T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK KAYGISI: BEDENSEL BELİRTİLER VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK İLE SAĞLIK KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİNİN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazal Selinay KILIÇ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Ankara, 2023

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK KAYGISI: BEDENSEL BELİRTİLER VE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK İLE SAĞLIK KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİNİN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazal Selinay KILIÇ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR

Ankara, 2023

ONAY SAYFASI

Hazal Selinay KILIÇ tarafından hazırlanan "Bilişsel Davranışçı Model Çerçevesinde Sağlık Kaygısı: Bedensel Belirtiler ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolünün İncelenmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

<table>
<tr><th colspan="2">Jüri Üyesi</th><th>Kurumu</th><th>İmza</th></tr>
<tr><td colspan="2">Prof. Dr. Şennur Kışlak</td><td rowspan="2">Ankara Üniversitesi</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kabul ☐</td><td>Ret ☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prof. Dr. Özden Yalçınkaya Alkar</td><td rowspan="2">Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kabul ☐</td><td>Ret ☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dr. Öğr. Üyesi Funda Salman</td><td rowspan="2">Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kabul ☐</td><td>Ret ☐</td></tr>
</table>

Tez Savunma Tarihi: 07.02.2023

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Unvan Ad Soyad

Prof. Dr. Yaşar Yiğit

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 07.02.2023

İmza

Adı Soyadı: Hazal Selinay Kılıç

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzun ve zorlayıcı tez süreci boyunca tezimi daha iyi hale getirmem için katkılarıyla destek olan ve sabırla bana yol göstererek devam etme motivasyonumu sürdürmemde yardımcı olan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Özden Yalçınkaya Alkar'a teşekkür ederim.

Tez savunma jürimde yer alan Prof. Dr. Şennur Kışlak ve Dr. Öğr. Üyesi Funda Salman hocalarıma zaman ayırdıkları için ve tezime sağladıkları katkılar için teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca hem mesleki açıdan hem de bireysel açıdan gelişmemde katkısı olan tüm hocalarıma teşekkür ederim. Ayrıca Ankara Üniversitesindeki çalışma arkadaşlarıma zorlandığım zamanlarda fikirlerini ve deneyimlerini paylaşarak yardımcı oldukları için teşekkür ederim.

Sevgili arkadaşlarım A. Ilgın Polat, Gülru Yeşilkanat ve Ayşenur Türkmen'e hem tez sürecimde hem de hayatımın pek çok alanında desteklerini her zaman hissettirdikleri için ve dostlukları için minnettarım. Yüksek lisans eğitimim boyunca karşılaştığım zorluklarla başa çıkarken hiçbir zaman yalnız hissetmemiş olmamı sağlayan arkadaşlarım Merve Kayacı Emre ve Alperen Güçlü'ye de çok teşekkür ederim. Merve ile tez süreçlerimizi eşzamanlı ilerletirken karşılıklı bilgi paylaşımında bulunabilmek ve duygusal açıdan birbirimizi desteklemiş olmak ayrıca çok kıymetliydi.

Zaman zaman oldukça karmaşık olan bu süreç boyunca bana hep anlayış gösterdikleri, yanımda oldukları ve işleri benim için kolaylaştırmaya çaba harcadıkları için en önemli destek kaynaklarım olan annem Emire Kılıç ve babam Fermani Kılıç'a minnettarım. Ablam Gamze Kılıç Demirtaş'a ve abim Fırat Demirtaş'a da desteklerini esirgemedikleri için ve her zaman yanımda olacaklarını hissettirdikleri için çok teşekkür ederim. Son olarak geleceğe dair umudumu koruyabilmemin en önemli kaynakları olan biricik yeğenlerim Nehir ve Rüzgar'a varlıkları için teşekkür ederim.

ÖZET

Bilişsel Davranışçı Model Çerçevesinde Sağlık Kaygısı: Bedensel Belirtiler ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolünün İncelenmesi

Mevcut çalışmada bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkilerin sağlık kaygısının Bilişsel Davranışçı Modeli çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda bedensel belirtiler ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rollerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya 18 yaşın üzerindeki 361 yetişkin katılmıştır. Çalışma verileri demografik bilgi formu, Hasta Sağlık Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Güvenlik Davranışları Kontrol Listesi kullanılarak toplanmıştır. Veriler, çalışma hipotezleri temelinde SPSS 26 programı ve Process Macro v4.2 eklentisi ile analiz edilmiştir. Hipotezleri test etmek için korelasyon analizi, bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), regresyon analizi ve seri aracılık analizleri yürütülmüştür. Analiz sonuçlarına göre kadınlar, erkeklere kıyasla daha fazla sağlık kaygısı yaşamaktadır. Ayrıca genç yaştaki bireyler, ileri yaştaki bireylere kıyasla daha fazla sağlık kaygısı yaşamaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Sağlık kaygısını ve güvenlik davranışlarını yordayan faktörleri belirlemek amacıyla seri aracılık analizleri yürütülmüştür. Seri aracılık analizlerine göre anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün, hem bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide hem de belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide seri aracılık rolü bulunmaktadır. Güvenlik davranışları açısından ise bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının; ayrıca anksiyete duyarlılığı ve sağlık kaygısının seri aracı rolleri bulunmaktadır. Son olarak elde edilen bulgular, sağlık kaygısının Bilişsel Davranışçı Modeli ve daha önceki araştırma sonuçları kapsamında değerlendirilmiş; çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri açıklanmış, ayrıca gelecek çalışmalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: sağlık kaygısı, bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü, güvenlik davranışı, bilişsel-davranışçı model

ABSTRACT

Health Anxiety within the Framework of Cognitive Behavioral Model: Examining the Mediating Role of Anxiety Sensitivity and Difficulties in Emotion Regulation in the Relationship Between Somatic Symptoms, Intolerance of Uncertainty and Health Anxiety

In the current study, it was aimed to examine the relationships between somatic symptoms, intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, difficulties in emotion regulation and health anxiety within the framework of Cognitive Behavioral Model of health anxiety. Accordingly, it was aimed to evaluate the mediating roles of anxiety sensitivity and emotion regulation difficulties in the relationship between somatic symptoms, intolerance of uncertainty and health anxiety. 361 adults over the age of 18 participated in the study. Data of the study were collected using demographic information form, Patient Health Questionnaire, Intolerance of Uncertainty Scale, Anxiety Sensitivity Index, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Short Health Anxiety Inventory and Safety Behaviors Checklist. The data were analyzed on the basis of the hypotheses using SPSS 26 software and Process Macro v4.2. In order to test the hypotheses, correlation analysis, independent samples t-test, one way ANOVA, regression analysis and serial mediation analyses were conducted. According to the results, women experience more health anxiety than men. In addition, compared to older people, younger people experience more health anxiety. The correlation analysis results demonstrated that there are statistically significant relationships between all of the study variables. Serial mediation analyses were conducted to determine the predicting factors for health anxiety and safety behaviors. According to serial mediation analyses, anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation have a serial mediating role both in the relationship between somatic symptoms and health anxiety and in the relationship between intolerance of uncertainty and health anxiety. In terms of safety behaviors, intolerance of uncertainty and health anxiety, as well as anxiety sensitivity and health anxiety have serial mediating roles in the relationship between somatic symptoms and safety behaviors. Finally, the findings were evaluated in the context of the Cognitive Behavioral Model of health anxiety and previous research results; the limitations and strengths of the study were explained, and some suggestions for future studies were presented.

Keywords: health anxiety, somatic symptoms, intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, difficulties in emotion regulation, safety behaviors, cognitive-behavioral model

İÇİNDEKİLER

ÖZET i
ABSTRACT ii
İÇİNDEKİLER iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ vi
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
TABLOLAR DİZİNİ viii
1. GİRİŞ 1
1.1. Sağlık Anksiyetesi 3
1.1.1. Sağlık Anksiyetesine Tanısal Bir Bakış 4
1.1.2. Sağlık Anksiyetesinin Yaygınlığı, Gidişatı ve Eş Tanılar 7
1.1.3. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli 9
1.1.4. Sağlık Anksiyetesi Kapsamında Bedensel Belirtiler 13
1.1.5. Güvenlik Arama Davranışları 15
1.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük 19
1.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Sağlık Anksiyetesi 20
1.3. Anksiyete Duyarlılığı 21
1.3.1. Anksiyete Duyarlılığı ve Sağlık Anksiyetesi 23
1.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Anksiyete Duyarlılığı ve Sağlık Anksiyetesi 24
1.4. Duygu Düzenleme 26
1.4.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji 29
1.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Sağlık Anksiyetesi 30
1.5. Araştırmanın Amaçları ve Önemi 32
2. YÖNTEM 35
2.1. Veri Toplama Araçları 35
2.1.1. Demografik Bilgi Formu 35
2.1.2. Hasta Sağlık Ölçeği-15 Formu (PHQ-15) 35
2.1.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu 35
2.1.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) 36
2.1.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form 36
2.1.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form (SAÖ) 37
2.1.7. Güvenlik Davranışı Kontrol Listesi 38
2.2. İşlem 38

2.3. Verilerin Analizi 39
3. BULGULAR 40
3.1. Araştırma Katılımcılarına İlişkin Bulgular 40
3.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimleyici Analiz Bulguları 42
3.3. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Grup Karşılaştırmaları 42
3.3.1. Çalışma Değişkenlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması 43
3.3.2. Çalışma Değişkenlerinin Fiziksel Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması 44
3.3.3. Çalışma Değişkenlerinin Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması 45
3.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular 47
3.5. Sağlık Kaygısını Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları 52
3.6. Aracılık Analizlerine İlişkin Bulgular 53
3.6.1. Bedensel Belirtiler ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Etkisi 55
3.6.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Etkisi 57
3.6.3. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Sağlık Kaygısının Aracılık Etkisi 60
3.6.4. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığının ve Sağlık Kaygısının Aracılık Etkisi 62
4. TARTIŞMA 65
4.1. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Değerlendirmeler 65
4.1.1. Çalışma Değişkenlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması 65
4.1.2. Çalışma Değişkenlerinin Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması 68
4.1.3. Çalışma Değişkenlerinin Fiziksel Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması 72
4.2. Çalışma Değişkenlerinin Sağlık Kaygısı ile İlişkilerinin ve Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi 73
4.3. Seri Aracılık Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi 79
4.3.1. Bedensel Belirtiler ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler 79
4.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler 82

4.3.3. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Sağlık Kaygısının Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler 85
4.3.4. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Sağlık Kaygısının Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler 86
4.4. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Öneriler 88
4.5. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Katkıları 90
5. SONUÇ 92
6. KAYNAKLAR 93
7. EKLER 124
EK-1. Demografik Bilgi Formu 124
EK-2. Hasta Sağlık Ölçeği-15 (Somatik Belirtiler) – Örnek Maddeler 125
EK-3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği – Örnek Maddeler 126
EK-4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 – Örnek Maddeler 127
EK-5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu – Örnek Maddeler 128
EK-6. Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Versiyon 129
EK 7. Güvenlik Davranışları Kontrol Listesi 130
EK-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu 131

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

HKB: Hastalık Kaygısı Bozukluğu

BBB: Bedensel Belirti Bozukluğu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ANOVA: Varyans analizi

PHQ-15: Hasta Sağlık Ölçeği – Bedensel Belirtiler Formu

BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

GDKL: Güvenlik Davranışları Kontrol Listesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık kaygısının Bilişsel Davranışçı Modeli……..……12

Şekil 2. Seri çoklu aracılık analizine ilişkin model (PROCESS-Model 6)……...…….55

Şekil 3. Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rolüne dair analiz……...……..56

Şekil 4. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rolüne dair analiz…..…….58

Şekil 5. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının seri çoklu aracı rolüne dair analiz……..60

Şekil 6. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve sağlık kaygısının seri çoklu aracı rolüne dair analiz……..63

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler…….……41

Tablo 2. Araştırma değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistik değerleri…….……42

Tablo 3. Cinsiyet değişkeni için betimleyici istatistik değerleri ve t test sonuçları……..….43

Tablo 4. Fiziksel hastalık durumu için t test sonuçları……...…..44

Tablo 5. Yaş değişkeni açısından betimleyici değerler ve ANOVA analizi sonuçları……..46

Tablo 6. Araştırma değişkenlerine ilişkin korelasyon katsayıları…….51

Tablo 7. Sağlık kaygısının yordayıcılarına dair çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları……52

Tablo 8. Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları……...…57

Tablo 9. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı ilişkisinde anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları……...59

Tablo 10. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları ilişkisinde belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısının seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları……62

Tablo 11. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları ilişkisinde anksiyete duyarlılığı ile sağlık kaygısının seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları……..……..64

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü ilkelerine göre sağlık "yalnızca hastalığın veya sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinin mevcut olması durumu" olarak tanımlanmaktadır [World Health Organization (WHO), 2020, s. 1]. Fiziksel iyilik halinin insan yaşamı için merkezi bir konumda olduğu düşünüldüğünde sağlıklı olmama veya sağlığın bozulması ihtimallerinin de insanların yaşamında önemli bir yerinin olduğu açıktır. Pek çok insan yaşamının herhangi bir noktasında hasta olmak veya bir hastalığa yakalanmakla ilgili belirli bir düzeyde endişe yaşayabilmektedir (Surawy ve ark., 2014). Kaygı bireyi tehditten korumaya hizmet eden uyum sağlayıcı bir tepki olarak kavramsallaştırıldığında, sağlıkla ilgili endişe de sağlığı koruyabilmek için uygun önlemleri almak veya ihtiyaç duyulan tıbbi desteğe başvurmak için motivasyon sağladığı sürece uyumsal olarak kabul görmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Sağlıkla ilgili uyumsal türdeki bu endişeler genellikle kısa süreli ve geçici olmakta, birey için daha öncelikli olan düşüncelere yerini rahatlıkla bırakabilmekte veya tıbbi başvuru sonucunda bu endişe giderilebilmektedir (Alberts ve ark., 2011). Ancak bazı durumlarda sağlıkla ilgili endişe kalıcı ve sıkıntı verici hale gelebilmektedir (Asmundson ve Fergus, 2019). Sağlık anksiyetesi olarak adlandırılan bu durum, bireyin bedensel duyumlarını ve belirtilerini yanlış yorumlamasına dayalı olarak ciddi bir hastalığının olduğu inancına sahip olması ve bununla ilişkili yoğun korku yaşaması ile karakterizedir (Barsky ve Ahern, 2004). Şiddetli düzeydeki sağlık anksiyetesi tıbbi güvencenin sağlanmasına, bir diğer ifadeyle herhangi bir tıbbi sorun tespit edilememesine karşın devam etmekte ve birey için klinik düzeyde sıkıntıya veya işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004).

Nasıl tanımlandığına ve değerlendirildiğine göre değişiklik göstermekle birlikte genel popülasyonun yaklaşık %2 ila %13'ü klinik açıdan önemli düzeyde sağlık anksiyetesi yaşamaktadır (Sunderland ve ark., 2013; Weck ve ark., 2014). Son 30 yılda yaygınlık oranlarındaki değişim incelendiğinde genel popülasyon içerisinde sağlık anksiyetesi oranlarında belirgin bir artış olduğu görülmektedir (Kosic ve ark., 2020). Sağlık anksiyetesi belirtileri zaman içerisinde devamlılık göstermekte ve klinik düzeydeki vakaların yarısından fazlası için belirtilerde iyileşme görülmemektedir (olde Hartman ve ark., 2009). Yüksek düzeydeki sağlık anksiyetesinin psikolojik sıkıntı ve işlevsel bozulmadaki artış ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki düşüş ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bleichhardt ve Hiller,

2007; Sunderland ve ark., 2013). Sağlıkla ilgili endişeleri yüksek olan bireylerin sağlık hizmeti kullanımı da artmakta ve genel tıbbi birimlere, psikiyatri birimlerine ve uzmanlık gerektiren tıbbi hizmetlere bu bireyler tarafından sıkça başvuru yapılmaktadır (Bobevski ve ark., 2016). Dolayısıyla sağlık anksiyetesinin hem birey hem de sağlık sistemi açısından olumsuz sonuçları söz konusu olmaktadır.

Sağlıkla ilgili içsel veya dışsal kaynaklardan gelen bilgilere verilen duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Starcevic ve Noyes, 2014). Burada içsel kaynaklar bedendeki değişimleri veya belirtileri, dışsal kaynaklar ise bir hastalık hakkında bilgi almak gibi durumları kastetmektedir. Bedensel belirtiler sağlık anksiyetesini yordamakta ve sağlık anksiyetesine sıklıkla bedensel belirtiler de eşlik etmektedir (Lee ve ark., 2015). Yüksek bedensel belirti yükü olan bireyler için yeterli tedavinin uygulanması uzun yıllar boyunca gecikmekte (Herzog ve ark., 2018) ve bu durumun olası sebeplerinden birinin bu belirtilerle ilişkili psikolojik sıkıntının yeterli ölçüde ele alınmamasıyla ilgili olabileceği öne sürülmektedir (Kuby ve ark., 2018). Sağlık anksiyetesine ilişkin kuramsal açıklamalarda da bedensel belirtilerin kaygıyı tetikleyici rolü olduğu öne sürülmektedir (Ör. Salkovskis ve ark., 2002). Buna karşın doğrudan fiziksel belirtiler ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ele alan görece az sayıda çalışma olduğu belirtilmektedir (Le ve ark., 2021). Dolayısıyla mevcut çalışmada sağlık anksiyetesinin içsel bir tetikleyicisi olarak bedensel belirtilerin incelenmesi amaçlanacaktır.

Hem bireysel açıdan hem de toplumsal maliyeti açısından olumsuz sonuçlarla bağlantısı göz önünde bulundurulduğunda sağlık anksiyetesinin ortaya çıkması ve sürmesinde rolü olabilecek, aynı zamanda sağlık anksiyetesinin tedavi edilmesine katkısı olabilecek mekanizmaların incelenmesi önemlidir. Bu doğrultuda mevcut araştırmanın temel amacı bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin incelenmesi ve söz konusu değişkenlerin sağlık anksiyetesi üzerindeki rollerinin test edilmesidir. Öncelikle bu bölüm içerisinde sağlık anksiyetesi ve çalışmanın diğer değişkenleri kuramsal bilgiler ve ilgili araştırma bulguları çerçevesinde tanımlanacaktır. Ardından mevcut çalışmanın amaçları ve hipotezleri sunulacaktır.

1.1. Sağlık Anksiyetesi

Sağlık anksiyetesi, bireyin kendi sağlığına yönelik algıladığı tehdide odaklı olan korku ve endişeleri yansıtmaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler bedenlerinde ortaya çıkan duyumlar, bedenin normal işlevleri ve genel olarak bir hastalık durumunun işareti olabilecek bedensel değişiklikler üzerine yoğun meşguliyet ve endişe geliştirmektedir (Asmundson ve ark., 2010). Bedendeki bu değişimlerin, ciddi bir hastalığın ve bedende normal dışı giden bir durumun göstergesi olarak değerlendirmesi sonucunda sağlık kaygısının ortaya çıktığı belirtilmektedir (Asmundson ve Fergus, 2019).

Yaygın bir deneyim olan sağlık kaygısını her bireyin zaman zaman belirli derecelerde yaşaması mümkündür (Taylor ve Asmundson, 2004). Çoğu insan için bu kaygı küçük rahatsızlıklara verilen hafif ve geçici bir tepki olarak veya yaşamı tehdit edebilecek hastalıklara gösterilmesi uygun bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Şiddetinin bireyden bireye değişiklik göstermesinden ötürü sağlık kaygısı güncel yaklaşımlar kapsamında kategorik biçimde değil, hafif düzeyden şiddetli düzeye uzanabilen boyutsal bir bakış açısıyla kavramsallaştırılmaktadır (Bailer ve ark., 2016; Ferguson, 2009; Taylor ve Asmundson, 2004). Bu görüşe göre sağlık anksiyetesi bir uçta hastalık ve sağlıkla ilgili düşük düzeyde endişenin bulunduğu ve diğer uçta ise hastalıkla ilgili aşırı kaygının yer aldığı bir süreklilik (continuum) üzerinde tanımlanmaktadır (Asmundson ve ark., 2010; Longley ve ark., 2010). Sağlıkla ilgili kaygı ılımlı düzeyde ve geçici nitelikte olduğunda bu durumun mutlaka psikopatolojik bir sürecin göstergesi olmayabileceği belirtilmektedir (Sirri ve Fava, 2014). Bu kaygı aşırı ve işlevselliği bozucu düzeye vardığında yaşanan *şiddetli sağlık anksiyetesi* veya *hipokondriyazis*, bireyin ciddi bir tıbbi hastalığa sahip olduğu veya böyle bir hastalığın ortaya çıkabileceği düşünceleriyle uğraş içerisinde olmasıyla karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır (Salkovskis ve ark., 2002). Hafif ve şiddetli sağlık kaygısını ayırt eden katı bir sınır olmamakla birlikte "sağlık anksiyetesi (kaygısı)" kavramı farklı düzeydeki sağlık endişelerini kapsayan geniş bir anlamda kullanılmakta; "şiddetli sağlık anksiyetesi (hipokondriyazis)" kavramı ise bu kaygının klinik açıdan sıkıntıya yol açan uç düzeyini temsil etmektedir. Takip eden bölümde şiddetli sağlık kaygısı (hipokondriyazis) tanısal sınıflandırmalar kapsamında ele alınacaktır.

1.1.1. Sağlık Anksiyetesine Tanısal Bir Bakış

Tanısal sınıflandırmalar içerisinde sağlık anksiyetesinin şiddetli görünümü hipokondriyazis olarak kavramsallaştırılmaktadır (Asmundson ve Fergus, 2019). Anlamı zaman içerisinde önemli ölçüde değişime uğrayan hipokondriyazis, 19. yüzyıl itibariyle "fiziksel bir hastalığa yönelik abartılı korku" tanımını kazanmıştır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) bir önceki versiyonu olan DSM-IV'te hipokondriyazis tanısı, bedensel belirtilerin ve bu belirtilerle ilişkili sıkıntının baskın özellik olduğu somatoform bozukluklar kategorisinde yer almıştır [American Psychiatric Association (APA), 1994]. Hipokondriyazis tanısının temel özelliği, bireyin bedensel semptomlarını yanlış yorumlamasına dayalı olarak ciddi bir hastalığa sahip olduğuna inanması ve hastalık korkusuyla yoğun meşguliyet içerisinde olmasıdır. Birey için uygun tıbbi değerlendirme ve sağlığının iyi olduğuna dair güvence sağlanmasına karşın bu meşguliyet devam etmektedir. DSM-IV hipokondriyazis tanı kriterlerine göre bu meşguliyetin klinik açıdan önemli düzeyde sıkıntıya veya işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açması ve bu durumun en az altı boyunca sürmesi beklenmektedir. Sağlık kaygısı kavramının, konuyla ilgili alanyazında ve klinik uygulamada kullanılan ve ortaya çıkışı antik çağlara dayanan "hipokondriyazis" kavramının yerini almaya başladığı belirtilmektedir (Fink, 2019). Hipokondriyazis yerine sağlık kaygısı kavramının tercih edilmesinin sebepleri arasında hipokondriyazis tanısıyla ilişkili kötüleyici çağrışıma bağlı damgalamayı azaltabilmek, durumun diğer kaygı bozukluklarıyla benzerliklerini vurgulayabilmek, yaşanan psikolojik deneyime daha uygun bir tanımlama sağlayabilmek ve daha önce de belirtildiği üzere sağlıkla ilgili endişelerin boyutsal yapısını yansıtabilmek yer almaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009; Axelsson ve ark., 2016; Hedman ve ark., 2016).

Hipokondriyazis tablosunun önemli bir unsuru olan sağlık kaygısına ilişkin anlayışı geliştirebilecek araştırmaların geçerli, güvenilir ve klinik açıdan kullanışlı tanı kriterlerinin eksikliği nedeniyle daha sınırlı kaldığı öne sürülmektedir (Newby ve ark., 2017). DSM-IV'te hipokondriyazisin de yer aldığı somatoform bozukluklar kategorisi klinik uygulamada kullanımı zorlaştıracak derecede dar kriterleri içermesi nedeniyle eleştirilmiştir (Abramowitz ve ark., 2002; Fink ve ark., 2004). Somatoform bozuklukların anlaşılması zor bir yapısının olması ve bu kategorideki bozuklukların örtüşen yönlerinin bulunması gibi sınırlılıkların, klinik uygulamada somatoform bozuklukların nadiren teşhis edilmesine yol açtığı öne sürülmektedir (Dimsdale ve ark., 2013). Ayrıca bu bozuklukların bedensel belirtilerin "tıbbi olarak açıklanamaması" kriterine, yani psikiyatrik bir tanı konulabilmesi

için hastanın belirtilerine dair tıbbi açıklamaların dışlanması gerektiği kriterine aşırı vurgu yaptığı belirtilmektedir. Ancak bir belirtinin tıbbi olarak açıklanamadığını kanıtlamanın, bir diğer ifadeyle negatifi kanıtlamanın zorluğu nedeniyle bu kriterin güvenirliği zayıf bulunmaktadır (Dimsdale ve Levenson, 2013). Bu uygulama "tıbbi" ve "psikiyatrik" hastalar arasında keskin bir sınır çizilmesine yol açmıştır (Axelsson ve ark., 2016). Güncel tanı sistemi DSM-5'te önemli bir değişiklik yapılarak somatoform bozukluklar kategorisi kaldırılmış ve bedensel endişeler, sıkıntılar ve bununla bağlantılı işlevsel bozulma ile karakterize olan "bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar" kategorisi tanımlanmıştır (APA, 2013). DSM-5'te yapılan değişiklikler doğrultusunda hipokondriyazis tanısı yerini "Bedensel Belirti Bozukluğu" ve "Hastalık Kaygısı Bozukluğu" kategorilerine bırakmıştır. Bu kategoriler yeni olmakla birlikte tıbbi durumlarından beklenenin ötesinde bedensel sıkıntı yaşayan veya yüksek sağlık kaygısı bildiren bireyleri kapsayarak tıbbın ve psikiyatrinin pek çok alanıyla ilgili olan bir klinik profili yansıtmaktadır (Henningsen ve ark., 2018).

Hastalık kaygısı bozukluğu (HKB) hipokondriyazise benzer olarak ciddi bir hastalığa sahip olma veya yakalanma düşüncesiyle yoğun meşguliyet içerisinde olmayı gerektirmektedir (APA, 2013). Bu bozuklukta bedensel belirtiler ortaya çıkmamakta ya da ortaya çıksa bile hafif düzeyde olmaktadır. Bozukluğa eşlik eden başka bir tıbbi durum veya böyle bir durumun yaşanması riski olduğunda bile hastalık düşüncesi ile meşguliyet aşırı ve durumla orantısız düzeyde olmaktadır. HKB kriterleri arasında bireyin sağlığıyla ilgili yüksek düzeyde kaygı yaşaması, kişisel sağlık durumuyla ilgili kolaylıkla endişelenmesi ve tekrarlı olarak vücudunu kontrol etmesi gibi sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıkların görülmesi yer almaktadır (APA, 2013). Bedensel belirti bozukluğu (BBB) ise HKB'den farklı olarak bedensel belirtiler üzerinden tanımlanmaktadır. Bu tanı birey için sıkıntı verici olan veya günlük yaşamında önemli ölçüde bozulma yaratan bir veya daha fazla bedensel belirtinin görülmesini gerektirmektedir. Daha önceki tanı kriterlerinden farklı olarak BBB tanısı için bu bedensel belirtilerle ilişkili yoğun düşünce, duygu ve davranışların ortaya çıkması yönünde psikolojik kriterler de aranmaktadır (Fink, 2019). Belirtilerin ciddiyetiyle orantısız ve süreklilik gösteren düşüncelerin olması, sağlıkla veya belirtilerle ilgili yüksek düzeyde kaygı yaşanması, belirtilere veya sağlık endişelerine aşırı zaman ve enerji ayrılması tanının psikolojik özelliklerini oluşturmaktadır (APA, 2013). Tipik olarak altı aylık süreç içerisinde tek bir bedensel belirti sürekli olarak devam etmese bile belirti gösteriyor olma durumunun sürekli olması gerekmektedir. Bedensel belirtilerin hem sağlık kaygısı olan

bireylerde hem de toplum içerisinde yaygın görülmesi nedeniyle HKB teşhisinin BBB teşhisine kıyasla daha az oranda kullanılması beklenmektedir (Fink, 2019).

İki tanı da sağlıkla ilgili meşguliyeti içermekle birlikte aralarında önemli bir farklılık da bulunmaktadır (Axelsson ve ark., 2016). BBB, sebebinin tıbbi olarak açıklanıp açıklanamamasından bağımsız olarak kişiye sıkıntı veren en az bir bedensel belirtinin bulunmasını gerektirirken HKB tanısı ise sağlık meşguliyetiyle ilişkili bedensel belirtiler olmadığında ya da çok az düzeyde olduğunda uygun olmaktadır. DSM-5'te belirtildiği üzere daha önceden hipokondriyazis tanı kriterlerini karşılayan bireylerin güncel olarak yaklaşık %75'inin BBB ve yaklaşık %25'inin ise HKB tanılarını almaları beklenmektedir (APA, 2013). Daha önceki tanı sistemi kapsamında hipokondriyazis tanısı alanların büyük bir kısmının aynı zamanda sıkıntı verici bedensel belirtiler yaşamalarından ötürü DSM-5'e göre BBB tanısı alacağı; daha küçük bir kısmının ise yalnızca hastalık meşguliyeti yaşayıp bedensel sıkıntı yaşamamasından ötürü HKB tanısına uygun olacağı bildirilmektedir (Dimsdale ve ark., 2013). Hipokondriyazis tanısı almış bireylerin DSM-5 tanı kriterlerine göre tekrar değerlendirildiği bir araştırma da şiddetli sağlık kaygısı olan bireylerin BBB tanı kriterlerini karşılamasının HKB'ye kıyasla daha olası olduğunu göstererek bu tahminleri doğrulamaktadır (Bailer ve ark., 2016). HKB ve BBB'nin ne derece farklılaştığı konusunda çeşitli bulgular mevcuttur. İki tanı karşılaştırmalı olarak incelendiğinde HKB ve BBB tanı kriterlerini karşılayan bireyler arasında sağlık kaygısının şiddeti, hastalıkla ilgili davranışları ve bedensel belirtilerine ilişkin atıfları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmektedir (Bailer ve ark., 2016). Bir başka çalışmaya göre BBB tanısı alanların HKB tanısına kıyasla sağlık kaygısı, depresyon, işlevsellikte bozulma, bedensel belirtiler ve eş tanılar daha yüksek düzeyde bulunmaktadır (Newby ve ark., 2017). Araştırmacılar iki tanı arasında niteliksel değil niceliksel farklılıkların olabileceğini; bu farkların kavramsal olmaktan çok belirti şiddeti üzerine olduğunu ve BBB'nin daha şiddetli bir klinik tabloya sahip olduğunu belirtmektedir (Bailer ve ark., 2016; Newby ve ark., 2017).

Sağlık kaygısının en iyi şekilde nasıl sınıflandırılacağı konusu yalnızca bedensel belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu ile sınırlı kalmamakta ve bazı araştırmacılar sağlık kaygısının bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılması gerektiğini öne sürmektedir (Collimore ve ark., 2009; Olatunji ve ark., 2009). Sağlık kaygısı ile anksiyete bozuklukları arasında bedensel belirtilerin yorumlanma biçimi, uyum bozucu düşünce örüntüleri ve bu düşüncelerin oluşturduğu sıkıntıyı azaltmak için bazı başa çıkma davranışlarının sergilenmesi gibi özellikler açısından örtüşme görülmektedir. Örtüşmelerin

olmasına karşın sağlık kaygısının özellikle de şiddetli biçiminin temel odak noktasının sağlıkla ilgili korkular olması açısından anksiyete bozukluklarından ayrıştığı belirtilmektedir (Deacon ve Abramowitz, 2008; Hedman ve ark., 2017; Warwick ve Salkovskis, 1990).

1.1.2. Sağlık Anksiyetesinin Yaygınlığı, Gidişatı ve Eş Tanılar

Tanısal sınıflamadaki değişikliklerden ötürü tek başına sağlık anksiyetesinin yaygınlığına ilişkin bilgilerin görece daha sınırlı olduğu görülmekte ve sağlık kaygısının nasıl tanımlandığına bağlı olarak oranlar değişiklik göstermektedir. Yaygınlık çalışmalarındaki tahminler DSM-IV'te yer alan hipokondriyazis gibi klinik tanılara dayandırıldığında görece daha düşük yaygınlık oranlarının elde edildiği; sağlık kaygısının farklı düzeyleri dikkate alınarak yapılan değerlendirmelerde ise yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kosic ve ark., 2020). Hipokondriyazisin (şiddetli sağlık anksiyetesi) yaygınlığına ilişkin geçmiş çalışmalara bakıldığında oranların genel popülasyonda %1-2 civarında olduğu ancak bu oranın sağlık anksiyetesinin yaygınlık oranını yansıtmayabileceği öne sürülmektedir (Tyrer, 2018). DSM kriterlerinin tümünü karşılayan düzeydeki hipokondriyazis tanısı için ise toplum içerisindeki yaygınlığın %0.40 ile düşük bir oranda bulunduğu bildirilmektedir (Weck ve ark., 2014). Bu orandaki düşüklüğün DSM-IV'te hipokondriyazis tanısı için belirlenen kısıtlayıcı kriterlerin bir sonucu olabileceği belirtilmektedir. Doğrudan sağlık anksiyetesi belirtilerine odaklanarak Avustralya'da geniş bir örneklem üzerinde yürütülen bir çalışmaya göre genel popülasyon içerisinde sağlık anksiyetesinin yaşam boyu yaygınlığının %5.7 ve değerlendirmelerin yapıldığı süreçteki nokta yaygınlık oranının da %3.4 olduğu bildirilmektedir (Sunderland ve ark., 2013). Bu oranların yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojilerin yaşam boyu yaygınlık oranlarıyla (Kessler ve ark., 2005) benzerlik gösterdiği vurgulanmaktadır (Sunderland ve ark., 2013). Sağlık kaygısı olarak kavramsallaştırıldığında eşik altı düzeydeki belirtileri de kapsıyor olmasına ve hipokondriyazis ile aynı şiddette olmamasına karşın sağlık kaygısının çok daha yaygın olduğu, önemli ölçüde psikolojik sıkıntı ile bağlantısının olduğu ve dikkatle ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Weck ve ark., 2014).

Yüksek düzeydeki sağlık kaygısı çocuklar, ergenler ve genç yetişkinler de dahil olmak üzere tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilmektedir (Rask ve ark., 2012; Sirri ve ark., 2015; Weck ve ark., 2014). Yaygınlık oranı özellikle orta yaşta zirveye ulaşmakta ve ileri

yaşla birlikte azalmaktadır (Sunderland ve ark., 2013). Cinsiyetler açısından yaygınlık oranlarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir (Bleichhardt ve Hiller, 2007; Sunderland ve ark., 2013). Orta yaş grubunda yaygınlık oranlarının zirveye ulaşmasında pek çok kronik hastalık durumunun bu yaşlarda başlamasının da etkisinin olabileceği öne sürülmektedir (Sunderland ve ark., 2013). Çalışmalar fiziksel hastalığı olan bireylerde de sağlık kaygısı belirtilerinin ortaya çıktığını göstermektedir (Weck ve ark., 2014; Zhang ve ark., 2017). Hipokondriyazis tanısı için yaygınlık oranı tıbbi örneklemlerde %3'e yakın bulunmaktadır (Weck ve ark., 2014). Sağlık anksiyetesi ile kronik fiziksel bozukluklar arasında %45 oranında komorbidite (eş tanı durumu) bulunduğu bildirilmektedir (Bleichhardt ve Hiller, 2007; Bobevski ve ark., 2016). Kardiyoloji, göğüs hastalıkları, nöroloji, endokrinoloji, gastroenteroloji gibi farklı uzmanlık alanlarına başvuran hastaların yaklaşık %20'si sağlıklarıyla ilgili önemli düzeyde endişe bildirmektedir (Tyrer ve ark., 2011). Tıbbi kliniklerdeki hastalarda sağlık kaygısının yaygınlık oranının zaman içerisinde artış gösterdiğine ilişkin bulgular mevcuttur (Tyrer ve ark., 2019).

Birincil basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda sağlık anksiyetesinin gidişatının incelendiği bir çalışmaya göre şiddetli sağlık anksiyetesi olan hastalar iki yıllık takip süreci boyunca yüksek düzeyde sağlık kaygısı göstermeye devam etmiştir (Fink ve ark., 2010). Aynı çalışmada sağlık anksiyetesi orta-yüksek şiddette olan hastaların, tıbbi hastalık tanısı olup sağlık anksiyetesi düşük olan hastalara kıyasla kendi fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendirdikleri bulunmuştur. Sağlık anksiyetesinin olumsuz gidişatla ilişkisinin depresyon, genel kaygı ve fiziksel hastalık gibi eş tanıların etkisinden bağımsız olarak ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Sağlık kaygısı, bireyin yaşamının farklı alanlarındaki işlevselliğinin ne ölçüde bozulduğunun değerlendirilmesiyle tanımlanan yeti yitimi (disability; Aslan Kunt ve Dereboy, 2018) ve psikolojik sıkıntı düzeyiyle de ilişki göstermektedir (Bobevski ve ark., 2016). Sağlık kaygısına ayrıca diğer bazı psikiyatrik tanılar da eşlik edebilmektedir. Araştırma sonuçları sağlık kaygısı olan bireylerin yaşamları boyunca duygudurum veya kaygı bozuklukları gibi en az bir diğer psikiyatrik tanının belirtilerini yaşama olasılığının, sağlık kaygısı olmayanlara kıyasla altı kat fazla olduğunu göstermektedir (Fink ve ark, 2010; Sunderland ve ark., 2013).

Psikolojik ve fiziksel açıdan ortaya çıkan kişisel sonuçların yanı sıra işlevsellikteki bozulma ve sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artıştan ötürü sağlık kaygısının ekonomik ve toplumsal sonuçları da bulunmaktadır (Looper ve Kirmayer, 2001; Mykletun ve ark., 2009; Sunderland ve ark., 2013). Sağlık kaygısı yüksek bireylerin yaşadıkları sıkıntının

yalnızca fiziksel boyutta olduğunu düşünme eğilimlerinden ötürü ruh sağlığı alanından çok tıbbi hizmetlere başvuruda bulunduğu belirtilmektedir (Abramowitz ve ark., 2002). Şiddetli sağlık kaygısı olan bireylerin, tıbbi teşhisi olan hastalara kıyasla bir yıl içerisinde daha fazla sağlık hizmeti kullanımı olmaktadır (Fink ve ark., 2010). Sağlık kaygılı bireyler hem genel tıbbi uygulamalara (pratisyen) ve uzmanlık gerektiren tıbbi hizmetlere hem de ruh sağlığı hizmetlerine sağlık kaygısı olmayan bireylerden daha sık başvuruda bulunmaktadır (Bobevski ve ark., 2016). Tedavinin uygulanmadığı sağlık kaygısı belirtileri, altı aylık değerlendirme sürecinde işten alınan hastalık izinlerindeki artışla bağlantı göstermektedir (Eilenberg ve ark., 2015). Bulgular sağlık kaygısının devamlılık gösterme eğilimindeki olumsuz gidişatının hem kişi hem de toplum açısından önemli bir yük oluşturduğuna işaret etmektedir.

