

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ANKSİYETESİNİ YORDAYAN BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL
FAKTÖRLER

SİDAR KIRAN

Danışman
Doç. Dr. A. Esin YILMAZ SAMANCI

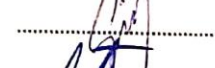
İZMİR-2020

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : SİDAR KIRAN
Öğrenci No : 2017800481
Tez Başlığı : Sağlık Anksiyetesini Yordayan Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörler

Savunma Tarihi : 07/07/2020
Danışmanı : Doç.Dr.Adviye Esin YILMAZ SAMANCI

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Doç.Dr.Adviye Esin YILMAZ SAMANCI	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Prof.Dr. Gülay DIRİK	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Doç.Dr. Serap TEKİNSAV SÜTÇÜ	- Ege Üniversitesi	

SİDAR KIRAN tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği () / oy çokluğu () ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erkan GÖKSU
Müdür V.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Anskiyetesini Yordayan Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörler” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

....../....../2020

Sidar KIRAN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Anksiyetesini Yordayan Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörler

Sidar KIRAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

Mevcut çalışma, sağlık anksiyetesi belirtilerinin yordanmasında üstbilişsel inanışlar ve işlevsel olmayan inanışların rolünü incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmanın genel amaçlarına ulaşmak için iki aşamalı bir plan izlenmiştir. İlk çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği-ÜBÖ-SA”nin psikometrik özellikleri 631 kişinin katıldığı bir örneklemde incelenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür. İkinci çalışmada ise 436 kişinin katıldığı örneklem üzerinden üstbilişsel inanışlar, işlevsel olmayan inanışlar ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği, Sağlık Bilişleri Anketi, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form ve Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu kullanılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda üstbilişsel inanışlar, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar ve nörotisizmin sağlık anksiyetesi belirtileri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmanın temel hipotezi doğrultusunda uygulanan hiyerarşik regresyon analizi sonucunda demografik değişkenler, nörotisizm ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar kontrol edildiğinde, üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi belirtilerini yordadığı ortaya koyulmuştur. Bununla birlikte sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlardan hastalıkla baş etmede güçlük boyutunun sağlık anksiyetesinin en

güçlü yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçları ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık anksiyetesi, Üstbilişsel İnanışlar, İşlevsel Olmayan İnanışlar, Nörotisizm



ABSTRACT

Master Thesis

Cognitive and Metacognitive Factors in Predicting Health Anxiety

Sidar KIRAN

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

Psychology Program

The aim of the present study was to explore the role of metacognitive beliefs and dysfunctional beliefs in predicting health anxiety symptoms. A two-stage research plan was adapted to achieve this main aim. In the first study, the psychometric properties of the Metacognitions about Health Questionnaire (MCQ-HA) were evaluated in a sample of 631 participants. The Turkish form of the scale was found to be valid and reliable. In the second study, the associations among metacognitive beliefs, dysfunctional beliefs and health anxiety symptoms were examined in a sample of 436 participants. The instruments were the Personal Information Form, Metacognitions about Health Questionnaire, Health Cognitions Questionnaire, Short form of Health Anxiety Inventory and Eysenck Personality Questionnaire-Revised: Short Form. The results of the correlation analysis indicated that metacognitive beliefs, dysfunctional beliefs and neuroticism were positively associated with health anxiety. The hierarchical regression analysis conducted to test the main hypothesis of the study showed that metacognitive beliefs explained a significant proportion of variance in health anxiety, when demographic variables, neuroticism and health-related dysfunctional beliefs were controlled for. In addition, difficulty in coping with illness dimension of dysfunctional

beliefs about health was found to be the strongest significant predictor of health anxiety. Results of the study were discussed in the light of relevant literature.

Keywords: Health Anxiety, Metacognitive Beliefs, Dysfunctional Beliefs, Neuroticism



SAĞLIK ANKSİYETESİNİ YORDAYAN BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL FAKTÖRLER

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	xiii
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
EKLER LİSTESİ	xviii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1. SAĞLIK ANKSİYETESİ	5
1.1.1. Sağlık Anksiyetesinin Tarihçesi ve Hipokondriyazisin Tanımı	5
1.1.2. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Özellikleri	10
1.1.3. Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Özellikleri	10
1.1.4. Sağlık Anksiyetesinin Davranışsal Özellikleri	10
1.1.5. Sağlık Anksiyesinde Risk Faktörleri ve Etiyoloji	12
1.1.5.1. Çevresel ve Genetik Faktörler	12
1.1.5.2. Stresli Yaşam Olayları	13
1.1.5.3. Sosyal ve Kültürel Faktörler	14
1.1.5.4. Sağlıkla İlgili Bilgilere Maruz Kalmak	15

1.1.5.5. Nörotisizm	18
1.1.5.6.Epidemiyoloji	20
1.1.5.7.Klinik Seyir ve Prognoz	22
1.2. SAĞLIK ANKSİYETESİNİ AÇIKLAYAN MODELLER	23
1.2.1. Bilişsel-Algısal Teoriler	23
1.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	25
1.2.2.1.Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modelinin Bileşenleri	27
1.2.2.1.1. İçsel Tetikleyiciler	27
1.2.2.1.2. Dışsal Tetikleyiciler	27
1.2.2.1.3. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnanışlar	28
1.2.3. Üstbilişsel Model	30
1.2.4. Üstbiliş Kavramı	30
1.2.5. Üstbilişin Bileşenleri	32
1.2.6. Kendini-Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli	33
1.2.7. Bilişsel Dikkat Sendromu	35
1.2.8. Sağlık Anksiyetesinin Üstbilişsel Modeli	36
1.2.8.1.1. Sağlık Anksiyetesi ve Üstbilişsel İnanışlar Arasındaki İlişkiyi Destekleyen Çalışmalar	38
1.2.8.1.2. Üstbilişsel İnanışların Sağlık Anksiyetesinin Tedavisindeki Yeri	40
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ	42
1.4. ARAŞTIRMANIN BEKLENEN YARARI	45

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ANKSİYETESİ HAKKINDA ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

2.1. YÖNTEM	47
2.1.1. Katılımcılar	47
2.1.2. Veri Toplama Araçları	52
2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu	52

2.1.2.2. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (ÜBÖ-SA)	52
2.1.2.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form (SAÖ-KF)	53
2.1.2.4. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)	55
2.1.2.5. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	56
2.1.3. İşlem	57
2.1.4. İstatistiksel Analizler	57
2.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ HAKKINDA ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI BULGULARI	58
2.2.1. Faktör Analizi ile İlgili Bulgular	59
2.2.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları	59
2.2.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları	65
2.2.1.3. Çoklu Grup Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları	67
2.2.2. Güvenirlik	70
2.2.2.1. İç Tutarlılık	70
2.2.2.2. Test Tekrar Test Güvenirliği	73
2.2.3. Geçerlik	74
2.2.3.1. Uyum Geçerliği	74
2.2.3.2. Ayırışma Geçerliği	78
2.2.4. Gruplararası Karşılaştırmalar	78

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK ANKSİYETESİNİ YORDAYAN BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL FAKTÖRLER

3.1. Yöntem	81
-------------	----

3.1.1. Katılımcılar	81
3.1.2. Veri Toplama Araçları	84
3.1.2.1. Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)	84
3.1.3. İşlem	86
3.1.4. İstatistiksel Analizler	86
3.2. SAĞLIK ANKSİYETESİNİ YORDAYAN BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL FAKTÖRLER İLE İLGİLİ BULGULAR	87
3.2.1. Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri ve İç Tutarlılık Katsayıları	87
3.2.2. Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri	89
3.2.3. Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörlerin Sağlık Anksiyetesini Yordamasına Yönelik Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları	93
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
TARTIŞMA	
4.1. BİRİNCİ ÇALIŞMA	96
4.1.1. Katılımcıların Özellikleri	
4.1.2. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Geçerlik Değerlendirilmesi	97
4.1.3. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Güvenirlilik Değerlendirilmesi	100
4.1.4. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişlerin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	102
4.2. İKİNCİ ÇALIŞMA	103
4.2.1. Katılımcıların Özellikleri	103
4.2.2. Çalışmanın Temel Değişkenleri Arasındaki İlişkiler	104

4.2.3. Sağlık Anksiyetesi Belirtilerinin Üstbilişsel ve Bilişsel Faktörler Tarafından Yordanması	109
4.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER	114
4.4. KLİNİK DOĞURGULARI	115
SONUÇ	118
KAYNAKÇA	119
EKLER	



KISALTMALAR

AFA:	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI:	Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi
BDAÖ:	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
BDS:	Bilişsel Dikkat Sendromu
CFI:	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
DET:	Dikkat Eğitimi Tekniği
DFA:	Doğrulamalı Faktör Analizi
DHİ:	Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı
DKİ:	Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
EKA-GGK-N:	Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu
GFI:	İyilik Uyum İndeksi
HBG:	Hastalıkla Baş Etmede Güçlük
HK:	Hastalığın Korkutuculuğu
HO:	Hastalık Olasılığı
ICD-10:	Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması-10
K-DYİ:	Kendini-Düzenleyici Yürütücü İşlevler
KMO:	Kaiser-Meyer-Olkin Kriteri
NFI:	Normlandırılmış Uyum İndeksi
MMPI:	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
RMSEA:	Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü
RMR:	Ortalama Hataların Karakökü
SAÖ-KF:	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form

SAÖ-KF-GB:	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Gövde Boyutu
SAÖ-KF-OS:	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Olumsuz Sonuçlar Boyutu
SBA:	Sağlık Bilişleri Anketi
SRMR:	Standardize Edilmiş Kök Ortalama Kare
THY:	Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği
ÜBÖ-30:	Üstbilişler Ölçeği-30
ÜBÖ-SA:	Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği
YDİ:	Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri ($N = 631$)	s. 49
Tablo 2: Fiziksel Hastalığı Olan ($N = 146$) ve Olmayan ($N = 485$) Katılımcıların Demografik Özellikleri	s. 51
Tablo 3: Paralel Analizi Sonuçları	s. 61
Tablo 4: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Faktör Yapıları (Döndürülmemiş Varyans Değerleri)	s. 61
Tablo 5: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi Tablosu	s. 62
Tablo 6: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'ndeki Maddelerin Faktörlere Göre Dağılımı	s. 64
Tablo 7: Literatürdeki ve Uyarlama Sonucu Elde Edilen Uyum İndeksleri ve Yorumları	s. 67
Tablo 8: Ölçme Değişmezliği Sonuçları	s. 69
Tablo 9: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Toplam Puan ve Faktörlerinin İç Tutarlılık Katsayıları	s. 71
Tablo 10: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyonları	s. 73
Tablo 11: Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayan Grupta Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar, Sağlık Anksiyetesi, Bedensel Duyumları Abartma, Nörotisizm Arasındaki İlişkiler	s. 76
Tablo 12: Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Tanısı Olan Grupta Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar, Sağlık Anksiyetesi, Bedensel Duyumları Abartma, Nörotisizm Arasındaki İlişkiler	s. 77

Tablo 13: ÜBÖ-SA Toplam Puan Düzeylerine Göre Gruplararası Karşılaştırmalar	s. 80
Tablo 14: Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri ($N = 436$)	s. 83
Tablo 15: Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları, Puan Aralıkları ve İç Tutarlılık Katsayıları	s. 88
Tablo 16: Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 436$)	s. 91
Tablo 17: Tüm Örneklemde Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar ve Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnanışların Sağlık Anksiyetesi Belirtilerini Yordamasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları	s. 95

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli	s. 26
Şekil 2: Üstbilişin İşleyişi	s. 31
Şekil 3: Sağlık Anksiyetesini Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Faktör Sayısına İlişkin Yamaç Birikinti Grafiği	s. 60
Şekil 4: Sağlık Anksiyetesini Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin DFA Diyagramı	s. 65



EKLER LİSTESİ

Ek 1: Etik Kurul İzni	ek s. 1
Ek 2: Ölçek Uyarlaması İçin Ölçeğin Geliştiricisinin İzni	ek s. 2
Ek 3: Birinci Çalışmada Kullanılan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	ek s. 3
EK 4: Kişisel Bilgi Formu	ek s. 4
EK 5: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (ÜBÖ-SA)	ek s. 7
EK 6: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form (SAÖ-KF)	ek s. 8
EK 7: Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)	ek s. 11
EK 8: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)	ek s. 13
EK 9: İkinci Çalışmada Kullanılan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	ek s. 14
EK 10: Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)	ek s. 15

GİRİŞ

Sağlık, kişinin kendisi, ailesi, evi ve işi gibi hayatının birçok önemli alanını etkileyen en önemli güvenlik kaynaklarından biridir. Bu yüzden birçok insanın kendi sağlığı ve sevdiği insanların sağlığı için endişe duyması şaşırtıcı değildir (Furer, Walker ve Stein, 2007: 3). İnsanlar, sağlıkla ilgili içsel (örn. bedensel değişimlerini veya belirtilerini algılamak) veya dışsal (örn. bir hastalık hakkında bir şey okumak ya da duymak) kaynaklardan elde ettikleri bilgilere birbirinden farklı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler gösterir. Birinin sağlığı hakkında duyduğu anksiyete kısa süreli veya ılımlı olduğunda bu durum mutlaka psikopatolojik bir sürecin göstergesi değildir. Belirti şiddetiyle ilgili bilgi eksikliğini ya da stresli bir durum karşısında verilen kısa süreli bir tepkiyi temsil edebilir (Sirri ve Fava, 2014, ss. 8). Öte yandan kişilerin, tıbbi bir hastalığı olmadığı halde zararsız bedensel duyumlarını yanlış yorumlamalarına dayalı olarak ciddi bir hastalığa sahip olduklarını düşünmeleri sağlık anksiyetesi olarak adlandırılmaktadır (Abramowitz ve ark., 2007: 86).

Wiebe ve ark. (2018: 225) kişiliğin, sağlıkla ilgili inanışları şekillendirdiğini ve başa çıkma davranışlarını etkilediğini dile getirmiştir. Literatürde yer alan birçok çalışma kişilik özelliklerinden biri olan nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Cox ve ark. 2000: 105; Ferguson, 2004: 311). Nörotisizm düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık tehditlerine karşı tetikte olduğu, hastalık belirtileri ile karşılaştıklarında bunu olduğundan büyük bir tehlike olarak gördükleri ve bedensel belirtilerini abarttıkları öne sürülmüştür (Wiebe ve Fortenberry (2006)'den aktaran Wiebe ve ark., 2018: 232). Bununla birlikte nörotisizmin birçok psikolojik bozuklukla ilişkili olduğunu ve sağlık anksiyetesine özgü olmadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Weinstock ve Whisman, 2006: 70; Kotov ve ark., 2007: 1496).

Yıllar içerisinde sağlık anksiyetesi ile ilgili biyolojik, psikodinamik, bilişsel davranışsal ve üstbilişsel modeller olmak üzere birçok teori öne sürülmüştür (Taylor ve Asmundson, 2004: 19). Çalışmalar sağlık anksiyetesini anlamak için özellikle bilişsel davranışçı yaklaşımın merkezinde yer alan işlevsel olmayan inanışların önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir (Fulton ve ark., 2011: 531-533; Hitchcock ve Mathews, 1992: 233; Marcus ve Church, 2003: 545-546; Alberts ve

Hadjistavropoulus, 2014a: 222-223). Bu tür inanışlar arasında bedensel belirtilerin her zaman ciddi ve zararlı bir şeyi gösterdiği, ciddi bir hastalığa yakalanma olasılığı ve ciddiyeti hakkında fikirlerin abartılmış olduğu varsayımı yer almaktadır. Bilişsel davranışçı yaklaşımın sağlık anksiyetesinin merkezine hastalıklar hakkındaki işlevsel olmayan inanışları koyduğu göz önüne alındığında, bu tür inanışların çelişkili bilgilere (hastalığın hiç gerçekleşmemesi gibi) veya sağlıkla ilgili güvence alınmasına rağmen neden hala devam ettiğini anlamak önemlidir (Abramowitz, Deacon, Valantiner, 2007: 872). Bu noktada bilişlerden çok düşünceler hakkındaki inanışları (üstbilişsel inanışlar) merkeze alan üstbilişsel modelin (Wells 1995, 2009) sağlık anksiyetesine olan yaklaşımını ele almak değerlidir.

Wells (2000: 15) bilişsel davranışçı terapide daha çok düşüncelerin içeriğine odaklanıldığını, düşünceler hakkında düşünceler, düşünce süreçleri gibi düşüncenin geniş yönlerinin göz ardı edildiğini ifade etmiştir. Buna göre Wells, bilişsel davranışçı terapide bu sürecin eksik kaldığını, düşünme biçimlerinin psikolojik bozukluklarda kilit bir faktör olabileceğini öne sürmüştür. Wells ve Matthews (1994, 1996) psikolojik bozuklukların gelişmesine ve sürdürülmesine neden olan düşünme süreçlerini açıkladıkları Kendini-Düzenleyici Yürütücü İşlevler, K-DYİ (Self-Regulatory Executive Function, S-REF) modelini geliştirmişlerdir. K-DYİ modelinin merkezinde Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS; Cognitive Attentional Syndrome, CAS) yer almaktadır (Wells, 2000: 23). Buna göre BDS, tekrarlayıcı düşünme biçimlerinden (örn. endişe, ruminasyon), tehlikeye odaklanan dikkat stratejilerinden ve hatalı inanışların değiştirilmesine engel olan başa çıkma davranışlarından oluşmaktadır (Wells, 2005: 339). BDS'nin ise olumlu (örn. "Belirtilerim hakkında endişelenirsem önemli bir şeyi kaçırmam") ve olumsuz (örn. "Düşüncelerimi kontrol edemem") üstbilişsel inanışlar tarafından yönlendirildiği belirtilmiştir (Well, 2009: 10-11). Üstbilişsel modele göre sağlık anksiyetesine sahip bireyler, sağlıklarıyla ilgili endişelerini etkili bir şekilde düzenleyememektedir. Takip eden çalışmalarda, sağlıkla ilgili endişelerin ve bedensel uğraşların düşünce süreçleri hakkındaki olumlu inanışlar ve bu sürecin tehlikesine ve kontrol edilemezliğine ilişkin olumsuz inanışlar aracılığıyla sürdürüldüğü ortaya konulmuştur (Bailey ve Wells, 2013: 329).

Türkiye'deki literatürde üstbilişsel faktörleri klinik psikoloji temelinde ele alan ve psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma

bulunmaktadır (Doğan ve ark., 2013: 34-40; Yılmaz ve ark., 2014: 1-11, Böke ve ark., 2015: 1-6; Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2015: 23-33; Yörük ve Tosun, 2015: 190-207; Yılmaz, 2016: 100-109). Öte yandan ülkemizde sağlıkla ilgili üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi belirtileri ile bağlantısını gösteren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Alandaki bu boşluğun sebeplerinden biri olarak sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanışların değerlendirilmesini sağlayan bir ölçme aracının bulunmaması öne sürülebilir.

Uluslararası literatürle paralel bir şekilde, Yılmaz ve çalışma arkadaşları (2014: 2-3) her psikolojik bozukluğun kendisine özgü üstbilişsel inanışlara sahip olduğunu belirtmiş ve her psikolojik bozukluğun kendisine özgü üstbilişlerini ele alan ölçme araçlarının olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Uluslararası literatürde sağlıkla ilgili üstbilişsel inanışları ele alan Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (Bailey ve Wells, 2015a: 871-877) bulunmaktadır. Ölçek ülkemizde henüz Türkçeye uyarlanmamış ve psikolojik özellikleri incelenmemiştir. Bu sebeple bu çalışmanın ilk amacı Türkiye’de sağlıkla ilgili üstbilişsel inanışların değerlendirilmesini sağlayan geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracını ülkemize kazandırmaktır.

Üstbilişsel yaklaşım, psikolojik bozuklukları sürdüren işleme süreçlerini anlamının gerekli olduğuna vurgu yapmaktadır. Yanı sıra bu işleme sürecinin düşünce içeriğiyle sınırlı olmadığını; düşünmenin doğası, inanışların işleme biçimine olan etkisi ve dikkat yanlılığı ile de ilgili olduğunu belirtir. Diğer bir deyişle bu yaklaşım, işlevsel olmayan inanışların terapide etkili bir şekilde değiştirilebilmesi için öncelikle işleme sürecinin kendisinin değiştirilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir (Wells ve Matthews, 1996: 886). Üstbilişsel yaklaşımın psikolojik bozuklukları bilişsel yaklaşıma göre daha geniş bir perspektiften ele aldığı söylenebilir. Buradan hareketle üstbilişsel inanışların psikolojik bozukluklara, işlevsel olmayan inanışlardan bağımsız bir şekilde katkıda bulunup bulunmadığını araştırmak önem kazanmaktadır. Üstbilişsel faktörlerin bağımsız olarak sağlık anksiyetesine katkısını ele alan ilk çalışma yurtdışında Bailey ve Wells (2013: 327-337) tarafından yapılmıştır. Çalışmada üstbilişsel inanışların işlevsel olmayan inanışlar, bedensel belirtileri büyütme, nörotisizm değişkenleri kontrol edildiğinde sağlık anksiyetesini yordadığı bulunmuştur. Bu çalışmayla

birlikte uluslararası literatürde bilişlerin ve üstbilişlerin sağlık anksiyetesine göreceli katkısını inceleyen çalışmalar artmıştır. Bu çalışmalar, üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesine işlevsel olmayan inanışların üzerinde ve ötesinde bağımsız şekilde katkıda bulunduğunu göstermektedir (Bailey ve Wells, 2015c: 3; Melli ve ark., 2016: 82; Melli ve ark., 2017: 5). Sağlık anksiyetesinin üstbilişsel modelinin desteklendiğini gösteren tüm çalışmalar yurtdışında yapıldığı için bu çalışmanın temel amaçlarından biri de ülkemizde üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesine işlevsel olmayan inanışlardan bağımsız bir şekilde katkıda bulunup bulunmayacağının araştırılmasıdır.

Araştırmanın genel amaçlarına ulaşmak için her biri kendine özgü alt amaçlara ve hipotezlere sahip iki aşamalı bir araştırma planı izlenmiştir. İlk aşamada Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması için geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. İkinci aşamada ise ana çalışma olan sağlık anksiyetesini yordayan bilişler ve üstbilişsel inanışların karşılaştırıldığı analiz bulgularına yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1 SAĞLIK ANKSİYETESİ

Sağlık anksiyetesi hastalıklarla ilgili sürekli endişeleri kapsayan genel bir tanısal yapıyı ifade etmektedir (Sunderland, Newby ve Andrews, 2012: 1). Sağlık anksiyetesi çoğu kişinin hayatında yaşadığı bir deneyimdir. Çoğunlukla sağlıkla ilgili duyulan bu kaygı, adaptif bir rol oynayarak uygun tıbbi tedavi arayışına teşvik eder. Örneğin kalp hastalığı öyküsü olan bir kişinin göğüs ağrısı ile ilgili duyduğu endişe, bu ağrıyı tekrar yaşadığında hemen bir ambulansı çağırması ve böylece ölüm riskini azaltması için yardımcı olabilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 2). Tıbbi risk derecesi yüksek bir durum karşısında düşük sağlık anksiyetesi veya düşük risk karşısında şiddetli sağlık anksiyetesi ise uyumsuzdur. Örneğin sigara içmenin sağlık riskleri konusunda endişelenmeyen biri ölümcül sonuçlarla karşılaşabilir veya cilt lekesi gibi zararsız bedensel değişimler karşısında duyulan yoğun endişe kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya neden olabilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 2).

Sağlık anksiyetesi, kategorik bir yapıdan ziyade bir boyut olarak düşünüldüğünde, kişinin sağlığıyla ilgili anksiyetesi hafif ve geçici endişelerden şiddetli sağlık anksiyetesine kadar değişebilir (Ferguson, 2009: 280-281). Kategorik bir yapı olarak düşünüldüğünde ise şiddetli sağlık anksiyetesi eski adıyla hipokondriyazis olarak değerlendirilmektedir (Karapıçak, Aktaş ve Utku, 2012: 43). Bu çalışmada sağlık anksiyetesi bir spektrum gibi ele alınmış, hem hafif hem de şiddetli sağlık anksiyetesine odaklanılmıştır.

1.1.1. Sağlık Anksiyetesinin Tarihçesi ve Hipokondriyazisin Tanımı

Psikolojik bir kavram olan hipokondriyazis yüzyıllar boyunca ciddi tartışmalara konu olmuştur (van den Heuvel ve ark., 2014: 25). Hipokondriyazisin tanımı ilk kez Milattan önce 350'de yapılmıştır. Milattan sonra yedinci yüzyılda hipokondriyazisin ilk kez melankoli ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. On altıncı yüzyılda Burton'a ait "Melankolinin Anatomisi" adlı kitapta yer alan hipokondriyal melankoli tanımından hipokondriyazisin hala melankoli ile ilişkilendirildiği anlaşılmaktadır (Dorfman, 1974: 14). Hipokrat tarafından "kıkırdak altında"

anlamına gelen ve karın organlarını işaret eden biçimde tanımlanmasına benzer olarak 17. yüzyılda da hipokondriyazis kelimesi somatik bir durum olarak kabul edilmiştir (van den Heuvel ve ark., 2014: 22). On dokuzuncu yüzyılda Virchow, hipokondriyazisin fiziksel bir temeli olabileceği ve henüz tanımlanamayan mikroskobik değişiklikler yaratabileceği ihtimalinden bahsetmiştir. Freud ise hipokondriyazisi, libidonun dış dünyadan vücudun herhangi bir organına doğru çekildiği ve hastanın da dikkatini tamamen buna odakladığı şeklinde açıklamıştır (Dorfman, 1974: 14). 1929 yılında Gillespie hipokondriyazisin ilk modern tanımını yapmıştır: “Gerçek ya da şüpheli fiziksel veya zihinsel bir bozuklukla zihinsel meşguliyet ve zihinsel meşguliyet derecesi ile bunun gerekçeleri arasında bir uyumsuzluk olması; ikna çabalarına tepkisiz kalmak da dâhil olmak üzere çevresindekilerin düşüncelerine olan ilgisizlik ile ortaya çıkan duygusal bir durum” olarak tanımlamıştır (Starcevic ve Lipsitt, 2001: ss.22). Pilowsky (1967: 90) ise hipokondriyazisin, hastalık fobisi, hastalık inancı ve bedenle meşgul olma olmak üzere üç boyutu olduğunu belirtmiştir. Bu boyutlar Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabında (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) hipokondriyazisin tanı kriterlerini oluşturmuştur.

DSM-IV-TR (APA, 2001: 216)’e göre Hipokondriyazis tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- A.** Kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına dayalı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması.
- B.** Gerekli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine rağmen bu düşünceler devam etmektedir.
- C.** A tanı ölçütündeki inanış hezeyan yoğunluğunda değildir (Hezeyanlı Bozukluk, Somatik Tip’te olduğu gibi) ve görünümü hakkında çerçevesi belirli bir kaygı ile sınırlı (Vücut Dismorfik Bozukluğu’nda olduğu gibi) değildir.
- D.** Bu düşünceler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- E.** Bu bozukluk en az 6 ay sürmektedir.

F. Bu düşünceler, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluğu, bir Major Depresif Epizod, Ayrılma Anksiyetesi ya da diğer bir Somatoform Bozukluk olarak açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: Çoğu zaman kişi, o sıradaki epizotta, ciddi bir hastalığının olmasıyla ilişkili kaygısının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemektedir (APA, 2001: 216).

DSM-IV-TR (APA, 2000) hipokondriyazis tanı kriterleri içerisindeki B kriteri (“yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın düşüncelerin sürüp gitmesi”) birkaç açıdan eleştirilmiştir. Burada yer alan yeterli tıbbi değerlendirme ve güvencenin kesin bir tanım içermediği için çeşitli yorumlara açık olabileceğine işaret edilmiştir. Bir doktorun güvence sağlama yeteneğine bağlı olarak hipokondriyazisin tanımının yetersiz olabileceği öne sürülmüştür. Bazı kişilerin sağlıkla ilişkili endişeleri için tıbbi güvenceye erişimleri olamayabileceği ve bazı kişilerin de aşırı kaygılarından dolayı tıbbi değerlendirmelerden kaçınabileceği üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlık anksiyetesi olan bazı kişilerin özellikle aile üyelerinden veya internetten güvence sağlamaya çalıştığı, bu nedenle sadece doktorlardan güvence almaya çalışmadığı eklenmiştir. Dile getirilen bu sebeplerle B kriteri dışında tüm hipokondriyazis tanı kriterlerini içeren kısaltılmış bir tanım yapılması önerilmiştir. DSM-5’te (APA, 2013) bu öneriler dikkate güvence arama davranışları ile ilgili tanı kriteri değiştirilmiştir (Weck, Richtberg ve Nerg, 2014: 14). Hipokondriyazis tanısının kategorik bir yapı olmasından çok boyutsal bir yapı olduğu, hipokondriyazis tanısı olan ve olmayan kişiler arasındaki farkların niceliksel olmaktan çok nitel olduğu yapılan diğer eleştirilerdendir. Çoğu zaman sağlık anksiyetesi olarak etiketlenen hipokondriyazis tanı kriterleri altındaki hastalıkla ilgili korkuları araştıran birçok araştırmacı bu bakış açısını tespit etmiştir (Weck, Richtberg ve Nerg, 2014: 15). Yapılan tüm eleştirilerle birlikte hipokondriyazis kelimesinin aşağılayıcı olarak algılandığı ve terapötik ilişkiyi olumsuz yönde etkilediği gerekçesiyle de, bu tanımlama DSM-5’te bir bozukluk olarak sınıflanmaktan çıkarılmıştır. Hipokondriyazis yerine DSM-5’te ‘Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar’ kümesi altında “Bedensel Belirti

Bozukluğu” ve “Hastalık Kaygısı Bozukluğu” olmak üzere iki yeni tanı getirilmiştir. DSM-5’e göre daha önce hipokondriyazis tanısı konan bireylerin, yüksek sağlık anksiyetelerine ek olarak bedensel belirtileri mevcutsa Bedensel Belirti Bozukluğu tanısı, bedensel belirtilere sahip değilse Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanısı alabilecekleri ifade edilmiştir (APA, 2014: 11).

DSM-5 (APA, 2014: 163-164)’e göre Bedensel Belirti Bozukluğu tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamın önemli ölçüde bozulmasına neden olan bir ya da birden çok bedensel belirti.
- B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlığa ilişkin kaygılarla ilgili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:
 - 1. Kişinin belirtilerinin ciddiyetiyle ilgili orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
 - 2. Sağlık ya da belirtiler hakkında sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
 - 3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.
- C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (genellikle altı aydan daha uzun sürer).

Varsa belirtiniz:

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Varsa belirtiniz:

Süregiden: Süregiden gidiş, ağrı belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır (APA, 2014: 163-164).

DSM-5 (APA, 2014: 164-165)'e göre Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- A.** Ciddi bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.
- B.** Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa veya hastalık çıkma riski yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.
- C.** Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumu hakkında kolaylıkla korkuya kapılır.
- D.** Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık belirtileri için vücudunu sık sık tarar) ya da uyumsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).
- E.** Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.
- F.** Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Bakım arayan tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık taramaları ve girişimleri yaptırmayı kapsar.

Bakımdan kaçan tür: Sağlık bakımına nadiren başvurulur (APA, 2014: 164-165).

Sağlık anksiyetesinin hafif düzeyleri toplumda yaygın bir şekilde görülür ve bir bozukluk olarak değerlendirilmez. Öte yandan şiddetli sağlık anksiyetesi daha az yaygın olmakla birlikte daha çok klinik ortamlarda karşımıza çıkmaktadır (Taylor, 2004: 113). Sağlık anksiyetesinin klinik görünümüne bakıldığında ise bazı bilişsel, duygusal ve davranışsal özellikler içerdiği görülmektedir.

1.1.2. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Özellikleri

Sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler, doktorların teşhis edemedikleri ciddi, ölümcül bir fiziksel hastalığa sahip olduklarına inanırlar (Deale, 2007: 240). Birtakım hipokondriyal korkulara sahiptirler. Şu anda bir hastalığa sahip olmaktan, gelecekte bir hastalığa yakalanmaktan korku duyarlar ve hastalıkla ilişkili uyarılara maruz kalma konusunda endişe duyarlar (Taylor ve Asmundson, 2004: 3). Süreğiden bu korku ve endişe, hastaları dikkatlerini bedensel belirtiler üzerine odaklanmaya yönlendirir. Böylece kişiler normal veya zararsız olan bedensel duyumlarını felaketleştirici bir şekilde yanlış yorumlayabilmektedir. Ayrıca sağlık anksiyetesi olan hastalar sağlıkla ilgili bilgilere seçici dikkat göstererek bu bilgileri de yanlış yorumlayabilmektedir (Deale, 2007: 240). Hipokondriyazis tanısı almış kişilerin tekrarlayıcı bir şekilde hastalık ve ölümle ilgili istenmeyen, girici düşüncelere ve imgelere sahip olduğu görülmüştür (Warwick ve Salkovskis, 1989: 89). Doktorların ciddi bir hastalıkları bulunmadığına dair verdikleri güvenceye ve korktukları bedensel belirtilerin kötüleşmemesine rağmen hasta olmakla ilgili kaygıları devam edebilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 4).

1.1.3. Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Özellikleri

Sağlık anksiyetesinde hasta olma korkusu baskın gelmektedir. Bu korkunun şu anda bir hastalığa sahip olmaktan ve gelecekte bir hastalığa yakalanmaktan korkma olmak üzere iki türü vardır. Bir kişi aynı anda her iki korku türüne de sahip olabilir. Hastalık korkusu olan insanlar, hastalıklarla ilişkili olduğuna inandıkları uyarılara maruz kaldıklarında korkarlar ve endişe duyarlar. Sağlıkla ilgili TV programları gibi yerlerden hastalıklarla ilgili bilgilere maruz kaldıklarında da endişe duyarlar ve bu durum söz konusu hastalıkları edinmiş olmaları konusunda korku duymalarına neden olabilir. Ayrıca hasta gibi görünen insanlarla temasa geçmek de endişelenmelerine yol açabilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 4-5).

1.1.4. Sağlık Anksiyetesinin Davranışsal Özellikleri

Farklı davranışsal tepkilere (güvence arayışı ve kontrol etmeye karşı kaçma ve kaçınma) yol açıkları için iki hastalık korkusunu birbirinden ayırt etmek önemlidir (Cote ve ark., 1996)'dan aktaran Taylor ve Asmundson, 2004: 6). Şu anda bir hastalığa sahip olma korkusuna sahip kişiler güvence arayışına girme (örneğin

doktorlardan), vücutlarını tekrar tekrar kontrol etme (örneğin sık sık kendi kendine meme muayenesi yapmak), başka bilgi kaynaklarından (örneğin tıbbi ders kitaplarından) hastalıkla ilgili araştırma yapma ve çeşitli tedaviler deneme (örn. bitkisel ilaçlar) gibi davranışlarda bulunabilirler. Ayrıca bir hastalıktan mustarip olan kişiler sürekli olarak “hasta rolünü” benimseyebilir, mesleki ve evdeki sorumluluklarından kaçabilirler. Sağlıkları hakkında sürekli şikâyet edebilir, kaygılarını dinleyen herkesle detaylı bir şekilde tartışabilirler. Bu tartışmalar ciddi bir hastalıkları olduğuna dair inançlarını nadiren doğrulasa da, sık sık tıbbi yardım arayışlarına girebilirler (Taylor ve Asmundson, 2004: 6).

Uzun süredir sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler doktorların kendilerini ciddiye almadıklarını hissedebilir ve doktorlarının yeteri kadar yetkin olmadığından endişe edebilirler. Genellikle doktorlarının fiziksel şikâyetlerinin sebebini tatmin edici bir şekilde açıklayamadıklarından veya bunları tedavi edemediklerinden şikâyet edebilirler. Bu durum kişilerin yardım almak umuduyla birçok farklı doktora başvurmalarına neden olabilir. Farklı doktorlara gitmenin bir sonucu olarak bazı insanlar tekrarlanan tıbbi müdahalelerden (örn. ameliyat) kaynaklanan yara izi veya ağrı gibi yan etki veya tedavi komplikasyonları yaratabilecek farklı tıbbi ve cerrahi tedavilere maruz kalabilirler. Bunun sonucunda ise sağlık anksiyetesi, iyatrojenik (doktorun neden olduğu) etkiler ile daha da artabilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 6).

İleride bir hastalığa yakalanma korkusu olan insanlar ise hastalıkla ilişkili olduğunu düşündüğü uyarıcılardan kaçma ve kaçınma davranışları gösterirler. Örneğin, hastanelerden uzak durabilir, hasta gibi görünen insanlardan kaçınabilir, doktor ve hemşireler gibi hastalığa maruz kalan insanlarla teması sınırlandırabilir. Bir hastalığa yakalanabileceği korkusu, hastalığın tüm hatırlatıcılarından kaçınmasına da yol açabilir. Örneğin kansere yakalanmaktan korkan kişiler, kanserle mücadele eden insanlarla ilgili bilgiler içeren gazete ve dergileri okumaktan, kanser hakkında yapılan TV programlarını izlemekten, kanserojen madde içeren yiyecekleri yemekten kaçınabilirler (Taylor ve Asmundson, 2004: 7).

1.1.5. Sağlık Anksiyesinde Risk Faktörleri ve Etiyoloji

Sağlık anksiyesi olan kişiler genellikle sorunlarının nasıl geliştiğini anlamak isterler. Klinisyenler, sorunların gelişimine dair bir anlayışa sahip olmanın, müdahale geliştirilmesine yardımcı olduğunu düşünmektedir. Bugüne kadar duygudurum ve anksiyete bozukluklarının etiyolojisi üzerine yapılan kapsamlı araştırmalar, sağlık anksiyesinin de anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte özellikle sağlık anksiyesinin etiyolojisine yönelik gelişmekte olan bir literatür de mevcuttur. Sağlık anksiyesinin etiyolojisini anlamaya yönelik çalışmalar, genetik faktörlerin, aile geçmişi ve çocukluk deneyimlerinin, stresli yaşam olaylarının ve birtakım sosyo-kültürel faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymuştur (Furer, Walker ve Stein, 2007: 21).

