

Yetişkinlerde Sağlık Kaygısı ile İlişkili Değişkenlerin Bilişsel Davranışçı Model Kapsamında İncelemesi

Özlem Yılmaz

İstanbul Üniversitesi

Gülay Dirik

Dokuz Eylül Üniversitesi

Özet

Sağlık durumuyla ilişkili olan önemli etmenlerden birisi sağlık kaygısıdır. Sağlık kaygısı, insanların pek çok davranışını etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Sağlık kaygısı da benzer şekilde, çeşitli unsurlardan etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, aleksitimi, sağlık kaygısı, anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri bilişsel davranışçı model (BDM) ve alanyazın kapsamında incelemektir. 503 katılımcıyla (301 kadın, 202 erkek; $Ort._{yaş} = 25.88$) yürütülen çalışmada, Sosyodemografik Bilgi Formu, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Sağlık Bilişleri Anketi, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Maddelik Form, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form, Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm kullanılarak toplanan veri, korelasyon ve yol analizi ile incelenmiştir. Kaygı duyarlılığı ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısını; sağlık kaygısının ise anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesini yordadığı belirlenmiştir. Ayrıca, kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesini yordadığı bulunmuştur. Sağlık kaygısının, kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ile ilişkisinde kısmi aracılık; yaşam kalitesi ile ilişkisinde ise tam aracılık ettiği tespit edilmiştir. Aleksitiminin ise doğrudan yaşam kalitesini yordadığı görülmüştür. Bulguların BDM ile uyumlu olduğu belirlenmiş ve bulgular ilgili alanyazın doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, aleksitimi, sağlık kaygısı, anormal hastalık davranışları, yaşam kalitesi

Abstract

One of the important factors which are related to health status is health anxiety. Health anxiety affects people's many behaviors and impairs quality of life. Likewise, it is affected by various factors. This study aimed to investigate the relationships among anxiety sensitivity, health-related dysfunctional beliefs, alexithymia, health anxiety, abnormal illness behaviors and quality of life within the scope of the cognitive behavioral model (CBM) and the related literature. In this study, with 503 participants (301 women, 202 men, $M_{age} = 25.88$), data were collected via Sociodemographic Information Form, Anxiety Sensitivity Index-3, Health Cognitions Questionnaire, The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, Health Anxiety Inventory-Short Version, Scale for the Assessment of Illness Behaviour and World Health Organization BREF Quality of Life Assessment and analyzed with correlation and path analysis. Anxiety sensitivity and health-related dysfunctional beliefs predicted health anxiety, and health anxiety predicted abnormal illness behaviors and quality of life. Moreover, anxiety sensitivity predicted abnormal illness behaviors and quality of life. Health anxiety partially mediated the relationship between anxiety sensitivity and abnormal illness behaviors; and fully mediated the relationship between anxiety sensitivity and quality of life. Alexithymia directly predicted quality of life. Findings were consistent with CBM and they were discussed within the scope of the literature.

Keywords: Anxiety sensitivity, health-related dysfunctional beliefs, alexithymia, health anxiety, abnormal illness behaviors, quality of life

Yazar Notu: Bu makale, Özlem Yılmaz tarafından hazırlanan ve Gülay Dirik danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezinin bir bölümünden yararlanılarak yazılmıştır.

Yazışma Adresi: Arş. Gör. Özlem Yılmaz, İstanbul Üniversitesi, Havacılık Psikolojisi Araştırmaları Enstitüsü, Vezneciler / İstanbul

E-posta: ozlemyilmaz1@istanbul.edu.tr

Gönderim Tarihi: 17.11.2017

Kabul Tarihi: 11.10.2018

Sağlık kaygısı, bedensel duyum ya da değişikliklerin ciddi bir hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlanmasıyla ortaya çıkan, sağlığa yönelik aşırı ilgi ve endişeyi içeren bir deneyim şeklinde tanımlanmaktadır (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010; Reiser, McMillan, Wright ve Asmundson, 2014). Sağlık kaygısı genellikle geçicidir; belirtiler ortadan kalkınca kendiliğinden azalır ya da uygun tıbbi destekle kolayca baş edilebilir (Deale, 2007). Ancak şiddetli sağlık kaygısı devamlılık gösterir, uzun süreli tıbbi destekle nadiren azalır, genellikle bir belirtiden öbürüne geçer (Deale, 2007). Sağlık kaygısı, kişinin kendisi, ailesi ve sağlık çalışanları için klinik olarak belirgin bir sorun haline gelir (Deale, 2007). Şiddetli sağlık kaygısı yaşayan kişiler sağlıkla ilgili olarak aşırı derecede ilgilidir ve ciddi bir hastalıkları olduğu ve/veya ciddi bir hastalık yaşama riski taşıdıkları ihtimalini abartırlar (Rachman, 2012). Bu kişiler, kendilerinin hastalıklara karşı genel olarak ve/veya belirli bir hastalığa dair (örn., kanser) istisnai bir savunmasızlıklarını olduğuna inanırlar (Rachman, 2012). Şiddetli sağlık kaygısı yaşayan kişilerin DSM-5'teki "Bedensel Belirti Bozukluğu" veya "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" tanımlarını alma ihtimali yüksektir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeli, sağlık kaygısıyla ilişkili unsurları bir araya getirerek, sağlık kaygısının oluşma, tetiklenme ve devam etme süreçlerini açıklar (Salkovskis ve ark., 2003). Bu modele göre, geçmiş deneyimler sağlık ve hastalık hakkında çeşitli inanç ve varsayımlara yol açtığı için yanlış yorumlamalar ortaya çıkar (Deale, 2007). Bu varsayımlar yaşamın erken ya da geç döneminde oluşabilir ve süregelen deneyimlerle değişime uğrayabilir; devam eden kaygıya neden olabilir veya tetikleyici olaylar tarafından etkinleştirilebilir (Deale, 2007). Bu varsayımlar tetiklendiklerinde, kaygıda artışa, bedensel belirtilere karşı hassasiyet ve ciddi bir hastalığı doğrulayıcı kanıt olarak yanlış yorumlamaya, güvence arayışı, beden kontrolü ve kaçınmaya neden olur (Deale, 2007). Tüm bu bilişsel, davranışsal, duygusal ve fizyolojik unsurlar hem sağlık kaygısının sonucu hem de sağlık kaygısını devam ettiren etkenlerdir (Deale, 2007).

Sağlık kaygısı çeşitli unsurlar üzerinde etkili olabilmektedir. Bunlar arasında anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi sayılabilir. Hastalık davranışı, belirli belirtilerin farklı kişiler tarafından çeşitli şekillerde algılanabileceği, değerlendirilebileceği ve davranışa dönüşebileceği yolları içerir (Mechanic ve Volkart, 1960). Anormal hastalık davranışı "doktorun açık ve doğru bir şekilde; tartışma, açıklama ve uzlaşma fırsatları sunarak; ilgili biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel unsurların uygun bir şekilde ele alınmasıyla durumun ve izlenecek yolun değerlendirmesini yapmasına rağmen, kişinin kendi sağlık durumunu deneyimleme, algılama, değer-

lendirme ve tepki vermedeki uyumsuz tarzının süreklilik göstermesidir." (Pilowsky, 1986, s. 76). Anormal hastalık davranışlarının sağlık kaygısıyla ilişkisine dair birtakım çalışmalar mevcuttur. Pugh'ın (2010) çalışmasında sağlık kaygısının anormal hastalık davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuş ve yüksek sağlık kaygısı yaşayan kişilerin daha fazla anormal hastalık davranışlarında bulunduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık kaygısı yüksek kişilerin tıbbi hizmetleri daha sık kullandığı (doktora gitme, hastane yatışı, acil başvurusu vb.), tıbbi harcamalarının daha yüksek olduğu (Barksy, Ettner, Horsky ve Bates, 2001; Lee, Creed, Ma ve Leung, 2015; Rask ve ark., 2016), internette tanı ya da belirtilerine ilişkin araştırma yapma oranlarının daha yüksek olduğu (Eastin ve Guinsler, 2006; Lagoe ve Atkin, 2015; Tanis, Hartmann ve Te Poel, 2016), doktor muayenelerinden tatmin olma oranlarının ise daha düşük olduğu (Tanis ve ark., 2016) belirlenmiştir.

Sağlık kaygısının etkilediği bir diğer unsur ise yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından, "kişinin hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, yaşadığı kültür ve değer yargıları bütünü içinde kendi durumunu algılayış şekli" olarak tanımlanmıştır (WHOQOL Group, 1994, s. 28). Pek çok sosyodemografik özellik, fiziksel ve psikolojik sorunlar ile birlikte sağlık kaygısının da yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Fiziksel bir hastalığı olmayan kişilerde sağlık kaygısının yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bleichhardt ve Hiller, 2007). Multipl skleroz (MS) hastalarında (Hayter, Salkovskis, Silber ve Morris, 2016), sağlık kaygısı düzeyi yüksek olanların düşük olanlara kıyasla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu ve bu durumun depresyon, genel kaygı ve endişe kontrol edildiğinde de devam ettiği bulunmuştur. Benzer şekilde, diyabet hastalarında sağlık kaygısının fiziksel alandaki yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili ve fiziksel alandaki yaşam kalitesindeki düşüşün yordayıcılarından (Janzen-Claude, Hadjistavropoulos ve Friesen, 2014) olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada ise (Murphy, McGuire, Erickson ve Mezulis, 2016) depresyon düzeyi kontrol edildiğinde, bedensel belirtilerin sağlık kaygısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiği bulunmuştur. Sağlık kaygısı düzeyi arttıkça somatik belirtilerin arttığı, somatik belirtiler arttıkça da yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür.