1.1.3. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli

Sağlık kaygısını ortaya çıkaran ve sürdüren faktörleri ele alan yaklaşımlar arasında en fazla görgül desteğe sahip olan yaklaşımın bilişsel-davranışçı model olduğu bilinmektedir (Abramowitz ve ark., 2007; Olatunji ve ark., 2014; Warwick ve Salkovskis, 1990). Özellikle depresyonun ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında ve sürmesinde rolü olan faktörleri tanımlayan bilişsel-davranışçı yaklaşımlar terapi uygulamalarını da önemli ölçüde etkilemektedir (Beck ve Emery, 1985). Bilişsel-davranışçı açıklamalar, durumlar veya uyaranların doğrudan duygulara ve davranışlara sebep olmadığını; belirli duygular ve bunlara karşılık gelen davranışların belirli yorumlamalara bağlantılı olarak şekillendiğini öne sürmektedir (Beck ve Emery, 1985). Örneğin kaygı duygusu ile bağlantılı olan yorumlamalar tehdit odaklı olmaktadır. Bilişsel kurama göre anksiyete, içsel ve dışsal uyaranlara ilişkin tehlike odaklı değerlendirmeleri içeren hatalı varsayım ve inançlardan kaynaklanmaktadır (Clark ve Beck, 2010). Tehditle ilgili işlevsiz inançlar sonucunda birey nötr veya zararsız ipuçlarına tepki olarak zarar görmekle ilgili abartılı değerlendirmelerde bulunmakta; zararın ortaya çıkma olasılığını ve şiddetini gerçekte olduğundan yüksek görmektedir. Bunun sonucunda da durumun içerdiği gerçek tehdit düzeyi ile tutarsız olan aşırı kaygı ve korku ortaya çıkmaktadır. Ayrıca birey beklediği tehlike ile başa çıkma becerisini de azımsama eğiliminde olmaktadır (Beck ve Emery, 1985). Tehdit düzeyinin yüksekliğine ve başa çıkma becerisinin yetersizliğine ilişkin algı, kaygının artması ile sonuçlanmaktadır (Clark ve Beck, 2010).

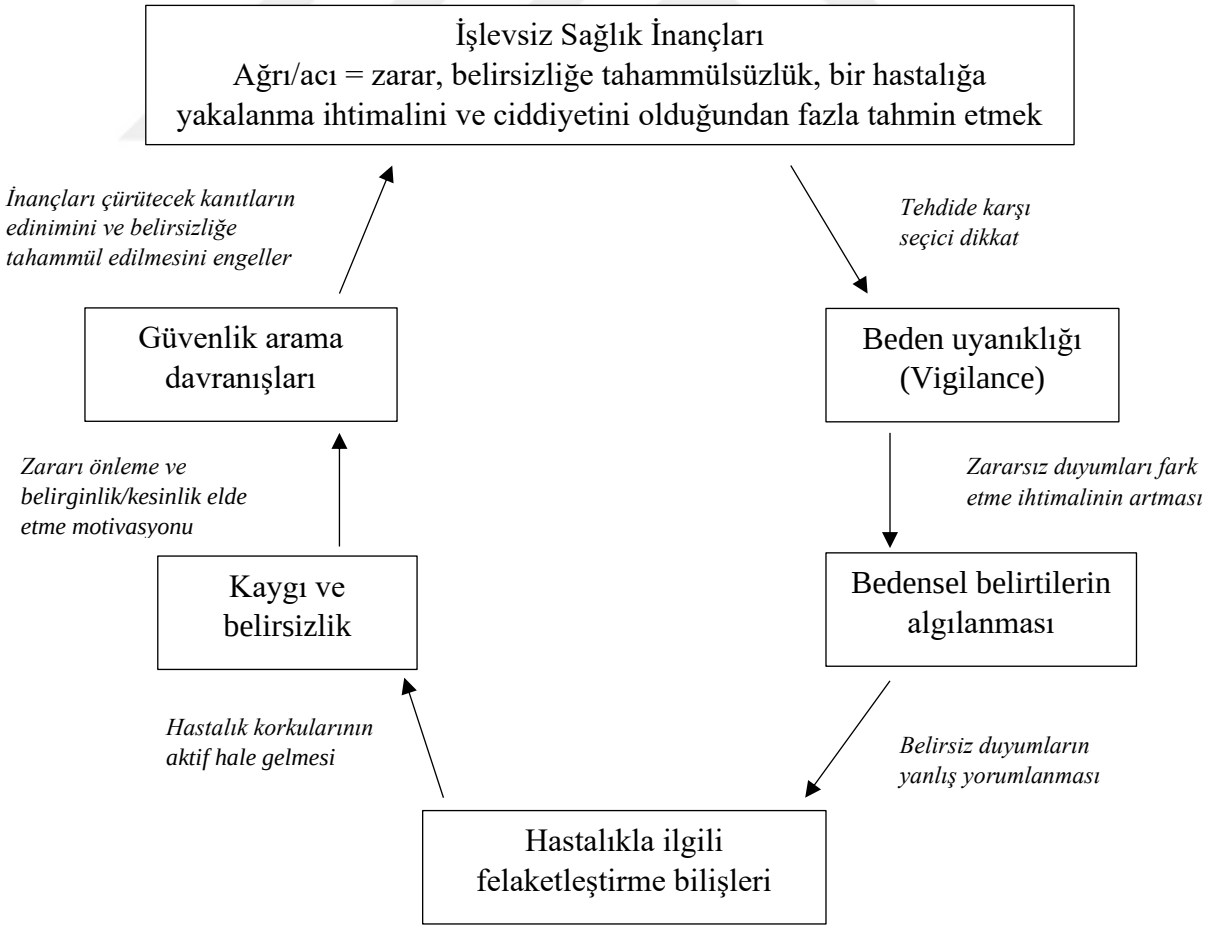
Daha önce belirtildiği üzere bazı araştırmacılar sağlık kaygısının da bir anksiyete bozukluğu olarak kavramsallaştırılabileceğini öne sürmektedir (Olatunji ve ark., 2009). Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeli de anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesine ilişkin açıklamalardan yola çıkarak geliştirilmiştir (Salkovskis ve Warwick, 1986; Salkovskis ve ark., 2003). Bilişsel davranışçı modelin merkezinde fiziksel belirtiler, sağlık, hastalık ve fizyolojik süreçlere dair işlevsiz inançların sağlık kaygısı için önemli bir rol oynadığı görüşü yer almaktadır (Salkovskis ve ark., 2002). Bu inançların, bedensel duyumların olası bir sağlık probleminin göstergesi olarak hatalı biçimde yorumlanması yönünde bir yanlılığa yol açtığı varsayılmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004; Warwick ve Salkovskis, 1990). Sağlıkla ilgili işlevsiz inançların bedendeki değişimler, bireyin çevresinde bir hastalığın ortaya çıkması veya medyada hastalıklarla ilgili bilgilere maruz kalmak gibi durumlarla tetiklenerek etkin hale gelebileceği belirtilmektedir (Salkovskis ve Warwick, 1986; Taylor ve Asmundson, 2004). İnançların tetiklenmesiyle birlikte birey, bedensel duyumlar ve sağlıkla ilgili bilgiler gibi içsel ve dışsal uyaranları, kendisinde ciddi bir sağlık sorununun olduğuna dair bir kanıt olarak görmektedir (Abramowitz ve ark., 2007; Salkovskis ve ark., 2003).

Sağlıkla ilgili inançlar tipik olarak bedensel belirtilerin anlamı, hastalıkların ortaya çıkma olasılığı ve sonuçları, bireyin kendisini dayanıksız görmesi ve hastalıkla başa çıkamama gibi alanlar üzerine şekillenmekte ve sıklıkla gerçeklikle uyumsuzluk göstermektedir (Asmundson ve ark., 2013). *Bedensel belirtilerin anlamına* dair inançlar arasında "bireyin bedeninde normalden farklı bir belirti olursa bunun mutlaka bir hastalığa işaret ettiği", "sağlıklı olmanın hiç fiziksel belirti yaşamamak anlamına geldiği", "her bedensel belirtinin tıbbi bir açıklamasının olması gerektiği" ve "eğer bir açıklama bulunamıyorsa gerçekten ciddi ve daha önceden tespit edilememiş bir hastalığının olduğu" gibi değerlendirmeleri yer almaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Hastalık içerikli inançlar temelinde birey *hastalığa yakalanma olasılığına* ve *hasta olmanın olumsuz sonuçlarına* dair abartılı tahminlerde (overestimation) bulunmakta; sağlığının bozulma ihtimalini gerçekte olduğundan daha olası algılamakta ve hastalığa yakalanması durumunda ortaya çıkabilecek sonuçları da gerçekte olduğundan daha olumsuz biçimde öngörmektedir (Salkovskis ve ark., 2002). Bireyin kendisini sağlık sorununu önleyemeyecek veya gidişatını etkileyemeyecek durumda görmesi, hastalıklara yatkın olduğuna ve algıladığı tehditle başa çıkmak için etkili bir yola sahip olmadığına inanması da sağlık kaygısını ortaya çıkaran inançlar kapsamında ele alınmaktadır (Abramowitz ve ark., 2002; Warwick ve Salkovskis,

1990). Bahsedilen tehdit değerlendirmeleri sonucunda sağlığa yönelik endişenin artmasıyla birlikte bedene yönelik aşırı uyanıklık (hypervigilance) gelişmektedir (Norris ve Marcus, 2014). Bedende ortaya çıkan en küçük değişimlere bile aşırı dikkat verme ve bu değişimleri sürekli izleme eğilimini içeren aşırı uyanıklık hali (Schmidt ve ark., 1997), sağlık kaygısı olan bireyin tehdit edici olarak değerlendirdiği bedensel süreçlere yönelik dikkatinin artmasında rol oynamaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Hastalık düşüncelerini destekleyecek içsel ve dışsal bilgilere seçici bir dikkat verilmesi; sağlığın iyi olduğunu gösteren kanıtların ise seçici şekilde görmezden gelinmesi de bedensel süreçlere yönelik odağı sürdürerek kaygının devam etmesine etki etmektedir (Warwick ve Salkovskis, 1990). Sonuç olarak sağlıkla ilgili işlevsiz inançların bedensel değişimler ile etkileşime girdiği bir kısır döngü ortaya çıkmaktadır. Sağlık kaygısını sürdüren bu döngü içerisinde bedensel belirtilerin ve sağlıkla ilgili bilgilerin tehdit edici olarak değerlendirilmesiyle kaygı artmakta; kaygı arttıkça daha fazla fizyolojik belirti yaşanmakta, bedene yönelik dikkat giderek artmakta ve fark edilen belirtilerin ne anlama geldiğine ilişkin felaketleştirme odaklı yorumlamalar devam etmektedir (Asmundson ve ark., 2013; Taylor ve Asmundson, 2004). Birey bu döngü içerisinde yaşadığı sıkıntı hissini giderebilmek, algıladığı olumsuz sağlık sonuçlarını önleyebilmek ve sağlık durumuyla ilgili güvence alabilmek amacıyla bazı başa çıkma yollarına başvurmaktadır (Asmundson ve Fergus, 2019). Başa çıkma odaklı davranışlar kaygıyı geçici olarak hafifletmekle birlikte bireyin endişelerinin temelsiz olduğunu fark etmesine engel olarak uzun vadede kaygının sürmesine katkıda bulunmaktadır (Abramowitz ve ark., 2002). Şekil 1'de sağlık kaygısına ilişkin döngüsel model yer almaktadır.

Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı kavramsallaştırmasını görgül olarak inceleyen araştırmalar da sağlık ve hastalıkla ilgili işlevsiz inançların sağlık kaygısı ile güçlü şekilde ilişkili olduğunu ortaya koyarak modeli desteklemektedir (Hadjistavropoulos ve ark., 2012; Marcus ve ark., 2007; Norris ve Marcus, 2014; Rachman, 2012). Hipokondriyazis ile anksiyete bozuklukları arasında bedensel duyumların sebeplerine dair atıflardaki farklılıkların incelendiği bir çalışmada hipokondriyazis tanılı bireylerin bedensel duyumlara daha az normalleştirici açıklamalar getirme ve bu duyumları ciddi hastalıklara ilişkilendiren atıflarda bulunma eğilimleri daha yüksek bulunmuştur (Neng ve Weck, 2013). Mide ağrısı, ağız kuruluğu, baygınlık, boğazda şişlik gibi farklı belirtileri sağlıklı olup olmamayla bağlantılı olarak değerlendirmeleri istendiğinde hipokondriyazis tanılı bireyler, anksiyete bozukluğu tanısı olanlara ve sağlıklı kontrollere kıyasla, daha fazla bedensel belirtiyi sağlık

durumunun iyi olmadığı yönünde sınıflandırmaktadır (Weck ve ark., 2012). Salkovskis ve Warwick (2001) sağlık kaygısıyla ilgili olarak (1) algılanan sağlık problemi yaşama olasılığı, (2) sağlık problemi yaşamanın algılanan korkunçluğu, (3) sağlık problemiyle başa çıkamama algısı, (4) tıbbi hizmetlerin yetersizliğine dair algılar olmak üzere dört temel biliş tanımlamaktadır. Bu sağlık bilişleri geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla incelendiğinde sağlık kaygısını yordadığı bulunmaktadır (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Ayrıca sağlıkla ilgili işlevsiz bilişlerin sağlık kaygısıyla ilişkisinin, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirtileriyle ilişkisinden daha güçlü olduğu ve OKB ile ilişkili inanç alanları da analize dahil edildiğinde OKB belirtilerinin sağlıkla ilgili bilişlerle ilişkisinin anlamsız hale geldiği bildirilmektedir (Fergus, 2014). Kesitsel çalışmalardan elde edilen bu bulgular sağlık bilişlerinin sağlık kaygısına özgü yapısını doğrular niteliktedir. Bununla birlikte bazı araştırmacılar sağlıkla ilgili bilişlerin ve sağlık kaygısı arasındaki kavramsal benzerliklere vurgu yaparak elde edilen araştırma sonuçlarının bu örtüşmeden de etkileniyor olabileceğini öne sürmektedir (Norris ve Marcus, 2014).



Şekil 1. Sağlık kaygısının Bilişsel Davranışçı Modeli (Abramowitz ve ark., 2007)

Sağlık kaygısının ortaya çıkışına ilişkin bilişsel davranışçı açıklamalar gözden geçirildiğinde bedensel belirtilerin sağlıkla ilgili endişeler için tetikleyici bir rol üstlendiği görülmektedir. Bu doğrultuda takip eden bölümde sağlık kaygısı için bedensel belirtilerin rolüne ilişkin çalışma bulguları ele alınacaktır.

1.1.4. Sağlık Anksiyetesi Kapsamında Bedensel Belirtiler

Bedensel şikayetler hem genel popülasyon içerisinde yaygın olarak ortaya çıkmakta hem de birincil basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların önemli nedenleri arasında yer almaktadır (Hiller ve ark., 2006; Hinz ve ark., 2017; Van der Vindt ve ark., 2008). Yaşanan bedensel belirtilerin fazla olması kaygı ve depresyon belirtileri gibi psikolojik sıkıntılarla da ilişki göstermektedir (Van Eck van der Sluijs ve ark., 2015). Bedensel belirtilerin bir kısmı, kanser ve kalp hastalığı gibi tıbbi durumlar (Kroenke ve ark., 2010; Kohlmann ve ark., 2013) veya kaygı bozuklukları ve depresyon gibi psikiyatrik tanılar kapsamında ortaya çıkarken (Löwe ve ark., 2008) bazı bedensel belirtiler ise bilinen tıbbi bir durum ile bağlantılı olmadan yaşanmakta ve "tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler" olarak adlandırılmaktadır (Steinbrecher ve ark., 2011). Ancak bazı araştırmacılar rahatsızlık verici bedensel belirtilerin olumsuz etkilerinin tıbbi bir gerekçenin bulunup bulunmamasından bağımsız olarak ortaya çıktığını öne sürmektedir (Tomenson ve ark., 2013). Daha önce de belirtildiği üzere (Bkz. Bölüm 1.1.1.) DSM-5 içerisinde de bedensel belirtilerle ilişkili bozuklukların kapsamında fiziksel belirtileri ortaya çıkarabilecek tıbbi açıklamaların dışlanması kriteri kaldırılmış ve bunun yerine bireye sıkıntı veren herhangi bir bedensel belirtinin görülmesi kriteri benimsenmiştir (APA, 2013). Dolayısıyla bedensel belirtiler ile olumsuz sonuçlar arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlayan çalışmalarda her bir belirtinin tıbbi olarak açıklanıp açıklanamadığını belirlemenin gerekli olmayabileceği ve doğrudan toplam bedensel belirti şiddetine odaklanılabileceği öne sürülmektedir (Ladwig ve ark., 2010). Mevcut çalışmada da bu görüş benimsenerek bedensel belirtiler ile olumsuz sonuç olan sağlık kaygısı arasındaki bağlantılar incelenirken bedensel belirtilerin tıbbi gerekçeleri olup olmadığı değil, bu belirtilerin şiddeti ele alınacaktır.

Yüksek miktarda bedensel belirti bildiren bireylerin kendi sağlık durumlarını da daha kötü olarak algıladıkları bildirilmektedir (Ladwig ve ark., 2010). Bireylerin kendi sağlıklarına dair olumsuz bir algıya sahip olmalarının, hastalık kaygısını ve bedensel belirtilerle meşguliyeti yansıtıyor olabileceği belirtilmektedir. Sağlık kaygısı yüksek

bireyler, düşük olanlara kıyasla daha fazla bedensel belirti yaşamaktadır (Bleichhardt, 2004). Hem genel popülasyonda hem de klinik örneklemlerle yürütülen çalışmalar, yaşanan bedensel belirti sayısının fazlalığıyla tanımlanan *bedensel belirti yükü* ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkileri ortaya koymaktadır (Gierk ve ark., 2015; Lee ve ark., 2011). Bedensel belirti yükü, ileriye dönük olarak sağlık kaygısının artmasını ve daha olumsuz bir gidişat göstermesini yordamaktadır (olde Hartman ve ark., 2009; Woud ve ark., 2016). Hem bedensel belirtilerin hem de sağlık kaygısının yüksek düzeyde olmasının, fiziksel ve ruhsal sağlığın daha olumsuz durumda olmasını ve sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını yordadığı da bildirilmektedir (Tomenson ve ark., 2012). Bedensel belirtilerin, sağlık kaygısını açıklayan bilişsel-davranışçı modellerde de yer edindiği ve sağlık kaygılı bireylerin fiziksel belirtileriyle ilgili önemli düzeyde sıkıntı ve endişe yaşadığı bilinmektedir (Salkovskis ve ark., 2003). Sağlık kaygısı epizodları sıklıkla bedendeki normal değişimler, sıradan fiziksel şikayetler ve kaygıyla ilişkili uyarılmışlık sonucu ortaya çıkan duyumlar gibi görece zararsız ve hastalıkla ilişkisiz olan fiziksel belirtiler tarafından tetiklenmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Bu bedensel duyumlar ani biçimde gelişebileceği gibi devamlılık gösteren nitelikte de olabilmektedir. Sağlık endişesinin bedensel odağı değişiklik göstermekte; birey için yeni olan ve sebebini açıklayamadığı bedensel duyumlar, vücuttaki belirli bir organ veya sistem bu endişenin odağında yer alabilmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Bedensel belirtiler "her yerin ağrıması" gibi daha belirsiz ve genellenmiş biçimde de ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtilerin ne anlama geldiği ve olası sebepleri hakkında endişe duyulmakta ve belirtilerin tetiklediği tehdit algısı, sağlık kaygısının kaynağı olmaktadır (Asmundson ve ark., 2010).

Sağlık kaygısı ve bedensel belirti yükü sıklıkla bir arada bulunmasına karşın bu iki durumun tanısal olarak birbirlerinden ayrı ele alındığı bilinmektedir (APA, 2013; Lee ve ark., 2015). DSM-5'te tanımlanan bedensel belirti bozukluğu iki durumu bir araya getirmekte; bu tanıyı veya daha önceki somatizasyon tanısını karşılayabilecek bireyleri tespit edebilmek amacıyla yakın zamanlı araştırmalarda bedensel belirti yükü ile sağlık kaygısı ölçümlerinin birlikte uygulandığı görülmektedir (Häuser ve ark., 2020; Laferton ve ark., 2017). Ancak bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkide rolü olabilecek mekanizmaları doğrudan inceleyen daha az çalışma olduğu bildirilmektedir (Le ve ark., 2021). Le ve arkadaşlarının (2021) incelediği model kapsamında fiziksel belirti yükü sağlık kaygısını yordamakta ancak sağlık kaygısının fiziksel belirti yükünü yordadığı ters yönlü bir model test edildiğinde bu model daha zayıf sonuçlar vermektedir. Bir başka

çalışmada ise sağlık kaygısı çoklu bedensel belirtilerdeki artışı ileriye dönük olarak yordamaktadır (Klaus ve ark., 2015). Araştırmacılar sağlık kaygısı ile bedensel belirtiler arasında iki yönlü bir ilişkinin olmasının mümkün olduğunu; fiziksel belirtilerdeki artışın sağlık endişelerindeki artışı yordayabileceğini veya sağlık kaygısının daha fazla fiziksel belirtinin ortaya çıkmasında etkisinin olabileceğini öne sürmektedir (Le ve ark., 2021). Bununla birlikte fiziksel belirti yükünün sağlık kaygısını yordadığı bir modelin test edilmesinin her iki sıkıntıyı da yaşayan bireylerin deneyimleri ile daha uyumlu olacağı belirtilmektedir. Mevcut çalışmada da hem alanyazındaki bulgular hem de konuya ilişkin kuramsal modeller göz önünde bulundurularak bedensel belirtilerin sağlık kaygısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordaması beklenmektedir.

Hem kuramsal açıklamalar hem de araştırmalar, bedensel duyumları fiziksel bir hastalığın göstergesi olarak felaketleştirerek yanlış yorumlamanın yarattığı kaygı ve sıkıntı hissinin başa çıkmaya yönelik olan bazı davranışsal tepkilerle sonuçlandığını ortaya koymaktadır (Salkovskis ve ark., 2003; Warwick ve Salkovskis, 1990; Tang ve ark., 2007). *Güvenlik arama davranışı* olarak adlandırılan ve kaygının sürmesinde rolü olan bu davranışlar, takip eden bölümde ele alınmaktadır.

1.1.5. Güvenlik Arama Davranışları

Bilişsel davranışçı yaklaşımlara göre güvenlik arama davranışları (safety-seeking behaviors) yaşanan kaygı ve belirsizlik hislerini azaltmak, aynı zamanda da beklenen olumsuz sonuçları önlemek amaçlarıyla gerçekleştirilmektedir (Bouman, 2014). Bu davranışlar bilişsel davranışçı modelin sağlık kaygısı için tanımladığı bedensel belirtileri fark etme, bunları olumsuz algılama, belirtilerin olası sebepleri ve sonuçları hakkında endişelenme ve bu endişeyi azaltacak davranışlar içerisine girme biçimindeki döngünün tekrarlı olarak sürmesinde önemli bir yere sahiptir (Fergus ve Asmundson, 2019). Sağlık kaygısı yüksek bireyler, tıbbi problemlerle ilgili endişelerini ve belirsizliği azaltabilmek için sağlık durumlarının iyi olup olmadığına dair tam ve kesin bir güvence elde etme ihtiyacı duyma eğiliminde olmaktadır (Abramowitz ve ark., 2007). Bu doğrultuda ortaya çıkan uyumsuz başa çıkma davranışları bireyin endişe duyduğu fiziksel hastalıklardan kaçınma, bu hastalıkların ortaya çıkma ihtimalini kontrol edebilme veya tamamen ortadan kaldırabilme ve yaşanan sıkıntı hissini azaltma amaçlarıyla gerçekleştirilmektedir (Warwick ve Salkovskis, 1990). Sağlık kaygısının bilişsel-davranışçı modeline göre bu davranışlar

sağlık durumuyla ilgili güvence aramayı, sağlıkla ilgili kontrol davranışlarını ve kaygının tetikleyicilerinden kaçınmayı içerecek şekilde sınıflandırılmaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Sağlıkla ilgili şüphenin tetiklediği güvence arayışı; tıbbi hizmetlere sıklıkla başvuruda bulunmak, doktorlardan daha fazla değerlendirme ve tahlil yapılmasını talep etmek, yaşanan bedensel sıkıntıları başka insanlarla paylaşarak fikirlerini almak, belirtilere ve sağlıkla ilgili konulara dair İnternette araştırma yapmak, bedensel belirtileri sürekli kontrol etmek, vücudu muayene etmek gibi biçimlerde görülebilmektedir (Abramowitz ve ark., 2002; Fergus ve Asmundson, 2019). Bazı bireyler ise hastalık düşüncelerini ve kaygıyı tetikleyebilecek uyaranlara karşı kaçınma göstermekte; örneğin bedeni incelemekten, hastanelerden, hasta insanlardan veya hastalıkla ilgili medyatik unsurlardan uzak durarak sıkıntıyı idare etme eğilimi göstermektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Tehdit içerisinde olduğu algısına sahip bir bireyin güvenlik hissi sağlamaya odaklı hareket etmesi akla yatkın bir tepki olmaktadır. Birey sergilediği davranışlar sayesinde olası tehdidi ve hastalık sonuçlarını önlediğine ikna olmakta ve bunun sonucunda kaygı anlık olarak azalmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Güvenlik sağlama girişimlerinin devamlı olarak başarılı olmasıyla birlikte bu davranışlar bireyin kaygısını hafifletebilmek için sıklıkla başvurduğu bir yol haline gelebilmektedir. Ancak tehdit algısı gerçekdışı olduğunda bu davranışlar bireyin kaygısını kısa vadede hafifletse bile endişelerinin temelsiz olduğunu fark etmesini engelleyebilmektedir (Abramowitz ve ark., 2002). Bireyin kaygısını sürdüren düşünce yapısı ve bedene yönelik duyarlılığının değişmemesi durumunda uzun vadede sağlıkla ilgili endişeler ve sağlık meşguliyeti sürmeye devam etmektedir (Fergus ve Asmundson, 2019).

Sağlık kaygısı ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalar kuramsal açıklamaları destekler niteliktedir. Doktorun verdiği güvencenin sağlık kaygısı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmaya göre sağlık kaygısı, verilen güvencenin hemen ardından belirgin şekilde azalmakta ancak başlangıçta yüksek düzeyde kaygılı olanların sağlık endişeleri bir haftadan bir yıla kadar uzanan takip sürecinde tekrar artış göstermektedir (Lucock ve ark., 1997). Hipokondriyazis tanılı bireyler deney koşulunda sağlıkla ilgili uyaranlara maruz bırakıldıktan sonra kaygı düzeyleri ve güvenlik davranışı sergileme eğilimlerinin yükseldiği; güvenlik davranışını gerçekleştirmenin ardından kaygının azaldığı bildirilmektedir (Abramowitz ve Moore, 2007). Geniş bir örneklemde katılımcıların tıbbi hizmetlere başvurmalarının gerekli olduğunu düşündüklerinde bile başvurmaktan kaçınma gerekçeleri incelendiğinde ciddi bir hastalığa sahip olduklarına dair

korkularının da bu gerekçeler arasında yer aldığı görülmektedir (Kannan ve Veazie, 2014; Ye ve ark., 2012). Sağlık kaygısı ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğunu gösteren bulgular da mevcuttur. Bir çalışmaya göre sağlıkla ilgili bilgileri araştırmanın ve tıbbi hizmet arayışının yüksek olması, sağlık kaygısındaki artışı yordamaktadır (Leonidou ve Payaniotou, 2021). Deneysel bir araştırmada bir hafta boyunca sağlıkla ilgili güvenlik davranışlarını her gün sergileyen katılımcıların genel kaygı düzeylerinde değişiklik olmamış ancak sağlık kaygılarında ve hastalıkla ilgili inançlarında artış görülmüştür (Olatunji ve ark., 2011). Bu bulgular bilişsel-davranışçı modelde belirtildiği üzere sağlık kaygısı tarafından tetiklenen güvenlik arama davranışlarının da sonrasında kaygıyı daha da artırarak sağlık kaygısı döngüsünü sürdürdüğü varsayımını desteklemektedir.

Sağlık kaygısı ile sağlıkla ilgili davranışlar arasındaki bağlantıları incelerken fiziksel belirtilerin de bu ilişki kapsamında ele alınması önerilmekte (Abramowitz ve ark., 2007) ancak bedensel belirtilerin de dahil edildiği daha az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Sağlık kaygısı olan bireylerin güvence alma motivasyonlarını nitel görüşmelerle inceleyen bir çalışmaya göre başkalarından güvence alma girişimlerini tetikleyen unsurlar arasında fiziksel belirtilerin ortaya çıkması da yer almaktadır (Halldorsson ve Salkovskis, 2017). Bedensel belirti yükü ve sağlık kaygısı kesitsel olarak sağlık hizmeti kullanımındaki artışla ilişki göstermekte (Wertenbruch-Rocke ve ark., 2021); bedensel belirtilerin ve sağlık kaygısının etkileşimi, birincil basamak tıbbi birimlere başvuran hastalarda sonraki bir yıl içerisinde daha fazla tıbbi başvuruda bulunmayı yordamaktadır (Creed, 2011; Fergus ve ark., 2019). Depresyon tanılı klinik örneklemde bedensel belirtiler ile hastalık davranışları (Ör. Sağlık sorunu için doktorlara sıkça başvurmak, bedensel süreçlere aşırı dikkat vermek gibi davranışların sergilenmesi) arasındaki ilişkide sağlık kaygısının aracı rolünün olduğu bildirilmektedir (Ma ve ark., 2019). Sağlık kaygısıyla ilgili güvenlik davranışlarının incelendiği çalışmalarda sıklıkla araştırmacıların kendi çalışmaları için kuramsal açıklamalar ve geçmiş bulgular temelinde oluşturdukları ve sağlık hizmeti kullanımı, bedeni kontrol etme, İnternette arama yapma, hastalıkla ilgili bilgilerden kaçınma, yakınlarıyla belirtilerini paylaşma gibi başa çıkma yollarını içeren güvenlik davranışı listelerinin kullanıldığı görülmektedir (Örn. Jones ve ark., 2022; Lee ve ark., 2013; Leonidou ve Payaniotou, 2021). Mevcut çalışma için de benzer biçimde bir güvenlik davranışı kontrol listesi oluşturulmuştur (Bkz. Yöntem Bölümü). Çalışma kapsamında bedensel belirtilerin sağlık kaygısı ile ilişkisi incelenirken bu ilişkinin bir sonucu olarak güvenlik davranışları da

ele alınmaktadır. Bu doğrultuda mevcut çalışmada bedensel belirtiler ve sağlık kaygısı ile güvenlik davranışları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması beklenmektedir. Ayrıca bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide sağlık kaygısının aracı rolünün anlamlı olacağı varsayılmaktadır.

Alanyazına ilişkin sunulan bilgilerde görülebileceği üzere sağlık kaygısının ortaya çıkması ve sürmesinde bedensel, bilişsel ve davranışsal faktörlerin katkısı bulunmakta ve özellikle bilişsel-davranışçı model kapsamında sağlıkla ilgili işlevsiz bilişlerin merkezi bir rolü olduğunu öne sürülmektedir (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Sağlık kaygısıyla ilgili işlevsiz varsayımların bilişsel model içerisindeki rolünün hali hazırda güçlü biçimde desteklenmiş olmasından ötürü bu varsayımlara güncel çalışmalarda daha az odaklanıldığı öne sürülmektedir (Norris ve Marcus, 2014). Araştırmacılar sağlık inançlarına dair ölçüm araçları ile sağlık kaygısı ölçümlerinin içerikleri arasında önemli düzeyde kavramsal örtüşme bulunduğunu vurgulayarak bu alandaki bir sınırlılığı ortaya koymaktadır (Marcus ve ark., 2007; Norris ve Marcus, 2014). Bilindiği üzere şiddetli sağlık kaygısının (hipokondriyazis) temel tanı kriteri, bireyin ciddi bir hastalığa sahip olduğuna veya olacağına ilişkin hatalı inançlarının olmasıdır (APA, 1994). Sağlıkla ilgili işlevsiz inanç ölçümlerinin de ciddi bir hastalığın ortaya çıkma olasılığına ve böyle bir hastalığın olumsuzluğuna yönelik abartılı değerlendirmeleri içeren maddelerden oluştuğu düşünüldüğünde bu ölçümlerin sağlık kaygısı ile ilişkili bulunması şaşırtıcı olmamaktadır (Marcus ve ark., 2007). Bununla birlikte bilindiği kadarıyla sağlıkla ilgili işlevsiz inançların sağlık kaygısı üzerinde nedensel rolü olduğunu gösterebilecek boylamsal çalışmalar bulunmamaktadır. Bahsedilen sınırlılıklara karşın sağlık kaygısına dair kavramsal modeller içerisinde işlevsiz inançlar genel olarak yerini korusa da araştırmacılar sağlıkla ilgili işlevsiz inançlar ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkileri inceleyecek ek çalışmalara duyulan ihtiyacın azaldığını belirtmektedir (Fergus ve Asmundson, 2019; Norris ve Marcus, 2014). Dolayısıyla sağlık kaygısının sürmesinde rolü olabilecek ek faktörlerin de incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda, sağlık kaygısının diğer kaygı bozuklukları ile benzerlik gösterdiğine dair görüşler de dikkate alınarak (Örn. Olatunji ve ark., 2009) mevcut çalışmada kaygı bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesinde rolü olduğu bilinen bazı faktörlerin sağlık kaygısı ile ilişkileri de incelenecektir. Kaygı bozuklukları ile güçlü ilişkileri olduğu bilinen ve *tanılar üstü (transdiagnostic)* faktörler arasında yer alan belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri bu kapsamda ele alınacaktır.

1.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Bilinmeyen kavramı, bilgi eksikliğine dair içsel algıları yansıtmakta (Carleton, 2016) ve bilinmeyene yönelik korkunun "patolojik kaygının en temel bileşenlerinden biri" olduğu öne sürülmektedir (Carleton ve ark., 2007a s. 2314). Bu korkuyla ilişkili bir kavram olan *belirsizliğe tahammülsüzlük* ilk olarak Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından günlük yaşamda ortaya çıkan durumlardaki belirsizliğe verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri yansıtan bir yapı olarak tanımlanmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz durumların ortaya çıkma ihtimalinden ve olası sonuçlarından bağımsız olarak, bu durumları kabul edilemez olarak algılama ve bu durumlara olumsuz tepki verme eğilimini içermektedir (Buhr ve Dugas, 2009). Belirsizliğe tahammül düzeyi düşük olan bireyler belirsizliği tehdit edici, sıkıntı verici ve kaçınılması gereken bir durum olarak değerlendirme eğilimi göstermektedir (Dugas ve ark., 2005). Belirsizliğe tahammülsüzlük ayrıca bireyin bu tehditle başa çıkma kaynakları hakkındaki içsel belirsizliğini ve bilmeme deneyimine katlanmadaki zorluklarını da kapsamaktadır (Carleton, 2016a; Hong ve Cheung, 2015). Boylamsal olarak incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün zaman içerisinde değişmeyen yönünün, zaman içerisinde değişen yönüne göre daha güçlü olduğu (daha büyük oranda varyans açıkladığı) bulunmaktadır (Knowles ve ark., 2022). Araştırmacılar bu doğrultuda belirsizliğe tahammülsüzlüğün görece sabit olan ve bilinmeyene gösterilen korku tepkisi açısından bireysel farklılık oluşturan bir yatkınlık veya kişilik özelliği olarak ele alınabileceğini belirtmektedir (Carleton, 2012; Knowles ve ark., 2022; Mahoney ve McEvoy, 2012).

Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyini ölçme amacıyla gerçekleştirilen araştırmalara göre bu yapı, "öngörülebilirlik arzusu" ve "belirsizlik felci" olmak üzere iki alt faktörden oluşmaktadır (Birrell ve ark., 2011). Öngörülebilirlik arzusu, geleceğin ne getireceğini bilme isteğini temsil etmektedir. Belirsizlik felci ise belirsizlikle karşılaşıldığında etkili şekilde tepki verememeyi temsil etmekte; bu durumun bilişsel ve davranışsal açıdan hareketsiz kalmakla sonuçlandığı varsayılmaktadır (Birrell ve ark., 2011). Bu iki faktör sırasıyla "ileriye dönük" (prospective) ve "ketleyici" (inhibitory) belirsizliğe tahammülsüzlük olarak da adlandırılmaktadır (Carleton ve ark., 2007b). Araştırmacılar bu iki faktörün belirsizlikle başa çıkmanın farklı yollarını temsil ettiğini; ileriye dönük belirsizliğe tahammülsüzlüğün belirsizliği azaltmak ve tahmin edilebilirliği artırmak için aktif şekilde bilgi arama eğilimini, ketleyici belirsizliğe tahammülsüzlüğün ise belirsizliğe karşı kaçınma odaklı tepki verme eğilimini yansıttığını belirtmektedir (Carleton ve ark., 2007b). Kaygı bozukluklarının işlevsiz inanç sistemleri ve bunlarla ilişkili güvenlik davranışları gibi bilişsel ve davranışsal

özelliklerinin, kontrolü ve kesinliği artırma ve bu şekilde hem belirsizliği hem de belirsizliğe bağlı sıkıntıyı hafifletme isteğinden kaynaklanıyor olabileceği belirtilmektedir (Boswell ve ark., 2013).

Belirsizliğe tahammülsüzlük yapısı ilk olarak yaygın anksiyete bozukluğunun temel özelliği olan endişe bağlamında tanımlanmış ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaygın anksiyete bozukluğu tanısını diğer anksiyete bozukluklarından ayırt edebilecek bir özellik olduğu düşünülmüştür (Dugas ve ark, 2005). Ancak belirsizliğe tahammülsüzlüğün farklı psikopatoloji belirtileri ile ilişkilerini ortaya koyan bulguların arttığı görülmektedir. Bunlar arasında yaygın anksiyete bozukluğu (Gentes ve Ruscio, 2011), panik bozukluk (Carleton ve ark., 2014), obsesif kompulsif bozukluk (Jacoby ve ark., 2013), sosyal anksiyete bozukluğu (Whiting ve ark., 2014), travma sonrası stres bozukluğu (Oglesby ve ark., 2016), yeme bozuklukları (Brown ve ark., 2017) ve depresyon (Knowles ve ark., 2022) gibi geniş çeşitlilikteki bozukluklar yer almaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve panik bozukluk gibi farklı klinik grupların belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır (Mahoney ve McEvoy, 2012). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün tek bir tanı grubuna özgü olmaması ve farklı psikopatolojiler arasında karşılaştırılabilir düzeyde bulunmasından ötürü *tanılar üstü* bir faktör olarak işlev gördüğü belirtilmektedir (Boswell ve ark., 2013; Einstein, 2014; McEvoy ve Erceg-Hurn, 2016; McEvoy ve ark., 2019). BT'nin tanılar üstü rolünü detaylandırmak için farklı bozukluklarla ilişkilerinin incelenmesi önerilmektedir (Mahoney ve McEvoy, 2012). Bazı araştırmacılar belirsizliğe tahammülsüzlüğü sağlık kaygısının sürmesinde etkisi olan bilişsel süreçlerden biri olarak tanımlamaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009; Starcevic ve Noyes, 2014).