Sağlık anksiyesinin gelişiminde hastalıklarla ilişkili bilgilere maruz kalmak da önemli bir yer tutmaktadır (Taylor ve Asmundson, 2004: 58). Starcevic ve Lipsitt (2001: 33) tıp öğrencilerinde geçici ve tekrarlayıcı bir şekilde hipokondriyazis görüldüğünü, sebebinin ise farklı hastalıklarla ilgili bilgilerle ve çeşitli zamanlarda ciddi hastalıkları olan kişilerle karşı karşıya gelmeleri ile açıklanabileceğini bildirmiştir. Şimşekoğlu (2013: 34) ise hemşirelerin sürekli hasta bireylerle iletişim kurmasının kendi sağlıkları hakkında kaygılarını arttırdığını bildirmiştir.

Sağlık anksiyesi için risk sayılan faktörlerden biri de kişilik özelliğidir (Starcevic ve Noyes, 2014: 98). Literatürde yer alan çalışmalar kişilik özelliklerinden özellikle nörotisizm ve sağlık anksiyesi arasındaki ilişkiyi kanıtlamaktadır (Cox ve ark. 2000: 105; Ferguson, 2004: 311).

1.1.5.1. Çevresel ve Genetik Faktörler

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin (MMPI) Hipokondriazis alt ölçeğinin kullanıldığı bir ikizler çalışmasında (Taylor ve Asmundson, 2004: 53-54), hipokondriyazisin orta düzeyde kalıtsal olduğu ve genetik faktörlerin hipokondriazis skorlarındaki varyansın %35'ini oluşturduğu ortaya konulmuştur. Ancak MMPI'daki hipokondriyazis alt ölçeği, sağlık anksiyesini ölçmekten çok bedensel duyumlara olan farkındalığı değerlendirmektedir. Bu sebeple bu çalışma, sağlık anksiyesi ile ilişkili olarak, bedensel duyumlara olan farkındalığın orta düzeyde kalıtsal olduğunu kanıtlamaktadır.

Torgersen (1986: 503-504) yaptığı çalışmada, kalıtsal faktörlerin somatoform bozukluklardaki etkisini araştırmıştır. Çalışmaya DSM III tanı kriterlerine göre konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, somatizasyon bozukluğu ve ağrı bozukluğu gibi tanıları almış 40 tek yumurta ikizi ve 21 çift yumurta ikizi katılmıştır. Çalışma sonucu, tek yumurta ikizleri çift yumurta ikizlerine göre daha fazla genetik benzerliğe sahip olmasına rağmen somatoform bozukluk öyküsü için genetik açıdan uyum oranının tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, çocukluk deneyimindeki benzerliğin uyum oranını etkilediği görülmüştür. Bu nedenle çalışma, somatoform bozukluklarda genetik özellikler kadar çevresel faktörlerin de önemli bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur.

Yapılan bir başka ikizler çalışmasında (Taylor ve ark., 2006: 48-49), sağlık anksiyetesindeki çevresel ve genetik faktörlerin rolü araştırılmıştır. Çalışmaya klinik olmayan örneklerden 88 tek yumurta ikizi ve 65 çift yumurta ikizi katılmıştır. Çalışmada sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Hastalık Tutum Ölçeği (Illnes Attitude Scale: IAS) kullanılmıştır. Bu ölçek ayrıca katılımcılara herhangi bir fiziksel tanı veya tedavi alıp almadıklarını soran bir bölümü de içermektedir. Bu bilgiler katılımcıların sağlık anksiyetelerini, tıbbi olarak doğrulanmış hastalıklarına ilişkin gerçekçi kaygılarından ayrı olarak değerlendirmek için kullanılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre tıbbi morbidite kontrol edildikten sonra çevresel faktörler sağlık anksiyetesindeki bireysel farklılıkların çoğunu açıklamıştır. Genel olarak çalışma sonuçları sağlık anksiyetesi geliştirme riskinin, genetik faktörlerden çok çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir.

1.1.5.2. Stresli Yaşam Olayları

Çocukluk çağında kişinin kendisinin ya da aile bireylerinin deneyimlediği ağır hastalığın, yetişkinlikteki sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle şiddetli, ağır veya sıkıntılı çocukluk çağı hastalıkları, gelecekte hastalık korkusunu tetikleyebilmektedir. Kişiye yakın birinin ölümü de hipokondriyazise zemin hazırlayan bir faktör olarak bulunmuştur (APA, 2000: 505). Barsky ve arkadaşları (1994: 398-399) yaptıkları bir çalışmada hipokondriyazis tanısı olan ve

olmayan örnekleme çocukluk çağı travmalarının, ailelerin sağlık tutumlarının ve fiziksel hastalıkların etkisini karşılaştırmıştır. Çalışma sonuçları hipokondriyazis tanısı alan bireylerde küçükken daha fazla hastalık ve sağlıkla ilgili sebeplerden dolayı okula devam edememe yaşantısı olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir başka çalışmada erken yaşam deneyimlerinin somatizasyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmada katılımcılar psikiyatrik belirtiler ve sağlık sorunları açısından taranmış ve dört gruba (sadece fiziksel hastalığı olanlar, sadece psikolojik bozukluğu olanlar, fiziksel hastalığı olmamasına rağmen hastalık şikâyeti olanlar ve hem psikolojik bozukluğu hem de fiziksel hastalığı olanlar) ayrılmıştır. Buna göre herhangi bir fiziksel tanısı olmamasına rağmen fiziksel hastalık şikâyetiyle çalışmaya katılan kişilerin diğer gruplara göre 17 yaşından önce kendisinde ve ailesinde fiziksel hastalık ve yetersiz ebeveyn bakımı yaşantısının daha fazla olduğu bulunmuştur (Craig ve ark. 1993: 581-585).

McNutt ve arkadaşlarının (2002: 127-128) yaptıkları çalışmada somatik belirtiler, çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara uğrayan, geçmişte veya son zamanlarda partnerinden fiziksel ve cinsel şiddet gören kişiler tarafından daha sık bildirilmiştir. Benzer bir sonuç Barsky ve arkadaşlarının (1994: 398) yaptıkları bir çalışmayla da elde edilmiştir. Bu çalışmada klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre hipokondriyazis tanısı olan katılımcılar, daha fazla cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Stein ve arkadaşlarının (2004: 180) yaptıkları çalışmada ise cinsel saldırı ile sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismar gibi travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak, çocuğun zayıf, çaresiz ve savunmasız olduğuna inanmasına ve sağlığı için duyduğu endişenin artmasına yol açabilir (Taylor ve Asmundson, 2004: 55).

1.1.5.3. Sosyal ve Kültürel Faktörler

Hastalık ve hastalığın tedavisi, sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenir (Kenyon, 1965: 125). Sosyolojide hasta rolü kavramının gelişimi sağlık ve hastalıkla ilgili ortak beklentilerin anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Hasta rolü kavramı bakım ve sosyal destek için diğerlerine bağımlı olma, bir dizi sağlık hizmetini kullanma gibi bazı haklar içermektedir (Segall (1997)'dan aktaran Furer, Walker ve Stein, 2007:

27). Bazı bireyler, bu hak ve görevleri için ağırlıklı olarak sağlık sistemine güvenirken, diğerleri kendi kaynaklarına ve sosyal sistemlerine güvenmektedir. Bazı kişiler için hasta rolü uzun süre boyunca merkezi hale gelebilir. Hastaların sağlık sorunlarıyla başa çıkma konusundaki inanışları, hasta rolüyle ilgili deneyimlerinden etkilenir. Bazı kişiler hasta rolünü stresli durumlardan veya zorlu yaşam olaylarından kaçmanın bir yolu olarak kullanabilirler (Furer, Walker ve Stein, 2007: 27). Craig ve arkadaşları (1994: 248-253) tarafından yapılan çalışmada somatizasyon bozukluğu olan kişilerin, diğer psikolojik bozukluğu (depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi) ve fiziksel hastalığı olan katılımcılara göre daha az problem çözme becerisine sahip olduğu ve hastalıklarını ikincil kazanç olarak kullandıkları ortaya konulmuştur. Yapılan boylamsal bir çalışmada (Robbins ve Kirmayer, 1996: 584) ise hipokondriyazis tanısı almış kişilerin aile üyelerinin sağlıkla ilgili endişelere nasıl tepkiler verdiği araştırılmıştır. Çalışmada şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerin yakınlarının, sağlık anksiyetesi düzeyi düşük olan kişilerin yakınlarına göre fiziksel belirtileri daha az normalleştirdikleri ve kişiyi bir doktora görünmesi için daha az cesaretlendirdikleri ortaya konulmuştur. Buna karşılık sağlık anksiyete şiddeti düşük kişilerin yakınlarının, bedensel belirtileri daha çok normalleştirdikleri ve sağlık sorunları için tıbbi yardım alma konusunda daha çok cesaretlendirdikleri bulunmuştur.

1.1.5.4. Sağlıkla İlgili Bilgilere Maruz Kalmak

Tıp öğrencilerinin çok fazla tıbbi bilgiye maruz kalmalarının, öğrencilerin hastalıkla ilgili inanışlarını etkileyebileceği ve bedensel duyumlarına karşı seçici dikkat göstermelerine neden olabileceği öne sürülmüştür. Tıbbi bilgiler, öğrencilerin yeni edindikleri bilgi bağlamında önceden önemsemedikleri belirtileri yeniden yorumlamalarına neden oluyor olabilir (Mechanic (1972)'ten aktaran Waterman ve Weinman, 2014: 1). Dyrbye ve arkadaşları (2006: 354) akademik baskı, iş yükü, uyku yoksunluğu, hastaların acı ve ölümlerine maruz kalma gibi birçok faktörün tıp öğrencilerinin ruhsal sağlıklarını kötü etkilediğini ifade etmiştir. Batı ve arkadaşları (2018: 170) da tıp öğrencilerinin yoğun ders programları, rekabetçi ortam ve yeni klinik deneyimler sebebiyle stres altında olduğunu bildirmiştir. Tıbbi bilgilere maruz kalmakla birlikte öğrencilerin yaşadığı bu stresin, otonomik sinir sistemlerini aktive ederek fiziksel duyumlarını ve bu fiziksel duyumlarına olan farkındalıklarını

arttırdığı düşünülmektedir (Mechanic, 1972 aktaran Waterman ve Weinman, 2014: 1).

Literatürde bu konuyla ilgili yapılan ilk çalışmalar (Hunter ve ark., 1964 ve Woods ve ark., 1966), tıp öğrencilerinde hipokondriyal kaygıların yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Hunter ve ark. (1964: 147-148) üniversite hastanelerindeki öğretmenlerle yaptığı görüşmeler ve incelediği vaka kayıtları sonucunda tıp öğrencilerinin %70'inden fazlasında hipokondriyal kaygılar olduğunu ortaya koymuştur. Woods ve arkadaşları (1966: 785-786) ise rastlantısal bir şekilde üçüncü sınıf tıp öğrencilerini incelemiştir. Tıp öğrencilerinin öğrendikleri hastalıklar hakkında endişe duymalarına ve hipokondriyazis belirtileri göstermelerine “tıp öğrencisi hastalığı” (medical students' disease) adını vermişlerdir. Yaptıkları çalışmaya katılan 33 öğrenciden 26'sında (%78.8) tıp eğitimleri sırasında bir noktada tıp öğrencisi hastalığı bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Moss-Morris ve Petrie (2001: 724-725) “tıp öğrencisi hastalığı” olgusunu açıklamaya yönelik iki farklı bileşen önermiştir: bilişsel bileşen (öğrencinin çalışmakta olduğu hastalığa sahip olduğuna yönelik düşünceleri/şüpheleri) ve duygusal bileşen (bilişsel bileşene bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete ve korku). Yaptıkları çalışmada duygusal bileşenin en genç gruplarda (tıp fakültesinin ilk yılları) daha belirgin olduğunu, tıp fakültesinin son yıllarına doğru önemsiz hale geldiğini ve bilişsel bileşenin ise tıp fakültesinin ilk yıllarından son yıllarına kadar tüm gruplarda mevcut olduğunu ortaya koymuşlardır. Buna göre öğrenciler, sürekli yeni hastalıklar öğrendikleri ve tıbbi bilgileri arttığı için, bilişsel bileşen sürdürülmektedir. Duygusal bileşenin zaman içerisinde azalması ise, tıp bilgilerinin süreç hakkında yeterli deneyime sahip olmaları ve başa çıkma stratejilerinin geliştirmeleri ile açıklanabileceğini ortaya koymuşlardır (Moss-Morris ve Petrie, 2001: 726-727).

Tıbbi bilgilere maruz kalmanın sadece tıp öğrencileri için değil, aynı zamanda hemşirelik, eczacılık dış hekimliği gibi sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrenciler ve sağlık sektöründe çalışan kişiler için de geçerli olabileceği düşünülebilir. Azam, Ghorbanalipour ve Habibpour (2012: 652-653) tarafından yapılan çalışmaya hastanede çalışan 100 personel ve genel popülasyondan 100 öğrenci katılmıştır. Çalışmada iki grubun hipokondriyal kaygıları karşılaştırılmıştır. Buna göre hastane çalışanlarının diğer öğrencilerden daha yüksek hipokondri seviyesine sahip olduğu

ortaya koyulmuştur. Türkiye’de yapılan bir araştırmada hastanede çalışanların kişilik özelliklerinin somatizasyon belirtilerine olan etkisi incelenmiştir. Araştırmaya 178 sağlık çalışanı katılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre sağlık çalışanları orta düzeyde somatizasyon belirtileri göstermektedir. Buna göre haftada 45 saatten az çalışan, alkol kullanan ve kadın katılımcıların diğer sağlık çalışanlarına oranla daha yüksek düzeyde somatizasyon belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca A tipi kişilik özelliğinin somatizasyon ve algılanan stres düzeylerini arttırdığı bulunmuştur (Bolat, 2010: 33-49).

Ülkemizde sağlıkla ilgili fakültelerde okuyan öğrencilerin sağlık anksiyetesine yönelik sınırlı sayıda araştırma mevcut olmakla birlikte var olan çalışmalar bu öğrencilerin sağlık anksiyetesi geliştirme riskinin fazla olduğunu göstermektedir. Batı ve arkadaşları (2018: 169), sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin hastalıklarla ilgili yanlış inanışlarının sağlık anksiyetesi ve hastalıkla ilgili bilgilerin internet üzerinden araştırılması (siberkondri) şeklinde de görülebildiğini belirtmiştir. Yaptıkları çalışmada sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği ve Hemşirelik Fakültesinden 874 öğrenci katılmıştır. Çalışma sonucuna göre herhangi bir sağlık problemi olan öğrencilerin sağlık anksiyetesi ve siberkondri seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Herhangi bir sağlık problemi olan öğrencilerin %14.2’sinin internette yer alan sağlık bilgilerinden sorununu anlamaya çalıştıkları, öğrencilerin %25’inin haftada bir veya daha fazla internetten sağlıkla ilgili bilgileri araştırdığı bulunmuştur. Bununla birlikte Tıp Fakültesi öğrencilerinin diğer öğrencilere göre kaygı, aşırılık ve güvence arama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (2018: 171). Hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada sağlıkla ilgili sahip olunan bilginin yoğunluğunun kişinin sağlığına ilişkin algısını ve anksiyetesini etkileyebileceği öne sürülmüştür (Özdelikara ve ark., 2018: 275). Çalışmaya hemşirelik bölümü ikinci sınıfta okuyan 56 öğrenci katılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre öğrencilerin orta düzeyde sağlık anksiyetesi yaşadığı bulunmuştur. Ailesinde kronik bir hastalık öyküsü bulunan öğrencilerin sağlık algısının ve sağlık anksiyetesi düzeyinin diğerlerinden yüksek olduğu bulunmuştur (2018: 280-281). Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı ve sağlık anksiyetesi düzeyleri ile sağlıklı yaşam

biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran bir başka çalışmaya çeşitli bölümlerden (mühendislik, hukuk, hemşirelik gibi) 400 öğrenci katılmıştır (Ünalan, 2014: 41). Çalışma sonucunda mühendislik ve hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur (2014: 44).

1.1.5.5. Nörotisizm

Nörotisizm, olumsuz duyguları deneyimleme ve tehdit, engellenme ve kayıplara karşı olumsuz duygularla tepki verme eğilimlerini içeren kişilik özelliğidir (Lahey, 2009: 1). Nörotisizmden yüksek puan alan bireyler “evhamlı kimseler” olarak tanımlanmış ve bu kişilerin ana özelliklerinin yanlış gidebilecek şeylerle sürekli meşgul olmak ve bu düşüncelere güçlü duygusal tepkiler vermek olduğu belirtilmiştir. Buradan hareketle nörotisizm kişilik özelliğine sahip bireylerin bedensel duyumlarını tehdit olarak algılayabilme, olumsuz değerlendirmeler yapabilme, aşırı stres yapabilme ve bunların hepsinin sağlık anksiyetesine neden olma ihtimalinin yüksek olabileceği, daha çok bedensel şikâyetlerde bulunma eğiliminde olabilecekleri söylenebilir (Williams ve Wiebe (2000)'den aktaran Anagnostopoulos ve Botse, 2016: 3).

Yapılan araştırmalar da nörotisizmin hipokondriyazis ve sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Kan bağışçıları (16-17 aylık bir süre boyunca) ve mezun olmuş öğrencilerle (2.5 aylık bir süre boyunca) yapılan iki boyutsal çalışmada hipokondriyal kaygılar ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre duygusal dengedeki artışın (düşük nörotisizm) ve yüksek öz farkındalığın sağlık anksiyetesindeki azalmayı yordadığı bulunmuştur (Ferguson, 2004: 311). Üç yüz dokuz üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada hipokondriyazisin boyutları ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Kişilik özelliklerinden nörotisizmin sağlık anksiyetesini yordadığı bulunmuştur (Cox ve ark., 2000: 105). Örneklemine askerlerin oluşturduğu bir çalışmada ise kişilik boyutları ile hipokondriyal kaygılar ve bedensel belirtiler arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre nörotisizm ile hipokondriyal kaygılar arasında olumlu yönde güçlü ilişkiler bulunmuştur. Kişilik ölçeklerinin, hipokondriyal kaygılar ve bedensel belirtilerdeki varyansın %26 ile

%38'ini açıkladığı ve bu varyansın çoğunlukla da nörotisizm (%19.6 ile %31.2) tarafından açıklandığı bulunmuştur (Noyes ve ark., 2005: 113-114).

Clark ve Watson (1991: 329-332) üçlü modelinde, anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ortak ve farklı özellikleri ortaya koymuştur. Modele göre her iki bozukluğa özgü genel bir stres faktörü, depresyona özgü zevk alamama veya düşük olumlu duygulanım ve anksiyeteye özgü olan otonomik aşırı uyarılma faktörü bulunmaktadır. Clark, Watson ve Mineka (1994: 103) modelde anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine vurgu yapılırsa da genel bir stres faktörünün olumsuz duygulanım veya nörotisizmle tanımlanabileceğini belirtmiştir. Olumsuz duygulanım, kişinin kendini sakin ve gevşemiş hissetmesinden çok öfkeli, üzüntülü, suçlu, korkulu, endişeli, aşağılanmış, hoşnutsuz hissettiği olumsuz durumları içerir (Clark ve Watson, 1991: 321). Bu tanımdan hareketle hem depresyon hem de anksiyete belirtilerinin ortak bir özelliği olan olumsuz duygulanımın nörotisizmle örtüştüğü söylenebilir. Literatürde nörotisizm ile psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkiyi ele alan birçok çalışma bunu doğrular niteliktedir. Brown ve arkadaşları (1998: 186) depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı almış 350 kişinin katıldığı bir çalışmada üçlü modeli test etmişlerdir. Çalışma sonuçları olumsuz duygulanımın (nörotisizm) en çok yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve panik bozukluk ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Weinstock ve Whisman (2006: 70) toplum temelli bir örnekleme depresyon ve anksiyete bozukluklarında nörotisizm düzeyinin yüksek olup olmadığını test etmişlerdir. Katılımcılar dört grupta toplanmıştır: yalnızca depresyon tanısı alan, yalnızca anksiyete bozukluğu tanısı alan, anksiyete ve depresyon tanısı alan ve yaşamboyu anksiyete ve depresyon tanısı almayan. Yapılan analiz sonuçlarına göre her iki tanıyı alan komorbid grubun yalnızca depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı alan gruplara göre nörotisizm düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yalnızca depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı alan grubun ise hiçbir tanı almayan gruptaki katılımcılara göre nörotisizmden daha yüksek puan aldığı gözlenmiştir (2006: 71). Kotov ve arkadaşları (2007: 1489) ise yaptıkları çalışmada kişilik özellikleri (olumsuz duygulanım, olumlu duygulanım, anksiyete duyarlılığı ve olumsuz değerlendirme duyarlılığı) ve anksiyete bozuklukları (kronik endişe, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal anksiyete) arasındaki ilişkileri incelemiştir. Çalışma sonuçları özellikle

olumsuz duygulanımın dört bozukluğun belirtileriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (2007: 1496). Griffith ve arkadaşları (2010: 1125-1126), genellikle içe yönelik duyguların ve aşırı kontrol davranışlarının deneyimlendiği içselleştirme bozukluklarında bulunan ortak faktör ile nörotisizm arasında güçlü bir ilişki olacağını öne sürmüşlerdir. Ayrıca yaptıkları çalışmada nörotisizmin içselleştirme bozuklukları ile yakınsak geçerliğini, kontrolsüz ve uyumsuz davranışlarla belirgin olan dışsallaştırma bozukluğu ile ise ayırt edici geçerliğini incelemişlerdir. Nörotisizmin ayırt edici geçerliğini incelemek amacıyla 34 madde kullanım bozukluğu olan, yakınsak geçerliliğini incelemek amacıyla 124 duygudurum bozukluğu ve 143 anksiyete bozukluğu olan kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi yaşamboyu duygudurum ve anksiyete bozukluklarında tek bir içselleştirme faktörünün ortak olduğunu ve bu içselleştirme faktörünün ise nörotisizmle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Nörotisizm ve içselleştirme faktörü arasında .98 düzeyinde bir ilişki, nörotisizm ve madde kullanım bozukluğu arasında ise .29 düzeyinde bir ilişki bulunmuştur. Analiz sonuçları nörotisizmin hem yakınsak hem de ayırt edici geçerliği olduğunu ortaya koymuştur (Griffith ve ark., 2010: 1128-1131). Özetle her ne kadar nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki olduğu ortaya konulmuş olsa da yukarıda yer alan çalışmalar bu ilişkinin özgül olmadığını göstermektedir.

1.1.6. Epidemiyoloji

Hipokondriyazis için tüm DSM-IV-TR tanı kriterlerini karşılayanların genel popülasyondaki yaşam boyu yaygınlığı %1 ile %5 arasında, birinci basamakta ayakta tedavi görenlerin yaygınlığı ise %2 ile %7 arasında bulunmuştur (APA, 2000: 505). DSM-5'te ise sağlık anksiyetesinin genel popülasyondaki 1 ile 2 yıllık yaygınlığının %1.3 ile %10 arasında değiştiği, ayakta tedavi edilen tıbbi popülasyonda 6 aylık ve 1 yıllık yaygınlık oranlarının %3 ile %8 arasında olduğu ve yaygınlık oranlarının kadın ve erkekler açısından benzer olduğu bulunmuştur (APA, 2013: 316). Türkiye ruh sağlığı profili raporunda Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10; ICD-10) tanılarına göre hipokondriyazisin 1 yıllık yaygınlık oranı kadınlarda %0.8, erkeklerde %0.3 ve toplam nüfusta %0.6 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 1998: ss.81).

Her ne kadar sağlık anksiyetesi en çok hipokondriyazis ile ilişkili bulunmuş olsa da anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ile birlikte de ortaya çıkabilmektedir. Sağlıkla ilgili kaygılar panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve özgül fobi gibi bozukluklarının bir parçasını oluşturabilmektedir (Noyes, 1999: 12-14). Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireyler ilerinde sağlığın da yer aldığı birçok olay, durum ve aktiviteler hakkında endişe duyabilmektedir. Panik bozukluğunda birey, panik ataklarının tıbbi bir hastalığın varlığını yansıttığı konusunda endişe duyabilir. Bununla birlikte, hastalık kaygısı bozukluğunda bireyler genellikle bir hastalığa sahip olma konusunda tekrarlayıcı ve istenmeyen (girici) düşüncelere sahipken, obsesif kompulsif bozuklukta gelecekte bir hastalığa yakalanmakla ilgili girici düşüncelere sahip olabilmektedir (APA, 2013: 317). Avustralya’da 18 ve 65 yaş aralığında 8841 kişinin katıldığı bir çalışmada yaşam boyu ve şu anda sağlık anksiyetesi tanısına sahip kişilerin eş bir tanıya sahip olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre yaşam boyu sağlık anksiyetesine sahip kişilerin %37’sinde majör depresif bozukluk, %29’unda sosyal anksiyete bozukluğu, %24’nde yaygın anksiyete bozukluğu, %12’sinde panik bozukluk, %11’inde obsesif kompulsif bozukluk tanısı olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte şu anda bir sağlık anksiyetesine sahip kişilerin %12’sinde majör depresif bozukluğu, %14’nde sosyal anksiyete bozukluğunun, %6’sında yaygın anksiyete bozukluğunun, %5’inde panik bozukluğu ve %7’sinde obsesif kompulsif bozukluğu eşlik ettiği ortaya konulmuştur (Sunderland, Newby ve Andrews, 2012: 4).

Türkiye’de sağlık anksiyetesiyle ilgili yapılan bir çalışmaya (Karapıçak, Aktaş ve Aslan, 2012: 44) 67 panik bozukluğu tanısı olan ve 44 herhangi bir tanısı olmayan kişi katılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre katılımcıların %23.9’unda düşük seviyede sağlık anksiyetesi, %76.1’inde ise yüksek seviyede sağlık anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Ayrıca, tanı alan grubun sağlık anksiyetesi tanı almayan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada (Karapıçak, Aktaş ve Utku, 2012: 46-50) panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokandriyaziste görülen sağlık anksiyetesi sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılmıştır. Çalışmaya, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre belirlenmiş 56 panik bozukluğu, 19 somatizasyon bozukluğu, 16 hipokandriyazisi olan hasta ve 50

sağlıklı gönüllü katılmıştır. Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla hem hasta gruplarına hem de sağlıklı gönüllülere Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre hipokondriyaziste en önemli etkenin sağlık anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada (Kabakaş, 2018: 18) kanser hastalarına bakım veren bireylerin ölüm korkusu, kansere yakalanma korkusu ve sağlık anksiyetesi düzeyleri, ailesinde kanser veya kronik bir hastalık tanısı olmayan ve daha önce kanser veya kronik bir hastalığı olan bir kişiye bakım vermeyen kişilerle karşılaştırılmıştır. Çalışma, kanser teşhisi konulmuş bireylere bakım veren 63 aile yakını ve 70 kişilik kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre bakım veren hasta yakınlarının sağlık anksiyetesi düzeyleri anlamlı olarak kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

1.1.7. Klinik Seyir ve Prognoz

Şiddetli sağlık anksiyetesi her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte en sık genç erişkinlikte gelişmektedir (APA, 2000: 506). Genellikle kişi stres altındayken, ciddi bir hastalığa yakalandığında veya kurtulduğunda ve bir aile üyesini kaybettiğinde ortaya çıkmaktadır (Barsky ve Klerman, 1983: 274). Toplum temelli örneklemde sağlıklı ilişkili kaygıların yaşla birlikte arttığı bulunmuştur (APA, 2013: 316). Yaşlı bireylerde sağlıkla ilgili kaygıların genellikle hafıza kaybına odaklı olduğu bulunurken, çocuklarda ise sağlık anksiyetesinin nadir olduğu bulunmuştur (APA, 2013: 316).

Hipokondriyazis tanısı alan kişilerde bozukluğun kronik seyirde olduğu görülmüştür (APA, 2000: 506). Sağlık anksiyetesi ile ilişkili diğer bozuklukların seyri hakkında ise çok az şey bilinmektedir. Barsky ve arkadaşları (1993: 487) yaptıkları çalışmada geçmişte geçici hipokondriyazis tanısı alan kişilerin ilerleyen zamanlarda şiddetli sağlık anksiyetesi belirtileri gösterdiğini bulmuştur.

Şiddetli sağlık anksiyetesinin sınırları, benzer belirtilere sahip diğer durumlarla kesişebilmektedir. Öncelikle şiddetli sağlık anksiyetesi çoğu zaman tanımlanabilir bir fiziksel hastalık olmadığı durumda ortaya çıkmaktadır. Ancak bu durum her zaman geçerli değildir. Bazen sağlık anksiyetesi tıbbi bir hastalık tarafından da tetiklenebilir (Deale, 2007: 241). Tıbbi bir hastalığın eşlik ettiği sağlık anksiyetesinde kişinin sağlığına ve hastalığına ilişkin kaygısı, hastalığının ciddiyeti

ile orantısız düzeydedir (APA, 2013: 317). Böyle durumlarda kişinin tıbbi hastalığı başarılı bir şekilde tedavi edildikten sonra bile kaygısı devam edebilir, kendi başına bir problem haline gelebilir (Deale, 2007: 241).

1.2. SAĞLIK KAYGISINI AÇIKLAYAN MODELLER

Sağlık anksiyetesini tedavi etmek amacıyla çeşitli psikoterapi modelleri geliştirilmiştir: Bilişsel-algisal teoriler (Barsky, 1992; Barsky, Goodson, Lane, ve Cleary, 1988), bilişsel davranışçı model (Warwick ve Salkovskis, 1990) ve üstbilişsel model (Wells ve Matthews, 1994,1996). Yaklaşımların paylaştığı ortak unsurlar mevcuttur. Örneğin bilişsel, duygusal ve davranışsal özellikler arasındaki karşılıklı ilişki paylaşılan bir özelliktir. Buna rağmen, her bir modelde sağlık anksiyetesinin geliştirilmesi ve sürdürülmesini açıklamak için belirli bireysel yapılar ve süreçlere farklı bir önem verilmektedir (Bailey ve Wells, 2013: 328).

1.2.1. Bilişsel-Algisal Teoriler

Bilişsel-algisal teoriler, (Barsky, 1992) sağlık anksiyetesi olan bireylerin bedensel belirtilerini ve duyularını abartan ve bunları güçlü, toksik ve rahatsız edici olarak algılayan somatosensör amplifikasyonu olarak tanımlanan bir yapıya sahip olduklarını öne sürmüşlerdir (Bailey ve Wells, 2013: 328). Amplifikasyon üç ana unsurdan oluşmaktadır: (1) bedensel duyumlara karşı dikkat artımı ve aşırı duyarlılık, (2) görece olarak zayıf ve seyrek hissedilen bazı duyuları ayırt etme ve bunlara dikkatini verme ve (3) bu duyuları korkutucu, endişe verici ve rahatsız edici olarak görme eğilimi. Modele göre insanlar yorgunluk, baş ağrısı gibi normal fizyolojik belirtileri ciddi bir hastalık belirtisiymiş gibi büyütür (Barsky ve ark., 1988: 510).

Amplifikasyonun hem karakter hem de durum benzeri özellikleri olduğu ileri sürülmüştür. Buna göre karakter özellikli amplifikasyonun çocukluk çağındaki deneyimler yoluyla öğrenilmiş ya da yapısal olarak doğuştan merkezi sinir sistemine bağlı bir şekilde var olmuş olabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte çeşitli koşullardan, duygu durumundan ve uyarılma seviyesi gibi faktörlerden etkilenerek de bedensel belirtilerin büyütülebileceği öne sürülmektedir (Barsky ve ark., 1988: 510-511). Bu haliyle amplifikasyon kavramının, psikiyatrik bozukluklarda bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Buna göre amplikasyon hipokondriyaziste patojen bir

mekanizma olarak işlev görebilir ya da belirgin bedensel belirtilerin eşlik ettiği diğer panik bozukluk, majör depresif bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilir (Barsky, 1992: 28).

Amplifikasyonun hipokondriyaziste ortaya çıktığını kanıtlayan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmaya 41 hipokondriyazis tanısı alan hasta ve rastgele 75 klinik hastası katılmıştır. Hipokondriyazis tanısı DSM-III-R tanı kriterlerine göre yapılandırılmış görüşme sonucunda konulmuştur. Hastaların hipokondriyal belirtilerini ölçmek amacıyla Whiteley İndeksi ve Bedensel Belirti Envanteri, bedensel duyumlarını büyütme derecesini ölçmek amacıyla Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) verilmiştir. Hipokondriyazis tanısı alan hastaların hipokondriyazis tanısı almayanlara göre BDAÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hipokondriyal belirtiler arasından bedensel sağlıkla ilgili aşırı meşguliyet, amplikasyonla en çok ilişkili bulunan belirti olarak bulunmuştur. Karşılaştırmalarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile BDAÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunurken, BDAÖ antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu ile ilişkili bulunmamıştır (Barsky ve ark., 1990: 325-331). Daha önceden geçici hipokondriyazis tanısı konulmuş 22 hasta ve hipokondriyazis tanısı olmayan 24 kişinin katıldığı bir boylamsal çalışmada, zamanla klinik grubun karşılaştırma grubuna göre sağlık anksiyeteleri daha fazla bulunmuştur. Ayrıca geçici hipokondriyazis tanısı alan kişilerin hipokondriyazis tanısı almayan kişilere göre bedensel duyumlarını daha çok abarttıkları ve tıbbi bakımdan daha fazla yararlandıkları bulunmuştur (Barsky ve ark., 1993: 486-487). Türkiye’de yapılan bir çalışmada hamile kadınlardaki bel ağrısının anksiyete, depresyon, sağlık anksiyetesi ve somatosensör amplifikasyonla ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya bel ağrısı çeken 52 hamile kadın ve bel ağrısı olmayan 47 hamile kadın katılmıştır. Katılımcılara Sağlık Anksiyetesi Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ve bel ağrılarının varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla Görsel Analog Skalası verilmiştir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarında BDAÖ puanlarının bel ağrısı olan ve olmayan hamile kadınlar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığı bulunmuştur. Buradan hareketle bedensel duyumlarını abartma derecesi yüksek olan hamile kadınların hamilelik

sırasında bel ağrısı geliştirme riski altında olduğu sonucuna varılmıştır (Yıldırım ve ark., 2019: 70-72)

1.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel bakış açısına göre, sağlık anksiyetesi ve hipokondriyaziste, bedensel belirti ve işaretler gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılanmakta ve belirli bir hastalığa yakalanma ihtimali gerçekte olduğundan daha çok görülmektedir. Aynı zamanda hastalar kendi hastalığını önleyemeyeceğini ve seyrini etkileyemeyeceğini düşünmektedir. Hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler (kendisi veya başkalarıyla ilgili) ve bilgiler kişinin hastalık ve sağlık davranışlarıyla ilgili belirli varsayımların oluşmasına yol açmaktadır. Hastalıkla ilgili erken yaşam deneyimleriyle birlikte tıbbi tedavi deneyimleri, sosyal çevre ve sosyal medya gibi çeşitli kaynaklar da varsayımların oluşmasında etkilidir (Warwick ve Salkovskis, 1990: 110).

Sağlık anksiyetesi olan kişiler, “Bedensel değişiklikler genellikle ciddi bir hastalığın işaretidir”, “Eğer farklı bir şey fark eder etmez doktora gitmezsem o zaman çok geç olacak” şeklinde işlevsel olmayan varsayımlara sahiptirler. Bu tür varsayımlar kişinin bedensel belirti ve işaretlere seçici dikkat göstermesine neden olabilir. Belirli varsayımlar kritik bir olaydan sonra bedensel belirtilerin ve işaretlerin ciddi hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlanmasıyla sonuçlandığı için sıklıkla hastanın düşüncesinde doğrulayıcı bir önyargıya yol açmaktadır. İşlevsel olmayan varsayımlar kişinin sağlığıyla ilgili bilişsel, davranışsal, duygusal ve fizyolojik tepkiler vermesine neden olmaktadır (Bkz. Şekil 1).

Sağlık anksiyetesinin sürdürülmesinde bazı mekanizmalar rol oynayabilir. İlk olarak sağlık ilgili duyulan anksiyete otonomik uyarılma ile sonuçlanabilir. Otonomik uyarılmaya bağlı olarak ortaya çıkan bedensel duyumların felaketleştirici bir şekilde yanlış yorumlanması (örn. “Bu çarpıntı kalp krizi geçirdiğim anlamına geliyor”) sağlıkla ilgili duyulan anksiyeteyi sürdürebilir. İkinci olarak normal bedensel belirtilere (örn. yemekten sonraki mide rahatsızlığı) veya daha önceden fark edilmemiş bedensel özelliklere (örn. vücuttaki bir leke) seçici dikkat göstermek sağlıkla ilgili endişelerin sürdürülmesine neden olabilmektedir. Son olarak fiziksel hastalıklardan kaçınmak, kontrol etmek, için yapılan davranışlar (örn. tıbbi ders kitapları okumak, güvence aramak, bedenini kontrol etmek gibi) anksiyetenin

devam etmesine neden olabilir (Warwick ve Salkovskis, 1990: 110-112). Sağlık anksiyetesinin bileşenlerinin her biri aşağıda daha ayrıntılı biçimde açıklanmaktadır.

Şekil 1: Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modeli (Warwick ve Salkovskis, 1990: 111)



Kaçınma	Kaygı	Zihinsel meşguliyet	Artan uyarılma
Bilgi tarama	Depresyon	Beden değişimlerini izleme	Beden fonksiyonlarında değişiklikler
Güvence arayışı	Öfke	Olumsuz bilgilere dikkat etme	Uyku bozukluğu

1.2.2.1. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Davranışçı Modelinin Bileşenleri

1.2.2.1.1. İçsel Tetikleyiciler

Sağlık anksiyetesinin en yaygın tetikleyicileri içsel olanlardır. Kızarıklık gibi yeni belirtiler veya baş ağrısı gibi kronik belirtiler karşısında kişi sağlık anksiyetesi duyabilir. Bazı kişilerin sağlık anksiyetesinin ise belirli tipteki belirtiler karşısında tetiklendiği bilinmektedir (örn. ailesinde bağırsak kanseri öyküsü olan birinin karın ağrısı karşısında duyduğu anksiyete). Sağlık anksiyetesi kişinin bir hastalığı olduğunda da artabilir. Soğuk algınlığı gibi ciddi olmayan hastalıklara eşlik eden fiziksel belirtiler endişenin artmasına neden olabilir. Kişiler kendilerine konan tanıyı sorgulayabilir, belirtilerinin iyi huylu bir tanıdan çok ciddi bir hastalığın belirtileri ile ilgili olduğunu düşünebilirler (Furer, Walker ve Stein, 2007: 43-44).