Öte yandan sağlık kaygısı üzerinde etkili olan çeşitli unsurlar da mevcuttur. Kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili olmayan inançlar ve aleksitimi bunlardan bazılarıdır. Kaygı duyarlılığı, "kişinin, kaygı ya da korku yaşantılarının hastalığa, utanmaya ya da daha fazla kaygıya neden olacağına dair inancından kaynaklanan bir kişisel

farklılık değişkeni” olarak tanımlanmıştır (Reiss, Peterson, Gursky ve McNally, 1986, s. 1-2). Kaygı duyarlılığı, kaygı yükseltici bir etmedir; kaygı duyarlılığı yüksek olan kişiler kaygı yaşadıklarında, ilişkili duyumlara yönelik alarma geçer ve bu durum da kaygı şiddetinin artmasına yol açar (Taylor ve ark., 2007). DSM-5’e göre bedensel belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu tanımları alan kişilerin, sağlıklı kontrol grubu ve depresyon tanılı kişilere kıyasla, kaygı duyarlılığı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bailer ve ark., 2016). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, sağlık kaygısı ve kaygı duyarlılığının hem toplam puan hem de alt boyutlar bağlamında pozitif yönde ilişkiye sahip olduğu; kaygı duyarlılığının sağlık kaygısını yordadığı görülmüştür (Stewart, Sherry, Watt, Grant ve Hadjistavropoulos, 2008). Fergus’un (2014) herhangi bir sağlık sorunu olmayan yetişkinlerle yaptığı bir çalışmada da kaygı duyarlılığının sağlık kaygısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve yüksek kaygı duyarlılığı düzeyinin yüksek sağlık kaygısı düzeyini yordadığı belirlenmiştir. Ayrıca, kaygı bozukluklarına yatkınlık yaratan bir etmen olan kaygı duyarlılığının, çeşitli kaygı bozukluklarıyla ilişkili bulunan (Guo, Kuroki ve Koizumi, 2001) anormal hastalık davranışlarıyla da bağlantılı olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte, kaygı duyarlılığının yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu ve yaşam kalitesini yordadığı yönünde de bulgular mevcuttur (Kang ve ark., 2015; Tsao, Meldrum, Kim ve Zeltzer, 2007).

Sağlık kaygısı üzerinde etkili olan bir diğer unsur sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlardır. Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeline göre, sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlara sahip kişiler, bedensel duyuları ya da belirtileri bir sağlık sorununun göstergesi olarak yanlış yorumlayarak kaygı yaşamaya daha yatkındır (Fergus, 2014). Salkovskis ve Warwick’e (2001) göre, sağlık kaygısı ile ilişkili olarak tanımlanan dört tür sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inanç; 1) “hastalık olasılığı”, 2) “hastalığın korkutuculuğu”, 3) “hastalıkla baş etmede güçlük” ve 4) “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” olarak adlandırılır (akt. Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Bir çalışmada, sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısıyla pozitif yönde ilişkili olduğu; fiziksel bir hastalık tanısı olan grupta “hastalığa yakalanma olasılığı”, “hastalığın korkutuculuğu” ve “tıbbi hizmetlerin yetersizliği”; fiziksel bir hastalık tanısı olmayan grupta ise “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalığa yakalanma olasılığı”nın sağlık kaygısını yordadığı bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Alberts ve Hadjistavropoulos’un (2014) ciddi bir sağlık sorunu yaşayan ebeveynleri olan gençlerle yaptığı bir çalışmada ise sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlardan “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalık olasılığı”nın sağlık kaygısının yordayıcılarından olduğu belirlenmiştir. Başka bir

çalışmada da fiziksel bir hastalık tanısı olmayan yetişkin örnekleminde, sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısını yordadığı, bu inançların obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile ilişkili bulunmakla birlikte sağlık kaygısına özgü olduğu sonucuna varılmıştır (Fergus, 2014). Benzer şekilde, fiziksel bir hastalık tanısı olmayan üniversite öğrencilerinde “hastalığa yakalanma olasılığı” ve “hastalıkla baş etmede güçlük” sağlık kaygısıyla pozitif yönde ilişkili bulunmuş ve sağlık kaygısını yordadığı tespit edilmiştir (Pugh, 2010). Ayrıca sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışlarıyla da pozitif yönde ilişkili olduğu; “hastalığa yakalanma olasılığı” ve “hastalığın korkutuculuğu”nun anormal hastalık davranışlarını sağlık kaygısı aracılığıyla yordadığı belirlenmiştir (Pugh, 2010).

Sağlık kaygısı üzerinde etkili olabileceği düşünülecek incelenen bir başka değişken ise aleksitimidir. Aleksitimi başta hastalardaki psikosomatik belirtileri açıklayabilmek adına ortaya atılan ve psikosomatik hastalıklara yatkınlık yarattığı düşünülen bir kavramdır (Kooiman, 1998). Duyuların bilişsel değerlendirmesinde belirli bozulmalarla ilişkili olan ayrı bir kişilik yapısı olarak ortaya çıkmıştır (Zackheim, 2007). Klinik anlamda aleksitimi düzeyi yüksek kişilerin, duygularını söze dökmeye zorluk yaşadığı ve duygusal yönler yerine dışsal gerçeklikler üzerinde durmaya meyilli olduğu belirlenmiştir (Kooiman, 1998). Alanyazında aleksitimi ve sağlık kaygısı ilişkisine dair çalışmalar mevcuttur. Örneğin, bir çalışmada, aleksitiminin toplam puan ve alt boyutları ile sağlık kaygısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve yüksek aleksitimi düzeyinin diğer değişkenlerle birlikte yüksek sağlık kaygısı düzeyini yordadığı tespit edilmiştir (Zhang, Zhao, Mao, Li ve Yuan, 2014). Shahidi, Molaie ve Dehghani’nin (2012) çalışmasında da sağlık kaygısının aleksitiminin toplam puan ve alt boyutlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu ve bu ilişkinin kaygı, depresyon ve somatik belirtiler kontrol edildiğinde de sürdüğü görülmüştür. Ayrıca, aleksitiminin duyguları tanımadada güçlük boyutunun sağlık kaygısının yordayıcılarından olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, çeşitli çalışmalarda aleksitimi ve yaşam kalitesinin de ilişkili olduğu görülmüştür. Örneğin, alkol bağımlılığı tedavisi gören erkek hastalarla yapılan bir çalışmada, aleksitimi düzeyinin (toplam puan, duyguları tanımadada güçlük ve duyguları söze dökmeye güçlük boyutları) yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu; aleksitimi düzeyi yüksek olan hastaların düşük olanlara kıyasla daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları; aleksitiminin duyguları tanımadada güçlük boyutunun yaşam kalitesinin yordayıcılarından olduğu sonucuna varılmıştır (Evren, Dalbudak, Durkaya, Çetin ve Evren, 2010). Başka bir çalışmada da aleksitimi düzeyinin yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu; yüksek aleksitimi düzeyinin

(duyguları söze dökmeye güçlük ve dışa dönük düşünme boyutları) düşük yaşam kalitesini yordadığı bulunmuştur (Vieira, Vieira, Gomes ve Gauer, 2013).

Yukarıda bahsedilen birçok araştırma sonucunun gösterdiği gibi, kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve aleksitimi sağlık kaygısı üzerinde etkili olabilecek değişkenlerdir. Ayrıca, sağlık kaygısının da anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceğini gösteren bulgulara rastlanmaktadır. Ancak, kaygı duyarlılığı ve anormal hastalık davranışları arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Kaygı bozukluklarına yatkınlık yaratan bir etmen olan kaygı duyarlılığının, çeşitli kaygı bozukluklarıyla ilişkili bulunan anormal hastalık davranışlarıyla bağlantılı olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle, bu çalışmada kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışlarıyla ilişkisi incelenmiştir. Öte yandan, Türkiye’deki alanyazın incelendiğinde bu değişkenlere yönelik ayrı ayrı çalışmalar mevcutken, birbirleriyle olan ilişkilerini inceleyen çalışmalar bulunmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle, geniş bir Türk örnekleme tüm bu değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinin önemli olacağı düşünülmüştür. Bu çalışma, hem sağlık kaygısını etkileyen unsurları hem de sağlık kaygısının etkilediği unsurları birlikte kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle çalışmanın alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür. Sağlık kaygısının yalnızca sağlık sorunu olan kişilerde değil, fiziksel bir hastalık tanısı olmayan kişiler tarafından da yaşanabileceği bilinmektedir. Uzmanların bu konuyu ele alırken kapsamlı değerlendirme yapmalarının, hem sağlık kaygısını etkileyen hem de sağlık kaygısının etkilediği unsurları birlikte ele almalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Önleme ve tedavi çalışmalarında ele alınabilecek unsurlara dair yol göstermesi açısından çalışma bulgularının önemli olacağı öngörülmektedir.

Bu çalışma kapsamında, sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modelinden ve alanyazında yer alan çalışmalardan yola çıkılarak oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

1. Yetişkinlerde kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve aleksitiminin sağlık kaygısını yordaması beklenmektedir.
2. Yetişkinlerde sağlık kaygısının anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesini yordaması beklenmektedir.
3. Yetişkinlerde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve anormal hastalık davranışları ile kaygı duyarlılığı ve anormal hastalık davranışları arasındaki ilişkilere sağlık kaygısının aracılık etmesi beklenmektedir. Ayrıca kaygı duyarlılığı ve yaşam kalitesi ile aleksitimi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere de sağlık kaygısının aracılık etmesi beklenmektedir.

Yöntem

Örneklem

Çalışmaya Türkiye’de yaşayan, okuma yazma bilen, 18-58 yaş arasında ($Ort. = 25.88$, $S = 6.39$), fiziksel bir hastalık tanısı olmayan 503 kişi (301 kadın, 202 erkek) katılmıştır. Yurtdışında yaşayan, 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük, herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Türkiye’nin farklı şehirlerinde yaşayan kişilerden veri toplanmıştır. Katılımcılara kolayca ve kartopu örnekleme yöntemleriyle ulaşılmış, veriler internet üzerinden (e-mail, sosyal medya, mesaj ile) iletilen anket formlarıyla toplanmıştır. Katılımcıları çeşitli meslek gruplarında çalışanlar ile lisans, yüksek lisans ve doktora seviyesindeki üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklemenin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun üniversite mezunu (%73.2), herhangi bir işte çalışmayan (%61.6), düşük gelir düzeyine sahip (%47’si 1000 TL’den az), çocuğu olmayan (%91.5), herhangi bir ameliyat geçirmemiş (%63), herhangi bir psikiyatrik tanı almamış (%79.1) ve psikiyatrik ilaç kullanmayan (%85.7) kişiler olduğu tespit edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış 20 sorudan oluşmaktadır. Sorular yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşanan şehir, çocuk sahibi olup olmama ve çocukların sayısı, şimdiye kadar herhangi bir ameliyat olup olmama, şimdiye kadar psikiyatrik bir tanı alıp almama, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmama, sigara ve alkol kullanımı alanlarını değerlendirmektedir.

