

# Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK) Türkçe Formunun Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması



Sidar KIRAN<sup>1</sup>, Advıye Esin YILMAZ<sup>2</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi'ni (ÜBA-SK; Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire-MCQ-HA) Türkçeye uyarlamak ve psikometrik özelliklerini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmada herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan 146 ve herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan 485 kişi olmak üzere toplam 631 katılımcı yer almıştır.

**Bulgular:** Faktör analizi sonuçları ÜBA-SK'nın fiziksel bir hastalığı olan, fiziksel bir hastalığı olmayan ve karma gruplarda özgün formuna benzer şekilde üç faktörlü bir yapıya sahip olduğunu doğrulamaktadır. Güvenirlik analizlerinde ölçeğin bileşik güvenirlik, madde-toplam güvenirlik ve test-tekrar test güvenirliliği katsayıları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Geçerlik analizleri ölçeğin fiziksel hastalığı olan ve olmayan gruplarda sağlık kaygısı ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile anlamlı ve beklendik yönde ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yanı sıra, herhangi bir sağlık problemi olmayan örneklemede, sağlık kaygısı düşük ve yüksek bireylerin sağlıkla ilgili üstbiliş puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Artımsal geçerliğe ilişkin sonuçlar, ÜBA-SK'nın sağlık kaygısı belirtilerini nörotisizm kişilik özelliği kontrol edildikten sonra da anlamlı olarak açıklayabildiğini göstermektedir.

**Sonuç:** Türkçe ÜBA-SK'nın özgün formuyla benzer psikometrik özelliklere sahip, sağlık kaygısı ile ilgili çalışmalarda kullanılacak geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu görülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Kaygısı, Üstbiliş, Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi, Geçerlik, Güvenirlik

## ABSTRACT

### The Adaptation, Validity and Reliability Study of Turkish Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire (MCQ-HA)

**Objective:** The aim of the present study was to adapt the Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire (MCQ-HA) to Turkish, and to evaluate its psychometric properties.

**Method:** The study consisted of 631 participants, 146 of whom were diagnosed with a physical illness, while 485 of whom did not have any physical illness.

**Results:** As similar to its original form, factor analysis results confirmed a three-factor structure in samples with and without physical illness, as well as in the total sample. Results of composite reliability, item-total correlation and test-retest analyses revealed acceptable reliability coefficients for the MCQ-HA. Convergent validity of the MCQ-HA was supported with significant correlations with health anxiety symptoms and somatosensory amplification both in physical illness and healthy samples. Result of discriminant validity analysis revealed that the MCQ-HA was able to differentiate individuals with high and low levels of health anxiety. Incremental validity examinations showed that the MCQ-HA accounted for additional variance in health anxiety after controlling for neuroticism.

**Conclusion:** The Turkish form of the MCQ-HA has similar psychometric properties to its original form, and a valid and reliable assessment device to be used in studies focusing on health anxiety.

**Keywords:** Health Anxiety, Metacognition, Metacognitive Beliefs About Health Anxiety Questionnaire, Validity, Reliability

## GİRİŞ

Kişinin herhangi bir tıbbi hastalığı olmadığı halde zararsız bedensel duyuları yanlış yorumlamasına dayalı olarak ciddi bir hastalığa sahip olduğunu düşünmesi sağlık kaygısı olarak tanımlanmaktadır (Abramowitz ve ark. 2007). Kategorik bir yapıdan ziyade boyutsal bir yapı olarak ele alındığında,

kişinin sağlığı hakkında duyduğu kaygı hafif ve geçici endişelerden şiddetli ve kronik sağlık kaygısına kadar değişebilir (Ferguson 2009). Sağlık kaygısının hafif ve geçici düzeyleri toplumda yaygın bir şekilde görülürken, şiddetli ve kronik sağlık kaygısı daha çok klinik ortamlarda karşımıza çıkmaktadır (Taylor 2004). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının son baskısına (DSM-5) göre, şiddetli

**Geliş Tarihi:** 07.07.2021, **Kabul Tarihi:** 04.04.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 17.10.2022

<sup>1</sup>Uzm. Psik., Atatürk Şehir Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Balıkesir, <sup>2</sup>Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv., Psikoloji Bl., İzmir.

**Dr. Sidar Kiran, e-posta:** [sidarkiran5@gmail.com](mailto:sidarkiran5@gmail.com)

sağlık kaygısı ile birlikte bedensel belirtilerin mevcut olması Bedensel Belirti Bozukluğuna; bu kaygıya bedensel belirtilerin eşlik etmediği ya da hafif düzeyde eşlik ettiği tablolar Hastalık Kaygısı Bozukluğuna işaret etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Sağlık kaygısını gelişimsel olarak inceleyen çalışmalar tutarlı olarak nörotisizm kişilik özelliğinin, sağlık odaklı kaygının güçlü bir yordayıcısı olduğunu ortaya koymaktadır (Cox ve ark. 2000, Ferguson 2004, Noyes ve ark. 2005). Ancak nörotisizmin birçok psikolojik bozuklukla ilişkili olduğu ve sağlık kaygısına özgü olmadığı da bilinmektedir (Weinstock ve Whisman 2006, Kotov ve ark. 2007). İlgili alanyazında sağlık kaygısını ortaya çıkartan ve sürdüren etmenleri bütünsel olarak inceleyen yaklaşımlar mevcuttur. Sağlık kaygısını açıklayan yaklaşımlardan biri olan bilişsel-algisal kuramlar, sağlık kaygısı yaşayan bireylerin bedensel duyumlarını güçlü, zararlı ve rahatsız edici olarak deneyimlemelerine neden olan ve bedensel duyumları abartma eğilimi (somasensör amplifikasyonu) olarak tanımlanan bir yapıya sahip olduklarını öne sürmüşlerdir (Barsky 1992). Çalışmalar özellikle bilişsel modelin sağlık kaygısını açıklamak ve tedavi etmek açısından önemli bir rol üstlendiğini göstermektedir (Marcus ve Church 2003, Fulton ve ark. 2011, Alberts ve Hadjistavropoulos 2014). Sağlık kaygısı bilişsel modelinin merkezinde bedensel belirtilerin her zaman ciddi ve zararlı bir duruma işaret etmesi, bir hastalığa yakalanma olasılığının ve bu hastalığın ciddiyeti hakkındaki düşüncelerin abartılmış olması gibi hatalı inanışlar yer alır (Warwick ve Salkovskis 1990). Buna karşılık Wells (2000) bilişsel yaklaşımda sadece düşüncelerin içeriğine odaklanıldığını, ancak düşüncelere ilişkin düşünceleri içeren üstbilişlerin de psikolojik bozukluklarda kilit bir rol üstlendiğini öne sürmektedir. Başka bir ifadeyle üstbiliş düşüncelerin kontrol edilmesini, değiştirilmesini ve yorumlanmasını içeren psikolojik yapılar, bilgiler, olaylar ve süreçler olarak tanımlanmaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton 2004).