1.2.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Sağlık Anksiyetesi

Pek çok birey günlük yaşam içerisinde belli bir düzeyde belirsizlik olduğunu kabul edebilmekte ancak sağlık kaygısı olan bireylerin sağlıklarıyla ilgili herhangi bir şüpheyi yüksek ölçüde sıkıntı verici buldukları bilinmektedir (Abramowitz ve ark., 2002). Sağlık kaygısı yüksek bireyler, sıklıkla sağlık durumlarının nasıl olduğu ve fiziksel sıkıntıların nedenleri hakkında kesinlik elde etme isteği içerisinde olmakta ve bu kesinliği elde etmenin mümkün ve gerekli olduğu inancını taşımaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009; Taylor ve Asmundson, 2004). Dolayısıyla herhangi bir sağlık problemi yaşanabileceğine dair küçük bir ihtimalin bile bulunmasının, özellikle de belirsizliğe tahammül etmede güçlükler

olduğunda daha da sıkıntı verici olması beklenmektedir. Bedensel belirtilerin ve sağlık durumunun içerdiği belirsizliğe katlanamamanın, sağlık kaygılı bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili kesin bir güvence alana dek yanıt arayışına devam etmesini açıklayabileceği öne sürülmektedir (Norris ve Marcus, 2014).

Araştırma sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (Akbari ve ark., 2020; Boelen ve Carleton, 2012; Mazidi ve ark., 2021; Tull ve ark., 2020). Sağlıkla ilgili felaketleştirme değerlendirmeleri ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük düzenleyici rol oynamakta; zararsız beden duyumlarını felaketleştiren değerlendirmelerin yapılması, yalnızca belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler için sağlık kaygısı ile anlamlı ilişki göstermektedir (Fergus ve Valentiner, 2011). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt faktörleri ile sağlık kaygısı ilişkisi konusunda farklı bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün ketleyici boyutunun (Fergus ve Bardeen, 2013), bazı çalışmalarda ise ileriye dönük boyutunun (Fetzner ve ark., 2014) sağlık kaygısıyla daha güçlü ilişki gösterdiği bulunmaktadır. Yüksek sağlık kaygısı olan bireylerin ileriye dönük belirsizliğe tahammülsüzlük puanları, farklı kaygı bozukluğu tanılarını almış bireylerin puanlarından daha yüksek bulunurken (Fetzner ve ark., 2014) ketleyici belirsizliğe tahammülsüzlük açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmektedir. Mevcut çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı ile ilişkili olması ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutlarının sağlık kaygısını anlamlı düzeyde yordaması beklenmektedir.

Daha önce belirtilmiş olduğu üzere belirsizliğe tahammülsüzlük sağlık kaygısıyla ilişkili bilişsel risk faktörlerinden biri olarak ele alınmakta ancak başka bilişsel faktörlerin de sağlık kaygısının ortaya çıkması ve sürmesi açısından risk oluşturabileceği belirtilmektedir (Starcevic ve Noyes, 2014). Bu faktörlerden biri olan anksiyete duyarlılığı, takip eden bölümde kavramsal yapısı ve sağlık kaygısıyla bağlantısı açısından ele alınmaktadır.

1.3. Anksiyete Duyarlılığı

Dışsal koşullardan kaynaklı tehditlerin korkutucu olması gibi, bireyin kendi bedeni içerisinde ortaya çıkan tehditler de korku verici olabilmektedir (Smits ve ark., 2019). Bu türdeki korkuyu yansıtan bir kavram olan anksiyete duyarlılığı veya “korkudan korkmak”,

bireyin kendi kaygı tepkilerinden ve kaygıyla ilişkili duyumlarından korkmasını içeren bir bilişsel stili ifade etmektedir (Reiss, 1991). Kaygı tepkisi solunum hızında artış, titreme, düşüncelerin hızlanması gibi farklı bileşenleri içermektedir (Wheaton ve ark., 2012). Kaygı belirtilerine karşı yüksek düzeyde duyarlı olan bireyler, bu belirtilerin zararlı veya felaket sonuçlarının olabileceğinden korkma eğiliminde olmakta ve kendileri için tehdit edici olan uyaranlara karşı daha tepkisel olmaktadır (Taylor ve ark., 2007; Watt ve Stewart., 2009). Örneğin yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığı olan birey kalp çarpıntısı yaşadığında kalp krizi geçirme endişesi nedeniyle korkuda artış yaşamakta; bu duyumlara kaygılı biçimde tepki vermesinden ötürü korku daha da artmaktadır. Anksiyete duyarlılığı yüksek bireyler kaygılı uyarılmışlık (arousal) haliyle ilişkili belirtilerin olumsuz fiziksel, bilişsel veya sosyal sonuçları olabileceği inancını taşımaktadır (Raines ve ark., 2014). Bu doğrultuda anksiyete duyarlılığı ile ilişkili olarak fiziksel, bilişsel ve sosyal olmak üzere üç farklı endişe alanı olduğu belirtilmektedir (Taylor ve ark., 2007). *Fiziksel* anksiyete duyarlılığı, kaygıyla ilişkili duyumların fiziksel bir hastalıkla sonuçlanacağı inancı nedeniyle bu duyumlardan korkmakla tanımlanmaktadır. Örneğin kişi, bir astım atağı geçireceğini veya bayılacağını düşünmesi nedeniyle nefeste daralma duyumundan korkmaktadır. *Bilişsel* anksiyete duyarlılığı, kişinin zihinsel kontrolünü kaybettiğinin bir göstergesi olduğuna inanarak çevresinden kopmuş veya boşluktaymış gibi hissetmesine yol açan kaygı duyumlarından korkmasını içermektedir. *Sosyal* anksiyete duyarlılığı ise kaygı belirtilerinin başkaları tarafından fark edilmesinin utanca yol açacağı inancından ötürü açıkça gözlemlenebilir olan kaygı belirtilerinden korkulmasıyla ilgilidir (Taylor ve ark., 2007).

Özellikle kaygı bozuklukları kapsamında ele alınan anksiyete duyarlılığının, bireylerin kaygıyla ilişkili uyarılma tepkilerini olumsuz deneyimlemelerine ve korkuyu ortaya çıkaran uyaranlara karşı kaygılarının daha fazla artmasına yol açarak kaygı bozukluğu belirtilerini şiddetlendirdiği belirtilmektedir (Wheaton ve ark., 2012). Konuyla ilgili araştırmalar ve meta-analiz çalışmaları, kaygı bozukluğu tanısı olan bireylerde anksiyete duyarlılığının kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek düzeyde olduğunu ve anksiyete duyarlılığının klinik düzeydeki kaygı için ileriye dönük olarak risk yaratan bir faktör olduğunu göstermektedir (Olatunji ve Wolitzky-Taylor, 2009; Wheaton ve ark., 2012). Anksiyete duyarlılığının yüksek olması, panik bozukluk (Schmidt ve ark., 2008), travma sonrası stres bozukluğu (Boffa ve ark., 2016), sosyal anksiyete bozukluğu (Wheaton ve ark., 2012), yaygın anksiyete bozukluğu (Rector ve ark., 2007) ve obsesif kompulsif bozukluk (Poli ve ark., 2017) gibi farklı kaygı bozukluklarının belirtileriyle kesitsel ve boylamsal

olarak ilişkili bulunmaktadır. Anksiyete duyarlılığının alt boyutlarının da her bir kaygı bozukluğu ile farklı biçimde ilişki gösterdiği; belirli bir kaygı bozukluğunun, kendi içeriğiyle tutarlı olan anksiyete duyarlılığı boyutu ile daha güçlü şekilde bağlantılı olduğu örüntüler tespit edilmektedir. Örneğin anksiyete duyarlılığının fiziksel endişe boyutu daha çok panik ataklar ve panik bozuklukla, sosyal endişe boyutu ise sosyal etkileşim kaygısı ve sosyal fobi tanısıyla, bilişsel endişe boyutu ise yaygın anksiyete belirtileri ile daha güçlü şekilde ilişkilidir (Deacon ve Abramowitz, 2006; Rector ve ark., 2007).

1.3.1. Anksiyete Duyarlılığı ve Sağlık Anksiyetesi

Teorik açıdan düşünüldüğünde yüksek düzeydeki anksiyete duyarlılığının, sağlık kaygısı olan bireyleri kaygıyla ilişkili belirtileri otomatik olarak ciddi bir hastalığın göstergesi olma yönünde yanlış yorumlamaya yatkın hale getirebileceği belirtilmektedir (O'Bryan ve ark., 2021). Sağlık kaygılı bireylerin kendi kaygı tepkilerinin bedensel bileşenlerine daha çok dikkat vermeleri ve bunlara karşı korku duymaları nedeniyle anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı için önemli bir rolünün olabileceği belirtilmektedir (Wheaton ve ark., 2010). Bu doğrultuda anksiyete duyarlılığının sağlıkla ilgili işlevsiz inançlardan biri olarak kavramsallaştırılabileceği belirtilmektedir (Norris ve Marcus, 2014).

Konuya ilişkin araştırmalar yüksek düzeydeki anksiyete duyarlılığının, depresyon ve olumsuz duygulanım gibi diğer faktörler kontrol edildiğinde ve sağlık kaygısının farklı ölçümleri kullanıldığında bile sağlık kaygısının yüksek olması ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Fergus, 2014; Fergus ve Bardeen, 2013; Fetzner ve ark., 2014; Gerolimatos ve Edelstein, 2012; Olatunji ve ark., 2009). Klinik düzeyde sağlık kaygısı olan bireylerin anksiyete duyarlılığı, sağlık kaygısı düşük bireylere kıyasla daha yüksek bulunmaktadır (Wheaton ve ark., 2010). Anksiyete duyarlılığının özellikle fiziksel endişeler alt boyutu sağlık kaygısı ile ilişkileri açısından öne çıkmaktadır (Fergus ve Bardeen, 2013). Anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde, düşük olanlara kıyasla daha yüksek düzeyde bulunduğu ve hipokondriyazis tanılı bireylerde belirti şiddetinin artmasıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Hedman ve ark., 2015; Wheaton ve ark., 2010). Bedensel belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu kriterlerini karşılayan bireylerde de anksiyete duyarlılığı, sağlıklı kontrol grubuna ve depresyon tanılı bireylere kıyasla daha yüksektir (Bailer ve ark., 2016). Yakın zamanda yapılan bir çalışma, sağlık kaygısı yüksek bireylerde anksiyete duyarlılığını azaltmaya yönelik bir müdahalenin, anksiyete duyarlılığı düzeyinin

azalması aracılığıyla sağlık kaygısındaki düşüşü yordadığını ortaya koymaktadır (O'Bryan ve ark, 2021). Araştırmalar anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı açısından önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Mevcut çalışmanın hipotezleri kapsamında anksiyete duyarlılığının ve özellikle de fiziksel anksiyete duyarlılığı boyutunun sağlık kaygısını anlamlı düzeyde yordaması beklenmektedir.

Sağlık kaygısıyla ilgili bilişsel faktörler arasında kavramsallaştırılan belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete duyarlılığının, birbirlerinden bağımsız olarak sağlık kaygısındaki artışla ilişkilerine yönelik bulgular gözden geçirilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı ile ilişkisi tespit edilmiş olmakla birlikte bu ilişkiyi aydınlatabilecek olası mekanizmaların daha az incelendiği görülmektedir (Ör. Mazidi ve ark., 2021). Bazı araştırmacılar belirsizliğe tahammül etmedeki zorlukların, anksiyete duyarlılığının önemli bir bileşeni olduğunu ve bu zorlukların, daha fazla anksiyete duyarlılığı yaşanmasına yatkınlık yaratabileceğini öne sürmektedir (Carleton ve ark., 2007a; O'Bryan ve ark., 2021). Bedensel belirtilerin felaketleştirilmesi açısından sağlık kaygısı ile benzer yönlere sahip olan panik bozuklukla ilgili bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlük ile panik bozukluk belirtileri arasında anksiyete duyarlılığının aracı rolü tespit edilmiştir (Carleton ve ark., 2014). Bu doğrultuda mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide aracı rolü incelenecek olan değişkenlerden biri anksiyete duyarlılığı olarak belirlenmiştir.

1.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Anksiyete Duyarlılığı ve Sağlık Anksiyetesi

Anksiyete duyarlılığı ile belirsizliğe tahammülsüzlük, birbiriyle ilişkili olan ve olumsuz sonuçlara dair abartılı değerlendirmelerin yapılması, belirsiz duyum ve durumlar karşısında kaygı yaşanması gibi bazı ortak özellikleri paylaşan iki yapı olarak ele alınmaktadır (Carleton, 2016b). Bununla birlikte iki yapının tamamen örtüşmediği ve bağımsız iki faktör olduğu belirtilmektedir (Allan ve ark., 2018; Carleton ve ark., 2007b). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün genel olarak belirsizliğe karşı olumsuz tepkileri yansıttığı; anksiyete duyarlılığının ise kaygıyla ilişkili duyumların sonuçları ve anlamlarıyla ilişkili belirsizliğe karşı daha spesifik bir korkuyu yansıtıyor olabileceği belirtilmektedir (Carleton, 2012; Carleton ve ark., 2014).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısıyla ilişkileri açısından aynı anda incelendiği çalışmalar bulunmakta (Örn. Fergus ve Bardeen, 2013)

ancak iki yapının etkileşiminin sağlık kaygısıyla ilişkisini inceleyen çok daha az sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir. Bu doğrultuda yürütülen çalışmalar, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının fiziksel endişe ve bilişsel endişe boyutlarının aracı rolünün olduğunu göstermektedir (O'Bryan ve McLeish, 2017; Wright ve ark., 2016). Belirsizlik karşısında ortaya çıkan olumsuz tepkilere katlanmakta güçlük çeken bireylerin, algıladıkları olumsuz fiziksel sonuçlardan ötürü kaygıyla ilgili duyumlardan da daha fazla korktukları, bu nedenle de yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşadıkları sonucu ortaya çıkmaktadır. Araştırmacılar bu sonuçlar doğrultusunda, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin içerdiği belirsizliğin, fiziksel duyumlara yönelik dikkati ve bu duyumlardan korkulmasını (anksiyete duyarlılığını) artırabileceğini; bu şekilde de sağlık kaygısının şiddetlenebileceğini öne sürmektedir (Wright ve ark., 2016). Mevcut çalışmada da bu bulgulardan yola çıkarak, aynı zamanda fiziksel duyumların sağlık kaygısı için önemli bir bileşen olduğunu dikkate alarak bedensel belirtiler ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısıyla ilişkisinde anksiyete duyarlılığının nasıl bir rol oynadığı incelenecektir. Bu doğrultuda belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının aracı olması beklenmektedir. Aynı zamanda bedensel belirtilerin sağlık kaygısıyla ilişkisinde de anksiyete duyarlılığının aracı rolü olacağı varsayılmaktadır.

Kaygının doğası gereği belirsizliğe önemli ölçüde bağlı olduğu bilinmekte ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı üzerindeki rolünü biçimlendirebilecek aracı faktörlerle bir arada incelenmesinin, bu yatkınlık faktörünün etkilerini anlamak açısından önem taşıdığı belirtilmektedir (Shihata ve ark., 2016). Bu doğrultuda çalışmada ele alınacak bir diğer aracı değişken olarak duygu düzenleme güçlükleri belirlenmiştir. Duyguların yoğun ve uzun süreli yaşanmasını içeren duygusal tepkiselliğin (Nock ve ark., 2008) sağlık kaygısını yordadığı bildirilmektedir (O'Bryan ve ark., 2017). Duygusal tepkiselliğin kaygıyı ve bu kaygıyla ilişkili bedensel duyumları artırarak sağlık kaygısının şiddetlenmesinde rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Duygusal tepkiselliğe ilişkin bu bulgu, duygusal süreçlerin sağlık kaygısı açısından önemli bir inceleme alanı olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bazı araştırmacılar duygusal tepkiselliğin doğrudan olumsuz psikolojik sonuçları ortaya çıkarmayabileceğini belirtmektedir (Gratz ve Tull, 2010). Buna göre, duyguların yoğunluğundan veya duygulara karşı tepkisellik düzeyinden bağımsız olarak, bireyin sıkıntılı hissettiği zamanlarda duygularına nasıl karşılık verdiği ve bu duyguları nasıl idare ettiğine odaklanmanın klinik açıdan daha faydalı olabileceği

vurgulanmaktadır (Gratz ve Tull, 2010). Bu görüş doğrultusunda, pek çok psikopatoloji belirtisiyle bağlantısı olan duygu düzenleme güçlüklerinin mevcut çalışmada sağlık kaygısı kapsamında incelenmesi hedeflenmiştir.

1.4. Duygu Düzenleme

Duygular, bireyin içsel veya dışsal uyaranların kendi amaçları açısından ne anlama geldiğine ilişkin değerlendirmelerde bulunması sonucunda ortaya çıkmakta ve bireyin öznel deneyimleri, davranışları ve fizyolojik tepkilerinde meydana gelen geçici değişikliklerden oluşmaktadır (Gross, 2015). Duyguların ne derece kolaylıkla harekete geçirildiği, ne kadar yoğun olduğu ve ne kadar kalıcı olduğu konusunda önemli bireysel farklılıklar bulunmaktadır (Preece ve ark., 2022). Duygular temel olarak yaşamda kalmaya hizmet etmekte; karşılaşılan durumlara ilişkin hızlı değerlendirmeler yapılmasına ve birey için elverişli olan koşulların sürdürülüp elverişsiz koşulların üstesinde gelinmesi doğrultusunda hareket etmeye olanak sağlamaktadır (Cole ve ark., 2004). Duygular uygun olmayan zamanlarda, istenmedik yoğunlukta ve sürede ortaya çıktığında bu duygular için bazı ayarlamaların yapılması, bir diğer ifadeyle duyguların düzenlenmesi gerekebilmektedir (Gross, 2015).

Duygu düzenleme kavramına yönelik ilk tanımlamalardan birini öne süren Thompson'a (1994) göre duygu düzenleme; bireyin hedeflerine ulaşabilmek için duygusal tepkilerini izlemesi, değerlendirmesi ve bunlar üzerinde değişiklik yapmasından sorumlu olan içsel ve dışsal süreçleri içermektedir. Thompson'ın (1994) tanımına göre duygusal uyarılmanın sürmesi, artırılması, engellenmesi veya bastırılmasına yönelik olan bu süreçler; yaşanan duyguların yoğunluğu, başlangıcı, zaman içerisindeki kalıcılığı ve değişkenliği gibi özelliklerini yönetmektedir. Yaygın olarak kabul gören tanımına göre duygu düzenleme bireyin hangi duygulara sahip olduğunu, bu duyguları ne zaman hissettiğini, nasıl yaşayacağını ve ifade edeceğini etkilediği süreçleri ifade etmektedir (Gross, 1998a). Duygu düzenleme yalnızca korku, kaygı, stres gibi olumsuz duyguların aşağı yönlü düzenlenmesi (down-regulation) ile sınırlı olmayıp düzenlemenin hedefine uygun olarak hem olumlu hem de olumsuz duyguların yukarı ve aşağı yönlü düzenlenmesini içerebilmektedir (McRae ve Gross, 2020).

Duygu düzenlemeyi tanımlamak için en sık kullanılan iki kavramsallaştırma "duygu düzenlemenin süreç modeli" (Gross, 1998a) ve "duygu düzenleme güçlükleri" (Gratz ve

Roemer, 2004) olarak adlandırılmaktadır. Gross'un geliştirmiş olduğu duygu düzenlemenin süreç modeline göre duyguları düzenleyen süreçler, içsel veya dışsal ipuçlarının değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan duygusal tepkileri biçimlendirmektedir (Gross, 1999). Bu süreçte uygulanan duygu düzenleme stratejileri, duygu yaşantısının ortaya çıkış zamanına göre temelde ikiye ayrılmaktadır (Gross, 1998b). Stratejilerden ilki olan *öncül odaklı duygu düzenleme,* duygu tetiklenmeden önce uygulanmakta; ikinci strateji olan *tepki odaklı duygu düzenleme* ise duygunun ortaya çıkmasından sonraki duygusal tepkilere yönelik olarak gerçekleştirilmektedir.

Süreç modeline göre duygu düzenleme, duyguların ortaya çıkması sürecinde farklı aşamalarda gerçekleşebilmektedir. Bu doğrultuda duygu düzenleme stratejileri; *durum seçimi* (situation selection), *durumda değişiklik yapma* (situation modification), *dikkati yönlendirme* (attention deployment), *bilişsel değişim* (cognitive change) ve *tepki değiştirme* (response modulation) olarak tanımlanmıştır (Gross, 1998a; Gross, 2014). Durum seçimi, istenen veya istenmeyen duygulara yol açması beklenen durumların içerisinde olma olasılığını artırmaya veya azaltmaya yönelik eylemlerden oluşmaktadır. Durumda değişiklik yapma, duygusal etkisini değiştirebilmek için doğrudan durumu değiştirmeyi içermekte ve bu stratejinin içsel faktörleri değil, dışsal çevreyi değiştirmeye odaklı olduğu belirtilmektedir (Gross, 2014). *Dikkati yönlendirme,* duyguları etkileyebilmek için mevcut durum içerisinde dikkati farklı noktalara yöneltilmesi üzerinedir. Bilişsel değişim, duygusal anlamında değişiklik yapabilmek amacıyla bir durumun nasıl değerlendirildiğini değiştirmeyi içermekte; bireyin hem durumla ilgili nasıl düşündüğünü hem de durumun taleplerini idare edebilme kapasitesine dair fikrini değiştirmesi şeklinde gerçekleştirilebilmektedir (Gross, 2014). Son strateji grubu olan tepki değiştirme ise diğer dört stratejiden farklı olarak öncül değil, tepki odaklı olup duygu sürecinin son aşamalarında gerçekleşmekte; doğrudan duygusal tepkinin fizyolojik veya davranışsal bileşenlerini değiştirmeye odaklı olmaktadır. Gross'un (1998a) modeli temelinde alanyazında üzerine en çok çalışılmış olan duygu düzenleme stratejilerinin bilişsel değişim grubuna giren *bilişsel yeniden değerlendirme* (cognitive reappraisal) ve tepki değiştirme grubunda ele alınan *bastırma* (expressive suppression) olduğu bilinmektedir. Bilişsel yeniden değerlendirme, duyguyu ortaya çıkarabilecek bir durumun etkisini değiştirecek şekilde bu duruma dair düşünceleri değiştirmeyi; bastırma ise duyguları ifade edici davranışların ketlenmesini içermektedir (Gross, 2014).

Gross'un süreç modelinin daha yakın zamanda güncellenerek *duygu düzenlemenin genişletilmiş süreç modeli* olarak kavramsallaştırıldığı görülmektedir (Gross, 2015). Genişletilmiş süreç modeline göre duygunun düzenlenip düzenlenmeyeceğine karar verilen *teşhis etme* (identification), hangi duygu düzenleme stratejisinin kullanılacağının belirlendiği *seçme* (selection) ve stratejinin harekete geçirildiği *uygulama* (implementation) aşamaları, duygu düzenleme sürecini oluşturmaktadır (Sheppes ve ark., 2015). Bu aşamaların her birinde duygu düzenlemeyle ilgili bir karar verilmesi gerekmekte ve bu kararlardaki başarısızlıkların, olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğu öne sürülmektedir. *Teşhis etme* aşaması, duygu düzenleme kararını verebilmek için ortaya çıkan duyguya yeterli dikkati vermeyi gerektirmektedir. Duygusal durumun uygun ve yeterli bir temsilini oluşturabilmeyi içeren bu aşamayla ilişkili beceriler arasında duyguları birbirinden ayırt edebilme, duygularla ve duyguların düzenlenmesiyle ilgili bedensel değişimlere yönelik içsel farkındalık içerisinde olma gibi örnekler yer almaktadır (Sheppes ve ark., 2015). Teşhis etme aşamasındaki başarısızlıklar, duygusal tepkinin yanlış şekilde temsil edilmesini içermekte ve duygu düzenleme sürecinin başlatılmasında veya uyumsuz duygu düzenleme girişimlerinin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Örneğin panik bozuklukta duygusal durumun bedensel yönlerinin baskın olması ve kaygı bozukluklarının genelinde tehdit edici uyarandan dikkatin geri çekilmesinde zorlukların olması, duygusal durumların gereğinden fazla temsil edildiğini göstermektedir (Schmidt ve ark., 1997; Sheppes ve ark., 2015). Teşhis etme aşamasında duygu düzenleme kararının verilmesiyle birlikte hangi duygu düzenleme stratejisinin kullanılacağının belirlendiği *seçme* aşaması başlamaktadır. Bireyin yeterli bir duygu düzenleme repertuarına sahip olmaması, yalnızca belirli stratejilere gereğinden fazla yönelmesi veya duygularını etkili şekilde düzenleyemeyeceğine inanması, bu aşamadaki başarısızlıkları ortaya çıkarmaktadır (Gross, 2015). Bir duygu düzenleme stratejisinin seçilmesi sonucunda, bu stratejinin karşılaşılan duruma uygun şekilde kullanıldığı *uygulama* aşaması başlamaktadır. Var olan stratejilerin içerisinde bulunulan bağlama uygun şekilde kullanılamaması veya duruma ve duygunun yoğunluğuna uygun olmayan bir stratejinin seçilmiş olması, bu aşamada duygu düzenleme sürecini zorlaştırmaktadır (Gross, 2015). Duygu düzenleme süreci başarıyla tamamlanması ise doğrudan duygunun kendisini etkilemektedir. Görüldüğü üzere duygu düzenleme süreçleri bireyin duygusal yaşantılarına uyumunu sağlayan önemli bir konumda yer almakta ve bu süreçlerin sekteye uğraması, duyguları düzenlemede zorlukların olduğuna işaret etmektedir.

Süreç modeli (Gross, 1998a; 2015), duygu düzenleme sürecinin hangi aşamalarla gerçekleştiğine ve spesifik duygu düzenleme stratejilerine dair bir kavramsallaştırma sağlamaktadır. Bununla birlikte, duygu düzenlemenin çok boyutlu yapısından ötürü belirli bir dizi strateji açısından ele alınmasının yanı sıra, duyguları düzenleme kapasitesini genel olarak yansıtan geniş kapsamlı bir yapı olarak da kavramsallaştırılması mümkün olmaktadır (Kraiss ve ark., 2020). Bu doğrultuda mevcut çalışmada bireyin kendi duygu düzenleme kapasitesine dair algılarını yansıtan *duygu düzenleme güçlükleri* kavramsallaştırması temel alınmıştır (Gratz ve Roemer, 2004).

1.4.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji

Duygu düzensizliğinin söz konusu bağlama tepki olarak ortaya çıkan duygusal deneyimi ve duygu ifadelerini ayarlamadaki ve duygusal uyarılmanın etkilerini idare etmedeki zorlukları yansıttığı belirtilmektedir (Cole ve ark., 1994). Psikopatolojilerde duygu düzensizliğinin rolü ele alındığında, bireyin duygularını etkili şekilde düzenleme becerisine dair öznel değerlendirmesinin özellikle önemli olduğu belirtilmektedir (Gratz ve Roemer, 2004). Araştırmacılar bu doğrultuda duygu düzensizliği yapısını, spesifik duygu düzenleme stratejilerinin ötesinde genişletebilmek amacıyla duygu düzenlemede güçlükler tanımını geliştirmiştir. Buna göre duygu düzenleme açısından yeterli olan bir birey duygularının farkında olmakta, duygularını anlamakta ve kabul edebilmektedir. Duygu düzenleme yeterliği ayrıca, bireyin olumsuz duygular yaşarken bile dürtüsel davranma eğilimini kontrol ederek arzu ettiği hedefler doğrultusunda davranabilmesini ve hem bireysel hedeflerini hem de durumsal talepleri yerine getirebilmek için duygusal tepkilerini değiştirecek uygun stratejileri esnek biçimde kullanabilmesini içermektedir (Gratz ve Roemer, 2004). Bu yeterlilik alanlarındaki eksiklikler duygu düzenleme güçlüklerinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü; duygulara dair farkındalığın eksik olmasını, olumsuz duyguların kabul edilememesini, duygusal yoğunluk karşısında dürtüleri kontrol edememeyi ve duyguları düzenleyecek stratejileri esnek biçimde kullanamamayı kapsamaktadır (Gratz ve Roemer, 2004).

Günlük yaşam olayları karşısında ortaya çıkan duygusal tepkilerini etkili şekilde idare edemeyen bireylerin, giderek tanı düzeyine ulaşabilecek şekilde uzun ve şiddetli sıkıntı dönemleri yaşayabileceği öne sürülmektedir (Mennin ve ark., 2007). Duygu düzenlemedeki güçlüklerin, geniş çeşitlilikteki psikopatolojilerin ortaya çıkması ve sürmesinde rol oynayan

tanılar üstü bir faktör olduğu bildirilmektedir (Aldao ve ark., 2010; Sheppes ve ark., 2015). Duygu düzenleme güçlüklerinin travma sonrası stres bozukluğu (Seligowski ve ark., 2015), anksiyete bozuklukları (Campbell-Sills ve ark., 2014) gibi farklı bozukluk belirtileriyle ilişkileri bulunmaktadır. Konuya ilişkin en kapsamlı meta-analiz çalışmalarından birine göre farklı duygu düzenleme stratejileri ile depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu ve madde bağımlılığı olmak üzere dört farklı psikopatolojinin belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir (Aldao ve ark., 2010). Araştırmacılar duygu düzenleme stratejilerinin uyumlu ve uyumsuz olarak kavramsallaştırılabileceğini belirtmektedir. Buna göre uyumlu stratejiler arasında yeniden değerlendirme, problem çözme ve kabul; uyumsuz stratejiler arasında bastırma, kaçınma ve ruminasyon (Duygu deneyimine, bu deneyimin sebeplerine ve sonuçlarına tekrarlı şekilde odaklanılması; Nolen-Hoeksema ve ark., 2008) yer almaktadır (Aldao ve ark., 2010). *Bilişsel duygu düzenleme stratejileri* olarak da ele alınan bu stratejilerden özellikle ruminasyon için büyük düzeyde; kaçınma, problem çözme ve bastırma stratejileri için orta düzeyde, yeniden değerlendirme ve kabul için ise küçük düzeyde etki büyüklükleri elde edilmiştir. Dolayısıyla uyumsuz stratejilerin kullanımının psikopatoloji ile ilişkisi, uyumlu strateji kullanımından daha güçlü şekilde ortaya çıkmaktadır. Araştırmacılar bu bulgu temelinde uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin varlığının, uyumlu düzenleme stratejilerinin uygulanamamasından daha yıkıcı bir etkisinin olduğunu öne sürmektedir (Aldao ve ark., 2010).

1.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Sağlık Anksiyetesi

Sağlığı tehdit eden bilgiler işlenirken ortaya çıkan duyguları düzenlemeye yönelik stratejilerin, sağlık kaygısının sürmesinde rol oynuyor olabileceği belirtilmektedir (Leounidou ve Panayiotou, 2018). Tehdit edici uyaranlarla karşılaşan bireyler, ortaya çıkan duyguları düzenleyecek stratejiler uygulamaktadır (Gross, 2015). Duygu düzenleme girişimlerinin başarısız olmasının, sağlıkla ilgili kaygıyı sürdürmede etkisinin olabileceği ve duygu düzensizliğinin, uzun süreli duygusal uyarılmaya katkıda bulunarak sağlık kaygısı belirtilerini artırabileceği öne sürülmektedir (Fergus ve ark., 2018). Fergus ve Valentiner (2010) süreklilik gösteren fizyolojik uyarılmanın, duyguları düzenleyememe eğilimiyle birleştiğinde, bireyin bedensel şikayetlerinin sebeplerine ilişkin doğru atıflar yapamamasına yol açabileceğini ifade etmektedir. Bu fizyolojik ve duygusal deneyimleri tanımlama ve anlamadaki zorlukların, duygusal süreçleri gerçek bir hastalığın var olduğunun göstergesi olarak yanlış yorumlanmasıyla sonuçlanabileceği belirtilmektedir.

Duygu düzenlemenin tanılar üstü konumuna karşın sağlık kaygısı bağlamında daha sınırlı olarak incelendiği söylenebilir. Sağlık kaygısında duygu düzensizliğinin rolüne dair çalışmalarda duygu düzensizliğinin oldukça çeşitli yapılarla ele alındığı görülmektedir. Örneğin bireyin duygularını belirleme, ayırt etme, tanımlama ve ifade etmesindeki zorluklarıyla karakterize olan aleksitimi (Sifneos, 1996), duygu düzensizliğini yansıtan bir özellik olarak kabul edilerek hipokondriyazis tanısı kapsamında incelenmiştir (Bailer ve ark., 2017). Bu çalışmanın sonuçlarına göre hipokondriyazis tanılı bireylerin duygularını tanımlamadaki zorlukları, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuş ancak depresyon grubu ile anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında yer alan ruminasyon ve felaketleştirme, sağlık kaygısı ile ilişki göstermektedir (Görgen ve ark., 2014). Gross'un (2014) duygu düzenleme modelinin bir parçası olan bastırma stratejisinin ise sağlık kaygısıyla ilişkili olduğunu gösteren bulgular bulunmakla birlikte (Akbari ve ark., 2021; Bardeen ve Fergus, 2014), bu strateji için anlamlı bir ilişki tespit edemeyen çalışmalar da mevcuttur (Görgen ve ark., 2014). Sağlık kaygılı bireylerin, kontrol grubuna kıyasla, dikkati dağıtma ve duyguların dışa vurumu (duygunun tetiklediği eylemi gerçekleştirerek duyguyu azaltma) stratejilerini daha fazla kullandığı bildirilmektedir (Love ve ark., 2018).

Çalışmalarda duygu düzenlemenin sağlık kaygısı ile ilişkisi incelenirken daha çok duygu düzenleme stratejileri açısından değerlendirme yapıldığı görülmektedir. Ancak araştırmacılar duygu düzenlemenin yalnızca spesifik stratejilerle sınırlı kalmayıp aynı zamanda duygusal tepkileri etkileyen diğer süreçler kapsamında da değerlendirilmesinin önemli olabileceğini vurgulamaktadır (Bardeen ve Fergus, 2014). Bu doğrultuda bastırma ve yeniden değerlendirme gibi spesifik stratejilerin ve olumsuz duygulanımın etkisi kontrol edildiğinde, duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısını anlamlı olarak yordadığı bulunmaktadır (Bardeen ve Fergus, 2014). Aynı çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin etkisi kontrol edildiğinde ise bastırma ve yeniden değerlendirme stratejilerinin sağlık kaygısıyla ilişkisinin istatistiksel açıdan anlamsız hale geldiği görülmektedir. Dolayısıyla araştırmacılar sağlık kaygısı bağlamında duygu düzensizlikleri ele alınırken duygu düzenleme güçlükleri kavramsallaştırmasının kullanılmasını önermektedir (Bardeen ve Fergus, 2014). Mevcut çalışmada da duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısını yordaması ve duygu düzenlemedeki bu güçlüklerin, hem bedensel belirtiler hem de belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı ile ilişkisinde aracı rolünün olması beklenmektedir.

1.5. Araştırmanın Amaçları ve Önemi

Alanyazın gözden geçirildiğinde sağlık kaygısının hem bireysel açıdan hem de sağlık hizmetlerinde oluşan maliyet açısından önemli olumsuz etkilerinin bulunuyor olması dikkat çekmektedir. Her ne kadar şiddetli sağlık kaygısı veya geçmiş tanı sistemlerindeki adıyla hipokondriyazis, daha olumsuz bir klinik gidişatla ilişkilendirilse de araştırmalar sağlık kaygısının kategorik olarak değil, bir süreklilik üzerinde ele alınması gerektiği görüşünü desteklemektedir (Ferguson, 2009). Bu görüş sağlık kaygısının farklı düzeylerini bir arada incelemenin önemli olduğunu göstermekte; tanı eşiğine ulaşmayan sağlık kaygısı belirtilerinin de zaman içerisinde şiddetli ve tanı alabilecek düzeydeki sağlık kaygısı için bir risk faktörü olabileceği vurgulanmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Araştırmalar da eşik altı (subclinical) düzeydeki sağlık kaygısının yaygın olduğunu göstermektedir (Gautreau ve ark., 2014). Dolayısıyla mevcut çalışmada sağlık kaygısını, farklı belirti düzeylerini yansıtabilecek toplum temelli bir örneklemde incelemek amaçlanmaktadır.

Hem toplum içerisinde hem de sağlık hizmeti sağlanan tıbbi ortamlarda yaygın olarak görülen sağlık kaygısının ortaya çıkmasında ve sürmesinde rolü olabilecek mekanizmaların anlaşılması önem taşımaktadır. Sağlık kaygısının yaygın kabul gören bilişsel modeli temelinde bu kaygı için en sık uygulanan tedavi yönteminin de bilişsel-davranışçı terapi (BDT) olduğu bilinmektedir. BDT'nin sağlık kaygısı için etkinliği gösterilmiş olmasına karşın daha da geliştirilmeye açık olduğu bildirilmektedir (Axelsson ve Hedman-Lagerlöf, 2019). Sağlık kaygısı olan bireylerin korkularının, hastalıklara yakalanmak gibi daha uzun bir zaman sürecinde ortaya çıkabilecek durumlara yönelik olmasından ötürü, bu korkularının standart BDT yöntemleri ile çürütülmesinin daha zorlu olabileceği öne sürülmektedir (Williams ve ark., 2011). Dolayısıyla sağlık kaygısının bilişsel-davranışçı modeline özgü değişkenlerin etkisini kabul etmekle birlikte, sağlık kaygısının sürmesinde rolü olabilecek tanılar üstü değişkenlerin de ele alınmasının, tedavi yaklaşımlarını geliştirmeye de katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bahsedilenler doğrultusunda tanılar üstü bir yaklaşım benimsenerek sağlık kaygısıyla ilişkili olabilecek bazı faktörlerin incelenmesi mevcut çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Tanılar üstü yaklaşım, ruhsal sağlık sorunlarıyla ilgili risk faktörlerinin ve sürdürücü faktörlerin belirli tanı bozukluklarına özgü olmadığını ve bu faktörlerin, geleneksel tanı sınırlarının ötesinde işlev gördüğünü vurgulamaktadır (Craske, 2012). Mevcut çalışma içerisinde tanılar üstü rolü araştırmalarca gösterilmiş olan belirsizliğe

tahammülsüzlük faktörünün sağlık kaygısı ile ilişkisini incelemek hedeflenmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, eğer ortada algılanan tehdit gibi istenmedik bir sonuç bulunmuyorsa, kaygı üzerinde önemli bir etkisinin olmayabileceği belirtilmektedir (Berenbaum ve ark., 2008). Dolayısıyla istenmedik bir durumun varlığı, belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaygı ilişkisini anlamak açısından önemli görünmektedir. Bu doğrultuda bilişsel modelde de sağlıkla ilgili tehdit algısının tetikleyicisi olarak tanımlanan bedensel belirtilerin, doğaları gereği istenmedik ve belirsiz bir yapılarının olduğu düşünülerek, mevcut çalışmada diğer bir bağımsız değişken olarak incelenmesi amaçlanmaktadır. Bilindiği kadarıyla belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı ilişkisi incelenirken aynı zamanda bedensel belirtilerin de ele alındığı bir araştırma bulunmamaktadır. Ek olarak sağlık kaygısının davranışsal sonuçları olan güvenlik arama davranışlarının da bedensel belirtiler belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısı ile bir arada incelenmesi hedeflenmektedir. Bu doğrultuda mevcut çalışmanın bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı ve bu kaygının davranışsal sonuçları arasındaki bağlantıları aydınlatabilmek açısından önemli katkılarının olacağı düşünülmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel belirtilerin sağlık kaygısı ile ilişkilerini incelerken bu ilişkiyi açıklayabilecek aracı mekanizmaların da ele alınmasının, hem sağlık kaygısına dair kuramsal anlayışın detaylandırılması hem de tedaviyi geliştirebilecek yeni müdahale alanlarının oluşturulmasına katkı sağlanması açısından önemi bulunmaktadır. Erişilebildiği kadarıyla, bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkinin, bu ilişkide aracı rolü olabilecek değişkenlerle bir arada test edildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu kapsamda anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri, çalışmanın aracı değişkenleri olarak belirlenmiştir. İki faktörün psikopatolojilere yönelik bilişsel ve duygusal açıdan yatkınlık oluşturucu ve sürdürücü etkilerinin olması, çalışmanın tanılar üstü yaklaşımıyla da uyum göstermektedir. Ayrıca özellikle duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısıyla ilişkisinin oldukça az sayıda araştırmada ele alınmış olması, mevcut çalışmanın konuyla ilgili alanyazına sağlayacağı katkılardan birine işaret etmektedir. Bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin her birinin sağlık kaygısı ile ilişkileri açısından ayrı ayrı incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bilindiği kadarıyla bu faktörlerin tümünün bir arada bir model üzerinde incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın sağlık kaygısını açıklayan modellerle ve tanılar üstü yaklaşımlarla uyumlu biçimde, sağlık kaygısı yapısına dair anlayışı geliştirmeye hizmet etmesi beklenmektedir.