1.2.2.1.2. Dışsal Tetikleyiciler

Dışsal tetikleyiciler hastalıklarla ilgili medya haberlerini, ciddi bir hastalık tanısı konulan arkadaşına veya akrabaya sahip olmayı ve ölümle ilgili deneyimleri içerebilir. Bu tetikleyicilerden herhangi biri hastalıkla ilgili inanışları harekete geçirebilir. Sağlık anksiyetesi tetikleyicileri kişiden kişiye göre değişebilir. Bir kişinin sağlıkla ilgili endişesini tetikleyen herhangi bir olay, başka birinin sağlık anksiyetesi üzerinde hiçbir etkiye sahip olmayabilir (Furer, Walker ve Stein, 2007: 44). Belirli dışsal tetikleyicilerin sağlık anksiyetesi olan bireylerde zorluk yarattığı görülmektedir. Örneğin salgın hastalıkların medyada kapsamlı bir şekilde yer alması toplumdaki kişilerin sağlık anksiyetesini tetikleyebilir. Sağlık anksiyetesi yoğun olmayan birçok kişi de salgın hastalıklar ya da yeni bir hastalık/virüs karşısında endişe duyabilir. Çoğu insan için bu anksiyete geçicidir ve genellikle günlük yaşamlarını bozmaz. Bununla birlikte bazı insanlar için daha önemli olabilmektedir. Sağlık anksiyetesi sıklıkla bireyin ya da sevdiği birinin tıbbi bir krizle karşı karşıya

kalması durumunda artar. Örneğin bir arkadaşına konan yanlış teşhisin yol açtığı korkutucu bir sonucu dinlemek, daha sonrasında doktorlardan kendi sağlığı konusunda güvence vermesi için yoğun bir istek ortaya çıkarabilir (Furer, Walker ve Stein, 2007: 44-45).

1.2.2.1.3. Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnanışlar

İçsel ve dışsal tetikleyiciler bireyde sağlıkla ilgili düşüncelere veya görüntülere neden olabilir. Örneğin baş ağrısı yaşayan biri kendi kendine "Bu hafta gerçekten çok çalıştım. Biraz dinlenmeye ihtiyacım var" diyebilir. Alternatif olarak "Beyin tümörünün genellikle baş ağrıları ile başladığını duydum. Hemen doktora gitmeliyim!" şeklinde de yaklaşabilir. Birinci şekilde yaklaşan kişi rahat hisseder ve baş ağrısı ile daha etkin bir şekilde başa çıkabilir. Öteki şekilde yaklaşan kişinin ise korkutucu düşünceleri anksiyete döngüsüne katkıda bulunur. Bazı bireyler için bu düşünceler çok spesifik olabilir. Örneğin "Mide kanseriyim" veya "Bir tümörüm olduğu için bu ağrıyı çekiyorum" şeklinde belirli bir hastalıkla ilgili olabilir. Bazılarının düşünceleri ise "Kız kardeşime meme kanseri tanısı konulmuştu ben de kesinlikle meme kanserinden öleceğim" "Doktor bir şeyleri gözden kaçırdı. Kolumdaki kızarıklık sadece egzamayla ilgili olamaz" veya "Doktor beni MR'a (Manyetik Rezonans) gönderdiğine göre ciddi bir sorunum olmalı" şeklinde ciddi bir hastalığa sahip olma veya gelecekte ciddi bir hastalığa yakalanacağını düşünme gibi genel bir korkuyu yansıtabilir (Furer, Walker ve Stein, 2007: 45-46).

Sağlık anksiyetesi ile ilgili işlevsel olmayan inanışların gücü, sağlık anksiyetesinin şiddeti ile ilişkilidir. Sağlık anksiyetesi ile ilgili işlevsel olmayan inanışların gücü azaldığında sağlık anksiyetesine yönelik tedavi de daha iyi ilerlemektedir (Taylor ve Asmundson, 2004: 33). Christensen, Moran ve Wiebe (1999: 169-176) kişilerin sağlıkla ilgili kararlarının ve davranışlarının, sağlık konusunda sahip olduğu bilgilerden ve bu bilgilerin irrasyonel değerlendirmelerinden veya çarpıtılmalarından etkilendiğini belirtmiştir. Bu tür irrasyonel sağlık inanışları ile sağlık kararları ve davranışları arasındaki bağlantıyı araştırmak amacıyla İrrasyonel Sağlık İnanışı Ölçeği'ni (Irrational Health Belief Scale) geliştirmiştir. Fulton ve diğerleri (2011: 531-533) bu ölçeği kullanarak üniversite öğrencilerinin oluşturduğu örnekleme irrasyonel sağlık inanışları ile ("tıbbi yardım almayı

reddetmesine neden olan sağlık deneyimleri ile ilgili aşırı genellemeler yapmak”, “tedaviye uyma ihtimalini azaltabilecek tedavinin yan etkileriyle ilgili yaygın ancak hoş olmayan irrasyonel çıkarımlar yapmak”, “sağlık üzerindeki sınırlı kontrole dair ölümcül ve umutsuz inanışlara sahip olmak”) sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaptıkları iki çalışma sonuçlarına göre irrasyonel sağlık inanışı ve sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde ilişki olduğu, genel bir anksiyetenin irrasyonel sağlık inanışı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada sağlık anksiyetesinin şiddetine göre bilişsel yanlılıkların farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Buna göre sağlık anksiyetesi yüksek olan kişilerin düşük olanlara göre bedensel belirtilerini daha çok felaketleştirdiği bulunmuştur (Hitchcock ve Mathews, 1992: 233).

Salkovskis ve Warwick (2001)'e göre sağlık anksiyetesiyle ilgili dört işlevsel olmayan inanış vardır. Bu inanışlar 1) hastalığa yakalanma olasılığı, 2) hastalığın korkutuculuğu, 3) hastalıkla baş etmede güçlük ve 4) hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği olarak tanımlanmıştır (aktaran Hadjistavropoulos ve arkadaşları, 2012: 168). Hadjistavropoulos ve arkadaşları sağlık anksiyetesine özgü dört bilişi, fiziksel bir hastalık tanısı olan ve olmayan iki farklı örnekleme değerlendirme amacıyla Sağlık Bilişleri Anketi'ni geliştirmiştir (2012: 167-178). Sağlık Bilişleri Anketi'nin kullanıldığı bir çalışmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışların sağlık anksiyetesine özgü olup olmadığı obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ile karşılaştırılarak araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda dört sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışın obsesif kompulsif belirtilerden çok sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fergus, 2014: 256). Albert ve Hadjistavropoulos (2014a: 219) yaptıkları bir çalışmada sağlık anksiyetesini yordamada bilişsel davranışçı modelin ve kişilerarası modelin katkısını araştırmışlardır. Çalışmaya ebeveynlerinden birine kanser gibi ciddi bir hastalık tanısı konulmuş 116 kişi katılmıştır. Çalışmanın sonuçları sağlık anksiyetesi ile ilgili işlevsel olmayan dört inanışın sağlık anksiyetesi ile anlamlı ve olumlu yönde ilişkili olduğunu, iki inanışın (hastalığa yakalanma olasılığı ve hastalıkla baş etmede güçlük) sağlık anksiyetesini yordadığını göstermektedir (Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014a: 222-223). Yapılan çalışma sonuçları sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesinde ve tedavisinde işlevsel olmayan inanışların önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Her ne kadar bilişsel değerlendirmeler genel olarak sağlık anksiyetesini kavramsallaştırmak ve tedavi etmek için merkezi bir rol üstlenmiş olsa da, yakın zamanda bir paradigma değişimi olmuştur (Bailey ve Wells, 2013: 328). Wells ve Matthews (1994; 1996), bilişsel-davranışçı kuramlarda vurgulanan inanışların, psikolojik bozukluğun merkezi olamayacağını öne sürmüşlerdir. Bunun yerine, düşünceler hakkındaki düşünce ve inanışların düzenlenmesinin yani üstbilişlerin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. (Bailey ve Wells, 2015a: 871).

1.2.3. Üstbilişsel Model

Üstbilişsel modeli anlamak amacıyla ilk olarak üstbilişsel model ile ilgili kavramlar ele alınacaktır. Daha sonra üstbilişsel model ve üstbilişsel modelin sağlık anksiyetesini açıklamadaki rolü incelenecektir.

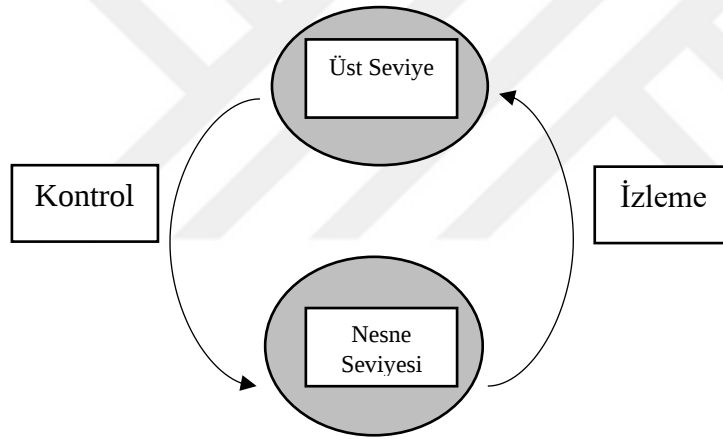
1.2.3.1. Üstbiliş Kavramı

Flavell (1979: 906), okul öncesi ve ilköğretim çağındaki çocukların bellekleri ile ilgili yaptığı çalışmalar aracılığı ile ilk kez üstbiliş kavramının ele alınmasını sağlamıştır. Flavell, “Kişinin nasıl öğrendiğinin farkında olması, mevcut bilgileri bir amacı gerçekleştirmek için nasıl kullanılacağını bilmesi, ne zaman anladığını ve anlamadığını farkında olması, belirli bir görevin bilişsel taleplerini anlama becerisine sahip olması, hangi amaçlar için hangi stratejilerin kullanılacağını bilmesi ve performans sırasında ve sonrasında kendi ilerleyişini değerlendirmesi”ni üstbiliş olarak tanımlamıştır (Gourgey, 1998: 82). Downing ve arkadaşlarına (2007: 2) göre üstbilişin en anlaşılır tanımı ise “Düşünme hakkında düşünme”dir. Başka bir tanıma göre üstbiliş, düşüncelerin kontrol edilmesini, değiştirilmesini ve yorumlanmasını içeren psikolojik yapıları, bilgileri, olayları ve süreçleri ifade etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 386). Üstbilişin birden fazla faktörle ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre üstbilişler, kişinin bilişsel sistemi ve bu sistemin işleyişini etkileyen faktörler, mevcut bilişsel durumunun düzenlenmesi, farkındalığı ve son olarak düşüncelerinin ve hatıralarının öneminin değerlendirilmesi hakkındaki kalıcı bilgiler ve inanışlar ile ilgilidir (Wells, 1995: 302).

Nelson ve Narens (1990: 125-127), üstbilişsel işleyişin üç soyut ilkeye dayandığını dile getirmiştir. İlk ilkeye göre bilişsel süreçler birbirleriyle ilişkili iki ya da daha fazla seviyede işlenmektedir. Bu seviyelerin isimleri üst seviye (meta-level)

ve nesne seviyesidir (object-level). İkinci ilkede üst seviyenin nesne seviyesinin dinamik bir modelini içerdiği belirtilmiştir. Üçüncü ilkede ise üst seviye ile nesne seviyesi arasında “kontrol” ve “izleme” olarak adlandırılan iki yönlü bilgi akışı olduğu bildirilmiştir. Şekil 2’de gösterildiği gibi üst seviyeden nesne seviyesine akan bilgiye kontrol, nesne seviyesinden üst seviyeye giden bilgi akışına ise izleme denilmektedir. Üstbilişsel kontrol aşamasında üst seviye, nesne seviyesindeki durumu ya da sürecin kendisini değiştirmektedir. Buna göre bir hareket başlatılabilir, devam ettirilebilir veya sonlandırılabilir. Üstbilişsel izleme aşamasında ise üst seviye, nesne seviyesi tarafından bilgilendirilir. İzleme aşamasındaki veriler, kişinin öznel bildirimlerinden elde edilmektedir.

Şekil 2: Üstbilişin İşleyişi



Nelson ve Narens (1990: 128), kişinin içsel gözlemlerinde bir yanlışlık olabileceğine (örn. kişi girdilerin bazı yönlerini kaçırabilir ya da mevcut olmayan başka yönlerini ekleyebilir) dikkat çekmiştir. İçsel gözlemlerdeki herhangi bir yanlışlığın, nesne seviyesinden üst seviyeye akan bilgilerde yanlışlıklara neden olabileceği belirtmiştir. Bu nedenle buradaki amaçlardan birinin insanların iç gözlemlerindeki çarpıklıkları ortaya çıkarmak olduğunu ifade etmiştir. Wells (2000: 8) üst seviye ve nesne seviyesi arasındaki ilişkinin psikolojik bozukluklardaki bilişleri anlamak için kullanılabileceğini ifade etmiştir. Buna göre izleme aşamasındaki herhangi bir yanlış veya çarpıtılmış verinin bireyin öz-düzenleme ve

kontrol sistemini etkileyebileceğini, kontrol aşamasında bir hareketi başlatırken, devam ettirirken veya değiştirirken seçilen uyumsuz bir başa çıkma stratejisinin psikolojik bozukluğa yol açabileceğini bildirmiştir. Wells ve Cartwright-Hatton (2004: 386) da üstbilişin bileşenlerinden birinde ortaya çıkabilecek herhangi bir yanlılığın kişide uyumsuz tepki tarzlarına neden olabileceğine ve bunun da psikolojik bozuklukların gelişimine veya sürdürülmesine yol açacağına dikkat çekmiştir.

1.2.3.2. Üstbilişin Bileşenleri

Üstbiliş, bilişlerin yorumlanmasında, izlenmesinde ve kontrolünde yer alan birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlerle tanımlanmaktadır. Bu faktörler bilgi, deneyim ve stratejiler olarak üç bileşene ayrılabilir (Wells, 2009: 5)

Üstbilişsel bilgi, insanların kendi düşünceleri, belleğinin etkililiği ve dikkat gücü hakkında sahip oldukları inanışlarıdır (Wells, 2009: 5). Flavell (1979: 907)'e göre üstbilişsel bilginin üç ana kategorisi vardır: kişi, görev ve strateji. Kişi kategorisi, kişinin kendisi ve diğer insanların doğası hakkında sahip olduğu inanışları kapsar. Görev kategorisi kişinin, bilişlerini yönetilebilmesi ve bir hedefe ulaşılabilmesi için gereken konular hakkında sahip olduğu bilgiyi içermektedir. Son olarak strateji kategorisi ise kişinin hedeflerini gerçekleştirmesinde hangi stratejilerin daha etkili olabileceğine dair bilgilerini içermektedir.

Wells (2000: 9) duygusal bozukluk bağlamında iki tür üstbilişsel bilgi olduğunu bildirmiştir: açık (explicit) ve örtük (implicit). Açık üstbilişsel bilgi, bilinçli ve sözlü olarak ifade edilendir. Sağlık anksiyetesi olan bir kişinin, endişelerinin kontrol edilemez olduğuna dair inanışı açık üstbilişsel bilgidir. Örtük üstbilişsel bilgiler ise bilinçli değildir ve sözel olarak ifade edilemez. Bu bilgiler düşünce süreçlerini yönlendiren kuralları ve planları içermektedir. Örtük üstbilişsel bilgi, kişinin “düşünme becerilerini” yansıtmaktadır (Wells, 2009: 5).

Wells (2009: 10-11) üstbilişsel deneyimleri, kişilerin zihinsel durumlarıyla ilgili değerlendirmeleri ve duyguları olarak tanımlamıştır. Obsesif kompulsif bozuklukta girici düşünceler hakkında yapılan yorumlar, yaygın anksiyete bozukluğunda endişeler hakkında endişelenmek, panik bozukluğunda kişinin aklını kaybettiğine, davranışlarının kontrolünü kaybettiğine dair inanışlar üstbilişsel deneyimlere örnek verilebilir. Başka bir tanıma göre ise üstbilişsel deneyim, bilince

giren üstbilişsel bilginin öğeleri olarak tanımlanmıştır (Flavel, 1979: 908). Üstbilişsel deneyimler özellikle çok dikkatli, bilinçli düşünmeyi gerektiren zamanlarda (örn. önemli bir karar vermeye çalışırken) meydana gelmektedir (Flavel, 1979: 908).

Üstbilişsel deneyimler bilişsel görevler, üstbilişsel bilgi, bilişsel aktiviteler ve stratejiler üzerinde önemli etkilere sahiptir. Öncelikle kişinin yeni hedef belirlerken önceki hedeflerini gözden geçirmesini ve buna göre eski yöntemlerini bırakmasını, değiştirmesini veya tekrarlamasını sağlayabilir. Örneğin yarınki sınav için herhangi bir konuyu yeterince bilemediğini hisseden (üstbilişsel deneyim) kişi bir kere daha okuduğunda hedefini gerçekleştirmek için bilişsel bir strateji kullanmış olur. İkinci olarak üstbilişsel deneyimler önceki üstbilişsel bilgiye yeni bilgilerin eklenmesine, onların silinmesine veya değiştirilmesine neden olabilir. Kişinin yarınki sınavını geçecek kadar konuyu anlayıp anlamadığını merak etmesi (üstbilişsel deneyim) üzerine kendi kendisine soru sormasını ve cevaplamaya çalışması üstbilişsel strateji kullanmasını ve başka bir üstbilişsel deneyim yaratmasını sağlayacaktır (Flavel, 1979: 908-909).

Üstbilişsel kontrol stratejileri, kişilerin bilişsel aktivitelerini kontrol etmek için verdiği tepkilerdir (Wells, 2000: 10). Bu stratejiler, bilişsel aktiviteleri şiddetlendirebilir, bastırabilir veya değiştirebilir. Bazıları bilişlerin yönünü değiştirip düşünceleri veya olumsuz duyguları azaltmayı amaçlar. Örneğin bir kişi dikkatini tehditlere odaklayabilir veya üzücü düşüncelerini bastırabilir (Wells, 2009: 6-7). Wells ve Davies (1994: 875) geliştirdikleri Düşünce Kontrol Ölçeği'nde (Thought Control Questionnaire) beş kontrol etme stratejisi tanımlamışlardır: dikkati başka yere çevirme, sosyal kontrol, endişelenme, cezalandırma ve yeniden değerlendirme. Psikolojik bozukluklarda, düşünce süreçlerini kontrol etmek için bu stratejilere başvurulabilmektedir. Örneğin, sağlık anksiyetesi olan bir kişi hastalıkla ilgili düşüncelerin sağlığını bozacağına inanabilir ve kontrol stratejisi olarak bu tür düşünceleri bastırmayı seçebilir.

1.2.3.3. Kendini-Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli

Wells ve Matthews (1994, 1996) kaygı ve duygusal sıkıntıların gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan üstbilişsel faktörlerin kavramsallaştırılmasını sağlayan Kendini-Düzenleyici Yürütücü İşlevler, K-DYİ (Self-Regulatory Executive

Function, S-REF) modelini geliştirmişlerdir. K-DYİ modeli, tehdit edici uyarıların yanlı bir şekilde işlenmesine yol açan işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara ve duyu düzenleme stratejilerine odaklanır.

K-DYİ modelinde bilişler, birbiriyle etkileşim içinde olan üç seviyede yer almaktadır: 1) Otomatik ve refleksif işlem (alt seviye işlem), 2) düşünce ve davranışların çevrim içi bilinçli işlenmesi (bilişsel stil) ve 3) üstbilişsel bilgi ve inanışların uzun süreli bellekte depolanması (Wells, 2009: 9). Alt seviye genellikle otomatiktir, dikkat gereksinimi azdır ve işlem çoğunlukla bilinçli farkındalık dışında gerçekleşir. Çevrimiçi seviye, işlemlerin yürütülmesi için dikkat kaynaklarına bağıdır ve bu aktiviteler bilinçli farkındalıkla gerçekleşir. Bu seviyede gerçekleştirilen işlem isteğe bağıdır ve kişiler genellikle kontrolünün farkında olur. Ancak bazı klinik bozukluklarda bu farkındalık azalmış olabilir. Çevrimiçi işlem seviyesinde yürütme, öz-bilginin (inanışların) erişimine bağıdır. Bellekten kendisine rehberlik etmesi için gelen kişisel bilgiye güvenir, ondan bağımsız çalışmaz (Well, 2000: 16). Üst sistemde ise bilişsel işlemin bir modeli veya temsili yer alır ve bilişsel işlemi bir amaca yönlendirir (Wells, 2009: 9).

Model, otomatik işleme (alt seviye işlem) giren bir tehdit uyarı tarafından ya da içsel işlem döngüleri tarafından başlatılır. Model aktive olduğunda, K-DYİ üstbilişsel bilgilere ulaşarak bir başa çıkma stratejisi belirler. Burada durum değerlendirmeleri ve başa çıkmakla ilgili genel planlar yer alır. Bu planlar çevrimiçi işlem tarafından belli bir duruma göre uyarlanır. Normal sağlıklı koşullar altında modelin çevrimiçi işlem seviyesi, tehditle başa çıkmaya çalışırken, kişinin değışen bir çevreye ve bilgilerdeki değışikliklere uyum sağlamasına yardımcı olur (Wells, 2000: 20). Üstbilişsel plan tarafından uygulanan başa çıkma stratejilerinin etkilerine bağılı olarak çevrimiçi işlem, üstbilişsel inanışları değıştirebilir veya güçlendirebilir. Bazı baş etme stratejileri inanışların değışimini engelleyebilir. Örneğin korkulan durumlardan kaçınma davranışı, korkuları boşa çıkaracak verilere maruz kalmayı engelleyebilir. K-DYİ üst düzey bilgileri (inanışları) etkilemesinin dışında alt seviyedeki işlemi etkileyen stratejiler de uygular. Bazen içsel ve dışsal uyarıların algılanmasına öncelik veren stratejiler bazen de alt seviye işlem aktivitesinin azaltılması amacıyla bedensel uyarılmaları azaltıcı etkiye sahip gevşeme, meditasyon vb. gibi stratejiler uygulanabilir (Wells, 2000: 20-21).

1.2.3.4. Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS; Cognitive Attentional Syndrome, CAS)

Üstbilişsel modelin temel ilkesine göre psikolojik bozukluğu olan kişiler Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS; Cognitive Attentional Syndrome, CAS) olarak adlandırılan düşünce tarzına sahiptirler. Çoğu kişinin olumsuz değerlendirmeleri ve duyguları (öfke, endişe, değersizlik) geçiciyken BDS, bu düşünceleri uzun süreli ve tekrarlayıcı olması yönünde bir etkiye sahiptir. BDS, endişe veya ruminasyon şeklinde tekrarlayıcı düşünce biçiminden, dikkatin tehdit ile ilgili uyarılara odaklanmasına neden olan ve düşünceyi bastırma, kaçınma, madde kullanımı gibi yararsız başa çıkma davranışlarından oluşur. Bu düşünce tarzı, kişilerin olumsuz düşüncelerinin güçlenmesine ve duygularının sürdürülmesine yol açar (Well, 2009: 10). BDS, uzun süreli bellekte depolanan üstbilişsel bilgiler tarafından aktive edilmektedir. Genellikle alt seviye işleme giren istemsiz uyarılarla başlatılmasına rağmen bilişleri ve hareketleri yönlendirebilmesi için üstbilişsel planlara ve taktik bilgilerine ulaşması gerekir. Bunlardan bazıları "En kötüsünü düşünmek hayal kırıklığına uğramamı engeller", "Bütün tehlikelere dikkat edersem zarar görmekten kaçınabilirim", "Olumlu düşünmemeliyim yoksa kaderimi tersine çeviririm" şeklindedir (Wells, 2005: 339).

Endişelenmek gelecekteki potansiyel tehlikelere odaklanılmasına, ruminasyon ise cevabı belli olmayan "neden ben" gibi sorulara cevap aranmasına neden olur. Her ikisinde de kişi dikkatini olumsuz bilgilere odakladığı için tehdit duygusu sürdürülür. Bu da depresyon ve anksiyetenin kalıcı olmasına neden olabilmektedir. Endişe ve ruminasyonun tekrarlanması ise bir süre sonra kişinin aynı faaliyetler karşısındaki farkındalığının azalmasına neden olur. Farkındalık düzeyi azaldıkça kişinin zihinsel süreçleri üzerindeki kontrolünü kaybettiği duygusuna neden olabilir ve bilişsel süreçleri engelleyebilir. BDS'nin diğer bir bileşeni olan tehdit izleme, dikkati potansiyel tehdit kaynaklarına odaklaması sebebiyle problem yaratır. Kişinin öznel tehlike duygusunu arttırarak duygu aktivasyonunun yoğunlaşmasına ve sürmesine neden olur. BDS içerisinde yer alan bastırma veya düşünce kontrol stratejileri gibi bileşenler de normal duygusal işleme engel oldukları için problemlidir. Bastırma, istenmeyen düşünceleri durdurmada sürekli olarak etkili olmadığı için kişinin düşüncelerini kontrol edemediğini düşünmesine neden olabilir.

Madde kötüye kullanımı ya da kaçınma gibi diğer başa çıkma davranışları ise insanların, duygularının tehlikeli olmadığını öğrenmelerini ve baş edebilecekleri durumları keşfetmelerini engellediği için sorun yaratır. Özetle bazı baş etme davranışları, olumsuz düşünce ve inanışların gerçeklik testini engellediği için potansiyel tehlike korkusunun sürdürülmesine sebep olur (Well, 2009: 14-15).

Üstbilişsel modele göre BDS, düşünceler hakkındaki yanlış inanışlarla kontrol edilmektedir. Bunlar olumlu üstbilişsel inanışlar ve olumsuz üstbilişsel inanışlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Olumlu üstbilişsel inanışlar endişe, ruminasyon, tehdit izleme ve diğer benzer stratejilerin yararları ile ilgilidir. “Endişelenirsem hazırlıklı olmuş olacağım”, “Tehlikeye odaklanmak beni güvende tutacaktır”, “Düşüncelerimi kontrol etmeliyim yoksa kötü bir şeyler yapacağım” gibi örnekleri içerir. Olumsuz üstbilişsel inanışlar ise iki geniş alt kümeye sahiptir: düşüncelerin kontrol edilemezliği ve düşüncelerin tehlikesi, önemi ve anlamı. “Endişemi kontrol edemiyorum”, “Bazı düşünceler kötü şeylerin olmasına sebep olabilir”, “Endişeli hissetmem tehlikede olduğum anlamına gelir” olumsuz üstbilişsel inanışlardan bazılarıdır. Sonuç olarak BDS, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışların aktivasyonu ile bağlantılıdır (Wells, 2009: 15-16).

Özetle üstbilişsel modele göre BDS içinde yer alan bileşenler psikolojik bozuklukların gelişmesine ve sürdürülmesine neden olmaktadır. Kişilerin BDS şeklindeki düşünme tarzını değiştirmek, BDS’yi yönlendiren olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışları değiştirmek terapi hedefleri arasındadır.

1.2.3.5. Sağlık Anksiyetesinin Üstbilişsel Modeli

Bilişsel modeller, sağlık anksiyetesi olan insanların bedenlerine yönelik dikkatlerine ve bu bedensel duyuları yanlış değerlendirme eğilimlerine odaklanırken, üstbilişsel model farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Üstbilişsel model sağlık anksiyetesinin, kişinin hasta olduğu inanışından çok hastalık hakkındaki geniş ve tekrarlayıcı olumsuz düşüncelerinden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Böylece üstbilişsel model sağlık anksiyetesinin merkezine hastalıklar hakkındaki inanışları değil, tekrarlayan düşünceler hakkında üstbilişsel inanışları koymaktadır (Bailey ve Wells, 2016: 44). Üstbilişsel modele göre sağlık anksiyetesi olan hastalar sağlıklı ilgili endişelerini etkin bir şekilde düzenleyemezler (Bailey ve Wells, 2013: 329).

Sağlık anksiyetesine sahip bireylerin BDS bileşenleri, hastalık ve sağlık hakkında endişe ve ruminasyon, hastalıkla ilgili tehdit oluşturabilecek bilgileri izlemeye yönelik dikkat ve tekrarlayıcı olumsuz düşünceleri kontrol etmek amacıyla güvence arama gibi davranışsal stratejileri içerir. Bu cevaplar, doğası gereği olumlu ve olumsuz olan üstbilişsel inanışlar tarafından yönlendirilir. Sağlık anksiyetesi olan bireyler hastalık hakkında endişe duymanın yararlı olduğuna dair üstbilişsel inanışlara sahip olabilirler (örn. “Bedensel belirtiler hakkında en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar”, “Sağlığım hakkında iyi şeyler düşünmek, olumsuzlukları çeker ve hastalanırım”). Hastalık ile ilgili düşünmenin kontrol edilemez (örn. “Sağlığım hakkında düşünmemek benim elimde değil”) ve tehlikeli (örn. “Sağlığım için endişelenmek vücuduma zarar verir”) olduğuna dair olumsuz üstbilişsel inanışlara sahip olabilirler (Bailey ve Wells, 2015c: 2).

Sağlık anksiyetesinde üstbilişsel değerlendirmeler, hipokondriyal bilişlerin tehlikeli kabul edilmesi ve kontrol edilmesi neredeyse imkânsız olarak görüldüğü inanışları içermektedir (örn. "Bu şişlik benim kanser olduğumu gösterir, "Böyle düşünüyorsam doğru olmalı"). Sağlık anksiyetesi olan kişilerin sık sık felaketleştirici düşüncelerini bırakmaya çalıştıkları, ancak bir şekilde bunu yapamadıkları görülmektedir. Bunun nedeni bilişlerini kontrol etme girişimlerinin yetersiz olduğuna inanmaları ile ilgili olabilir. İlk olarak olumsuz üstbilişsel inanışlarına bağlı olarak kendilerini hastalık hakkında düşünmeyi bırakmaya zorluyor ve hastalıkla yüzleşemiyor olabilirler. Bu durum sağlık anksiyetesi olan kişilerin hastalık ve onunla ilgili uyaranlardan kaçınma eğiliminde olmalarının bir açıklaması olabilir. İkinci olarak hastalık hakkında düşünmenin olumlu sonuçları olduğuna dair olumlu üstbilişsel inanışlara sahip olmak, sağlıkları hakkında ruminasyon yapmalarına neden olabilir. Bu durum vücutlarını takıntılı olarak kontrol etmelerine, güvence istemelerine ve internetten ciddi hastalıklar ve belirtiler hakkında bilgi aramalarına sebep olabilir (Buwalda, 2008: 691).

Özetle üstbilişsel modele göre sağlık anksiyetesinde görülen bedensel meşguliyet ve sağlıkla ilgili endişeler, düşünme süreçlerine dair olumlu inanışlar ya da bu düşünceleri kontrol edemediklerine veya bu düşüncelerin hastalıklara yol açtığına dair olumsuz inanışlar ile sürdürülmektedir (Bailey ve Wells, 2013: 329).

1.2.3.5.1. Sağlık Anksiyetesi ve Üstbilişsel İnanışlar Arasındaki İlişkiyi Destekleyen Çalışmalar

Bouman ve Meijer (1999: 97-100) hipokondriyazisin özgül (hastalıkla ilgili) bir içeriği olan endişe veya endişeler hakkında endişeler (üst-endişe) tarafından mı veya genel bir endişe eğilimi tarafından mı yordandığını araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, hipokondriyazisin bilişlerin yanı sıra hastalıkla ilgili düşüncelerin kontrol edilemediğine dair üstbilişler tarafından da yordandığını bulmuşlardır. Yapılan bir başka çalışmada (Kaur ve arkadaşları, 2011: 576-579), üstbilişlerin sağlık anksiyetesi bağlamında dikkat yanlılığına neden olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmada, katılımcıların sağlık anksiyetesini tetiklemek amacıyla sağlık riskleri hakkındaki bilgileri okumaları istenmiştir. Sağlık anksiyetesi tetiklenen katılımcılarda işlevsel olmayan üstbilişlerin dikkat yanlılığını yordaması beklenmiştir. Çalışmanın sonucunda işlevsel olmayan üstbilişlerin genel kelimelerden çok, sağlık kelimeleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca sağlıkla ilgili kelimeleri seçen kişilerin negatif kelimelerden çok pozitif kelimelere dikkat ettiği bulunmuştur. Bu durumun bir açıklaması olarak, işlevsel olmayan üstbilişsel inanışları daha fazla olan kişilerin sağlıkla ilgili olumlu bilgileri tehdit edici buluyor olabilecekleri ileri sürülmüştür (örn. kişiler, sağlıkları hakkında olumlu düşünmenin önemli belirtileri görmezden gelmelerine yol açtığına inanabilirler). Kaur ve arkadaşlarının (2013: 473-474) sağlıkla ilgili olumsuz kelimelerin dikkat yanlılığı üzerindeki etkisini araştırdıkları bir diğer deneysel çalışmaları sonucunda da üstbilişler ile dikkat yanlılığı arasında olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada işlevsel olmayan üstbilişlere sahip katılımcıların kendi sağlıklarına ilişkin güven verici geribildirim almalarına rağmen olumlu sağlık sözcüklerinden kaçındıkları bulunmuştur.

Bailey ve Wells (2013: 329-333), hastalık hakkındaki inanışlar, bedensel belirtileri büyütme ve nörotisizm değişkenlerinden bağımsız olarak üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesini yordayacağını ileri sürmüşlerdir. Bu hipotezlerini test etmek amacıyla yaptıkları çalışmada yaş, cinsiyet, nörotisizm ve bilişler kontrol edildikten sonra üstbilişlerin sağlık anksiyetesindeki varyansın %18'ini açıkladığını bulmuşlardır. Bu çalışmanın sonucu, üstbilişlerin bilişlerden bağımsız olarak sağlık anksiyetesini yordadığını ortaya koymuştur. Bailey ve Wells (2015b: 14) üstbilişsel

inanişların felaketleştirci yanlış yorumlamalar ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi düzenleyici etkisi olup olmadığını da araştırmışlar ve sağlık anksiyetesi ile felaketleştirci yanlış yorumlamalar arasındaki ilişkinin en çok üstbilişsel inanişlar varken olacağını öne sürmüşlerdir. Araştırma sonucunda kontrol edilememe ve tehlike ile ilgili endişelere ilişkin olumsuz inanişlar düşük olduğunda, katastrofik yanlış yorumlama ve sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Özetle çalışma, felaketleştirci yanlış yorumlamaların yani bilişlerin, üstbiliş ile ilişkili bulunması durumunda sağlık anksiyetesine neden olma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (2015b: 19).

Yukarıda yer alan çalışmalar üstbilişlerin sağlık anksiyetesini yordamada önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Bailey ve Wells (2015c: 3) yaptıkları bir diğer çalışmada sağlık anksiyetesini açıklamada üstbilişsel inanişların, bilişsel modelin merkezinde bulunan işlevsel olmayan inanişların ötesinde bir katkıda bulunup bulunmayacağını araştırmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda nörotisizm ve işlevsel olmayan inanişlar kontrol edildikten sonra üstbilişsel inanişların sağlık anksiyetesindeki varyansın %47'sini açıkladığı bulunmuştur (2015c: 5). Melli ve arkadaşları (2016: 81) üstbilişsel inanişlar ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi ve bu inanişların anksiyete, depresyon, anksiyete duyarlılığı ve işlevsel olmayan inanişlar kontrol edildikten sonra sağlık anksiyetesini yordayıp yordamayacağını araştırmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre hastalık ile ilgili düşüncelerin kontrol edilemezliğine ilişkin inaniş ile sağlık anksiyetesi arasında .50 düzeyinde orta düzeyde olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin sağlık anksiyetesi ile işlevsel olmayan inanişlar arasındaki ilişkiden daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları, üstbilişsel inanişların, sağlık anksiyetesini depresyon, anksiyete, anksiyete duyarlılığı ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanişlar kontrol edildikten sonra bağımsız bir şekilde açıkladığını ortaya koymuştur. Ayrıca moderasyon analizi sonuçları hastalık ile ilgili düşüncelerin kontrol edilemezliğine ilişkin üstbilişsel inanişların anksiyete duyarlılığı ve sağlık anksiyetesi arasında düzenleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre düşüncelerin kontrol edilemezliğine ilişkin üstbilişsel inanişlar arttıkça anksiyete duyarlılığı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki de daha güçlü olmaktadır (Melli ve ark., 2016: 82). Melli ve arkadaşları (2017:

1) yaptıkları bir diğer çalışmada, bugüne kadar sağlık anksiyetesi ile üstbilişsel inanışlar arasındaki ilişkiyi kanıtlayan çalışmaların klinik olmayan örneklemlemlerle gerçekleştirildiğini belirtmiştir. Bu nedenle, yaptıkları çalışmada hipokondriyazis ve hastalık kaygısı bozukluğu tanısı alan örneklemde üstbilişsel inanışlar ve sağlık anksiyetesi belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Buna göre sağlık anksiyetesi ile en güçlü ilişkiyi düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı göstermiştir. Yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları ise sağlık anksiyetesini, depresyon, genel anksiyete, anksiyete duyarlılığı ve işlevsel olmayan inanışlar kontrol edildikten sonra üstbilişsel inanışların yordadığını ortaya koymuştur. Üstbilişsel inanışlardan düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının, anksiyete duyarlılığının fiziksel boyutundan sonra sağlık anksiyetesinin en güçlü yordayıcısı olduğu bulunmuştur (2017: 5). Yukarıda yer alan çalışmalar üstbilişsel inanışların klinik ve klinik olmayan örneklemde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

1.2.3.5.2. Üstbilişsel İnanışların Sağlık Anksiyetesinin Tedavisindeki Yeri

Sağlık anksiyetesi ve üstbilişsel inanışlar arasındaki ilişkiyi kanıtlayan çalışmalar, üstbilişsel model bileşenlerinin klinik uygulamada önemli bir rolü olabileceğine işaret etmektedir. Bunu yapabilmek için de sağlık anksiyetesinin tedavisinde üstbilişlere odaklanan üstbilişsel tekniklerin kullanılması gerekmektedir. Buwalda (2008: 69) tanılar üzeri (transdiagnostik) bir bakış açısıyla, üstbilişsel tedavide endişelenmeye ilişkin olumlu ve olumsuz inanışların ortaya çıkarılması ve değiştirilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Bu tedavi kapsamında tehditleri değerlendirmek ve başa çıkmak için stratejiler geliştirilebilir. Danışanlara özellikle üstbilişleri ve bunları nasıl değiştirebilecekleri konusunda farkındalık kazandırmak önemlidir. Bu noktada üstbilişsel modelde yer alan bileşenlerin rol oynadığı her hastalık için özgül müdahalelere gerek olmadığı söylenebilir. Bilişsel davranışçı tedavinin parçası olan psikoeğitim, danışanların üstbilişsel inanışları konusunda farkındalık kazanması için üstbilişsel tedavide de kullanılabilir. Psikoeğitim sırasında danışanlara bilişlerinin ve davranışlarının görüldüğü kadar kontrol edilemez veya tehlikeli olmadığı öğretilir (Buwalda, 2008: 691).