Sağlık kaygısı üstbilişsel modeli (Bailey ve Wells 2015b), sağlık kaygısının bedensel belirtilere, hastalığa yakalanma olasılığına ve hastalığın sonuçlarına ilişkin değerlendirmelerden değil, hastalık hakkında sahip olunan düşüncelerin kendilerine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Buna göre sağlık kaygısına yatkın olan bireyler “Bedensel belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar” şeklinde hastalık hakkında endişe duymanın yararlı olduğuna dair olumlu üstbilişsel inanışlara sahiptir (Bailey ve Wells 2015b). Bu inanışlar bireyin sağlığı hakkında ruminasyon yapması, vücudunu takıntılı olarak kontrol etmesi veya çeşitli kaynaklardan güvence aramasına neden olabilmektedir (Buwalda 2008). Diğer yandan bireyler “Sağlığım hakkında düşünmek benim elimde değil”, “Sağlığım için endişelenmek vücuduma zarar verir” şeklinde hastalıkla ilgili düşünmenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz üstbilişsel

inanışlar da geliştirebilmektedir (Bailey ve Wells 2015b). Bu tür olumsuz üstbilişsel inanışlar ise bireyin hastalık hakkında düşünmemeye çalışmak veya hastalıkla ilgili uyarılardan kaçmak-kaçınmak gibi işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanmasına, böylelikle de sağlık odaklı konularda yaşanan kaygının artmasına neden olmaktadır (Buwalda 2008).

Sağlık kaygısına özgü bu tür üstbilişsel yapılar görece yeni ortaya atıldığından (Bailey ve Wells 2015a), modelin geçerliği uluslararası alanyazında sınırlı sayıda çalışma tarafından ortaya konulmuştur (Bailey ve Wells 2015b, Bailey ve Wells 2016, Melli ve ark. 2017). Ülkemizde ise bilindiği kadarıyla henüz üstbilişsel inanışların sağlık kaygısı üzerindeki rolünü inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Öte yandan ülkemizde üstbilişsel inanışların, psikopatolojilerden bağımsız olarak değerlendirilmesi için Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30, Tosun ve Irak 2008, Yılmaz ve ark. 2008) kullanılmaktadır. Ancak her psikolojik bozukluğun kendine özgü bir bilişsel içeriğe sahip olması nedeniyle, ilgili alanyazında farklı psikolojik bozukluklara özgü üstbilişlerin değerlendirilmesi için farklı ölçme araçları geliştirilmiş durumdadır. Bu bağlamda Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK, Bailey ve Wells 2015a), sağlık konularında yaşanan kaygıya ilişkin üstbilişleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş güncel bir veri toplama aracıdır.

Bu araştırmanın temel amacı ÜBA-SK’yı Türkçeye uyarlayarak, ölçeğin psikometrik özelliklerini sağlık kaygısına yatkınlık açısından farklı özellikler gösterebilecek fiziksel hastalığı olan ve olmayan gruplar üzerinde kapsamlı şekilde incelemektir. Böylece ülkemizde sağlık kaygısı konusunda yürütülecek kuramsal ve uygulamalı çalışmalara zemin hazırlanarak, ilgili kavramın daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir. Bu amaç çerçevesinde öncelikle Türkçe ÜBA-SK’nın fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan gruplarda özgün formuna uygun bir faktör yapısına, kabul edilebilir güvenilirlik değerlerine ve zaman içerisinde tutarlı ölçümler verebilme özelliğine sahip olup olmadığı incelenecektir. Ardından Türkçe ÜBA-SK’nın sağlık kaygısına özgü üstbilişleri değerlendirebilme derecesi; sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma eğilimi gibi ilgili yapılarla arasındaki ilişkiler ve sağlık kaygısını açıklamada genel bir kaygıya yatkınlık olarak tanımlanan nörotisizm özelliğinin ötesinde anlamlı bir katkı yapmadığı gibi geçerlik ölçümleri açısından ele alınacaktır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın örneklemini, ortalaması 27,93±9,26 olan 18-64 yaş aralığındaki 410 (%65) kadın, 213 (%33,8) erkek ve 8 (%1,3) diğer olmak üzere toplam 631 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılara uygunluk örnekleme (convenience

sampling) yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Veriler internet ve elden toplama yöntemiyle farklı illerden, hastanelerden, üniversitelerden ve işyerlerinden toplanmıştır. Demografik Bilgi Formu'nda yer alan fiziksel hastalık ile ilgili sorularla herhangi bir kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcılar belirlenebilmiştir. Örneklem grubunun %59,7'si üniversite mezunu, %68,8'i bekarıdır. Katılımcıların 146'sında (%231) kronik bir fiziksel hastalık (örn. astım, kalp, tansiyon hastalıkları) tanısı mevcutken, 485 (%76,9) katılımcının herhangi bir kronik fiziksel hastalığı bulunmamaktadır. Fiziksel bir hastalığa sahip olan grubun yaş ortalamasının ( $X=29,9$ ,  $S=10,84$ ) sağlıklı grubun yaş ortalamasından ( $X=27,35$ ,  $SS=8,67$ ) anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ( $t(624)=2,914$ ,  $p<0,05$ ). Fiziksel hastalığı olan grupta 75 (%51,4) kadın ve 71 (%48,6) erkek katılımcı; sağlıklı grupta ise 335 (%69,1) kadın, 142 (%29,3) erkek ve 8 (%1,6) diğer cinsiyet grubundan katılımcı bulunmaktadır. Gruplar cinsiyet değişkeni açısından farklılaşırken ( $\chi^2=20,27$ ,  $p<0,01$ ), yüksekokul ve üzeri eğitim görme düzeyi açısından değerlendirildiğinde fiziksel hastalığı olan grup (%53,4) ile sağlıklı grup (%61,7) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=10,45$ ,  $p>0,05$ ).