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3. Taylor ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. 5’li derecelendirme ile ($0 = Çok az$, $4 = Çok fazla$) puanlanan 18 maddeden oluşmaktadır. Cevaplayanlardan her bir maddeyle ilgili şimdiye kadarki deneyimlerini dikkate alarak, deneyimleri yoksa da o durumu yaşamaları halinde nasıl hissedebileceklerini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir olduklarını belirtmeleri istenmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek kaygı duyarlılığını işaret etmektedir. Ölçek, “fiziksel”, “bilişsel” ve “toplumsal” olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Mantar, Yemez ve Alkın (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin faktör yapısı, orijinal çalışmadakine benzer şekilde bulunmuştur. Cronbach alfa katsayıları tüm ölçek için .93; “fiziksel belirtiler” için .89; “bilişsel belirtiler” için .88; “toplumsal belirtiler” için .82 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanların test-tekrar testte orta düzeyde korelasyon gösterdiği bulunmuştur ($r = .64$, p

< .01). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri ise tüm ölçek için .92'dir. Bu çalışma kapsamında ölçekten alınan toplam puana göre değerlendirme yapılmıştır.

Sağlık Bilimleri Anketi. Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiş olup, kişilerin yaşadığı sağlık kaygısının şiddetiyle bağlantılı olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmektedir. Ölçek, hastalıkla baş etmede güçlük (HBG), tıbbi hizmetlerin yetersizliği (THY), hastalık olasılığı (HO) ve hastalığın korkutuculuğu (HK) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek kişinin şu anda fiziksel bir hastalık tanısı (örn., kanser, diyabet, kalp hastalıkları vb.) olup olmamasına göre 20'şer soru içeren iki paralel form halinde hazırlanmıştır. Ölçek maddeleri 5'li derecelendirme ile (*1 = Kesinlikle katılmıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum*) puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerin sağlığına ilişkin işlevsel olmayan inançlarını yansıtmaktadır. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları fiziksel bir hastalık tanısı olmayan grupta .72 - .90; fiziksel bir hastalık tanısı olan grupta ise .75 - .91 aralığında bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yılmaz ve Dirik (2018) tarafından yapılmıştır. Türkçe formun orijinaline uygun faktör yapısına ve iyi düzeyde güvenilirlik ve geçerlik değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değerleri ise; hastalıkla baş etmede güçlük boyutu için .89, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu için .68, hastalığın korkutuculuğu boyutu için .82, hastalık olasılığı boyutu için .78'dir. Bu çalışma kapsamında da ölçeğin orijinalindeki gibi alt boyutlarından alınan puanlara göre değerlendirme yapılmıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Maddelik Form.

Daha önce geliştirilen Toronto Aleksitimi ölçeklerindeki eksiklikleri gidermek amacıyla geliştirilmiştir (Bagby, Parker ve Taylor 1994; Bagby, Taylor ve Parker, 1994). 5'li derecelendirme ile (*1 = Hiçbir zaman, 5 = Her zaman*) puanlanan 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek aleksitimi düzeyini yansıtmaktadır. Ölçek, duyguları tanımadada güçlük, duyguları söze dökmeye güçlük ve dışa dönük düşünme olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Güleç ve arkadaşları (2009) tarafından öğrenci örneklemiyle yapılmıştır. Faktör analizinde orijinaline benzer şekilde üç boyutlu yapı bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri tüm ölçek için .78, duyguları tanımadada güçlük boyutu için .80, duyguları söze dökmeye güçlük boyutu için .57 ve dışa dönük düşünme boyutu için .63 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri ise tüm ölçek için .83'tür. Bu çalışma kapsamında ölçekten alınan toplam puana göre değerlendirme yapılmıştır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form. Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından ge-

liştirilmiştir. 64 maddelik olarak geliştirilen ilk ölçeğin 18 maddelik kısa formudur. Ölçeğin 14 maddelik ana kısmı (bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık ve kaygı) kişilerin sağlıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgulayan dört seçeneqli (a, b, c, d şeklinde) yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan dört madde (hastalığın olumsuz sonuçları kısmı) ise kişilerden ciddi bir hastalığa sahip olduklarını varsaydıklarında nasıl bir durum içinde olabileceklerine dair fikir yürütmelelerini istemek ve dört seçeneqli (a, b, c, d şeklinde) yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengiz (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değeri .92 olarak bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirliği ise .57 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri tüm ölçek için .87'dir. Bu çalışma kapsamında ölçekten alınan toplam puana göre değerlendirme yapılmıştır.

Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği.

Rief, Ihle ve Pilger (2003) tarafından geliştirilmiştir ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, tanının doğrulanması, şikayetlerin ifadesi, tedavi, hastalığın sonuçları ve tarama olmak üzere beş boyutlu bir yapıya sahiptir. Maddeler 4'lü derecelendirme ile (*0 = Tamamıyla doğru, 3 = Tamamıyla doğru değil*) puanlanır ve ölçekten alınan düşük puanlar artmış/anormal hastalık davranışlarına işaret eder. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Güleç (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam puan test-tekrar test tutarlılığı .68, Cronbach alfa katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısının orijinaline tam olarak uyum sağlamadığı, bazı maddelerin orijinal çalışmadakinden farklı faktörlere yüklendiği görülmüştür. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri tüm ölçek için .86'dir. Bu çalışma kapsamında ölçekten alınan toplam puana göre değerlendirme yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Türkçe Ulusal Kısa Sürüm. Dünya Sağlık Örgütü tarafından daha önce geliştirilen WHOQOL-100'ün kısaltılmış halidir (The WHOQOL Group, 1998). İlk iki soru genel yaşam kalitesi ve genel sağlığa dair bir değerlendirmeyi içerir. Ölçek, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevre alanı olmak üzere dört boyut ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Maddeler 5'li derecelendirme ile (*1 = Hiç, 5 = Çok*) puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek yaşam kalitesini yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu, çevre ile ilgili ek bir soruyla birlikte 27 sorudan oluşmaktadır. Yapı geçerliği analizinde, ölçeğin orijinaline tam olarak uymayan ancak benzeyen bir faktör yapısı görülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri, tüm grupta bedensel alan için .83, ruhsal alan için .66, sosyal alan için .53 ve çevre alanı için .73 olarak elde edilmiştir. Test-tekrar test

Tablo 1. Araştırma Değişkenlerine Dair Betimleyici İstatistikler

Değişkenler	Ort.	S.	Min.	Max.
Kayı Duyarlılığı	24.83	14.82	0	69
Hastalıkla Baş Etmede Güçlük	21.47	6.13	8	40
Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği	14.03	3.24	4	20
Hastalığın Korkutuculuğu	13.91	3.34	4	20
Hastalık Olasılığı	12.12	3.08	4	20
Aleksitimi	49.65	11.15	27	82
Sağlık Kaygısı	16.69	7.61	0	48
Anormal Hastalık Davranışları	42.24	12.10	0	75
Yaşam Kalitesi Bedensel Alan	14.69	2.71	6.29	20
Yaşam Kalitesi Ruhsal Alan	13.35	3.06	4	19.33
Yaşam Kalitesi Sosyal Alan	12.84	3.69	4	20
Yaşam Kalitesi Çevre Alanı	13.58	2.47	5.78	20

güvenirliği analizinde, iki farklı ölçümdeki maddelerin korelasyon katsayılarının .46 ile .81 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin, WHOQOL-100 yerine kullanılabilmesi düşünülmüştür. Ölçeğin bu çalışmadaki iç tutarlılığını değerlendirmek için hesaplanan Cronbach alfa değerleri bedensel alan için .79, ruhsal alan için .83, sosyal alan için .69, çevre alanı için .74'tür. Bu çalışma kapsamında ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlara göre değerlendirme yapılmıştır.

İşlem

Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır. Mevcut çalışmanın verileri toplamda 27 ilden internet üzerinden mail ve sosyal medya aracılığıyla dağıtılan anketler ile yetişkinlerden toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışmanın amacı, uygulanacak batarya, katılımcının hakları, gönüllülük, gizlilik ve çalışmadan çekilme durumlarına ilişkin bilgi (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu) sunulmuştur.

Bulgular

Betimleyici İstatistikler

Çalışmanın betimleyici istatistikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri

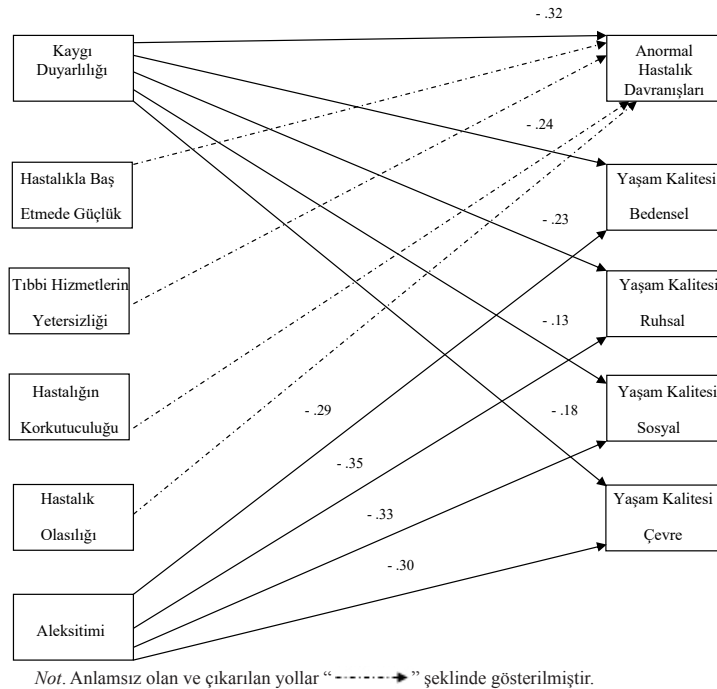
Değişkenler arası ilişkileri incelemek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde sağlık kaygısının kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, aleksitimi ve anormal hastalık davranışları ile pozitif; yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kaygı duyarlılığı ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışlarıyla pozitif; kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve aleksitiminin yaşam kalitesi ile ise negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sosyodemografik değişkenler ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizlerine ilişkin detaylı bulgular Tablo 2'de verilmiştir.

