the level of depression, anxiety and stress in hospitalized patients with a chronic disease. *Perspect Psychiatr Care*. 2019 Oct;55(4):592-9.
130. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül AI, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res*. 2015;43(5):679–85.
131. Karaer Karapıçak EÖ, Aslan S, Utku Ç. Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012;1(1):43-51.
132. Hanao-Perez M, Lopez-Medina DC, Arboleda A, Monsalve SB, Andres-Zea J. Patients with fibromyalgia, depression, and/or anxiety and sex differences. *Am J Mens Health*. 2022 Jul-Aug;16(4):15579883221110351.
133. Gül AI, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E. Miyofasyal ağrı sendromu ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki. *J Musculoskelet Pain*. 2014;2(3):89-92.
134. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegård KJ, Dahl AA, Bovim G, Stovner LJ. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency: the Nord-Trøndelag Health Study. *Eur J Neurol*. 2003;10:147-52.
135. Chen YC, Tang CH, Ng K, Wang SJ. Comorbidity profiles of chronic migraine sufferers in a national database in Taiwan. *J Headache Pain*. 2012;13:311-9.
136. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache*. 2000;40:818-23.
137. Kurt B, Akbaba M. Çukurova yöresinde kırsal bir bölgedeki yetişkinlerin ruh sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(3):538-50. doi:10.31832/SMJ.430270.
138. Jamal M, Van der Does AJW, Cuijpers P, Penninx BWJH. Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2012;126(1-2):138-46. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.05.001.
139. Taylor AE, Davies NM, Ware JJ, VanderWeele T, Smith GD, Munafo MR. Investigating the possible causal association of smoking with depression and

- anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: the CARTA consortium. *BMJ Open*. 2014;4(10):e006141. doi:10.1136/bmjopen-2014-006141.
140. Goodwin RD. Next steps toward understanding the relationship between cigarette smoking and depression/anxiety disorders: a life course perspective. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):1-2. doi:10.1093/ntr/ntw296.
141. Lee S, Lama IMH, Kwok KPS, et al. A community-based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2014;28:187-94.
142. Kara N. Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2014;3:99-108.

9. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Görevli 18 Yaş Üstü Sağlık Çalışanlarında Anksiyete ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 18 yaş üstü sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemeyi ve bu düzeylerle ilişkili bireysel ve mesleki faktörleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesinin yaygınlığını ortaya koymak, bu duruma etki eden belirleyici değişkenleri incelemek ve ruh sağlığının desteklenmesine yönelik öneriler geliştirmek hedeflenmiştir.

Yöntem: Kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır. Belirtilen kriterlere uyan toplam 241 sağlık çalışanı çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme ve çevrim içi uygulama yöntemiyle gerçekleştirilen üç bölümden oluşan bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Anketin ilk bölümünde sosyodemografik ve mesleki özellikleri içeren bilgi formu; ikinci bölümünde Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ); üçüncü bölümünde ise Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) yer almıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Yöntem: Katılımcıların yaş ortalaması $34,23 \pm 8,21$ yıl olup %73,4'ü kadın, %51,5'i evli ve %63,9'u lisans mezunudur. Katılımcıların %35,3'ünde en az bir kronik hastalık bulunduğu; %22,4'ünün ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu belirlenmiştir. Çalışmada Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) toplam puan ortalaması $17,51 \pm 12,20$; Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması ise $15,32 \pm 7,38$ olarak saptanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, SAÖ ve Beck Anksiyete Skorları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r=0,484$; $p<0,001$). Yaş, eğitim durumu, medeni durum, mesleki deneyim süresi ve haftalık çalışma saatinin her iki ölçek üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede kadın katılımcıların hem SAÖ hem de BAÖ skorlarının erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Görev unvanı açısından, hemşirelerin sağlık anksiyetesi skorlarının yardımcı sağlık personeline göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,022$). Kronik hastalık tanısı olan

bireylerde Beck Anksiyete Skorları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). Migren ve kas-eklem hastalığı bulunan katılımcıların sağlık anksiyetesi ve anksiyete düzeyleri de istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Ruhsal hastalık desteği alan katılımcıların hem sağlık anksiyete hem de genel anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Sigara ve alkol kullanım durumunun ölçek puanları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Regresyon analizine göre sağlık anksiyetesini anlamlı biçimde yordayan değişkenler cinsiyet, eğitim düzeyi, görev unvanı, ruh sağlığı destek öyküsü ve sigara kullanmama durumu olurken; genel anksiyeteyi yordayan değişkenler arasında cinsiyet, ruh sağlığı desteği alma durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanmama yer almıştır ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma, sağlık çalışanlarının orta düzeyde anksiyete ve sağlık anksiyetesi yaşadığını ve bu iki değişken arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Kronik hastalık, migren, kas-eklem hastalıkları ve ruh sağlığı desteği alma öyküsü risk artırıcı faktörler olarak öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığını desteklemeye yönelik düzenli taramalar yapılması, psikososyal destek hizmetlerinin erişilebilirliği artırılması ve iş yükünü azaltmaya yönelik çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, sağlık anksiyetesi, sağlık çalışanları, Beck Anksiyete Ölçeği.