### Veri Toplama Araçları

Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK, Bailey ve Wells 2015a). Sağlık kaygısı ile ilgili üstbilişsel inanışları değerlendiren 14 maddelik bir ölçektir. Üç alt boyutu bulunmaktadır: (1) belirtilerle ilgili belirli bir şekilde düşünmenin hastalıklara engel ya da sebep olabileceğine ilişkin inanışları değerlendiren “yanlı düşünme hakkında inanışlar” (YDİ), (2) hastalıkla ilgili düşüncelere sahip olmanın olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabileceği ile ilgili inanışları kapsayan “düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı” (DHİ) ve (3) hastalık hakkında düşünmenin kişinin kontrolünde olmadığına ilişkin inanışları ifade eden “düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı” (DKİ). Maddeler “1” (katılmıyorum) ile “4” (çok katılıyorum) arasında puanlanmakta ve puanlardaki artış sağlıklı ile ilgili üstbilişsel inanışlardaki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayılarının tüm ölçek ve YDİ, DHİ ve DKİ boyutları için sırasıyla 0,90, 0,83, 0,78 ve 0,81 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin uyum geçerliğini (convergent validity) destekler şekilde, ÜBA-SK'dan alınan toplam puan ve alt boyutları ile sağlık kaygısını değerlendiren Whiteley İndeksi arasındaki korelasyonlar 0,49 ile 0,71 aralığında, Beden ve Sağlık Hakkında Bilişler Ölçeği ile ise 0,42 ile 0,54 aralığında bulunmuştur. Ölçeğin ayrışma geçerliğini değerlendirmek için Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun nörotisizm alt boyutundan alınan ölçümler kullanılmıştır. Buna göre ÜBA-SK'nın sağlık kaygısı ile ilişkisinin ( $r=0,69$ ), genel bir kaygı eğilimi olarak tanımlanan nörotisizm ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiden ( $r=0,37$ ) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form (SAÖ-KF, Salkovskis ve ark. 2002). Sağlık kaygısı belirtilerinin şiddetini değerlendiren 18 maddelik SAÖ-KF, “bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı” ve “hastalığın olumsuz sonuçları” olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Yüksek puanlar sağlık kaygısındaki artışa işaret etmektedir. Türkçe SAÖ-KF'nin iç tutarlılık katsayısı 0,92, test tekrar test güvenilirliği 0,57 olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark. 2013). Ölçeğin hastalığın olumsuz sonuçları boyutu, kalp hastalığı, kanser gibi ciddi bir hastalığa sahip olunduğu “farz edildiğinde” nasıl hissedileceğine odaklanmakta olup, fiziksel bir hastalığa sahip olan kişiler için kullanılmamaktadır (Tang ve ark. 2007, Hadjistavropoulos ve ark. 2012, Yılmaz ve Dirik 2018).

Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK, Francis ve ark. 1992). Kişiliğin değerlendirilmesinde kullanılan dışadönüklük, nörotisizm, psikotizm ve yalan olmak üzere dört boyuttan ve 24 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde “evet” veya “hayır” şeklinde cevaplanır. EKA-GGK Türkçe uyarlama çalışmasında (Karancı ve ark. 2007) nörotisizm boyutunun iç tutarlılığı 0,65 olarak bulunmuştur.

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ, Barsky ve ark. 1990). Kişilerin bedensel duyumlarını abartma eğilimlerini değerlendirmek üzere geliştirilen ve 10 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısı sağlıklı kontrol grubu için 0,62, hasta grubu için 0,76, her iki grup beraber ele alınınca 0,68 olarak bulunmuştur (Güleç ve ark. 2007).

### İşlem

ÜBA-SK'yı Türkçeye uyarlamak amacıyla öncelikle ölçeğin özgün formunu geliştiren araştırmacılardan ve Dokuz Eylül Üniversitesi (üniversite adı değerlendirme sürecinden sonra eklenecektir) Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Türkçeye uyarlamada geleneksel yaklaşım olan çeviri-geri çeviri yöntemi (Brislin 1970) kullanılmıştır. Öncelikle ölçek, iki yazar tarafından Türkçeye çevrilmiş ardından değerlendirmeleri için her iki dile de hakim ve klinik psikoloji alanında uzman üç yargıcıya gönderilmiştir. Yargıcıların değerlendirmeleri göz önüne alınarak ve ölçeğe yeni madde eklenmeyecek ölçeğe son hali verilmiştir. Ölçeğin düzeltilmiş Türkçe formunun geri çevirisi alan dışı bir dilbilimci tarafından yapılmıştır. Geri çevrilen ölçek ile özgün ölçek ekip tarafından içerik ve biçim açısından karşılaştırılmıştır. Çevirinin uygunluğu değerlendirildikten sonra ölçek son halini almıştır. Çalışmanın verileri Mayıs 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında çevrimiçi anket uygulaması ve elden dağıtılan anketler ile toplanmıştır. Uygulama öncesinde katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Ölçeklerin uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür. Test tekrar test güvenilirliği için gönüllü olduğunu bildiren 95 kişiye e-posta adreslerinden ulaşılarak, 3-4 hafta arayla tekrar ÜBA-SK uygulaması yapılmıştır.

## İstatistiksel Analizler

Bu çalışmadaki psikometrik incelemeler SPSS 24 kullanılarak yürütülmüştür. Öncelikle fiziksel bir hastalığa sahip olan ve olmayan örneklem gruplarının, araştırma değişkenlerinden aldıkları puanlar bağımsız t testi analizi ile karşılaştırılmıştır. ÜBA-SK'nın yapı geçerliği tüm örneklem grubu üzerinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) aracılığıyla incelenmiştir. Ardından, AFA'dan elde edilen faktör yapısını doğrulamak amacıyla, tüm örneklemde elde edilen veri setine AMOS 22.0 programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Tüm grupta doğrulanan faktör yapısının sağlık durumuna göre (fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplarda) ölçme değişmezliği olup olmadığı ise Çok Gruplu DFA ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik incelemeleri kapsamında bileşik güvenilirlik (composite reliability), madde-toplam korelasyon ve test tekrar test katsayıları hesaplanmıştır. ÜBA-SK'nın uyum geçerliğini incelemek amacıyla sağlık kaygısı ve bedensel duyumları abartma eğilimi ile arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. Özgün çalışmada sağlık kaygısı belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan Whiteley İndeksinin (Pilowsky 1967) 14 maddeden oluşan uyarlamasının Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasının bulunmaması nedeniyle SAÖ-KF kullanılmıştır. ÜBA-SK'nın ayırt edici geçerliğini (discriminant validity) değerlendirmek amacıyla sağlık kaygısı düşük ve yüksek katılımcıların ÜBA-SK'nın üç altboyutuna (YDİ, DHİ ve DKİ) ilişkin puanlarında bir farklılaşma olup olmadığı Tek Yönlü MANOVA ile incelenmiştir. Son olarak, ölçeğin artımsal geçerliğini (incremental validity) incelemek amacıyla yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi ile ÜBA-SK alt boyutlarından alınan puanların, nörotisizmin etkisi kontrol edildikten sonra sağlık kaygısının açıklanmasına anlamlı bir katkı yapıp yapmadığı değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

### Betimsel Analizler

ÜBA-SK'nın uyarlamasının yapılacağı bu çalışmanın çoğunluğunu fiziksel bir hastalığı olmayan grup (%76,9) oluşturmaktadır. Fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan gruplardan

elde edilen veriler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız t testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların nörotisizm ve bedensel duyumları abartma eğilimi açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Öte taraftan fiziksel bir hastalığı olan grubun olmayan gruba göre sağlık kaygısı puanlarının ve sağlık kaygısı hakkında üstbilişsel inanışlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