Üstbilişsel modelde hastalık inanışından çok tekrarlayıcı düşünceler hakkındaki üstbilişsel inanışlar önemli bir rol oynamaktadır. Klinik uygulamada ele alınacak olursa, bilişsel davranışçı tedavide boğaz ağrısı olan ve boğaz kanseri

olduğuna inanan bir danışandan felaketleştirici yanlış yorumlamaları yerine alternatif dengelenmiş açıklamalar yapması istenir. Üstbiliřsel tedavide ise danışanların sağlıkla ilgili endişelerin kontrol edilemezliğine ilişkin inanışlarını değiştirmesi için yeni yollar araştırılır ve danışanlara hasta olmaya ilişkin dūřüncelerine karşı verdikleri aşırı tepkileri nasıl azaltabilecekleri öğretilir (Bailey ve Wells, 2016: 44). Böylece danışanların dūřünceleri ve davranışları üzerinde kontrol sahibi olabileceklerine dair kazanacakları yeni içđörüler, üstbilişsel inanışlarında değişikliğe yol açabilir (Buwalda, 2008: 691).

Üstbilişsel modele göre işlevsel olmayan kendine odaklanmış dikkat duygusal bozukluğun sürdürölmesine neden olan BDS'nin bir bileşenidir. Dikkat stratejileri olumsuz değerlendirme ve inanışlarla yakından ilişkilidir (Papageorgiou ve Wells, 1998: 194). Bu sebeple üstbilişsel terapide Dikkat Eğitimi Tekniği (DET; Attention Training Technique) önemli bir yer tutmaktadır. DET, kişinin kendine olan dikkatini değiştirmek amacıyla geliştirilmiştir. DET'in hedefi kişinin kendisine yönelttiği dikkati kesintiye uğratmaktır (Wells, 2000: 139). DET, işitsel dikkat egzersizlerini içermektedir. Seçici dikkat, hızlı dikkati değiştirme ve bölünmüş dikkat olmak üzere üç egzersizden oluşmaktadır. Her bir egzersiz tek bir DET seansı sırasında uygulanmakta ve 10-15 dakika sürmektedir (Wells, 2000: 141). Seçici dikkat yönergeleri, danışanı çevresinde farklı yerlerde bulunan birden fazla sese dikkat etmeye yönlendirir. Hızlı dikkat değiştirme egzersizinde ise, danışandan dikkatini farklı sesler arasında değiştirmesi istenir. Başlangıçta dikkatini farklı seslere yönlendirebilmesi için yaklaşık 10 saniye ayrılır, daha sonra değiştirme hızı 5 saniyede bir olacak şekilde arttırılır. Son aşamada ise danışandan farklı yerlerde bulunan birden fazla sesi aynı anda dinlemeye çalışması istenerek bölünmüş dikkat egzersizi uygulanır (Wells, 2009: 57-58). Böylece DET uygulaması sonunda danışanların üstbilişsel esnekliğinin artması ve işleme üzerindeki üstbilişsel kontrolünün gelişmesi beklenmektedir. Papageorgious ve Wells (1998: 193-200) yaptıkları çalışmada DET'in hipokondriyazis tanısı almış danışanların tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmaya DSM-III-R'ye göre hipokondriyazis tanısı alan, daha önce herhangi bir psikoterapi ve ilaç tedavisi almamış üç kişi katılmıştır. Çalışmada katılımcılara 13 hafta ayrılmış ve bu süre boyunca sadece DET egzersizleri uygulanmıştır. Değişimi belirlemek için katılımcılardan uygulama

öncesinde, uygulama sonunda ve 3 ve 6 ay sonraki takip süreçlerinde ölçüm alınmıştır (1998: 194-195). Çalışma sonuçları 3 ve 6 aylık takip değerlendirmelerinde hiçbir hastanın DSM-III-R'ye göre hipokondriyazis kriterlerini karşılamadığını ortaya koymuştur. Ayrıca hastalık anksiyetesi ve inancı ile birlikte hastalıkla ilgili güvence arayışı, kaçınma ve bedensel kontrol düzeylerinde de azalma olduğu görülmüştür (1998: 198-199.). Üstbilişsel terapinin sağlık anksiyetesinde etkili olduğunu kanıtlayan bir diğer çalışma ise Bailey ve Wells (2014: 541-550) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada DSM-IV-TR'ye göre hipokondriyazis tanısı almış dört kişiye üstbilişsel terapi uygulamış ve terapi etkililiği incelenmiştir. 3-4 hafta boyunca herhangi bir tedavi uygulanmayan katılımcılardan, yalnızca haftalık olarak ölçümler alınmıştır. Katılımcılar sonrasında bir saatten oluşan terapi seanslarına alınmışlardır. Terapi seanslarının sonunda ve 6 ay sonrasında katılımcıların sağlık anksiyetesi, sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışları ve anksiyete puanları ölçülmüştür. Bulgular başlangıçta alınan ölçüm sonuçlarına göre tüm sonuç ölçümlerinde önemli düşüşler olduğunu göstermiştir. (2014: 547-548). Özetle, henüz az sayıda olsa da, ilgili literatürde yer alan araştırma sonuçları üstbilişsel terapinin sağlık anksiyetesinin tedavisinde etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Araştırmanın genel amaçlarına ulaşmak için her biri kendine özgü alt amaçlara ve hipotezlere sahip iki aşamalı bir araştırma planı izlenecektir. Bu aşamalar doğrultusunda çalışmanın alt amaçları ve hipotezleri aşağıda verilmiştir:

Amaç 1 ve Hipotezler: Türkiye’de sağlık anksiyetesi bilişsel davranışçı model çerçevesinde çalışılmış ve bu modelin geçerliği ortaya konulmuş olsa da (Kara, 2014: 99-108), sağlık anksiyetesini üstbilişsel model çerçevesinde ele alan çalışmalar henüz mevcut değildir. Ayrıca Türkiye’de sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanışların değerlendirilmesini sağlayacak bir Türkçe ölçüm aracı da mevcut değildir. Bu sebeple bu çalışmanın ilk amacı Bailey ve Wells (2015a: 871–877) tarafından geliştirilen Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeğini (ÜBÖ-SA) (Metacognitive Beliefs about Health Anxiety Questionnaire; MCQ-HA) Türkçeye uyarlamak ve psikometrik özelliklerini inceleyerek, bu ölçüm aracını ülkemizdeki araştırmacıların kullanımına sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda kurulan hipotez:

1) “ÜBÖ-SA’nın Türkçe formu, İngilizce formundakine benzer bir faktör yapısına ve geçerlik ve güvenilirlik özelliklerine sahiptir.” şeklindedir. Doğası gereği sağlık anksiyetesi, fiziksel bir sağlık problemi olan ve olmayan örneklemeler üzerinde ayrı ayrı çalışılabildiği gibi (örn. Bailey ve Wells, 2014: 541-550; Kürşat, 2015: 1-58; Batı ve ark., 2018: 169-173), bu tür bir ayırım yapılmaksızın genel toplum örneklemeleri üzerinde de çalışılabilmektedir (örn. Kaur ve ark., 2011: 575-580, Bailey ve Wells, 2015c: 1-9). Bu noktadan hareketle, sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanışları değerlendiren bir veri toplama aracının sağlık anksiyete düzeyleri farklılaşabilecek gruplar üzerinde incelenmesi değerlidir. Dolayısıyla çalışmanın ilk aşamasında ayrıca, ÜBÖ-SA’nın psikometrik özelliklerinin farklı örneklemeler üzerinde incelenmesi de amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan hipotez ise **2) “ÜBÖ-SA’nın faktör yapısı fiziksel bir hastalığı olan-olmayan karma grup, fiziksel bir sağlık problemi olan grup ve olmayan gruplar arasında değişken değildir ve ÜBÖ-SA her üç grup için de geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracıdır”** şeklindedir.

Çalışmanın ilk aşamasındaki bu amaç doğrultusunda ele alınacak alt amaçlardan biri, sağlıkla ilgili üstbilişlerin kuramsal olarak bağlantılı olması beklenen yapılar ile ilişkilerini incelemektir. Böylelikle ÜBÖ-SA’nın ilgili yapılarla uyum (convergent) ve ayrışma (divergent) geçerliği de incelenebilmiş olacaktır. Uyum geçerliği doğrultusunda oluşturulan hipotez; **3) “Sağlıkla ilgili üstbilişsel inanışlar ile sağlık anksiyetesi ve bedensel duyumları abartma eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır”** şeklindedir. Öte yandan, ÜBO-SA’nın ayrışma geçerliğini incelemek amacıyla nörotisizm değişkeni kullanılacaktır. Nörotisizm sağlık anksiyetesine özgü olmaktan çok birçok bozuklukla ilişkili bulunan genel bir anksiyete eğilimi olarak tanımlandığı için, ÜBO-SA’nın sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin, nörotisizm ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiden anlamlı olarak daha yüksek olması beklenmektedir. Ayrışma geçerliği doğrultusunda kurulan hipotez; **4) “Sağlıkla ilgili üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi ile ilişkisi, nörotisizm özelliği ile tanımlanan genel bir kaygı yatkınlığının sağlık anksiyetesi ile ilişkisinden anlamlı olarak daha yüksektir”** şeklindedir.

Birinci çalışma kapsamında ayrıca, sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışların çeşitli demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, herhangi bir fiziksel

hastalığa sahip olma/olmama, medeni durum, ameliyat geçmişi, sigara ve alkol kullanımı) açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği de incelenecektir. Bu demografik değişkenler, üstbilişsel inanışların genellikle yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından karşılaştırıldığı (Semerci ve Elaldı, 2011: 37-49, Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2015: 28; Fergus ve Bardeen, 2017: 1-12, Kaur, 2017: 358-363) gözleminden hareketle seçilmiştir. Ayrıca herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olup olmama, ameliyat geçmişi, sigara ve alkol kullanımına ilişkin değişkenler de, sağlıkla ilgili üstbilişsel inanışlar açısından yapılacak karşılaştırmada önemli olabileceği düşünülerek incelenecek sosyodemografik özellikler arasına dâhil edilmiştir. Bu inceleme ile ülkemizde sağlık anksiyetesi hakkındaki üstbilişler farklı demografik özelliklere sahip gruplar arasında ilk kez karşılaştırılacağından, keşifsel nitelikteki bu amaca yönelik herhangi bir hipotez oluşturulmamıştır.

Amaç 2 ve Hipotezler: K-DYİ modeline göre sağlık anksiyetesi sağlıkla ilgili bilişlerden çok üstbilişsel inanışlardan kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle, bilişleri düzenleyen mekanizma üstbilişlerdir. Literatürde bilişlerin sağlık anksiyetesine olan katkısını inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Ancak üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesine olan katkısı yeterince incelenmemiştir. Ayrıca Türkiye’de işlevsel olmayan inanışlar ile üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesine olan görece katkılarını araştıran bir çalışma da mevcut değildir. Bu doğrultuda, bu çalışmanın ikinci temel amacı, sağlık anksiyetesine ilişkin üstbilişsel önermelerin, K-DYİ modeli çerçevesinde test edilmesidir. Bu modele göre üstbilişsel inanışlar sağlık kaygısı ile bağlantılı işlevsel olmayan inanışların da altında yatan temel bir yatkınlık faktörü olmalıdır. Ayrıca K-DYİ modeli, üstbilişlerin sağlık anksiyetesindeki değişimi çeşitli demografik özellikler ve nörotizm gibi diğer potansiyel sağlık anksiyetesi yordayıcılarından daha açıklayıcı olduğunu da öne sürmektedir. Bu önermelerden hareketle oluşturulan hipotez; 5) *“Üstbilişsel inanışların demografik değişkenler, nörotizm ve işlevsel olmayan inanışlar kontrol edildikten sonra dahi, sağlık anksiyetesinin yordanmasına anlamlı bir katkısı olacaktır”* şeklindedir. Bu hipotez, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar ve üstbilişlerin sağlık anksiyetesini yordamadaki öncelik sıralaması değiştirilerek her iki değişken açısından karşılaştırmalı olarak test edilecektir.

Düşünceler, duygular ve davranışlar üzerinde yaygın bir etkiye sahip olduğu bilinen kişilik özelliklerinin, gözlemlenecek bu ilişkilerde herhangi bir karıştırıcı etki yaratmaması araştırma sonuçları açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu bağlamda özellikle, sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla (Cox ve ark., 2000: 105; Ferguson, 2004: 311; Noyes ve ark., 2005: 113-114) ortaya konulan nörotisizm kişilik boyutunun etkisini kontrol etmek değerlidir. Nörotisizm düzeyi yüksek olan bireyler, bedensel duyumlarıyla ilgili olumsuz değerlendirmeler yapabilme ve bedensel şikâyetlerde bulunabilme eğilimindedirler (Williams ve Wiebe (2000)'den aktaran Anagnostopoulos ve Botse, 2016: 3). Bu nedenle katılımcılardan nörotisizm düzeyi yüksek olan bireylerin, sağlık anksiyetesi belirtileriyle ilgili ifadeler katılma olasılığı yüksektir. Bu durumda sağlık anksiyetesini değerlendiren ölçekten alınan puanlar üstbilişsel ve bilişsel süreçlerden ziyade nörotisizmin ortak etkisinden de kaynaklanabilir. Aktarılan sebeplerle, bu çalışmada sağlık anksiyetesini belirlemede bilişlerin ve üstbilişlerin karşılıklı rollerini net bir şekilde ortaya koyabilmek için nörotisizm kişilik boyutunun etkisi istatistiki olarak kontrol edilecektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN BEKLENEN YARARI

Türkiye’de depresyon (Yılmaz, 2016: 100-109), panik bozukluk (Böke ve ark., 2015: 1-6), obsesif kompulsif bozukluk (Doğan ve ark., 2013: 34-40; Yörük ve Tosun, 2015: 190-207) gibi birçok psikolojik bozukluk ile üstbilişsel inanışlar arasındaki ilişkileri inceleyen çalışma bulunmaktadır. Ancak üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi üzerindeki rolünü inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Sağlık anksiyesinde üstbilişsel inanışlar psikoloji literatüründe önemli olmasına karşın, görece yeni bir kavramdır ve az sayıda çalışmada ele alınmıştır. Bu az sayıdaki çalışmaların tümü yurt dışında yapılmıştır (Bouman ve Meijer, 1999: 96-101; Kaur ve ark., 2011: 575–580; Bailey ve Wells, 2013: 327–337). Ulusal literatürde üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi üzerindeki rolüne yönelik çalışma bulunmaması, ülkemizde bu alanda çalışmanın önemine işaret etmektedir.

Ülkemizde üstbilişsel inanışların değerlendirilmesi için genellikle Üstbilişler Ölçeği-30 uyarlaması (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2008: 424-439) kullanılıyor olsa

da, bu ölçek doğrudan sağlıkla ilgili üstbilişlerin değerlendirilmesi için geliştirilmemiştir. Buna karşılık, Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (ÜBÖ-SA) doğrudan sağlığa odaklı üstbilişlerin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş nadir ve en güncel ölçüm araçlarından biridir. Türkiye’de bu konuda geliştirilmiş ya da uyarlanmış bir aracın bulunmaması, bu alanda yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu çalışma ile ÜBÖ-SA’nın dilimize kazandırılarak, ülkemizde sağlık anksiyetesi alanında yapılacak çalışmalarda kullanılabilir hale gelmesi, böylelikle sağlık anksiyetesi konusunda üstbiliş odaklı çalışmaların da yürütülebilmesi beklenmektedir.

Ülkemiz alanyazınında üstbilişsel modelin merkezinde yer alan yanlış düşünme hakkında inanışlar, düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma yer almamaktadır. Sağlık anksiyetesine özgü üstbilişsel inanışların, sağlık odaklı anksiyetenin daha iyi anlaşılmasında rol oynayıp oynamadığına ve bu rolün sağlıkla ilgili bilişlerin ötesinde olup olmadığına ilişkin bir değerlendirme yapmanın, ülkemizde sağlık anksiyetesi konusunda yürütülen müdahale ve önleme çalışmalarına katkı sunabileceği düşünülmektedir. Sağlık anksiyetesinin açıklanmasında rolü olan üstbilişsel inanışların müdahale ve önleme programlarına eklenmesi, yürütülen uygulamaların etkililiklerini arttırmak açısından değerli olabilir. Bunun da ötesinde, geleneksel bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarındaki gibi düşünce içeriğine odaklanmak yerine düşünme şekillerine ve düşünme süreçlerine odaklanmak, sağlık anksiyetesi yaşayan danışanlar açısından daha kısa süreli bir terapi alternatifi sağlayabilir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ANKSİYETESİ HAKKINDA ÜSTBİLİŞSEL İNANISLAR ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu bölümde ikinci çalışmada kullanılmak üzere dilimize kazandırılması amaçlanan Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeğinin çeviri, geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ve gruplararası karşılaştırmalara ilişkin bilgilere yer verilecektir.

2.1. YÖNTEM

2.1.1. Katılımcılar

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına Türkiye'de yaşayan ve 18-64 yaş aralığında yer alan 631 kişi katılmıştır. Katılımcılara uygunluk örnekleme (convenience sampling) yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Araştırmaya İzmir, Balıkesir, İstanbul illeri ağırlıklı olmak üzere 55 farklı ilden katılım gerçekleşmiştir. ÜBÖ-SA'nın psikometrik özellikleri tüm katılımcılar üzerinde incelenecek olmanın yanı sıra, fiziksel bir hastalık tanısı olan ve olmayan katılımcılar üzerinde de inceleneceği için, katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de tüm grup, Tablo 2'de fiziksel tanısı olan ve olmayan katılımcılar için ayrı ayrı verilmiştir.

Tablo 1'den izlenebileceği üzere, yaş ortalaması 27.93 (SS = 9.26) olarak belirlenen katılımcıların 410'unu (%65) kadın, 213'ünü (%33.8) erkek ve 8'ini (%1.3) diğer cinsiyet grubu oluşturmuştur. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 434 kişi (%68.8) bekâr, 174 kişi (%27.6) evli, 19 kişi (%3) boşanmış olduğunu belirtmiş, 3 kişi durumunu diğer (%0.5) olarak işaretlemiştir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise 4 kişi (%0.6) okuryazar, 13 kişi (%2.1) ilkokul, 28 kişi (%4.4) ortaokul, 209 kişi (%33.1) lise, 346 kişi (%54.8) üniversite ve 31 kişi (%4.9) lisansüstü seviyesinde olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 318'inin (%50.4) bir işte çalıştığı, 313'ünün (%49.6) ise çalışmadığı görülmektedir. Çalışan katılımcılar çeşitli meslek gruplarından (örn. hemşire, psikolog, öğretmen, asker, avukat, doktor, mühendis, güvenlik elemanı, satış danışmanı, vb.) gelmektedir. Katılımcıların kiminle yaşadıkları incelendiğinde 79 kişi (%12.5) yalnız, 451 kişi (%71.5) ailesiyle, 6 kişi (%1) akrabası/tanıdıklarıyla,

52 kişi (%8.2) arkadaşlarıyla evde, 27 kişi (%4.3) arkadaşlarıyla yurttta, 16 kişi (%2.5) diğerk kişilerle (örn. eşiyle, sevgiliyle vb.) yaşadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların 123'ünde (%19.5) psikiyatrik bir tanı, 146'sında (%23.1) fiziksel bir hastalık tanısı olduğu görülmüştür. Geçmişte psikiyatrik tanı alan katılımcıların sayısı 112 (%17.7), geçmişte ameliyat olan katılımcıların sayısı ise 248 (%39.3) olarak bulunmuştur. Sigara kullanan katılımcıların sayısı 291 (%46.1), alkol kullanan katılımcıların sayısı 273'tür (%43.3).



Tablo 1: Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri (N = 631)

Değişkenler	Sıklık (F)	Yüzdelik (%)	Ort.	SS	Aralık
Yaş			27.93	9.26	18-64
Cinsiyet					
Kadın	410	65			
Erkek	213	33.8			
Diğer	8	1.3			
Medeni Durum					
Bekar	434	68.8			
Evli	174	27.6			
Boşanmış	19	3			
Diğer	3	0.5			
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar	4	0.6			
İlkokul	13	2.1			
Ortaokul	28	4.4			
Lise	209	33.1			
Üniversite	346	54.8			
Lisansüstü	31	4.9			
İş Durumu					
Evet	318	50.4			
Hayır	313	49.6			
Gelir Düzeyi					
Alt	152	24.1			
Orta	454	71.9			
Üst	25	4			
Kiminle Yaşadığı					
Yalnız	79	12.5			
Aile	451	71.5			
Akraba/tanıdık	6	1			
Arkadaşlarla (evde)	52	8.2			
Arkadaşlarla (yurtta)	27	4.3			
Diğer	16	2.5			
Psikiyatrik Tanı					
Evet	123	19.5			
Hayır	508	80.5			
Fiziksel Tanı					
Evet	146	23.1			
Hayır	485	76.9			
Geçmişte psikiyatrik Tanı					
Evet	112	17.7			
Hayır	518	82.1			
Ameliyat Geçmişi					
Evet	248	39.3			
Hayır	383	60.7			
İlaç Kullanımı					
Evet	165	26.1			
Hayır	466	73.9			
Sigara Kullanımı					
Evet	291	46.1			
Hayır	339	53.7			
Alkol Kullanımı					
Evet	273	43.3			
Hayır	358	56.7			

Tablo 2’den takip edilebileceği üzere, fiziksel bir tanısı olan grubun yaş ortalaması 29.90 (SS=10.84) olarak bulunmuştur. Katılımcıların 75’ini (%51.4) kadınlar ve 71’ini (%48.6) erkekler oluşturmuştur. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 85 kişi (%58.2) bekâr, 55 kişi (%37.7) evli, 6 kişi (%4.1) boşanmış olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise 7 kişi (%4.8) ilkokul, 8 kişi (%5.5) ortaokul, 53 kişi (%36.3) lise, 72 kişi (%49.3) üniversite ve 6 kişi (%4.1) lisansüstü seviyesinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 82’si (%56.2) bir işte çalıştığını, 64’ü (%43.8) ise çalışmadığını bildirmiştir. Katılımcıların 18’i (%12.3) yalnız, 103’ü (%70.5) ailesiyle, 1’i (%0.7) akrabası/tanıdıklarıyla, 13’ü (%8.9) arkadaşlarıyla evde, yedisi (%4.8) arkadaşlarıyla yurttta, dördü (%2.7) diğer kişilerle (örn. sevgilisiyle, kızıyla, vb.) yaşadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların 19’unda (%13) psikiyatrik bir tanı olduğu görülmüştür. Geçmişte psikiyatrik tanı alan katılımcıların sayısı 22 (%15.1), geçmişte ameliyat olan katılımcıların sayısının ise 77 (%52.7) olduğu görülmektedir. Sigara kullanan katılımcıların sayısı 80 (%54.8), alkol kullanan katılımcıların sayısı 67 (%45.9) olarak elde edilmiştir.

Herhangi bir fiziksel tanısı olmayan grupta yaş ortalamasının 27.35 (SS=8.67) olduğu görülmektedir. 335 kişi (%69.1) kadın, 142 kişi (%29.3) erkek ve 8 kişi (%1.6) diğer şeklinde cinsiyet gruplarını bildirmiştir. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde 349 kişi (%72) bekâr, 119 kişi (%24.5) evli, 13 kişi (%2.7) boşanmış ve 3 kişi (%0.6) diğer olarak cevaplandırmıştır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında 4’ünün (%0.8) okuryazar, 6’sının (%1.2) ilkokul, 20’sinin (%4.1) ortaokul, 156’sının (%32.2) lise, 274’nün (%56.5) üniversite ve 25’inin (%5.2) lisansüstü seviyesinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların 236’sı (%48.7) bir işte çalıştığını, 249’u (%51.3) ise çalışmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 61’inin (%12.6) yalnız, 348’inin (%71.8) ailesiyle, beşinin (%1) akrabası/tanıdıklarıyla, 39’unun (%8) arkadaşlarıyla evde, 20’sinin (%4.1) arkadaşlarıyla yurttta, 12’sinin (%2.5) diğer kişilerle (örn. sevgilisiyle, ablasıyla vb.) yaşadığı görülmektedir. 104 kişinin (%21.4) şu anda psikiyatrik bir tanısı, 90 kişinin (%18.6) ise geçmişte psikiyatrik bir tanısı olduğu görülmüştür. 171 kişi (%35.3) geçmişte herhangi bir ameliyat olduğunu bildirmiştir. Katılımcılardan 211’i (%43.5) sigara kullandığını, 206’sı (%42.5) alkol kullandığını belirtmiştir.

Tablo 2: Fiziksel Hastalığı Olan (N = 146) ve Olmayan (N = 485) Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Fiziksel Hastalığı Olan (N = 146)				Fiziksel Hastalığı Olmayan (N = 485)			
	Sıklık (F)	Yüzdelik (%)	Ort.	SS	Sıklık (F)	Yüzdelik (%)	Ort.	SS
Yaş			29.90	10.84			27.35	8.67
Cinsiyet								
Kadın	75	51.4			335	69.1		
Erkek	71	48.6			142	29.3		
Diğer					8	1.6		
Medeni Durum								
Bekar	85	58.2			349	72		
Evli	55	37.7			119	24.5		
Boşanmış	6	4.1			13	2.7		
Diğer					3	0.6		
Eğitim Düzeyi								
Okuryazar					4	0.8		
İlkokul	7	4.8			6	1.2		
Ortaokul	8	5.5			20	4.1		
Lise	53	36.3			156	32.2		
Üniversite	72	49.3			274	56.5		
Lisansüstü	6	4.1			25	5.2		
İş Durumu								
Evet	82	56.2			236	48.7		
Hayır	64	43.8			249	51.3		
Gelir Düzeyi								
Alt	31	21.2			121	24.9		
Orta	109	74.7			345	71.1		
Üst	6	4.1			19	3.9		
Kiminle Yaşadığı								
Yalnız	18	12.3			61	12.6		
Aile	103	70.5			348	71.8		
Akraba/tanındık	1	0.7			5	1		
Arkadaşlarla (evde)	13	8.9			39	8		
Arkadaşlarla (yurtta)	7	4.8			20	4.1		
Diğer	4	2.7			12	2.5		
Psikiyatrik Tanı								
Evet	19	13			104	21.4		
Hayır	127	87			381	78.6		
Geçmişte psikiyatrik Tanı								
Evet	22	15.1			90	18.6		
Hayır	124	84.9			394	81.2		
Ameliyat Geçmişi								
Evet	77	52.7			171	35.3		
Hayır	69	47.3			314	64.7		
İlaç Kullanımı								
Evet	68	46.6			97	20		
Hayır	78	53.4			388	80		
Sigara Kullanımı								
Evet	80	54.8			211	43.5		
Hayır	65	44.5			274	56.5		
Alkol Kullanımı								
Evet	67	45.9			206	42.5		
Hayır	79	54.1			279	57.5		

2.1.2. Veri Toplama Araçları

2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından katılımcıların çeşitli sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Hazırlanan formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı şehir, kiminle yaşadığı, sigara ve alkol kullanımı gibi genel sosyodemografik özelliklere ve geçmişte veya şu anda fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalığın varlığı, herhangi bir ameliyat geçmişi olup olmadığı ve ilaç kullanımı gibi sağlıkla ilgili sosyodemografik bilgilere ilişkin 19 soru yer almaktadır (Bkz. Ek 4).

2.1.2.2. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanişlar Ölçeği (ÜBÖ-SA)

Ölçek, sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanişları değerlendirmek amacıyla Bailey ve Wells (2015a: 871-877) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesi için Üstbilişler Ölçeği-30 (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 385–396) alt ölçeklerinden ve sağlık anksiyetesi olan hastaların bildirdiği üstbilişsel inanişlardan yararlanılmıştır. Sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanişları değerlendiren ÜBÖ-SA 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar, yanlış düşünme hakkındaki inanişlar (*beliefs about biased thinking*), düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanişi (*beliefs that thoughts can cause illness*) ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanişidir (*beliefs that thoughts are uncontrollable*). Yanlış düşünme hakkında inanişlar, belirtilerle ilgili belirli bir şekilde düşünmenin hastalıklara engel ya da sebep olabileceğine ilişkin inanişları kapsar (örn. “Belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar”). Düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanişi, hastalıkla ilgili düşüncelere sahip olmanın olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabileceği ile ilgilidir (örn. “Bazı düşüncelerin beni hasta etme gücü vardır”). Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanişi, hastalık hakkında düşünmenin kişinin kontrolünde olmadığı düşüncelerini ifade eder (örn. “Sağlığım ile ilgili düşüncelerimi kontrol edemem”). Ölçeğin maddeleri 1 (*katılmıyorum*) ile 4 (*çok katılıyorum*) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 14 ile 56 arasında değişmekte olup,

elde edilen puanlardaki artış sağlık anksiyetesi ile ilgili işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlardaki artışa işaret etmektedir (Bailey ve Wells, 2015a: 871-876).

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .90, yanlış düşünme hakkında inanışlar için .83, düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı için .78 ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı için .81 bulunmuştur. Ölçeğin uyum geçerliğini incelemek için sağlık anksiyetesi değerlendiren Whiteley İndeksi (Whiteley Index) ve Beden ve Sağlık Hakkında Bilişler Ölçeği (Cognitions about Body and Health Questionnaire) kullanılmıştır. Bulgular ÜBÖ-SA'dan alınan toplam puan ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde ÜBÖ-SA'nın üç alt boyutu da sağlık anksiyetesi belirtileriyle uyum geçerliği göstermiştir. Ölçeğin ayrışma geçerliğini incelemek amacıyla Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun nörotisizm alt boyutundan alınan ölçümler kullanılmıştır. Buna göre ÜBÖ-SA'nın sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin, nörotisizm ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin artımsal geçerliği ise, ÜBÖ-SA'nın sağlık anksiyetesinin açıklanmasında Üstbilişsel Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)'un yaptığı katkının üzerinde bir katkısının olup olmadığını anlamak amacıyla yürütülen hiyerarşik regresyon aracılığı ile incelenmiştir. Bulgular birinci basamakta eşitliğe girilen ÜBÖ-30 alt ölçeklerinin sağlık anksiyetesindeki varyansın %30'unu, ikinci basamakta eşitliğe girilen ÜBÖ-SA alt ölçeklerinin ise sağlık anksiyetesindeki varyansın ek bir %26'ısını daha açıkladığını göstermiştir (Bailey ve Wells, 2015a: 875) (Bkz. Ek 5).

2.1.2.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form (SAÖ-KF)

Salkovskis ve arkadaşları (2002: 843-853) tarafından 64 madde olarak geliştirilen ilk ölçek gözden geçirilmiş ve 18 maddelik kısa formu oluşturulmuştur. Fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin iki alt boyuta sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki dört seçenekli ilk 14 madde kişilerin sağlıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgulayan bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu, kalan 4 maddelik kısım ise kişilerin ciddi bir hastalığa sahip olduklarını varsaydıklarında nasıl hissedeceklerini değerlendiren hastalığın olumsuz sonuçları

boyutunu oluşturmaktadır. Her bir madde dörtlü derecelendirme tipinde, 0-3 (0=*hiç*, 3=*her zaman*) arasında puanlanmakta ve böylece ölçekten alınabilecek puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlardaki artış sağlık anksiyetesinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı ana kısım için .89, olumsuz sonuçlar kısmı için .84 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması Aydemir ve arkadaşları (2013: 325-331) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan katsayıların .41 ile .77 arasında bulunmuştur. Test tekrar test güvenirliği ise .57 olarak elde edilmiştir. Sağlık Anksiyetesi leğinin diğer ölçeklerle ilişkisini inceleyen geçerlik çalışmalarında, Hamilton Depresyonu Derecelendirme leği ile .40, Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri ile .37 ve Bedensel Duyumları Abartma leği ile .43 düzeyinde pozitif yönde bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Sonuçlar Sağlık Anksiyetesi leğinin kabul edilebilir derecede geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Sağlık Anksiyetesi leği-Kısa Form'un Türkçe uyarlama çalışmasında sürekli tedavi gerektiren fiziksel veya nörolojik bir hastalığa sahip kişiler dışlanmıştır (Aydemir ve ark., 2013: 326). Ölçeğin son dört sorusu ise kişilerin kalp hastalığı, kanser gibi ciddi bir hastalığa sahip olduklarını farz ettiklerinde nasıl hissedebilecekleri üzerinden hazırlanmıştır. Bu durum ölçeğin olumsuz boyutunun, herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olan kişiler için uygun olmayacağını düşündürmüştür. nceki alışmalarla (Tang ve ark., 2007: 2824; Hadjistavropoulos ve ark., 2012:171; Yılmaz ve Dirik, 2018: 346) da tutarlı olarak, bu çalışma kapsamında herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olanların, sağlık anksiyetesinin olumsuz boyutu kullanılmadan ilk 14 madde üzerinden değerlendirilmesine karar verilmiştir. Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı almayan gruba ise ölçeğin tüm maddeleri uygulanmıştır. Bu çalışmada tüm gruplar için SA-KF toplam puanının iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Herhangi bir fiziksel hastalığa sahip örneklemde gövde boyutu için iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunurken; herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan örneklemde iç tutarlılık katsayıları gövde boyutu için .85 ve olumsuz sonuçlar boyutu için .68 olarak elde edilmiştir (Bkz. Ek 6).

2.1.2.4. Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)

Francis ve çalışma arkadaşları (1992: 443-449) Eysenck Kişilik Anketi (Eysenck ve Eysenck 1975) ve aynı anketin kısa formunu (Eysenck, Eysenck ve Barrett 1985) gözden geçirerek bu ölçeği oluşturmuştur. Kişiliğin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 24 maddeden ve dışadönüklük, nörotisizm, psikotizm ve yalan olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde “evet” veya “hayır” şeklinde cevaplanır. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Ölçek İngiltere, Kanada, Amerika ve Avustralya’daki üniversite örneklenime uygulanmıştır. Buna göre iç tutarlılık katsayıları dışadönüklük için .74-.84 arasında, nörotisizm için .70-.77 arasında, yalan için .59-.65 arasında ve psikotizm için .33-.52 arasında elde edilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Karancı, Dirik ve Yorulmaz (2007: 254-261) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasına yaş aralığı 17 ile 32 arasında değişen 756 üniversite öğrencisi katılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda özgün ölçekle tutarlı olarak dört faktörlü bir yapı elde edilmiştir ve bu faktörlerin varyansın %38’ini açıkladığı bulunmuştur. Ölçeğin dışadönüklük, nörotisizm, psikotizm ve yalan alt boyutlarının iç tutarlılık değerleri sırasıyla .78, .65, .42 ve .64 olarak bulunurken, test-tekrar test değerleri sırasıyla .84, .82, .69 ve .69 olarak elde edilmiştir. Yazarların bildirdiği üzere ölçeğin yapı geçerliğini göstermek için Kısaltılmış Algılanan Ebeveyn Tutumları-Çocuk Formu (KAET-Ç), Korku Tarama Envanteri (KTE-III) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Buna göre nörotisizm boyutu KAET-Ç’nin anne-aşırı koruyucu tutumları boyutu ile olumlu yönde, baba duygusal sıcaklık boyutu ile olumsuz yönde; psikotizm boyutu baba ve anne reddedici tutumları ile olumlu, baba ve anne duygusal sıcaklığı ile olumsuz yönde; dışadönüklük boyutu baba ve anne duygusal sıcaklığı ile olumlu yönde, anne-aşırı koruyucu tutumları ve anne-reddedici tutumları ile olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur. Benlik saygısı, nörotisizm ile olumsuz, dışadönüklük ile olumlu yönde ilişkili bulunmuştur. Genel korkular ise psikotizm ve dışadönüklük ile olumsuz, nörotisizm ile olumlu yönde ilişkili bulunmuştur. EKA-GGK’nın alt boyutları kadınlar ve erkekler arasında Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) kullanılarak karşılaştırılmıştır. Buna göre kadınların

yalan alt boyutundan aldıkları puanın erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada nörotisizm alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı tüm örneklem için .75, fiziksel bir hastalığı olan örneklem için .79 ve herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan örneklem için .73 olarak saptanmıştır (Bkz. Ek 7).