10. ABSTRACT

Evaluation of Anxiety and Health Anxiety Levels and Associated Factors Among Healthcare Workers Aged 18 and Over at Akdeniz University Hospital

Objective: This study aimed to determine the levels of anxiety and health anxiety among healthcare workers aged 18 years and older employed at Akdeniz University Hospital, and to evaluate the individual and occupational factors associated with these levels. The study sought to reveal the prevalence of anxiety and health anxiety in healthcare professionals, identify the determining variables influencing these conditions, and develop recommendations to support mental well-being.

Methods: This cross-sectional and correlational study included 241 healthcare workers who met the inclusion criteria. Data were collected through a three-part questionnaire administered via face-to-face interviews and an online survey. The first section consisted of a sociodemographic and occupational information form; the second included the Beck Anxiety Inventory (BAI); and the third comprised the Health Anxiety Inventory (HAI). Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 25.0.

Results: The mean age of the participants was 34.23 ± 8.21 years; 73.4% were female, 51.5% were married, and 63.9% held a bachelor's degree. Among the participants, 35.3% had at least one chronic disease, and 22.4% reported a family history of mental illness. The mean total score of the Health Anxiety Inventory was 17.51 ± 12.20 , while the mean Beck Anxiety Inventory score was 15.32 ± 7.38 . A positive and moderate correlation was found between health anxiety and general anxiety scores ($r=0.484$; $p<0.001$). Age, educational status, marital status, professional experience, and weekly working hours had no significant effect on either scale ($p>0.05$). Female participants had significantly higher HAI and BAI scores compared to males ($p<0.05$). Based on professional roles, nurses exhibited significantly higher health anxiety scores compared to allied healthcare personnel ($p=0.022$). Participants with chronic diseases had significantly higher BAI scores ($p=0.008$). Those with migraine and musculoskeletal-related conditions also had higher levels of health anxiety and general anxiety ($p<0.05$). Participants receiving

psychiatric or psychological support demonstrated significantly higher health anxiety and general anxiety levels ($p < 0.001$). Smoking and alcohol use did not result in significant differences in scale scores ($p > 0.05$). Regression analysis indicated that gender, educational level, job title, history of mental health support, and non-smoking status significantly predicted health anxiety; whereas gender, receiving mental health support, presence of chronic disease, and non-smoking predicted general anxiety ($p < 0.05$).

Conclusion and Recommendations: This study demonstrates that healthcare workers experience moderate levels of anxiety and health anxiety, and that there is a significant positive relationship between the two. Chronic disease, migraine, musculoskeletal disorders, and receiving mental health support emerged as risk-enhancing factors. It is recommended to implement regular mental health screenings, enhance access to psychosocial support services, and improve working conditions to reduce workload and strengthen the mental well-being of healthcare workers.

Keywords: Anxiety, health anxiety, healthcare workers, Beck Anxiety Inventory.

11. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedenli etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.



Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Görevli 18 Yaş Üstü Sağlık Çalışanlarında Anksiyete ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

b. Araştırmanın İçeriği: Bu araştırmada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 18 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri ile bu düzeylerle ilişkili sosyodemografik faktörler değerlendirilecektir. Veriler çevrim içi (online) anket yöntemiyle toplanacaktır. Anket, Beck Anksiyete Envanteri, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve sosyodemografik bilgi formunu içermektedir. Araştırmada herhangi bir tıbbi müdahale uygulanmayacaktır.

c. Araştırmanın Amacı: Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeylerini belirlemek, bu düzeylerle sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amaçlanmaktadır. Çalışma, sağlık çalışanlarının ruhsal iyi oluş düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya koyarak, ileride yapılacak psikolojik destek programlarına temel oluşturmayı hedeflemektedir.

d. Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 105

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu araştırmaya katılan bireyler için doğrudan bir yarar beklenmemektedir. Ancak elde edilecek bulgular, sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeylerini daha iyi anlamaya katkı sağlayacak; bu bilgiler ileride benzer risk gruplarına yönelik destekleyici psikososyal müdahalelerin geliştirilmesinde ve hizmet içi eğitimlerde kullanılabilecektir

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Hanife Özel

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı: İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):..... Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı: İmzası:

Görevi:

Tarih:



Ek 3. Sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi Çalışması Anketi

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde görevli 18 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarında anksiyete ve sağlık anksiyetesi düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçlayan bilimsel bir tez çalışmasıdır.

Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır ve bu bilgiler, izniniz olmadığı sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde Beck Anksiyete Ölçeği, üçüncü bölümde ise Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon) bulunmaktadır. Elde edilen veriler yalnızca araştırmacılar tarafından bilimsel amaçlarla değerlendirilecek ve herhangi bir kişisel çıkar için kullanılmayacaktır.

Verilerin sağlıklı şekilde toplanabilmesi için lütfen tüm soruları dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz

SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

1. Yaşınız: ____
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a)Kadın
 - b)Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a)Lisansüstü
 - b)Lisans
 - c)Lise
 - d)Ortaokul-ilkokul
 - e)Hiç eğitim almadım
4. Medeni durumunuz nedir?
 - a)Evli
 - b)Bekar
 - c)Boşanmış/eşi vefat etmiş
5. Görev Ünvanı:
 - a) Hekim
 - b) Hemşire
 - c)Yardımcı sağlık personeli
5. Çalıştığınız birim:
 - a) Yoğun bakım

- b) Acil servis
 - c) Poliklinik
 - d) Servis
 - d)Ameliyathane
 - e)Lavobaratuar
 - f) Diğer: _____
7. Mesleki deneyim süresi:
____ yıl
8. Haftalık çalışma süresi:
____ saat
9. Vardiyalı çalışma durumu:
- a) Evet
 - b) Hayır
10. Daha önce ruh sağlığı desteği (psikiyatri/psikolog) aldınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
11. COVID-19 servisinde çalıştınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
12. Ailenizde ruhsal hastalık tanısı almış biri var mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
13. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?
- a)Evet
 - b)Hayır
14. Kronik hastalığınız (varsa) lütfen işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
- a) Hipertansiyon
 - b) Diyabet
 - c) Kanser
 - d) Kalp Damar hastalığı
 - e) Kas-eklem hastalığı
 - f) Böbrek hastalığı
 - g) Tiroid hastalığı
 - h) Mide-barsak hastalığı
 - ı) Romatolojik hastalık
 - i) Allerji
 - j) Astım,KOAH
 - k) Migren
 - l) Psikiyatrik rahatsızlık
 - m) Obezite
 - n) Diğer _____

15). Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bıraktım

16). Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bıraktım

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ve stresli olduğu zamanlarda yaşadığı bazı belirtiler verilmiştir. Bugün dahil son bir hafta içinde aşağıda sıralanmış belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun şıkkı işaretleyerek belirtiniz.

1 - Bedenin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabilirdi.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

2 - Sıcak / Ateş Basması

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabilirdi.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

3 - Bacaklarda titreme

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabilirdi.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

4 - Gevşeyememe

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabilirdi.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

5 - En kötü şeylerin başına geleceği korkusu

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabilirdi.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

6 - Baş dönmesi veya sersemlik

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabilirdi.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

7 - Kalp çarpıntısı

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

8 - Denge kaybı

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

9 - Dehşete kapılma ya da korkma

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

10 - Sinirlilik

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

11 - Boğuluyormuş gibi hissetme

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

12 - Ellerin titreme

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

13 - Titreklik

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.
- d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

14 - Kontrolü kaybetme korkusu

- a-Hiç deneyimlemedim.
- b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.
- c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

15 - Nefes almakta zorlanma

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

16 - Ölüm korkusu

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

17 - Korkuya kapılma

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

18 - Midede hazımsızlık

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

19 - Bayılma ya da baygınlık

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

20 - Yüz kızarması

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

21 - Soğuk ya da sıcak terlemeler

a-Hiç deneyimlemedim.

b-Hafif düzeyde - Beni pek etkilemedi.

c-Orta düzeyde - Hoş değildi ama katlanılabılırdı.

d-Ciddi düzeyde - Dayanmakta çok zorlandım.

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

1.
 - (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
 - (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
 - (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim. (
 - (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2.
 - (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
 - (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
 - (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
 - (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3.
 - (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
 - (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
 - (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
 - (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4.
 - (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
 - (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
 - (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
 - (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5.
 - (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
 - (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
 - (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır
6.
 - (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
 - (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
 - (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
 - (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7.
 - (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

- (b) 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 yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- (b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
- (c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
- (d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

- (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
- (b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
- (c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

- (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

- (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
- (b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
- (c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.

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

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

15.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.

- (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
- (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
- (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
- (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

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