### Faktör Analizi

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Yürütülen AFA için faktörleştirme tekniği olarak özgün çalışmaya uygun şekilde Temel Bileşenler Analizi kullanılmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu incelendiğinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı (0,84>0,6) yeterli ve Barlett Sphericity testi sonucu [ $\chi^2=2205,360$ ,  $p<0,001$ ] anlamlı bulunmuştur. Herhangi bir eksen döndürme yöntemi kullanılmadan yürütülen ilk AFA, ölçeğin iki faktörlü bir yapı sergilediğine ve maddelerin özgün faktörler altına yüklenmediğine işaret etmiştir. Tekrarlanan AFA'lar anlamlı faktör deseninin maddelerin üç faktöre yüklenmeye zorlanması sonucunda ortaya çıktığını göstermiştir. Ancak 13. maddenin ("Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim") yüklenmesi gereken faktör dışında başka bir faktöre yüklendiği, anlam olarak yüklendiği faktöre uygun olmadığı ve bu faktörün güvenilirliğine katkı sağlamadığı görüldüğünden, ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Kalan 13 madde ile tekrarlanan AFA sonucunda toplam varyansın %53,36'sını açıklayan üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Yine özgün formuna uygun şekilde, eğik (oblique) döndürme türlerinden Promax yöntemi kullanılarak yapılan eksen döndürme işlemi sonucunda; birinci faktör altında toplanan maddelerin (5, 4, 6, 9 ve 1) özgün ölçeğin "düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı", ikinci faktör altında toplanan maddelerin (11, 14, 10, 8 ve 3) "yanlı düşünme hakkında inanışlar" ve üçüncü faktör altında toplanan maddelerin (2, 7 ve 12) "düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı" boyutlarına ait maddeler olduğu gözlenmiştir. DHİ boyutuna ait maddelerin faktör yükleri 0,60 ile 0,92 arasında, YDİ boyutuna ait maddelerin 0,45 ile 0,74 arasında ve DKİ boyutuna ait maddelerin 0,50 ile 0,80 arasında değişmektedir.

**Tablo 1.** Değişkenlerin Fiziksel Hastalığı Olan ve Olmayan Gruplar Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel Hastalık Tanısı Olanlar	Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayanlar	t
	(n = 146)	(n = 485)	
	Ort. ± S	Ort. ± S	
ÜBA-SK	26,34 ± 6,81	25,01 ± 6,01	2,27**
SAÖ-KF	17,26 ± 8,14	15,14 ± 7,66	2,89*
EKA-GGK-N	3,65 ± 2,04	3,32 ± 1,93	1,81
BDAÖ	30,37 ± 7,61	29,04 ± 6,94	1,98

\*p<0,05 \*\*p<0,01

ÜBA-SK: Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi, SAÖ-KF: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form, BDAÖ: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu.

**Tablo 2.** Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Maddelere Ait Betimsel İstatistik Analiz Sonuçları

Maddeler	DHİ	YDİ	DKİ	Ort.	SS
5. Hastalıkla ilgili endişelenmek hastalanma olasılığımı artırır.	0,88			2,61	1,02
4. Olumsuz düşünmek hasta olma riskimi artırabilir.	0,84			2,81	0,96
6. Bazı düşüncelerin beni hasta etme gücü vardır.	0,69			2,38	1,06
9. Sağlığımı ilgili endişelenmek bedenime zarar verir.	0,59			2,30	1,02
1. Hastalanmayı düşünmek sağlığımı bozabilir.	0,58			2,44	1,02
10. Fiziksel belirtilerle ilgili olumlu düşünürsem, hastalıklara hazırlıksız yakalanırım.		0,66		1,52	0,82
14. Sağlığımı ilgili olumlu düşünmek, risk almama neden olur ve hastalanırım.		0,59		1,29	0,63
8. Belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar.		0,51		1,52	0,86
11. Sağlığımı ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur.		0,49		1,72	0,87
3. Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım.		0,41		1,11	0,44
12. Sağlığımı ilgili düşüncelerimi kontrol edemem.			0,70	1,53	0,80
7. Hastalıkla ilgili düşünüp durmak kontrol edilemez.			0,64	1,71	0,90
2. Fiziksel belirtilerim olduğu sürece huzurlu olamam.			0,36	2,39	0,94

Uyum Değerleri

$\chi^2$	Sd	$\chi^2/sd$	RMSA	GFI	AGFI	CFI	RMR	SMR	NFI
157,61	62	2,54	0,05	0,96	0,95	0,96	0,04	0,05	0,93

DHİ: Düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı. YDİ: Yanlı düşünme hakkında inanışlar. DKİ: Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): ÜBA-SK'nın yapı geçerliğini sınamak amacıyla yürütülen DFA sonucunda elde edilen uyum değerleri ( $\chi^2=157,608$ ,  $N=631$ ,  $sd=62$ ,  $\chi^2/sd=2,542$ ,  $RMSEA=0,05$ ,  $GFI=0,96$ ,  $AGFI=0,95$ ,  $CFI=0,96$ ,  $NFI=0,93$ ), modelin veriye kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığını göstermektedir. Sonuçlar AFA'dan elde edilen üç faktörlü yapıyı herhangi bir düzeltme önerisi olmaksızın desteklemektedir. Tablo 2'de her bir maddenin DFA'dan elde edilen faktör yüklerinin yanı sıra, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Çok Gruplu Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları: ÜBA-SK'nın fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan örneklerdeki ölçme değişmezliğini incelemek amacıyla test edilen modellerin geçerliği, iç içe geçmiş iki modelin CFI değerleri arasındaki farklılıklar ( $\Delta CFI$ ) hesaplanarak belirlenmiştir. Buna göre iki modelin karşılaştırılması sonucunda  $\Delta CFI$  değerinin 0,01 veya daha küçük olması ( $\Delta CFI \leq 0,01$ ) ölçme değişmezliğinin sağlandığını gösterir (Milfont ve Fischer 2010). Biçimsel (configural) değişmezlik modelinin doğrulanması ölçeğin faktör yapısının ve bu faktörleri oluşturan maddelerin, zayıf

(weak/metric) değişmezlik modelinin doğrulanması maddelerin faktör yüklerinin gücünün ve güçlü (strong/scalar) değişmezlik modelinin doğrulanması ölçek faktörlerinden alınan ortalamaların incelenen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olmadığına işaret etmektedir. Ölçme değişmezliğini göstermek açısından gerekli olmamakla birlikte, katı (strict) değişmezlik ise maddelerin ölçme hatalarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediğine işaret etmektedir (Byrne 2010).

Tablo 3'ten takip edilebileceği üzere, analiz sonuçları fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplarda biçimsel değişmezlik modelinin doğrulandığını göstermektedir. Biçimsel değişmezlik modeli diğer modeller ile kıyaslandığında CFI fark değerlerinin ölçme değişmezliği kriterlerini karşıladığı da gözlenmektedir. Buna göre zayıf değişmezlik modeli, güçlü değişmezlik modeli ve katı değişmezlik modeli doğrulanmıştır. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, ÜBA-SK'nın faktör yapısının fiziksel bir hastalığı olan-olmayan karma grup, fiziksel bir sağlık problemi olan ve olmayan gruplar arasında değişken olmadığı görülmektedir.