2.1.2.5. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Barsky ve çalışma arkadaşları (1990: 323-334) tarafından kişilerin bedenselleştirirken kullandıkları büyütme/abartmayı değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Abartma üç unsurdan oluşur: (1) bedensel duyumlara karşı artmış dikkat ve uyarılmışlık hali, (2) zayıf ve ender bazı duyumlara seçici olarak yoğunlaşma ve (3) bedensel duyumlara onları daha rahatsız edici hale getiren duygulanım ve bilişlerle tepki vermek. Ölçek 10 maddeden oluşur ve her madde için 1 ile 5 (*1=tamamen bana uyar, 5=kesinlikle bana uymaz*) arasında puan verilir. Ölçekten elde edilen toplam puan, büyütme/abartma puanı olarak değerlendirilir. Ölçeğin iç tutarlılık değeri .82, test tekrar test güvenirlik katsayısı .79 olarak bulunmuştur. Yordama geçerliğine ilişkin yapılan çalışmalar ölçeğin hipokandriyazis ve bedensel yatkınlık düzeyi ile anlamlı şekilde bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (2007: 16–24) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya 86 üniversite öğrencisi ve fibromiyalji ve astım tanısı almış 42 poliklinik hastası katılmıştır. Çalışma sonucuna göre Türkçe formun iç tutarlılık katsayısı sağlıklı kontrol grubu için .62, hasta grubunda .76, her iki grup beraber ele alınınca .68 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanının test tekrar test güvenirliği .73 olarak belirlenmiştir. Uyum geçerliği için sağlıklı kontrol grubuna Belirti Yorumlama Testi, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Semptom Tarama Listesinin bedenselleştirme alt ölçeği uygulanmış ve beden duyumlarının abartılması ile bu değişkenler arasında anlamlı ve pozitif düzeyde ilişkiler bulunmuştur. Bu çalışmada BDAÖ için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları tüm örneklemde .70, fiziksel bir hastalığa sahip örneklemde .74 ve herhangi bir hastalığı olmayan örneklemde .68 olarak elde edilmiştir (Bkz. Ek 8).

2.1.3. İşlem

ÜBÖ-SA'nın psikometrik özelliklerinin incelendiği bu çalışma için öncelikle ölçeğin orijinal formunu geliştiren araştırmacılardan izin alınmıştır. Daha sonra tez kapsamında yapılacak tüm uygulamalar için Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (Bkz. Ek 1). Araştırma için gerekli tüm izinlerin alınmasının ardından ilk adım ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi olmuştur. Türkçe'ye uyarlamada geleneksel yaklaşım olan çeviri-geri çeviri yöntemi (Brislin, 1970: 185-216) uygulanmıştır. İlk çeviri aşamasında ölçek, araştırmacı ve danışmanı tarafından bireysel olarak Türkçeye çevrilmiştir. Ölçek Türkçe'ye çevrildikten sonra her iki dile de hakim ve klinik psikoloji alanında uzman üç yargıcıya gönderilmiştir. Yargıcılar Türkçeye çevrilmiş iki form üzerinden çevirileri değerlendirmiş ve kendi çevirilerini belirtmeleri için bir alana önerilerini yazmışlardır. Ardından, ilk çeviriyi gerçekleştiren ekip tüm çevirileri bir araya getirip yargıcıların önerilerini de dikkate alarak çevirisinde farklılık bulunan ölçek maddeleri üzerinde ortak bir karara varmıştır. Ölçeğin düzeltilmiş Türkçe formunun geri çevirisi Boğaziçi Üniversitesi İngilizce Öğretmenliği Bölümünden mezun alan dışı bir dil uzmanı tarafından yapılmıştır. Geri çevrilen ölçek ile orijinal ölçek ekip tarafından içerik ve biçim açısından karşılaştırılmıştır. Çevirinin uygunluğu değerlendirildikten sonra ölçek son halini almıştır. Ölçek son halini aldıktan sonra geçerlik ve güvenirlik çalışması için uygulamalar yapılmaya başlanmıştır. Uygulama öncesinde katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Çalışmanın verileri Mayıs 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında çevrimiçi anket ve iki ilden (Balıkesir ve İzmir) elden dağıtılan anketler aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu (Bkz. Ek 3), Kişisel Bilgi Formu, ÜBÖ-SA, SAÖ-K, EKA-GGKve BDAÖ verilmiştir. Uygulama ortalama 20 dakika sürmüştür. Güvenirlik çalışmasına katılmaya gönüllü olduğunu bildiren 95 kişiye e-mail adreslerinden ulaşılarak ölçek 3-4 hafta arayla tekrar uygulanmıştır.

2.1.4. İstatistiksel Analizler

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS ve AMOS (sürüm 22.0, IBM 2013 paket programları kullanılmıştır. Analizlere başlamadan önce hatalı veri girişleri kontrol edilmiş, aşırı uç değerler taranmış ve yapılacak analizlerin sayıltıları

test edilmiştir. Bir anketteki toplam soru sayısının %10'undan fazla kayıp değer olduğunda, ilgili katılımcı analizden çıkarılmıştır. Daha az oranda kayıp değer olduğunda ise, her bir değer yerine o değer için grubun ortalaması atanmıştır. Aşırı uç değer analizinde veriler z puanına çevrilmiş ve +3'den büyük ya da -3'ten küçük olan değerler analizlerden çıkartılmıştır. ÜBÖ-SA Türkçe formunun yapı geçerliği faktör analizi ile incelenmiştir. Faktör yapısını araştırmak amacıyla açımlayıcı faktör analizi (Exploratory Factor Analysis, EFA), doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory Factor Analysis, CFA) ve çoklu grup doğrulayıcı faktör analizi (Multi Group Confirmatory Factor Analysis, MGCFA) kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışması için iç tutarlılık katsayıları, madde-toplam korelasyonları ve test tekrar test güvenirliği hesaplanmıştır. ÜBÖ-SA'nın uyum geçerliği Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile arasındaki Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. ÜBO-SA'nın nörotisizm ile ayrışma geçerliğinin incelenmesi için, her iki değişkenin sağlık anksiyetesi ile korelasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı Steiger z testi ile (Steiger, 1980: 245-251) belirlenmiştir. Son olarak ÜBÖ-SA'nın toplam puanından elde edilen puanların katılımcıların yaş, cinsiyet, herhangi bir fiziksel hastalığı sahip olma/olmama, medeni durum, ameliyat geçmişi, sigara ve alkol kullanımı özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyebilmek amacıyla, iki düzeyli değişkenler için bağımsız örneklemeler için *t* testi ve ikiden fazla düzeyli olan değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

2.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ HAKKINDA ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLAR ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI BULGULARI

Çalışmanın bu bölümünde kuramsal altyapı ve yöntem bağlamında Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ait istatistiksel analizlerin sonuçları sunulacaktır. Ardından gruplarası karşılaştırmalar için *t* testi ve tek yönlü varyans analizi sonuçları aktarılacaktır.

2.2.1. Faktör Analizi ile İlgili Bulgular

2.2.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin yapı geçerliği ilk olarak Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ile tüm örneklem grubu üzerinde incelenmiştir. Bu doğrultuda sırasıyla (a) verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirilmiş, (b) faktör deseni belirlenmiş ve (c) faktörler adlandırılmıştır. Özgün çalışmaya uygun şekilde, faktörleştirme tekniği olarak Temel Bileşenler Analizi (Principle Component Analysis), eksen döndürme olarak eğik (oblique) döndürme tekniklerinden Promax dönüştürmesi kullanılmıştır.

(a) Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

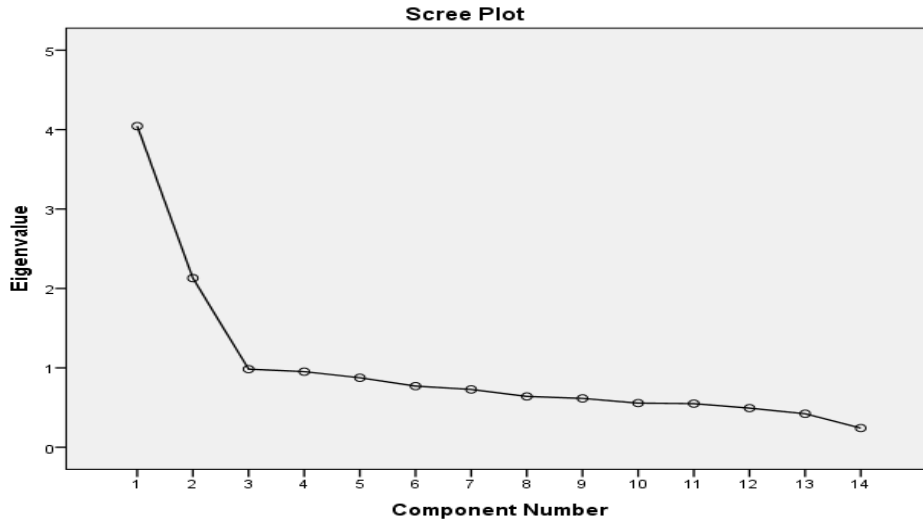
Türkçe ÜBÖ-SA kullanılarak elde edilen verilerin öncelikle, faktör çözümlemesine uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Sphericity testi uygulanmıştır. Field (2013: 806) Kaiser-Meyer-Olkin testinden elde edilen katsayının .50 ve üzerinde Tabacknick ve Fidell (2007: 614) ise .60 ve üzerinde olması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, Barlett Sphericity testi sonucunun anlamlı olması gerekmektedir (Pallant, 2007: 181). Analiz sonuçlarına göre KMO katsayısı .85 ve Barlett Sphericity testi [$\chi^2 = 2331.694$; $p < .001$] anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar verilerin faktör analizi için uygun olduğunu desteklemektedir.

(b) Faktör Deseninin Belirlenmesi

Faktör yapısını incelemek amacıyla ilk olarak Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Faktörleştirme tekniği olarak Temel Bileşenler Analizi (Principle Component Analysis), eksen döndürme olarak da eğik (oblique) döndürme yöntemlerinden Promax dönüştürmesi kullanılmıştır. Faktör yüklerinin belirlenmesinde Tabachnick ve Fidell'in (2007: 646) kriteri kullanılmıştır. Buna göre maddelerin faktör yüklerinin en az .32 değerine sahip olması gerekmektedir. Faktör sayısının belirlenmesi için özdeğer yüzdelerinden, yamaç birikinti grafiğinden, Horn'un (1965: 179-185) paralel analiz yönteminden ve varyans yüzdelerinden faydalanılmıştır. Buna göre 14 maddenin özdeğeri 1'den büyük olan iki faktör altında toplandığı ve iki faktörlü yapının toplam varyansın (%44.098) açıkladığı

görülmüştür. Şekil 3'te sunulan yamaç birikinti grafiği incelendiğinde ise üçüncü faktörden sonra grafiğin gidişinin yatay olup önemli bir düşüş eğilimi göstermediği gözlenmiştir. Tablo 3'teki paralel analiz sonuçlarına bakıldığında gerçek veri setine ait ilk iki özdeğerin tesadüfi veriden elde edilen özdeğerden büyük olduğu ve verinin iki boyutlu bir yapıya işaret ettiği görülmektedir. İki faktörlü yapının toplam varyansı yeterince temsil etmemesi ve özgün ölçeğin (Bailey ve Wells, 2015a: 871-877) üç faktörlü yapısı göz önüne alınarak, ölçek üç faktörlü yapıya zorlanmış ve AFA üç faktörlü yapı üzerinden tekrarlanmıştır. Üç faktörün ölçeğe ilişkin açıkladıkları toplam varyansın %51.127 olduğu görülmüştür (Bkz: Tablo 4).

Şekil 3: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Faktör Sayısına İlişkin Yamaç Birikinti Grafiği



Tablo 3: Paralel Analizi Sonuçları

Madde No	Gerçek Özdeğer	Random Veriden Elde Edilen Özdeğerler	
		Ortalama	%95 yüzdilik
1	4.043949	1.255782	1.311239
2	2.129828	1.197565	1.238217
3	.983979	1.151643	1.87515
4	.952153	1.111410	1.141594
5	.875118	1.076835	1.104735
6	.770094	1.042710	1.067780
7	.727819	1.009660	1.035513
8	.639771	.978642	1.003570
9	.615.429	.946932	.971407
10	.549595	.915780	.941232
11	.555966	.883249	.911213
12	.493040	.849810	.878980
13	.421964	.812601	.844098
14	.241295	.767382	.805284

Tablo 4: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Faktör

Yapıları (Döndürülmemiş Varyans Değerleri)

Faktör	Özdeğer	Varyans Yüzdesi	Toplam Varyans Yüzdesi
Faktör 1	4.044	28.885	28.885
Faktör 2	2.130	15.213	44.098
Faktör 3	.984	7.028	51.127

Promax yöntemiyle döndürülerek işleme sokulan maddelerin faktörlere dağılımı incelendiğinde 5., 4., 6., 9. ve 1. maddenin birinci faktör altında; 11., 14., 10., 8., 13. ve 3. maddenin ikinci faktör altında; 2., 7. ve 12. maddenin üçüncü faktör altında daha yüksek değerler verdiği gözlenmiştir. Birinci faktör yüklerinin tamamı .598 ve üzerinde, ikinci faktör yüklerinin tamamı .380 ve üzerinde ve üçüncü faktör yüklerinin tamamı .456 ve üzerinde bulunmuştur. Maddelerin faktörlere dağılımı Tablo 5’te görülmektedir.

Tablo 5: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnancılar Ölçeği’nin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi Tablosu

Maddeler	Döndürülmüş Faktör Yük Değerleri		
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
ÜBÖSAM5	.916	.050	-.122
ÜBÖSAM4	.904	-.000	-.103
ÜBÖSAM6	.768	.085	-.037
ÜBÖSAM9	.616	-.079	.214
ÜBÖSAM1	.598	-.100	.244
ÜBÖSAM11	-.063	.746	-.184
ÜBÖSAM14	-.014	.716	-.031
ÜBÖSAM10	.105	.669	.006
ÜBÖSAM8	-.023	.592	.025
ÜBÖSAM13	.099	.495	.051
ÜBÖSAM3	-.147	.380	.259
ÜBÖSAM2	.031	-.195	.796
ÜBÖSAM7	-.002	.189	.663
ÜBÖSAM12	.045	.374	.456

(c) Faktörlerin Adlandırılması

Tablo 5 incelendiğinde birinci faktör altında toplanan maddelerin özgün ölçeğin “düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı”, ikinci faktör altında toplanan maddelerin (13. madde hariç) “yanlı düşünme hakkında inanışlar”, son olarak üçüncü faktör altında toplanan maddelerin “düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı” boyutlarına ait maddeler olduğu belirlenmiştir. 13. madde (*Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim*) özgün ölçekte “düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı” faktörü altındayken bu çalışmada “yanlı düşünme hakkında inanışlar” faktörüne yüklenmiştir. 13. maddenin anlam ve içerik bakımından uygun faktöre yüklenmediği düşünüldüğü ve her iki faktörün güvenilirliğine de katkı yapmadığı görüldüğü için bu maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. 13. madde çıkarıldıktan sonra açımlayıcı faktör analizi tekrar uygulanmıştır. Aşağıda 13. madde çıkarıldıktan sonra gerçekleştirilen faktör analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla tekrar Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Sphericity testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre KMO katsayısı .84 ve Barlett Sphericity testi [$\chi^2 = 2205.360$; $p < .001$] anlamlı bulunmuştur.

Promax dönüştürmesi sonucunda kalan 13 maddenin özdeğeri 1’den büyük olan iki faktör altında toplandığı ve iki faktörlü yapının toplam varyansın %45.799’unu açıkladığı görülmüştür. Ölçek, özgün ölçeğin (Bailey ve Wells, 2015a: 871-877) üç faktörlü yapısı ile uyumlu olması için üç faktörlü yapıya zorlanmış ve AFA tekrarlanmıştır. Analiz sonucunda toplam varyansın %53.36’sını açıklayan 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Maddelerin faktörlere dağılımına bakıldığında 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” son olarak üçüncü faktör altında toplanan maddelerin (2., 7. ve 12.) “düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı” boyutlarına ait maddeler olduğu belirlenmiş ve ilgili boyutlar Türkçe formda da özgün forma uygun şekilde adlandırılmıştır. Düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı faktörünün yüklerinin .601 ve

üzerinde, yanlış düşünme hakkında inanışlar faktörünün yüklerinin tamamı .454 ve üzerinde ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı faktörünün yüklerinin tamamı .501 ve üzerinde bulunmuştur. Ölçeğin faktör analizi sonuçları Tablo 6’da görülmektedir.

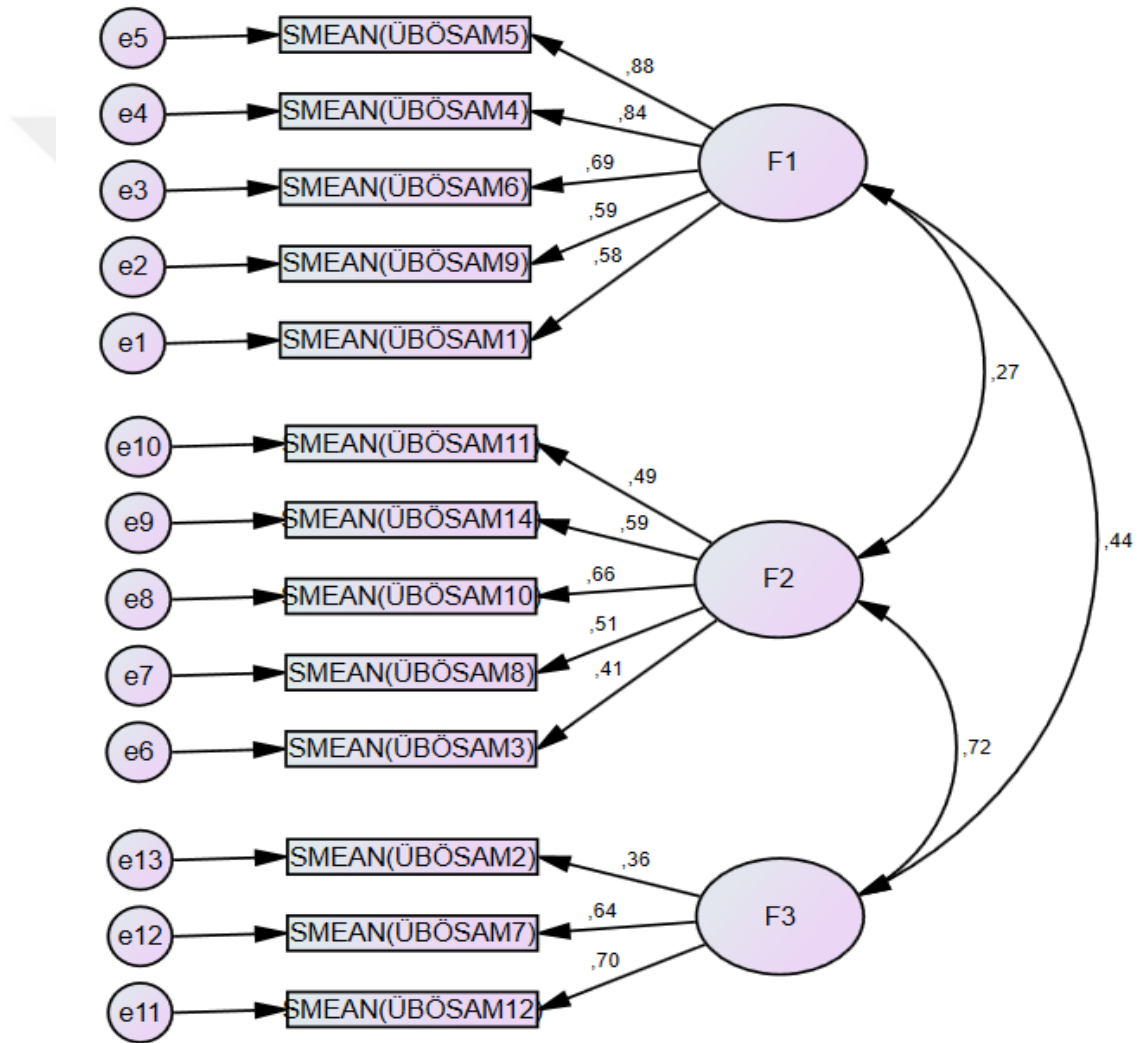
Tablo 6: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği’ndeki Maddelerin Faktörlere Göre Dağılımı

Faktör Adı	Maddeler	Faktör Yüğü
Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceğı İnanışı (DHI)	5. Hastalıkla ilgili endişelenmek hastalanma olasılığını arttırır.	.920
	4. Olumsuz düşünmek hasta olma riskimi artırabilir.	.906
	6. Bazı düşüncelerin beni hasta etme gücü vardır.	.767
	9. Sağlığımla ilgili endişelenmek bedenime zarar verir.	.617
	1. Hastalanmayı düşünmek sağlığımlı bozabilir.	.601
Yanlı Düşünme Hakkında İnanışlar (YDI)	11. Sağlığımla ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur.	.735
	14. Sağlığımla ilgili olumlu düşünmek, risk almama neden olur ve hastalanırım.	.690
	10. Fiziksel belirtilerle ilgili olumlu düşünürsem, hastalıklara hazırlıksız yakalanırım.	.689
	8. Belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar.	.630
	3. Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım.	.454
Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğı İnanışı (DKİ)	2. Fiziksel belirtilerim olduğı sürece huzurlu olamam.	.800
	7. Hastalıkla ilgili düşünüp durmak kontrol edilemez.	.679
	12. Sağlığımla ilgili düşüncelerimi kontrol edemem.	.501

2.2.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Sağlık Anksiyitesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nde yer alan toplamda 13 maddeden ve üç faktörden oluşan yapıyı doğrulamak amacıyla, tüm örneklemden elde edilen veri setine AMOS 22.0 programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, faktörler ile faktörlerde yer alan maddeler arasındaki ilişkiler Şekil 4'te verilmiştir.

Şekil 4: Sağlık Anksiyitesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin DFA Diyagramı



Şekil 4'te ÜBÖ-SA'nın path (yol) diyagramı görülmektedir. F1 düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı, F2 yanlış düşünme hakkında inanışlar ve F3 düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı faktörünü temsil etmektedir. Analiz

sonuçlarına göre ölçek maddelerinin faktörlere verdikleri yük değerlerinin .36 ile .88 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçeğin tüm yük değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

DFA sonucunda modelin uyum istatistikleri hesaplanmıştır. Buna göre modelin ki-kare değeri ($\chi^2 = 157.608$, $N = 631$, $sd = 62$, $p = .00$), iyilik uyumu $\chi^2/sd = 2.542$ olarak bulunmuştur. Ki-kare sonuçlarının örneklem hacminden etkilendiği, örneklem sayısının büyüdükçe ($N \geq 200$) istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edileceği belirtilmiştir (Bentler, 1990: 242; Arbuckle, 2007: 604). Wheaton ve arkadaşları (1977: 99) ki-kare değerinin büyük ve istatistiksel olarak anlamlı görüldüğü durumda örneklemden daha az etkilenen χ^2/sd oranının bir ölçüt olarak kullanılabileceği ve bu değer beş veya daha az olması gerektiğini belirtmiştir. Buna göre modelden elde edilen χ^2/sd değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir.

Analiz sonucuna göre uyum değerleri incelendiğinde ise Yaklaşık Hataların Ortalama Karaköku (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) = 0.05, İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI) = 0.96, Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI) = 0.95, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) = 0.96, Ortalama Hataların Karaköku (Root Mean Square Residual, RMR) = 0.04, Standardize Edilmiş Kök Ortalama Kare Artık (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) = 0.05, Normlandırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) = 0.93 olarak bulunmuştur. Özetle elde edilen GFI, AGFI, CFI ve NFI değerlerinin 0.90 üzerinde; RMSEA, RMR ve standardize RMR değerlerinin 0.08'in altında olduğu görülmektedir. Tablo 7'de literatürde DFA için kullanılan uyum indeksleri ve yorumları, yapılan analiz sonucunda elde edilen uyum indeksi değerleri ile birlikte verilmiş olup, bu doğrultuda sınanan modelin veriye iyi uyum sağladığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 7: Literatürdeki ve Uyarlama Sonucu Elde Edilen Uyum İndeksleri ve Yorumları

Uyum İndeksleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Uyarlama Sonuçları
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	2.542
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.05
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0.96
AGFI	$0.95 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.90 \leq AGFI \leq 0.95$	0.95
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.96
RMR	$0 \leq RMR \leq 0.05$	$0.05 \leq RMR \leq 0.08$	0.04
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.08$	0.05
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.93

($\chi^2 = 157.608$, $N = 631$, $sd = 62$, $p = .00$) (Bu tablo Wheaton ve arkadaşları (1977: 99), Tabachnick ve Fidell (2007: 715), Hooper, Coughlan ve Mullen (2008: 54), Hu ve Bentler (1999: 27) ve Bentler ve Bonnet (1980: 601)'den yararlanılarak oluşturulmuştur)

2.2.1.3. Çoklu Grup Doğrulamalı Faktör Analizi Bulguları

Şekil 4'te yer alan modelin kullanılan veri ile uyumlu olduğu bulunmuştur. Bu model tüm örneklem için yapılmıştır. ÜBÖ-SA'nın psikometrik özelliklerinin fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan olmak üzere iki farklı grupta uygulanabilmesi için ölçme değişmezliğinin de test edilmesi gerekmektedir.

Ölçme değişmezliği (measurement invariance), belirli bir ölçme aracının farklı gruplarda benzer şekilde çalıştığı anlamına gelmektedir (White ve ark., 2015: 42). Çoklu grup doğrulamalı faktör analizinde gözlenen yapı iki veya daha fazla grupta test edilir. Ölçme değişmezliğini test etmek amacıyla, faktör yapılarının karşılaştırılabilirliğini değerlendirme stratejisi izlenebilir (akt. Milfont ve Fischer, 2010:113; Jöreskog, 1971). Bu stratejide iç içe geçmiş modeller bulunmaktadır ve

modeller hiyerarşik bir şekilde test edilmektedir. Her yeni model önceki modelde yer alan parametreleri kapsadığı için ölçme değişmezliği modelleri gittikçe daha kısıtlayıcı (restrictive) hale gelmektedir (Milfont ve Fischer, 2010: 113).

ÜBÖ-SA'nın ölçme değişmezliğini test etmek amacıyla dört model uygulanmıştır:

Model 1- Biçimsel Değişmezlik (Configural Invariance): Temel modelin tüm gruplarda aynı olduğu hipotezi test edilir.

Model 2- Metrik Değişmezlik (Metric Invariance): Gruplarda faktör yüklerinin eşit olduğu hipotezi test edilir.

Model 3- Skalar Değişmezlik (Scalar Invariance): Gruplarda madde regresyon sabitlerinin eşit olduğu hipotezi test edilir.

Model 4- Hata Değişmezlik (Error Variance Invariance): Gruplarda madde hata varyans-kovaryanslarının eşit olduğu hipotezi test edilir (Bayram, 2016: 159-162).

Metrik değişmezliğin sağlanması zayıf değişmezliğin (weak invariance), metrik ve skalar değişmezliğin sağlanması güçlü değişmezliğin (strong invariance), metrik, skalar ve hata değişmezliğinin sağlanması ise katı değişmezliğin (strict invariance) olduğunu gösterir (Bayram, 2016: 160). Modellerin geçerliliğinin test edilmesi için iç içe geçmiş iki modelin CFI değerlerinin farkları (ΔCFI) hesaplanır. Buna göre iki modelin karşılaştırılması sonucunda ΔCFI değerinin .01 veya daha küçük olması ($\Delta CFI \leq .01$) ölçme değişmezliğinin sağlandığını gösterir (Milfont ve Fischer, 2010: 118).

Yukarıda yer alan literatür bilgileri doğrultusunda ÜBÖ-SA'nın sağlık durumuna göre (fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan) ölçme değişmezliği sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Ölçme Değişmezliği Sonuçları

Modeller (M)	Model Uyumu					Model Karşılaştırmaları			
	χ^2	df	$\chi^2/$ df	CF I	RMS A	ΔM	$\Delta\chi^2$	Δ df	ΔC FI
M1: Biçimsel değişmezlik	255.917*	124	2.06 4	.93 9	.041		-	-	-
M2: Zayıf (metric) değişmezlik	263.403*	134	1.96 6	.94 0	.039	M2- M1	7.485	10	.001
M3: Güçlü (scalar) değişmezlik	274.618*	140	1.96 2	.93 7	.039	M3- M2	11.216	6	-.003
M4: Katı (strict) değişmezlik	304.255*	153	1.98 9	.93 0	.040	M4- M3	29.639	13	-.007

* $p < .05$ ** $p < .01$

Fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan grupların biçimsel değişmezlik modeli değerlendirildiğinde, her iki grubun da aynı faktör yapısına sahip olduğu ve biçimsel değişmezlik varsayımının sağlandığı görülmektedir ($\chi^2(124) = 255.917$ $p < .01$; CFI = 0.939; RMSEA= 0.041). Zayıf değişmezlik modeli için ki-kare, uyum iyiliği sonuçları ve toplam CFI değişimine bakıldığında ($\Delta\chi^2(10) = 7.485$, $p > .05$; $\Delta CFI = 0.001$), CFI değişim değerinin .01'in altında olması zayıf değişmezlik modelinin sağlandığını göstermektedir. Güçlü değişmezlik modeli için ki-kare, uyum iyiliği sonuçları ve toplam CFI değişimi incelendiğinde ($\Delta\chi^2(6) = 11.216$, $p < .05$; $\Delta CFI = -0.003$), ΔCFI değerinin .01'in altında olması nedeniyle güçlü değişmezlik modelinin de kabul edilebilir olduğu görülmektedir. Son olarak, katı değişmezlik modeli için elde edilen ki-kare, uyum iyiliği sonuçları ve toplam CFI değişimi ($\Delta\chi^2(13) = 29.639$ $p = .05$; $\Delta CFI = -0.007$) değerlendirildiğinde, CFI değerleri arasındaki değişimin .01'in altında olmasına dayanılarak katı değişmezlik modelinin sağlandığı da söylenebilir.

Analizden elde edilen sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, ilgili ölçek (ÜBÖ-SA) için fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplarda ölçme değişmezliğinin sağlandığı görülmektedir. Buna göre, ÜBÖ-SA'nın bu iki grup arasındaki faktör yapısının, faktör yüklerinin, regresyon sabitlerinin ve hata varyans-kovaryanslarının değişmezliği söz konusudur.

2.2.2. Güvenirlik

Faktör analizi sonuçları ÜBÖ-SA'nın fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplarda aynı faktör yapısını sergilediğini göstermektedir. Bu nedenle aşağıda yer alan güvenirlik analizi bulguları hem toplam örneklem hem de fiziksel bir hastalığı olan ve olmayan örneklem için ayrı ayrı verilmiştir.

2.2.2.1. İç Tutarlılık

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach Alfa (α) ve madde toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre tüm örneklem için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının .80 düzeyinde olduğu görülmüştür. İç tutarlılık katsayısı düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı için .83, yanlış düşünme hakkında inanışlar için .65, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı içinse .56 olarak belirlenmiştir.

Herhangi bir fiziksel hastalığı olan örneklemde tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısının .82 düzeyinde olduğu görülmüştür. Elde edilen Cronbach Alfa katsayıları düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı için .83, yanlış düşünme hakkında inanışlar için .69, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı için .65'tir. Herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan örneklemde tüm ölçek için Cronbach Alfa katsayısı .79 iken, düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı için .84, yanlış düşünme hakkında inanışlar için .63 ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı için .52 olarak bulunmuştur. Analizlerde kullanılan ölçeklerin fiziksel bir hastalığı olan, fiziksel bir hastalığı olmayan ve tüm örneklem için iç tutarlılık katsayıları Tablo 9'da gösterilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları Nunnally (1978) ölçütlerine (Cronbach alfa ≥ 0.70 "kabul edilebilir", ≥ 0.80 "iyi", ≥ 0.90 "çok iyi") göre değerlendirildiğinde tüm ölçeğin ve düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancının güvenirliliğinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Yanlış

düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının güvenilirliği ise kabul edilebilir sınırın altında bulunmuştur.

Tablo 9: Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Toplam Puan ve Faktörlerinin İç Tutarlılık Katsayıları

	Tüm Örneklem α	Fiziksel Bir Hastalığı Olan Örneklem α	Fiziksel Bir Hastalığı Olmayan Örneklem α
ÜBÖ-SA	.80	.82	.79
DHİ	.83	.83	.84
YDİ	.65	.69	.63
DKİ	.56	.65	.52

Not: ÜBÖ-SA= Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği, DHİ= Düşüncelerin Hastalığa Neden Olabileceği İnanışı, YDİ= Yanlış Düşünme Hakkında İnanışlar, DKİ= Düşüncelerin Kontrol Edilemez Olduğu İnanışı, α = Cronbach Alfa

Tüm örneklem için ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları .24 ile .60 arasında değişmektedir. Ölçeğin faktörleri için madde-toplam korelasyonları incelendiğinde düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı .53 ile .77, yanlış düşünme hakkında inanış için .33 ile .50, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı için .28 ile .43 arasında değiştiği gözlenmiştir. Herhangi bir fiziksel hastalığı olan grup için madde-toplam puan korelasyonlarının ise .26 ile .58 aralığında olduğu; bu grupta faktörlerin madde toplam korelasyonlarına bakıldığında düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışının .52 ile .74, yanlış düşünme hakkında inanışının .38 ile .56, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının .39 ile .55 aralığında olduğu gözlenmiştir. Son olarak, herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan grubun madde-toplam korelasyonları .21 ile .62 arasında değişmektedir. Fiziksel açıdan sağlıklı olduğunu belirten grupta faktörlerin madde-toplam korelasyonları incelendiğinde düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışının .52 ile .78, yanlış düşünme hakkında inanışının .29 ile .46, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının .23 ile .41 aralığında olduğu gözlenmiştir. Yanı sıra, madde toplam puan korelasyonları .30 altında olan maddelerin ölçekten çıkarılması

durumunda, alt boyutların Cronbah Alfa iç tutarlılık katsayısında önemli bir değişiklik olmayacağı gözlenmiştir. Destekler şekilde, Kline (1986: 143) madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üzerinde olmasının da kabul edilebilir olabileceğini bildirmiştir. Bu sebeple .30'un altında olan maddelerin ölçekte yer almasına karar verilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarına ilişkin sonuçlar Tablo 10'da sunulmuştur.



Tablo 10: Sağlık Anksiyitesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyonları (r)

	Tüm Örneklem		Fiziksel Hastalık Tanısı Olan		Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayan	
Madde No	Madde-Toplam Puan r	Madde Çıkarıldığında α	Madde-Toplam Puan r	Madde Çıkarıldığında α	Madde-Toplam Puan r	Madde Çıkarıldığında α
1	.49	.78	.58	.80	.46	.77
2	.33	.79	.49	.81	.27	.79
3	.25	.80	.32	.82	.21	.79
4	.57	.77	.52	.81	.59	.75
5	.60	.77	.55	.81	.62	.75
6	.54	.77	.50	.81	.56	.76
7	.45	.78	.51	.81	.43	.77
8	.31	.80	.35	.82	.28	.78
9	.48	.78	.52	.81	.47	.77
10	.44	.78	.55	.81	.39	.77
11	.24	.80	.26	.83	.22	.79
12	.48	.78	.53	.81	.45	.77
14	.35	.79	.35	.82	.34	.78
Toplam α:	.80		.82		.79	

α = Cronbach Alfa

2.2.2.2. Test Tekrar Test Güvenirliği

ÜBÖ-SA'nın test tekrar test güvenirliğini belirlemek için 3-4 hafta arayla katılımcılardan 95 kişiye tekrar uygulama yapılmış ve her iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan

analizler sonucunda iki uygulamadan elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon .79 ($p < .01$) olarak bulunmuştur. ÜBÖ-SA faktörlerinin test tekrar test tutarlılığı incelendiğinde, elde edilen katsayılar düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı ($r = .72, p < .01$), yanlış düşünme hakkında inanışlar ($r = .75, p < .01$) ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı ($r = .70, p < .01$) için anlamlı bulunmuştur.

2.2.3. Geçerlik

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin geçerlik analizleri fiziksel hastalık tanısı olan grup ($n = 146$) ve fiziksel hastalık tanısı olmayan grup ($n = 485$) için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Geçerlik analizlerinde sağlık anksiyetesini değerlendirmek amacıyla Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form toplam puanı kullanılmıştır. Veri toplama araçları kısmında açıklanan gerekçelerle, herhangi bir fiziksel hastalığı olan gruba ölçeğin olumsuz boyutu uygulanmamıştır. Herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan grubun sağlık anksiyetesi ise ölçeğin tüm maddeleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

2.2.3.1. Uyum Geçerliği

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeğinin uyum geçerliğini değerlendirmek amacıyla ÜBÖ-SA toplam puanı ve alt boyutları ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form toplam puan, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu (gövde boyutu), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form hastalığın olumsuz sonuçları boyutu ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği arasındaki Pearson korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Korelasyon analizi sonuçları Cohen (1988: 19-23) ölçütlerine ($r > .10$ ile $< .29$ “düşük”, $r > .30$ ile $< .49$ “orta”, $r > .50$ “yüksek”) göre değerlendirilmiştir. Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan örnekleme ÜBÖ-SA toplam puanı; SAÖ-KF toplam puanı, SAÖ-KF gövde boyutu ile orta düzeyde, SAÖ-KF olumsuz sonuçlar boyutu ve BDAÖ ile düşük düzeyde anlamlı korelasyonlar göstermiştir. ÜBÖ-SA “düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı” faktörünün; SAÖ-KF toplam puanı, SAÖ-KF gövde boyutu, SAÖ-KF olumsuz sonuçlar boyutu ve BDAÖ ile düşük düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. ÜBÖ-SA “yanlış düşünme hakkında inanışlar” faktörü; SAÖ-KF toplam puanı, SAÖ-KF gövde boyutu, SAÖ-KF

olumsuz sonuçlar boyutu ve BDAÖ ile düşük düzeyde pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. ÜBÖ-SA “düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı” faktörünün ise SAÖ-KF toplam puanı, SAÖ-KF gövde boyutu ile orta düzeyde, SAÖ-KF olumsuz sonuçlar boyutu ve BDAÖ ile arasında düşük düzeyde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Tablo 11’de herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan örneklem için ÜBÖ-SA toplam puan ve faktörleri ile değişkenler arasındaki korelasyon sonuçları verilmiştir.