Mevcut araştırmanın incelemeyi amaçladığı hipotezler aşağıda sunulmaktadır:

1. Sağlık kaygısının cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermesi beklenmektedir.

2. Sağlık kaygısının fiziksel hastalık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmektedir.

3. Sağlık kaygısının yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşması beklenmektedir.

4. Bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri, sağlık kaygısı ve güvenlik davranışları değişkenleri arasında anlamlı ilişkilerin bulunması beklenmektedir.

5. Bedensel belirtilerin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün, anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutlarının sağlık kaygısını anlamlı olarak yordaması beklenmektedir.

6. Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin seri aracılık etkisinin incelendiği modelin istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir.

7. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin seri aracılık etkisinin incelendiği modelin istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir.

8. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının seri aracılık etkisinin incelendiği modelin istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir.

9 Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve sağlık kaygısının seri aracılık etkisinin incelendiği modelin istatistiksel açıdan anlamlı olması beklenmektedir.

2. YÖNTEM

2.1. Veri Toplama Araçları

2.1.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişleri ve fiziksel hastalık durumlarına dair bilgi edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan soruları içermektedir. Formun örneği EK-1'de yer almaktadır.

2.1.2. Hasta Sağlık Ölçeği-15 Formu (PHQ-15)

Yaygın görülen bedensel belirtilerin şiddetini değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek Kroenke ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek içerisinde karın ağrısı, sırt ağrısı, nefes darlığı, baş ağrısı, uyku sorunları gibi 15 bedensel belirti yer almaktadır. Son dört hafta içerisinde bu belirtilerden ne derece rahatsızlık duyulduğunu ifade etmek için 3'lü Likert tipi ölçek üzerinde 0 "hiç rahatsız etmedi", 2 ise "çok rahatsız etti" olmak üzere yanıt verilmektedir (Löwe ve ark., 2008). Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasında değişmekte ve yüksek puanlar bedensel belirti yükünün yüksek olduğunu göstermektedir (Kuby ve ark., 2018). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı orijinal form için .80 ve Türkçe uyarlaması için .72 bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı .82 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bazı örnek maddeleri EK-2'de yer almaktadır.

2.1.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu

Carleton ve arkadaşları (2007b) tarafından 27 maddelik orijinal versiyonunun kısa formu olarak oluşturulan ölçek 12 madde içermekte ve belirsizliğe yönelik tepkileri ölçmeyi amaçlamaktadır. Beşli Likert tipi ölçüm (1 "bana hiç uygun değil" ve 5 "bana tamamen uygun) üzerinde puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 12-60 arasında değişmekte ve yüksek puanlar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek düzeylerini yansıtmaktadır. Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilen Türkçe uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısının ölçeğin tamamı için .88, ileriye dönük kaygı alt faktörü

için .84 ve engelleyici kaygı alt faktörü için .77 olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ise iç tutarlılık katsayısı ölçeğin tümü için .93, ileriye dönük kaygı alt boyutu için .87 ve engelleyici kaygı alt boyutu için ise .91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bazı örnek maddeleri ileriye yönelik kaygı için "Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim." ve engelleyici kaygı için "En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller" şeklindedir. Ölçeğin bazı örnek maddeleri EK-3'te sunulmuştur.

2.1.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Ölçek, bireyin kendi bedensel duyumlarına yönelik korkusunu değerlendiren 18 maddeden oluşmaktadır (Taylor ve ark., 2007). Maddeler kaygılı uyarılmışlıkla ilişkili olan belirtilerin korkulan sonuçlarına dair inançları değerlendirmektedir. Ölçek görgül olarak da desteklenen Fiziksel, Bilişsel ve Sosyal olmak üzere üç alt boyutu içermekte; bu boyutlar sırasıyla fiziksel belirtilerle ilgili korkular, bilişsel kontrolsüzlükle ilgili korkular ve sosyal endişelerle ilgili korkuları yansıtmaktadır. Her madde için 0 "çok az" ve 4 "çok fazla" olmak üzere 0-4 arasında değişen yanıtlar verilen beşli Likert tipi bir ölçüm kullanılmakta ve toplam puan 0-72 arasında hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Mantar ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değerleri ölçeğin toplamı için .93 olarak bulunmuş; alt faktörler olan fiziksel belirtiler için .89, bilişsel belirtiler için .88 ve sosyal belirtiler için .82 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada Cronbach alfa değerleri ölçeğin toplamı için .92 ve alt faktörler olan fiziksel belirtiler için .89, bilişsel belirtiler için .84 ve sosyal belirtiler için .80 olarak hesaplanmıştır. Fiziksel belirtiler alt ölçeği için "Göğsüm sıkıştığında düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.", bilişsel belirtiler alt ölçeği için "Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda aklımı kaçırıyorum diye endişelenirim." ve sosyal belirtiler alt ölçeği için "Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim." bazı örnek maddelerdir. Ölçeğin örnek maddeleri EK-4'te bulunmaktadır.

2.1.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

İlk olarak Gratz ve Roemer (2004) tarafından 36 maddeden oluşmak üzere geliştirilmiş olan ölçeğin 16 maddelik kısa formu Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından oluşturulmuştur. Duyguların düzenlenmesi sürecinde yaşanan zorlukların düzeyini

belirlemek amacıyla geliştirilen bu ölçek açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme olmak üzere duygu düzenleme güçlüklerinin farklı yönlerini yansıtan beş alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde (0 "hemen hemen hiç" ve 4 "hemen hemen her zaman) olan ölçekten alınan yüksek puanlar, duygu düzenleme becerisindeki düşüklüğü göstermektedir. Türkçe uyarlaması Yiğit ve Guzey-Yiğit (2019) tarafından gerçekleştirilen ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ölçeğin geneli için .92 bulunmuş; alt faktörler için ise güvenirlik katsayılarının .78 ile .87 arasında değiştiği bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin tamamı için iç tutarlılık katsayısı .95 bulunmuştur. Alt ölçekler için ise iç tutarlılık katsayıları açıklık α=.86, amaçlar α=.90, dürtü α=88, stratejiler α=91 ve kabul etmeme α=.83 olacak şekilde tespit edilmiştir. Ölçeğin örnek maddeleri arasında "Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım." (açıklık boyutu), "Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım." (amaçlar boyutu), "Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım." (dürtü boyutu), "Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım." (strateji boyutu) ve "Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım." (kabul etmeme boyutu) yer almaktadır. Ölçeğin örnek maddeleri EK-5'te yer almaktadır.

2.1.6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form (SAÖ)

Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ölçek, 64 maddelik uzun versiyonu içerisindeki en yüksek madde-toplam korelasyon değerlerine sahip 18 maddeyi içermekte ve gerçek fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlıkla ilgili kaygıyı ölçmeyi amaçlamaktadır. İlk 14 madde *gövde boyut* faktörünü ve son 4 madde ise ciddi bir hastalığa sahip olunduğu varsayılarak doldurulması beklenen *hastalığın olumsuz sonuçları* faktörünü oluşturmaktadır. Ölçeğin her maddesi dört seçenek içermekte, her bir madde için o maddenin dört ayrı seçeneğinden biri seçilerek yanıt verilmektedir. Katılımcıların son altı ayı dikkate alarak bu dört seçenekten kendilerini en iyi tanımlayan ifadeyi seçmeleri istenmektedir. Her bir madde dörtlü Likert tipi ölçüm üzerinden 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Toplam puan 0-54 arasında elde edilmekte ve ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması sağlık kaygısının yüksek düzeylerini yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (2013) tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısının .92 olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tamamı için .88 olarak bulunmuştur. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin orijinal formuyla tutarlı olarak bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygıyı içeren

gövde boyut ve hasta olmanın algılanan olumsuz sonuçlarını içeren *ek boyut* olarak iki alt faktör elde edilmiştir. Ölçeğin bir örnek maddesi, sırasıyla 0-3 arasında puanlanan ve içlerinden yalnızca birinin seçildiği dört seçeneğiyle beraber şu şekildedir: "(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.". Ölçeğin bazı maddeleri örnek olarak EK-6'da sunulmuştur.

2.1.7. Güvenlik Davranışı Kontrol Listesi

Sağlıkla ilgili endişelerin davranışsal sonuçları olan ve sağlığa yönelik algılanan tehdidin yarattığı kaygıyı azaltmak için gerçekleştirilen güvenlik davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu form, mevcut çalışma için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Maddeler sağlık kaygısıyla ilgili kuramsal açıklamalar ve araştırma sonuçları dikkate alınarak belirlenmiştir (Ör. Abramowitz ve Moore, 2007). Alanyazındaki araştırmalarda da sağlık kaygısıyla ilişkili davranışların benzer şekilde araştırmacılar tarafından oluşturulan davranış listeleri aracılığıyla değerlendirildiği örnekler mevcuttur (Ör. Lee ve ark., 2013; Jones ve ark., 2020). Katılımcıların son bir ay içerisinde bu davranışları ne sıklıkla gerçekleştirdiklerini beşli Likert tipi ölçüm üzerinde (0 "hiç" ve 4 "çoğunlukla" olmak üzere) belirtmeleri istenmiştir. Güvenlik davranışlarının gerçekleştirilme nedeninin sağlık kaygısı olup olmadığını değerlendirebilmek amacıyla katılımcılara sunulan yönergeye "sağlıkla ilgili endişe duyduklarında bu davranışları sergilemiş olmalarına" göre yanıt vermeleri ifadesi dahil edilmiştir. Maddeler hem sağlıkla ilgili endişeyi azaltmaya yönelik davranışsal girişimleri hem de sağlık hizmeti kullanımına yönelik girişimleri içermektedir. Bu çalışma için geliştirilmiş formun iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Örnek maddeler "Bir hastalık belirtisi var mı diye vücudumu kontrol ettim.", "İnternette sağlıkla ilgili bilgiler aradım." ve "Sağlıkla ve hastalıkla ilgili bilgi almaktan kaçındım." şeklindedir. Oluşturulan listenin örnek maddeleri EK-7'de sunulmuştur.

2.2. İşlem

Çalışma verileri Ağustos 2022-Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasından önce Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır. Ardından çevrimiçi veri toplama platformlarından Google Forms üzerinde anket bataryası oluşturulmuş ve bu form 18 yaşın üzerindeki katılımcılarla paylaşılmıştır. Katılımcılara çalışmada yer alan formları doldurmadan önce bir Bilgilendirilmiş Onam Formu sunulmuş ve bu formda araştırmacıların iletişim bilgileri, çalışmanın amacı, süresi, katılımın gönüllülük ve gizlilik esaslı olduğu gibi bilgiler iletilmiştir (bkz. EK-8). Bilgilendirilmiş Onam Formunu okuduktan sonra çalışmaya katılmak için onay veren katılımcılar, yaklaşık 20 dakika süren ölçek bataryasını doldurmuştur. Katılımcılar veri toplama araçlarının her birini sırasıyla yanıtlamış ve hiçbir formun atlanmaması sağlanmıştır.

2.3. Verilerin Analizi

Mevcut çalışmanın veri analizi için SPSS 26.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin Google Forms üzerinden SPSS programına aktarılmasının ardından analizlere geçmeden önce veri temizliği ve normal dağılıma ilişkin inceleme yapılmıştır. Veri temizliği kapsamında uç değerler tespit edilerek veri setinden çıkarılmıştır. Bu işlemin ardından 361 katılımcının verileri için çalışma değişkenlerinin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenerek verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Betimleyici analizler, ölçeklere ilişkin güvenirlik analizleri, korelasyon ve regresyon analizleri SPSS 26.0 paket programı ile yapılmıştır. Seri aracılık analizlerini gerçekleştirmek için PROCESS macro v4.2 eklentisi kullanılmıştır (Hayes, 2022).

3. BULGULAR

Bu bölümde öncelikle çalışma katılımcılarına ilişkin bulgular verilecek, ardından mevcut çalışmanın değişkenleri olan bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri, sağlık kaygısı ve güvenlik davranışları için betimleyici istatistik değerlerine ilişkin bulgular sunulacaktır. Sonrasında cinsiyet, yaş ve fiziksel hastalık değişkenlerine göre ölçeklerden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş olan bağımsız gruplar t testi ve varyans analizinin (ANOVA) bulguları ele alınacaktır. Bunun ardından çalışma değişkenleri arasındaki ilişkileri ortaya koyan korelasyon analizlerinin sonuçlarına yer verilecektir. Korelasyon analizi sonuçları hem değişkenlerin tamamı hem de bu değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkiler açısından sunulacaktır. Daha sonrasında sağlık kaygısının yordayıcılarını incelemek için yürütülmüş olan regresyon analizinin sonuçları ele alınacaktır. Son olarak çalışma değişkenleri için seri aracılık analizlerinin sonuçlarına yer verilecektir.

Analizlere başlamadan önce veri temizliği gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda öncelikle uç değerlerin belirlenmesi amacıyla çalışma değişkenlerinin her birinin toplam puanlarına ilişkin z puanları incelenmiş; z puanı -3 ila 3 aralığında olmayan katılımcıların verileri uç değer olarak kabul edilerek silinmiştir. Veri setinde birden fazla değişken olması nedeniyle Mahalanobis uzaklığı hesaplamalarından yararlanılarak çok yönlü uç değerler tespit edilmiş ve bu uç değerlere sahip olan 14 katılımcı veri setinden çıkarılmıştır (Çokluk ve ark., 2021). Ardından çalışma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş; değişkenlerin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olmasıyla birlikte normal dağılımın sağlandığı kabul edilmiş ve bu doğrultuda parametrik testler uygulanmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

3.1. Araştırma Katılımcılarına İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmanın evrenini 18 yaş üzerindeki yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemi ise çevrimiçi anket platformu Google Forms üzerinden çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, Türkiye'de ikamet eden ve 18 yaşın üzerinde olan 361 katılımcıdan oluşmaktadır. Bu doğrultuda yurtdışında yaşadığını bildiren katılımcılar çalışmadan dışlanmıştır. Örneklemde 230 kadın (%63.7) ve 131 erkek (%36.3) katılımcı

bulunmaktadır. Katılımcıların yaşları 18-68 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları ise 34.53'tür (SS = 11.60). Mevcut çalışmanın katılımcılarına ilişkin sosyodemografik bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler

Değişkenler		**Sıklık (N)**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	Kadın	230	63.7
	Erkek	131	36.3
Eğitim Düzeyi	İlkokul	4	1.1
	Ortaokul	5	1.4
	Lise	58	16.1
	Üniversite	160	44.3
	Lisansüstü	134	37.1
Medeni Durum	Bekar	125	34.6
	İlişkisi var	51	14.1
	Evli	165	45.7
	Boşanmış	18	5.0
	Eşi vefat etmiş	2	0.6
Çalışma Durumu	Evet	236	65.4
	Hayır	125	34.6
Gelir Düzeyi	Düşük	84	23.3
	Orta	237	65.7
	Yüksek	40	11.1
Psikiyatrik Tanı	Evet	101	28.0
	Hayır	260	72.0
Kronik Hastalık Tanısı	Evet	98	27.1
	Hayır	263	72.9
Yakınlarında Fiziksel	Evet	176	48.8
Hastalık Tanısı	Hayır	185	51.2
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	102	28.3
	Hayır	259	71.7
COVID-19 Geçirme Durumu	Evet	180	49.9
	Hayır	181	50.1

3.2. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Betimleyici Analiz Bulguları

Araştırmaya dahil edilen değişkenler için ortalama, standart sapma, çalışma örnekleminin ölçeklerden aldığı minimum ve maksimum puanlar ve kullanılan ölçeklerden alınabilecek minimum ve maksimum puanlar gibi değerlere ilişkin betimleyici analiz bulguları Tablo 2'de sunulmaktadır.

Tablo 2. Araştırma değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistik değerleri

Değişkenler	X̄ (Ort.)	SS	Min.	Max.	Ölçek Min.	Ölçek Max.
Bedensel Belirtiler (PHQ-15)	8.80	5.51	0	24	0	30
Belirsizliğe Tahammülsüzlük (BTÖ-12)	35.38	11.10	13	60	12	60
Anksiyete Duyarlılığı (ADİ-3)	18.79	13.60	0	57	0	72
Duygu Düzenleme Güçlüğü (DDGÖ-16)	20.01	15.16	0	64	0	64
Sağlık Kaygısı (SAÖ)	15.78	7.66	0	35	0	54
Güvenlik Davranışları (GDKL)	18.85	12.88	0	52	0	52

Not: PHQ-15: Hasta Sağlık Ölçeği-Bedensel Belirtiler Formu, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Form, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği Kısa Form, SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, GDKL: Güvenlik Davranışları Kontrol Listesi

3.3. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Grup Karşılaştırmaları

Çalışmanın ana değişkeni olan sağlık kaygısına ve diğer değişkenlere (bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışları) ilişkin toplam puanların cinsiyete, yaşa ve katılımcıların fiziksel hastalık durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek için bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

3.3.1. Çalışma Değişkenlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Sağlık kaygısı ve diğer değişkenlere ait (bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışları) toplam puanların cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yürütülmüş olan bağımsız gruplar t testi sonuçları Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Cinsiyet değişkeni için betimleyici istatistik değerleri ve t test sonuçları

Değişkenler		**Kadın**	**Erkek**	***t***
Bedensel belirtiler	$\bar{X}$	10.24	6.28	7.32***
	SS	5.47	4.61	
Belirsizliğe tahammülsüzlük	$\bar{X}$	36.70	33.05	3.05**
	SS	11.35	10.27	
Anksiyete duyarlılığı	$\bar{X}$	19.90	16.83	2.07*
	SS	13.89	12.90	
Duygu düzenleme güçlüğü	$\bar{X}$	21.89	16.71	3.15**
	SS	15.39	14.22	
Güvenlik davranışları	$\bar{X}$	21.24	14.65	4.82***
	SS	12.93	11.71	
Sağlık kaygısı	$\bar{X}$	16.54	14.44	2.58*
	SS	7.87	7.13	

*p< .05, **p<.01, ***p<.001

Bağımsız gruplar t testi analizleri, tüm değişkenlere ilişkin toplam puanların cinsiyetler açısından anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir. Katılımcıların bedensel belirti düzeyi, cinsiyetler arasında anlamlı olarak farklılaşmaktadır (t(308)= 7.32, p< .001). Kadın katılımcıların bedensel belirti düzeyi ($\bar{X}$= 10.24, SS= 5.47), erkek katılımcıların bedensel belirti düzeyinden ($\bar{X}$= 6.28, SS= 4.61) anlamlı olarak daha yüksektir. Belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanları da cinsiyetler açısından anlamlı olarak farklılık göstermektedir (t(359)= 3.05, p< .01). Kadınların toplam belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının ($\bar{X}$= 36.70, SS= 11.35), erkeklerin puanlarından ($\bar{X}$= 33.05, SS= 10.27) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Anksiyete duyarlılığı değişkeninden alınan toplam puanlar da cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir (t(359)= 2.07, p< .05). Kadınların anksiyete duyarlılığı düzeyi ($\bar{X}$= 19.90, SS= 13.89), erkeklerin anksiyete duyarlılığı düzeyinden ($\bar{X}$=16.83, SS=12.90) anlamlı olarak daha yüksektir. Duygu düzenleme

güçlüklerinden alınan toplam puanlar da cinsiyet değişkeni açısından farklılaşmaktadır (t(359)= 3.15, p< .05). Kadınların duygu düzenleme güçlüğü düzeyi ($\bar{X}$= 21.89, SS= 15.39), erkek katılımcılara kıyasla ($\bar{X}$ = 16.71, SS= 14.22) anlamlı olarak daha yüksek bulunmaktadır. Ayrıca güvenlik davranışları puanları da cinsiyetler arasında farklılaşmaktadır (t(359) = 4.82, p< .001). Bu sonuca göre kadınların güvenlik davranışlarından aldıkları toplam puanlar ($\bar{X}$= 21.24, SS= 12.93), erkeklerin toplam puanlarından ($\bar{X}$= 14.65, SS= 11.71) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmaktadır. Son olarak sağlık kaygısı düzeyleri de cinsiyet değişkeni açısından anlamlı olarak farklılık göstermektedir (t(359)= 2.58, p< .05). Kadın katılımcıların sağlık kaygısı düzeyinin ($\bar{X}$= 16.54, SS= 7.87), erkek katılımcıların sağlık kaygısı düzeyinden ($\bar{X}$= 14.44, SS= 7.13) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3.3.2. Çalışma Değişkenlerinin Fiziksel Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması

Bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü, güvenlik davranışı ve sağlık kaygısı değişkenlerinden alınan toplam puanların, katılımcıların fiziksel veya kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız gruplar t testi analizi yürütülmüştür. Bu analizden elde edilen sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Fiziksel hastalık durumu için t test sonuçları

Değişkenler		Fiziksel Hastalık Var	Fiziksel Hastalık Yok	*t*
Bedensel belirtiler	$\bar{X}$	9.90	8.40	2.32*
	SS	5.80	5.35	
Belirsizliğe tahammülsüzlük	$\bar{X}$	36.65	34.90	1.36
	SS	10.61	11.26	
Anksiyete duyarlılığı	$\bar{X}$	20.92	17.99	1.82
	SS	12.68	13.87	
Duygu düzenleme güçlüğü	$\bar{X}$	21.20	19.57	0.91
	SS	15.29	15.12	
Güvenlik davranışları	$\bar{X}$	21.63	17.81	4.17***
	SS	12.20	13.00	
Sağlık kaygısı	$\bar{X}$	18.47	14.77	2.53*
	SS	7.62	7.45	

*p< .05, ***p<.001

Bağımsız gruplar t testinden elde edilen sonuçlar, bedensel belirti düzeyinin katılımcıların fiziksel hastalık sahibi olma durumlarına göre farklılaştığını göstermektedir ($t(359)= 2.32$, $p< .05$). Bu sonuca göre fiziksel bir hastalığa sahip olanların bedensel belirti düzeyleri ($\bar{X}= 9.90$, SS= 5.80), fiziksel hastalığı olmayan katılımcılara kıyasla ($\bar{X}=8.40$, SS= 5.35) anlamlı olarak daha yüksektir. Güvenlik davranışları toplam puanı da fiziksel hastalık durumuna göre farklılaşmaktadır ($t(359)= 4.17$, $p< .001$). Fiziksel hastalığa sahip olanların güvenlik davranışı puanları ($\bar{X}=21.63$, SS=12.20), fiziksel hastalığa sahip olmayanlardan ($\bar{X}= 17.81$, SS= 13.00) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sağlık kaygısı değişkenine ilişkin toplam puanlar da fiziksel hastalık sahibi olup olmama durumuna göre farklılık göstermektedir ($t(359)= 2.53$, $p< .05$). Buna göre fiziksel hastalığı olan katılımcıların sağlık kaygısı puanları ($\bar{X}=18.47$, SS= 7.62), fiziksel hastalığı olmayanların puanlarından ($\bar{X}=14.77$, SS= 7.45) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bedensel belirti, güvenlik davranışı ve sağlık kaygısı düzeyleri fiziksel hastalık durumuna göre farklılık göstermiştir. Ancak çalışmanın diğer değişkenleri olan belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğü toplam puanlarının, fiziksel hastalık sahibi olup olmama durumu açısından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p> .05$).

3.3.3. Çalışma Değişkenlerinin Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların bedensel belirti, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğü, güvenlik davranışı ve sağlık kaygısı değişkenleri için aldıkları toplam puanların yaş değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bu doğrultuda öncelikle sürekli bir değişken olan yaş değişkeni, üç yaş grubuna (18-29, 30-44, 45-68) ayrılarak kategorik biçime getirilmiştir. Çalışma değişkenlerinin yaş gruplarına göre gösterdiği farklılıkların incelendiği ANOVA sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Yaş değişkeni açısından betimleyici değerler ve ANOVA analizi sonuçları

Değişken	18-29 Yaş (A) Grubu	30-44 Yaş (B) Grubu	45-68 Yaş (C) Grubu	F değerleri	Grup Farkları
Bedensel belirtiler	$\bar{X}$= 10.58_a (SS= 5.24)	$\bar{X}$= 8.48_b (SS= 5.28)	$\bar{X}$= 5.38_c (SS= 4.82)	24.63***	A>B>C
Belirsizliğe tahammülsüzlük	$\bar{X}$= 37.63_a (SS= 11.26)	$\bar{X}$= 34.58_b (SS= 10.83)	$\bar{X}$= 31.77_b (SS= 10.17)	7.50**	A>B, C
Anksiyete duyarlılığı	$\bar{X}$= 20.45_a (SS= 13.97)	$\bar{X}$= 18.81_{ab} (SS= 13.23)	$\bar{X}$= 14.94_b (SS= 12.84)	4.00*	A>C
Duygu düzenleme güçlüğü	$\bar{X}$=23.78_a (SS= 15.37)	$\bar{X}$= 20.48_a (SS= 15.40)	$\bar{X}$= 10.46_b (SS= 9.05)	20.67***	A, B>C
Güvenlik davranışları	$\bar{X}$= 20.87_a (SS= 13.47)	$\bar{X}$= 18.69_{ab} (SS= 12.24)	$\bar{X}$= 14.54_b (SS= 11.74)	5.98**	A>C
Sağlık kaygısı	$\bar{X}$= 16.84_a (SS= 7.75)	$\bar{X}$= 16.06_a (SS= 7.87)	$\bar{X}$= 12.80_b (SS= 6.27)	7.04**	A,B>C

*p< .05, **p<.01, ***p<.001
Not: Aynı satırda yer alan ortalama puanlardan aynı alt girdiye sahip olmayanlar, Tukey HSD post hoc analizine göre birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre çalışmadaki her değişkenden alınan toplam puanlar, yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılaşma göstermektedir. Tablo 4'te belirtildiği üzere bedensel belirtiler (F(2, 360)= 24.63, p< .001), belirsizliğe tahammülsüzlük (F(2, 360)= 7.50, p< .01), anksiyete duyarlılığı (F(2, 360)= 4.00, p< .05), duygu düzenleme güçlüğü (F(2, 360)= 20.67, p< .001), güvenlik davranışları (F(2, 360)= 5.98, p< .01) ve sağlık kaygısı (F(2, 360)= 7.04, p< .01) toplam puanları yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Çalışma değişkenlerinden alınan toplam puanların hangi yaş grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini daha detaylı şekilde belirleyebilmek amacıyla Tukey HSD ile yürütülmüş olan post hoc çoklu karşılaştırma analizleri kapsamında üç farklı yaş grubu için ortalama puanlar karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonuçlarına göre 18-29 yaş grubundaki katılımcıların bedensel belirti düzeyleri ($\bar{X}$= 10.58, SS= 5.24), 30-44 yaş grubundaki ($\bar{X}$= 8.48, SS= 5.28) ve 45-68 yaş grubundaki ($\bar{X}$= 5.38, SS= 4.82) katılımcıların bedensel belirti düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca 30-44 yaş grubundaki katılımcıların ($\bar{X}$= 8.48, SS= 5.28) bedensel belirti düzeyi de 45-68 yaş grubundaki katılımcılardan ($\bar{X}$= 5.38, SS= 4.82) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Belirsizliğe tahammülsüzlük açısından incelenen Tukey HSD post hoc analiz sonuçlarına göre 18-29 yaş grubundaki katılımcıların ($\bar{X}$= 37.63, SS= 11.26) belirsizliğe tahammülsüzlük puanları, 30-44 yaş grubundaki ($\bar{X}$= 34.58, SS= 10.83) ve 45-68 yaş grubundaki ($\bar{X}$= 31.77, SS= 10.17) katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak 30-44 yaş grubu ile 45-69 yaş grubu arasında belirsizliğe tahammülsüzlük puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Anksiyete duyarlılığı puanları için yalnızca 18-29 ve 45-68 yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir. Buna göre, 18-29 yaş grubundaki katılımcıların ($\bar{X}$= 20.45, SS= 13.97) anksiyete duyarlılığı toplam puanları, 45-68 yaş grubundaki katılımcıların ($\bar{X}$= 14.94, SS= 12.84) toplam puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Duygu düzenleme güçlüğü puanları için Tukey HSD sonuçlarına göre 18-29 yaş grubunun ($\bar{X}$= 23.78, SS= 15.37) puanları, 45-68 yaş grubunun ($\bar{X}$= 10.46, SS= 9.05) puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca 30-44 yaş grubunun ($\bar{X}$= 20.48, SS= 15.40) puanları, 45-68 yaş grubunun ($\bar{X}$= 10.46, SS= 9.05) puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü için 18-29 ve 30-44 yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Güvenlik davranışları toplam puanları incelendiğinde yalnızca 18-29 ve 45-68 yaş grupları için anlamlı farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu sonuca göre 18-29 yaş grubunun güvenlik davranışı puanları ($\bar{X}$= 20.87, SS= 13.47), 45-68 yaş grubunun puanlarından ($\bar{X}$= 14.54, SS= 11.74) anlamlı olarak daha yüksektir.

Son olarak sağlık kaygısı düzeyi açısından incelendiğinde 18-29 yaş grubunun ($\bar{X}$= 16.84, SS= 7.75) sağlık kaygısı düzeyi, 45-68 yaş grubunun ($\bar{X}$= 12.80, SS= 6.27) sağlık kaygısı düzeyinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmaktadır. Ayrıca 30-44 yaş grubunun sağlık kaygısı puanları ($\bar{X}$= 16.06, SS= 7.87) da 45-68 yaş grubundan ($\bar{X}$= 12.80, SS= 6.27) daha yüksektir. Ancak 18-29 ve 30-44 yaş grupları için anlamlı bir fark yoktur.

3.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular

Çalışma değişkenleri arasındaki ikili ilişkileri incelemek için korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Bu analizden elde edilen değerler hem değişkenlerin incelenmesi için kullanılan ölçeklerin toplam puanları arasındaki ilişkileri hem de bu ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkileri yansıtmaktadır. Bu doğrultuda bedensel belirtiler, belirsizliğe

tahammülsüzlük, belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutları olan ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı, anksiyete duyarlılığı, anksiyete duyarlılığının fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyutları, duygu düzenleme güçlükleri ve alt boyutları (açıklık, amaçlar, dürtü, strateji, kabul), sağlık kaygısı ve güvenlik davranışları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Mevcut çalışmaya ilişkin korelasyon değerleri Tablo 6'da yer almaktadır.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlık kaygısı ile bedensel belirtiler (r= .43, p< .01), belirsizliğe tahammülsüzlük (r= .38, p< .01), belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik kaygı boyutu (r= .33, p< .01) ve engelleyici kaygı boyutu (r= .40, p< .01); anksiyete duyarlılığı (r= .53, p< .01), anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu (r= .54, p< .01), bilişsel boyutu (r= .44, p< .01) ve sosyal boyutu (r= .37, p< .01); duygu düzenleme güçlüğü (r= .55, p< .01), duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutları olan açıklık (r= .34, p< .01), amaçlar (r= .52, p< .01), dürtü (r= .47, p< .01), strateji (r= .55, p< .01) ve kabul (r= .41, p< .01) ve son olarak güvenlik davranışları (r= .50, p< .01) arasında orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik arama davranışlardaki artış, sağlık kaygısındaki artışla ilişkilidir.

Çalışmanın bağımsız değişkenlerinden biri olan bedensel belirtiler ile belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) (r= .39, p< .01), ileriye yönelik BT (r= .36, p< .01), engelleyici BT (r= .38, p< .01), anksiyete duyarlılığı (AD) (r= .44, p< .01), fiziksel AD (r= .35, p< .01), bilişsel AD (r= .45, p< .01), sosyal AD (r= .30, p< .01), duygu düzenleme güçlüğü (r= .45, p< .01), duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutları olan açıklık (r= .28, p< .01), amaçlar (r= .41, p< .01), dürtü (r= .41, p< .01), strateji (r= .43, p< .01) ve kabul (r= .34, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .41, p< .01) arasındaki ilişkiler pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar bedensel belirtilerdeki artış ile belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışlarındaki artışın bağlantılı olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmanın diğer bağımsız değişkeni olan belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete duyarlılığı (r= .43, p< .01), anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu (r= .35, p< .01), bilişsel boyutu (r= .38, p< .01) ve sosyal boyutu (r= .37, p< .01), duygu düzenleme güçlüğü (r= .50, p< .01), duygu düzenlemenin alt boyutları olan açıklık (r= .28, p< .01), amaçlar (r= .49, p< .01), dürtü (r= .44, p< .01), strateji (r= .49, p< .01) ve kabul (r= .39, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .32, p< .01) arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler

mevcuttur. Buna göre belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyindeki artışın anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışlarındaki artışla bağlantısı bulunmaktadır.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutu olan ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete duyarlılığı (r= .39, p< .01), anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu (r= .31, p< .01), bilişsel boyutu (r= .35, p< .01) ve sosyal boyutu (r= .34, p< .01), duygu düzenleme güçlükleri (r= .45, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları arasında yer alan açıklık (r= .24, p< .01), amaçlar (r= .44, p< .01), dürtü (r= .38, p< .01), strateji (r= .44, p< .01) ve kabul (r= .35, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .30, p< .01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün bir diğer alt boyutu olan engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük ise anksiyete duyarlılığı (r= .43, p< .01), anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu (r= .36, p< .01), bilişsel boyutu (r= .38, p< .01) ve sosyal boyutu (r= .35, p< .01), duygu düzenleme güçlükleri (r= .50, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları olan açıklık (r= .29, p< .01), amaçlar (r= .48, p< .01), dürtü (r= .448, p< .01), strateji (r= .49, p< .01) ve kabul (r= .39, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .30, p< .01) ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler göstermektedir. Bu sonuçlar belirsizliğe tahammülsüzlüğün her iki alt boyutundaki artışın anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışlarındaki artışla ilişkisini göstermektedir.

Anksiyete duyarlılığı ile duygu düzenleme güçlükleri (r= .67, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları arasında yer alan açıklık (r= .45, p< .01), amaçlar (r= .57, p< .01), dürtü (r= .60, p< .01), strateji (r= .61, p< .01) ve kabul (r= .61, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .44, p< .01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler mevcuttur. Anksiyete duyarlılığının alt boyutları da duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışları ile ilişki göstermektedir. Buna göre anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri (r= .47, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları olan açıklık (r= .24, p< .01), amaçlar (r= .41, p< .01), dürtü (r= .44, p< .01), strateji (r= .44, p< .01) ve kabul (r= .43, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .44, p< .01) pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir. Anksiyete duyarlılığının bilişsel boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri (r= .69, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları olan açıklık (r= .52, p< .01), amaçlar (r= .58, p< .01), dürtü (r= .60, p< .01), strateji (r= .65, p< .01) ve kabul (r= .61, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .37, p< .01) pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir. Son olarak anksiyete duyarlılığının sosyal boyutu ile duygu düzenleme güçlükleri (r= .54, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları olan

açıklık (r= .40, p< .01), amaçlar (r= .46, p< .01), dürtü (r= .48, p< .01), strateji (r= .47, p< .01) ve kabul (r= .52, p< .01) ve güvenlik davranışları (r= .31, p< .01) pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir.

Güvenlik davranışları ile duygu düzenleme güçlükleri (r= .33, p< .01), duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları olan açıklık (r= .19, p< .01), amaçlar (r= .34, p< .01), dürtü (r= .29, p< .01), strateji (r= .30, p< .01) ve kabul (r= .25, p< .01) arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Tablo 6. Araştırma değişkenlerine ilişkin korelasyon katsayıları

	2	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1.Sağlık Kaygısı	.43**	.38**	.33**	.40**	.53**	.54**	.44**	.37**	.55**	.34**	.52**	.47**	.55**	.41**	.50**
2. Bedensel Belirtiler	-	.39**	.36**	.38**	.44**	.35**	.45**	.30**	.45**	.28**	.41**	.41**	.43**	.34**	.41**
3.Belirsizliğe tahammülsüzlük		-	.95**	.93**	.43**	.35**	.38**	.37**	.50**	.28**	.49**	.44**	.49**	.39**	.32**
4.BT-İleriye yönelik			-	.77**	.39**	.31**	.35**	.34**	.45**	.24**	.44**	.38**	.44**	.35**	.30**
5.BT-Engelleyici				-	.43**	.36**	.38**	.35**	.50**	.29**	.48**	.44**	.49**	.39**	.30**
6.Anksiyete duyarlılığı					-	.84**	.88**	.84**	.67**	.45**	.57**	.60**	.61**	.61**	.44**
7.AD-Fiziksel						-	.58**	.55**	.47**	.24**	.41**	.44**	.44**	.43**	.44**
8.AD-Bilişsel							-	.65**	.69**	.52**	.58**	.60**	.65**	.61**	.37**
9.AD-Sosyal								-	.54**	.40**	.46**	.48**	.47**	.52**	.31**
10.Duygu düzenleme güçlüğü									-	.71**	.86**	.89**	.95**	.85**	.33**
11.DDG-Açıklık										-	.55**	.59**	.58**	.59**	.19**
12.DDG-Amaçlar											-	.70**	.76**	.61**	.34**
13.DDG-Dürtü												-	.81**	.70**	.29**
14.DDG-Strateji													-	.77**	.30**
15.DDG-Kabul														-	.25**
16.Güvenlik davranışları															-

Not: BT; Belirsizliğe tahammülsüzlük. AD; Anksiyete duyarlılığı, DDG; Duygu düzenleme güçlüğü, SK; Sağlık kaygısı. ***p*<.01

3.5. Sağlık Kaygısını Yordayan Değişkenlere İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışma değişkenleri arasında yer alan bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısını ne ölçüde yordadığını inceleyebilmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Mevcut değişkenlerin etkilerini daha detaylı biçimde gözlemleyebilmek için değişkenlerin toplam puanları yerine alt boyutları regresyon analizi kapsamında incelenmiştir. Bu doğrultuda regresyon analizinin ilk basamağında bedensel belirtiler, ikinci basamağında belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik ve engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyutları, üçüncü basamağında anksiyete duyarlılığının fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyutları ve dördüncü basamağında ise duygu düzenleme güçlüklerinin açıklık, amaçlar, dürtü, strateji ve kabul alt boyutları yordayıcı değişkenler olarak yer almıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 7'de sunulmaktadır.