**Tablo 3.** ÜBA-SK Faktör Yapısının Ölçme Değişmezliği Sonuçları

Modeller (M)	Model Uyumu					Model Karşılaştırmaları			
	$\chi^2$	Df	$\chi^2/df$	CFI	RMSA	$\Delta M$	$\Delta \chi^2$	$\Delta df$	$\Delta CFI$
M1: Biçimsel değişmezlik	255,92*	124	2,06	0,939	0,041		-	-	-
M2: Zayıf değişmezlik	263,40*	134	1,97	0,940	0,039	M2-M1	7,49	10	0,001
M3: Güçlü değişmezlik	274,62*	140	1,96	0,937	0,039	M3-M2	11,22	6	-0,003
M4: Katı değişmezlik	304,26*	153	1,99	0,930	0,040	M4-M3	29,64	13	-0,007

\*p&lt;0,01

**Tablo 4.** ÜBA-SK'nın İç Tutarlılık (Cronbach  $\alpha$ ), Madde-Toplam Puan Korelasyon ve Test-Tekrar Test Sonuçları

	Bileşik Güvenirlik			Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayı Analizi			Test-Tekrar Test
	Tüm Örneklem	Fiziksel Hastalığı Olan Örneklem	Fiziksel Hastalığı Olmayan Örneklem	Tüm Örneklem	Fiziksel Hastalığı Olan Örneklem	Fiziksel Hastalığı Olmayan Örneklem	Tüm Örneklem
ÜBA-SK	0,89	0,90	0,88	0,24-0,60	0,26-0,58	0,21-0,62	0,79
DHİ	0,84	0,84	0,84	0,53-0,77	0,52-0,74	0,52-0,78	0,72
YDİ	0,67	0,71	0,63	0,33-0,50	0,38-0,56	0,29-0,46	0,75
DKİ	0,60	0,67	0,56	0,28-0,43	0,39-0,55	0,23-0,41	0,70

ÜBA-SK: Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi, DHİ: Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ: Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ: Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı.

### Güvenirlik Analizleri

ÜBA-SK'nın fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan gruplarda aynı faktör yapısını sergilediği görüldüğünden, güvenilirlik incelemeleri toplam örneklem, fiziksel bir hastalığı olan örneklem ve fiziksel bir hastalığı olmayan örneklem üzerinde ayrı ayrı yürütülmüştür (Tablo 4). Hair ve arkadaşları (2009) tarafından ifade edildiği gibi bileşik güvenilirlik katsayısı için 0,70'ten yüksek değerler iyi, 0,60 ve 0,70 arasındaki değerler kabul edilebilir düzeyde güvenilirliğe işaret etmektedir. Bu doğrultuda, üç grupta da tüm ölçeğin ve DHİ ve YDİ alt boyutlarının iyi ve kabul edilebilir düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. DKİ alt boyutunun güvenilirlik değerlerinin ise yalnızca fiziksel hastalığı olmayan grupta kabul edilebilir sınırın altında kaldığı saptanmıştır. Kline (1986) ölçütüne ( $\geq 0,20$  "kabul edilebilir") göre incelendiğinde, madde-toplam puan korelasyonlarının her üç örneklem grubunda da kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. ÜBA-SK'nın 95 katılımcıya 3-4 hafta arayla iki kez uygulanması üzerine elde edilen test-tekrar test sonuçları ise tüm ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirliğinin, her üç grupta da kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

### Geçerlik Analizi

**Uyum Geçerliği:** ÜBA-SK toplam puanı ve alt boyutları, her iki örneklem grubunda da sağlık kaygısı belirtileri ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile pozitif yönde ve anlamlı

korelasyonlar sergilemiştir. Tablo 5'ten görülebileceği üzere, ÜBA-SK toplam puanı ve alt boyutlarının sağlık kaygısı belirtileri ve bedensel duyuları abartma eğilimi ile ilişkileri, Cohen (1988) ölçütlerine ( $r > 0,10$  ile  $< 0,29$  "düşük",  $r > 0,30$  ile  $< 0,49$  "orta",  $r > 0,50$  "yüksek") göre düşük ve orta düzey arasında değişmektedir. Tüm değişkenlerle en güçlü ilişkiyi gösteren ÜBA-SK boyutunun düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı olması dikkat çekmektedir.

**Ayırt Edici Geçerlik:** Ölçeğin ayırt edici geçerliği sağlık kaygısı açısından heterojen özellikte ve yapılacak analize uygun büyüklükte olması nedeniyle fiziksel hastalık tanısı olmayan örneklem üzerinde incelenmiştir. Analiz öncesinde SAÖ-KF puanlarının alt ve üst çeyrekleri hesaplanmış, buna göre 14 ve aşağı puan alanlar sağlık kaygısı belirtileri düşük ( $n=146$ ), 20 ve yukarısında puan alanlar sağlık kaygısı belirtileri yüksek ( $n=125$ ) grubu oluşturmuştur. MANOVA varsayımları kontrol edildiğinde kovaryans matrislerinin eşitliği koşulunun sağlanmadığı görülmüş, bu nedenle analizin yorumlanmasında Pillai's Trace kriteri kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell 2007). MANOVA bulguları sağlık kaygısı belirtileri düşük ve yüksek grupların üstbilişsel inanışlardan elde ettiği puanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir (Pillai Trace ( $\lambda$ )=0,243,  $F(3,267)=28,61$   $p < 0,01$ ). ÜBA-SK'nın alt boyutları bazında yapılan tek yönlü ANOVA sonuçları, sağlık kaygısı belirtileri yüksek olan grubun düşük olan gruba kıyasla sağlıklı ilgili tüm üstbiliş boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir (Tablo 6).

**Tablo 5.** ÜBA-SK Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Araştırma Değişkenleriyle İlişisini Gösteren Korelasyon Matrisi

Fiziksel Hastalık Tanısı Olanlar (N = 146)						Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayanlar (N = 485)							
Ölçekler	2	3	4	5	6	Ölçekler	2	3	4	5	6		
1.ÜBA-SK	1					1.ÜBA-SK	1						
2.DHİ	0,82**	1				2.DHİ	0,84**	1					
3.YDİ	0,69**	0,24**	1			3.YDİ	0,62**	0,19**	1				
4.DKİ	0,79**	0,49**	0,48**	1		4.DKİ	0,70**	0,37**	0,39**	1			
5.SAÖ-KF	0,45**	0,29**	0,34**	0,47**	1	5.SAÖ-KF	0,44**	0,29**	0,28**	0,48**	1		
6.BDAÖ	0,30**	0,29**	0,26**	0,47**	0,54**	1	6.BDAÖ	0,26**	0,18**	0,16**	0,28**	0,40**	1

\*\* $p < 0,01$ .