Yol Analizi

Araştırma değişkenleri olan kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, aleksitimi, sağlık kaygısı, anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere dair hipotezleri test etmek için yol analizi kullanılmıştır. IBM AMOS 21 (Arbuckle, 2012) programı ve Maksimum Benzerlik (Maximum Likelihood) yöntemi ile analizler gerçekleştirilmiştir. Oluşturulan modellerin ne kadar iyi uyum gösterdiğini değerlendirmek için özellikle Ki-Kare Uyum Testi (χ^2), Ki-Kare Uyum Testinin Serbestlik Derecesine oranı (χ^2/sd), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), İyilik Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (AGFI), Karşılaştırmalı Uyum

İndeksi (CFI) değerleri incelenmiştir. Ki-Kare Uyum Testinin Serbestlik Derecesine Oranının (χ^2/sd) 3'ten küçük veya eşit olması iyi bir uyumu; 5'ten küçük veya eşit olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Schermele-Engel ve ark., 2003). RMSEA'nın .05'ten küçük veya eşit olması iyi bir uyuma; .06 ile .08 arasında olması kabul edilebilir bir uyuma işaret etmektedir (Schermele-Engel ve ark., 2003). GFI'nin .95'ten büyük ya da eşit olması iyi bir uyumu; .90 ve üstü olması kabul edilebilir bir uyumu belirtmektedir (Schermele-Engel ve ark., 2003). AGFI'nin .90'dan büyük ya da eşit olması iyi bir uyumu; .85 ve üstü olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Schermele-Engel ve ark., 2003). CFI'nin .97'den büyük veya eşit olması iyi bir uyumu; .95 ve üstü (Schermele-Engel ve ark., 2003) veya .90 ve üstü (Hu & Bentler, 1999) olması kabul edilebilir bir uyumu işaret etmektedir. Analizler gerçekleştirilmeden önce her bir değişkenin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve bu değerlerin istenilen aralıkta (basıklık için 2'den, çarpıklık için 7'den küçük) olduğu belirlenmiştir. Analiz öncesinde tek değişkenli normallik (univariate normality) ve çok değişkenli normallik (multivariate normality) sayıltıları da test edilmiştir. Birden fazla değişkende uçdeğer (multivariate outlier) olan veriler veri setinden çıkarılmadan önce ve çıkarıldıktan sonra analizler (korelasyon, regresyon ve yol analizi) tekrarlanarak sonuçlar karşılaştırılmıştır. Bu veriler çıkarıldığında, sonuçlarda anlamlı düzeyde bir fark görülmediği için veri setinden çıkarılmamalarına karar verilmiştir.

Yol analizinin ilk modeli bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için oluşturulmuştur. Kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi alanları; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışları; aleksitiminin ise yaşam kalitesi alanları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Oluşturulan modelin uyum iyiliği değerlerinin istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür [$\chi^2(23, N = 503) = 122.91, p < .001, \chi^2/sd = 5.34, GFI = .96, AFGI = .89, CFI = .94, RMSEA = .09$]. Modele ait standardize regresyon değerleri incelenmiş ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların tümünün (HBG, THY, HK, HO) anormal hastalık davranışları ile arasındaki yollar anlamsız olduğu görülmüştür. Bu yollar tek tek çıkarılarak model her seferinde yeniden test edilmiştir ve son durumda modelin kabul edilebilir uyum iyiliği değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir [$\chi^2(27, N = 503) = 124.48, p < .001, \chi^2/sd = 4.61, GFI = .96, AFGI = .90, CFI = .94, RMSEA = .09$]. Değişkenler arasındaki standardize regresyon değerleri incelendiğinde kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ($\beta = -.32, p < .001$) ile yaşam kalitesinin bedensel ($\beta = -.24, p < .001$), ruhsal ($\beta = -.23, p < .001$) sosyal ($\beta = -.13, p < .01$) ve çevre ($\beta = -.18, p < .001$) alanlarını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Kaygı duyarlılığı düzeyi anormal hastalık davranışlarının toplam varyansının %11'ini açıklamıştır. Benzer şekilde aleksitimi düzeyinin, yaşam kalitesinin bedensel ($\beta = -.29, p < .001$), ruhsal ($\beta = -.35, p < .001$), sosyal ($\beta = -.33, p < .001$) ve çevre ($\beta = -.30, p < .001$) alanlarını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Kaygı duyarlılığı düzeyi ve aleksitimi düzeyinin yaşam kalitesi alanlarına ait açıkladığı varyans sırasıyla bedensel alan için %22, ruhsal alan için %26, sosyal alan için %18 ve çevre alanı için %18'dir. Model Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Model 1

Tablo 2. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

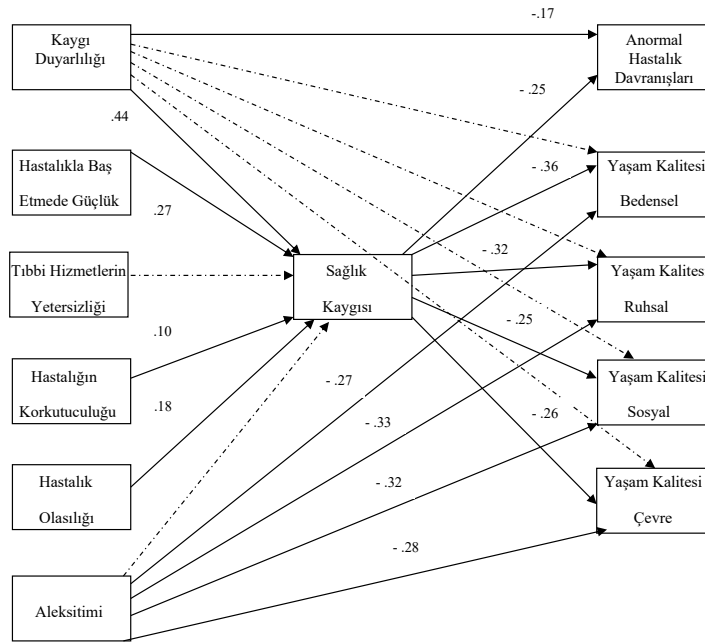
1. Yaş	1	.02	.11*	.62**	.40**	.57**	-.59**	.18**	-.06	-.07	-.05	-.02	-.10*
2. Cinsiyet	.02	1	-.06	-.03	-.10*	.09*	.00	.06	.06	.08	-.05	-.09	-.02
3. Eğitim Düzeyi	.11*	-.06	1	-.05	-.20**	.21**	.08	-.02	-.02	.02	.05	-.10*	-.09*
4. İlişki Durumu	.62**	-.03	-.05	1	-.30**	.49**	-.64	-.15**	-.04	.01	.01	.03	-.08
5. Çalışma Durumu	.40**	-.10*	-.20**	-.30**	1	-.66**	.18**	.12**	-.05	.04	.09*	.13**	.15**
6. Gelir Düzeyi	.57**	.09*	.21**	.49**	-.66**	1	-.36**	-.16**	-.03	-.03	-.10*	-.11*	-.11*
7. Çocuk	-.59**	.00	.08	-.64	.18**	-.36**	1	.11*	.04	.08	.06	-.11*	.00
8. Ameliyat	.18**	.06	-.02	-.15**	.12**	-.16**	.11*	1	.10*	.03	.07	.01	.04
9. Psikiyatrik Tanı	-.06	.06	-.02	-.04	-.05	-.03	.04	.10*	1	.38**	.12**	.02	-.17**
10. İlaç Kullanımı	-.07	.08	.02	.01	.04	-.03	.08	.03	.38**	1	.06	.03	-.10*
11. Sigara Kullanımı	-.05	-.05	.05	.01	.09*	-.10*	.06	.07	.12**	.06	1	.33**	-.05
12. Alkol Kullanımı	-.02	-.09	-.10*	.03	.13**	-.11*	-.11*	.01	.02	.03	.33**	1	.05
13. Kaygı Duyarlılığı	-.10*	-.02	-.09*	-.08	.15**	-.11*	.00	.04	-.17**	-.10*	-.05	.05	1

Tablo 2. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri (Devamı)

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Yaş	.01	.04	-.07	.02	-.17**	-.10*	-.05	.12**	.20**	.07	.15**
2. Cinsiyet	-.08	.03	-.06	.02	.10*	-.13**	.09*	.03	-.03	-.11*	-.01
3. Eğitim Düzeyi	-.03	.02	-.03	-.00	-.14**	-.06	.07	.08	.06	.05	.12**
4. İlişki Durumu	-.03	.02	-.08	-.01	-.15**	-.06	-.05	.14**	.21**	.13**	.17**
5. Çalışma Durumu	.10*	-.05	.11*	-.04	.13**	.17**	-.01	-.18**	-.22**	-.13**	-.16**
6. Gelir Düzeyi	.02	.11*	-.01	.05	-.12**	-.06	-.04	.14**	.15**	.13**	.22**
7. Çocuk	.01	.04	.09	-.05	.04	.03	.04	-.03	-.15**	-.10*	-.10*
8. Ameliyat	-.03	-.05	.01	-.04	.06	-.05	.09*	.05	-.01	.06	-.01
9. Psikiyatrik Tanı	-.12**	-.02	-.08	-.20**	-.07	-.26**	.03	.13**	.16**	.07	.06
10. İlaç Kullanımı	-.07	-.06	-.02	-.16**	-.07	-.15**	.06	.11*	.11*	.04	.07
11. Sigara Kullanımı	-.01	-.11*	-.01	-.21**	-.04	-.05	-.06	.10*	.04	.00	.11
12. Alkol Kullanımı	.01	-.14**	-.04	-.08	.00	-.01	-.08	-.01	.03	.02	.06
13. Kaygı Duyarlılığı	.38**	.07	.31**	.25**	.55**	.62**	-.32**	-.40**	-.42**	-.32**	-.34**
14. Hastalıkla Baş Etmede Güçlük	1	.16**	.46**	.17**	.28**	.52**	-.15**	-.41**	-.41**	-.28**	-.28**
15. Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği	.16**	1	.12**	.11**	.04	.15**	.01	-.03	-.10*	-.04	-.08
16. Hastalığın Korkutuculuğu	.46**	.12**	1	.26**	.15*	.41**	-.12**	-.13**	-.22**	-.09	-.11*
17. Hastalık Olasılığı	.17**	.11**	.26**	1	.17*	.37**	-.10*	-.30**	-.31**	-.23**	-.23**
18. Aleksitimi	.28**	.04	.15**	.17*	1	.38**	-.09	-.42**	-.47**	-.40**	-.40**
19. Sağlık Kaygısı	.52**	.15**	.41**	.37**	.38**	1	-.36**	-.48**	-.47**	-.36**	-.38**
20. Anormal Hastalık Davranışları	-.15**	.01	-.12**	-.10*	-.09	-.36**	1	.19**	.16**	.12**	.19**
21. YK-Bedensel	-.41**	-.03	-.13**	-.30**	-.42**	-.48**	.19**	1	.68**	.56**	.60**
22. YK-Ruhusal	-.41**	-.10*	-.22**	-.31**	-.47**	-.47**	.16**	.68**	1	.64**	.63**
23. YK-Sosyal	-.28**	-.04	-.09	-.23**	-.40**	-.36**	.12**	.56**	.64**	1	.56**
24. YK-Çevre	-.28**	-.08	-.11*	-.23**	-.40**	-.38**	.19**	.60**	.63**	.56**	1