Tablo 11: Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayan Grupta Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar, Sağlık Anksiyetesi, Bedensel Duyumları Abartma, Nörotisizm Arasındaki İlişkiler ($N = 485$)

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.ÜBÖ-SA	1								
2.DHİ	.84**	1							
3.YDİ	.62**	.19**	1						
4.DKİ	.70**	.37**	.39**	1					
5. SAÖ-KF	.44**	.29**	.28**	.48**	1				
6. SAÖ-KF-GB	.44**	.28*	.29**	.47**	.96**	1			
7. SAÖ-KF-OS	.25**	.16**	.14**	.29**	.65**	.40**	1		
8. BDAÖ	.26**	.18**	.16**	.28**	.40**	.41**	.20**	1	
9.EKA-GGK-N	.20*	.13**	.11*	.24**	.34**	.31**	.27**	.35**	1

Not: ÜBÖ-SA= Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (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), SAÖ-KF-GB= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Gövde Boyutu, SAÖ-KF-OS= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Olumsuz Sonuçlar Boyutu, BDAÖ= Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (toplam puan), EKA-GGK-N= Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu. * $p < .05$ ** $p < .01$

Cohen (1988: 19-23) ölçütlerine göre değerlendirildiğinde, herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan örneklemde ÜBÖ-SA toplam puanı ile SAÖ-KF ve BDAÖ ile arasında orta düzeyde anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir. ÜBÖ-SA'nın

“düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı” ile SAÖ-KF ve BDAÖ arasında düşük düzeyde ve anlamlı ilişki bulunmuştur. “Yanlı düşünme hakkında inanışlar” boyutunu SAÖ-KF ile orta düzeyde, BDAÖ ile düşük düzeyde anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmüştür. “Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı” faktörünün ise SAÖ-KF ve BDAÖ ile orta düzeyde anlamlı ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir. Tablo 12’de ÜBÖ-SA toplam puan ve faktörleri ile değişkenler arasındaki korelasyon sonuçları verilmiştir.

Tablo 12: Herhangi Bir Fiziksel Hastalık Tanısı Olan Grupta Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar, Sağlık Anksiyetesi, Bedensel Duyumları Abartma, Nörotisizm Arasındaki İlişkiler ($N = 146$)

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7
1.ÜBÖ-SA	1						
2.DHİ	.82**	1					
3.YDİ	.69**	.24**	1				
4.DKİ	.79**	.49**	.48**	1			
5. SAÖ-KF	.45**	.29**	.34**	.47**	1		
6. BDAÖ	.42**	.29**	.26**	.47**	.54**	1	
7. EKA-GGK-N	.30**	.25**	.18*	.29**	.41**	.36**	1

Not: ÜBÖ-SA= Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (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 Duyumları Abartma Ölçeği (toplam puan), EKA-GGK-N= Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu. * $p < .05$ ** $p < .01$

Özetle, ilgili analiz sonuçları herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan örneklemde ÜBÖ-SA'nın beklenen yapılarla uyum geçerliğinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

2.2.3.2. Ayrışma Geçerliği

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği ayrışma geçerliğini değerlendirmek için ÜBÖ-SA toplam puan, Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Formu'nun nörotisizm boyutu ve SAÖ-KF toplam puan arasındaki Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Nörotisizm genel anksiyete eğilimi olarak tanımlandığı için, ÜBÖ-SA toplam puanı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin, nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiden daha güçlü olması beklenmiştir. Tablo 12'de yer alan analiz sonuçları herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan örneklemde ÜBÖ-SA toplam puanı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin ($r = .44, p < .01$), nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiden ($r = .34, p < .01$) güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Bu korelasyonlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla Steiger z testi (Steiger, 1980) uygulanmıştır. Sonuçlar korelasyonlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur ($Z = 4.999, p < .001$). Tablo 12'de yer alan analiz sonuçları ise herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan örneklemde ÜBÖ-SA toplam puanı ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin ($r = .45, p < .01$) nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiden ($r = .41, p < .01$) anlamlı bir şekilde güçlü olduğunu göstermektedir ($Z = 1.837, p < .05$). Yapılan analiz sonuçları doğrultusunda ÜBÖ-SA'nın herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan örneklemde ayrışma geçerliğinin desteklendiği görülmektedir.

2.2.4. Gruplararası Karşılaştırmalar

ÜBÖ-SA'dan elde edilen puanların, katılımcıların demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, herhangi bir fiziksel hastalığı sahip olma/olmama, medeni durum, ameliyat geçmişi, sigara ve alkol kullanımı) göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için bağımsız örneklem için *t* testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analizler yapılmadan önce yaş değişkeni kategorik değişkene dönüştürülmüştür. Bunun için öncelikle yaş değişkenine ait verilerin alt ve üst çeyrekleri hesaplanmış, ardından da yaş aralıkları değerlendirilmiştir. Buna

göre alt sınır (%25'lik değer) 18-21, orta sınır (%50'lik değer) 22-31 ve üst sınır (%75'lik değer) 32 ve üzeri yaş grubuna karşılık gelmiştir. Ayrıca tüm analizler öncesinde, analize özgü varsayımlar incelenmiştir. Gruplararası karşılaştırmalara ilişkin sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir.

Yaşa göre ortalamalar arası farklılıklar incelendiğinde, ÜBÖ-SA'dan alınan puanlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir $F(2, 628) = 1.719, p = .05$. Benzer şekilde, cinsiyet ($F(2, 628) = 3.095, p = .98$) ve medeni durum ($F(3, 626) = 1.212, p = .30$) ÜBÖ-SA ortalama puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bağımsız örneklemeler için t testi sonuçlarına bakıldığında, ÜBÖ-SA'dan alınan puanların ameliyat geçmişine ($t(629) = .301, p = .76$), sigara kullanımına ($t(628) = 1.640, p = .10$) ve alkol kullanımına ($t(629) = -.639, p = .52$) göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olup olmama açısından gruplar karşılaştırıldığında, fiziksel hastalığı olanların üstbilişsel inanışlarının ($\bar{X} = 26.34$) olmayan gruba ($\bar{X} = 25.01$) kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir ($t(629) = 2.269, p < .05$).

Tablo 13: ÜBÖ-SA Toplam Puan Düzeylerine Göre Gruplararası Karşılaştırmalar

		t testi					ANOVA						
		N	Ort. (SS)	sd	t	p			N	Ort. (SS)	sd	F	p
<u>Fiziksel Hastalığa Sahip Olma</u>	Evet	146	26.34 (6.81)	629	2.269	.02	<u>Yaş</u>	18-21 yaş	157	26.35 (6.22)	2,628	3.095	.05
	Hayır	485	25.01 (6.01)	629				22-31 yaş	321	24.84 (6.04)			
								32 ve üzeri yaş	153	25.27 (6.52)			
<u>Ameliyat Geçmişi</u>	Evet	248	25.41 (6.47)	629	.301	.76	<u>Cinsiyet</u>	Kadın	410	25.35 (6.23)	2,628	.023	.98
	Hayır	383	25.26 (6.07)	629				Erkek	213	25.26 (6.31)			
<u>Sigara Kullanımı</u>	Evet	291	25.75 (6.43)	628	1.640	.10			Diğer	8	25.63 (3.96)		
	Hayır	339	24.94 (6.03)	628									
<u>Alkol Kullanımı</u>	Evet	273	25.14 (5.70)	629	-.639	.52	<u>Medeni Durum</u>	Bekâr	434	25.30 (6.03)	3,626	1.212	.30
	Hayır	358	25.46 (6.60)	629				Evli	174	25.09 (6.25)			
								Boşanmış	19	27.95 (6.78)			
								Diğer	3	25 (7.94)			

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK ANKSİYETESİNİ YORDAYAN BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL FAKTÖRLER

Bu bölümde K-DYİ modelinin öne sürdüğü gibi üstbilişsel inanışların sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlara kıyasla sağlık anksiyetesinin daha güçlü bir yordayıcısı olup olmadığı, çeşitli demografik değişkenler ve nörotisizm kişilik özelliği kontrol edilerek incelenecektir. Bu amaç kapsamında öncelikle sağlıkla ilgili işlevsel olmayan üstbilişler ve bilişler arasındaki ilişkiler incelenecektir. Ardından, hem işlevsel olmayan inanışların hem de üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesine yaptığı göreceli katkılar değerlendirilecektir.

3.1. Yöntem

3.1.1. Katılımcılar

İkinci çalışmanın örneklemini 18-63 yaş arasında olan, Türkiye’de yaşayan ve herhangi bir fiziksel tanısı olmayan 436 kişi oluşturmuştur. Katılımcılara uygunluk örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Balıkesir, İzmir ve İstanbul illeri başta olmak üzere 34 farklı ilden katılımcılara ulaşılmıştır. Araştırma grubunda 327 kadın (%75) ve 109 erkek (%25) bulunmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 25.73 (SS=8.34)’tür. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde 327 kişi (%75) bekâr, 99 kişi (%22.7) evli ve dokuz kişi (%2.1) boşanmış olduğunu bildirmiştir. Katılımcılardan üçü (%0.7) ilkokul, altısı (%1.4) ortaokul, 253’ü (%58) lise, 155’i (%35.6) üniversite ve 19’u (%4.4) lisansüstü seviyesinde eğitilmiş olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya sağlıkla ilgili alanlarda çalışan/öğrenim gören 217 (%49.8) kişi, sağlık alanından olmayan 219 (%50.2) kişi dâhil olmuştur. Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde 99 kişi (%22.7) alt, 323 kişi (%74.1) orta ve 13 kişi (%3) üst sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu bildirmiştir. Katılımcılardan 38 kişinin (%8.7) yalnız, 194 kişinin (%44.5) ailesiyle, sekiz kişinin (%1.8) akrabası/tanıdıklarıyla, 50 kişinin (%11.5) arkadaşlarıyla evde, 135 kişinin (%31) arkadaşlarıyla yurttan ve 10 kişinin (%2.3) diğer kişilerle (ablasıyla, kızıyla vb.) yaşadığı gözlenmiştir. İki kişinin (%0.5) şu anda psikiyatrik bir tanıya sahip olduğu, 43 kişinin (%9.9) halihazırda bir ilaç kullandığı, 19 kişinin (%4.4) geçmişte psikiyatrik bir tanı aldığı ve 125 kişinin (%28.7) geçmişte herhangi bir ameliyat

olduğu görülmüştür. Sigara kullanan katılımcıların sayısı 100 (%22.9), alkol kullanan katılımcıların sayısı 106 (%24.3) olarak belirlenmiştir. Tablo 14’te tüm katılımcıların demografik özellikleri sunulmuştur.



Tablo 14: Tüm Katılımcıların Demografik Özellikleri (N= 436)

Değişkenler	Sıklık (F)	Yüzdelik (%)	Ort.	SS	Aralık
Yaş			25.73	8.34	18-63
Cinsiyet					
Kadın	327	75			
Erkek	109	25			
Medeni Durum					
Bekar	327	75			
Evli	99	22.7			
Boşanmış	9	2.1			
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	3	0.7			
Ortaokul	6	1.4			
Lise	253	58			
Üniversite	155	35.6			
Lisansüstü	19	4.4			
Sağlık Alanında Çalışma/Öğrenim Görme					
Evet	217	49.8			
Hayır	219	50.2			
İş Durumu					
Evet	147	33.7			
Hayır	289	66.3			
Gelir Düzeyi					
Alt	99	22.7			
Orta	323	74.1			
Üst	13	3			
Kiminle Yaşadığı					
Yalnız	38	8.7			
Aile	194	44.5			
Akraba/tanidik	8	1.8			
Arkadaşlarla (evde)	50	11.5			
Arkadaşlarla (yurtta)	135	31			
Diğer	10	2.3			
Psikiyatrik Tanı					
Evet	2	0.5			
Hayır	434	99.5			
Geçmişte psikiyatrik Tanı					
Evet	19	4.4			
Hayır	417	95.6			
Ameliyat Geçmişi					
Evet	125	28.7			
Hayır	311	71.3			
İlaç Kullanımı					
Evet	43	9.9			
Hayır	393	90.1			
Sigara Kullanımı					
Evet	100	22.9			
Hayır	336	77.1			
Alkol Kullanımı					
Evet	106	24.3			
Hayır	330	75.7			

3.1.2. Veri Toplama Araçları

Birinci çalışmada kullanılmış olan Kişisel Bilgi Formu, ÜBÖ-SA, EKA-GGK ve SAÖ-K, ikinci çalışmada da kullanılmıştır. Bu ölçeklere ait bilgiler Çalışma-I'de verilmiştir (Bkz. Bölüm 2, Çalışma-I). İkinci çalışmaya özgü olarak kullanılan Sağlık Bilişleri Anketi aşağıda tanıtılmıştır.

3.1.2.1. Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışları değerlendirmek için Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012: 167-178) tarafından Sağlık Bilişleri Anketi geliştirilmiştir. Sağlık Bilişleri Anketi fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplar için iki form şeklinde hazırlanmıştır. Formlarda 20'şer soru yer almaktadır. Ölçek hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 1 (*kesinlikle katılmıyorum*) ile 5 (*kesinlikle katılıyorum*) arasında puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan 2., 4., 7., 9., 10., 15., 19. ve 20. maddeler ters kodlanmaktadır. Kişilerin ölçekten aldıkları puan arttıkça sağlığına ilişkin işlevsiz inanışlarının da arttığı yorumu yapılır. Herhangi bir tıbbi tanısı olmayan grupta faktörlerin iç tutarlık katsayıları hastalıkla baş etmede güçlük için .90, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için .82, hastalık olasılığı için .72 ve hastalığın korkutuculuğu için .75 olarak bulunmuştur. Herhangi bir tıbbi tanısı olan grupta ise boyutların iç tutarlılık katsayıları hastalıkla baş etmede güçlük için .91, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için .81, hastalık olasılığı için .75 ve hastalığın korkutuculuğu için .76 olarak elde edilmiştir. Yapılan geçerlik analizlerinde herhangi bir tıbbi tanı almayan grupta ölçeğin faktörleri ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form arasındaki korelasyonlar .18 ve .46 aralığında, Güvence Anketi (The Reassurance Questionnaire) ile arasındaki korelasyonlar ise .22 ile .50 aralığında bulunmuştur. Herhangi bir tanısı olan grupta ise ölçeğin faktörleri ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form arasında .36 ve .49 aralığında, Güvence Anketi (The Reassurance Questionnaire) ile arasında .21 ile .55 aralığında korelasyonlar elde edilmiştir. Yapılan regresyon analizinde kaygı ve depresyon kontrol edildiğinde herhangi fiziksel hastalık bir tanısı olmayan grupta hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu faktörlerinin;

herhangi bir tanısı olan grupta ise tüm faktörlerin sağlık anksiyetesini yordadığı gözlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve Dirik (2018: 337-366) tarafından yapılmıştır. Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe formunun herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan grupta, özgün ölçeğe uygun faktör yapılarına sahip olduğu belirlenmiştir. Herhangi bir tıbbi tanısı olmayan grupta faktörlerin iç tutarlık katsayıları hastalıkla baş etmede güçlük için .88, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için .67, hastalık olasılığı için .66 ve hastalığın korkutuculuğu için .73 olarak elde edilmiştir. Herhangi bir tıbbi tanısı olan grupta ise iç tutarlık katsayıları hastalıkla baş etmede güçlük için .87, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için .64, hastalık olasılığı için .72 ve hastalığın korkutuculuğu için .76 olarak bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirliği herhangi bir tanısı olmayan grupta hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu alt boyutları için sırasıyla .70, .45, .47 ve .45 olarak; herhangi bir tanısı olan grupta ise sırasıyla .62, .51, .58 ve .35 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin eş zaman geçerliği incelemelerinde herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu faktörlerinin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form-Ana Kısım ve SAÖ-OS = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Olumsuz Sonuçlar Boyutu ile hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalık olasılığı faktörlerinin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Kaygı Boyutu ile hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği ve hastalık olasılığı faktörlerinin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise tüm faktörlerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form-Ana Kısım ile, hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalık olasılığı faktörlerinin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Kaygı Boyutu ile, hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu faktörlerinin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yordama geçerliği analizleri herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan her iki grupta da hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı, hastalığın korkutuculuğu faktörlerinin sağlık anksiyetesini anlamlı olarak yordadığını ortaya koymuştur (Bkz. Ek 10).

Yukarıda verilen bilgiler özgün çalışmayla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012: 167-178) tutarlı olarak SBA'nın altboyutlarının fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda sağlık anksiyetesini yordadığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar (Yılmaz ve Dirik, 2018: 337-366; Aydemir ve ark., 2013: 325-331; Bleichhardt ve Hiller, 2007: 511-523) herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan kişilerin de sağlık anksiyetesine sahip olabileceğini göstermiştir. Bu doğrultuda çalışmamızda Sağlık Bilişleri Anketi'nin herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan kişiler için oluşturulan formu kullanılacaktır.

3.1.3. İşlem

Sağlık anksiyetesini yordayan bilişlerin ve üstbilişsel inanışların incelendiği bu çalışmada öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (Bkz. Ek 1). Çalışmaya katılmadan önce katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Kasım 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında çevrimiçi anket ve iki ilde (Balıkesir ve İzmir) elden dağıtılan anketler aracılığıyla herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların onayı alındıktan sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu (Bkz. Ek 9), Kişisel Bilgi Formu, ÜBÖ-SA, SAÖ-K, EKA-GGK ve SBA verilmiştir. Tüm ölçeklerin cevaplanma süresi yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.1.4. İstatistiksel Analizler

Elde edilen verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Analizlerden önce hatalı veri girişleri kontrol edilmiş, ters puanlanan maddelerin veri girişi düzeltilmiş, aşırı uç değerler taranmış ve yapılacak analizlerin sayıltıları incelenmiştir. Toplam soru sayısının %10'undan fazlasına cevap vermeyen ilgili katılımcılar analiz dışı bırakılmış ve %10'dan az kayıp olan değerlerin yerine grubun ortalaması atanmıştır. Kayıp değerler incelendikten sonra uç değer analizi uygulanmıştır. Her bir sürekli değişken için z puanı hesaplanmıştır. z puanı +3'den büyük ya da -3'ten küçük olan değerler veri setinden çıkarılmıştır.

İkinci çalışmada yer alan tüm ölçeklerin ortalamaları, standart sapma değerleri, en küçük en büyük değerleri ve iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. ÜBÖ-SA toplam puanı ve üç alt boyutu (düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı, yanlış düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu

inancı), SAÖ-K toplam puanı, nörotisizm, SBA toplam puanı ve dört alt boyutu (hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu) arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. İşlevsel olmayan inanışların ve üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesine olan bireysel katkılarını incelemek için Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi uygulanmıştır. Bu analizde bağımlı ya da yordanan değişken sağlık anksiyetesi puanıdır (SAÖ-K). Birinci ve ikinci adımlarda sırasıyla demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet ve sağlık alanında çalışan/öğrenim gören ve sağlık alanından olmayan) ve genel anksiyete eğiliminin (nörotisizm) etkisi kontrol edilmiştir. Üçüncü adımda işlevsel olmayan inanışlar (SBA'nın altboyutları: hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu) regresyon eşitliğine, adımsal (stepwise) yöntem kullanılarak girilmiştir. Adımsal yöntem, modele yeni bir yordayıcı değişken girildiğinde, modelin öngörücü gücüne anlamlı bir katkı sağlıyorsa korunmasını, sağlamıyorsa kaldırılmasını sağlayan bir yöntemdir (Field, 2013: 402). Mevcut çalışmada sadece anlamlı olan değişkenleri görebilmek amacıyla adımsal (stepwise) yöntem tercih edilmiştir. En son adımda ise üstbilişsel inanışlar (ÜBÖ-SA'nın alt boyutları: yanlış düşünme hakkındaki inanışlar, düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı) yine adımsal yöntem kullanılarak analize sokulmuştur. Aynı amaç çerçevesinde, tüm değişkenleri kontrol ettikten sonra işlevsel olmayan inanışların sağlık anksiyetesini yordamaya yaptığı katkıyı da incelemek için, sözü edilen analiz üçüncü ve dördüncü adımlardaki değişkenlerin sıralaması değiştirilerek tekrar edilmiştir.

3.2. SAĞLIK ANKSİYETESİNİ YORDAYAN BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL FAKTÖRLER İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde öncelikle araştırmanın temel değişkenlerine ait betimleyici istatistik sonuçları ve iç tutarlılık katsayıları sunulmuştur. Sonrasında değişkenler arasındaki Pearson ilişki katsayılarına yer verilmiştir. Son olarak hiyerarşik regresyon analizlerinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.2.1. Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri ve İç Tutarlılık Katsayıları

Çalışmanın temel değişkenleri olan sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanışlar, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar, sağlık anksiyetesi belirtileri ve

nörotisizm düzeyine ait ortalama, standart sapma, ölçeklerden alınan puan aralıkları ve iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeklere ve boyutlarına ait betimleyici istatistikler ve iç tutarlılık katsayıları Tablo 15’te gösterilmektedir.

Tablo 15: Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları, Puan Aralıkları ve İç Tutarlılık Katsayıları

	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>En küçük ve en büyük değerler</i>	<i>İç Tutarlılık Katsayıları</i>
1. ÜBÖ-SA	24.52	5.34	13-39	.77
2. DHİ	12.08	3.54	5-20	.81
3. YDİ	6.93	1.96	5-16	.58
4. DKİ	5.50	1.68	3-12	.48
5. SAÖ-KF	15.41	6.81	0-35	.84
6. SAÖ-KF-GB	12.13	5.37	0-28	.82
7. SAÖ-KF-OS	3.27	2.41	0-12	.71
8. SBA	58.09	9.08	32-83	.82
9. THY	12.49	2,85	4-20	.63
10. HBG	21.40	5.03	8-36	.84
11. HK	13.06	3.14	4-20	.77
12. HO	11.13	2.80	4-20	.72
13. EKA-GGK-N	3.55	1.83	0-6	.69

Not: ÜBÖ-SA= Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği, 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), SAÖ-KF-GB= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form Gövde Boyutu, SAÖ-KF-OS= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Olumsuz Sonuçlar Boyutu, SBA= Sağlık Bilişleri Anketi, THY= Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği, HBG= Hastalıkla Baş Etmede Güçlük, HK= Hastalığın

Korkutuculuğu, HO= Hastalık Olasılığı, EKA-GGK-N= Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu

3.2.2. Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri

İkinci çalışmada yer alan temel değişkenler (işlevsel olmayan inanışlar, sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar, sağlık anksiyetesi ve nörotisizm) arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 16’da verilmiştir.

Korelasyon tablosu incelendiğinde ÜBÖ-SA toplam puanı ve alt boyutlarının sağlık anksiyetesi belirtileri ile pozitif yönde ilişkili olduğu gözlenmektedir. ÜBÖ-SA toplam puanı ($r = .36, p < .01$), DHİ boyutu ($r = .22, p < .01$), YDİ boyutu ($r = .27, p < .01$), DKİ boyutu ($r = .35, p < .01$) SAÖ-KF toplam puanı ile pozitif yönde ilişkilidir. SAÖ-KF gövde boyutunun; ÜBÖ-SA toplam puanı ($r = .35, p < .01$), DHİ boyutu ($r = .21, p < .01$), YDİ boyutu ($r = .28, p < .01$), DKİ boyutu ($r = .33, p < .01$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir. SAÖ-KF olumsuz sonuçlar boyutu ile ÜBÖ-SA toplam puanı ($r = .24, p < .01$), DHİ boyutu ($r = .17, p < .01$), YDİ boyutu ($r = .14, p < .01$), DKİ boyutu ($r = .24, p < .01$) arasında da anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar ile üstbilişsel inanışlar arasındaki korelasyonlarda, ÜBÖ-SA toplam puanı ve boyutlarının SBA toplam puanı ve boyutları ile anlamlı ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir. Buna göre ÜBÖ-SA toplam puanı ($r = .28, p < .01$), DHİ boyutu ($r = .20, p < .01$), YDİ boyutu ($r = .12, p < .05$), DKİ boyutu ($r = .24, p < .01$) SBA toplam puanı ile pozitif yönde ilişkilidir. ÜBÖ-SA toplam puanı ve SBA boyutları arasındaki korelasyon katsayıları .14 ile .26 ($p < .01$) arasında değişmektedir. ÜBÖ-SA ve SBA’nın boyutları arasında da anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Buna göre tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu DHİ boyutu ($r = .14, p < .01$) ve DKİ boyutu ($r = .17, p < .01$) ile pozitif yönde ilişkilidir. Hastalıkla baş etmede güçlük boyutunun yalnızca DKİ boyutu ($r = .23, p < .01$) ile ilişkili olduğu görülmektedir. Hastalığın korkutuculuğu boyutunun ÜBÖ-SA’nın tüm boyutlarıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir (sırasıyla DHİ $r = .19$, YDİ $r = .14$ ve DKİ $r = .28, p < .01$). Aynı şekilde hastalık olasılığı boyutunun DHİ boyutu ($r = .12, p < .05$), YDİ boyutu ($r = .15, p < .01$) ve DKİ boyutu ($r = .22, p < .01$) olmak üzere tüm boyutlar ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Üstbilişsel inanışlar ile nörotisizm arasındaki ilişkiler incelendiğinde ÜBÖ-SA toplam ve alt boyutları ile EKA-GGK-N arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmektedir. Nörotisizm; ÜBÖ-SA toplam puanı ($r = .27, p < .01$), DHİ boyutu ($r = .18, p < .01$), YDİ boyutu ($r = .17, p < .01$) ve DKİ boyutu ($r = .28, p < .01$) ile anlamlı ilişkiler göstermektedir. Nörotisizmin sağlık anksiyetesi belirtileri ile de anlamlı ilişkilere sahip olduğu gözlenmiştir. Buna göre EKA-GGK-N; SAÖ-KF toplam puanı ($r = .39, p < .01$), gövde boyutu ($r = .34, p < .01$) ve olumsuz sonuçlar boyutu ($r = .33, p < .01$) ile pozitif yönde ilişkilidir. Ayrıca nörotisizm SBA toplam puanı ve boyutları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. EKA-GG-N ile SBA toplam puan ($r = .40, p < .01$), tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu ($r = .13, p < .05$), hastalıkla baş etmede güçlük boyutu ($r = .33, p < .01$), hastalığın korkutuculuğu boyutu ($r = .26, p < .01$) ve hastalık olasılığı boyutu ($r = .29, p < .01$) ile arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde SBA toplam puan ile SAÖ-KF toplam puanı arasında ($r = .55, p < .01$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. SAÖ-KF toplam puanı ile SBA'nın tüm boyutları arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Buna göre SAÖ-KF ile tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu ($r = .16, p < .01$), hastalıkla baş etmede güçlük boyutu ($r = .46, p < .01$), hastalığın korkutuculuğu boyutu ($r = .39, p < .01$) ve hastalık olasılığı boyutu ($r = .37, p < .01$) arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. SAÖ-KF ile SBA alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları göz önünde bulundurulduğunda SAÖ-KF gövde boyutu ile tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutu ($r = .11, p < .05$), hastalıkla baş etmede güçlük boyutu ($r = .35, p < .01$), hastalığın korkutuculuğu boyutu ($r = .28, p < .01$) ve hastalık olasılığı boyutu ($r = .37, p < .01$) arasında pozitif yönde ilişki olduğu gözlenmiştir. SAÖ-KF olumsuz sonuçlar boyutu da gövde boyutu gibi tüm SBA boyutları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (sırasıyla tıbbi hizmetlerin yetersizliği $r = .20$, hastalıkla baş etmede güçlük boyutu $r = .54$, hastalığın korkutuculuğu boyutu $r = .47$, ve hastalık olasılığı boyutu $r = .21, p < .01$).

Tablo 16: Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları (N = 436)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. ÜBÖ-SA	-												
2. DHİ	.84**	-											
3. YDİ	.58**	.14**	-										
4. DKİ	.73**	.42**	.38**	-									
5. SAÖ-KF	.36**	.22**	.27**	.35**	-								
6. SAÖ-KF-GB	.35**	.21**	.28**	.33**	.95**	-							
7. SAÖ-KF-OS	.24**	.17**	.14**	.24**	.71**	.46**	-						
8. SBA	.28**	.20**	.12*	.34**	.55**	.44**	.59*	-					
9. THY	.14**	.14**	-.02	.17**	.16**	.11*	.20**	.53**	-				
10. HBG	.15**	.09	.06	.23**	.46**	.35**	.54**	.80**	.24**	-			
11.HK	.26**	.19**	.14**	.28**	.39**	.28**	.47**	.69**	.16**	.38**	-		
12. HO	.20**	.12*	.15**	.22**	.37**	.37**	.21**	.50**	.10*	.12*	.27**	-	
13.EKA-GGK-N	.27**	.18**	.17**	.28**	.39**	.34*	.33*	.40**	.13**	.33**	.26**	.29**	-

Not: ÜBÖ-SA= Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği, 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), SAÖ-KF-GB= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Gövde Boyutu, SAÖ-KF-OS= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form Olumsuz Sonuçlar Boyutu, SBA= Sağlık Bilişleri Anketi, THY= Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği, HBG= Hastalıkla Baş Etmede Güçlük, HK= Hastalığın Korkutuculuğu, HO= Hastalık Olasılığı, EKA-GGK-N= Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu. * $p < .05$ ** $p < .01$.

3.2.3. Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörlerin Sağlık Anksiyetesini Yordamasına Yönelik Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Bu bölümde bilişsel ve üstbilişsel faktörlerin sağlık anksiyetesi belirtilerini ne derece yordadığını belirleyebilmek ve birini kontrol ettikten sonra diğerinin yordama gücünü değerlendirebilmek için gerçekleştirilen iki hiyerarşik çoklu regresyon analizinin sonuçları sunulmuştur.

Hiyerarşik çoklu regresyon analizinde sağlık anksiyetesi belirtileri toplam puanı bağımlı değişken olarak girilmiştir. Birinci adımda yaş, cinsiyet ve sağlık alanından olma-olmama kontrol değişkenleri olarak analize dâhil edilmiştir. İkinci adımda genel anksiyete eğilimi olan nörotisizm, üçüncü adımda sağlıkla ilgili bilişler (hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği için, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu) ve dördüncü adımda sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar (düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı, yanlış düşünme hakkındaki inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı) analize dâhil edilmiştir. Üçüncü ve dördüncü adımda değişkenler adımsal (stepwise) yöntem ile analize dâhil edilmiştir. Sağlık anksiyetesi belirtilerinin bilişler ve üstbilişsel tarafından yordanmasına ilişkin analiz sonuçları Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17’de Regresyon Analizi Sonuçları I incelendiğinde birinci aşamada yaşın ($\beta = -.18, p < .01$) sağlık anksiyetesi belirtilerini anlamlı düzeyde yordadığı ve varyansın %4’ünü açıkladığı görülmektedir ($R^2 = .04, F_{değişim} (3, 432) = 5.959, p < .01$). İkinci aşamada nörotisizm ($\beta = .36, p < .01$) değişkeninin eklenmesi ile açıklanan varyans %16 olmuştur ($R^2 = .16, F_{değişim} (4, 431) = 61.515, p < .01$). Üçüncü adımda analize dâhil edilen bilişlerden; hastalıkla baş etmede güçlüğün ($\beta = .38, p < .01$), hastalık olasılığının ($\beta = .26, p < .01$) ve hastalığın korkutuculuğunun ($\beta = .16, p < .01$) eklenmesi ile varyans %37’ye ulaşmıştır ($R^2 = .37, F_{değişim} (7, 428) = 13.159, p < .01$). Modele en son dâhil edilen üstbilişsel inanışlardan; yanlış düşünme hakkında inanışların ($\beta = .18, p < .01$) ve düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışının ($\beta = .10, p < .05$) varyansa %3’lük bir katkı daha sağladığı görülmektedir ($R^2 = .40, F_{değişim} (9, 426) = 6.048, p < .05$). Yaş ve nörotisizm düzeyleri kontrol edildikten sonra değişkenlerin beta değerleri

incelendiğinde, hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalık olasılığının sırasıyla sağlık anksiyetesi belirtilerinin en güçlü yordayıcıları olduğu gözlenmektedir.

Analiz, üçüncü ve dördüncü adımların sırası değiştirilerek tekrar edilmiştir. Birinci ve ikinci adımda analize dâhil edilen değişkenlerin aynı olması sebebi ile tabloda yalnızca üçüncü ve dördüncü adımda dâhil edilen değişkenlere ait sonuçlara yer verilmiştir. Buna göre Tablo 17’de Regresyon Analizi Sonuçları II incelendiğinde üçüncü adımda dâhil edilen üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi belirtilerine katkısının %8 olduğu görülmüştür ($R^2 = .24$, $F_{değişim}(6, 429) = 9.080$, $p < .01$). Üstbilişsel inanışlardan düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı ($\beta = .26$, $p < .01$) ve yanlış düşünme hakkında inanışların ($\beta = .14$, $p < .01$) sağlık anksiyetesi belirtilerini pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Son adımda dâhil edilen işlevsel olmayan inanışların varyansa katkısı %16 olmuştur ($R^2 = .40$, $F_{değişim}(9, 426) = 9.199$, $p < .01$). Hastalıkla baş etmede güçlük ($\beta = .35$, $p < .01$), hastalık olasılığı ($\beta = .23$, $p < .01$) ve hastalığın korkutuculuğu ($\beta = .13$, $p < .01$) boyutlarının sağlık anksiyetesi belirtilerini yordadığı gözlenmiştir. Bu iki regresyon analizinin sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, bilişlerin üstbilişsel inanışlara göre sağlık anksiyetesi belirtilerine katkısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 17: Tüm Örneklemede Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar ve Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnanışların Sağlık Anksiyetesi Belirtilerini Yordamasına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları (N = 436)

Regresyon Analizi Sonuçları I					
Yordayıcılar	β	t	df	$F_{değişim}$	R^2
<i>1. Adım: Demografik Değişkenler</i>					
Yaş	-.18**	-3.511	3,432	5.959**	.04
<i>2. Adım: Kişilik Değişkeni</i>					
EKA-GGK-N	.36**	7.843	4,431	61.515**	.16
<i>3. Adım: Bilişsel Faktörler</i>					
SBA-HBG	.38**	8.745	5,430	76.473**	.29
SBA-HO	.26**	6.242	6,429	38.960**	.35
SBA-HK	.16**	3.628	7,428	13.159**	.37
<i>4. Adım: Üstbilişsel Faktörler</i>					
ÜBÖ-SA-YDİ	.18**	4.631	8,427	21.446**	.40
ÜBÖ-SA-DHİ	.10*	2.459	9,426	6.048*	.40
Regresyon Analizi Sonuçları II					
Yordayıcılar	β	t	df	$F_{değişim}$	R^2
<i>3. Adım: Üstbilişsel Faktörler</i>					
ÜBÖ-SA-DKİ	.26**	5.907	5,430	34,892**	.22
ÜBÖ-SA-YDİ	.14**	3.013	6,429	9,080**	.24
<i>4. Adım: Bilişsel Faktörler</i>					
SBA-HBG	.35**	8.372	7,428	70,083**	.35
SBA-HO	.23**	5.644	8,427	31,855**	.39
SBA-HK	.13**	3.033	9,426	9,199**	.40

Not: Üçüncü ve dördüncü adımda, adimsal yöntem kullanıldığı için tabloya sadece istatistiksel açılarından anlamlı bulunan değişkenler yansıtılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, üstbilişsel model (Wells ve Matthews, 1994, 1996) bağlamında sağlık anksiyetesi belirtileri ile bilişsel ve üstbilişsel faktörler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla ilk olarak Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği Türkçeye uyarlanmış ve Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Sonrasında bilişsel ve üstbilişsel faktörlerin sağlık anksiyetesi belirtilerini yordama gücü araştırılmıştır.

Bu bölümde öncelikle sağlık anksiyetesi ile ilgili düşüncelerin önemi, tehlikesi ve kontrolüne ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Ardından sağlık anksiyetesi belirtilerinin bilişsel ve üstbilişsel yordayıcılarına ilişkin bulgular, literatürdeki diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

4.1. BİRİNCİ ÇALIŞMA

4.1.1. Katılımcıların Özellikleri

Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelendiği ilk çalışmaya, herhangi bir fiziksel hastalığı olan 146 ve fiziksel hastalığı olmayan 485 kişi olmak üzere toplam 631 kişi katılmıştır. Özgün çalışmada (Bailey ve Wells, 2015a: 871-877) ölçek, üç ayrı çalışma gerçekleştirilerek geliştirilmiştir. Birinci çalışmada, hemşirelik bölümünde okuyan 314 katılımcıdan toplanan verilerle madde yazım aşaması gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik bölümünde okuyan 553 kişinin katıldığı ikinci çalışmada ölçeğin faktör yapısı açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile incelenmiştir. Üçüncü çalışmada ise geçerlik ve güvenirlik analizleri, hemşirelik bölümünde okuyan 259 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çin'de yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasına sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan ve herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan 1191 üniversite öğrencisi katılmıştır (Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1102). İtalya'da ise şiddetli sağlık anksiyetesi ve hastalık kaygısı bozukluğu tanısı konulan 458 kişi ile uyarlama çalışması yapılmıştır. Mevcut çalışmanın, toplumdaki diğer bireylere de ulaşması ve fiziksel hastalığı olan/olmayan iki farklı grubu içermesi ile bu çalışmalara göre evreni temsil yeteneğinin iyi olduğu söylenebilir.

Bu çalışmadaki grupların yaş ortalamalarının ve cinsiyet dağılımlarının, özgün çalışmaya (Bailey ve Wells, 2015a: 874) oldukça yakın olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada yer alan grupların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan örnekleme yer alan katılımcıların çoğunun üniversite mezunu, bekâr, ailesiyle birlikte yaşayan ve çalışan kişiler olduğu görülmektedir. Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan örnekleme ise katılımcıların çoğunun bekâr, üniversite mezunu ve herhangi bir işte çalışmayan katılımcılar olduğu gözlenmektedir. Bu sonuçlar, katılımcıların yaş ortalamasının genç yaş aralığında olmasının olası bir sonucu olarak yorumlanabilir. Herhangi bir fiziksel hastalığa sahip katılımcı sayısının, herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan katılımcı sayısına göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte fiziksel bir hastalığı olmayan grupta, fiziksel hastalığı olan gruba kıyasla herhangi bir psikiyatrik tanısı olan ve sigara kullanan katılımcılar çoğunluğu oluşturmaktadır. Yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı, alkol kullanımı, kiminle yaşadıkları, eğitim ve gelir düzeyi açısından iki grup da benzerlik göstermektedir.