ÜBA-SK: Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi toplam puan, DHİ: Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ: Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ: Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı, SAÖ-KF: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form toplam puan, BDAÖ: Bedensel Duyuları Abartma Ölçeği toplam puan.

**Tablo 6.** ÜBA-SK Boyutlarının Sağlık Anksiyetesi Belirtilerine İlişkin MANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişkenler	Sağlık Anksiyetesi Belirtileri	n	Ort.	SS	sd	F	p	$\eta^2$
DHİ	Düşük	146	11,58	4,10	1,269	33,82	0,000	0,11
	Yüksek	125	14,30	3,55				
YDİ	Düşük	146	6,49	1,92	1,269	21,26	0,000	0,07
	Yüksek	125	7,78	2,67				
DKİ	Düşük	146	4,88	1,47	1,269	73,01	0,000	0,21
	Yüksek	125	6,78	2,16				

DHİ: Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ: Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ: Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı.

**Artımsal Geçerlilik:** Fiziksel bir hastalığa sahip grupta yürütülen hiyerarşik regresyon analizinde, ilk basamakta etkisi kontrol edilen nörotizm sağlık kaygısı belirtilerinin %17'sini açıklamıştır ( $\beta=0,29$ ,  $R^2=0,17$ ,  $p<0,01$ ). İkinci basamakta ÜBA-SK alt boyutlarının girilmesiyle açıklanan varyans %32'ye yükselmiş ( $R^2=0,32$ ,  $p<0,01$ ) ve üstbilişsel inanışlardan DKİ boyutunun sağlık kaygısının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür ( $\beta=0,30$ ,  $p<0,01$ ). Fiziksel bir hastalığı olmayan grupta ise nörotizm sağlık kaygısı belirtilerini %12 düzeyinde açıklamış ( $\beta=0,23$ ,  $R^2=0,12$ ,  $p<0,01$ ), eşitliğe ikinci basamakta girilen üstbilişsel inanışlar ise açıklanan varyansa %18 düzeyinde anlamlı bir katkı daha sağlamıştır ( $R^2=0,30$ ,  $p<0,01$ ). Bu grupta, üstbilişsel inanışlardan DKİ ( $\beta=0,34$ ,  $p<0,01$ ), DHİ ( $\beta=0,11$ ,  $p<0,01$ ) ve YDİ ( $\beta=0,10$ ,  $p<0,01$ ) boyutlarının sağlık kaygısı belirtilerindeki artışı anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı ÜBA-SK'yı Türkçeye uyarlamak ve fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan toplum örneklemi üzerinde geçerlik ve güvenilirlik özelliklerini incelemektir. Türkçe ölçeğin yapı geçerliği ilk olarak açılımlı faktör analizi ile incelenmiş ve diğer çalışmalara (Bailey ve Wells 2015a, Dai ve ark. 2018, Melli ve ark. 2017) benzer şekilde düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı, yanlı düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ancak Türkçe ÜBA-SK'daki 13. madde ("Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim") özgün çalışmada ait olduğu düşüncelerin kontrol edilmezliği boyutuna yüklenmemiştir. Bu madde içerik olarak incelendiğinde, fiziksel belirtilerin nedeni öğrenilmediği sürece belirtiler hakkında düşünmenin kontrol edilemeyeceği gibi dolaylı bir anlam taşıdığı görüldüğünden özgün faktörüne yüklenmemesi anlaşılır bulunmuş, mevcut veride yüklenmiş olduğu yanlı düşünme hakkındaki inanışlarla içerik olarak örtüşmediği düşünülmüş ve yüklendiği bu faktörün güvenilirliğine de bir katkı yapmadığı belirlenerek ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Diğer maddelerin ise, özgün ölçekteki maddelerin faktörlere dağılımıyla birebir uyduğu gözlenmiştir. Tüm örneklem üzerinden yapılan

doğrulayıcı faktör analizi sonucunda da ÜBA-SK'nın faktör yapısının Türkiye örneğinde korunduğu görülmektedir. Ölçek maddelerine ait betimsel veriler incelendiğinde ise katılımcıların yanlı düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutlarında yer alan ifadeler genel olarak katılmama eğiliminde oldukları gözlenmiş ve bu durumun bu iki boyutun güvenilirlik değerlerinin yüksek olmamasına yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Ölçme değişmezliği sonuçları ÜBA-SK'nın faktör yapısının, faktör yüklerinin, ölçek faktörlerinden alınan ortalamaların ve maddelerin ölçme hatalarının fiziksel bir hastalığı olmayan karma grup, fiziksel bir sağlık problemi olan grup ve fiziksel bir sağlık problemi olmayan gruplarda değişmediğini ve ÜBA-SK'nın bu gruplarda aynı özelliği ölçtüğünü göstermektedir. Böylece Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi'nin bu özelliklere sahip gruplar üzerinde kullanılabilirliği ve elde edilen sonuçların bu gruplar arasında karşılaştırılabilirliği anlaşılmaktadır. Ölçeğin sağlık kaygısı açısından homojen ve heterojen özellikler gösteren gruplar arasında benzer ölçümler alıyor olması, klinik ve klinik olmayan örneklem üzerinde yürütülecek çalışmalarda rahatlıkla kullanılabilirliğine işaret etmektedir.

ÜBA-SK gerek tüm ölçek gerekse düşüncelerin hastalığa neden olabileceği ve yanlı düşünme hakkında inanışlar alt boyutları için iyi ve kabul edilebilir düzeyde güvenilirlik değerlerine sahiptir. Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutunun diğer boyutlara kıyasla daha düşük güvenilirliğe sahip olduğu gözlenmekle birlikte, bu boyut karma grupta ve fiziksel hastalığı olan grupta kabul edilebilir düzeyde bir güvenilirlik sergilemektedir. Bu bulgu ÜBA-SK'nın Çince (Dai ve ark. 2018) ve İtalyanca (Melli ve ark. 2017) uyarlama çalışmasında da düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutunun güvenilirliğinin diğer boyutlara göre düşük ancak kabul edilebilir düzeyde bulunması ile tutarlıdır. Bu doğrultuda, kontrolle ilgili boyutun kültüre duyarlı bir özellikte olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte madde sayısı arttıkça güvenilirliğin de artacağı bilgisi (Kline 2011, Baştürk ve ark. 2013) doğrultusunda ele alındığında, ilgili boyutun madde sayısının az olması sahip olduğu güvenilirlik düzeyini açıklayıcı niteliktedir.