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Not 2. Cinsiyet için 1 = Kadın, 2 = Erkek; çalışma durumu için 1 = Çalışıyor, 2 = Çalışmıyor; çocuk, ameliyat, psikiyatrik tanı, ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı için 1 = Evet, 2 = Hayır.
 Not 3. Anormal hastalık davranışları 0 = Tamamen Doğru, 1 = Kısmen Doğru, 2 = Kısmen Doğru Değil, 3 = Tamamen Doğru Değil şeklinde puanlar ve ölçekten alınan düşük puanlar artmış/anormal hastalık davranışlarına işaret eder. YK = Yaşam kalitesi alanları.



Not. Anlamsız olan yollar "----->" şeklinde gösterilmiştir.

Şekil 2. Model 1 Son Hali

Ardından sağlık kaygısı modele dahil edilerek, sağlık kaygısının bu ilişkilerdeki aracılık rolü test edilmiştir. Modelin uyum iyiliği değerlerinin genel olarak iyi düzeyde olduğu görülmüştür [$\chi^2(27, N = 503) = 87.59, p < .001, \chi^2/sd = 3.24, GFI = .97, AFGI = .92, CFI = .97, RMSEA = .07$]. Değişkenler arasındaki standardize regresyon değerleri incelendiğinde kaygı duyarlılığı düzeyi ($\beta = .44, p < .001$) ile sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan hastalıkla baş etmede güçlük ($\beta = .27, p < .001$), hastalığın korkutuculuğu ($\beta = .10, p < .01$) ve hastalık olasılığının ($\beta = .18, p < .001$) sağlık kaygısı düzeyini anlamlı olarak yordadığı ve sağlık kaygısına ait toplam varyansın %52'sini açıkladığı görülmüştür. Öte yandan tıbbi hizmetlerin yetersizliği ($\beta = .05, p > .05$) ve aleksitiminin ($\beta = .02, p > .05$) sağlık kaygısı ile arasındaki yolların anlamsız olduğu ve sağlık kaygısını yordamadıkları belirlenmiştir. Buna göre, ilk hipotez büyük oranda desteklenmiştir. Ayrıca sağlık kaygısının da anormal hastalık davranışları ($\beta = -.25, p < .001$) ile yaşam kalitesinin bedensel ($\beta = -.36, p < .001$), ruhsal ($\beta = -.32, p < .001$), sosyal ($\beta = -.25, p < .001$) ve çevre ($\beta = -.26, p < .001$) alanlarını yordadığı görülmüştür. Buna göre, ikinci hipotez tamamen desteklenmiştir. Modele sağlık kaygısı dahil edildikten sonra kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ile oluşturduğu yolun beta katsayısında ($\beta = -.17, p < .01$) düşüş olduğu gö-

rülmüştür. Bu durum kısmi aracılığa işaret etmektedir. Bu bulgunun anlamlılığını test etmek için Sobel testi uygulanmış ve kısmi aracılık etkisi doğrulanmıştır ($Z = 4.645, p < .001$). Böylece sağlık kaygısının, kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ile olan ilişkisinde kısmi aracılık ettiği belirlenmiştir. Ayrıca, modele sağlık kaygısı dahil edildikten sonra kaygı duyarlılığının yaşam kalitesinin bedensel ($\beta = -.02, p > .05$), ruhsal ($\beta = -.03, p > .05$), sosyal ($\beta = -.01, p > .05$) ve çevre ($\beta = -.03, p > .05$) alanları ile arasındaki yolların anlamsızlaştığı tespit edilmiştir. Bu durum da sağlık kaygısının, kaygı duyarlılığının yaşam kalitesi alanları ile olan ilişkisinde tam aracılık ettiğini göstermektedir.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar anormal hastalık davranışlarını doğrudan yordamadığı için sağlık kaygısının aracılık etkisinden söz edilememektedir. Ancak modelde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar sağlık kaygısını, sağlık kaygısı ise anormal hastalık davranışlarını etkilediği için sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların (HBG, HK ve HO) anormal hastalık davranışlarını dolaylı olarak etkiliyor olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, aleksitimi, modelde sağlık kaygısı ile anlamlı bir yol oluşturmadığı ve yaşam kalitesinin bedensel ($\beta = -.27, p < .001$), ruhsal ($\beta = -.33, p < .001$), sosyal ($\beta = -.32, p < .001$) ve çevre ($\beta = -.28, p < .001$) alanlarını doğrudan etkilediği için sağlık kaygısının aracılık

rolünden söz edilememiştir. Sonuç olarak, çalışmanın 3. hipotezi kısmen desteklenmiştir. Modelde açıklanan toplam varyansların anormal hastalık davranışları için %14; yaşam kalitesi bedensel alan için %30, ruhsal alan için %32, sosyal alan için %21, çevre alanı için %22 olduğu bulunmuştur. Modelin son hali Şekil 2’de gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada sağlık kaygısı ve ilişkili bazı değişkenlerin, bilişsel davranışçı model ve alanyazın açısından kapsamlı olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle genel popülasyondan yetişkinlerde kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, aleksitimi, sağlık kaygısı, anormal hastalık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Kaygı duyarlılığı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve aleksitimi, sağlık kaygısı üzerinde etkili olabilecek unsurlar olarak ele alınmıştır. Yapılan yol analizi sonucunda sağlık kaygısının, kaygı duyarlılığı ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan hastalıkla baş etmede güçlük, hastalığın korkutuculuğu ve hastalık olasılığı ile anlamlı yollar oluşturduğu tespit edilmiştir. Buna göre, kaygı duyarlılığı düzeyi yüksek olan; hastalıkla baş etmeyi güç, hastalığı korkutucu ve hastalık olasılığını yüksek olarak algılayan kişilerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir. Kaygı duyarlılığının, kaygı ve kaygı bozukluklarına yatkınlık oluşturan bir unsur olduğu bilinmektedir (Taylor ve ark., 2007). Kaygı duyarlılığı düzeyi yüksek bireylerin, bedensel belirtiler, değişimler ya da sağlıkla ilgili risk oluşturabilecek durumlar karşısında daha fazla sağlıkla ilişkili kaygı yaşamaları beklenebilecek bir durumdur. Bununla birlikte, hastalığı baş edilmesi güç, korkutucu ve olası olarak algılayan kişilerin, belli durumlarda bu inançlarının tetiklenmesiyle sağlık kaygılarında artış yaşamaları oldukça muhtemeldir. Bu bulguların alanyazındaki bazı çalışmalarla tutarlılık gösterdiği görülmüştür. Örneğin, kaygı duyarlılığı boyutlarının sağlık kaygısıyla pozitif yönde ilişkili ve sağlık kaygısını yordayan değişkenlerden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Fetzner ve ark., 2014; Wright, Adams-Lebell ve Carleton, 2016). Fergus (2014)’un çalışmasında, kaygı duyarlılığı ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısının yordayıcıları olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmanın bulguları incelendiğinde, beklenden farklı olarak sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan tıbbi hizmetlerin yetersizliğinin sağlık kaygısının yordayıcılarından olmadığı görülmüştür. Korelasyon analizlerinin sonuçları incelendiğinde, tıbbi hizmetlerin yetersizliğinin sağlık kaygısıyla pozitif yönde ilişkili olduğu ancak bu ilişki şiddetinin düşük olduğu ($r = .15, p < .01$) görülmektedir. Bu nedenle bu değişkenin

etkisinin modelde diğer değişkenler tarafından bastırılmış olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde başka bir çalışmada da hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalık olasılığının sağlık kaygısının yordayıcılarından olduğu, diğer bilişlerin ise anlamlı olarak sağlık kaygısını yordadığı tespit edilmiştir (Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014). Sağlıkla ilgili farklı inanç türleri sağlık kaygısı üzerinde etkili olabilir. Farklı örneklerde sağlığa ilişkin inançlar toplumsal şartlar ve özelliklerle bağlantılı olarak farklılaşabilir ve sağlığa ilişkin kaygıyı çeşitli şekillerde etkileyebilir.