4.1.2. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Geçerlik Değerlendirilmesi

ÜBÖ-SA Türkçe formunun geçerliğini değerlendirmek amacıyla öncelikle açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Sonrasında ise uyum ve ayrışma geçerliği incelenmiştir.

ÜBÖ-SA'nın Türkçe formunun yapı geçerliği ilk olarak tüm örneklem grubu üzerinde, açımlayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Başlangıçta ölçeğin, iki faktörlü bir yapı sergilediği ve maddelerin uygun faktörler altına yüklenmediği gözlenmiştir. Tekrarlanan açımlayıcı faktör analizinde, anlamlı faktör deseninin, maddelerin üç faktöre yüklenmeye zorlanması sonucunda ortaya çıktığı görülmüştür. Böylece diğer çalışmalara (Bailey ve Wells, 2015a: 874; (Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1103; Melli ve ark., 2017: 3-4) benzer şekilde düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı, yanlış düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilebilmiştir. Ancak 13. Madde, (*Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim*) yüklenmesi gereken faktör dışında başka bir faktöre yüklenmesi, yüklendiği faktörün güvenilirliğine katkı sağlamaması

ve bu faktörle anlamsal olarak uyumsuz olması nedenleriyle ÜBÖ-SA'nın Türkçe formundan çıkartılmıştır. 13. maddenin düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı yerine yanlış düşünme hakkında inanışlar faktörüne yüklenmesi çeviriden kaynaklanmış olabilir. İçerik olarak değerlendirildiğinde ise katılımcılar tarafından, fiziksel belirtilerinin nedenini bilmedikleri sürece bu belirtilerle ilgili düşünüp durmayı kontrol edemeyecekleri bir durum gibi değerlendirilememesinden de kaynaklanmış olabilir. Diğer bir deyişle, ilgili madde kontrol ile ilgili dolaylı bir anlatım taşımaktadır. Ölçeğin Türkçe formunda yer alan diğer maddelerin ise, özgün ölçekteki maddelerin faktörlere dağılımıyla birebir uyduğu gözlenmiştir. Tüm örneklem üzerinden yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, ÜBÖ-SA'nın faktör yapısının Türkiye örnekleminde korunduğu görülmektedir. ÜBÖ-SA'nın Türkçe formunun fiziksel bir hastalığı olan ve fiziksel bir hastalığı olmayan gruplara göre ölçme değişmezliği, çoklu grup doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Ölçme değişmezliği sonuçları, ÜBÖ-SA'nın biçimsel, metrik, güçlü ve katı değişmezliğinin sağlandığını göstermektedir. Böylece ÜBÖ-SA'nın faktör yapısının fiziksel bir hastalığı olan-olmayan karma grup, fiziksel bir sağlık problemi olan ve olmayan gruplar arasında değişken olmadığı ve ÜBÖ-SA'nın her üç grup için de geçerli bir veri toplama aracı olduğu yönündeki hipotez desteklenmiştir. Çin'de yapılan uyarlama çalışmasında ise ölçeğin psikometrik özelliklerinin kadın ve erkek grubu açısından değişmez olduğu ortaya konulmuştur (Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1105).

ÜBÖ-SA'nın uyum ve ayrışma geçerlikleri herhangi bir fiziksel hastalığı olan ve herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan iki grup üzerinden incelenmiştir. Bugüne kadar sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışları inceleyen çalışmalar (Bailey ve Wells, 2013: 332; Bailey ve Wells, 2015a: 815; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Bailey ve Wells, 2016: 46; Melli ve ark., 2017: 4; Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1104), sağlık anksiyetesi belirtileri ve bedensel duyumları abartma eğilimi ile sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla ÜBÖ-SA'nın uyum geçerliğini değerlendirmek için bu tez çalışmasında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği kullanılmıştır. Fiziksel hastalığı olan ve olmayan her iki grupta da beklendiği gibi ÜBÖ-SA ve alt boyutları ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında pozitif yönde ve

anlamli iliflkiler olduğu g r lm ft r. D ft ncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı ve yanlı d ft nme hakkında inanışlar boyutu sağlık anksiyetesi belirtileri ile anlamli ancak zayıf iliflkiler gösterirken, d ft ncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı önceki çalışmalarla tutarlı bir şekilde (Bailey ve Wells, 2013: 332; Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1103; Melli ve ark., 2017: 4) sağlık anksiyetesi belirtileri ile en güçlü iliflki gösteren boyut olmuştur.  B -SA ve alt boyutları ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasındaki korelasyon değerleri özgün çalışmaya (Bailey ve Wells, 2015a: 875) göre daha düşük bulunmuştur. Bunun olası bir nedeni Dai ve arkadaşlarının (2018: 1006) da belirttiği gibi sağlık anksiyetesi belirtilerini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin birbirinden farklı olması olabilir.  zg n çalışmada sağlık anksiyetesi belirtilerini değerlendirmek için maddeleri hipokondriyazisin belirti kümelerine dayanan Whiteley İndeksi (Pilowsky, 1967: 89-93) kullanılmıştır. Sağlık Anksiyetesi  l eği-Kısa Form ise bilişsel teoriye göre geliştirilmiştir (Salkovskis ve ark., 2002: 845-847). Bu iki ölçek, sağlık anksiyetesi belirtilerini değerlendirme açısından farklılaşıyor olabilir.  B -SA ve alt boyutları ile bedensel duyumları abartma eğilimi arasında da pozitif yönde ve anlamli iliflkiler olduğu gözlenmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde fiziksel hastalığı olmayan grupta bu iliflkilerin zayıf, fiziksel hastalığı olan grupta ise zayıf ile orta derecede olduğu gözlenmiştir. Buradan hareketle sağlık anksiyetesi hakkında  stbilişsel inanışlar arttıkça bireylerin bedensel duyumlarını abartma eğiliminin de arttđı söylenebilir. Bu sonuç sağlık anksiyetesinin merkezine hastalık inanışı yerine  stbilişsel inanışları koyan  stbilişsel model ile tutarlı görünmektedir. Kişi bedensel duyumları ile ilgili endişe duymanın yararlı olduğuna inandđı için bedensel belirtilerini abartıyor olabilir ve kendini bu şekilde güvende tutmayı sağlıyor olabilir. Sonuç olarak sağlıkla ilgili  stbilişsel inanışların, sağlık anksiyetesi ve bedensel duyumları abartma eğilimi arasında pozitif yönde iliflkiler göstereceği yönündeki hipotez desteklenmiştir.

 B -SA'nın ayırşma geçerliğini incelemek için nörotisizm ve sağlık anksiyetesi belirtileri ile arasındaki iliflkiler incelenmiştir. Buna göre, her iki grup için de sağlıkla ilgili  stbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi ile iliflkisi, nörotisizm özelliği ile tanımlanan genel bir kaygı yatkınlđının sağlık anksiyetesi ile iliflkisinden anlamli olarak daha yüksek olacağı şeklindeki hipotez doğrulanmıştır.

Bu sonucun önceki çalışmalarla (Bailey ve Wells, 2015a: 875; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1104) tutarlı olduğu görülmüştür. Bu bilgiler ışığında ÜBÖ-SA'nın genel bir kaygıdan çok sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğu yorumu yapılabilir.

4.1.3. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Güvenirlik Değerlendirilmesi

Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirliği tüm örneklem, herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan olmak üzere üç grup üzerinden incelenmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde, iç tutarlılık, madde toplam puan ve test tekrar test korelasyon analiz sonuçları ÜBÖ-SA'nın Türkçe formunun güvenilir olduğunu desteklemektedir. Güvenirliği incelenen her üç örneklemde de, tüm ölçek için iç tutarlılığın (tüm örneklem, fiziksel hastalığı olan ve olmayan örneklem için sırasıyla .80, .82 ve .79) literatürdeki diğer çalışmalardan (Bailey ve Wells, 2015a: 875; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Melli ve ark., 2017: 4; Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1102; Dai ve ark., 2019a: 3) elde edilen ve .68 ile .90 arasında değişen değerler kadar iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Altboyutların iç tutarlılık katsayıları incelendiğinde ise her üç örneklemde de iç tutarlılık değerlerinin düşük düzeyden iyiye doğru değiştiği görülmüştür. Öte yandan, bu tez çalışmasındaki tüm gruplarda ve Çin'de yapılan uyarlama çalışmasında, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı boyutunun güvenilirliğinin, özgün çalışmaya göre daha düşük olduğu görülmüştür. Her iki çalışmada da güvenirliliğin düşük bulunması, kontrolle ilgili bu boyutun kültüre duyarlı bir özellikte olabileceğini düşündürmüştür. Kline (2011: 70) madde sayısı arttıkça iç tutarlılık güvenirliliğinin de arttığını ifade etmiştir. Bu görüş doğrultusunda 13. maddenin (*Sadece bir tanı aldığım zaman endişelenmeyi bırakabilirim*) düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inancı boyutundan çıkarılması ve boyutun madde sayısının azalmasının, güvenirlilik katsayısının düşmesine neden olduğu da düşünülebilir. Düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inancı boyutunun iyi düzeyde, yanlış düşünme hakkında inanışlar boyutunun ise kabul edilebilir düzeyin altında güvenirliliğe sahip olduğu gözlenmiştir.

Madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde tüm gruplar için çalışmayan maddenin olmadığı gözlenmiştir. Ölçekteki 3. maddenin (*Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım*) ve 11. maddenin (*Sağlığım ile ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur*) ise tüm ölçekle ilişkisinin diğer maddelerden daha düşük olduğu ve iki maddenin de yanlış düşünme hakkında inanışlar boyutuna ait olduğu dikkat çekmiştir. Maddelerin toplam puan ile düşük korelasyon göstermesinin olası bir sebebi, bu çalışmada sağlık anksiyetesinin hafif ile şiddetli arasında değişen boyutsal bir kavram olarak ele alınmış ve karma bir örnekleme odaklanılmış olması olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda klinik bir örneklem ile çalışılması durumunda bu maddeler ölçekle daha çok ilişkili bulunabilir. Dai, Deng ve Bailey (2018: 1102) 3. maddede geçen “cezalandırılmak” kelimesinin dini bir çağrışım yapabileceğini bildirmiştir. Bu açıklama bizim kültürümüz için de geçerli olabilir ve diğer bir olası sebep maddelerin kültürel yapımıza uymamış olması olabilir. Dolayısıyla gelecek çalışmalarda bu maddelerin ifadeleri düzenlenerek ÜBÖ-SA’nın psikometrik özellikleri yeniden değerlendirilebilir.

ÜBÖ-SA’nın test tekrar test güvenirliğini belirleyebilmek için 3-4 haftayla ara ile 95 gönüllü katılımcıdan ikinci kez ölçümler alınmıştır. Tüm örneklem için güvenirliklerin kabul edilebilir düzeyden iyiye doğru değiştiği gözlenmiştir. Sonuç olarak iki farklı ölçümden elde edilen değerlerin ÜBÖ-SA’nın kararlılığını desteklediği söylenebilir. Çin’de yapılan uyarlama çalışmasında test tekrar test ise bu çalışmadan farklı olarak intraclasskorelasyon katsayısı (ICC) hesaplanarak elde edilmiştir. Buna göre güvenirlik değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. (Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1102). Özgün çalışmada (Bailey ve Wells, 2015a: 871-877) ve İtalya’da yapılan çalışmada (Melli ve ark., 2017: 1-9) test tekrar test güvenirliği kullanılmadığı için bu bulgulara dair bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

Genel olarak, Çin’de (Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1102; Dai ve ark., 2019a: 3; Carciofo, 2019: 5) ve bu tez çalışmasında ÜBÖ-SA’nın güvenirlik katsayılarının, Batı’da yapılan çalışmalara (Bailey ve Wells, 2015a: 875; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Melli ve ark., 2017: Melli ve ark., 2017: 4) göre daha düşük ancak yeterli düzeyde olduğu dikkat çekmektedir. Bunun olası bir sebebi ÜBÖ-SA’nın başka kültürlerle

uyarlanmış formlarının kullanılmış olması ve sonuçların kültürel özelliklerden etkilenmiş olması ile açıklanabilir. Nitekim ÜBÖ-SA'nın kültürlerarası ölçme değişmezliğini değerlendiren bir çalışma (Dai ve ark., 2019a: 3-4) bu yorumu doğruluyor görünmektedir. Buna göre ÜBÖ-SA'nın Çinli ve İngiliz öğrenciler açısından biçimsel ve metrik değişmezliğinin sağlandığı, güçlü değişmezliğinin ise kısmi olarak sağlandığı görülmüştür. Bu sonuçlardan hareketle sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışların kültürlere göre farklılık gösterebileceği yorumu yapılabilir. Gelecek çalışmalarda sağlık anksiyetesi ile ilgili üstbilişsel inanışların farklı kültürel bağlamlarda araştırılması yararlı olabilir.

Sonuç olarak ölçeğin psikometrik özelliklerine ilişkin tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, ÜBÖ-SA'nın Türkçe formunun, İngilizce formundakine benzer bir faktör yapısına ve geçerlik ve güvenirlik özelliklerine sahip olacağı yönündeki hipotezin desteklendiği görülmektedir.

4.1.4. Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişlerin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Temel amaçlar doğrultusunda geliştirilen ana çalışma hipotezi incelenmeden önce, sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışların demografik değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair incelemeler yapılmıştır. Bu incelemeler sağlık anksiyetesine ilişkin üstbilişler hakkında daha fazla bilgi edinebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmaları özetlemek gerekirse sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar düzeyinin yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, ameliyat geçmişi, sigara ve alkol kullanımına göre farklılaşmadığı görülmektedir. Bu gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaması katılımcıların sağlık anksiyetesine ilişkin üstbilişsel inanışlar açısından benzer özellikler taşıdığına işaret ediyor olabilir. Gruplar açısından sadece, herhangi bir fiziksel hastalığı olan grubun herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan gruba kıyasla daha güçlü üstbilişsel inanışlara sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, fiziksel bir hastalığa sahip olmanın sağlık anksiyetesinde yol açabileceği artışla bağlantılı olabilir. Bleichhard ve Hiller (2007: 520), tıbbi bir hastalığa sahip olmanın sağlık anksiyetesi ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde Sunderland, Newby ve Andrews (2012: 3) yaptıkları çalışmada en az bir fiziksel hastalık yaşayan

kişilerin sağlıklı olan katılımcılara kıyasla sağlık anksiyetesi kriterlerini karşılama olasılıklarının daha fazla olduğunu göstermiştir. Özetle herhangi bir fiziksel hastalığı olan kişilerin sağlık anksiyetesi belirtilerindeki artış, üstbilişsel inanışlardaki artışla ilişkili olabilir. Öte yandan, literatürde sağlık anksiyetesine ilişkin üstbilişlerin demografik değişkenlere göre incelendiği bir başka çalışmaya rastlanılmadığı için bu sonuçlara ilişkin bir karşılaştırılma yapılamamaktadır. Sağlığa ilişkin üstbilişlerin literatürde yeni bir kavram olduğu göz önüne alınırsa gelecekte demografik değişkenler açısından eşit dağılımların olduğu örneklem gruplarında karşılaştırmalı çalışmalar yapılması bu konuda daha fazla bilgi sahibi olunmasını sağlayacaktır.

4.2. İKİNCİ ÇALIŞMA

4.2.1. Katılımcıların Özellikleri

Bu çalışma, herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan kişilerin de sağlık anksiyetesi belirtileri gösterdiğine işaret eden çalışmalar (Yılmaz ve Dirik, 2018: 337-366; Aydemir ve ark., 2013: 325-331; Bleichhardt ve Hiller, 2007: 511-523) doğrultusunda, fiziksel hastalık tanısı olmayan örneklem grubu üzerinde yürütülmüştür. Sağlık anksiyetesi belirtilerini bilişsel veya üstbilişsel model temelinde inceleyen çalışmalara benzer şekilde (Marcus ve Church, 2003: 544; Fulton ve ark., 2011: 529; Kaur ve ark., 2011: 576; Bailey ve Wells, 2013: 329; Alberts ve Hadjistavropoulus, 2014a: 219; Melli ve ark., 2017: 3) bu çalışmanın çoğunluğunu da genç yaş aralığındakiler ve kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Genç yaş aralığındaki katılımcıların örnekleme oluşturmasının olası bir sonucu olarak katılımcıların çoğunun bekâr ve herhangi bir işte çalışmadığı gözlenmiştir. Katılımcıların çoğu ailesiyle birlikte yaşadığını, lise mezunu ve orta düzeyde gelire sahip olduğunu bildirmiştir. Örneklem grubunun büyük bir kısmını şu anda ve geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanı almayan, ilaç kullanmayan, ameliyat geçmişi olmayan kişiler oluşturmaktadır. Sigara içmeyen ve alkol kullanmayan kişilerin de çoğunlukta olduğu gözlenmiştir.

4.2.2. Çalışmanın Temel Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar, sağlık anksiyetesi, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar ve nörotisizm değişkenleri arasındaki ilişkiler ilgili literatür ışığında tartışılacaktır.

İlgili literatür doğrultusunda üstbilişsel inanışlar ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olması beklenmiştir. Güncel literatüre (Bailey ve Wells, 2015a: 815; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Bailey ve Wells, 2016: 46; Melli ve ark., 2017: 4; Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1104) benzer şekilde, sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar toplam puanı ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler olduğu görülmüştür. Bailey ve Wells (2016: 46) sağlık anksiyetesi ile üstbilişsel inanışlar arasında kanıtlanan bu ilişkinin iki yönlü olmaktan çok tek yönlü olacağını ve üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesini yordayacağını öne sürmüştür. Bu doğrultuda araştırmacılar, boylamsal bir çalışma yürüterek altı ay arayla iki ölçüm almışlardır. Çalışma sonucunda birinci zamanda ölçülen üstbilişsel inanışların, altı ay sonra sağlık anksiyetesi belirtilerindeki gözlenen değişimi yordadığı ortaya konulmuştur. Buna göre, sağlık anksiyetesi hakkında olumlu veya olumsuz üstbilişsel inanışlar düzeyi arttıkça kişiler, sağlıkları hakkında endişelenebilmekte, tekrar tekrar düşünebilmekte, bunun bir sonucu olarak da bedenlerinde hastalık belirtisi olabilecek herhangi bir duyuma karşı seçici dikkat gösterebilmektedir. Tehditleri izlemek ise kişinin aşırı uyarılmasına ve ortaya çıkan bedensel duyumları hakkında endişelerinin kalıcı olmasına yol açabilmektedir.

Sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlardan, düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı, hastalıklar hakkında düşünmenin ve endişe duymanın hastalığa neden olabileceğine dair olumsuz inanışları içermektedir. Analiz sonucu, düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Literatürdeki çalışmalarla tutarlı olarak (Bailey ve Wells, 2015a: 815; Bailey ve Wells, 2016: 46; Melli ve ark., 2017: 4), düşüncelerinin tehlikeli olduğuna dair üstbilişsel inanışlar arttıkça sağlık anksiyetesi belirtileri de artıyor görülmektedir. Kişinin sağlığı hakkında duyduğu endişe arttıkça devamında bu endişenin yararlı

olduğuna dair olumlu veya kontrol edilemeyeceğine dair olumsuz inanışlar da gelişebilmektedir.

Yanlı düşünme hakkında inanışlar, sağlık anksiyetesi ile ilgili endişe duymanın ne kadar yararlı olduğuna dair inanışlar ile ilgilidir. Bu boyuttan yüksek puan alan kişilerin, sağlıkları hakkında olumlu düşünmelerinin, önemli semptomları göz ardı etmelerine yol açacağına inandıkları ve bunu bir başa çıkma stratejisi olarak benimsedikleri söylenebilir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre gelecekte olabilecek herhangi bir hastalıkla baş edebilmek için endişelenmeyi yararlı bulmadaki artış, sağlık anksiyetesi belirtilerini artırıyor görünmektedir. Bu sonuç endişe hakkında olumlu inanışların kaygı bozukluklarıyla ilgili olduğunu gösteren diğer çalışmalarla (Roussis ve Wells, 2006: 117; Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2011: 392; Solem ve ark., 2015: 79) bütünlük göstermektedir. Yapılan bir çalışma sonucunda (Kaur ve ark., 2013: 473-474) işlevsel olmayan üstbilişsel inanışlara sahip kişilerin, güven verici geribildirim aldıktan sonra dahi sağlıkla ilgili olumlu sözcüklerden kaçınmaya devam ettikleri bulunmuştur. Bu sonuç, kişilerin sağlıklarına ilişkin kötümser bir tutum sergilemesinin, sağlıkla ilgili tehditlere odaklanma eğilimlerini artırdığına dair de bir kanıt sunmaktadır. Mathews (2004: 1023) dikkati, tehdit uyarılarından ayıramamanın potansiyel tehlikeler konusundaki farkındalığı artırarak kaygıda nedensel bir faktör olabileceğini belirtmiştir. Bu açıklama tehlikelere odaklanmanın depresif ve kaygı belirtilerini şiddetlendirdiğini öne süren üstbilişsel model (Wells, 2009: 14) ile bir tutarlılık içerisindedir.

Sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlardan bir diğer boyut düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı, hastalık hakkındaki bilişleri ve endişeleri kontrol edilemez olarak görme eğilimidir. Korelasyon analizi sonuçları, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, sağlık anksiyetesi ve üstbilişsel inanışların incelendiği diğer çalışma bulgularıyla (Bouman ve Meijer, 1999: 99; Bailey ve Wells, 2013: 332; Bailey ve Wells, 2015b: 12; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Bailey ve Wells, 2016: 46; Melli ve ark., 2016: 82; . Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1103) tutarlık göstermektedir. Analiz sonucuna göre, hastalıkla ilgili düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine dair inanışların fazla olması, sağlık

anksiyetesi belirtilerinin de fazla olduğuna işaret etmektedir. Hastalıkla ilgili felaketleştirici düşünceleri üzerinde kontrolünün olmadığına dair üstbilişsel inanışlar, olumsuz duygu durumuna ve beraberinde bu inanışları pekiştirebilecek BDS ile ilgili yararsız başa çıkma stratejilerine neden olabilmektedir. Bireyler kontrol edemeyeceğine inandığı için hastalıkla ilgili uyaranlardan kaçma ve kaçınma davranışları gösterebilir veya hastalıkla ilgili düşüncelerini bastırmaya çalışabilir. Bu tür düşünce kontrol stratejileri ve başa çıkma davranışları ise Bailey ve Wells (2013: 329)'in de belirttiği gibi kişinin, sağlığı hakkında duyduğu anksiyetesini etkili bir şekilde düzenleyememesine neden olmaktadır.

İşlevsel olmayan inanışlar ile sağlık anksiyetesinin incelendiği önceki çalışmalarla (Alberts ve Hadjistavropoulus, 2014a: 222; Fergus, 2014: 255; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Melli ve ark., 2016: 83; Melli ve ark., 2017: 4) tutarlı olarak bu tez çalışmasında da işlevsel olmayan inanışların toplam puanı ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Fergus (2014: 254-256) yaptığı çalışmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan dört inanışın sağlık anksiyetesine özgü olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre, herhangi bir hastalığa sahip olma olasılığına, hastalığın korkutuculuğuna, sağlık problemiyle başa çıkabilmenin zorluklarına ve tıbbi kaynakların yetersizliğine dair inanışlardaki artışın sağlık anksiyetesi belirtilerindeki artışla ilgili olduğu söylenebilir. Bu sonuç, sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek kişilerin, hasta olma ihtimalini gerçekte olduğundan yüksek gören, hastalıkları tehlikeli olarak yorumlayan ve hastalığının gidişini önleyemeyeceğini düşünen kişiler olduğunu öne süren sağlık anksiyetesinin bilişsel davranışçı modeliyle bütünlük göstermektedir (Warwick ve Salkovskis, 1990: 110).

Sağlık anksiyetesi belirtileri ile en düşük ilişkiyi tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun gösterdiği gözlenmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin incelendiği bir çalışmada fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun sağlık anksiyetesi belirtileri ile arasında ilişki olmadığı gözlenmiştir (Yılmaz ve Dirik, 2018: 355). Aynı çalışmada herhangi bir sağlık problemi olan örneklemde de tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun, SAÖ-KF'nun sadece gövde boyutuyla düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (2018: 356). Gerek klinik (Melli ve ark., 2017: 4) gerek klinik olmayan (Bailey ve Wells,

2016: 46) örneklemele yapılan bazı çalışmalarda ise tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun sağlık anksiyetesi belirtileri ile arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Tüm sonuçlar bir arada ele alındığında, bu çalışma sonucunda bulunan düşük düzeydeki ilişki, boyuta özgü bir özellikten kaynaklanmış görünmektedir.

İşlevsel olmayan inanışlardan hastalıkla baş etmede güçlüğü, sağlık anksiyetesi belirtileri ile en yüksek ilişkiyi gösteren boyut olduğu gözlenmiştir. Aynı sonucun Alberts ve Hadjistavropoulus (2014a: 222) ve Dai ve ark. (2019b: 1850) tarafından yapılan çalışmada da elde edildiği gözlenmiştir. Buna göre kişilerin herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelemeyeceğine dair inanışlarındaki artış sağlık anksiyetesi belirtilerindeki artışla ilgilidir. Burada kişinin herhangi bir sağlık sorunuyla başa çıkamayacağını düşündüren sebeplerin ne olduğu önemli olabilir. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımına göre kişilerin hastalıkla ilgili önceki yaşam deneyimleri daha sonraki hastalık ve sağlıkla ilgili varsayımlarının gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Warwick ve Salkovskis, 1990: 110). Nitekim literatürde yer alan bazı çalışmalar (Craig ve ark., 1993: 581-585; Barsky ve ark., 1994: 398-399) çocukluk çağında kendisinde veya ailesinde fiziksel hastalık tanısı olan kişilerin daha çok sağlık anksiyetesi belirtisi yaşadığını ortaya koymuştur. Bu konuda ileride yapılacak çalışmalarda, hastalıkla başa çıkmanın zor olduğuna dair varsayımların gelişmesinde nelerin etkili olduğu araştırılabilir.

Bir diğer sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlardan hastalığın korkutuculuğu, ciddi bir sağlık sorununa sahip olmanın korkunç olduğuna dair inanışlarla ilgilidir. Korelasyon analizi sonucu, diğer çalışmalara (Alberts ve Hadjistavropoulus, 2014a: 222; Bailey ve Wells, 2015c: 4; Melli ve ark., 2016: 83; Yılmaz ve Dirik, 2018: 355; Dai ve ark., 2019b: 1850) benzer şekilde hastalığın korkutuculuğu boyutunun sağlık anksiyetesi belirtileriyle pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bilişsel davranışçı modele göre, sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler fiziksel belirtilerini felaketleştirmektedir. Buradan hareketle hastalığın korkutucu olduğuna dair varsayımlar arttıkça fiziksel belirtilerin herhangi bir ciddi hastalık işareti gibi yorumlanma ihtimalinin artacağı söylenebilir. Literatürde yer alan bazı çalışmalar da, şiddetli sağlık anksiyetesi olan kişilerin

düşük olanlara göre fiziksel belirtilerini daha çok felaketleştirdiğini ortaya koymuştur (Hitchcock ve Mathews, 1992: 233; Weck ve ark., 2012: 151-152).

Korelasyon analizi sonuçları, hastalık olasılığı boyutundan alınan puanların, sağlık anksiyetesinden alınan puanlarla pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç önceki çalışmalar (Wells ve Hackman, 1993: 267-271; Hadjistavropoulos ve ark., 1998: 155-159; Haenen ve ark., 2000: 826-827) tarafından desteklenmektedir. Wells ve Hackman (1993: 267-271), hipokondriyazis tanısı konulan 10 katılımcıyla yaptıkları nitel görüşmeler sonucunda, katılımcıların hastalanma ve ölme olasılığını olduğundan daha fazla tahmin ettiklerini bulmuştur. Benzer şekilde Hadjistavropoulos ve arkadaşları (1998: 155-159) yaptıkları çalışmada sağlık anksiyetesi düzeyi yüksek olan kişilerin genel olarak hastalıklar açısından kendilerini daha büyük bir risk grubu içinde gördüklerini ortaya koymuştur. Özetle hasta olma olasılığını olduğundan fazla görme eğilimindeki artış sağlık anksiyetesi belirtilerindeki artışla ilgilidir.

Nörotisizm düzeyi yüksek olan kişilerin ise tepkili, gergin ve karamsar olma eğiliminde olduğu belirtilmiştir (Jeronimus, 2015: 17). Bu kişiler olumsuz bilgileri işleme, kendileri ve dünya hakkında olumsuz duygular hissetme eğilimindedirler (Martin, 1985: 357). Yakın zamanda yapılan bir çalışma da nörotisizm düzeyi yüksek olan kişilerin olumsuz duygulara karşı seçici dikkat gösterdiğini ortaya koymuştur (Saylık, 2019: 141-142). Olumsuz duygusal durumlar daha sonra fiziksel belirtilerin artmasına ve nörotisizm düzeyi yüksek kişilerin bu belirtileri tehdit olarak yorumlamasına neden olabilir. Fiziksel belirtilere odaklanması ve tehdit olarak algılanması sağlık anksiyetesi belirtileriyle ilişkilidir. Bu açıklamalarla tutarlı olarak mevcut çalışmanın korelasyon analizi sonuçları nörotisizm ile sağlık anksiyetesi belirtileri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ortaya koymuştur. Bu sonuç literatürde nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalarla (Cox, 2000: 105; Noyes ve ark., 2003: 295; Noyes ve ark., 2005: 113-114) tutarlılık göstermektedir.

4.2.3. Sağlık Anksiyetesi Belirtilerinin Üstbilişsel ve Bilişsel Faktörler Tarafından Yordanması

Bu çalışmanın temel amacı sağlık anksiyetesi hakkında üstbilişsel inanışlar (düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı, yanlış düşünme hakkında inanışlar ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı) ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışların (tıbbi hizmetlerin yetersizliği, hastalıkla baş etmede güçlük, hastalığın korkutuculuğu, hastalık olasılığı) sağlık anksiyetesi belirtileri ile arasındaki ilişkilere odaklanmaktır. Özellikle üstbilişsel inanışların diğer değişkenlerden (demografik değişkenler, nörotisizm ve sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar) bağımsız şekilde sağlık anksiyetesini yordaması beklenmiştir.

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde birinci adımda girilen demografik değişkenlerden yaşın, sağlık anksiyetesinin ters yönde anlamlı bir yordayıcısı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yaşın, sağlık anksiyetesine olan katkısını inceleyen çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte var olan çalışmalar tutarsızlık göstermektedir. Bazı çalışmalar (Altamura, Carta, Tacchini, Musazzi, ve Pioli, 1998: 268-269; Gurege ve ark., 1997: 1004) sağlık anksiyetesinin yaşça büyük kişilerde daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Barsky ve arkadaşlarının (1991: 925-926) yaptığı çalışmada ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Mevcut çalışma ise yaş arttıkça sağlık anksiyetesinde olumlu gelişmeler yaşandığına işaret etmektedir. Söz konusu çalışmaların kesitsel olduğu göz önüne alındığında sağlık anksiyetesi ve yaş arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla boylamsal çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Modele ikinci adımda dâhil edilen nörotisizmin sağlık anksiyetesinin güçlü bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Bailey ve Wells (2016: 46) yaptıkları prospektif çalışmada ise nörotisizm değişkeninin sağlık anksiyetesinin anlamlı bir yordayıcısı olmadığını bulmuştur. Bununla birlikte bu çalışmadan elde edilen bulgu, literatürde nörotisizm ile sağlık anksiyetesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koyan birçok çalışma (Bianchi, 1971: 249-251; Hollified, 1999: 390; Cox, 2000: 105; Noyes ve ark., 2003: 295; Noyes ve ark., 2005: 113-114) ile tutarlılık göstermektedir. Bu çalışmalar bir arada ele alındığında, nörotisizm düzeyi yüksek olan kişilerin hastalık olasılıklarını ve ciddiyetlerini olduğundan daha fazla

algıladıkları, buna bağlı olarak da sağlıkları konusunda daha yüksek kaygı seviyesi yaşadığı söylenebilir.

Sağlık anksiyetesi belirtilerinin işlevsel olmayan inanışlar tarafından yordanıp yordanmadığına dair bulgular değerlendirildiğinde, demografik değişkenler ve nörotisizm düzeyi kontrol edildikten sonra işlevsel olmayan inanışların sağlık anksiyetesinin büyük ve önemli bir kısmını açıkladığı görülmektedir. Diğer bir deyişle regresyon analizi sonuçları, literatürde bilişlerin sağlık anksiyetesinin önemli bir yordayıcısı olduğunu kanıtlayan çalışmalarla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012: 174; Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014a: 223; Fergus, 2014: 256; Alberts ve ark., 2014b: 7; Bailey ve Wells, 2015c: 5; Melli ve ark., 2016: 83; Melli ve ark., 2017: 5; Yılmaz ve Dirik, 2018: 357) tutarlıdır. Alt boyutlar açısından sonuçlar göz önüne alındığında hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu boyutlarının sağlık anksiyetesinde etkili olduğu görülmektedir. Buna karşılık, tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun anlamlı bir yordayıcı olmadığı gözlenmiştir. Bu sonuç, ilgili literatürde tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunun sağlık anksiyetesinin bağımsız bir yordayıcısı olmadığını gösteren çalışmalar (Melli ve ark., 2017: 5; Yılmaz ve Dirik, 2018: 357) ile benzerdir. Dinç ve arkadaşları (2013: 117), Sağlık Hizmetleri Sistemine Çok Boyutlu Güven Ölçeğini uyarladıkları çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerin, gelir düzeyi yüksek olanlara göre sağlık hizmetleri sistemine daha çok güven duyduklarını bulmuştur. Mevcut çalışmada alt ve orta gelir düzeyli katılımcıların çoğunluğu oluşturduğu dikkat çekmektedir. Benzer şekilde mevcut çalışmanın katılımcıları da Türkiye'deki sağlık hizmetleri sistemine güvenmeleri sebebiyle tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunda yer alan ifadelerle katılmamış olabilirler.

Regresyon analizden elde edilen sonuçlar, işlevsel olmayan inanışlardan hastalıkla başa çıkmada güçlüğün ve hastalık olasılığının sağlık anksiyetesi belirtilerinin en güçlü yordayıcıları olduğunu ortaya çıkarmıştır. Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012: 174), Sağlık Bilişleri Anketi'ni geliştirdikleri çalışmada, herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan grupta hastalıkla başa çıkmada güçlüğün ve hastalık olasılığının sağlık anksiyetesi belirtilerinin en güçlü yordayıcıları olduğunu bulmuştur. Ebeveynlerinden herhangi birinin ciddi bir fiziksel hastalığa sahip olduğu katılımcılarla yapılan bir çalışmada, benzer şekilde

sağlık anksiyetesi belirtilerini sadece hastalıkla baş etmede güçlüğün ve hastalık olasılığının açıkladığı gözlenmiştir (Alberts ve Hadjistavropoulos, 2014a: 223). Alberts ve arkadaşlarının (2014b: 5-7) yaptıkları bir başka çalışmada ise ciddi bir fiziksel hastalığa sahip ebeveynleri olan katılımcıların sağlıklı ebeveynlere sahip katılımcılara oranla hastalık olasılığından daha yüksek puan aldığını bulmuştur. Bu çalışma ayrıca hastalık olasılığı boyutunun, ebeveynin hastalığından bağımsız bir şekilde sağlık anksiyetesi belirtilerini yordadığını ortaya koymuştur. Hastalığın korkutuculuğu boyutunun ise diğer iki boyuta oranla sağlık anksiyetesi belirtilerini daha az açıkladığı gözlenmiştir. Bunun olası bir sebebi sağlık anksiyetesini yordayan inanışlar arasındaki örtüşme ve bu örtüşmenin hastalığın korkutuculuğunun öngördüğü varyansı azaltması olabilir. Yine de bu sonuç hastalığın korkutuculuğunun anlamlı bir yordayıcı olduğunu gösteren diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Hadjistavropoulos ve arkadaşları, 2012: 174; Melli ve ark., 2017: 5; Yılmaz ve Dirik, 2018: 357).

Regresyon analizi sonuçları demografik değişkenler, nörotisizm ve bilişler kontrol edildikten sonra üstbilişlerin sağlık anksiyesini açıkladığını göstermektedir. Bu sonuç üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesinin önemli bir yordayıcısı olduğunu kanıtlayan çalışmaları (Bouman ve Meijer, 1999: 100; Bailey ve Wells, 2013: 333; Bailey ve Wells, 2015b: 18; Bailey ve Wells, 2015c: 5; Bailey ve Wells, 2016: 46; Melli ve ark., 2016: 82; Melli ve ark., 2017: 5; Dai, Deng ve Bailey, 2018: 1104) destekler niteliktedir. Elde edilen bulgular “Üstbilişsel inanışların demografik değişkenler, nörotisizm ve işlevsel olmayan inanışlar kontrol edildikten sonra dahi, sağlık anksiyetesinin yordanmasına anlamlı bir katkısı olacaktır” şeklindeki temel hipotezin doğrulandığını göstermektedir. Üstbilişsel inanışlardan düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı ve yanlış düşünme hakkında inanışlar olmak üzere iki boyutun varyansa anlamlı bir katkı sağladığı gözlenmiştir. Bulgular, yanlış düşünme hakkında inanışlar boyutu açısından yorumlandığında, hastalıkları önleyebilmek veya hastalıklarla başa çıkabilmek için endişelenmeyi yararlı bulmadaki eğilimin beraberinde sağlık anksiyetesi belirtilerini artırabileceğine işaret etmektedir. İlgili literatürde, olumlu üstbilişsel inanışların birçok psikolojik bozuklukla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Yılmaz, Gençöz ve Wells (2008: 434-435), klinik olmayan bir örnekleme yaptıkları çalışmada endişeye ilişkin

olumlu inanışların patolojik endişe ve obsesif kompulsif belirtileri yordadığını bulmuştur. Yapılan bir başka çalışmada üstbilişsel inanışların bağımlılık potansiyelini öngörmedeki rolü incelenmiştir. Buna göre olumlu üstbilişsel inanışların bağımlılık potansiyelinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur (Hajloo ve ark., 2014: 4). Nordahl ve arkadaşları (2016: 605) ise 47 sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan katılımcı ile yaptıkları çalışmada olumlu üstbilişsel inanışların sosyal anksiyete belirtilerini öngörmede önemli bir rolü olduğunu ortaya koymuştur. Mevcut çalışma ise hastalıkla ilgili endişe duymanın yararlı olduğuna dair inanışların sağlık anksiyetesi belirtilerine katkıda bulunduğunu ortaya koyarak literatürde bulunan bu çalışmalarla bütünlük göstermiştir.