Tablo 7. Sağlık kaygısının yordayıcılarına dair çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları

Değişkenler	**Beta (*β*)**	***t***	***Adj. R^2***	***F***
1. Basamak:			.18	79.95***
Bedensel belirtiler	.16	3.44**		
2. Basamak:			.24	38.87***
İleriye yönelik BT	-.05	-.81		
Engelleyici BT	.09	1.44		
3. Basamak			.37	36.31***
Fiziksel AD	.37	7.15***		
Bilişsel AD	-.09	-1.43		
Sosyal AD	-.01	-.23		
4. Basamak			.44	26.69***
DDG-Açıklık	.07	1.21		
DDG-Amaçlar	.17	2.62**		
DDG-Dürtü	-.07	-.96		
DDG-Strateji	.33	3.78***		
DDG-Kabul	-.11	-1.64		

*p< .05, **p<.01, ***p<.001

Not: BT; Belirsizliğe tahammülsüzlük, AD; Anksiyete duyarlılığı, DDG; Duygu düzenleme güçlükleri

Elde edilen bulgulara göre bağımsız değişkenler ile oluşan regresyon modeli, sağlık kaygısını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F(11, 349)= 26.69$, $p< .001$). Regresyon analizi kapsamında sağlık kaygısı için açıklanan varyans değerinin %44 olduğu görülmektedir ($R^2_{adjusted}= .44$). Dolayısıyla bağımsız değişkenler olarak bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutları, anksiyete duyarlılığının alt boyutları ve duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları bir arada analize dahil edildiğinde sağlık kaygısını anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda analize dahil edilen her değişken için katsayılar incelenmiştir. Buna göre bedensel belirtiler ($\beta= .16$, $p< .01$), anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutu ($\beta= .37$, $p< .001$), duygu düzenleme güçlüklerinin amaçlar ($\beta= .17$, $p< .01$) ve strateji ($\beta= .33$, $p< .001$) boyutları sağlık kaygısını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır. Ancak belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik ve engelleyici boyutları, anksiyete duyarlılığının bilişsel ve sosyal boyutları ve duygu düzenleme güçlüklerinin açıklık, dürtü ve kabul boyutlarının tek başına sağlık kaygısını anlamlı olarak yordamadığı bulunmuştur ($p> .05$).

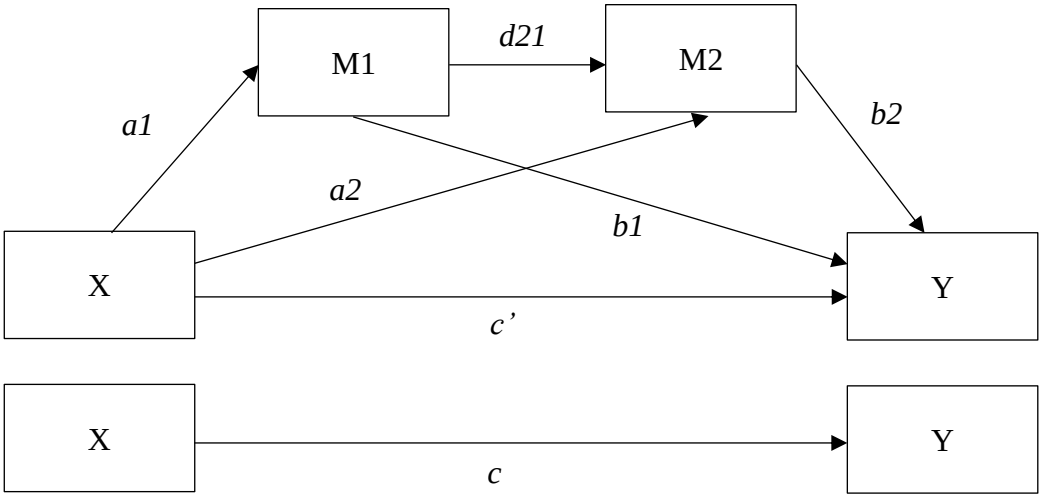
Çalışmanın temel bağımsız değişkenlerinden biri olarak belirsizliğe tahammülsüzlük ele alınıyor olmasına karşın regresyon modeli kapsamında belirsizliğe tahammülsüzlük için anlamlı olmayan sonuçlar elde edilmiştir. Bu doğrultuda yalnızca belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı üzerindeki yordayıcılığının test edildiği bir basit regresyon analizi yürütülmüştür. Bu analizin sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısını anlamlı olarak yordadığı ve sağlık kaygısı için %15'lik varyans açıkladığı bulunmuştur ($F(2, 358)= 33.51$, $p< .001$, $R^2_{adjusted}= .15$). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik boyutu sağlık kaygısını anlamlı olarak yordamamaktadır ($p> .05$). Ancak engelleyici alt boyutu sağlık kaygısını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır ($\beta= .36$, $p< .001$). Dolayısıyla belirsizliğe tahammülsüzlüğün (engelleyici boyutunun) sağlık kaygısını yordadığı ancak diğer değişkenler dahil edildiğinde bu yordayıcılığın anlamsız hale geldiği sonucuna varılmıştır.

3.6. Aracılık Analizlerine İlişkin Bulgular

Çalışma değişkenleri arasındaki aracı ilişkileri incelemek amacıyla SPSS 26.0 paket programı için geliştirilmiş olan PROCESS v4.2 eklentisi (Hayes, 2022) kullanılmıştır. Aracılık analizleri, iki değişken arasındaki ilişkinin ortaya çıkmasında aracı mekanizmaların nasıl bir rolü olduğunu ortaya koymayı amaçlamaktadır (Gürbüz, 2021). PROCESS makrosuyla gerçekleştirilen aracılık analizlerinin değişkenler arasındaki dolaylı etkilere dair

nicel bulgular sağlaması ve bu dolaylı etkilere ilişkin güven aralığı değerleri tanımlaması açısından daha güvenilir sonuçlar sağladığı belirtilmektedir (Gürbüz, 2021). Analizler kapsamında güven aralıkları Bootstrap (yeniden örnekleme) yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Bootstrap yöntemi, çalışma örneklemine ait veri seti içerisinde en az 1000 kez ve daha güvenilir tahminler elde etmek için tercihen 5000 kez tekrarlayan yeni veri setleri oluşturmakta ve analizler, seçkisiz biçimde oluşturulmuş bu yeni veri setleri üzerinde gerçekleştirilmektedir. Bootstrap yöntemiyle oluşturulan yeni dağılım, dolaylı etkilere dair güven aralığını (confidence interval) da sağlamaktadır. Bu yöntemle elde edilen %95 güven aralığında sıfır değerinin bulunmaması, dolaylı etkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu ve aracılık etkisinin sağlandığını göstermektedir (Hayes, 2022).

Mevcut çalışma için PROCESS eklentisinde yer alan ve seri çoklu aracı analizlerini gerçekleştirmek için kullanılan Model 6 ile analizler yürütülmüştür. Model 6 kapsamında bir bağımsız (X), iki aracı (M1 ve M2) ve bir bağımlı değişkene (Y) ilişkin doğrudan ve dolaylı etkiler Şekil 2'de yer almaktadır. Modele göre bağımsız değişkenin (X) ilk aracı değişken (M1) üzerindeki etkisi *a1*, bağımsız değişkenin (X) ikinci aracı değişken (M2) üzerindeki etkisi *a2*, ilk aracı değişkenin (M1) ikinci aracı değişkene (M2) etkisi *d21,* ilk aracı değişkenin (M1) bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisi *b1*, ikinci aracı değişkenin (M2) bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisi ise *b2* yolları ile incelenmektedir. Aracıların etkisi kontrol edildiğinde bağımsız değişkenin (X) bağımlı değişken (Y) üzerindeki doğrudan etkisi *c'* yolu ile gösterilmektedir. Model 6'da yer alan üç dolaylı etki; bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisinde birinci aracı değişkenin rolünün incelendiği *a1b1* yolu, bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisinde ikinci aracı değişkenin rolünün incelendiği *a2b2* yolu ve son olarak bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide birinci aracı değişkenin ve ikinci aracı değişkenin seri aracılık etkisinin incelendiği *a1d21b2* yolu olarak ele alınmaktadır. Model kapsamında bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide doğrudan ve dolaylı etkilerin tamamını içeren toplam etki ise *c* yolu ile gösterilmektedir.



Şekil 2. Seri çoklu aracılık analizine ilişkin model (PROCESS-Model 6)

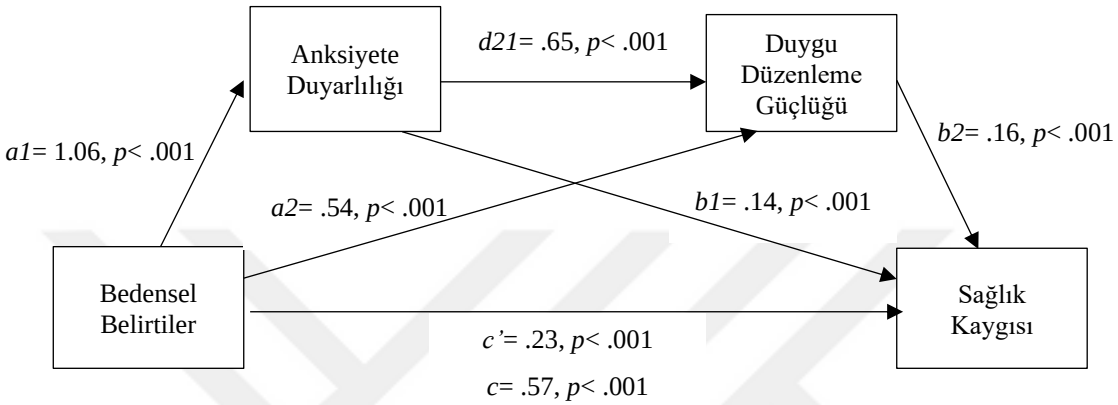
Şekil 2'de gösterilen model bu çalışma kapsamında bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasında anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık etkisini; belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasında anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık etkisini; bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasında belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının aracılık etkisini; bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasında anksiyete duyarlılığı ve sağlık kaygısının aracılık etkisini incelemek için kullanılmıştır. Bedensel belirti değişkenini içeren seri aracılık analizlerinde, katılımcıların fiziksel hastalık sahibi olup olmama durumları kontrol değişkeni olarak dahil edilmiştir.

3.6.1. Bedensel Belirtiler ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Etkisi

Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüğünün seri aracılık etkilerini gösteren model, Bootstrap tekniği (5000 yeniden örnekleme) ve %95 güven aralığı (GA) kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonucunu gösteren model Şekil 3'te yer almaktadır.

Aracılık analizine göre bedensel belirtiler, anksiyete duyarlılığını (*a1* yolu: *b*= 1.06, *p*< .001, %95 GA [.83, 1.30]) ve duygu düzenleme güçlüğünü anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır (*a2* yolu: *b*= .54, *p*< .001, %95 GA [.31, .77]). Anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğünü (*d21* yolu: *b*= .65, *p*< .001, %95 GA [.56, .75]) ve sağlık kaygısını (*b1* yolu: *b*= .14, *p*< .001, %95 GA [.07, .20] anlamlı düzeyde pozitif yönde

yordamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü sağlık kaygısını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır (*b2* yolu: *b*= .16, *p*< .001, %95 GA [.10, .21]. Bedensel belirtilerin sağlık kaygısı üzerindeki doğrudan etkisi de anlamlı düzeydedir (*c'* yolu: *b*= .23, *p*< .001, %95 GA [.11, .36]. Modelin toplam etkisi ele alındığında ise bedensel belirtilerin sağlık kaygısını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığı görülmektedir (*c* yolu: *b*= .57, *p*< .001, %95 GA [.44, .70]).



Şekil 3. Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rolüne dair analiz

Mevcut model kapsamındaki üç dolaylı etki, Bootstrap yöntemiyle oluşturulmuş olan %95 güven aralığı temel alınarak değerlendirilmiştir. İlk olarak bedensel belirtilerin sağlık kaygısıyla ilişkisinde anksiyete duyarlılığının dolaylı etkisi (Bedensel belirtiler → anksiyete duyarlılığı → sağlık kaygısı) incelenmiştir [*a1b1*= (1.06)*(.14)= .14]. Bootstrap yöntemiyle oluşturulmuş %95 güven aralığı .07 ile .23 arasındadır. Bu aralığın sıfır değerini içermemesi nedeniyle dolaylı etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu, bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının, duygu düzenleme güçlüğünden bağımsız olarak aracı rolünün olduğunu göstermektedir.

İkinci olarak incelenen dolaylı etki ise bedensel belirtilerin sağlık kaygısı ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğünün dolaylı etkisi (Bedensel belirtiler → duygu düzenleme güçlüğü → sağlık kaygısı) olmuştur [*a2b2*= (.54)*(.16)= .08]. Bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 güven aralığı değerleri .04 ile .14 arasındadır. Bu aralığın sıfır değerini içermemesi nedeniyle söz konusu dolaylı etki anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, bedensel belirtilerin sağlık kaygısı ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğünün, anksiyete duyarlılığından bağımsız olarak aracı bir rol üstlendiğini göstermektedir.

Son olarak bedensel belirtilerin, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri aracılığı ile birlikte sağlık kaygısı üzerindeki dolaylı etkisi incelenmiştir [*a1d21b2*= (1.06)*(.65)*(.16)= .11]. Bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 güven aralığının .06 ile .17 arasında olup sıfır değerini içermemesinden ötürü seri aracılık dolaylı etkisi anlamlıdır. Bu dolaylı etkinin anlamlı olması, bedensel belirtilerin artmasının anksiyete duyarlılığının artması ile ilişkili olduğunu, anksiyete duyarlılığının artışının duygu düzenleme güçlüklerinin artışıyla ilişkili olduğunu, duygu düzenleme güçlüklerinin artışının da sağlık kaygısının artışı ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Modelin tamamı istatistiksel olarak anlamlılık göstermekte ve sağlık kaygısına ilişkin toplam varyansın %40'ını açıklamaktadır (F(4, 356)= 59.57, *p*< .001). Tablo 8'de özetlenen bulgular, çalışmanın "Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı ilişkisinde anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü olması beklenmektedir." hipotezini desteklemektedir (6. Hipotez).

Tablo 8. Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları

Değişkenler	**M1**			**M2**			**Y**		
	b	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*
X	1.06	.12	.000	.54	.12	.000	.23	.07	.000
M1	-	-	-	.65	.05	.000	.14	.03	.000
M2	-	-	-	-	-	-	.16	.03	.000
Fiziksel hastalık	-1.33	1.46	.364	1.08	1.32	.414	-2.70	.71	.000
Sabit	11.73	2.92	.000	3.15	1.18	.008	7.83	.66	.000
	R^2= .19 F(2, 358)= 42.41 *p*< .001			R^2= .48 F(3, 357)= 107.65 *p*< .001			R^2= .40 F(4, 356)= 59.57 *p*< .001		

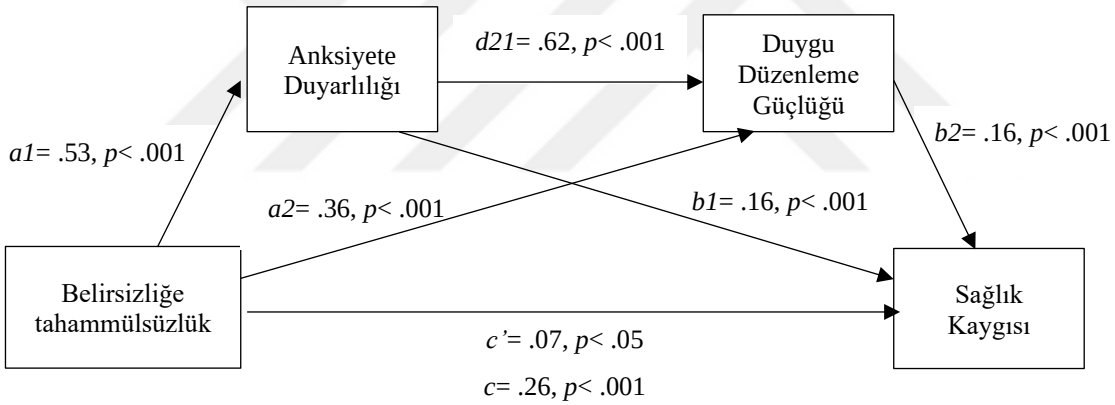
Not: X= Bedensel belirtiler, M1= Anksiyete duyarlılığı, M2= Duygu düzenleme güçlüğü, Y= Sağlık kaygısı; b= Etki, S.H.=Standart hata

3.6.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracılık Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüğünün seri aracılık etkilerini Model 6 üzerinde

incelemek amacıyla Bootstrap tekniği (5000 yeniden örnekleme) ve %95 güven aralığı (GA) kullanılmıştır. Analiz sonucunu gösteren model Şekil 4'te yer almaktadır.

Aracılık analizlerinden elde edilen bulgulara göre belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığını (*a1* yolu: *b*= .53, *p*< .001, %95 GA [.41, .64]) ve duygu düzenleme güçlüğünü anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır (*a2* yolu: *b*= .36, *p*< .001, %95 GA [.25, .47]). Bu model içerisinde anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlüğünü (*d21* yolu: *b*= .62, *p*< .001, %95 GA [.53, .71]) ve sağlık kaygısını (*b1* yolu: *b*= .16, *p*< .001, %95 GA [.10, .22] anlamlı düzeyde pozitif yönde yordamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü de sağlık kaygısını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır (*b2* yolu: *b*= .16, *p*< .001, %95 GA [.10, .22]. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı üzerindeki doğrudan etkisi anlamlı düzeydedir (*c'* yolu: *b*= .07, *p*< .05, %95 GA [.01, .14]. Toplam etki incelendiğinde de belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmektedir (*c* yolu: *b*= .26, *p*< .001, %95 GA [.20, .33]).



Şekil 4. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rolüne dair analiz

Bu modeldeki üç dolaylı etkinin anlamlılığı, Bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 güven aralığına göre değerlendirilmiştir. İlk olarak belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının dolaylı etkisi (Belirsizliğe tahammülsüzlük → anksiyete duyarlılığı → sağlık kaygısı) incelenmiştir [*a1b1*= (.53)*(.16)= .08]. Bootstrap yöntemiyle oluşturulmuş %95 güven aralığının .05 ile .13 arasında olup sıfır değerini içermemesi nedeniyle dolaylı etki istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuca göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı ilişkisinde anksiyete duyarlılığının, duygu düzenleme güçlüğünden bağımsız olarak aracı rolü bulunmaktadır.

İkinci olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün dolaylı etkisi (Belirsizliğe tahammülsüzlük → duygu düzenleme güçlüğü → sağlık kaygısı) ele alınmıştır [*a2b2*= (.36)*(.16)= .06]. Bu dolaylı etki için Bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 güven aralığı değerleri .03 ile .09 arasındadır. Bu aralığın sıfır değerini içermemesi nedeniyle dolaylı etki anlamlılık göstermektedir. Bu sonuca göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğü, anksiyete duyarlılığından bağımsız olarak aracı bir rol üstlenmektedir.

Son olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri aracılığı ile sağlık kaygısı üzerindeki dolaylı etkisi incelenmiştir [*a1d21b2*= (.53)*(.62)*(.16)= .05]. Bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 güven aralığının .03 ile .08 arasında olup sıfır değerini içermemesinden ötürü seri aracılık içeren dolaylı etki anlamlıdır. Bir diğer ifadeyle, belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça anksiyete duyarlılığı artmakta, anksiyete duyarlılığı arttıkça duygu düzenleme güçlükleri de artmakta, duygu düzenleme güçlüklerindeki artışla birlikte sağlık kaygısı da artış göstermektedir. Tüm model istatistiksel olarak anlamlılık göstermekte ve sağlık kaygısı için toplam varyansın %36'sını açıklamaktadır (F(3, 357)= 66.66, p< .001). Bulgular Tablo 9'da özetlenmektedir. Analiz sonuçlarıyla birlikte "Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü olması beklenmektedir." hipotezi desteklenmiştir (7. Hipotez).

Tablo 9. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı ilişkisinde anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğünün seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları

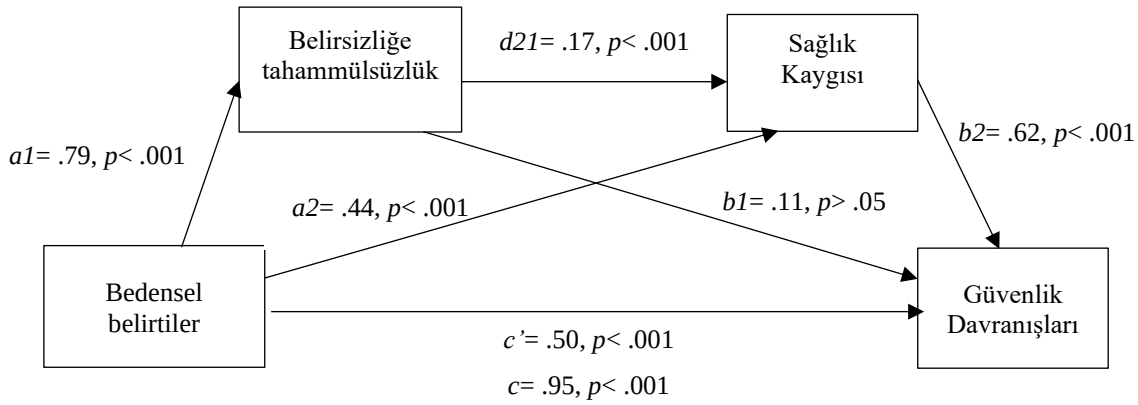
Değişkenler	**M1**			**M2**			**Y**		
	b	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*
X	.53	.06	.000	.36	.06	.000	.07	.03	.035
M1	-	-	-	.62	.05	.000	.16	.03	.000
M2	-	-	-	-	-	-	.16	.03	.000
Sabit	.15	2.17	.945	-4.33	1.89	.023	7.11	1.09	.000
	R^2= .19 F(1, 359)= 81.38 p< .001			R^2= .50 F(2, 358)= 179.68 p< .001			R^2= .36 F(3, 357)= 66.66 p< .001		

Not: X= Belirsizliğe tahammülsüzlük, M1= Anksiyete duyarlılığı, M2= Duygu düzenleme güçlüğü, Y= Sağlık kaygısı; b= Etki, S.H.=Standart hata

3.6.3. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Sağlık Kaygısının Aracılık Etkisi

Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve sağlık kaygısının seri aracılık etkileri, Model 6 üzerinde Bootstrap tekniği (5000 yeniden örnekleme) ve %95 güven aralığı (GA) kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonucunu gösteren model Şekil 5'te yer almaktadır.

Aracılık analizlerinden elde edilen bulgulara göre bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlüğü (*a1* yolu: *b*= .79, *p*< .001, %95 GA [.59, .98]) ve sağlık kaygısını (*a2* yolu: *b*= .44, *p*< .001, %95 GA [.30, .57]) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır. Bu modelde belirsizliğe tahammülsüzlük, sağlık kaygısını (*d21* yolu: *b*= .17, *p*< .001, %95 GA [.11, .24]) anlamlı düzeyde pozitif yönde yordamaktadır. Ancak belirsizliğe tahammülsüzlüğün güvenlik davranışları üzerindeki yordayıcı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (*b1* yolu: *b*= .11, *p*> .05, %95 GA [-.01, .22]). Bu modelde sağlık kaygısı güvenlik davranışlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır (*b2* yolu: *b*= .62, *p*< .001, %95 GA [.45, .79]). Bedensel belirtilerin güvenlik davranışları üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu: *b*= .50, *p*< .001, %95 GA [.27, .73]) ve toplam etkisi (*c* yolu: *b*= .95, *p*< .001, %95 GA [.73, 1.18]) pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur.



Şekil 5. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının seri çoklu aracı rolüne dair analiz

Modeldeki üç dolaylı etkiden ilk olarak bedensel belirtilerin belirsizliğe tahammülsüzlük aracılığı ile güvenlik davranışları üzerindeki dolaylı etkisi (Bedensel belirtiler → belirsizliğe tahammülsüzlük → güvenlik davranışları) ele alınmıştır [*a1b1*=

(.79)*(.11)= .09]. Bootstrap yöntemiyle elde edilen %95 güven aralığı -.01 ile .19 arasındadır. Bu aralığın sıfır değerini içermesi nedeniyle bu dolaylı etki istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Bu sonuç, bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün, sağlık kaygısından bağımsız olarak aracı rolü olmadığını göstermektedir.

İkinci olarak, bedensel belirtilerin sağlık kaygısı aracılığı ile güvenlik davranışlarına dolaylı etkisi (Bedensel belirtiler → sağlık kaygısı → güvenlik davranışları) incelenmiştir [*a2b2*= (.44)*(.62)= .26]. Bootstrap yöntemiyle bulunan %95 güven aralığı .16 ile . 39 arasında olup sıfır değerini içermemesinden ötürü dolaylı etki anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre, bedensel belirtilerin güvenlik davranışları ile ilişkisinde sağlık kaygısı, belirsizliğe tahammülsüzlükten bağımsız olarak aracı rol üstlenmektedir.

Son olarak bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının seri aracılık etkisi incelenmiştir [*a1d21b2*= (.79)*(.17)*(.62)= .08]. Bootstrap yöntemiyle oluşturulan %95 güven aralığının .04 ve .13 arasında olması ve sıfır değerini içermemesi nedeniyle seri aracılığı içeren dolaylı etki anlamlılık göstermektedir. Bu sonuca göre bedensel belirtiler arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük artmakta, belirsizliğe tahammülsüzlükteki artışla birlikte sağlık kaygısı artmakta, sağlık kaygısı yükseldikçe de güvenlik davranışları da artış göstermektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı olan modelin tamamı güvenlik davranışlarına ilişkin varyansın %30'unu açıklamaktadır ($F(4, 356)= 38.22$, $p< .001$).

Tablo 10'da özetlenen analiz sonuçları "Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısının seri aracı rolü olması beklenmektedir." hipotezini desteklemektedir (8. Hipotez).

Tablo 10. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları ilişkisinde belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısının seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları

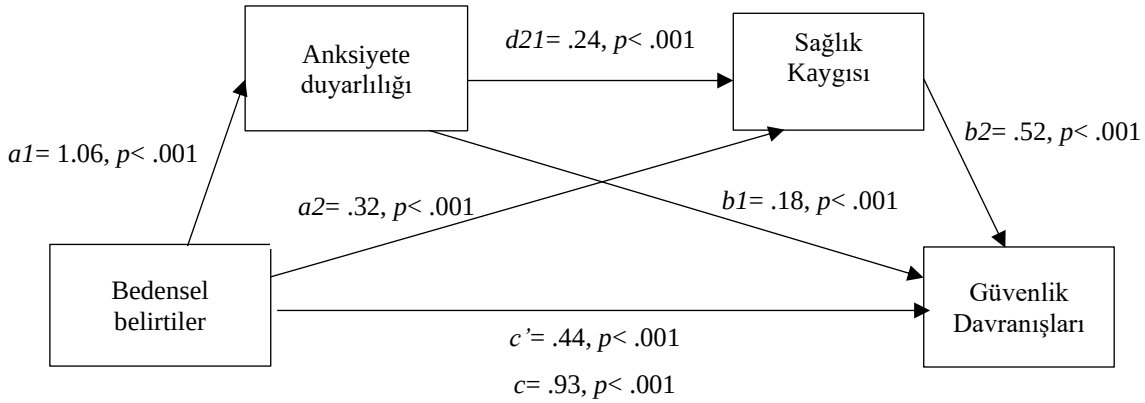
Değişkenler	**M1**			**M2**			**Y**		
	b	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*
X	.79	.10	.000	.43	.07	.000	.50	.12	.000
M1	-	-	-	.17	.04	.000	.11	.06	.06
M2	-	-	-	-	-	-	.61	.09	.000
Fiziksel hastalık	-.57	1.22	.64	-2.75	.79	.000	-.62	1.31	.64
Sabit	29.45	2.44	.000	10.68	1.89	.022	7.11	1.09	.000
	R^2= .16 F(2, 358)= 32.76 *p*< .001			R^2= .26 F(3, 357)= 42.02 *p*< .001			R^2= .30 F(4, 356)= 38.22 *p*< .001		

Not: X= Bedensel belirtiler, M1= Belirsizliğe tahammülsüzlük, M2= Sağlık kaygısı, Y= Güvenlik davranışları; b= Etki, S.H.=Standart hata

3.6.4. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığının ve Sağlık Kaygısının Aracılık Etkisi

Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve sağlık kaygısının seri aracılık etkileri, Bootstrap tekniği (5000 yeniden örnekleme) ve %95 güven aralığı (GA) kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonucunu gösteren model Şekil 6'da yer almaktadır.

Aracılık analizlerinden elde edilen bulgulara göre bedensel belirtiler, anksiyete duyarlılığını (*a1* yolu: *b*= 1.06, *p*< .001, %95 GA [.83, 1.30]) ve sağlık kaygısını (*a2* yolu: *b*= .32, *p*< .001, %95 GA [.18, .45]) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır. Bu modelde anksiyete duyarlılığı, sağlık kaygısını (*d21* yolu: *b*= .24, *p*< .001, %95 GA [.19, .29]) ve güvenlik davranışlarını (*b1* yolu: *b*= .18, *p*< .001, %95 GA [.08, .28]) anlamlı düzeyde pozitif yönde yordamaktadır. Sağlık kaygısı da güvenlik davranışlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır (*b2* yolu: *b*= .52, *p*< .001, %95 GA [.34, .70]). Bu model için bedensel belirtilerin güvenlik davranışları üzerindeki doğrudan etkisi (*c'* yolu: *b*= .44, *p*< .001, %95 GA [.21, .68]) ve toplam etkisi (*c* yolu: *b*= .93, *p*< .001, %95 GA [.71, 1.15]) pozitif yönde ve anlamlıdır.



Şekil 6. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ve sağlık kaygısının seri çoklu aracı rolüne dair analiz

Modeldeki dolaylı etkiler incelendiğinde ilk olarak bedensel belirtilerin anksiyete duyarlılığı aracılığı ile güvenlik davranışları üzerindeki dolaylı etkisi (Bedensel belirtiler → anksiyete duyarlılığı → güvenlik davranışları) ele alınmıştır [*a1b1*= (1.06)*(.18)= .19]. Bootstrap yöntemiyle oluşturulan %95 güven aralığı değerleri .07 ile .32 arasında olup bu aralığın sıfır değerini içermemesi nedeniyle dolaylı etki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre bedensel belirtilerin güvenlik davranışları ile ilişkisinde anksiyete duyarlılığı, sağlık kaygısından bağımsız olarak aracı rol üstlenmektedir.

İkinci olarak, bedensel belirtilerin sağlık kaygısı aracılığı ile güvenlik davranışlarına dolaylı etkisi (Bedensel belirtiler → sağlık kaygısı → güvenlik davranışları) incelenmiştir [*a2b2*= (.32)*(.52)= .16]. Bootstrap yöntemiyle bulunan %95 güven aralığı .08 ile . 26 arasındadır. Bu aralığın sıfır değerini içermemesinden ötürü dolaylı etki anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide sağlık kaygısının, anksiyete duyarlılığından bağımsız olarak aracı rolü bulunduğunu göstermektedir.

Son olarak bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve sağlık kaygısının seri aracılık etkisi incelenmiştir [*a1d21b2*= (1.06)*(.24)*(.52)= .13]. Bootstrap yöntemiyle oluşturulan %95 güven aralığı .07 ve .20 arasındadır. Bu aralıkta sıfır değerinin bulunmamasından ötürü seri aracılık içeren dolaylı etki anlamlıdır. Bir diğer ifadeyle bedensel belirtiler arttıkça anksiyete duyarlılığı artmakta, anksiyete duyarlılığındaki artışla beraber sağlık kaygısı da artmakta, sağlık kaygısı düzeyi yükseldikçe de güvenlik davranışları artış göstermektedir. İncelenen model istatistiksel

açıdan anlamlıdır ve modelin tamamı güvenlik davranışlarına ilişkin varyansın %32'sini açıklamaktadır (F(4, 356)= 41.47, p< .001).

Analizin sonuçları Tablo 11'de özetlenmiştir. Bu sonuçlar "Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığı ile sağlık kaygısının seri aracı rolü olması beklenmektedir." hipotezini desteklemektedir (9. Hipotez).

Tablo 11. Bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları ilişkisinde anksiyete duyarlılığı ile sağlık kaygısının seri çoklu aracı rollerine dair analiz bulguları

Değişkenler	**M1**			**M2**			**Y**		
	b	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*	*b*	*S.H.*	*p*
X	1.06	.12	.000	.32	.07	.000	.44	.12	.000
M1	-	-	-	.24	.03	.000	.18	.05	.000
M2	-	-	-	-	-	-	.52	.09	.000
Fiziksel hastalık	-1.33	1.46	.36	-2.53	.74	.000	-.71	1.30	.58
Sabit	9.32	1.22	.000	12.94	1.51	.000	3.22	1.37	.020
	R^2= .19 F(2, 358)= 42.41 p< .001			R^2= .35 F(3, 357)= 64.46 p< .001			R^2= .32 F(4, 356)= 41.47 p< .001		

Not: X= Bedensel belirtiler, M1= Anksiyete duyarlılığı, M2= Sağlık kaygısı, Y= Güvenlik davranışları; b= Etki, S.H.=Standart hata

4. TARTIŞMA

Mevcut çalışmada kuramsal açıklamalar ve alanyazındaki araştırma sonuçları temelinde bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüğü faktörlerinin sağlık kaygısı ile ilişkileri açısından ele alınması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, bahsedilen faktörlerin hangi etkileşimler aracılığıyla sağlık kaygısının ortaya çıkması veya sürmesinde rol oynayabileceğini değerlendirmek için bu faktörlerin seri aracılık rolleri incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde söz konusu değişkenler arasındaki ilişkilere ve aracılık analizlerine dair bulgular, konuyla ilgili geçmiş araştırma sonuçları ve kuramsal bilgiler ışığında tartışılmıştır. Son olarak ise çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları, klinik sonuçları ve gelecek çalışmalar için olası öneriler ele alınmıştır.

4.1. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Grup Karşılaştırmalarına Yönelik Değerlendirmeler

Mevcut çalışmada sağlık kaygısı, bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik arama davranışlarına ilişkin ölçümlerden alınan puanlarda katılımcıların bazı demografik özellikleri açısından farklılıkların olup olmadığı ele alınmıştır. Bu doğrultuda demografik bilgiler arasından katılımcıların cinsiyetleri, yaşları ve fiziksel hastalığa sahip olup olmama durumları belirlenmiş ve çalışma değişkenlerine ilişkin grup farklılıkları değerlendirilmiştir. Takip eden alt bölümlerde yapılan karşılaştırmalara ilişkin bulgular özetlenmiş ve alanyazındaki çalışma sonuçları temelinde değerlendirilmiştir.

4.1.1. Çalışma Değişkenlerinin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Bu çalışma kapsamındaki değişkenler cinsiyete göre karşılaştırıldığında tüm değişkenlerden alınan toplam puanların cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre kadınlar erkeklerden daha yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşamaktadır. Daha önceki çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, kadınların erkeklere kıyasla sağlıklarıyla ilgili daha fazla kaygı yaşadığını gösteren ve mevcut çalışma ile tutarlı olan bazı bulgulara rastlanmaktadır (Kırmızı ve ark., 2021; MacSwain ve ark., 2009; Özdin ve Bayrak-Özdin, 2020). Ancak sağlık kaygısının ve hipokondriyazisin yaygınlığının ve

genel özelliklerinin incelendiği bazı araştırmalar, sağlık kaygısı düzeyi açısından anlamlı bir cinsiyet farkının bulunmadığı bildirilmektedir (Bleichhardt ve Hiller, 2007; Creed ve Barsky, 2004; Martin ve Jacobi, 2006; Sunderland ve ark., 2013). Mevcut çalışmada kadınların daha fazla sağlık kaygısı belirtisi göstermesi yönündeki bulgunun, çalışmadaki kadın katılımcı oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olmasıyla da açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu farkın ayrıca genel olarak kaygı yaşama eğilimindeki cinsiyet farklarıyla da bağlantılı olması mümkündür (McLean ve ark., 2011).

Bu çalışmada kadınların bedensel belirti düzeyinin de erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Kadınların genel olarak daha fazla bedensel belirti yüküne sahip olduğunu gösteren bu bulgu, daha önceki araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir (Ballering ve ark., 2020; Kocalevent ve ark., 2013; Tomenson ve ark., 2013). Bu duruma farklı açıklamalar getirilebileceği düşünülmektedir. Biyolojik farklılıkların, kadınların ağrıya karşı duyarlılığını artıran ve bu nedenle bedensel belirtileri daha olumsuz bir gidişatla yaşamalarına yol açan bir eğilim oluşturduğu öne sürülmektedir (Bartley ve Fillingim, 2013). Bu farkın ayrıca kadınların bedensel uyaranlara karşı daha fazla dikkat vermeleri ve bedensel rahatsızlıklarını fark edip ifade etmeye daha açık olmalarıyla da bağlantılı olabileceği belirtilmektedir (Barsky ve ark., 2001). Cinsiyet farklılığı ayrıca depresyon ve anksiyete gibi güçlü bir somatik bileşene sahip olan ruhsal bozuklukların kadınlarda daha yaygın olması ile de açıklanmıştır (Beutel ve ark., 2019).

Mevcut çalışma sonuçlarına göre kadınların güvenlik davranışı puanları, erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bir diğer ifadeyle kadınlar sağlıklarıyla ilgili endişelerine tepki olarak güvenlik hissi sağlamaya odaklı daha fazla davranış sergilemektedir. Bu çalışmada güvenlik davranışları İnternet üzerinde sağlıkla ve fiziksel belirtilerle ilgili bilgi arama, vücudu kontrol etme, sağlık endişelerini yakın çevre ile paylaşma, sağlık uzmanlarına ve hastanelere başvurma gibi girişimleri içerecek şekilde tanımlanmıştır. Daha önceki araştırma sonuçları, bahsedilen güvenlik davranışları için mevcut çalışmada elde edilen cinsiyet farklılığı bulgusunu desteklemektedir. Kadınların sağlıkla ilgili güvence arayışının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir (MacSwain ve ark., 2009). Kadınların güvence arayışına girerek çevrelerindeki bireyleri algıladıkları sağlık sorunlarına dahil etme ihtimallerinin daha yüksek olabileceği ve bu durumun, kadınların başa çıkma girişimlerinin daha çok duyguları ifade etme ve başkalarından destek alma odaklı olması ile açıklanabileceği belirtilmektedir. Sağlık hizmeti kullanımı açısından değerlendirildiğinde de kadınların erkeklere kıyasla reçeteli ilaç

kullanımının ve hem genel hem de uzmanlık gerektiren tıbbi birimlere başvurularının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Bobevski ve ark., 2016; Koopmans ve Lamers, 2007). Dolayısıyla kadınların sağlıklarıyla ilgili kaygılarına karşı güvende hissetme girişimlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu gösteren bulgu, alanyazındaki araştırma sonuçlarıyla tutarlıdır.