Bir başka araştırma bulgusu ise, aleksitiminin sağlık kaygısını yordayan unsurlardan olacağına dair hipotezin desteklenmemesidir. Korelasyon analizinde sağlık kaygısı ve aleksitimi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmasına rağmen, yol analizinde aleksitimi ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir yol oluşmadığı, aleksitiminin sağlık kaygısını yordadığı belirlenmiştir. Önceki çalışmalar incelendiğinde, hem aleksitimi ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığına (Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001) hem de aleksitiminin sağlık kaygısını yordadığına dair (Zhang ve ark., 2014) bulgulara rastlanmaktadır. Bu çalışmalarda aleksitimi alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiştir ve bazılarında yalnızca aleksitiminin duyguları tanımada güçlük boyutunun sağlık kaygısını yordadığı görülmüştür (Shahidi ve ark., 2012). Mevcut çalışmada ise aleksitimi kavramı bütün olarak ele alınmış ve ölçekten alınan toplam puana göre değerlendirme yapılmıştır. Ayrıca, Zhang ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, katılımcıların toplam aleksitimi puanının mevcut çalışmaya kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Örneklemelerin kültürel özellikler açısından farklılık göstermesinin aleksitimi düzeylerindeki farklılıkta etkili olabileceği düşünülmüştür. Yüksek aleksitimi düzeyinin sağlık kaygısı üzerinde etkili olabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, aleksitimi, modelde diğer değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinden istatistiksel olarak rolünün diğer değişkenler tarafından etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak, aleksitiminin sağlık kaygısı üzerindeki etkisinin başka çalışmalarla netleştirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Bu çalışma kapsamında, sağlık kaygısı, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve kaygı duyarlılığı anormal hastalık davranışları üzerinde etkili olabilecek unsurlar olarak ele alınmıştır. Ayrıca sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ile olan ilişkilerinde sağlık kaygısının aracılık edebileceği düşünülmüştür. Yapılan yol analizi sonucunda sağlık kaygısı ile anormal hastalık davranışları arasında anlamlı bir yol olduğu görülmüştür. Buna göre, kişilerin sağlık kaygısı düzeyi arttıkça anormal hastalık davranışlarının arttığı belirlenmiştir. Bu sonucun alanyazındaki bazı çalışmalarla tutarlı olduğu belir-

lenmiştir (Pugh, 2010). Bu bulgu, kişilerin artan sağlık kaygılarının etkisiyle anormal hastalık davranışları gözlemlenmiş ve böylece yaşadıkları kaygıyla baş etmeye çalıştıkları şeklinde açıklanabilir.

Öte yandan, yapılan yol analizi sonucunda sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışları ile anlamlı yollar oluşturmadığı tespit edilmiştir. Buna göre, sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışlarını yordayacağı ve sağlık kaygısının da bu ilişkide aracı rol üstleneceğine dair hipotez desteklenmemiştir. Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, anormal hastalık davranışlarının sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlardan hastalıkla baş etmede güçlük, hastalığın korkutuculuğu ve hastalık olasılığı ile ilişkili olduğu ancak bu değerlerin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu değişkenler arasındaki ilişkilerin beklendiği kadar güçlü olmadığı belirlenmiştir. Alanyazın incelendiğinde, Pugh (2010) sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışlarıyla ilişkili olduğu; hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğunun anormal hastalık davranışlarını sağlık kaygısı aracılığıyla yordadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu iki çalışmanın sonuçlarındaki farklılık üzerinde örneklemelerin kültürel özellikleri ve büyüklüğündeki farklılıklar, sağlık kaygısı ölçümünde kullanılan aracın ve anormal hastalık davranışlarının değerlendirilişinin farklı oluşu (ölçekten alınan toplam puana ve boyutlara özgü değerlendirilişi) gibi unsurlar etkili olmuş olabilir. Bu çalışmada ise sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısını, sağlık kaygısının ise anormal hastalık davranışlarını yordadığı belirlenmiştir ve sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançların anormal hastalık davranışlarını doğrudan olmasa da dolaylı olarak etkiliyor olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan yol analizi sonucunda kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışları ile anlamlı bir yol oluşturduğu belirlenmiştir. Buna göre kaygı duyarlılığı düzeyi arttıkça anormal hastalık davranışlarının arttığı görülmüştür. Alanyazın incelendiğinde, önceki çalışmalarda kaygı duyarlılığının anormal hastalık davranışlarıyla ilişkisinde sağlık kaygısının aracı rolünün test edildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, kaygı duyarlılığının sağlık kaygısı (Stewart ve ark., 2008) ve diğer kaygı bozuklukları (Rodriguez, Bruce, Pagano, Spencer ve Keller, 2004) ile; sağlık kaygısı ve kaygı bozukluklarının da anormal hastalık davranışlarıyla ilişkili olduğu (Guo, Kuroki ve Koizumi, 2001) yönündeki bulgulardan yola çıkılarak bu ilişkide sağlık kaygısının aracı rolü test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, sağlık kaygısının kaygı duyarlılığı ve anormal hastalık davranışları arasındaki ilişkide kısmi aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, kişilerin kaygı duyarlılığı düzeyi arttıkça sağlık kaygısı düzeyleri artmakta, sağlık kaygısı düzeyleri arttığında da anormal hastalık davranışları art-

maktadır. Kaygı duyarlılığının sağlık kaygısı aracılığıyla anormal hastalık davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Ancak tam aracı rolü üstlenmemiş olması başka aracı değişkenlerin de bu ilişkide rolü olabileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışma kapsamında sağlık kaygısı, kaygı duyarlılığı ve aleksitimi, yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilecek unsurlar olarak ele alınmıştır. Ayrıca kaygı duyarlılığı ve aleksitiminin yaşam kalitesi ile olan ilişkilerinde sağlık kaygısının aracılık edebileceği düşünülmüştür. Yapılan yol analizi sonucunda sağlık kaygısının yaşam kalitesi alanlarıyla anlamlı yollar oluşturduğu belirlenmiştir. Bu bulgu farklı çalışmaların sonuçlarıyla (Murphy ve ark., 2016) paraleldir. Bu bulgular, psikolojik sıkıntılardan biri olan sağlık kaygısının da yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceği düşüncesini desteklemektedir. Kişilerin sağlık kaygısı düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin düştüğü görülmektedir.

Yapılan yol analizi sonucunda kaygı duyarlılığının yaşam kalitesi alanlarıyla anlamlı yollar oluşturduğu tespit edilmiştir. Buna göre, kaygı duyarlılığı arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanlarında yaşam kalitesi düzeyi azalmaktadır. Bu bulgu, çeşitli gruplarda yapılan farklı çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir (Mehta ve ark., 2016; Tsao ve ark., 2007). Bu çalışma, farklı olarak, fiziksel bir hastalık tanısı olmayan kişilerde de kaygı duyarlılığının yaşam kalitesi üzerinde etkili bir unsur olabileceğini göstermiştir. Kaygı duyarlılığı yüksek kişilerin yaşadıkları sıkıntıların etkisiyle yaşam kalitesi düzeylerinde düşüş yaşayabilecekleri düşünülmüştür. Alanyazında kaygı duyarlılığının yaşam kalitesi ile ilişkisinde sağlık kaygısının aracı rolünün test edildiği bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Bu çalışmada, kaygı duyarlılığının hem sağlık kaygısı hem de yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu yönündeki bulgulardan yola çıkılarak bu ilişkide sağlık kaygısının aracı rolü test edilmiştir. Yapılan yol analizi sonucunda, sağlık kaygısının kaygı duyarlılığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide tam aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Kişilerin kaygı duyarlılığı düzeyleri, sağlık kaygısı düzeyleri aracılığıyla yaşam kalitesi düzeylerini etkilemektedir. Bu durum da genel kaygı düzeyinin artması ile daha özgül olan sağlık kaygısı düzeyinin artması ve böylelikle yaşam kalitesinin azalması ile açıklanabilir.

Yapılan analiz sonucunda, aleksitiminin de yaşam kalitesi alanlarıyla anlamlı yollar oluşturduğu tespit edilmiştir. Buna göre, aleksitimi puanı arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi düzeyi düşmektedir. Bu bulgu, çeşitli hasta gruplarında yapılan farklı çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir (Nardelli ve ark., 2013; Vazquez ve ark., 2010). Bu çalışma, farklı olarak, fiziksel bir hastalık tanısı olmayan kişilerde de

aleksitiminin yaşam kalitesi üzerinde etkili bir unsur olabileceğini göstermiştir. Alanyazında aleksitiminin yaşam kalitesi ile ilişkisinde sağlık kaygısının aracı rolünün test edildiği bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Aleksitiminin hem sağlık kaygısı hem de yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu yönündeki bulgulardan yola çıkılarak bu ilişkide sağlık kaygısının aracı rolü test edilmiştir. Ancak yapılan yol analizinde aleksitiminin sağlık kaygısı ile anlamlı bir yol oluşturmadığı ve sağlık kaygısını yordamadığı belirlenmiştir. Bu nedenle, aleksitiminin yaşam kalitesinin doğrudan etkilediği ve sağlık kaygısının bu ilişkide aracılık etmediği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, daha ayrıntılı sonuçlar için bu ilişkinin gelecek çalışmalarda test edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Bu çalışmanın bulguları alanyazına önemli katkılar sunmaktadır. Öncelikle, sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeli ve alanyazındaki bulgular göz önünde bulundurularak kapsamlı bir inceleme yapılmıştır. Sağlık kaygısını etkileyen ve sağlık kaygısının etkilediği unsurlar ile sağlık kaygısının aracı rolü test edilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak yol analizinin kullanılması da oluşturulan model ve hipotezleri test etmeyi sağlaması nedeniyle diğer bir güçlü yön olarak görülmektedir. Ayrıca farklı şehirlerden katılımcıları içeren geniş bir örneklemeden veri toplanmış olmasının da bulguların genellenebilirliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bulguların gelecek çalışmalara fikir verebileceği düşünülmektedir.

Öte yandan bu çalışmanın bazı sınırlı yönleri de mevcuttur. Kesitsel bir çalışma olması nedeniyle, bu çalışmanın bulgularının zaman içindeki değişimi hakkında yorum yapılamamaktadır. Ayrıca, ilişkisel bir çalışma olduğu ve deneysel bir yöntem kullanılmadığı için değişkenler arasında neden-sonuç ilişkileri kurulamamaktadır. Örnekleme açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler açısından dengeli dağılmıyor olması sonuçların toplumun genelini yansıtmaya oranını azaltabilir. Ayrıca, veriler internet üzerinden toplandığı için genellikle teknoloji kullanımı becerileri iyi olan kişilerin bu araştırmaya katılmış olabilir, görece genç ve eğitim düzeyi yüksek bir örneklemin oluşmasında bu unsurun etkisi olmuş olabilir. Ayrıca, çalışma kapsamında öz bildirim ölçekleri kullanıldığı için kişilerin soruları cevaplarken göstermiş olabileceği olası yanlılıklar da göz ardı edilmemelidir.