Ölçekte yer alan maddelerin ölçekten elde edilen toplam puanla ilişkileri her üç örnekte de kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte, 3. madde (Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım) ve 11. maddenin (Sağlığımla ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur) tüm ölçekle ilişkisi görece düşük bulunmuştur. Bu iki maddenin de yanlış düşünme hakkında inanışlar boyutuna ait olduğu düşünüldüğünde, söz konusu inanışa ait bazı ifadelerin kültürel yapımıza uymamış olabileceği söylenebilir. Nitekim Dai ve arkadaşları (2018) üçüncü maddede geçen “cezalandırılmak” kelimesinin dini bir çağrışım yapabileceğini ileri sürmüştür. Bu açıklamanın bizim kültürümüz için de geçerli olabileceği öne sürülebilir. Bununla birlikte bu çalışmada odaklanılan sağlık kaygısı hafif düzeyden şiddetli düzeye doğru değişkenlik göstermekte olup, ölçeğin psikometrik özelliklerinin klinik örneklem üzerinde değerlendirilmesi durumunda, söz konusu maddelerin ölçekle uyumu daha yüksek bulunabilir. Bu güvenilirlik analizlerine ek olarak ölçeğin test tekrar test bulguları incelendiğinde, ilgili katsayıların Çin’de yapılan uyarlama çalışmasına (Dai ve ark. 2018) benzer olarak kabul edilebilir düzeyden iyi düzeye değiştiği görülmektedir. Bu sonuç ölçeğin zaman içerisinde tutarlı ölçümler sergileyebildiğine ve sağlık kaygısına dair üstbilişlerin süregelen bir yapı olduğu işaret etmektedir.

Genel olarak ÜBA-SK’nın güvenilirliği değerlendirildiğinde, Çin’de yapılan çalışmalarda (Dai ve ark. 2018, Dai ve ark. 2019, Carciofo 2019) ve mevcut araştırmada, Batı’da yapılan çalışmalara (Bailey ve Wells 2015a, Bailey ve Wells 2015b, Melli ve ark. 2017) kıyasla daha düşük, ancak yeterli düzeyde bulunduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgu, ÜBA-SK’nın geliştirildiği ülke ile uyarlama çalışması yapılan ülkeler arasındaki dil ve kültürel farklılıkların, sağlık kaygısı hakkında üstbilişsel inanışları değerlendirmede etkili olabileceğini akla getirmektedir. Nitekim ÜBA-SK’nın kültürlerarası ölçme değişmezliğini değerlendiren bir çalışmada (Dai ve ark. 2019) biçimsel ve zayıf değişmezlik dışındaki ölçme değişmezliği biçimlerinin tam sağlanamaması bu yorumu destekler niteliktedir. Özetle mevcut çalışmadan elde edilen sonuç, kişilerin sağlık kaygısı hakkındaki üstbilişsel inanışlarının kültürel bağlarına göre şekillenebileceğine ve bu nedenle kültürlerarası karşılaştırmalarda elde edilen bulgular yorumlanırken ve genellenirken dikkatli olunması gerektiğine işaret etmektedir.

Herhangi bir fiziksel hastalığı olan ve olmayan iki grup üzerinde ölçeğin uyum ve artımsal; fiziksel hastalığı olmayan grup üzerinde ise ayırt edici geçerliği incelenmiştir. Uyum geçerliğine ilişkin yapılan analizler, üstbilişsel inanışlardaki artışın sağlık kaygısı belirtileri ve bedensel duyuları abartma eğilimindeki artışla her iki örnekte de ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık kaygısı ile ÜBA-SK arasında bulunan anlamlı ilişkiler, özgün çalışmada ve alanyazındaki diğer çalışmalarda (Bailey ve Wells 2013, Kaur ve ark. 2013, Melli ve ark. 2016) elde edilen sağlık kaygısı hakkında olumlu veya

olumsuz üstbilişsel inanışlara sahip olan kişilerin sağlıkları konusunda kaygı yaşamaya daha eğilimli olabileceği bulgusunu desteklemektedir. Ayrıca bedensel duyuları abartma eğilimi ile ÜBA-SK arasında bulunan anlamlı ilişkiler, üstbilişsel model ile tutarlı görünmektedir. Buna göre bireyler bedensel duyuları ile ilgili endişe duymanın yararlı olduğuna inandığı için bedensel belirtilerini abartıyor ve bu şekilde kendilerini güvende tutmayı sağlıyor olabilir. Benzer şekilde Kaur ve arkadaşları (2013) işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara sahip kişilerin, sağlıkları hakkında olumlu düşünmenin önemli belirtileri görmezden gelmelerine yol açtığına inanabileceklerini ileri sürmüşlerdir. Nitekim sağlık kaygısı bağlamında üstbilişsel inanışların dikkat yanlılığı üzerindeki rolünü inceledikleri çalışmada, işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara sahip katılımcıların güven verici geribildirimler almalarına rağmen sağlıkla ilgili olumsuz kelimelelere daha fazla dikkat ettiklerini bulmuşlardır.

Ayırt edici geçerlik analizleri, ÜBA-SK’nın sağlık kaygısı belirtileri yüksek olan kişileri daha düşük olan kişilerden ayırt etme gücüne sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin özgün çalışmasında ise ayırt edici geçerlik, ÜBA-SK’nın sağlık kaygısı ile ilişkisinin, nörotisizm ve sağlık kaygısı arasındaki ilişkiden anlamlı olarak daha yüksek bulunması ile desteklenmiştir. Ölçeğin artımsal geçerliğini incelemek amacıyla yapılan analizler, sağlık kaygısı ile yakından ilişkili olduğu ortaya konulan nörotisizm kontrol edildiğinde dahi, üstbilişsel inanışlardaki artışın sağlık kaygısı belirtilerindeki artışı anlamlı bir şekilde yordadığını göstermiştir. Bu çalışmada, herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan grupta üç altboyutun, fiziksel hastalığı olan grupta ise yalnızca düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının sağlık kaygısı belirtilerini yordadığı sonucu dikkat çekicidir. Alanyazında düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının sağlık kaygısı belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olduğunu ortaya koyan çalışmalar (Bailey ve Wells 2013, Bailey ve Wells 2015b, Bailey ve Wells 2016) göz önüne alındığında bu beklendiği bir bulgudur. Öte yandan güvenilirliği en düşük boyut olması sebebiyle gelecek çalışmalarda bu boyutun sağlık kaygısı ile ilişkisi farklı örneklem grupları üzerinde tekrar incelenmelidir. Sonuç olarak tüm bulgular bir arada ele alındığında, ÜBA-SK’nın sağlık kaygısı belirtilerinin potansiyel olarak anlamlı bir yordayıcısı olabileceği söylenebilir. Elde edilen bulguların daha anlamlı hale gelebilmesi ve genellenebilmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