Çalışmada ele alınan psikolojik faktörler olan belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri açısından da cinsiyet farklılığının olduğu ve üç faktör için de kadınların daha yüksek puan bildirdikleri sonucuna varılmıştır. Toplam puanı açısından ele alındığında belirsizliğe tahammülsüzlüğün kadınlarda daha yüksek olduğuna dair bulgularla birlikte (Kardaş, 2021; Kretzmann ve Gauer, 2020), cinsiyetler arasında bir fark bulunmadığı çalışma sonuçları da mevcuttur (Carleton ve ark., 2012; Geçgin ve Sarhanç, 2017; Helsen ve ark., 2013). Bazı çalışmalarda alt boyutları incelendiğinde kadınların erkeklere kıyasla belirsizliğe tahammülsüzlüğün ketleyici boyutu açısından daha yüksek puanlar bildirdiği görülmektedir (Doruk ve ark., 2015; Helsen ve ark., 2013). Bir diğer ifadeyle belirsizlikle karşı karşıya kalmanın kişinin harekete geçmesine engel olduğu inancı, kadınlar tarafından daha fazla benimsenmektedir. Araştırmaların çoğunluğunda cinsiyet farkının bulunmamasından ötürü, mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyindeki cinsiyet farkının kadın-erkek katılımcı oranının dengeli dağılmaması ile de bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların daha yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığı yaşadığı sonucu elde edilmiştir. Anksiyete duyarlılığı için cinsiyet farkları açısından değişen sonuçlar mevcuttur. Anksiyete duyarlılığının toplam puanı açısından anlamlı bir cinsiyet farkının olmadığını gösteren çalışmaların yanı sıra (Foot ve Koszycki, 2004), mevcut çalışmayla tutarlı olarak kadınların anksiyete duyarlılığının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Kane ve Ashbaugh, 2017). Araştırmalarda özellikle fiziksel anksiyete duyarlılığının kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (Foot ve Kozsycki, 2004; Kane ve Ashbaugh, 2017). Bir diğer ifadeyle, kadınlar kaygının fiziksel sonuçlarıyla ilgili daha fazla endişe yaşamaktadır. Bahsedilen araştırma sonuçlarının özellikle panik bozukluk tanısı kapsamında ele alındığı görülmektedir. Panik bozukluk tanısı, aniden ortaya çıkan yoğun korku durumunu içeren panik ataklarla karakterize olup bu ataklar, kalbin hızlanması ve nefes almada güçlük gibi bedensel belirtilerle seyretmektedir (APA, 2013). Kadınların kaygının fizyolojik belirtilerini erkeklerden daha fazla yaşamalarından ötürü bu belirtilerle bağlantılı olarak fiziksel açıdan ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlara ilişkin de daha fazla

korku duyuyor olabileceği belirtilmektedir (McLean ve ark., 2011). Çalışmamızda anksiyete duyarlılığındaki cinsiyet farkının, bedensel belirtilerdeki cinsiyet farkıyla da tutarlı olması bu görüşü destekler niteliktedir.

Mevcut çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığı görülmektedir. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde kadınların duygularını düzenlemede daha fazla zorluk yaşadığını gösteren çalışmalara ek olarak (Bender ve ark., 2012; Yalçınkaya-Alkar, 2020), kadınlar ve erkekler arasında duygu düzenleme güçlükleri açısından fark bulunmadığına dair bulgulara da rastlanmaktadır (Anderson ve ark., 2016). Duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları açısından değerlendirildiğinde kadınların erkeklere kıyasla olumsuz duygu yaşarken hedef odaklı davranışları gerçekleştirmekte ve duygusal durumlarını düzenlemek için uyumsal stratejileri uygulamakta daha fazla zorlandığı bildirilmektedir (Lafrance Robinson ve ark., 2014). Araştırmacılar duygu düzenleme güçlüklerindeki cinsiyet farklarının, kadınların duygusal zorluklarını ifade etmeye daha açık olmalarıyla açıklanabileceği gibi, kadınların duyguları daha yoğun şekilde yaşıyor olmalarıyla da bağlantılı olabileceğini belirtmektedir. Kadınların özellikle de hoş olmayan duygusal uyaranlara yüksek düzeyde uyarılmayla tepki verme eğilimi daha fazla olmaktadır (Deng ve ark., 2016). Alanyazında kadınların duygularını düzenlemek için birden fazla strateji kullanmalarının daha olası olduğu da bildirilmektedir (Nolen-Hoeksema ve Aldao, 2011). Kadınların olumsuz duygularını düzenlemek için gerekli stratejileri uygulamakta daha fazla zorlanmaları ancak farklı stratejileri kullanmaya da yatkın olmaları yönündeki değişken bulguların gelecek çalışmalarda aydınlatılmasının önemli olabileceği düşünülmektedir.

Özetle, hem bedensel hem de psikolojik faktörleri içeren çalışma değişkenleri için kadınların daha yüksek puanlar bildirdiği sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlar genel kaygı düzeyinin ve kaygıyı ortaya çıkaran risk faktörlerinin kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde olmasıyla da açıklanabilir (McLean ve ark., 2011). Bununla birlikte puanlar arası farkların çok yüksek olmaması nedeniyle cinsiyet farklılıklarının dikkatlice yorumlanmasının da önemli olduğu düşünülmektedir.

4.1.2. Çalışma Değişkenlerinin Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Mevcut çalışmanın katılımcıları 18-29, 30-44 ve 45-68 olmak üzere üç yaş grubuna ayrılarak çalışma değişkenlerinden alınan puanların üç yaş grubu arasında farklılaşıp

farklılaşmadığı incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre 18-29 yaş grubundaki katılımcılar, diğer yaş gruplarına kıyasla en yüksek düzeyde bedensel belirti gösteren grup olmuştur. Yaş arttıkça bedensel belirtilerin azaldığını gösteren ve mevcut çalışmayla tutarlı olan daha az sayıda araştırma sonucuna ulaşılmıştır (Ran ve ark., 2020). Bu bulgunun alanyazınla büyük ölçüde tutarsız olduğu görülmekte; mevcut çalışma bulgusunun aksine yaşla birlikte bedensel belirti sayısının artış gösterdiği ve ileri yaşın bedensel belirtiler için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Creed ve ark., 2012; Hinz ve ark., 2017; Kocalevent ve ark., 2013). Bahsedilen çalışmalardaki örneklemler 18-80 gibi geniş bir yaş aralığında olmasına karşın 18-39 yaş grubundaki katılımcı oranının düşük olduğu ve yeterince temsil edilmediği belirtilmektedir (Hinz ve ark., 2017). Araştırmacılar yaş ilerledikçe bedensel belirtilerin artmasına dair sonucun fiziksel sağlık durumuyla ilişkili olabileceği gibi (Beutel ve ark., 2019), çalışmalarındaki örneklemlerin yaş ortalamasının yüksek olmasıyla da ilgili olabileceğini ifade etmektedir. Dolayısıyla mevcut çalışmada bedensel belirtilerin 18-29 yaş grubunda daha yüksek düzeyde olması yönündeki farkın, çalışma örnekleminin yaş ortalamasının yüksek olmaması ve katılımcıların büyük bir kısmının genç-orta yaş grubundaki bireylerden oluşmasından da kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada tespit edilen bir diğer sonuca göre 18-29 yaş grubundaki katılımcılar en yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını bildirmiştir. Daha genç bireylerin belirsizliğe tahammül etmekte daha fazla güçlük yaşadığı ve belirsizliğe daha fazla olumsuz tepki verdiği görülmektedir. Alanyazında bu doğrultuda görece sınırlı sayıda olmakla birlikte, yaş arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlüğün azaldığına dair bulgular mevcuttur (Bottesi ve ark., 2019; Kretzmann ve Gauer, 2020). Gelişimsel süreç içerisinde yaş ilerledikçe yaşam olayları da detaylanmakta ve insanlar daha fazla deneyim kazanmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte belirsizliklerin giderek azalıyor olması veya bireylerin zaman içerisinde belirsizlikleri daha iyi idare etme becerisi kazanıyor olmasının, mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün genç yaş grubunda daha yüksek olmasını açıklıyor olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut örneklemde yer alan 18-29 ve 30-44 yaş gruplarındaki katılımcılar, 45-68 yaş grubuna kıyasla çok daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü bildirmiştir. Daha genç bireyler olumsuz duygularını idare etmekte daha fazla zorluk yaşamaktadır. Alanyazında yaşın artmasıyla birlikte duygu düzenlemedeki güçlüklerin azaldığını gösteren bulgular, çalışmamızdaki bulgularla tutarlıdır (Hallion ve ark., 2018; Orgeta, 2009; Yalçınkaya-Alkar, 2020). Bu sonuç, duygu düzenlemedeki gelişimsel değişimler ile

açıklanmaktadır. Daha yaşlı yetişkinlerin kendi duygularını düzenleme ve kontrol etme konusunda daha olumlu bir algılarının olduğu bildirilmektedir (Kessler ve Staudinger, 2009). Yaş ilerledikçe duygusal iyilik halini sağlama hedefinin daha belirgin hale gelmesi, olumsuz duygu uyandıran uyaranlarla daha az meşguliyet içerisinde olmayı etkilemektedir (Livingstone ve Isaacowitz, 2015). Dolayısıyla artan yaşla beraber duyguları daha iyi idare etme becerisinin gelişiyor olması muhtemeldir.

Anksiyete duyarlılığı açısından değerlendirildiğinde mevcut çalışmanın genç yaş grubundaki katılımcılarının anksiyete duyarlılığının, orta-ileri yaştaki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Geçmiş çalışmalar ele alındığında anksiyete duyarlılığının genç bireylerde daha yüksek olduğunu göstererek mevcut çalışmayı destekleyen bulgulara rastlanmaktadır (Gerolimatos ve Edelstein, 2012; Mahoney ve ark., 2015). Daha önce belirtilmiş olduğu üzere yaşla birlikte duygu düzenleme becerilerinde de bir gelişme yaşanmaktadır. Araştırmacılar anksiyete duyarlılığı için görülen yaş farklarını da bu bağlamda açıklamaktadır. Bireylerin gelişimsel süreç içerisinde duygu düzenleme becerilerini giderek daha etkili şekilde kullandıkları ve bu gelişmeyle uyumlu olarak, kaygıyı şiddetlendirebilecek bedensel duyumlarına fazla dikkat vermemeyi tercih ediyor olabilecekleri belirtilmektedir (Gerolimatos ve Edelstein, 2012). Genç bireylerle kıyaslandığında, yaşı daha büyük olan bireylerin fiziksel işlevselliklerine dair farkındalıklarının daha yüksek olması ve bu nedenle belirtilerine yönelik daha gerçekçi değerlendirmeler yapıyor olmaları mümkün görünmektedir (Mahoney ve ark., 2015). Ayrıca yaşın ilerlemesiyle fiziksel sağlıkta bazı düşüşlerin olması beklenebilirken genç yetişkinlikte bu türde bir düşüşün daha beklenmedik olması da kaygıyla ilişkili bedensel belirtileri daha rahatsız edici şekilde yaşamayı etkiliyor olabilir

Yaş farklılıklarıyla ilgili olarak elde edilen bir diğer sonuca göre 45 yaşın üzerindeki bireyler, 45 yaşın altındaki bireylerden daha az sağlık kaygısı yaşamaktadır. Alanyazın incelendiğinde yaş ve sağlık kaygısı arasındaki bağlantılara dair çelişkili sonuçların bulunduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda farklı yaş grupları için sağlık kaygısının anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmektedir (Özdin ve Bayrak-Özdin, 2020). Ancak yaşın ilerlemesi ile sağlık kaygısı kriterlerinin karşılanması arasında bağlantı tespit eden araştırmalar da bulunmaktadır (Bleichhardt ve Hiller, 2007). Bahsedilen araştırmada örneklemin ağırlıklı olarak orta yaş üzeri katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Yaş grupları arasında tespit edilen farklı bulguların, çalışmalara dahil edilen katılımcıların yaş dağılımından etkileniyor olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, çalışmamızda elde

edilen sonuçla da tutarlı olarak genç yetişkinlerin ileri yaştaki yetişkinlere kıyasla daha fazla sağlık kaygısı yaşadığı da bildirilmektedir (Gerolimatos ve Edelstein, 2012). İleri yaşta belirgin veya çok sayıda sağlık problemi bulunmadığı sürece, genç yetişkinlere veya önemli sağlık problemleri yaşayan yetişkinlere kıyasla sağlık kaygısının daha düşük düzeyde olmasının mümkün olduğu belirtilmektedir (Bourgault-Fagnou ve Hadjistavropoulos, 2009). Yaşın ilerlemesiyle birlikte insanların sağlıklarıyla ilgili endişelenmek yerine duygusal iyilik hallerine daha fazla odaklanmayı tercih ediyor olabilecekleri öne sürülmektedir (Gerolimatos ve Edelstein, 2012). Nitekim, kaygı bozukluklarının da yaşlı yetişkinlerde daha az yaygın olduğu bilinmektedir (Wolitzky-Taylor ve ark., 2010). Sonuç olarak mevcut çalışmada genç yetişkinlerin daha yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşamalarına ilişkin bulgunun, hem yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlık endişelerine gösterilen ilginin azalmasıyla hem de çalışmamızdaki örneklem içerisinde ileri yaştaki yetişkinlerin daha düşük bir oranda olmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir. Ek olarak geçmiş çalışmalarda yaşa ilişkin değişken sonuçların bulunmasının, sağlık kaygısının tek bir yaş grubuna özgü olmadığının ve farklı yaşlarda ortaya çıkabildiğinin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir.

Güvenlik arama davranışlarının örneklemin genç yaş grubunda, diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla sergilendiği görülmektedir. Bu bulgunun hem alanyazındaki çalışma sonuçlarını destekleyen hem de bu sonuçlarla çelişen yönleri mevcuttur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin daha fazla sağlık hizmeti başvurusunda bulunduğu bildirilmektedir (Bobevski ve ark., 2016). Bununla birlikte 18-34 yaş grubundaki kişilerin, 35-54 yaş grubundakilere kıyasla sağlıkla ilgili bilgi arayışı daha fazladır (Haviland ve ark., 2003). Çalışmamızda genç yaş grubunun daha fazla güvenlik davranışı sergilemesi yönündeki bulgunun, güvenlik davranışlarının kavramsallaştırılmasında İnternet kullanımıyla ilgili maddelerin bulunmasından da etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık kaygısının hafif düzeyde olmasının, ileri yaştaki yetişkinler için uygun sağlık davranışlarını sergileme yönünde olumlu bir etkisinin olabileceği belirtilmektedir (El-Gabalawy ve ark., 2013). Çalışmamızda sağlık kaygısının yaşla birlikte azaldığına yönelik bulgunun da güvenlik davranışlarındaki yaş farkını açıklıyor olması mümkündür.

4.1.3. Çalışma Değişkenlerinin Fiziksel Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması

Mevcut çalışmada herhangi bir fiziksel veya kronik hastalığa sahip olduğunu bildiren katılımcıların bedensel belirti düzeyi, fiziksel hastalığı olmayan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Teşhis edilmiş bir tıbbi hastalığa sahip olmanın, kalıcı ve yüksek düzeydeki bedensel belirtiler için risk oluşturan faktörler arasında yer aldığı bildirilmektedir (Creed ve ark., 2012; van Eck van der Sluijs ve ark., 2018). Mevcut olan hastalığa göre değişiklik göstermesi beklenmekle birlikte herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmanın, bireyin daha fazla bedensel sıkıntı yaşaması ve bedensel belirti yükünün artması ile bağlantılı olması anlaşılır görünmektedir.

Fiziksel hastalığa sahip olan katılımcıların, fiziksel hastalığı olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşadığı görülmektedir. Bu bulgu, kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlıklarıyla ilgili endişelerinin daha fazla olduğunu gösteren geçmiş çalışmalarla tutarlıdır (Kurcer ve ark., 2021; Özdin ve Bayrak-Özdin, 2020; Yılmaz ve Dirik, 2018). En az bir fiziksel hastalığa sahip olan bireylerin, görece sağlıklı olan bireylere kıyasla sağlık kaygısı kriterlerini karşılama olasılığı yaklaşık beş kat fazla olmaktadır (Sunderland ve ark., 2013). Fiziksel veya kronik bir hastalığa sahip olmanın, bireyin sağlığıyla daha fazla meşguliyet içerisinde olmasını gerektirmesi ve bu nedenle sağlığına daha fazla odaklanması yönünde bir eğilime yol açması muhtemeldir. Dolayısıyla fiziksel hastalık tanısının bulunmasının, bedene ve sağlığa yönelik artan dikkatin bir sonucu olarak sağlık kaygısını artırıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu da fiziksel hastalık tanısı olan bireylerin sağlıklarıyla ilgili daha fazla güvenlik davranışı sergiliyor olması yönündedir. Fiziksel bir hastalık tanısına sahip bireylerin normal dışı hastalık davranışlarını daha fazla sergilediği bildirilmektedir (Güleç, 2012; Yılmaz ve Dirik, 2018). Hastalık davranışları bireyin sahip olduğu hastalık için sık sık doktor arayışına girmesi, tıbbi değerlendirmelere ve ilaç tedavilerine gereğinden fazla başvurması gibi hastalıkla başa çıkma odaklı davranışları içermektedir (Rief ve ark., 2003). Tıbbi hastalığa sahip olmak, İnterneti sağlıkla ilgili bilgilere erişme amacıyla kullanmayı yordamaktadır (Haviland ve ark., 2003). Sağlık endişelerini tetikleyecek uyarıcıların kişiye özgü olarak seçilmesi durumunda, bireyin güvenlik davranışlarını sergileme isteği artmaktadır (Abramowitz ve Moore, 2007). Fiziksel hastalığa sahip olmanın da kişiye özgü olan ve hastalık meşguliyetini tetikleyecek bir uyarıcı

olduğu düşünüldüğünde, güvenlik davranışlarının fiziksel hastalığa sahip bireylerde daha fazla sergilenmesi anlaşılır olmaktadır. Herhangi bir kronik veya fiziksel sağlık sorununa sahip bireylerin güvenlik davranışlarını daha fazla sergilemesinde, bu bireylerin başa çıkma yollarını uygulamaları gereken daha fazla bedensel belirti yaşamaları, fiziksel durumları için düzenli şekilde doktor kontrolünden geçmeleri ve sağlıklarına odaklanmalarına yol açan daha fazla durum yaşamalarının etkisi olabileceği düşünülmektedir.

4.2. Çalışma Değişkenlerinin Sağlık Kaygısı ile İlişkilerinin ve Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmanın amaçlarından biri de çalışma değişkenlerinin sağlık kaygısı ile ilişkilerini değerlendirmek ve bu bağlantıları ele alırken özellikle de sağlık kaygısını yordayabilecek faktörleri belirlemek yönündedir. Bu doğrultuda sağlık kaygısının bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışlarıyla ilişkileri belirlenmiştir. Ayrıca bahsedilen değişkenler bir arada ele alındığında sağlık kaygısını ne ölçüde açıklayabildiklerini daha detaylı olarak değerlendirebilmek için bu değişkenlerin alt boyutlarının sağlık kaygısı üzerindeki yordayıcılığına ilişkin sonuçlar incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar öncelikle değişkenlerin, çalışmamızın ana değişkeni olan sağlık kaygısı ile ilişkilerine yönelik korelasyon analizlerini ve sağlık kaygısının yordanmasına ilişkin regresyon analizlerini açıklayacak şekilde değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki diğer bağlantılara yönelik bulgular ise seri aracılık analizleriyle ilgili tartışma kapsamında ele alınmıştır.

Çalışma kapsamında yürütülen korelasyon analizi sonuçlarına göre bedensel belirtiler sağlık kaygısı ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, alanyazındaki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Creed ve ark., 2018; Gierk ve ark., 2015; Sarıkavak ve ark., 2017). Mevcut çalışmada bedensel belirtilerin sağlık kaygısını yordadığı da tespit edilmiştir. Bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasında zamansal olarak nasıl bir bağlantı olduğunu inceleyen daha az sayıda çalışma bulunmakla birlikte araştırma sonuçları, bedensel belirti sayısının ve şiddetinin fazla olmasıyla tanımlanan bedensel belirti yükünün sağlık kaygısındaki artışı ileriye dönük olarak yordadığını göstermektedir (Woud ve ark., 2016). Daha önceki bölümlerde de gözden geçirilmiş olduğu üzere, sağlık kaygısının ortaya çıkması ve sürmesinde rol oynayan mekanizmaları açıklamak üzere geliştirilmiş bilişsel model (Warwick ve Salkovskis, 1990) kapsamında bedensel belirtilerin, sağlıkla

ilgili endişeleri tetikleyen bir rol üstlendiği öne sürülmektedir. Çoğunlukla tehlikesiz olan bedensel duyum ve rahatsızlıkların sağlığı tehdit edici olarak değerlendirilmesi, sağlık kaygısına ilişkin açıklamalarda merkezi bir konumda yer almaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Bireyin yaşadığı bedensel belirtilerin sahip olduğu bir hastalık nedeniyle ortaya çıktığına dair yorumları, sağlığıyla ilgili endişelerini artırmaktadır. Çalışmamızda değerlendirilen bedensel belirtiler arasında baş ağrısı, karın ağrısı gibi farklı ağrı türlerinin yanı sıra kalp çarpıntısı, nefes darlığı, baş dönmesi gibi belirtiler de yer almaktadır. Bu belirtiler bedensel şikayetler arasında sınıflandırılmakla birlikte, aynı zamanda kaygının fizyolojik belirtileri olarak da tanımlanmaktadır (Abramowtiz ve ark., 2002). Algılanan tehdide bağlı olarak tetiklenen kaygı tepkisi, fizyolojik uyarılmanın artmasına yol açarak kalp atışında hızlanma, nefes alış-verişte düzensizlik, göğüste daralma, baş dönmesi gibi belirtileri ortaya çıkartmaktadır. Kaygının aslında tehlike arz etmeyen fizyolojik bu belirtileri, sağlığıyla ilgili endişelenmeye yatkın birey tarafından sağlığıyla ilgili ciddi bir sorunun olduğu yönünde değerlendirilmektedir (Asmundson ve Fergus, 2019). Dolayısıyla bireyin bedensel sıkıntılarının doğrudan sağlığıyla ilgili kaygılara yol açması veya kaygının daha fazla "tehdit edici" fizyolojik belirtiyi ortaya çıkarması sonucunda sağlığıyla ilgili endişelerinin daha da artış göstermesi mümkündür. Bu doğrultuda çalışmamızda bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasında tespit edilen ilişkinin, sağlık kaygısına dair bilişsel açıklamaları desteklediği; aynı zamanda iki faktör arasındaki karşılıklı ilişkinin ve birbirini sürdüren kısırdöngünün bir göstergesi olabileceği söylenebilir. Bedensel belirtilerin sağlık kaygısındaki artışı yordadığı araştırma sonuçlarının yanı sıra, hastalık endişelerinin de daha fazla bedensel belirtiyi yordadığına dair sonuçlara da rastlanmaktadır (Selinheimo ve ark., 2018). Nitekim bedensel belirtilerin veya sağlık kaygısının tek başına da görülebildiği bilinse de (Lee ve ark., 2015) elde edilen bu sonuçlar iki durumun bir arada da ortaya çıktığına ve birlikte artış gösterdiğine işaret etmektedir. Bu sonuç aynı zamanda DSM-5'te bedensel belirti bozukluğu kategorisiyle ilgili olarak bedensel belirtilere sağlıkla ilgili endişelerin eşlik etmesi yönündeki kriter değişikliğini de destekler niteliktedir (APA, 2013).

Korelasyon analizlerinden elde edilen bir diğer sonuca göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir bağlantı bulunmaktadır. Sağlık kaygısı, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt boyutuyla da anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, konuyla ilgili daha önceki çalışmalarla uyumludur (Boelen ve Carleton, 2012; Fergus ve Valentiner, 2011; Fetzner ve ark., 2014). Çalışmamızda ayrıca diğer değişkenler

dahil edilmeden yalnızca belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutlarının yordayıcı etkisi değerlendirildiğinde, engelleyici kaygı boyutunun sağlık kaygısını anlamlı olarak yordadığı yönündeki bulgu da geçmiş çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Fergus ve Bardeen, 2013). Belirsizliğe tahammülün düşük olmasının, sebebi anlaşılamayan bedensel duyumlar veya sağlıkla ilgili bilgiler gibi belirsiz uyaranlara maruz kalındığında kaygının yükselmesine zemin hazırlıyor olabileceği öne sürülmektedir (Wright ve ark., 2016). Yol açabilecekleri sağlık sonuçlarını kesin olarak bilmenin mümkün olmaması nedeniyle bu uyaranlar önemli ölçüde bilinmezlik ve belirsizlik içermektedir. Ayrıca insan sağlığının nasıl olduğu konusunda tam bir kesinlik elde etmenin oldukça zor olması nedeniyle belirsizlik, sağlık durumunun mecburi bir parçası halini almaktadır (Boelen ve Carleton, 2012). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün engelleyici/ketleyici boyutu belirsizlik felci olarak da adlandırılmakta ve belirsizlikle karşı karşıya kalındığında harekete geçemez hale gelmeyi ve belirsizliğe etkili şekilde tepki verememeyi içermektedir (Birrell ve ark., 2011). Dolayısıyla belirsizliğe katlanmakta güçlük yaşayan ve belirsizlik içeren durumları kaçınılması gereken bir nitelikte algılayan bir kişinin, sağlıkla ilgili olumsuz tetikleyicileri de belirsizliğe dair algısı çerçevesinde değerlendirmesi olasıdır. Bunun sonucunda kişinin, sağlığının kötü durumda olabileceğine dair inancının ve hem bedensel belirtileriyle hem de sağlık durumuyla ilgili kesinlik elde etme ihtiyacının artmasının mümkün olabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmada değişkenlerin alt boyutlarının sağlık kaygısı üzerinde bir arada gösterdikleri yordayıcı etki incelendiğinde ise belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutları olan ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygının diğer değişkenlerden bağımsız olarak sağlık kaygısını anlamlı şekilde yordamadığı sonucuna varılmıştır. Çalışma hipotezlerinin aksine elde edilmiş olan bu bulgu, belirsizliğe tahammülsüzlüğün her iki boyutunun da anlamlı birer yordayıcı olduğunu gösteren bazı çalışmalarla tutarsızlık göstermektedir (Wright ve ark., 2016). Bununla birlikte, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı için anlamlı bir yordayıcı olmadığını destekleyen araştırma sonuçlarına da rastlanmaktadır. Mevcut çalışma sonucuna benzer biçimde belirsizliğe tahammülsüzlük sağlık kaygısı ile ilişkili olmasına karşın, kaygı ve depresyon gibi belirtilerin ve nevrotikliğin etkisi kontrol edildiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısını anlamlı olarak yordamadığı bildirilmektedir (Boelen ve Carleton, 2012; Penney ve ark., 2020). Çalışmamızda olumsuz duygulanımın veya duygusal bozukluk belirtilerinin olası etkisi kontrol edilmemiş olmakla birlikte, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri gibi diğer değişkenler regresyon analizine dahil edildiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün yordayıcılığı anlamsız hale gelmiştir. Dolayısıyla belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısıyla doğrudan ilişkisinin,

daha önceki çalışmalarda (Ör. Fetzner ve ark, 2014) gösterildiği kadar güçlü olmama ihtimali bulunmaktadır. Alternatif olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasında tespit edilen ilişkinin, çalışmadaki diğer faktörlerle veya bu çalışmada ele alınmamış başka faktörlerle karşılıklı bağlantılarının bulunmasından da kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışma kapsamında anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğunu gösteren bulgu, alanyazındaki önceki çalışmalarla uyumlu niteliktedir (Brady ve ark., 2014; Fergus, 2014; Parker ve ark., 2022; Wheaton ve ark., 2010). Ayrıca anksiyete duyarlılığının alt boyutlarından fiziksel anksiyete duyarlılığının, sağlık kaygısını anlamlı olarak yordadığı sonucuna varılmıştır. Konuya yönelik çalışmalar da özellikle fiziksel anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısıyla daha tutarlı şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (Fergus ve Bardeen, 2013). Daha önce de belirtilmiş olduğu üzere kaygı yalnızca duygusal düzeyde yaşanmakla kalmayıp fizyolojik bazı tepkileri de içerisinde barındırmaktadır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Anksiyete duyarlılığının fiziksel bileşeninin yüksek düzeyde olması, bireyi bedensel duyumları ve belirtilerine karşı tepkisel hale getirmektedir (McHugh, 2019). Kaygıdan korkma yönündeki bu eğilimin, pek çok bedensel deneyimin olumsuzluğunu şiddetlendirdiği ve bu deneyimlere gösterilen tepkileri de etkilediği belirtilmektedir (Smits ve ark., 2019). Sağlık kaygısının da bedensel duyumların olumsuz biçimde algılanmasıyla ortaya çıkan duygusal ve bilişsel bir tepki olduğu düşünüldüğünde, anksiyete duyarlılığının özellikle fiziksel boyutu ile bağlantısı akla yatkın olmaktadır. Bilişsel model kapsamında bedensel duyum ve belirtilerin tıbbi bir problemin işareti olduğu yönündeki hatalı düşüncelerin, sağlık kaygısı için önemli bir rolü bulunmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Beden duyumlarının olası sonuçlarını felaketleştirerek yanlış yorumlama eğilimini içermesinden ötürü, anksiyete duyarlılığının da sağlıkla ilgili hatalı düşünce yapılarından biri olarak kavramsallaştırılması mümkündür (Norris ve Marcus, 2014). Bunu destekler şekilde, sağlıkla ilgili bilişler ve anksiyete duyarlılığı bir arada incelendiğinde de fiziksel anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı için daha güçlü bir yordayıcı olduğu bildirilmektedir (Melli ve ark., 2017). Bununla birlikte, anksiyete duyarlılığı ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkinin, iki yapı arasındaki olası örtüşmeyle de ilgili olma ihtimali akla gelmektedir. Ancak bazı araştırmacılar, iki yapının psikometrik özelliklerini inceleyerek birbirlerinden bağımsız ancak birbirleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Fergus ve Bardeen, 2013; Stewart ve ark., 2008). Mevcut

çalışma da anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısını yordadığına ilişkin bulgu ile alanyazını desteklemektedir.

Çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinden alınan toplam puan, sağlık kaygısı ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuca göre, olumsuz his ve duyumlar gibi yaşantıların açık bir şekilde anlaşılmasında ve kabul edilmesinde zorlukların olması, ayrıca bu olumsuzlukları uygun ve esnek biçimde idare edebilecek yollara ulaşılamayacağına inanılması, sağlıkla ilgili endişelerin daha fazla olmasıyla bağlantılı görünmektedir. Duygu düzenleme güçlüklerinin alt boyutları incelendiğinde ise olumsuz duygularla karşı karşıya kalındığında istenilen amaçlara odaklı hareket edebilme ve duygu düzenleme stratejilerini kullanabilme boyutlarındaki güçlüklerin sağlık kaygısını yordadığı sonucuna varılmıştır. Bir diğer ifadeyle, olumsuz duygular içerisindeyken ve sıkıntılı hissederken bunlar dışında bir şeye odaklanmakta zorlanmak, sağlık kaygısındaki artışla ilişki göstermektedir. Aynı zamanda bu sıkıntı hissini giderebilmek için başvurulabilecek bir yolun olmadığını ve bu sıkıntının uzun süre devam edeceğini düşünmek de sağlık kaygısının artışına katkıda bulunmaktadır. Duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısı bağlamında incelendiği sınırlı sayıda araştırma bulunmakla birlikte mevcut çalışmada elde edilen bulgu, farklı duygu düzensizliği yapılarının sağlık kaygısıyla ilişkilerini gösteren önceki çalışma sonuçlarıyla tutarlıdır (Bailer ve ark., 2017; Bardeen ve Fergus, 2014). Daha önceki araştırmalarda sağlık kaygısı bağlamında duygu düzenlemenin farklı kavramsallaştırmalarının ele alındığı görülmektedir. Bireyin kendi duygularını etkili şekilde idare edebilme becerilerine ilişkin öznel değerlendirmeleri hakkında genel bir bilgi sağlamasından ötürü, çalışmamızda duygu düzenleme güçlükleri kavramsallaştırması (Gratz ve Roemer, 2004) temel alınmıştır. Çalışmamızda duygu düzenlemeye ilişkin spesifik stratejilere odaklanılmamış olsa da duyguları düzenlemek için herhangi bir strateji kullanmaya ilişkin algılanan güçlüklerin sağlık kaygısındaki artışa katkıda bulunduğu görülmektedir. Bu bulgunun, farklı stratejilerin kullanımının veya kullanılamamasının sağlık kaygısıyla nasıl ilişkileri olabileceğine dair daha detaylı incelemeler yapılması için bir zemin oluşturduğu düşünülmektedir. Sağlığı tehdit eden bilgilerin işlenmesi sırasında ortaya çıkan duyguları düzenlemedeki başarısızlıkların ve etkili düzenleme stratejilerine algılanan erişimin azalmasının, bu bilgilerin yanlış şekilde yorumlanmasına yol açarak sağlıkla ilgili kaygının sürmesinde rolü olabileceği ifade edilmektedir (Fergus ve Valentiner, 2010; Leonidou ve Panayiotou, 2018). Duygu düzenlemenin etkili şekilde gerçekleştirilebilmesi, uygun stratejileri seçmeyi ve bunları esnek şekilde kullanmayı gerektirmektedir (Gouveia ve ark., 2022). Gelecek

araştırmalarda sağlık kaygısı bağlamında duyguları düzenlemek için gösterilen girişimler ve duygu düzenleme becerisine dair algılanan yeterlilik (Gross, 2015) gibi süreçlere daha fazla odaklanılmasının, sağlıkla ilgili algılanan tehdidin ve bu tehdit sonucunda ortaya çıkan duyguların nasıl idare edildiğini anlayabilmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Korelasyon analizinden elde edilen bir diğer sonuca göre güvenlik davranışları ile sağlık kaygısı arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur. Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeli, herhangi bir sağlık problemine sahip olma ihtimaline ilişkin kaygıyı hafifletmek için güvenlik davranışlarının sergilendiğini vurgulamaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Güvenlik davranışlarının tek bir görünümünün olmadığı ve farklı biçimlerde ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Fergus ve Asmundson, 2019). Bu davranışların değerlendirilmesinde de tek bir yöntemin bulunmadığı; tıbbi hizmet kullanımı veya hastalık davranışı gibi farklı kavramlara yönelik ölçüm araçları, araştırmacılar tarafından hazırlanan kontrol listeleri veya nitel görüşmeler gibi çeşitli yollarla değerlendirme yapıldığı görülmektedir (Ör. Halldorsson ve Salkovskis, 2017; Leonidou ve Panayiotou, 2021; Ma ve ark., 2019; Yılmaz ve Dirik, 2018). Mevcut çalışmada da bu davranışları ele alırken oluşturulan kontrol listesinde tıbbi hizmetlere başvurma, hastalık belirtilerini tespit etmek için vücudu kontrol etme, İnternet üzerinde sağlıkla ve belirtilerle ilgili aramalar yapma ve yakın çevreden sağlık durumuyla ilgili güvence isteme gibi farklı davranışlar yer almıştır. Bilişsel davranışçı kavramsallaştırmaya göre sağlık durumuna ilişkin güvenlik hissi elde etmeyi amaçlayan bu davranışlar, bireyin kaygısını hafifletmek yerine sürdürmekte veya şiddetlendirmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Örneğin sağlığı için endişe duyan birey, endişe duyduğu sağlık problemiyle ilgili bilgi arayışına girebilmektedir. Bu davranışın etkisi, gereğinden fazla bilgiye veya yanlış bilgilere maruz kalarak sağlık durumuyla ilgili korkuların daha da artması yönünde olabilmektedir. Ayrıca güvence arayışının kaygıyı geçici olarak azaltması, bireyin bu davranışlara daha fazla başvurmasına yol açmaktadır. Gözden geçirilen çalışmalar da sağlık kaygısının tıbbi hizmet ve ilaç kullanımıyla (Bobevski ve ark., 2016; Gaygısız ve ark., 2021), güvence arayışıyla (Halldorsson ve Salkovskis, 2017), bedeni kontrol etme gibi hastalık davranışlarıyla (Weiss ve ark., 2016) ve İnternette sağlıkla ilgili bilgi aramayla (McMullan ve ark., 2019) ilişkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla mevcut çalışmada elde edilen bulgu, hem bilişsel davranışçı modelde belirtilen karşılıklı ilişkiyi hem de alanyazındaki önceki çalışmaları desteklemektedir.

Mevcut çalışmada elde edilen bulgular, çalışma değişkenlerinin sağlık kaygısıyla ilişkili olduğunu ve bu değişkenlerin sağlık kaygısı belirtilerini yordadığını göstermiştir. Bununla birlikte çalışma değişkenleri olan bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışlarının da birbirleriyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu bulgular, çalışmanın temel amacı doğrultusunda gerçekleştirilen ve takip eden bölümde sunulan seri aracılık analizlerinin sonuçları kapsamında sağlık kaygısı bağlamında ele alınmaktadır.

4.3. Seri Aracılık Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamındaki değişkenlerin sağlık kaygısıyla doğrudan ve birbirleri aracılığıyla kurdukları bağlantıları tespit edebilmek amacıyla oluşturulan modeller, seri çoklu aracılık analizleriyle incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar bu bölümde, bilişsel davranışçı model ve alanyazındaki geçmiş bulgular temelinde açıklanmaktadır.

4.3.1. Bedensel Belirtiler ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler

Fiziksel hastalık sahibi olup olmamanın etkisi kontrol edilerek gerçekleştirilen analiz kapsamında, bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin seri aracılık rolü incelenmiş ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Hem bilişsel davranışçı modele hem de geçmiş araştırmalara göre, bedensel belirtiler sağlıkla ilgili kaygının ve hastalık endişelerinin ortaya çıkmasında önemli bir tetikleyici olmaktadır (Abramowitz ve ark., 2002; Woud ve ark., 2016). Bu sonuç, genel olarak daha fazla bedensel belirti yaşama eğiliminin sağlıkla ilgili endişelerin ortaya çıkması için risk oluşturabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda bedendeki duyumları algılamanın, sağlık kaygısı epizodlarını tetikleyebileceğine de işaret etmektedir. Geçmiş çalışmalarda bedensel belirtilerin sağlık kaygısı ile ilişkisinde rol oynayabilecek olası mekanizmaların ele alınmadığı görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin bu ilişkide hem birbirlerinden bağımsız olarak hem de birlikte sıralı aracı rollerinin anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bedensel belirtilerin sağlık kaygısını anksiyete duyarlılığı aracılığıyla yordadığı dolaylı etki anlamlılık göstermiştir. Anksiyete duyarlılığı bedensel belirtilere ilişkin anlık olarak ortaya çıkabilecek

olan kalp krizi gibi olası olumsuz sonuçlara dair korkuyu içermektedir (Taylor ve ark., 2007). Sağlık kaygısının yalnızca aniden ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına yönelik endişelerle sınırlı olmayıp ileriye yönelik endişeleri de kapsadığı düşünüldüğünde (Abramowitz ve Braddock, 2009) anksiyete duyarlılığın sağlık kaygısını açıklamak için yeterli bir faktör olmadığı düşünülebilir. Ancak anksiyete duyarlılığının, bireyin özellikle de kaygıyla ilişkili bedensel duyumlarını tehdit edici olarak algılamasına yol açarak kaygıyı, bedensel belirtileri ve bu bedensel deneyimlere dair korkuyu giderek artıran bir bilişsel faktör olduğu bilinmektedir (Otto ve ark., 2016). Dolayısıyla anksiyete duyarlılığının yalnızca anlık tıbbi sonuçlara dair korkuları yansıtmakla kalmayıp aynı zamanda daha geniş kapsamlı olarak bedensel deneyimlere yönelik tehdit içerikli yorumların yapılmasını yansıtan bir yapı olduğu düşünüldüğünde, bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkideki aracı rolü anlaşılır olmaktadır. Bedensel belirtilerle karşı karşıya kalan bireylerin, bu belirtilerin ne anlama geldiğine dair felaketleştirme odaklı olumsuz yorumlarda bulunması ve bununla birlikte sağlıklarıyla ilgili kaygılarının yükselmesi mümkündür. Bulgulara yönelik bu açıklama, bilişsel davranışçı yaklaşımın varsayımlarıyla da örtüşmektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Ayrıca artan sağlık kaygısının da bedensel belirtilere yönelik odağı artırması, bu belirtilere dair felaketleştirme yorumlarının da artması ve genel olarak semptomların şiddetini sürdürmesi şeklinde bir döngünün oluşması söz konusu olabilir (Fergus ve ark., 2019). Dolayısıyla gelecek çalışmalarda bu bağlantıların karşılıklı olarak da incelenmesi önerilmektedir.