Araştırma bulguları klinik göstergeler açısından değerlendirildiğinde bazı yorumlar yapılabilir. Sağlık kaygısının yalnızca sağlık sorunu olan kişilerde değil, fiziksel bir hastalık tanısı olmayan kişiler tarafından da yaşanabileceği görülmektedir. Uzmanların bu konuyu ele alırken kapsamlı değerlendirme yapmalarının hem sağlık kaygısını etkileyen hem de sağlık kaygısının et-

kilediği unsurları birlikte ele almalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Önleme çalışmaları açısından değerlendirildiğinde, kaygı duyarlılığı ve sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlar, yüksek sağlık kaygısı için; kaygı duyarlılığı ve sağlık kaygısı, anormal hastalık davranışları ve düşük yaşam kalitesi için; aleksitimi de düşük yaşam kalitesi için risk unsurları olarak ele alınabilir. Tedavi çalışmaları açısından düşünüldüğünde ise, kişilerin anormal hastalık davranışlarının azalması ve yaşam kalitesi düzeylerinin yükselmesi için terapide sağlık kaygısı düzeylerinin azaltılması yönünde çalışılmalıdır. Bunun için ise öncelikle kişilerin kaygı duyarlılığı düzeyleri ve sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançları terapi sürecinde ele alınmalıdır. Sağlık kaygısı olsun ya da olmasın, aleksitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi düşünülerek, terapide kişilerin duygusal alanda yaşadığı zorluklar da ele alınmalıdır. Bu çalışmanın bulguları sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeliyle uyumludur. Uzmanların sağlık kaygısı yaşayan kişilerle çalışırken bilişsel-davranışçı müdahaleleri kullanabileceği ve danışanların bu yöntemlerden faydalanabileceği belirtilmektedir.

Kaynaklar

- Alberts, N. M. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: Testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(2), 216–228.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Arbuckle, J. L. (2012). *Amos 21.0 user's guide*. Chicago: IBM SPSS.
- Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. ve Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12, 306–312.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2012). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 325–331.
- Bagby, M. R., Parker, J. D. A. ve Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Bagby, M. R., Taylor, G. J. ve Parker, J. D. A. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40.
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier D. ve Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219–239.
- Barksy, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. ve Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39(7), 705–715.
- Bleichhardt, G. ve Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511–523.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240–246.
- Eastin, M. S. ve Guinsler, N. M. (2006). Worried and wired: Effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors. *Cyberpsychology & Behavior*, 9(4), 494–498.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Yalçın Eser, S., Elbi, H. ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Psikolojisi Psikiyatri Psikolojisi (3P) Dergisi*, 7, 23–40.
- Evren, C., Dalbudak, E., Durkaya, M., Çetin, R. ve Evren, B. (2010). Interaction of life quality with alexithymia, temperament and character in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 29, 177–183.
- Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 248–259.
- Fetner, M. G., Asmundson, G. J. G., Carey, C., Thibodeau, M. A., Brandt, C., Zvolensky, M. J. ve Carleton, R. N. (2014). How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 262–274.
- Guo, Y., Kuroki, T. ve Koizumi, S. (2001). Abnormal illness behavior of patients with functional somatic symptoms: Relation to psychiatric disorders. *General Hospital Psychiatry*, 23, 223–229.
- Güleç, H. (2012). Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği: Bir ön çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(1), 140–146.
- Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19(3), 214–220.
- Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J.A., Sharpe, D. ve Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 167–178.
- Hayter, A. L., Salkovskis, P. M., Silber, E. ve Morris, R. G. (2016). The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 371–386.
- Hu, L. ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55.
- Janzen-Claude, J. A., Hadjistavropoulos, H. D. ve Friesen, L. (2014). Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of Health Psychology*, 19(2), 312–322.
- Kang, E. H., Kim, B., Choe, A. Y., Lee, J. Y., Choi, T. K. ve Lee, S. H. (2015). Panic disorder and health-related quality of life: The predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety. *Psychiatry Research*, 225, 157–163.
- Kooiman, C. G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 39(39), 152–159.

- Lagoe, C. ve Atkin, D. (2015). Health anxiety in the digital age: An exploration of psychological determinants of online health information seeking. *Computers in Human Behavior*, 52, 484–491.
- Lee, S., Creed, F. H., Ma, Y. L. ve Leung, C. M. C. (2015). Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 71–76.
- Lundh, L. G. ve Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69(3), 483–510.
- Mantar, A., Yemez, B. ve Alkın, T. (2010). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 1–11.
- Mechanic D. ve Volkart, E. H. (1960). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, 1(2), 86–94.
- Mehta, S., Rice, D., Janzen, S., Pope, J. E., Harth, M., Shapiro, A. P. ve Teasell, R. W. (2016). Mood, disability, and quality of life among a subgroup of rheumatoid arthritis individuals with experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Pain Research and Management*, 2016, 1–8.
- Murphy, K. M., McGuire, A. P., Erickson, T. M. ve Mezulis, A. H. (2016). Somatic symptoms mediate the relationship between health anxiety and health-related quality of life over eight weeks. *Stress and Health*, 33(3), 244–252.
- Nardelli, S., Pentassuglio, I., Pasquale, C., Ridola, L., Moscucci, F., Merli, M., ... Riggio, O. (2013). Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. *Metabolic Brain Disease*, 28, 239–243.
- Pilowsky, I. (1986) Abnormal illness behavior (dysnosognosia). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46, 76–84.
- Pugh, N. E. (2010). *Elucidating the relationship between health anxiety and behaviour*. (Unpublished master thesis). University of Regina, Regina-Saskatchewan.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 502–512.
- Rask, C. U., Munkholm, A., Clemmensen, L., Rimvall, M. K., Ornbol, E., Jeppesen, P. ve Skovgaard, A. M. (2016). Health anxiety in preadolescence- associated health problems, healthcare expenditure, and continuity in childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(4), 823–832.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D. ve Asmundson, G. J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 407–413.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. ve McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24(1), 1–8.
- Rief, W., Ihle, D. ve Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 405–414.
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A. ve Keller, M. B. (2004). Factor structure and stability of the anxiety sensitivity index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 79–91.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. ve Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843–853.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. C. ve Deale, A. C. (2003). Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). *Treatment and Crisis Intervention*, 3, 353–367.
- Schermelleh-Engel, K., Mossbrugger, H. ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Shahidi, S., Molaie, A. ve Dehghani, M. (2012). Relationship between health anxiety and alexithymia in an Iranian sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 591–595.
- Stewart, S. H., Sherry, S. B., Watt, M. C., Grant, V. V. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2008). Psychometric evaluation of the multidimensional inventory of hypochondriacal traits: Factor structure and relationship to anxiety sensitivity. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22(2), 97–114.
- Tanis, M., Hartmann, T. ve Te Poel, F. (2016). Online health anxiety and consultation satisfaction: A quantitative exploratory study on their relations. *Patient Education and Counseling*, 99, 1227–1232.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... Bouvard, M. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176–188.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.
- Tsao, J. C. I., Meldrum, M., Kim, S. C. ve Zeltzer, L. K. (2007). Anxiety sensitivity and health-related quality of life in children with chronic pain. *The Journal of Pain*, 8(10), 814–823.

- Vazquez, I., Sandez, E., Gonzalez-Freire, B., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M. ve Vereza-Hernando, H. (2010). The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *Journal of Asthma*, 47, 797–804.
- Vieira, R. V. A., Vieira, D. C., Gomes, W. B. ve Gauer, G. (2013). Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *The Journal of Headache and Pain*, 14(18), 1–10.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHO-QOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- Wright, K. D., Adams Lebell, M. A. N. ve Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 35–42.
- Yılmaz, Ö. ve Dirik, G. (2018). Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Nesne*, 6(13), 337–366.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345–347.
- Zhang, Y., Zhao, Y., Mao, S., Li, G. ve Yuan, Y. (2014). Investigation of health anxiety and its related factors in nursing students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1223–1234.

Summary

Examination of the Factors Related to Health Anxiety among Adults within the scope of Cognitive Behavioral Model

Özlem Yılmaz

İstanbul University

Gülay Dirik

Dokuz Eylül University

Health anxiety is defined as an experience includes extreme attention and worry towards health which develops with misinterpretation of bodily sensations or changes as signs of a serious illness (Asmundson, Abramowitz, Richter, & Whedon, 2010; Reiser, McMillan, Wright, & Asmundson, 2014). Health anxiety may have effect on various factors. Two of these factors are abnormal illness behaviors and quality of life. Abnormal illness behavior is person's continuous inconvenient and dysfunctional behavioral reaction style towards a symptom, illness or health status despite the related information, evaluation of the situation and proper care are provided by the doctor (Pilowsky, 1986). It is known that people with high health anxiety use medical services more, have higher medical expenses (Barksy, Ettner, Horsky, & Bates, 2001; Lee, Creed, Ma, & Leung, 2015; Rask et al., 2016), have higher rates of online searching about their diagnoses and symptoms (Eastin & Guinsler, 2006; Lagoe & Atkin, 2015; Tanis, Hartmann, & Te Poel, 2016) and lower rates of satisfaction from doctor's medical examinations (Tanis, Hartmann, & Te Poel, 2016). Moreover, quality of life is defined as "a person's perception of his/her position in life within the context of the culture and value systems in which he/she lives and in relation to his/her goals, expectations, standards, and concerns (WHOQOL Group, 1994, p. 28). There are some studies which showed that health anxiety and quality of life were negatively correlated (Bleichhardt & Hiller, 2007); and high health anxiety predicted low quality of life (Janzen-Claude, Hadjistavropoulos, & Friesen, 2014).