ÜBA-SK’nın Türkçeye uyarlandığı bu çalışma birtakım sınırlılıklara sahiptir. İlk olarak bulgular klinik dışı, çoğunluğu kadın ve herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan kişiler üzerinden elde edilmiştir. Bununla birlikte fiziksel hastalığı olan ve olmayan grupların yaş ve cinsiyet değişkeni açısından farklılaştığı bulunmuştur. Sağlık kaygısının kadın ve erkek açısından yaygınlık oranlarının benzer bulunması (APA 2013) göz önünde alındığında cinsiyet farkının potansiyel bir



karıştırıcı etki yaratmadığı düşünülebilir. Bulguların genellebilirliğini artırmak amacıyla gelecekte yapılacak çalışmalarda kliniklere başvuran, demografik özelliklerin eşit dağıldığı örneklem gruplarının kullanılması gerekmektedir. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı veri toplama yöntemi ile ilgili olan öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olmasıdır. Katılımcılar kişisel bilgi formundaki tanılarla ilgili yer alan sorulara gerçekte olandan farklı yanıt vermiş olabilirler. İlerleyen çalışmalarda bu değişkenlerin öz bildirim ölçekleri yerine hastane ortamında tanı kalan kişilerden toplanılan verilerle değerlendirilmesinin daha sağlıklı bilgiler sunabileceği düşünülmüştür. Öte yandan, genel olarak ölçeğin güvenilirliği yeterli bulunmuş olsa da düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanın güvenirliliğinin düşük olduğu dikkat çekmekte ve bulguların bu boyut açısından dikkatli yorumlanması gerekmektedir. Bu sınırlılıklara karşılık çalışmanın bulguları, ÜBA-SK'nın ülkemizde yapılacak çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kullanılabilirliğini göstermektedir. Bu çalışma aracılığıyla ülkemizde sağlık kaygısı ile ilgili yapılacak çalışmalarda kullanılacak bir ölçme aracının dilimize kazandırıldığı ve sağlık kaygısı konusunda yürütülecek üstbilis odaklı çalışmalara zemin hazırlandığı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007) Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther* 38: 86-94.
- Alberts NM, Hadjistavropoulos HD (2014) Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping* 27: 216-28.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington, DC: Author.
- Aydemir Ö, Kırkpınar İ, Satı T ve ark. (2013) Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Noro Psikiyatı Ars* 50: 325-31.
- Bailey R, Wells A (2013) Does metacognition make a unique contribution to health anxiety in addition to neuroticism, illness cognition and somatosensory amplification? *J Cogn Psychother* 27: 327-37.
- Bailey R, Wells A (2015a) Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry Res* 230: 871-7.
- Bailey R, Wells A (2015b) The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist* 20: 1-9.
- Bailey R, Wells A (2016) Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behav Res Ther* 78: 43-50.
- Barsky AJ (1992) Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33: 28-34.
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL (1990) The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 24: 323-34.
- Baştürk S, Dönmez G, Dicle AN (2013) Geçerlik ve güvenilirlik. S. Baştürk (Ed.) *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* Ankara: Vize Yayıncılık.
- Brislin RW (1970) Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology* 1: 185-216.
- Buwalda FM, Buouman TK, van Duijn MAJ (2008) The effect of a psychoeducational course on hypochondriacal metacognition. *Cognit Ther Res* 32: 689-701.
- Byrne BM (2010) *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2. baskı). Routledge: Taylor & Francis Group.
- Carciofo R (2019) Morningness-eveningness and affect: the mediating roles of sleep quality and metacognitive beliefs. *Sleep and Biological Rhythms* 1-10.
- Cohen J (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. baskı). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cox BJ, Borger SC, Asmundson GJG ve ark. (2000) Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Pers Individ Dif* 29: 99-108.
- Dai L, Bailey R, Deng Y (2018) The reliability and validity of the chinese version of the metacognitions about health questionnaire in college students. *Qual Life Res* 27: 1099-108.
- Dai L, Zhou Y, Yin M ve ark. (2019) Preliminary examination of the measurement invariance of the metacognition about health questionnaire. A study on Chinese and British nursing students. *Current Psychology* 1-7.
- Ferguson E (2004) Personality as a predictor of hypochondriacal concerns: results from two longitudinal studies. *J Psychosom Res* 56: 307-12.
- Ferguson E (2009) A taxometric analysis of health anxiety. *Psychol Med* 39: 277-85.
- Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R (1992) The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif* 13: 443-9.
- Fulton JJ, Marcus DK, Merkey T (2011) Irrational health beliefs and health anxiety. *J Clin Psychol* 67: 527-38.
- Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Kehler MD ve ark. (2012) Core Cognitions Related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *J Behav Med* 35: 167-78.
- Güleç H, Sayar K, Güleç MY (2007) Bedensel duyumları abartma ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği düşünen adam. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 20: 16-24.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ ve ark. (2010) *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. (7. Baskı). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Tosun A, Irak M (2008) Üstbilis ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 19: 67-80.
- Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O (2007) Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) türkiyede geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 18: 254-61.
- Kaur A, Butow P, Thewes B (2011) Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety? *Cognit Ther Res* 35: 575-80.
- Kline P (1986) *A Handbook Of Test Construction: Introduction To Psychometric Design*. New York, Methuen.
- Kline RB (2011) *Principles and Practice Of Structural Equation Modeling* (3. baskı) New York: Guildford Press.
- Kotov R, Watson D, Robles JP ve ark. (2007) Personality traits and anxiety symptoms: the multilevel trait predictor model. *Behav Res Ther* 45: 1485-503.
- Marcus DK, Church SE (2003) Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *J Psychosom Res* 54: 543-7.
- Melli G, Bailey R, Carraresi C ve ark. (2017) Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clin Psychol Psychother* 1-9.
- Melli G, Carraresi C, Poli A ve ark. (2016) The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Pers Individ Dif* 89: 80-5.
- Noyes R, Watson DB, Letuchy EM ve ark. (2005) Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *J Nerv Ment* 193: 110-8.
- Pilowsky I (1967) Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 113: 89-93.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H ve ark. (2002) The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine: Psychol Med* 32: 843-53.

- Tang NKY, Salkovskis PM, Poplavskaya E ve ark. (2007) Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behav Res Ther* 45: 2821–35.
- Taylor S (2004) Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive Behavioral Practice* 1: 112-23.
- Tabachnick BG, Fidell LS (2007) *Using Multivariate Statistics*. (5. baskı). Boston: Allyn and Bacon.
- Warwick HMC, Salkovskis PM (1990) Hypochondriasis. *Behav Res Ther* 28: 105-17.
- Weinstock LM, Whisman MA (2006) Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders : a test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *J Abnorm Psychol* 115: 68–74.
- Wells A (2000) *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells A (2005) Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23: 337-55.
- Wells A (2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells A, Cartwright-Hatton S (2004) A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 42: 385–96.
- Yılmaz A E, Gençöz T, Wells A (2008) Psychometric characteristics of the penn state worry questionnaire and metacognitions questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive– compulsive symptoms in a turkish sample. *Clin Psychol Psychother* 15: 424-39.
- Yılmaz Ö, Dirik G (2018) Sağlık bilişleri anketi (SBA)'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi* 6: 337-66.