Aracılık analizinin sonuçlarına göre bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüklerinin dolaylı etkisi de anlamlıdır. Bu sonuç, bedensel sıkıntının yarattığı olumsuz duygularla başa çıkamamanın, sağlık kaygısının artmasına katkıda bulunuyor olabileceğini düşündürmektedir. Duygusal deneyimlerini anlamakta ve idare etmekte zorluk yaşayan bireylerin olumsuz duygularını yeterli şekilde düzenleyememesinin, duygusal uyarılmanın daha fazla artmasına yol açabileceği ve duygusal uyarılmanın bir parçası olan bedensel duyumları yanlış şekilde tıbbi bir durum olarak tanımlanmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Fergus ve Valentiner, 2010; Görgen ve ark., 2014). Bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar kapsamında duygu düzenleme süreçleri incelendiğinde de duygusal farkındalıkla ilgili eksikliklerin, bireyin fizyolojik duyumlarını duygusal uyarılmanın bir parçası olarak görmemesine ve duygu düzenleyici stratejiler uygulamak yerine bedensel belirtilerine aşırı odaklanmasına da yol açabileceği ifade edilmektedir (Schnabel ve ark., 2022). Bedensel duyumların anlamına dair

hatalı yorumların ve bedene aşırı odaklanmanın sağlık kaygısının da önemli bir parçası olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte duygu düzenlemedeki bozulmaların yalnızca bedensel sıkıntıların bir sonucu olmadığı ve duygu düzenleme süreçlerindeki aksaklıkların da daha fazla bedensel belirtiye yol açabileceği belirtilmektedir (Okur-Güney ve ark., 2019). Duygusal uyaranlara yönelik fizyolojik tepkiselliğin bedensel belirti bozukluğu (APA, 2013) yaşayan bireylerde daha yüksek olmasının ve daha zor düzenlenmesinin de duygu düzensizliğiyle ilgili olabileceği belirtilmektedir. Hem bedensel şikayetlerin hem de sağlık kaygısının duygu düzensizliğiyle bağlantısından ötürü iki sorunu da yaşayan bireylerin bedensel süreçleri ile duyguları arasındaki bağlantıları ve bu süreçlerin birbirine olan etkilerini fark etmelerinin desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu doğrultudaki bir çalışmada da bedensel şikayetleri olan hasta grubunda bilişsel davranışçı terapi uygulamasına duygu düzenleme odaklı müdahalelerin dahil edilmesinin, sağlık kaygısı belirtilerindeki azalmayla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Kleinstauber ve ark., 2019). Bedensel duyumların duygusal bileşenlerine yönelik duygu düzenleme odaklı müdahalelerin uygulanmasının, doğrudan sağlık kaygısına odaklanılmamış olsa bile sağlık kaygısının azalmasına etkisinin olduğu görülmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda duygu düzenlemenin dolaylı etkisine ilişkin elde edilen bulgunun, bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki bağlantıyı anlamak açısından alanyazına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Analiz sonuçları, duygu düzenleme güçlüklerinin ve anksiyete duyarlılığının, bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide birlikte seri aracı rollerinin anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, bedensel belirtilerdeki artışın anksiyete duyarlılığındaki artışla ilişkili olduğunu; anksiyete duyarlılığının da duygu düzenleme güçlüklerindeki artışla ilişkisinin bulunduğunu ve duygu düzenleme güçlüklerinin de sağlık kaygısının yükselmesiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bedensel belirtileri tehdit edici yönde yorumlama eğiliminin sağlıkla ilgili endişeleri artırmasında, bu tehdit algısıyla ilgili sıkıntı hissini ve olumsuz duyguları düzenleyememenin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bilişsel davranışçı modele göre sağlık kaygısı, sağlıkla ilgili tehdit edici uyaranlara odağın arttığı ve bu uyaranlardan biri olan bedensel duyumları felaketleştiren yorumların yapıldığı bir kısırdöngü içerisinde yer almaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004). Bazı araştırmacılar sağlık kaygısı olan bireylerin bedensel belirtilerine ve bu belirtilere ilişkin olumsuz yorumlamalarına bağlı olarak yaşadıkları duygu değişimlerinin, bahsedilen kısırdöngüde önemli bir yerinin olabileceğini belirtmektedir (Witthöft ve ark., 2016). Anksiyete bozukluklarının geneli için anksiyete duyarlılığının bir risk faktörü olduğunu gösteren bazı

araştırmalarda, duygu düzenleme güçlüklerinin de anksiyete duyarlılığının oluşturduğu riske katkısının olabileceği belirtilmektedir (Sippel ve ark., 2014; Vujanovic ve ark., 2008). Yüksek düzeydeki anksiyete duyarlılığının kaygı belirtileriyle ilişkisinde, duygusal sıkıntıya karşı daha az kabul edici olmanın ve duyguları düzenleyecek daha az stratejinin mevcut olmasının rolü bulunmaktadır (Kashdan ve ark., 2008). Dolayısıyla duygulara dair zayıf anlayışı, istenmeyen duyguların kabul edilememesini, duyguları düzenlemek için etkisiz stratejilerin kullanımını ve duyguları düzenleyecek stratejilere erişememeyi içeren duygu düzenleme güçlüklerinin, anksiyete duyarlılığının psikopatolojik sonuçlar üzerindeki etkisini güçlendirmede bir rolü olduğu görülmektedir. Çalışmamız kapsamında sağlık kaygısıyla ilgili bulgu açısından düşünüldüğünde bedensel belirti yükünün yüksek olmasıyla birlikte bu belirtilerin sağlığa yönelik bir tehdidin işareti olarak yorumlanması, duygusal ve fiziksel sıkıntı hissinin artmasına yol açıyor olabilir. Bedene ilişkin bu sıkıntının uygun ve esnek biçimde düzenlenememesinin de sağlıkla ve bedenle ilgili kaygıyı şiddetlendiriyor olması mümkün görünmektedir. Erişilebildiği kadarıyla anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısı bağlamında etkilerinin bir arada incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bundan ötürü elde edilen bu bulgunun sağlık kaygısı alanyazınına katkısı olduğu düşünülmektedir.

4.3.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün pek çok psikopatoloji için yatkınlık oluşturan tanılar üstü bir faktör olduğu belirtilmektedir (Boswell ve ark., 2013). Pek çok insan farklı durumlar karşısında belirsizlik yaşayabilmekte ancak her birey önemli düzeyde kaygı yaşamamaktadır. Kaygı düzeylerindeki farklılığın, olası olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalma ve yeterli biçimde başa çıkamama ihtimaline ilişkin belirsizliğe tahammül etme kapasitesindeki farklılıklara dayandığı öne sürülmektedir (Carleton, 2012). İnsan sağlığı da belirsizlikler içeren ve kesinlik elde etmenin oldukça zor olduğu bir konudur. Bireyin sağlık durumunun güncel olarak iyi olması, gelecekte herhangi bir sağlık problemi yaşamayacağını garanti etmemektedir (Taylor ve Asmundson, 2004). Belirsizliğin ve belirsizliğe verilen anlamın, sağlık ilgili endişeler açısından önemli bir etkisi olabileceği dikkate alınarak mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki bağlantı ele alınmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikopatoloji belirtileriyle olan ilişkilerini

aydınlatmak için farklı faktörlerin aracı rollerinin incelenmesi önerilmektedir (Shihata ve ark., 2016). Bu doğrultuda çalışmamızda anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolleri ele alınmıştır.

Aracılık analizi kapsamında belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının dolaylı etkisinin, duygu düzenleme güçlüğünden bağımsız olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete duyarlılığının kavramsal olarak yakın ancak birbirinden bağımsız iki ayrı faktör olduğu bilinmektedir (Carleton ve ark., 2007a). İki faktör de bilinmeyene ve olası zararlı sonuçlara yönelik korkuyu içermektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük bilinmeyenlere karşı daha genel olumsuz tepkileri yansıtırken, anksiyete duyarlılığı ise beden duyumlarının olası sonuçlarına veya anlamına ilişkin belirsizliğe yönelik daha spesifik bir korkuyu yansıtmaktadır (Carleton, 2016a). Sağlık kaygısı yaşayan bireyler, anksiyete duyarlılığıyla da bağlantılı olarak ortaya çıkan ve kökeni bilinmeyen beden duyumlarının hastalığa işaret edip etmediği konusunda belirsizlik yaşamaktadır (Deacon ve Abramowitz, 2008). Elde edilen sonuca göre de genel olarak belirsizliğe tahammül etmekte zorlanan bireylerin bedensel duyumlarına ve bu duyumların ne anlama geliyor olabileceğine dair belirsizlikten korkmalarının, yani anksiyete duyarlılığının, sağlıklarıyla ilgili daha fazla endişe yaşamalarında ve bedenlerindeki değişimlere karşı daha duyarlı olmalarında etkisi var gibi görünmektedir. Bu bulgu, geçmiş araştırma sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir (O'Bryan ve McLeish, 2017; Wright ve ark., 2016).

Aracılık analizinde elde edilen sonuçlara göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri, anksiyete duyarlılığından bağımsız olarak da aracı bir rol oynamaktadır. Bu sonuç, belirsizlikle ilgili sıkıntı hissini düzenlemedeki güçlüklerin, sağlık kaygısının artmasına katkıda bulunuyor olabileceğini göstermektedir. Yaygın anksiyete açısından iki faktörü bütüncül bir yaklaşımla ele alan bazı araştırmacılar, yüksek düzeydeki belirsizliğe tahammülsüzlüğün, yaşanan duygulara karşı olumsuz bir yönelim geliştirilmesine yol açarak duygu düzenleme süreçlerini etkileyebileceğini öne sürmektedir (Oullet ve ark., 2019). Bu bakış açısına göre belirsizliğe tahammülsüzlük, olası olumsuz sonuçlarla ilişkili düşünce ve duyumlardan rahatsızlık duymaya katkıda bulunmakta; ayrıca duyguları idare etmek için uyum bozucu yollara başvurulmasına neden olmaktadır. Belirsizliği olumsuz bir biçimde deneyimlemek, bireyin içerisinde bulunduğu duygusal durumu tehdit edici olarak algılamasına yol açmakta ve bu duygusal durumun üstesinden gelebilmek için gerekli değişikliği yapabilme becerisine dair

algısını etkilemektedir (Oullet ve ark., 2019). Sağlık kaygısı kapsamında düşünüldüğünde, belirsizliğe tahammül düzeyi düşük bir bireyin sağlık durumuna ve bedensel belirtilere ilişkin bilinmezliğe karşı olumsuz tepkiler vermesi ve bu olumsuzluğun yarattığı sıkıntıyı uygun stratejilerle düzenleyememesi durumunda, belirsizlik hissinin giderilememesi ve sağlıkla ilgili endişelerin sürmesinin mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar da sağlık kaygısını, bireyin yaşadığı beden duyumlarının ve değişimlerinin sağlığı bağlamındaki önemine veya ne anlama geldiğine dair belirsizlikle başa çıkabilmeye yönelik uyumsuz girişimlerin bir sonucu olarak görmektedir (Fergus ve ark., 2022). Bu görüş, sağlık kapsamındaki belirsizliğin ve ilişkili duyguların uygun şekilde idare edilememesinin sağlık kaygısıyla sonuçlanabileceğine işaret eden mevcut çalışma bulgusuyla örtüşmektedir. Bilindiği kadarıyla belirsizliğe tahammülsüzlük ile duygu düzenleme güçlüklerini sağlık kaygısı kapsamında bir arada ele alan bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla elde edilen bulgunun ilgili alanyazına katkısının olduğu düşünülmektedir.

Bahsedilen iki aracı faktörü de içeren seri aracılık analizinin sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin sıralı şekilde üstlendikleri aracı rol de anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün artmasıyla birlikte anksiyete duyarlılığı da artmakta, anksiyete duyarlılığının yükselmesiyle beraber duygu düzenleme güçlükleri de artış göstermekte ve bunun sonucunda sağlık kaygısında da yükselme olmaktadır. Daha önce de belirtilmiş olduğu üzere sağlık durumunun nasıl olduğu ve olası sağlık sorunlarının ortaya çıkma ihtimali hakkında kesin değerlendirmeler yapmak oldukça zordur. Sağlık kaygısının temel özelliklerinden biri de hastalıkla ilgili bilgilerin veya bedendeki değişimlerin, ciddi bir hastalığın göstergesi olarak yorumlanmasıdır (Taylor ve Asmundson, 2004). Belirsizliğe katlanma kapasitesinin düşük olmasının, sağlıkla ilgili algılanan değişimlerin ciddi bir tıbbi durumun belirtileri olma ihtimaliyle ilgili belirsizliğe de olumsuz tepki verilmesine ve kaygının yükselmesine zemin hazırlıyor olması mümkündür. Elde edilen bulgu temelinde belirsizliğe katlanmakta zorlanan bir kişinin, bedensel belirtilerinin ne anlama geldiğine dair felaketleştirici yorumlarda bulunması ve hem belirsizlikle hem de belirtilerine ilişkin yorumlarıyla bağlantılı olarak ortaya çıkan olumsuz duyguları uygun şekilde düzenleyememesi biçiminde bir sürecin gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu sürecin de sağlığa ilişkin kaygıda rolünün olması beklenmektedir. Gelecek çalışmalarda sağlık kaygısı bağlamında özellikle de belirsizlikle bağlantılı duyguların düzenlenmesi sürecine daha fazla

odaklanılması ve duygu düzenleme odaklı müdahalelerin, belirsizliğe katlanma kapasitesinin güçlendirilmesindeki etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

4.3.3. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Sağlık Kaygısının Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma kapsamında sağlık kaygısını yordayan seri aracılık modellerinin yanı sıra, sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modelinde önemli bir yeri olan güvenlik davranışlarını yordayan seri aracılık modelleri de test edilmiştir. Bu doğrultuda, bedensel belirtilerin güvenlik davranışları ile ilişkisinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık kaygısının seri aracılık rolü incelenmiştir. Bu bulgu bedensel belirti yükünün fazla olmasının daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük yaşamakla ilişkili olduğunu; belirsizliğe tahammülsüzlüğün de sağlığa yönelik kaygının artmasıyla ilişkili olduğunu; sağlık kaygısı arttıkça da daha fazla güvenlik davranışının sergilendiğini göstermektedir.

Bilişsel davranışçı modele göre bedensel belirtiler, bir hastalığın göstergesi olarak yanlış yorumlanması nedeniyle sağlık kaygısını tetiklemektedir (Abramowitz ve Braddock, 2009). Bedensel belirtilerin hangi sebeple ortaya çıktığı veya ne gibi sonuçlara yol açabileceği, büyük ölçüde bilinmez nitelikte olmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüz olmanın, sebebi her zaman açıklanamayan bu bedensel belirtileri daha tehdit edici bulmaya yol açabileceği varsayılmaktadır (Starcevic ve Noyes, 2014). Bu doğrultuda bedensel belirtilere ve sağlık durumuna bir açıklık kazandırabilmek ve bilinmezlikle ilişkili kaygıyı azaltabilmek amacıyla güvenlik davranışlarına başvurulduğu düşünülmektedir. Mevcut çalışmada elde edilen bulguyla da uyumlu olarak, belirsizliğe karşı tahammülsüz olmanın bahsedilen süreci şiddetlendirmesi mümkündür. Belirsizliğe katlanmakta zorlanan bireylerin belirsiz durumları tehdit edici olarak değerlendirdiği, bundan ötürü kaygı yaşadığı ve hem kaygıyı hem de belirsizliği gidermek için aşırı düzeyde bilgi arayışına girebildiği bildirilmektedir (Bartoszek ve ark., 2022; Shihata ve ark., 2016). Sağlık kaygısı kapsamındaki araştırmalar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün İnternette tekrarlı şekilde tıbbi bilgi arayışına girmeyi yordadığını göstermektedir (Fergus, 2015; Norr ve ark., 2015). Dolayısıyla kuramsal açıklamalar ve önceki bulgular temelinde değerlendirildiğinde çalışmada elde edilen bulgu, bedensel belirtiler kapsamında belirsizliğe tahammülsüz

olmanın sağlık kaygısıyla ilişkili olduğunu ve ortaya çıkan kaygının da güvenlik davranışlarındaki artışa etkisini göstermiştir.

Seri aracılık analizindeki dolaylı etkiler incelendiğinde bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısından bağımsız olarak gösterdiği etki, istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur. Bir diğer ifadeyle bedensel belirtilerin güvenlik davranışlarını ortaya çıkarmasında belirsizliğe tahammülsüz olmak, tek başına rol oynamıyor gibi görünmektedir. Daha önceki bazı araştırma sonuçlarının bu bulguyla tutarlı olduğu söylenebilir. Singh ve arkadaşlarının (2016) sağlık kaygısı olan bireylerle gerçekleştirdiği nitel çalışmaya göre, yakın zamanda yaşanan bedensel bir belirtiye ilişkin belirsizlik, ciddi bir hastalığın olabileceğine dair düşünceleri ortaya çıkarmakta ve olası hastalığın ciddiyetine odaklı düşünceler, İnternette sağlıkla ilgili bilgi arama ihtiyacını tetiklemektedir. Ancak bedensel belirtiyle bağlantılı sağlık sorununun önemsiz veya geçici olarak algılanması durumunda İnternette bilgi arama davranışının daha az sergilendiği bildirilmektedir (Singh ve ark., 2016). Hem çalışmamızda hem de bahsedilen çalışmada görüldüğü üzere, belirsizliğe tahammülsüzlüğün güvenlik davranışları üzerindeki etkisi, bireylerin ciddi hastalık ihtimaline odaklı olumsuz düşüncelerinin olmasına, yani sağlıkla ilgili endişelerin varlığına bağlı gibi görünmektedir. Nitekim, belirsizliğe tahammül düzeyinin bağlama göre değişebileceği ve sağlık kaygısı olan bireyler için bu tahammülsüzlüğün daha çok hastalık ve sağlık odaklı olduğu ve yaşamlarının diğer alanlarında dikkat çeken bir probleme yol açmıyor olabileceği belirtilmektedir (Mahoney ve McEvoy, 2012; Abramowitz ve Braddock, 2009). Dolayısıyla genel olarak belirsizliği tolere edememenin sağlıkla ilgili davranışlara etkisini anlamak için sağlığa odaklı kaygının incelenmesinin gerekli olabileceği söylenebilir. Çalışmamızda elde edilen bu bulgunun, belirsizlik ve davranışsal sonuçlar arasındaki ilişkiyi aydınlatmak açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bulguların geneli dikkate alınarak gelecek çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı kapsamındaki daha çeşitli güvenlik davranışlarıyla ilişkilerinin incelenmesi de önerilmektedir.

4.3.4. Bedensel Belirtiler ile Güvenlik Davranışları Arasındaki İlişkide Anksiyete Duyarlılığı ve Sağlık Kaygısının Seri Aracılığına İlişkin Değerlendirmeler

Mevcut çalışma kapsamında güvenlik davranışlarını yordama amacıyla oluşturulan bir diğer model, bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete

duyarlılığı ve sağlık kaygısının seri aracılık etkisinin anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır. Analizin sonuçlarına göre bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasında bulunan doğrudan bağlantının yanı sıra bu bağlantı, anksiyete duyarlılığı ve sağlık kaygısının sıralı aracılığıyla da anlamlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Çalışmamız kapsamındaki bir diğer seri aracılık analizinde bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasında anksiyete duyarlılığının üstlendiği aracı role ilişkin bulguların daha önce detaylandırılmış olmasından ötürü, bu bölümde özellikle güvenlik davranışları temelinde açıklamalar sunulacaktır.

Çalışmamızda elde edilen sonuç, bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasında sağlık kaygısının anlamlı şekilde aracı rolünün olduğunu göstermektedir. Alanyazın gözden geçirildiğinde bedensel belirtiler ve sağlık kaygısı etkileşiminin güvenlik davranışlarıyla ilişkisinin ağırlıklı olarak tıbbi hizmet kullanımı açısından incelenmiş olduğu veya hastalık davranışı olarak ele alındığı görülmektedir (Ör. Weiss ve ark., 2016). Ancak bu çalışmalarda incelenen davranışsal sonuçlar "güvenlik davranışı" kavramsallaştırması altında ele alınmamaktadır. Bilişsel davranışçı modelde önemli bir yeri olan güvenlik davranışları, bedensel belirtilerin tetiklediği sağlık kaygısını azaltabilmek ve beklenen olumsuz sağlık sonuçlarını önlemek amacıyla gerçekleştirilmektedir (Asmundson ve Fergus, 2019). Bedensel belirtiler, sağlık kaygısı ve güvenlik davranışları arasında gerçekleştiği varsayılan bu bağlantı, modelin sağlık kaygısına ilişkin temel açıklamalarından biri olmasına karşın, araştırmalarda bu bağlantıların doğrudan bilişsel davranışçı modeli desteklemeyi amaçlayarak incelenmediği görülmektedir. Çalışma sonucuna göre bedensel belirtiler arttıkça sağlığa yönelik kaygının ve meşguliyetin artıyor olması, güvenlik hissi sağlama amacıyla gerçekleştirilen bedeni kontrol etme, yakınlarından güvence almaya çalışma gibi davranışları tetiklemektedir. Elde edilen bu bulgu, hem konuya ilişkin alanyazındaki sınırlı sayıdaki araştırma sonuçlarına hem de sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeline destek oluşturmaktadır.

Bahsedilen analiz kapsamında ayrıca anksiyete duyarlılığının rolü de incelenmiştir. Bu analizin sonucu, bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve sağlık kaygısının sıralı aracılık etkilerinin anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bir diğer ifadeyle bedensel belirti yükündeki artış anksiyete duyarlılığının artmasıyla ilişki göstermekte, anksiyete duyarlılığının yükselmesi sağlık kaygısındaki artışla ilişkili olmakta ve sağlık kaygısının artması da güvenlik davranışlarının sergilenme sıklığındaki artışla ilişkili bulunmaktadır. Anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı bağlamında davranışsal sonuçlarla ilişkisine dair sınırlı bulgular, bedensel duyumlardan

korkma yönündeki bu eğilimin sağlıkla ilgili güvence arayışıyla (Stewart ve ark., 2008), tıbbi hizmet kullanımıyla (Horenstein ve ark., 2019) ve İnternette bilgi arayışına girmekle (Norr ve ark., 2015) ilişkili olduğunu göstermektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşım kapsamında düşünüldüğünde (Ör. Salkovskis, 1997), anksiyete duyarlılığı yüksek olup bedenindeki değişimleri yanlış yorumlayan ve bir hastalığın göstergesi olarak kabul eden bireyin, doktorlara veya yakınlarına başvurarak bu belirtilerin ne anlama geliyor olabileceğine dair güvence istemesi veya farklı kaynaklardan bilgi arayışına girmesi gibi davranışlar sergilemesinin mümkün olabileceği düşünülmektedir. Sağlık kaygısı temelinde olmamakla birlikte, bazı araştırmacılar anksiyete duyarlılığının yarattığı sıkıntının sonucunda olumsuz sağlık davranışlarının ortaya çıkabileceğini belirtmektedir (Smits ve ark., 2019). Buna göre, bedensel deneyimlerin olumsuzluğunu şiddetlendiren anksiyete duyarlılığı, bedensel ve duygusal durumla ilişkili sıkıntı hissinden kaçınma odaklı davranışları harekete geçirmektedir. Araştırmacılar bu davranışları daha çok aşırı yeme, madde kullanımı gibi işlevsiz başa çıkma yollarına odaklanarak tanımlasa da (Otto ve ark., 2016) anksiyete duyarlılığının davranışsal girişimlere katkıda bulunuyor olmasının, çalışmamızın sonuçları açısından da geçerli bir bakış açısı olduğu söylenebilir. Sağlık kaygısını tetikleyen bedensel belirtilerin kaçınılması pek olası olmayan uyarıcılar olmalarından ötürü, anksiyete duyarlılığının sağlık kaygısı bağlamında yalnızca kaçınma odaklı davranışları (Otto ve ark., 2016) değil, ayrıca güvenlik sağlama odaklı davranışsal girişimleri de tetikliyor olabileceği düşünülmektedir. Anksiyete duyarlılığı ile davranışlar arasındaki ilişkinin, sağlık kaygısı bağlamında daha farklı şekilleniyor olması mümkün olabilir. Bedensel duyumlarından korku duyan bireyin sağlığıyla ilgili kaygılarının tetiklenmesi ve bu sıkıntıyı azaltmak ve korku duyduğu olumsuz sonuçları önlemek için bedenini sürekli kontrol etmesi, belirtilerine dair İnternet aramaları yapması, hastane başvurularında bulunması olası görünmektedir. Mevcut çalışmada elde edilen bu bulgu temelinde gelecek araştırmalarda anksiyete duyarlılığının farklı güvenlik davranışlarıyla bağlantılarının incelenmeye devam edilmesi önerilmektedir.

4.4. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Mevcut çalışmanın sınırlılıklarından biri, değişkenlerden alınan puanların değerlendirilmesinde öz-bildirim ölçeklerinin kullanılmış olmasıdır. Yanlı bildirimlere yol açma ihtimalinden ötürü öz-bildirime dayalı ölçümler verilen yanıtları etkileyebilmektedir.

Bununla birlikte örneklemin ağırlıklı olarak kadın katılımcılardan oluşması ve eğitim düzeyinin genel olarak yüksek olması, örneklemin toplum genelini temsil edebilirliği açısından sınırlılık oluşturuyor olabilir. Her ne kadar geniş bir yaş aralığında yer alan katılımcılara ulaşılmış olması, sonuçların genellenme ihtimalini güçlendirse de gelecek çalışmalarda özellikle sosyodemografik değişkenler açısından daha dengeli bir örneklem oluşturulmasının, genellenmesi daha mümkün olan sonuçlar elde etmeye katkısının olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullanılan ölçüm araçlarının büyük bir kısmının psikometrik özellikleri daha önceki çalışmalarda test edilmiştir. Ancak güvenlik davranışlarını değerlendirmek için kuramsal açıklamalar temelinde mevcut çalışma için oluşturulan bir kontrol listesi kullanılmıştır. Güvenlik davranışlarına yönelik bu kontrol listesinin daha önce psikometrik açıdan geçerliği ve güvenirliği değerlendirilmemiş bir ölçüm aracı olmasının bir sınırlılık oluşturma ihtimali bulunmaktadır. Konuyla ilgili geçmiş araştırmalarda da benzer bir yöntem kullanılmış olsa da gelecek araştırmalarda bilişsel davranışçı yaklaşımda öne sürülen güvenlik davranışlarını kapsayacak ve psikometrik özellikleri açısından test edilecek ölçüm araçlarının geliştirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada örneklem hem fiziksel hastalığa sahip olduğunu bildiren hem de fiziksel hastalığa sahip olmayan bireyleri içermektedir. Sağlık kaygısının teşhis edilmiş fiziksel hastalıklara da eşlik edebildiği (Ör. Bobevski ve ark., 2016) ve hastalık durumundan bağımsız olarak yaşanabildiği dikkate alınarak çalışmamızda fiziksel hastalığı olduğunu bildiren katılımcıların dışlanmamasına karar verilmiştir. Bununla birlikte gelecek araştırmalarda spesifik tıbbi hastalıkların, mevcut çalışmadaki faktörlerle bağlantıları açısından ele alınmasının, konuyla ilgili alanyazını ve klinik uygulamaları aydınlatmaya katkısının olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızın toplum temelli bir örneklemde gerçekleştirilmiş olmasından ötürü elde edilen sonuçların tıbbi veya psikiyatrik tanısı bulunan örneklemlere genellenmesi açısından bir sınırlılık bulunduğu söylenebilir. Sağlık kaygısı belirtilerinin farklı düzeylerde yaşandığı (Ferguson, 2009) dikkate alınarak toplum temelli bir örneklem seçilmiştir. Buna karşın elde edilen bulguların gelecek çalışmalarda şiddetli düzeyde sağlık kaygısı yaşayan klinik örneklemlerde de tekrarlanmasının önemli olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızla ilgili bir diğer sınırlılık, katılımcıların depresyon ve anksiyete gibi genel psikopatoloji belirtilerinin düzeyinin değerlendirilmemiş olmasıdır. Bu psikopatoloji

belirtilerinin bedensel belirtilerle kendini gösterme ihtimali bulunmasından ötürü sonuçlarda etkisinin olması mümkündür. Bedensel belirtilerin veya sağlık kaygısının incelendiği gelecek araştırmalarda, genel psikopatoloji belirtilerinin etkisinin kontrol edilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada kullanılan regresyon ve seri aracılık analizleri, değişkenler arasındaki ilişkilerin yönü hakkında fikir vermesine karşın çalışmamızın kesitsel yapısından ötürü etkileşimlerin zamansal sıralamasına dair nedensel çıkarımlar yapmak mümkün olmamaktadır. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle ayrıca değişkenler arasındaki ilişkilerin tek yönlü değil, karşılıklı olması da olasıdır. Dolayısıyla gelecek çalışmalarda boylamsal yöntemle incelemelerin yapılması, mevcut çalışmada ele alınan değişkenlerin zaman içerisinde sağlık kaygısındaki değişimlere olan etkisini anlamaya katkıda bulunabilir.

4.5. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Katkıları

Mevcut çalışmada sağlık kaygısının tetikleyici ve sürdürücü faktörler ve olası sonuçları açısından kuramsal bir temelde incelenmiş olmasının, bilişsel davranışçı yaklaşımın açıklamalarına destek oluşturduğu düşünülmektedir. Ayrıca her ne kadar bilişsel davranışçı yaklaşım temel alınsa da aynı zamanda tanılar üstü faktörlerin ele alınmış olmasının, kuramsal açıklamaları ve müdahale yöntemlerini zenginleştirmek açısından çalışmamızın önemli bir yönü olduğu söylenebilir. Özellikle de duygu düzenleme güçlüklerine ilişkin bulguların, duygu düzenleme odaklı müdahalelerin sağlık kaygısı açısından işlevsel sonuçlarının olabileceğine dair bir zemin oluşturduğu düşünülmektedir.

Geçmiş çalışmalarda bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide rol oynayabilecek faktörlerin çok daha az incelendiği görülmektedir. Çalışmamız bu açıdan belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri olmak üzere tanılar üstü kavramları incelemeye dahil ederek bedensel belirtiler ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi detaylandırmıştır. Bilindiği kadarıyla bu faktörleri bir arada ele alan geçmiş bir çalışma bulunmamaktadır. Sağlık kaygısına ilişkin Türkçe alanyazının da hali hazırda sınırlı sayıda çalışma içerdiği ve mevcut çalışmadaki faktörlerin daha önce incelenmediği görülmektedir. Dolayısıyla sağlık kaygısı için farklı tanılar üstü etmenlerin etkileşimlerinin tespit edilmesinin, çalışmamızın güçlü bir yönü olduğu düşünülmektedir.

Güvenlik davranışları bilişsel davranışçı modelde önemli bir yer edinmiş olmasına karşın araştırmalarda genelde daha az incelenmektedir. Bu davranışların incelenmesi, hangi

spesifik davranışlara müdahale edilmesiyle birlikte sağlık endişelerinin azalmasına yardımcı olunabileceğini keşfetmek açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda hem bedensel belirtilerin hem de sağlık kaygısının güvenlik davranışları ile bağlantısının incelenmiş olması ve bu bağlantıda rolü olabilecek faktörlerin de ele alınmasının, bilişsel davranışçı modelin sağlık kaygısına yönelik açıklamalarına destek sağladığı düşünülmektedir.

5. SONUÇ

Mevcut tez çalışmasında sağlık kaygısıyla ilişkileri açısından bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri ve güvenlik davranışları incelenmiştir. Çalışmanın temel amacı, hem sağlık kaygısını hem de güvenlik davranışlarını tetikleyebileceği düşünülen birtakım faktörleri ele almak olmuştur. Gerçekleştirilen analizler bedensel belirtilerin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün, anksiyete duyarlılığının ve duygu düzenleme güçlüklerinin bazı alt faktörlerinin sağlık kaygısını yordadığını göstermiştir. Değişkenler arasındaki bağlantıları daha detaylı incelemek için seri aracılık analizleri yürütülmüştür. Sonuçlara göre anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlükleri, hem bedensel belirtilerin hem de belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlık kaygısı ile ilişkisinde seri aracılık etkisi göstermiştir. Sağlık kaygısını yordayan bağlantıları belirlemeyi hedefleyen bu incelemelerin yanı sıra güvenlik davranışlarını yordayan bağlantılar da test edilmiştir. Bu doğrultudaki sonuçlar, bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının ve sağlık kaygısının seri aracılık etkisinin olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda bedensel belirtiler ile güvenlik davranışları arasındaki bu ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün de sağlık kaygısıyla beraber seri aracılık etkisi tespit edilmiştir. Çalışma kapsamındaki diğer analizlerde ise sağlık kaygısı düzeyinin cinsiyete, yaş gruplarına ve fiziksel hastalık durumuna göre farklılaştığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık kaygısını bilişsel davranışçı yaklaşım temelinde incelemeyi hedeflerken aynı zamanda tanılar üstü faktörleri de bu kapsamda ele almayı amaçlayan bu çalışma, incelenen faktörlerin sağlık kaygısını ve bu kaygının davranışsal sonuçlarını anlamak açısından fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Çalışma sonuçları bilişsel davranışçı modelin sağlık kaygısına ilişkin açıklamalarına destek oluşturmuş, ayrıca modele dahil edilmesi mümkün olan duygu düzenleme güçlükleri gibi faktörlerin de önemli bir katkısının olabileceğini göstermiştir. Geçmiş çalışmalarda bilindiği kadarıyla mevcut çalışma kapsamında ele alınan faktörler bir arada incelenmemiştir. Ayrıca Türkçe alanyazında sağlık kaygısına ilişkin sınırlı sayıda bulgu olduğu görülmektedir. Dolayısıyla elde edilen sonuçların konuya ilişkin geçmiş araştırmaları desteklemekle beraber aynı zamanda yeni katkılar sağladığını söylemek mümkündür.

6. KAYNAKLAR

Abramowitz, J. S. ve Braddock, A. E. (2009). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach.* Hogrefe Publishing.

Abramowitz, J. S. ve Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(3), 413-424. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.005

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. ve Valentiner, D. P. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(6), 871-883. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9058-1

Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A. ve Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, *77*(12), 1323-1330. https://doi.org/10.4065/77.12.1323

Akbari, M., Spada, M. M., Nikčević, A. V. ve Zamani, E. (2021). The relationship between fear of COVID-19 and health anxiety among families with COVID-19 infected: The mediating role of metacognitions, intolerance of uncertainty and emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 1354-1366. https://doi.org/10.1002/cpp.2628

Alberts, N. M., Sharpe, D., Kehler, M. D. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2011). Health anxiety: Comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(4), 612-614. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.011

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G. ve Schmidt, N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*, *53*, 91-99. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Baskı).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Baskı). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anderson, L. M., Reilly, E. E., Gorrell, S., Schaumberg, K. ve Anderson, D. A. (2016). Gender-based differential item function for the difficulties in emotion regulation scale. *Personality and Individual Differences, 92,* 87-91. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.016

Aslan Kunt, D. ve Dereboy, F. (2018). Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenirliğinin psikiyatri hastaları ve sağlıklı kontrollerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 29*(4). 248-257. https://doi.org/10.5080/u20481

Asmundson, G. J. G. ve Fergus, T. A. (2019). The concept of health anxiety. E. Hedman-Lagerlöf (Ed.), *The clinican's guide to treating health anxiety: Diagnosis, mechanisms, and effective treatment* (s. 1-18) içinde. Academic Press.

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*(4), 306-312. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9

Asmundson, G. J. G., Peluso, D. L., Thibodeau, M. A. ve Taylor, S. (2013). Hypochondriasis. S. G. Hofmann (Ed.), *The Wiley handbook of Cognitive Behavioral Therapy, Volume II* (s. 489-503) içinde. Wiley Blackwell.

Axelsson, E. ve Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 19*(6), 663-676. https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182

Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Wallhed Finn, D. ve Hedman, E. (2016). The health preoccupation diagnostic interview: Inter-rater reliability of a structured interview for diagnostic assessment of DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(4), 259-269. https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1161663

Aydemir, Ö., Kırpınar, I., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50*(4), 325-331. https://doi.org/10.4274/npa.y6383

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. https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243

Bailer, J., Witthöft, M., Erkic, M. ve Mier, D. (2017). Emotion dysregulation in hypochondriasis and depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(6), 1254-1262. https://doi.org/10.1002/cpp.2089

Ballering, A. V., Wardenaar, K. J., olde Hartman, T. C. ve Rosmalen, J. G. M. (2020). Female sex and femininity independently associate with common somatic symptom trajectories. *Psychological Medicine*, *52*(11), 1-11. https://doi.org/10.1017/s0033291720004043

Bardeen, J. R. ve Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(4), 394-401. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.002

Barsky, A. J. ve Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *JAMA*, *291*(12), 1464-1470. https://doi.org/10.1001/jama.291.12.1464

Barsky, A. J., Peekna, H. M. ve Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(4), 266-275. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016004266.x

Bartley, E. J. ve Fillingim, R. B. (2013). Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, *111*(1), 52-58. https://doi.org/10.1093/bja/aet127

Bartoszek, G., Ranney, R. M., Curanovic, I., Costello, S. J. ve Behar, E. (2022). Intolerance of uncertainty and information-seeking behavior: Experimental manipulation of threat relevance. *Behaviour Research and Therapy*, *154*, 104125. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104125

Beck, A. T. ve Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* Basic Books.

Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H. ve Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, *53*(3), 284-288. https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.027

Berenbaum, H., Bredemeier, K. ve Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(1), 117-125. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.004

Beutel, M. E., Wiltink, J., Ghaemi Kerahrodi, J., Tibubos, A. N., Brähler, E., Schulz, A., Wild, P., Münzel, T., Lackner, K., König, J., Pfeiffer, N., Michal, M. ve Henning, M. (2019). Somatic symptom load in men and women from middle to high age in the Gutenberg Health Study - association with psychosocial and somatic factors. *Scientific Reports*, *9*(1), 4610. https://doi.org/10.1038/s41598-019-40709-0

Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A. ve Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1198-1208. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(2), 284-296. https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x

Bleichhardt, G. (2004). Health anxiety, healthcare utilization and somatization among outpatients in CBT. *Journal of Psychosomatic Research*, *6*(56), 632-633. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.231

Bleichhardt, G. ve Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, *12*(4), 511-523. https://doi.org/10.1348/135910706x146034

Bobevski, I., Clarke, D. M. ve Meadows, G. (2016). Health anxiety and its relationship to disability and service use. *Psychosomatic Medicine*, *78*(1), 13-25. https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000252

Boelen, P. A. ve Carleton, R. N. (2012). Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(3), 208-213. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318247cb17

Boffa, J. W., Norr, A. M., Raines, A. M., Albanese, B. J., Short, N. A. ve Schmidt, N. B. (2016). Anxiety sensitivity prospectively predicts posttraumatic stress symptoms following a campus shooting. *Behavior Therapy*, *47*(3), 367-376. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.006

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J. ve Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(6), 630-645. https://doi.org/10.1002/jclp.21965

Bottesi, G., Noventa, S., Freeston, M. H. ve Ghisi, M. (2019). Seeking certainty about Intolerance of Uncertainty: Addressing old and new issues through the Intolerance of Uncertainty Scale-Revised. *PLoS ONE*, *14*(2), e0211929. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211929

Bouman, T. K. (2014). Cognitive and behavioral models and cognitive-behavioral and related therapies for health anxiety and hypochondriasis. V. Starcevic ve R. Noyes (Ed.), *Hypochondriasis and health anxiety: A guide for clinicians* (s. 149-198). Oxford University Press.

Bourgault-Fagnou, M. D. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Understanding health anxiety among community dwelling seniors with varying degrees of frailty. *Aging and Mental Health*, *13*(2), 226-237. https://doi.org/10.1080/13607860802380664

Brady, R. E., Cisler, J. M. ve Lohr, J. M. (2014). Specific and differential prediction of health anxiety by disgust sensitivity and propensity. *Anxiety, Stress & Coping*, *27*(1), 90-99. https://doi.org/10.1080/10615806.2013.772588

Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T. ve Micali, N. (2017). Intolerance of uncertainty in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, *25*(5), 329-343. https://doi.org/10.1002/erv.2523

Buhr, K. ve Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(3), 215-223. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004

Campbell-Sills, L., Ellard, K. K. ve Barlow, D. H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (s. 393-412). The Guilford Press.

Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(8), 937-947. https://doi.org/10.1586/ern.12.82

Carleton, R. N. (2016a). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 5-21. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011

Carleton, R. N. (2016b). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, *39*, 30-43. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007

Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E. ve Antony, M. M. (2014). "But it might be a heart attack": Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(5), 463-470. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.04.006

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. ve Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(3), 468-479. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011

Carleton, R. N., Norton, M. P. J. ve Asmundson, G. J. (2007b). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(1), 105-117. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014

Carleton, R. N., Sharpe, D. ve Asmundson, G. J. (2007a). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2307-2316. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006

Clark. D. A. ve Beck. A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice.* The Guilford Press.

Cole, P. M., Martin, S. E. ve Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*(2), 317-333. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x

Collimore, K. C., Asmundson, G. J. G., Taylor, S. ve Abramowitz, J. S. (2009). Classification of hypochondriasis and other somatoform disorders. D. McKay, J. S. Abramowitz, S. Taylor ve G. J. G. Asmundson (Ed.), *Current perspectives on the anxiety disorders: Implıcations for DSM-V and beyond* (s. 431-452) içinde. Springer.

Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety, 29*(9), 749-753. https://doi.org/10.1002/da.21992

Creed, F. (2011). The relationship between somatic symptoms, health anxiety, and outcome in medical out-patients. *Psychiatric Clinics of North America, 34*(3), 545-564. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.001

Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., Macfarlane, G., Barsky, A., Katon, W. ve McBeth, J. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 72*(4), 311-317. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.01.009

Creed, F. ve Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(4), 391-408. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00622-6

Creed, F., Tomenson, B., Chew-Graham, C., Macfarlane, G. ve McBeth, J. (2018). The associated features of multiple somatic symptom complexes. *Journal of Psychosomatic Research, 112*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.007

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2021). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamaları* (6. Baskı). Pegem Akademi.

Deacon, B. ve Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(7), 837-857. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.01.003

Deacon, B. ve Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(2), 115-127. https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115

Deng, Y., Chang, L., Yang, M., Huo, M. ve Zhou, R. (2016). Gender differences in emotional response: Inconsistency between experience and expressivity. *PLoS ONE, 11*(6), e0158666. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158666

Dimsdale, J. E. ve Levenson, J. (2013). Diagnosis of somatic symptom disorder requires clinical judgment. *Journal of Psychosomatic Research*, *75*(6), 588-588. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.09.009

Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S., Irwin, M. R., Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, *75*(3), 223-228. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033

Doruk, A., Dugenci, M., Ersöz, F. ve Öznur, T. (2015). Intolerance of uncertainty and coping mechanisms in nonclinical young subjects. *Nöropsikiyatri Arşivi*, *52*(4), 400-405. https://doi.org/10.5152/npa.2015.8779

Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. ve Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(1), 57-70. https://doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9

Eilenberg, T., Frostholm, L., Schröder, A., Jensen, J. S. ve Fink, P. (2015). Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *32*, 95-102. http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.001

Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: a review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(3), 280-300. https://doi.org/10.1111/cpsp.12077

El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G. ve Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: Conceptualizing complex conditions

in late life. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1096-1105. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.010

Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(3), 248-259. https://doi.org/10.1002/jclp.22012

Fergus, T. A. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of Affective Disorders*, *184*, 305-309. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.017

Fergus, T. A. ve Asmundson, G. J. G. (2019). Cognitive and behavioral mechanisms of health anxiety. E. Hedman-Lagerlöf (Ed.), *The clinican's guide to treating health anxiety: Diagnosis, mechanisms, and effective treatment* (s. 43-64) içinde. Academic Press.

Fergus, T. A. ve Bardeen, J. R. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences*, *55*(6), 640-644. https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.016

Fergus, T. A. ve Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(4), 438-444. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.05.002

Fergus, T. A. ve Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *35*(6), 560-565. https://doi.org/10.1007/s10608-011-9392-9

Fergus, T. A., Kelley, L. P. ve Griggs, J. O. (2019). The combination of health anxiety and somatic symptoms: A prospective predictor of healthcare usage in primary care. *Journal of Behavioral Medicine*, *42*(2), 217-223. https://doi.org/10.1007/s10865-018-9956-1

Fergus, T. A., Limbers, C. A., Griggs, J. O. ve Kelley, L. P. (2018). Somatic symptom severity among primary care patients who are obese: Examining the unique contributions of anxiety sensitivity, discomfort intolerance, and health anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*, *41*(1), 43-51. https://doi.org/10.1007/s10865-017-9873-8

Fergus, T.A., Taylor, S. ve Asmundson, G. J. G. (2022). Exposure in the context of health anxiety: Considerations for assessment, case conceptualization, and intervention. J. A. J. Smits, J. Jacquart, J. Abramowitz, J. Arch ve J. Margraf (Ed.), *Clinical guide to exposure therapy* (s. 51-66) içinde. Springer.

Ferguson, E. (2009). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine*, *39*(2), 277-285. https://doi.org/10.1017/s0033291708003322

Fetzner, M. G., Asmundson, G. J., 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. https://doi.org/10.1080/16506073.2014.929170

Fink, P. (2019). A diagnostic perspective on health anxiety. E. Hedman-Lagerlöf (Ed.), *The clinican's guide to treating health anxiety: Diagnosis, mechanisms, and effective treatment* (s. 19-34) içinde. Academic Press.

Fink, P., Ornbol, E. Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L. ve Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *The American Journal of Psychiatry, 161*(9), 1680-1691. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1680

Fink, P., Ornbøl, E. ve Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS ONE*, *5*(3), e9873, 1-12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873

Foot, M. ve Koszycki, D. (2004). Gender differences in anxiety-related traits in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, *20*(3), 123-130. https://doi.org/10.1002/da.20031

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. Ve Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*(6), 791-802. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5

Gautreau, C. M., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Birnie, K. A., Mackinnon, S. P. ve Stewart, S. H. (2015). Does catastrophizing of bodily sensations maintain health-related anxiety? A 14-day daily diary study with longitudinal follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *43*(4), 502-512. https://doi.org/10.1017/S1352465814000150

Gaygısız, Ü., Lajunen, T. ve Gaygısız, E. (2021). Community use of antibiotics in turkey: The role of knowledge, beliefs, attitudes, and health anxiety. *Antibiotics*, *10*(10), 1171. https://doi.org/10.3390/antibiotics10101171

Geçgin, F. M. ve Sahranç, Ü. (2017). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*, *7*(4), 739-755. https://doi.org/10.19126/suje.38373

Gentes, E. L. ve Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 923-933. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001

Gerolimatos, L. A. ve Edelstein, B. A. (2012). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatrics*, *24*(12), 1998-2008. https://doi.org/10.1017/S1041610212001329

Gierk, B., Kohlmann, S., Toussaint, A., Wahl, I., Brünahl, C. A., Murray, A. M. ve Löwe, B. (2015). Assessing somatic symptom burden: A psychometric comparison of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(4), 352-355. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.006

Gouveia, P., Ramos, C., Brito, J., Almeida, T. C. ve Cardoso, J. (2022). The Difficulties in Emotion Regulation Scale–Short Form (DERS-SF): Psychometric properties and invariance between genders. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *35*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s41155-022-00214-2

Görgen, S. M., Hiller, W. ve Witthöft, M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: A latent variable approach. *International Journal of Behavioral Medicine*, *21*(2), 364-374. https://doi.org/10.1007/s12529-013-9297-y

Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. R. A. Baer (Ed.), *Assessing*

mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change (s. 105-133). New Harbinger Publications.

Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237. https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion, 13*(5), 551-573. https://doi.org/10.1080/026999399379186

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (s. 3-20) içinde. The Guilford Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1-26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Güleç, H. (2012). Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği: Bir ön çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25,* 140-146. https://doi.org/DAJPN2012250206

Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M. ve Sünbül, E. A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–somatic, anxiety, and depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry, 53*(5), 623-629. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.08.002

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*(2), 167-178. https://doi.org/10.1007/s10865-011-9339-3

Halldorsson, B. ve Salkovskis, P. M. (2017). Why do people with OCD and health anxiety seek reassurance excessively? An investigation of differences and similarities in function. *Cognitive Therapy and Research, 41*(4), 619-631. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9826-5

Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F. ve Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology, 9*, 539. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00539

Häuser, W., Hausteiner-Wiehle, C., Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B. ve Wolfe, F. (2020). Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general population: A cross sectional study. *Journal of psychosomatic research*, *133*, 110111. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110111

Haviland, M. G., Pincus, H. A. ve Dial, T. H. (2003). Datapoints: Type of illness and use of the internet for health information. *Psychiatric Services*, *54*(9), 1198-1198. https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.9.1198

Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3. Baskı). Guilford.

Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M. ve Ljótsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 49-55. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.009

Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M. ve Ljotsson, B. (2016). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(5), 407-413. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.181396

Hedman, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Andersson, G., Rück, C. ve Andersson, E. (2017). Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in severe health anxiety: An investigation of symptom profiles. *Journal of Anxiety Disorders*, *45*, 80-86. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.007

Helsen, K., Van den Bussche, E., Vlaeyen, J. W. ve Goubert, L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*(1), 21-29. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.004

Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H. ve Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*(1), 12-31. https://doi.org/10.1159/000484413

Herzog, A., Shedden-Mora, M. C., Jordan, P. ve Löwe, B. (2018). Duration of untreated illness in patients with somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 107*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.01.011

Hiller, W., Rief, W. ve Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(9), 704-712. https://doi.org/10.1007/s00127-006-0082-y

Hinz, A., Ernst, J., Glaesmer, H., Brähler, E., Rauscher, F. G., Petrowski, K. ve Kocalevent, R.-D. (2017). Frequency of somatic symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of Psychosomatic Research, 96*, 27-31.https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.017

Hong, R. Y. ve Cheung, M. W. L. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science, 3,* 892–912. https://doi.org/10.1177/2167702614553789

Horenstein, A., Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Zvolensky, M. J. ve Heimberg, R. G. (2019). Examining the role of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in the relationship between health anxiety and likelihood of medical care utilization. *Cognitive Therapy and Research*, *43*(1), 55-65. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9980-z

Jacoby, R. J., Fabricant, L. E., Leonard, R. C., Riemann, B. C. ve Abramowitz, J. S. (2013). Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(5), 535-542. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.07.008

Jones, S. M., Andersen, M. R. ve Litwin, P. (2020). Avoidance and reassurance seeking in response to health anxiety are differentially related to use of healthcare. *Journal of Public Health, 30*, 475-480. https://doi.org/10.1007/s10389-020-01299-8

Kane, L. ve Ashbaugh, A. R. (2017). Simple and parallel mediation: A tutorial exploring anxiety sensitivity, sensation seeking, and gender. *The Quantitative Methods for Psychology*, *13*(3), 148-165. https://doi.org/10.20982/tqmp.13.3.p148

Kannan, V. D. ve Veazie, P. J. (2014). Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior. *Medical Care*, *52*(4), 336-345. https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000100

Kardaş, F. (2021). The fear of COVID-19 raises the level of depression, anxiety and stress through the mediating role of intolerance of uncertainty. *Studia Psychologica*, *63*(3), 291-306. https://doi.org/10.31577/sp.2021.03.828

Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J. ve McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(3), 429-440. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.011

Kessler, E. M. ve Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging*, *24*(2), 349-362. https://doi.org/10.1037/a0015352

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. ve Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-627. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617

Kırmızı, M., Yalçınkaya, G. ve Şengül, Y. S. (2021). Gender differences in health anxiety and musculoskeletal symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, *34*(2), 161-167. https://doi.org/10.3233/bmr-200301

Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H ve Mewes, R. (2015). Validating psychological classification criteria in the context of somatoform disorders: A one-and four-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(4), 1092-1101. https://doi.org/10.1037/abn0000085

Kleinstäuber, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brünahl, C., Erkic, M., Gitzen, H., Gollwitzer, M., Gottschalk, J.-M., Heider, J., Hermann, A., Lahmann, C., Martin, A., Rau, J., Schröder, A., Schwabe, J., Schwarz, J., Stark, R., Weiss, F. D. ve Rief, W. (2019). Cognitive behaviour therapy complemented with emotion regulation training

for patients with persistent physical symptoms: A randomised clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *88*(5), 287-299. https://doi.org/10.1159/000501621

Knowles, K. A., Cole, D. A., Cox, R. C. ve Olatunji, B. O. (2022). Time-varying and time-invariant dimensions in intolerance of uncertainty: Specificity in the prediction of obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Therapy*, *53*(4), 686-700. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.012

Kocalevent, R.-D., Hinz, A. ve Brähler, E. (2013). Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*, *13*, 91. https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-91

Kohlmann, S., Gierk, B., Hümmelgen, M., Blankenberg, S. ve Löwe, B. (2013). Somatic symptoms in patients with coronary heart disease: Prevalence, risk factors, and quality of life. *JAMA Internal Medicine*, *173*(15), 1469-1471. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6835

Koopmans, G. T. ve Lamers, L. M. (2007). Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Social Science & Medicine*, *64*(6), 1216-1230. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.018

Kosic, A., Lindholm, P., Järvholm, K., Hedman-Lagerlöf, E. ve Axelsson, E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Journal of Anxiety Disorders*, *71*, 102208. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102208

Kraiss, J. T., Peter, M., Moskowitz, J. T. ve Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *102*, 152189. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152189

Kretzmann, R. P. ve Gauer, G. (2020). Psychometric properties of the Brazilian Intolerance of Uncertainty Scale – Short Version (IUS-12). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *42*(2), 129–137. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0087

Kroenke, K., Spitzer, R. L. ve Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(2), 258-266. https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. ve Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345-359. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006

Kuby, A. K., Löwe, B., Fabisch, A. B., Piontek, K., Härter, M., König, H.-H. ve Shedden-Mora, M. C. (2018). Predictors of seeking psychotherapy in primary care patients with high somatic symptom burden. *Behavioral Medicine, 45*(3), 231-239. https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1510366

Kurcer, M. A., Erdogan, Z. ve Cakir Kardes, V. (2021). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in Psychiatric Care, 58*(1), 132-140. https://doi.org/10.1111/ppc.12850

Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Lacruz, M. E., Henningsen, P. ve Creed, F. (2010). Screening for multiple somatic complaints in a population-based survey: Does excessive symptom reporting capture the concept of somatic symptom disorders? Findings from the MONICA-KORA Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(5), 427-437. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.009

Laferton, J. A., Stenzel, N. M., Rief, W., Klaus, K., Brähler, E. ve Mewes, R. (2017). Screening for DSM-5 somatic symptom disorder: Diagnostic accuracy of self-report measures within a population sample. *Psychosomatic Medicine, 79*(9), 974-981. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000530

Lafrance Robinson, A., Kosmerly, S., Mansfield-Green, S. ve Lafrance, G. (2014). Disordered eating behaviours in an undergraduate sample: Associations among gender, body mass index, and difficulties in emotion regulation. *Canadian Journal of Behavioural Science, 46*(3), 320-326. https://doi.org/10.1037/a0031123

Le, T. L., Geist, R., Bears, E. ve Maunder, R. G. (2021). Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse & Neglect, 120*, 105216. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105216

Lee, H., Turkel, J. E., Cotter, S. P., Milliken, J. M., Cougle, J., Goetz, A. R. ve Lesnick, A. M. (2013). Attentional bias toward personally relevant health-threat words. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(5), 493-507. https://doi.org/10.1080/10615806.2012.713474

Lee, S., Creed, F. H., Ma, Y.-L. ve Leung, C. M. (2015). Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(1), 71-76. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.012

Lee, S., Ng, K. L., Ma, Y. L., Tsang, A. ve Kwok, K. P. (2011). A general population study of the Chinese Whiteley-7 index in Hong Kong. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(6), 387-391. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.05.013

Leonidou, C. ve Panayiotou, G. (2018). How do illness-anxious individuals process health-threatening information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model. *Journal of Psychosomatic Research*, *111*, 100-115. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.001

Leonidou, C. ve Panayiotou, G. (2021). *Are you a health care and information seeker or avoider? A new assessment tool.* PsyArXiv. https://doi.org/10.31234/osf.io/vwn87

Livingstone, K. M. ve Isaacowitz, D. M. (2015). Situation selection and modification for emotion regulation in younger and older adults. *Social Psychological and Personality Science*, *6*(8), 904-910. https://doi.org/10.1177/1948550615593148

Longley, S. L., Broman-Fulks, J. J., Calamari, J. E., Noyes, R., Wade, M. ve Orlando, C. M. (2010). A taxometric study of hypochondriasis symptoms. *Behavior Therapy*, *41*(4), 505-514. https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.02.002

Looper, K. J. ve Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, *31*(4), 577-584. https://doi.org/10.1017/S0033291701003737

Love, S., Sharman, R. ve Kannis-Dymand, L. (2018). Emotion regulation and the specific associations with health anxiety. *Psychological Studies*, *63*(4), 410-418. https://doi.org/10.1007/s12646-018-0469-3

Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D. ve Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, *30*(3), 191-199. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001

Lucock, M. P., Morley, S., White, C. ve Peake, M. D. (1997). Responses of consecutive patients to reassurance after gastroscopy: Results of self administered questionnaire survey. *BMJ, 315*(7108), 572-575. https://doi.org/10.1136/bmj.315.7108.572

Ma, Y. J., Wang, D.-F., Yuan, M., Long, J., Chen, S.-B., Wu, Q.-X., Wang, X.-Y. ve Liu, T.-Q. (2019). The mediating effect of health anxiety in the relationship between functional somatic symptoms and illness behavior in Chinese inpatients with depression. *BMC Psychiatry*, *19,* 260. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2246-9

MacSwain, K. L. H., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D. ve Graham, A. R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, *47*(8), 938-943. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.020

Mahoney, A. E. ve McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*(3), 212-222. https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130

Mahoney, C. T., Segal, D. L. ve Coolidge, F. L. (2015). Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults: Age differences in risk factors for anxiety symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, *81*(4), 217-240. https://doi.org/10.1177/0091415015621309

Mantar, A., Yemez, B. ve Alkın, T. (2010). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 21*(3), 225-234.

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M. ve Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 127-139. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.003

Martin, A. ve Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, *68*(5), 770-777. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238213.04984.b0

Mazidi, M., Kami, M. ve MacLeod, C. (2021). *Illuminating the association between intolerance of uncertainty and health anxiety: The mediating role of worry.* Preprints. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22048.10243

McEvoy, P. M. ve Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 96-107. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.002

McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E. ve Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *73*, 101778.

McHugh, R. K. (2019). Assessing anxiety sensitivity. J. A. J. Smits, M. W. Otto, M. B. Powers ve S. O. Baird (Ed.), *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment* (s. 9-29) içinde. Academic Press.

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. ve Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(8), 1027-1035. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006

McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S. ve Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 245*, 270-278. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037

McRae, K. ve Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1–9. https://doi.org/10.1037/emo0000703

Melli, G., Bailey, R., Carraresi, C. ve Poli, A. (2017). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *25*(2), 263-271. https://doi.org/10.1002/cpp.2159

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. ve Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, *38*(3), 284-302. https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001

Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Mæland, J. G. ve Wilhelmsen, I. (2009). Health anxiety and disability pension award: The HUSK study. *Psychosomatic Medicine, 71*(3), 353-360. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31819cc772

Neng, J. M. ve Weck, F. (2013). Attribution of somatic symptoms in hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*(2), 116-124. https://doi.org/10.1002/cpp.1871

Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K. ve Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *101*, 31-37. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010

Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B. ve Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, *39*(2), 107-116. https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005

Nolen-Hoeksema, S. ve Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*(6), 704-708. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*(5), 400-424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Norr, A. M., Albanese, B. J., Oglesby, M. E., Allan, N. P. ve Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 64-69. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.023

Norris, A. L. ve Marcus, D. K. (2014). Cognition in health anxiety and hypochondriasis: Recent advances. *Current Psychiatry Reviews*, *10*(1), 44-49. https://doi.org/10.2174/1573400509666131119004151

O'Bryan, E. M. ve McLeish, A. C. (2017). An examination of the indirect effect of intolerance of uncertainty on health anxiety through anxiety sensitivity physical concerns. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *39*(4), 715-722. https://doi.org/10.1007/s10862-017-9613-y

O'Bryan, E., McLeish, A. C., Norr, A. M., Ely, S., Bass, Z., Davies, C. D., Capron, D. W., Schmidt, N. B. ve Jastrowski Mano, K. E. (2021). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a brief computerized anxiety sensitivity reduction

intervention for health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 82,* 102425. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102425

Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Short, N. A., Raines, A. M. ve Schmidt, N. B. (2016). Intolerance of uncertainty as a predictor of post-traumatic stress symptoms following a traumatic event. *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 82-87. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.005

Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M. ve Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS ONE*, *14*(6), e0217277. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277

Olatunji, B. O. ve Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, *135*(6), 974-999. https://doi.org/10.1037/a0017428

Olatunji, B. O., Deacon, B. J. ve Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *The British Journal of Psychiatry*, *194*(6), 481-482. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061085

Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G. ve Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(11), 719-728. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.008

Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. ve Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 65-74. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002

olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L. B. J., van de Laar, F. A., Speckens, A. E. ve van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*(5), 363-377. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.018

Orgeta, V. (2009). Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging and Mental Health*, *13*(6), 818-826. https://doi.org/10.1080/13607860902989661

Otto, M. W., Eastman, A., Lo, S., Hearon, B. A., Bickel, W. K., Zvolensky, M., Smits, J. A. J. ve Doan, S. N. (2016). Anxiety sensitivity and working memory capacity: Risk factors and targets for health behavior promotion. *Clinical Psychology Review*, *49*, 67–78. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.003

Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D. ve Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, *69*(1), 9-18. https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001

Özdin, S. ve Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(5), 504-511. https://doi.org/10.1177/0020764020927051

Parker, H., Carlton, E., Harris, S. ve Daniels, J. (2022). Psychological predictors of health anxiety and pain in ambulatory presentations in a hospital emergency department. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *51*(1), 11–20. https://doi.org/10.1017/s1352465822000352

Penney, A. M., Rachor, G. S. ve Deleurme, K. A. (2020). Differentiating the roles of intolerance of uncertainty and negative beliefs about worry across emotional disorders. *Journal of Experimental Psychopathology*, *11*(4), https://doi.org/10.1177/2043808720970072

Poli, A., Melli, G., Ghisi, M., Bottesi, G. ve Sica, C. (2017). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions: Further evidence of specific relationships in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, *109*, 130-136. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.002

Preece, D. A., Hasking, P., Boyes, M., Clarke, P., Kiekens, G., Myin-Germeys, I., Notebaert, L. ve Gross, J. J. (2022). Emotion generation and emotion regulation: The role of emotion beliefs. *Journal of Affective Disorders Reports*, *9*, 100351. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100351

Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(7-8), 502-512. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001

Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W. ve Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(2), 71-76. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.001

Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J. ve Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, *262*, 113261. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261

Rask, C. U., Elberling, H., Skovgaard, A. M., Thomsen, P. H. ve Fink, P. (2012). Parental-reported health anxiety symptoms in 5-to 7-year-old children: The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*, *53*(1), 58-67. https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.05.006

Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K. ve Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1967-1975. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.017

Reiss. S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, *11*(2), 141-153. https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90092-9

Rief, W., Ihle, D. ve Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*(5), 405-414. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00401-4

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*(5), 843-853. https://doi.org/10.1017/s0033291702005822

Salkovskis, P. M. (1997). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (s. 48-74) içinde. Guilford.

Salkovskis, P. M. ve Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour*

Research and Therapy, *24*(5), 597-602. https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. ve Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32*(5), 843-853. https://doi.org/10.1017/S0033291702005822

Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. ve Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for severe and persistent health anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment & Crisis Intervention, 3*(3), 353-367. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhg026

Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A. ve Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal, 1*(3), 148-157.

Sarıkavak, T., Balıkçı, K., Aydemir, Ö. ve DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu. (2017). DSM-5 Bedensel Belirti Ölçeği ile Düzey 2 Bedensel Belirti Ölçeklerinin Türkçe formlarının geçerlilik ve güvenilirlikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 18*(Ek-2), 63-67. https://doi.org/10.5455/apd.249949

Schmidt, N. B., Lerew, D. R. ve Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(2), 214-220. https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.214

Schmidt, N. B., Mitchell, M. A. ve Richey, J. A. (2008). Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(4), 407-412. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.12.004

Schnabel, K., Petzke, T. M. ve Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions - A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review, 97,* 102196. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196

Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R. ve Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(2), 87-102. https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753

Selinheimo, S., Vasankari, T., Jokela, M., Kanervisto, M., Pirkola, S., Suvisaari, J. ve Paunio, T. (2018). The association of psychological factors and healthcare use with the discrepancy between subjective and objective respiratory-health complaints in the general population. *Psychological Medicine*, *49*(1), 121-131. https://doi.org/10.1017/S0033291718000582

Sheppes, G., Suri, G. ve Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, *11*, 379-405. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739

Shihata, S., McEvoy, P. M., Mullan, B. A. ve Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty in emotional disorders: What uncertainties remain? *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 115-124. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.001

Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(7), 137-142. https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.137

Singh, K., Fox, J. R. ve Brown, R. J. (2016). Health anxiety and Internet use: A thematic analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *10*(2). https://doi.org/10.5817/CP2016-2-4

Sippel, L. M., Jones, R. E., Bordieri, M. J., Dixon, L. J., May, A. C., Malkin, M. L., Schumacher, J. A. ve Coffey, S. F. (2015). Interactive effects of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation: An examination among individuals in residential substance use treatment with comorbid posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(2), 245-252. https://doi.org/10.1007/s10608-014-9648-2

Sirri, L. ve Fava, G. A. (2014). Clinical manifestations of hypochondriasis and related conditions. V. Starcevic ve R. Noyes (Ed.), *Hypochondriasis and health anxiety: A guide for clinicians* (s. 8-27) içinde. Oxford University Press.

Sirri, L., Garotti, M. G. R., Grandi, S. ve Tossani, E. (2015). Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(4), 259-264. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.002

Smits, J. A. J., Otto, M. W., Powers, M. B. ve Baird, S. O. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. J. A. J. Smits, M. W. Otto, M. B. Powers ve S. O.

Baird (Ed.), *The clinician's guide to anxiety sensitivity treatment and assessment* (s. 1-8) içinde. Academic Press.

Starcevic, V. ve Noyes, R. (2014). Introduction and key issues. V. Starcevic ve R. Noyes (Ed.), *Hypochondriasis and health anxiety: A guide for clinicians* (s. 1-7). Oxford University Press.

Steinbrecher, N. ve Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry, 33*(4), 318-326. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.05.002

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*, *22*(2), 97. https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.97

Sunderland, M., Newby, J. M. ve Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry, 202*(1), 56-61. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960

Surawy, C., McManus, F., Muse, K. ve Williams, J. M. G. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): Rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, *6*(2), 382-392. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0271-1

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6. Baskı). Pearson.

Tang, N. K., Salkovskis, P. M., Poplavskaya, E., Wright, K. J., Hanna, M. ve Hester, J. (2007). Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 45*(12), 2821-2835. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.004

Taylor, S. ve Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M. ve Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety

Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment, 19*(2), 176-188. https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 25-52. https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1166137

Tomenson, B., Essau, C., Jacobi, F., Ladwig, K. H., Leiknes, K. A., Lieb, R., Meinlschmidt, G., McBeth, J., Rosmalen, J., Rief, W. ve Sumathipala, A. (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *The British Journal of Psychiatry, 203*(5), 373-380. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114405

Tomenson, B., McBeth, J., Chew-Graham, C. A., MacFarlane, G., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A. ve Creed, F. H. (2012). Somatization and health anxiety as predictors of health care use. *Psychosomatic Medicine*, *74*(6), 656-664. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31825cb140

Tull, M. T., Barbano, A. C., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Rose, J. P. ve Gratz, K. L. (2020). The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *75*, 102290. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102290

Tyrer, P. (2018). Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current Psychiatry Reports*, *20*(7), 1-8. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0

Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P. Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keeling, M., Loebenberg, G., Seivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., …. Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(6), 392-394. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.07.004

Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D. ve Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry*, *65*(7-8), 566-569. https://doi.org/10.1177/0020764019866231

van der Windt, D. A., Dunn, K. M., Spies-Dorgelo, M. N., Mallen, C. D., Blankenstein, A. H. ve Stalman, W. A. (2008). Impact of physical symptoms on perceived health in the community. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(3), 265-274. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.003

van Eck van der Sluijs, J. F., ten Have, M., de Graaf, R., Rijnders, C. A. Th., van Marwijk, H. W. J. ve van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). Predictors of persistent medically unexplained physical symptoms: Findings from a general population study. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 613. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00613

van Eck van der Sluijs, J., Ten Have, M., Rijnders, C., van Marwijk, H., de Graaf, R. ve van der Feltz-Cornelis, C. (2015). Medically unexplained and explained physical symptoms in the general population: association with prevalent and incident mental disorders. *PLoS ONE*, *10*(4), e0123274. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123274

Vujanovic, A. A., Zvolensky, M. J. ve Bernstein, A. (2008). The interactive effects of anxiety sensitivity and emotion dysregulation in predicting anxiety-related cognitive and affective symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(6), 803-817. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9148-8

Warwick, H. M. ve Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(2), 105-117. https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C

Watt, M. C. ve Stewart, S. H. (2009). *Overcoming the fear of fear: How to reduce anxiety sensitivity.* New Harbinger Publications.

Weck, F., Neng, J. M., Richtberg, S. ve Stangier, U. (2012). The restrictive concept of good health in patients with hypochondriasis. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(8), 792-798. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.07.001

Weck, F., Richtberg, S. ve Neng, J. M. B. (2014). Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: Comparison of different diagnostic criteria. *Current Psychiatry Reviews*, *10*(1), 14-23. https://doi.org/10.2174/1573400509666131119004444

Weiss, F. D., Rief, W., Martin, A., Rauh, E. ve Kleinstäuber, M. (2016). The heterogeneity of illness behaviors in patients with medically unexplained physical symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine, 23*(3), 319-326. https://doi.org/10.1007/s12529-015-9533-8

Wertenbruch-Rocke, T., Hüsing, P., Löwe, B. ve Toussaint, A. (2021). Application and validation of the bodily distress syndrome checklist in a psychosomatic outpatient sample. *General Hospital Psychiatry, 69*, 104-110. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.12.005

Wheaton, M. G., Berman, N. C. ve Abramowitz, J. S. (2010). The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *24*(3), 229-239. https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.229

Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C. ve Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, *26*(3), 401-408. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002

Whiting, S. E., Jenkins, W. S., May, A. C., Rudy, B. M., Davis III, T. E. ve Reuther, E. T. (2014). The role of intolerance of uncertainty in social anxiety subtypes. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(3), 260-272. https://doi.org/10.1002/jclp.22024

Williams, M. J., McManus, F., Muse, K. ve Williams, J. M. G. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*(4), 379-397. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02000.x

Witthöft, M., Kerstner, T., Ofer, J., Mier, D., Rist, F., Diener, C. ve Bailer, J. (2016). Cognitive biases in pathological health anxiety: The contribution of attention, memory, and evaluation processes. *Clinical Psychological Science, 4*(3), 464-479. https://doi.org/10.1177/2167702615593474

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A. ve Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety, 27*(2), 190-211. https://doi.org/10.1002/da.20653

World Health Organization. (2020). *Basic documents* (49. Baskı). World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/

Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., Zlomuzica, A. ve Margraf, J. (2016). Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new

onsets of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 81*, 31-37. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.005

Wright, K. D., Lebell, M. A. A. 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. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.011

Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2020). Is self esteem mediating the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression? *Current Psychology, 39,* 220-228. https://doi.org/10.1007/s12144-017-9755-9

Ye, J., Shim, R. ve Rust, G. (2012). Health care avoidance among people with serious psychological distress: Analyses of 2007 Health Information National Trends Survey. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 23*(4), 1620-1629. https://doi.org/10.1353%2Fhpu.2012.0189

Yılmaz, Ö. Ö. ve Dirik, G. (2018). Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Nesne Dergisi, 6*(13), 337-366. https://doi.org/10.7816/nesne-06-13-05

Yiğit, İ. ve Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology, 38,* 1503-1511. https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7

Zhang, Y., Li, P., Ma, Y., Mao, S., Li, G., Zheng, A. ve Yuan, Y. (2017). Investigation of health anxiety and related factors in Chinese patients with physical disease. *Perspectives in Psychiatric Care, 54*(2), 185-191. https://doi.org/10.1111/ppc.12220

7. EKLER

EK-1. Demografik Bilgi Formu

Yaşınız: _____

Cinsiyet: Kadın () Erkek () Diğer ()

Eğitim düzeyi (Şu an devam ettiğiniz ya da devam etmiyorsanız bitirdiğiniz son okul düzeyi):

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans/Doktora ()

Yaşadığınız şehir: _____

Mesleki durum: Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()

Medeni durum:

Bekar () İlişkisi var () Evli () Boşanmış () Dul ()

Gelir durumunuzu çevrenizle kıyasladığınızda nasıl tanımlarsınız?

Düşük () Orta () Yüksek () Çok yüksek ()

Kiminle yaşıyorsunuz?

()Yalnız ()Aile ()Akraba/tanıdık ()Arkadaşlarımla (ev/yurt)

()Diğer (belirtiniz) _____

Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı? ()Evet ()Hayır

Evet yanıtını verdiyseniz tanı nedir? _____

Psikiyatrik tanı için tedavi aldınız mı? (Psikoterapi, ilaç vb.)

Önceki maddeye evet dediyseniz tedaviyi belirtiniz _____

Fiziksel/kronik bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

Evet yanıtı verdiyseniz hastalığınızı belirtiniz _____

Yakınlarınızda fiziksel bir hastalığı olan biri var mı? () Evet () Hayır

Evet yanıtı verdiyseniz kimde ve hangi hastalığa sahip olduğunu yazınız_____

Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

()Evet (belirtiniz) _____ ()Hayır

Şu anda COVID-19 salgını ile ilgili endişe düzeyiniz nedir?

0_____10

COVID-19 pandemisinin başlangıcından itibaren hiç COVID tanısı aldınız mı?

()Hayır ()Evet (*Zamanını belirtiniz)* _____

Yakınlarınız hiç COVID tanısı aldı mı?

()Hayır ()Evet *(Kim olduğunu belirtiniz)* _____

EK-2. Hasta Sağlık Ölçeği-15 (Somatik Belirtiler) – Örnek Maddeler

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım

(1) Biraz rahatsız oldum

(2) Çok rahatsız oldum

	0	**1**	**2**
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz,kalça vs.) ağrı			

EK-3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği – Örnek Maddeler

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz.

(1) Bana hiç uygun değil

(2) Bana çok az uygun

(3) Bana biraz uygun

(4) Bana çok uygun

(5) Bana tamamen uygun

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.					
2. Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.					
3. İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.					

EK-4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 – Örnek Maddeler

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içerisine alınız. Eğer herhangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn. toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok az	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman aklımı kaçırıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4

EK-5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu – Örnek Maddeler

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Hemen hemen her zaman (%91-%100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					

EK-6. Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Versiyon

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

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

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

EK 7. Güvenlik Davranışları Kontrol Listesi

Aşağıdaki maddeler, insanların kendi sağlıklarıyla ilgili endişelendiğinde yaptığı birtakım davranışları içermektedir. Bu maddelerin her birini okuyunuz ve **son bir ay içerisinde** bu davranışları sağlığınızla ilgili endişe duyduğunuzda sergilediyseniz uygun yanıtı işaretleyiniz.

Hiç = Sağlığım için endişelenip de bu davranışı **hiç yapmadım.**
Az = Sağlığım için endişe duyup bu davranışı **az yaptım.**
Bazen = Sağlığım için endişe duyup bu davranışı **bazen yaptım.**
Sık sık = Sağlığım için endişe duyup bu davranışı **sık sık yaptım.**
Çoğunlukla = Sağlığım için endişe duyup bu davranışı **çoğunlukla yaptım.**

	Hiç	Az	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla
Bir hastalık belirtisi var mı diye vücudumu kontrol ettim.					
Yaşadığım bir fiziksel belirti için İnternette bu belirtiyi araştırdım.					
İnternette sağlıkla ilgili bilgiler aradım.					

EK-8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında tez çalışması olarak Prof. Dr. Özden Yalçınkaya Alkar danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Hazal Selinay Kılıç tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı yetişkin bireylerde bedensel belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete duyarlılığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin sağlık kaygısıyla ilişkisini incelemektir. Çalışmaya katılmak için 18 yaşın üzerinde olmanız ve bu sayfadaki bilgileri okuyup sayfa sonundaki kısımda onay vermeniz gerekmektedir.

Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız bilimsel bir araştırmayı gerçekleştirebilmek için önem taşımaktadır. Formların tamamlanma süresi yaklaşık 15-20 dakikadır. Çalışma içerisindeki sorular ve maddelerin herhangi bir rahatsızlığa sebep olması beklenmese de kendinizi bu maddeleri okurken kişisel açıdan rahatsız hissetmeniz durumunda çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bilgilerin gizliliği korunacak ve sizden kişisel kimliğinizi belirtecek herhangi bir bilgi istenmeyecektir.

Çalışmayla ilgili daha detaylı bilgi almak veya bir sorunuza yanıt bulabilmek için Hazal Selinay Kılıç ile e-posta adresinden (hazalselinay@gmail.com) iletişim kurabilirsiniz.

"Yukarıda verilen bilgileri okudum, anladım. Çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum, istediğim zaman çalışmaya katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Vereceğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum."

Evet () Hayır ()