On the other hand, there are some factors which affect health anxiety. Anxiety sensitivity, health related dysfunctional behaviors and alexithymia could be counted among those factors. Anxiety sensitivity is defined as "a personal variation variable which arises from a person's belief that experiencing anxiety and fear will cause illness, shame or more anxiety" (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986, p. 1-2). Studies showed that anxiety

sensitivity and health anxiety were positively correlated, and anxiety sensitivity predicted health anxiety (Fergus, 2014; Stewart, Sherry, Watt, Grant, & Hadjistavropoulos, 2008). In addition to this, in other studies it was found that, anxiety sensitivity and quality of life were negatively correlated, and anxiety sensitivity predicted quality of life (Kang et al., 2015; Tsao, Meldrum, Kim, & Zeltzer, 2007). Because anxiety disorders are related to abnormal illness behaviors (Guo, Kuroki, & Koizum, 2001), anxiety sensitivity, which is a risk factor for anxiety disorders, is also expected to be related to abnormal illness behaviors.

According to the cognitive behavioral model of health anxiety, people who have health related dysfunctional beliefs are more prone to experience anxiety via perceiving bodily sensations or symptoms as signs of a health problem (Fergus, 2014). Salkovskis and Warwick (2001) stated that 1) likelihood of illness, 2) awfulness of illness, 3) inability to cope with illness, 4) medical services inadequacy are the core health related dysfunctional beliefs (as cited in Hadjistavropoulos et al., 2012). Studies showed that health related dysfunctional beliefs predicted health anxiety in different samples (e.g., Alberts & Hadjistavropoulos, 2014; Fergus, 2014; Hadjistavropoulos et al., 2012). Likewise, health related dysfunctional beliefs were found as positively correlated with abnormal illness behaviors and health anxiety mediated the relationship between likelihood of illness, awfulness of illness and abnormal illness behaviors (Pugh, 2010).

Another variable of the study, alexithymia, is a construct which is regarded as predisposition factor for psychosomatic illnesses (Kooiman, 1998). It is characterized with some deterioration on emotions' cognitive evaluation and arose as a separate personality character (Zackheim, 2007). Some studies showed that alexithymia and health anxiety were positively correlated; and alexithymia was one of the predictors of health anxiety

(Shahidi, Molaie, & Dehghani, 2012; Zhang, Zhao, Mao, Li, & Yuan, 2014). Likewise, alexithymia was found to be negatively correlated with quality of life and one of the predictors of low quality of life (Evren, Dalbudak, Durkaya, Çetin, & Evren, 2010; Vieira, Vieira, Gomes, & Gauer, 2013).

Within the scope of this study, hypotheses which were generated based on the cognitive behavioral model of health anxiety and related literature are as follow:

- 1) Anxiety sensitivity, health related dysfunctional beliefs and alexithymia would predict health anxiety among adults.
- 2) Health anxiety would predict abnormal illness behaviors and quality of life among adults.
- 3) Health anxiety would mediate the relationships between health-related dysfunctional beliefs and abnormal illness behaviors as well as anxiety sensitivity and abnormal illness behaviors among adults. Moreover, health anxiety would mediate the relationships between anxiety sensitivity and quality of life as well as alexithymia and quality of life among adults.

Method

Participants

503 people (301 women, 202 men) aged between 18-58 years old ($M = 25.88$, $SD = 6.39$) and currently who do not have any physical illness diagnosis participated in this study. They were recruited from different cities of Turkey and some of them had various jobs while others were university students (undergraduate and graduate).

Measures

Sociodemographic Information Form, Anxiety Sensitivity Index-3, Health Cognitions Questionnaire, The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, Health Anxiety Inventory-Short Version, Scale for the Assessment of Illness Behaviour and World Health Organization BREF Quality of Life Assessment were used for data collection.

Results

In order to examine the relationships between sociodemographics, independent and dependent variables, Pearson correlation coefficients were calculated. According to the results, health anxiety was positively correlated with anxiety sensitivity, health-related dysfunctional beliefs, alexithymia, and abnormal illness behaviors (items are rated as 0 = *I Agree Completely*, 1 = *Partially Agree*, 2 = *Partially Disagree*, 3 = *I Dis-*

agree Completely, and lower scores indicate abnormal illness behaviors); and negatively correlated with quality of life. Moreover, anxiety sensitivity and health-related dysfunctional beliefs were positively correlated with abnormal illness behaviors (items are rated as 0 = *I Agree Completely*, 1 = *Partially Agree*, 2 = *Partially Disagree*, 3 = *I Disagree Completely* and lower scores indicate abnormal illness behaviors). Likewise, anxiety sensitivity, health-related dysfunctional beliefs, and alexithymia were negatively correlated with quality of life.

To be able to test the hypotheses, path analysis was used. Firstly, a model was constructed and tested with independent and dependent variables. The model did not fit the data well [$\chi^2(23, N = 503) = 122,909$, $p < .001$, $\chi^2/sd = 5,344$, GFI = .960, AFGI = .886, CFI = .941, RMSEA = .093]. After controlling standardized regression weights, nonsignificant paths between health-related dysfunctional beliefs and abnormal illness behaviors were deleted one by one and the model fit was tested in every time. Finally, goodness of fit indices of the model were acceptable [$\chi^2(27, N = 503) = 124,482$, $p < .001$, $\chi^2/sd = 4,610$, GFI = .959, AFGI = .900, CFI = .942, RMSEA = .085]. According to the standardized regression weights between the variables, anxiety sensitivity predicted abnormal illness behaviors ($\beta = -.32$, $p < .001$) and physical ($\beta = -.24$, $p < .001$), psychological ($\beta = -.23$, $p < .001$), social ($\beta = -.13$, $p < .01$) and environment ($\beta = -.18$, $p < .001$) areas of quality of life. Moreover, alexithymia predicted physical ($\beta = -.29$, $p < .001$), psychological ($\beta = -.35$, $p < .001$), social ($\beta = -.33$, $p < .001$) and environmental ($\beta = -.30$, $p < .001$) areas of quality of life.

Afterwards, health anxiety was added to the model (in order) to examine its mediator role. The goodness of fit indices of the model was found to be good in general [$\chi^2(27, N = 503) = 87,585$, $p < .001$, $\chi^2/sd = 3,244$, GFI = .973, AFGI = .921, CFI = .971, RMSEA = .067]. According to the standardized regression weights of the variables anxiety sensitivity ($\beta = .44$, $p < .001$), inability to cope with illness ($\beta = .27$, $p < .001$), awfulness of illness ($\beta = .10$, $p < .01$), likelihood of illness ($\beta = .18$, $p < .001$) predicted health anxiety. However, medical services inadequacy ($\beta = .05$, $p > .05$) and alexithymia ($\beta = .02$, $p > .05$) did not significantly predict health anxiety. According to this, the first hypothesis was supported partially. Moreover, health anxiety predicted abnormal illness behaviors ($\beta = -.25$, $p < .001$), physical ($\beta = -.36$, $p < .001$), psychological ($\beta = -.32$, $p < .001$), social ($\beta = -.25$, $p < .001$) and environment ($\beta = -.26$, $p < .001$) areas of quality of life. Based on this result, the second hypothesis was fully supported. After health anxiety was added to the model, there was a decrease in the standardized regression weight between anxiety sensitivity and abnormal illness behaviors ($\beta = -.17$, $p < .01$). Sobel test was done

to see whether this change was significant ($Z = 4.645$, $p < .001$). Because the decrease in the standardized regression weight was significant, partial mediation role of health anxiety on this relationship can be mentioned. Additionally, after health anxiety was added to the model, the paths between anxiety sensitivity and physical ($\beta = -.02$, $p > .05$), psychological ($\beta = -.03$, $p > .05$), social ($\beta = -.01$, $p > .05$), environment ($\beta = -.03$, $p > .05$) areas of quality of life had become nonsignificant. Therefore, health anxiety fully mediated the relationships between anxiety sensitivity and quality of life areas.

On the other hand, because health-related dysfunctional beliefs did not predict abnormal illness behaviors, mediator role of health anxiety could not be examined. Health-related dysfunctional beliefs may indirectly affect abnormal illness behaviors through affecting health anxiety. Moreover, alexithymia directly predicted the physical ($\beta = -.27$, $p < .001$), psychological ($\beta = -.33$, $p < .001$), social ($\beta = -.32$, $p < .001$), environment ($\beta = -.28$, $p < .001$) areas of quality of life. Because the path between alexithymia and health anxiety was not significant, mediator role of health anxiety between anxiety sensitivity and quality of life cannot be mentioned. In general, the third hypothesis was supported partially.

Discussion

Considering the cognitive behavioral model and related literature, the aim of this study was to examine the relationships between anxiety sensitivity, health-related dysfunctional beliefs, alexithymia, health anxiety, abnormal illness behaviors and quality of life in adults from a normal population. According to the results, hypotheses were supported substantially. Considering the results of the study, anxiety sensitivity and health-related dysfunctional beliefs (inability to coping with illness, the awfulness of illness, the likelihood of illness) can be counted as the risk factors for health anxiety. Likewise, health anxiety can be considered as a risk factor for abnormal illness behaviors and decrease in quality of life. Moreover, anxiety sensitivity predicted abnormal illness behaviors and quality of life and health anxiety mediated these relationships. Therefore, anxiety sensitivity can be considered as a risk factor for abnormal illness behaviors and decrease in quality of life. Even though alexithymia was not a significant predictor of health anxiety, it significantly predicted quality of life and can be a risk factor for decrease in quality of life.

The results of this study have some contributions to the literature. Considering the cognitive behavioral model of health anxiety and literature, a comprehensive model was formed and tested. Factors which affect health anxiety, factors which health anxiety influenc-

es and mediator role of health anxiety were examined. Moreover, using path analysis as a statistical method can be counted as a strength because of enabling to test the model. Furthermore, collecting data from a large sample which was composed of participants from different cities can be counted as another important point in terms of generalizability of the results.

On the other hand, there are some limitations in this study. Because it is a cross-sectional study, any inference about time related changes cannot be done. In addition, because an experimental design was not used, a cause-effect relationship between variables cannot be mentioned. In terms of sampling, participants did not distribute equally in terms of some sociodemographic characteristics such as education level, socioeconomic status, gender and age which all may have an impact on the representation of the target population. Additionally, since the data of the study was collected online, people who have good technological skills may participate mostly and it may be the reason of the sample that consists of young and highly educated participants. Finally, since the data was collected via self-report measures, possible biases and social desirability effect should be considered.

This study has also some clinical implications. Results of the study may help to evaluate health anxiety within the scope of the cognitive behavioral model. It was shown that the factors which affect health anxiety and the factors which health anxiety has an influence on should be considered together.