Bir diğer boyut olan düşüncelerin hastalığa neden olabileceğine ilişkin inanışların da sağlık anksiyetesinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu gözlenmiştir. Yılmaz (2016: 101), olumsuz üstbilişsel inanışların, olumlu inanışlardan sonra geliştiğini, olumlu inanışların ortaya çıkardığı sürecin tehlikeli olacağına dair inanışları içerdiğini bildirmiştir. Kişilerin sağlık ve hastalık hakkında bilgilere karşı dikkat yanlılığı yapması, sağlıkları hakkında endişe etmesi bir süre sonra uyumsuz başa çıkma davranışlarını artırabilir. Nitekim Sica ve arkadaşları (2007: 260) üstbilişsel inanışların ve kontrol stratejilerinin kaygı ve başa çıkma stratejilerindeki rolünü inceledikleri çalışmada endişe ile ilgili olumlu inanışların uyumsuz başa çıkma stratejilerini yordadığını bulmuştur (2007: 264). Ortaya çıkan bu uyumsuz başa çıkma stratejileri ve tekrarlayıcı düşünceler zamanla sağlık anksiyetesi belirtilerini yoğunlaştırabilir. Buna bağlı olarak bireyler, artan tekrarlayıcı düşüncelerin zamanla hastalığa neden olabileceğine dair inanışlar da geliştirebilir.

Mevcut çalışmada, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı sağlık anksiyetesi belirtileri ile pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler göstermesine rağmen regresyon analizinde anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmamıştır. Bu sonuç kontrol edilemezliğe ilişkin üstbilişsel inanışların psikolojik bozukluklarda yaygın olduğunu gösteren diğer çalışmalarla çelişkili görünmektedir (Ruscio ve Barkoves, 2004: 1478-1479; Spada ve ark., 2010: 67; Sarısoy ve ark., 2014: 277-279). Bununla birlikte literatürde, sağlık anksiyetesinin yordanmasına ilişkin yapılan çoğu çalışma, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışının sağlık anksiyetesi belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Bailey ve Wells, 2013: 333; Bailey ve

Wells, 2015c: 5; Bailey ve Wells, 2016: 46). Düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanının sağlık anksiyetesi belirtilerinin anlamlı bir yordayıcısı olmamasının olası bir sebebi, mevcut çalışmanın örnekleminin klinik olmamasına bağlı olabilir. Klinik örnekleme yapılan çalışmalar (Bouman ve Meijer, 1999: 100; Melli ve ark., 2017: 5) ile klinik olmayan örnekleme yapılan çalışmaların (Melli ve ark., 2016: 82; Fergus ve Bardeen, 2017: 8) benzer sonuçlar ortaya koyduğu göz önüne alındığında bu neden pek olası gözükme de üstbilişsel inanışlar çeşitli kültürlerde açıklanırken ve genelleştirilirken dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle Türkiye’de klinik örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalarda bu boyutun sağlık anksiyetesi belirtilerini yordaması beklenebilir. İlgili literatürde olumsuz üstbilişsel inanışların düşüncelerin ve bilişsel deneyimlerin kontrol edilemezliğine, önemine ve tehlikesine ilişkin inanışları içerdiği belirtilmektedir (Wells, 2009: 5-6). Genel üstbilişsel inanışların değerlendirilmesini sağlayan Üstbilişler Ölçeği-30’da (Wells ve arkadaşları, 2004: 385-396) olumsuz inanışlar boyutu endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inanışların ikisini de içermektedir. ÜBÖ-SA’da ise olumsuz üstbilişsel inanışlar, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı ve düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı olmak üzere iki ayrı boyut ile değerlendirilmektedir. Düşüncelerin hastalığa neden olabileceğine dair inanışların analizlere ayrı bir boyut olarak dâhil edilmesi, düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanının sağlık anksiyetesi belirtilerindeki etkisini düşürmüş olabilir. Son olarak düşüncelerin kontrol edilemezliğine ilişkin maddelerin az sayıda olması ve bu boyutun düşük güvenilirliğe sahip olması sağlık anksiyetesi belirtilerini açıklayamamasının bir başka sebebi olabilir.

Genel olarak regresyon analizi sonuçları, bilişlerin sağlık anksiyetesinde üstbilişlerden daha önemli bir rol oynadığına işaret etmektedir. Bu sonuç sağlık anksiyetesinde (Bailey ve Wells, 2013: 333; Bailey ve Wells, 2015b: 17; Melli ve ark., 2017: 5) ve diğer psikolojik bozukluklarda (Gwilliam, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004: 141-142; Papageorgious ve Wells, 2009: 128-129; Bennet ve Wells, 2010: 322-323) üstbilişlerin bilişlerden daha güçlü bir yordayıcı olduğunu kanıtlayan çalışmalarla tutarsızlık göstermektedir. Bu sonuçların olası bir sebebi, sağlık anksiyetesinde üstbilişsel inanışlar ile işlevsel olmayan inanışların katkılarını değerlendiren bazı çalışmaların (Bailey ve Wells, 2013:330; Bailey ve Wells,

2015b: 9) işlevsel olmayan inanışları farklı bir ölçekle değerlendirmiş olması olabilir. Söz konusu çalışmalarda kullanılan Beden ve Sağlık Hakkındaki Biliş Anketi (Cognition About Body and Health Questionnaire) işlevsel olmayan inanışları, mevcut çalışmada kullanılan Sağlık Bilişleri Anketi'nden farklı bir şekilde değerlendirmiş olabilir. Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar endişe ve ruminasyon süreçleri için bir tetikleyici olarak açıklanabilir. Bailey ve Wells (2016: 44) sağlık anksiyetesi merkezinde hastalık hakkındaki düşüncelerden çok bu düşüncelere ilişkin düşüncelerin yer aldığını belirtmiştir. Bu doğrultuda kişinin bir fiziksel hastalıkla baş edemeyeceğine dair düşünceleri, bu düşüncelerin kendisini hasta edeceğine ilişkin olumsuz üstbilişsel inanışlarını tetikleyebilir. Düşüncelerin hastalığa neden olabileceğine ilişkin inanışların yükselmesi ise sağlık anksiyetesi belirtilerinin sürmesine neden olabilir. Sonuç olarak mevcut çalışmada klinik olmayan bir örnekleme çalışılmış olması üstbilişsel inanışların iyi işlememesine neden olmuş olabilir.

4.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Ölçek uyarlama çalışmasının ilk sınırlılığı örneklem özellikleri ile ilgilidir. Örneklemin büyük kısmı kadın ve herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmayan katılımcılardan oluşmaktadır. Bu dağılım bulguların genellenebilirliğini düşürmektedir. İlerleyen çalışmalarda ölçeğin psikometrik özelliklerinin, homojen dağılmış gruplarda incelenmesi farklı örneklemelerde de kullanılabilmesini sağlayacaktır. Uyarlama çalışmasının bir diğer sınırlılığı ölçeğin güvenirlik sonuçları ile ilgilidir. Genel olarak ölçeğin güvenirliğinin iyi düzeyden kabul edilebilir düzeye değiştiği gözlenmiştir. Ancak yanlış düşünme hakkında inanışların ve düşüncelerin kontrol edilemez olduğu inanışı boyutlarının güvenirlik düzeyi yeterli bulunamamıştır.

Tez kapsamında yürütülen çalışmalarda herhangi bir psikolojik tanıya sahip katılımcılar yer almış olsa da, analizler sağlık odaklı klinik bir örneklem açısından ayrıca değerlendirilmemiştir. Sağlık anksiyetesinin hafif düzeyden şiddetli düzeye bir süreklilik içerdiği önerildiği için, klinik olmayan analog bir örneklemde elde edilen verilerin klinik bir örneklem için de geçerli olması beklenmektedir. Yine de söz konusu değişkenlerin klinik örneklemle yapılacak çalışmalarda da

incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın veri toplama aşamasında olmasa da, içinde bulunduğumuz günlerde Koronavirüs (Covid-19) salgınının insanlarda kaygı ve korkuya yol açtığı gözlenmektedir. Genel topluma yayılmış Koronavirüs salgınının insanların sağlıklarına ilişkin kaygılarını da arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle hastane başvurularında sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler üzerinden mevcut çalışma tekrar edilirse, üstbilişsel inanışların daha iyi işleyebileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmaların bir başka sınırlılığı veri toplama aşaması ile ilgilidir. Elden veri toplama sırasında ölçeklerin ve ölçekte yer alan maddelerin fazla olması sebebiyle katılımcılardan yorulduklarına ve sıkıldıklarına dair geribildirimler alınmıştır. Bu olumsuz durumlar katılımcıların uygulamayı sağlıklı bir biçimde bitirememesine ve soruları anlamadan cevaplamasına neden olmuş olabilir. Çalışmaların veri toplama yöntemiyle ilgili sınırlılıklarından bir diğeri verilerin öz bildirime dayalı veri toplama araçları ile elde edilmesidir. Soruları okuyan kişiler sağlık ve hastalıkla ilgili düşüncelerini var olan derecelendirmelere uydurmak zorunda kalmışlardır. Bu da ölçümlerde hataya neden olmuş olabilir.

Son olarak çalışmanın kesitsel olması bir sınırlılık olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık anksiyetesi belirtileri ve üstbilişsel inanışlar arasında nedensel bir çıkarsama yapılamamaktadır. Sağlık anksiyetesinin üstbilişsel modeli, sağlık anksiyetesinin bir süreç içerisinde nasıl geliştiğini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Üstbilişsel inanışlar ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için deneysel ve ileriye dönük boyutsal çalışmalara ihtiyaç vardır. İlerleyen çalışmalarda birinci zamanda ölçülen üstbilişsel inanışların zaman içerisinde sağlık anksiyetesi belirtilerinde gözlemlenen değişimi yordayıp yordamayacağının incelenmesi, sağlık anksiyetesinin üstbilişsel modelinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

4.4. KLİNİK DOĞURGULARI

Çalışmadan elde edilen sonuçlar, bilişsel davranışçı yaklaşım ile uyumlu olarak işlevsel olmayan inanışların sağlık anksiyetesindeki varyansın önemli ve büyük bir bölümünü açıkladığını göstermektedir. Mevcut sonuçlar sağlık anksiyetesi tedavisinde, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlara yönelik müdahale

stratejilerinin önemine işaret etmektedir. Literatürde yer alan birçok çalışma bilişsel davranışçı terapinin sağlık anksiyetesi belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (Seivewright ve ark., 2008: 334; Hedman ve ark., 2011: 233). Özetle bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal deneyler ve maruz bırakma gibi bilişsel davranışçı terapi müdahalelerinin sağlık anksiyetesi tedavisinde etkili olacağı ve sağlık anksiyetesi olan kişilerin yarar göreceği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları üstbilişsel inanışların birçok değişken kontrol edildikten sonra dahi sağlık anksiyetesinde önemli bir rolü olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuçlar sağlık anksiyetesinin tedavisinde bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerin yanında üstbilişsel faktörlerin de ele alınabileceğini göstermektedir. Terapötik müdahalelerden önce sağlık anksiyetesi olan kişilerin işlevsel olmayan üstbilişsel alanlarının ortaya çıkarılması, tedaviye yol göstermesi açısından faydalı olabilir. Bu noktada sağlık anksiyetesine ilişkin olumlu veya olumsuz inanışların değerlendirilmesini sağlayan Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği kullanılabilir.

Üstbilişsel model kişilerin ne düşündüklerinden çok düşünceleri ile olan ilişkilerinin ve düşünce tarzlarının önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu sebeple sağlık anksiyetesinin üstbilişsel tedavisinde uzun süreli iyileştirme için işlevsel olmayan inanışlara meydan okunmasının yanı sıra üstbilişsel inanışlarının ve işlevsel olmayan BDS bileşenlerinin değiştirilmesi de etkili olabilir. Kişiler sağlık ve hastalıkla ilgili endişe verici düşüncelerinin yararlı olduğunu düşünebilir veya hastalıkla ilgili tekrarlayıcı düşüncelerin kendisini koruyacağına dair inanışlara sahip olabilir. Başlangıçta bu tür inanışlar kişinin tedaviye uyum sağlamasını güçleştirebilir. Ayrıca kişiler hastalıkla ilgili düşüncelere karşı olumsuz inanışlara sahip olabilir ve bu düşünceleri tolere etmekte zorluk da yaşıyor olabilir. Tedavi sırasında kişilere bu tür inanışları hakkında farkındalık kazandırılabilir ve bu inanışların kişi için anlamı sorgulanabilir. Buwalda (2008: 695-699) bilişsel davranışçı terapi temelinde verilen psikoeğitimin üstbilişsel inanışlarda değişim yaratabildiğini ortaya koymuştur. Buradan hareketle sağlık anksiyetesinin üstbilişsel tedavisinde üstbilişsel inanışlara dair psikoeğitim verilmesinin bile sağlık anksiyetesi belirtilerinde azalmaya yol açabileceği söylenebilir.

Birçok çalışma endişe ve ruminasyon gibi tekrarlayıcı düşünme süreçlerinin olumsuz duyguları ortaya çıkarmakla kalmayıp aynı zamanda bedensel belirtileri arttırdığını ortaya koymuştur (Brosschot ve ark., 2006: 113-124; Brosschot ve Van Der Doef, 2006: 24-27). Brosschot ve Van Der Doef (2006: 24-27) yaptıkları çalışmada üstbilişsel tekniklerden biri olan “endişe erteleme” tekniğinin katılımcıların bedensel belirtilerini azalttığını bulmuştur. Bununla birlikte sağlık anksiyetesi olan bireyler dikkatini, hastalıkla ilgili potansiyel tehlikelere odaklayabilir, tehdit duygusunu ortaya çıkarabilir. Sürekli olarak tehdit duygusunu uyandırmak devamında yararsız başa çıkma davranışlarını (hastalıkla ilgili düşünceleri bastırmak, hastalıkla ilgili haberlerden kaçınmak, doktorlardan ya da yakınlarından hasta olmadığına dair güvence almak gibi) beraberinde getirebilir. Bu noktada kişilere dikkatini tehdit edici uyaranlardan ayırması konusunda kontrol kazandırmak, sağlık anksiyetesine karşı koruyucu bir işlev görebilir ve BDS içinde yer alan yararsız başa çıkma davranışlarını daha az kullanmasını sağlayabilir. Bunun için sağlık anksiyetesi tedavisinde etkili olduğu kanıtlanan (Papageorgious ve Wells, 1998: 193-200) üstbilişsel tekniklerden dikkat eğitimi tekniği kullanılabilir. Sonuç olarak bilişsel davranışçı terapi ile birlikte üstbilişsel terapinin de sağlık anksiyetesinin tedavisinde etkili olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olmak yaşamı idame ettirmeyi kolaylaştırır ve işlevselliği artırır. Bu nedenle zaman zaman sağlıkla ilgili endişe duymak oldukça normaldir. Bu endişeler aşırı ve katı bir şekilde olduğunda, bağlama uygun olmadığında işlevsel olmayan bir şekle dönüşmektedir. Bu durum sağlıkla ilgili endişeleri şiddetlendiren ve sürdüren mekanizmaların ne olduğunu araştırmayı gerektirmektedir. Sağlık anksiyetesini bugüne kadar ele alan çoğu model genel olarak birtakım geçmiş deneyimlerin, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışların gelişmesine zemin hazırladığını ve bu inanışların da sağlık anksiyetesi gelişiminde rol oynadığını öne sürmüşlerdir. Son zamanlarda ise sağlık anksiyetesi, düşünce süreçlerine ve düşünce biçimlerine odaklanan üstbilişsel model açısından incelenmeye başlanmıştır.

Üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi ile ilişkisini araştırmaya yönelik çalışmalar henüz yeni ve sınırlı sayıdadır. Mevcut çalışmanın ülkemizde sağlık anksiyetesini üstbilişsel model çerçevesinde ele alan ilk çalışma olması sebebiyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılan analizler sonucunda üstbilişsel inanışlardan düşüncelerin hastalığa neden olabileceği inanışı ve yanlış düşünme hakkında inanışların sağlık anksiyetesi belirtilerini yordadığı bulunmuştur. Bu sonuç üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesinin gelişiminde, sürdürülmesinde ve şiddetlenmesinde rol oynayabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanışlar kontrol edildikten sonra üstbilişsel inanışların sağlık anksiyetesi belirtilerini yordayabilme gücü klinik açıdan doğurgulara sahiptir. Bununla birlikte mevcut çalışmanın güçlü yanlarından bir diğeri, ülkemizde sağlık anksiyetesine ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendirmeyi sağlayan bir ölçme aracının boşluğunu doldurmasıdır. Psikometrik özellikleri incelenen Sağlık Anksiyetesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği'nin geçerli ve güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu ortaya konulmuştur. Böylece sağlık anksiyetesine yönelik yapılacak üstbilişsel çalışmalar ve tedavi programları için bir ölçme aracı kazandırıldığı düşünülmektedir. Son olarak söz konusu değişkenlere ilişkin bulguların, birer ön bulgu olarak ele alınabileceği ve ileride yapılacak benzer çalışmalarda sınanmasının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abramowitz, J.S., Deacon, B.J. ve Valentiter, D.P. (2006). The short health anxiety inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 871–883.

Abramowitz, J.S., Olatunji, B.O. ve Deacon, B.J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38, 86-94.

Alberts, N. M. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2014a). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(2), 216–228.

Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Sherry, S.B. ve Stewart, H. (2014b). Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-12.

Altamura, A. C., Carta, M. G., Tacchini, G., Musazzi, A. ve Pioli, M. R. (1998). Prevalence of somatoform disorders in a psychiatric population: An Italian nationwide survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 267–271.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IVTR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000’den çeviren Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

American Psychiatric Association. (2014). Highlights of Changes From DSM-4-TR to DSM-5. *American Psychiatric Publication*.

Anagnostopoulos, F. ve Botse, T. (2016). Exploring the role of neuroticism and insecure attachment in health anxiety, safety-seeking behavior engagement, and medical services utilization: a study based on an extended interpersonal model of health anxiety. *Sage Open*, 1-13.

Arbuckle, L.J. (2007). *Amos 16.0 User’s Guide*. USA Amos Development Corporaation.

Aydemir, Ö., Kırkpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeği’nin türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*, 50, 325-331.

Azam, H.P., Ghorbanalipour, M. ve Habibpour, Z. (2012). A comparative study of hypochondriacal concerns in hospital personneland students. *About Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 6(9), 652-655.

Bailey, R. ve Wells, A. (2013). Does metacognition make a unique contribution to health anxiety in addition to neuroticism, illness cognition and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27, 327–337.

Bailey, R. ve Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: a systematic case series. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 541-550.

Bailey, R. ve Wells, A. (2015a). Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry Research*, 230(3), 871–877.

Bailey, R. ve Wells, A. (2015b). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 1-32.

Bailey, R. ve Wells, A. (2015c). 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 (3), 1-9.

Bailey, R. ve Wells, A. (2016). Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 43-50.

Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34.

Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K. ve Klerman, G. L. (1993). The course of transient hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 484–488.

Barsky, A. J., Frank, C. B., Cleary, P. D., Wyshak, G. ve Klerman, G. L. (1991). The relation between hypochondriasis and age. *American Journal of Psychiatry*, 148, 923–928.

Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S. ve Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.

Barsky, A. J. ve Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273–283.

Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C. ve Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.

Barsky, A. J., Wyshak, G. ve Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323–334.

Batı, A.H., Mandıracıoğlu, A., Govsa, F. ve Çam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students, *Nurse Education Today*, 71, 169-173.

Bayram, N. (2016). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Amos Uygulamaları*. (3. Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.

Bennett, H. ve Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 318-325.

Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 10 (2), 238-246.

Bentler, P. M. ve D. G. Bonett. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.

Bianchi, G.N. (1971). The origins of disease phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 5, 241–257.

Bleichhardt, G. ve Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the german population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511–523.

Bolat, T. (2010). *Bir hastanede çalışan sağlık personelinin kişilik özelliklerinin somatizasyon belirtileri üzerine etkisi*. Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Bouman, T. K. ve Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96–101.

Böke, Ö., Pazvantoğlu, O., Babadağı, Z., Ünverdi, E., Ay, R., Çetin, E. ve Şahin A.R. (2015). Panik bozukluğunda üstbilişler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 1-6.

Brislin, R.W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology* 1, 185-216.

Brosschot, J. F., Gerin, W. ve Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113–124.

Brosschot, J. F. ve Van Der Doef, M. P. (2006). Daily worrying increases somatic complaints; a simple worry reduction intervention helps. *Psychology and Health*, 21, 19–31.

Brown, T.A., Chorpita, B.F. ve Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology* 107, 179–192.

Buwalda, F. M., Buouman, T.K. ve van Duijn, M.A.J. (2008). The effect of a psychoeducational course on hypochondriacal metacognition. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 689-701.

Carciofo, R. (2019). Morningness–eveningness and affect: the mediating roles of sleep quality and metacognitive beliefs. *Sleep and Biological Rhythms*, 1-10.

Cartwright-Hatton, S., ve Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.

Christensen, A.J., Moran, P.J. ve Wiebe, J.S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology, 18*, 169–176.

Clark, L. A. ve Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316–336.

Clark, L. A., Watson, D. ve Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103–116.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Cox, B.J., Borger, S.C., Asmundson, G.J.G. ve Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 29*(1), 99–108.

Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O. ve Drake, H. (1993). The South London somatization study I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *The British Journal of Psychiatry, 163*, 579–588.

Craig, T. K. J., Drake, H., Mills, K. ve Boardman, A. P. (1994). The South London somatization study II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British Journal of Psychiatry, 165*, 248–258.

Dai, L., Bailey, R. ve Deng, Y. (2018). The reliability and validity of the chinese version of the metacognitions about health questionnaire in college students. *Quality of Life Research*, 27, 1099-1108.

Dai, L., Xu, Z., Yin, M., Wang, X. Ve Deng, Y. (2019b). Validation of the Chinese version of the Health Cognitions Questionnaire in Chinese college students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1845-1854.

Dai, L., Zhou, Y., Yin., M., Wang, X ve Deng, Y. (2019a). Preliminart examination of the measurement invariance of the metacognition about health questionnaire. A study on Chinese and British nursing students. *Current Psychology*, 1-7.

Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.

Dinç, L., Korkmaz, F. ve Karabulut, E. (2013). A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a turkish patient population. *Social Indicators Research*, 113, 107-120.

Doğan, K., Solak, Ö.S., Özdel, K. ve Türkçapar, M.H. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 2, 34-40.

Dorfman, W. (1974). Hypochondriasis revisited: a dilemma and challenge to medicine and psychiatry. *Psychosomatics*, 16, 14-16.

Downing, K., Ho, R., Shin, K., Vrijmoed, L. ve Wong, E. (2007). Metacognitive development and moving away. *Educational Studies*, 33(1), 1–13.

Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Shanafelt, T.D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among u.s. and canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.

Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 248-259.

Fergus, T.A. ve Bardeen, J.R. (2017). The metacognitions questionnaire–30: an examination of a bifactor model and measurement invariance among men and women in a community sample. *Assessment*, 1-12.

Ferguson, E. (2004). Personality as a predictor of hypochondriacal concerns: results from two longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research* 56, 307–312.

Ferguson, E. (2009). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine*, 39, 277–285.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. Baskı): Sage.

Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist* 34(10), 906–911.

Francis, L.J., Brown, L.B. ve 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. *Personality Individual Differences*, 13, 443-449.

Fulton, J. J., Marcus, D. K. ve Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6): 527—538.

Furer, P., Walker, J.R. ve Stein, M.B. (2007). *Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide*. New York: Springer.

Gourgey, A.F. (1998). Metacognition in basic skills instruction. *Instructional Science*, 26, 81-96.

Griffith, J.W., Zinbarg, R.E., Craske, M.G., Mineka, S., Rose, R.D., Water, A.M. ve Sutton, J.M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 40, 1125–1136.

Gureje, O., Üstün, T. B. ve Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27, 1001–1010.

Güleç, H., Sayar, K. ve Güleç, M.Y. (2007). Bedensel duyumları abartma ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği düşünen adam. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1), 16–24.

Gwilliam, P., Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive- compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 137–144.

Hadjistavropoulos, H.D., Craig, K.D. ve Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour Research Therapy*, 36, 149–164.

Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J.A., Sharpe, D. ve Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core Cognitions Related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 167–178.

Haenen, M.A., de Jong, P.J., Schmidt, A.J.M, Stevens, S., ve Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 819–833.

Hajloo, N., Sadeghi, H., Nadinloei, K. B. ve Habibi, Z. (2014). The role of meta-cognition in students' addiction potential tendency. *International Journal of High Risk Behavioral Addiction*, 3(1), 1 – 5.

Hedman, E., Andersson, G., Andersson, E., Ljotsson, B., Lück, C., Asmundson, G.J. ve Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 230-236.

Hitchcock, P. B. ve Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 223–234.

Hollifield, M., Tuttle, L., Paine, S. ve Kellner, R. (1999). Hypochondriasis and somatization related to personality and attitudes toward self. *Psychosomatics* 40, 387–395.

Hooper, D., Coughlan, J. ve Mullen, M.R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.

Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* 30, 179-185.

Hu, L. ve P. M. Bentler. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.

Hunter, R.C.A., Lohrenz, J.G. ve Schwartzman A.E. (1964). Nosophobia and hypochondriasis in medical students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 147-152.

Jeronimus, B.F. (2015). *Environmental Influences on Neuroticism: A story about emotional (in)stability*. The Netherlands: University of Groningen.

Kabakaş, K. (2018). *Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Ölüm Korkusu, Kansere Yakalanma Korkusu ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Kara, B. (2014). Sağlık kaygısının eşlik ettiği bir yaygın anksiyete bozukluğu olgusunun bilişsel davranışçı terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 99-108.

Karancı, N., Dirik, G. ve Yorulmaz, O. (2007). Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 254-261.

Karapıçak, Ö.K., Aktaş, K. ve Aslan, S. (2012). Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri (haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 15, 41-48.

Karapıçak, Ö.K., Aslan, S. ve Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar*, 1 (1), 43-51.

Kaur, A., Butow, P. N. ve Sharpe, L. (2013). Health threat increases attentional bias for negative stimuli. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 469–476.

Kaur, A., Butow, P. ve Thewes, B. (2011). Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 575–580.

Kaur, K. (2017) Influence of demographic factors on metacognition and its relationship with critical thinking of higher secondary students: foundation for learning. *International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology*, 5(7), 358-363.

Kenyon, F.E. (1965). Hypochondriasis: a survey of some historical, clinical and social aspect. *British Journal Medical Psychology*, 38, 117-133.

Kılıç, C. (1998). Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili* (1. Baskı) içinde (s. 81) Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 77-94.

Kline, P. (1986). *A Handbook Of Test Construction: Introduction To Psychometric Design*. New York, Methuen.

Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice Of Structural Equation Modeling* (3rd ed.). New York: Guildford Press.

Kotov, R., Watson, D., Robles, J.P. ve Schmidt, N.B. (2007). Personality traits and anxiety symptoms: the multilevel trait predictor model. *Behaviour Research and Therapy* 45, 1485–1503.

Kürşat, S. (2015). *Diyaliz Öncesi ve Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezlikli Olgularda Sağlık Anksiyetesinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.

Lee, I. A. ve Preacher, K. J. (2013). Calculation for the test of the difference between two dependent correlations with one variable in common. <http://quantpsy.org/corrttest/corrttest2.htm> adresinden 02.12.2019 tarihinde edinilmiştir.

Marcus, D.K. ve Church, S.E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 543-547.

Martin, M. (1985). Neuroticism as predisposition toward depression: a cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, 6(3), 353–365.

Mathews, A. (2004). On the malleability of emotional encoding. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1019–1036.

McNutt, L.A., Carlson, B. E., Persaud, M. ve Postmus, J. (2002). Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12, 123–130.

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*, 1-9.

Melli, G., Carraresi, C., Poli, A. ve Bailey, R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 89, 80–85.

Milfont, T.L. ve Fischer, R. (2010). Testing measurement invariance across groups: applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research*, 3(1): 111-121.

Moss-Morris, R. ve Petrie, K.J. (2001). Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Medical Education*, 35, 724–728.

Nelson, T. O. ve Narens, L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and some new findings. Bower, G. H. (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation* içinde (125-173). New York: Academic Press.

Nordahl, H., Nordahl, H. ve Wells, A. (2016). Metacognition and perspective taking predict negative self-evaluation of social performance in patients with social anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7(4), 601-607.

Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry* 21, 8–17.

Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S., Muller, B. A., ve Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 292-300.

Noyes, R., Watson, D.B., Letuchy, E.M., Longley, S.L., Black, D.W., Carney, C.P. ve Derbbeling, B.N. (2005). Relationship between hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 110-118.

Nunnally, J.C. (1978) *Psychometric theory* (2. Baskı). New York, McGraw-Hill.

Özdelikara, A., Ağaçdiken Alkan, S. ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275-82.

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. (3th ed.). New York, Open University Press.

Papageorgiou, C. ve Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193–200.

Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 123–131.

Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Medical Psychology*, 113, 89-93.

Robbins, J.M. ve Kirmayer, L.J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine* 26, 575–589.

Roussis, P., ve Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 111-122.

Ruscio, A. M., ve Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1469–1482.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. ve Clark, D. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 32 (5), 843-853.

Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yılman, T., Mor, S. ve Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(4), 275–281.

Saylık, R. (2019). Neuroticism related attentional biases on an emotion recognition task. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 139-144.

Seivewright, H., Green, J., Salkovskis, P., Barrett, B., Nur, U. ve Tyrer P. (2008). Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 332-337.

Semerci, Ç. ve Elaldı, Ş. (2011). *Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Çalışmaları Dergisi*, 1(2), 37-49.

Sica. C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R. ve Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms, coping styles: Aprliminary prospective study on an italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.

Sirri, L. ve Fava, G.A. (2014). Clinical manifestations of hypochondriasis and related conditions. *Hypochondriasis and Health Anxiety* (1. Baskı) içinde (s. 8-27). New York: Oxford University Press.

Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Haland, A., Bailey, R. (2015). Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 76-81.

Spada, M. M., Georgiou, G. ve Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 64-71.

Sunderland, M., Newby, J.M. ve Andrews, G. (2012). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 1-6.

Starcevic, V. ve Lipsitt, D.R. (Ed.) (2001).Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. *Hypochondriasis modern perspectives on an ancient malady* içinde (s. 22-33). New York: Oxford University Press.

Starcevic, V. ve Noyes, R. (2014). Epidemiological and economic aspects of hypochondriasis and health anxiety. *Hypochondriasis and Health Anxiety* içinde (s.98). New York: Oxford University Press.

Steiger, J.H.,1980.Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin* 87, 245–251.

Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J. ve Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry*, 26, 178–183.

Şimşekoğlu, N. (2013). *Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. (5th ed.) Boston: Allyn and Bacon.

Tang, N. K. Y., 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, 2821–2835.

Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive Behavioral Practice*, 1, 112-123.

Taylor, S. ve Asmundson, G.J.G. (2004). *Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach*. London The Guilford Press.

Taylor, S., Thordarson, D.S., Jang, K.L. ve Asmundson, G.J.G. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry*, 5(1), 47-50.

Torgersen, S. (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.

Ünalın, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.

van den Heuvel, O.A., Veale, D. ve Stein, D.J. (2014). Hypochondriasis: considerations for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 21–27.

Warwick, H. M. ve Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 18, 85– 92.

Warwick, H.M.C. ve Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28,105-117.

Waterman, L.Z. ve Weinman, J.A. (2014). Medical student syndrome: Fact or fiction? A cross-sectional study. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 5, 1–9.

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, 14-23.

Weck, F., Neng, J.M.B., Richtberg, S. ve Stangier, U. (2012). Dysfunctional Beliefs About Symptoms and Illness in Patients with Hypochondriasis. *Psychosomatics*, 53, 148-154.

Weinstock, L.M. ve Whisman, M.A. (2006). Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders : a test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 68–74.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.

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, 337-355.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

Wells, A., ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research Therapy*, 42, 385–396.

Wells, A. ve Davies, M.I. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 871-878.

Wells, A. ve Hackmann, A.(1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: contents and origins. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 21, 265–273.

Wells, A. ve Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Lawrence Earlbaum Associates.

Wells, A. ve Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11),881-888.

Wheaton, B., B. Muthén, D. F. Alwin ve G. F. Summers. 1977. Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological methodology*, 8, 84–136.

White, S.W., Lerner, M.D., McLeod, B.D., Wood, J.J., Ginsburg, G.G., Kerns, C., Ollendick, T., Kendall, P.C., Piacentini, J., Walkup, J. ve Compton, S. (2015). Anxiety in youth with and without autism spectrum disorder: examination of factorial equivalence. *Behavior Therapy*, 46, 40-53.

Wiebe, D.J., Song, A., Loyola, M.D.R. (2018). What Mechanisms Explain the Links Between Personality and Health. *Personality and Disease*. (1. Baskı) içinde (s. 223-245). Academic Press.

Woods, S.M., Natterson, J. ve Silverman, J. (1966). Hypochondriasis in medical education. *Journal of Medical Education*, 41, 785-790.

Yörük, P. ve Tosun, A. (2015). Obsesif kompulsif bozuklukta üst-bilişsel model. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 190-207.

Yıldırım, A., Boysan, M., Karaman, E., Çetin, O. ve Şahin, H.G. (2019). Relationships between somatosensory amplification, health anxiety and low back pain among pregnant women. *Eastern Journal of Medicine*, 24(1), 69-73.

Yılmaz, A. E., Gençöz, T., ve 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. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 424-439.

Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 389-396.

Yılmaz, A.E., Gençöz, T.ve Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *The Journal of General Psychology*, 2015, 142(1), 23–33.

Yılmaz, A.E., Sungur, M.Z., Konkan, R. ve Şenormancı, Ö. (2014). Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan türk örneklemelerindeki psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 1-11.

Yılmaz, A.E. (2016). Depresyonun üstbilişsel modeli'nin Türkiye'deki bir üniversite öğrencisi örnekleminde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 100-109.

Yılmaz, Ö. ve Dirik, G. (2018).Sağlık bilişleri anketi (SBA)'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 6(13), 337-366.



EKLER



EK 1: Etik Kurul İzni

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
EDEBİYAT FAKÜLTESİ
Etik Kurulu Kararları

Toplantı Tarihi: 12.04.2019

Toplantı Sayısı: 33

Karar: 8

Dekan Vekili Prof.Dr. Uğur MALAYOĞLU'nun başkanlığında belirtilen üyelerin katılımı ile Cuma günü saat 13:30'da toplanan Fakültemiz Etik Kurulu aşağıdaki konuyu görüşerek karara bağladı.

KARAR:

Fakültemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. A. Esin SAMANCI'nın tez danışmanı olduğu yüksekisans öğrencisi Sidar KIRAN'ın "Sağlık Anksiyetesini Yordayan Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörler" başlıklı yüksekisans tezinin etik açıdan uygunluğu incelendi.

Yapılan görüşmeler sonunda;

Fakültemiz Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. A. Esin SAMANCI'nın tez danışmanı olduğu yüksekisans öğrencisi Sidar KIRAN'ın "Sağlık Anksiyetesini Yordayan Bilişsel ve Üstbilişsel Faktörler" başlıklı yüksekisans tezinin etik açıdan uygunluğuna oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Uğur MALAYOĞLU
Dekan Vekili

Prof.Dr. Levent AYSEVER

Prof.Dr. Gülay DİRİK

Doç.Dr. Yeşim BAŞARIR

Doç.Dr. Gazanfer KAYA

Doç.Dr. Arzu ARAZ

Dr.Öğr.Üy. Müge IŞIKLAR KOÇAK

Prof.Dr. Recai TEKOĞLU

Doç.Dr. Özge CAN

Doç.Dr. Aygün EKİN MERİÇ

Doç.Dr. Nurfcan ŞEN

Dr.Öğr.Üy. Urungu AKGÜL

Dr.Öğr.Üy. Devrim Çetin GÜVEN

Raportör: Gülay SAYAR

EK 2: Ölçek Uyarlaması İçin Ölçeğin Geliştiricisinin İzni

RE: Need permission to use MCQ-HA



Robin Bailey <RBailey@uclan.ac.uk>
10.05.2018 Per 23:17

↶ ↷ → ...

Size



MCQ-HA Masked.pdf
37 KB

Hi Sidar,

Sounds exciting. Have you read all the research I have done on metacognition and health anxiety? What are you planning to look at?

To my knowledge no-one has done a translation into Turkish.

Here is the measure.

Cheers

Robin

Dr Robin Bailey PhD

Senior Lecturer in Counselling and Psychological Therapy

School of Health

University of Central Lancashire

Brook Building, Room 235

Tel.: 01772 89 3418

E-mail: rbailey@uclan.ac.uk

(As I have a specific learning difficulty this message may have been written using dictation, if there is something that does not make sense please let me know)

From: sidar kiran <sidarkiran19@hotmail.com>

Sent: 08 May 2018 08:22

To: Robin Bailey <RBailey@uclan.ac.uk>

Subject: Need permission to use MCQ-HA

Dear Dr. Bailey,

I am a master's degree student in a clinical psychology program at 9 Eylül University from Turkey. I am planning to write my thesis on the role of metacognitions in predicting health anxiety. Thus, I would like to ask your kind permission to adapt the MCQ-HA to Turkish and to examine its psychometric properties in my thesis study. Also, I would appreciate it very much if you send me a copy of the instrument.

Hoping that you have not given the adaptation permission to any other Turkish researcher yet, I will look forward to hearing from you.

Sincerely yours,

Sidar Kiran

EK 3: Birinci Çalışmada Kullanılan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi klinik psikoloji yüksek tezi kapsamında yürütülmektedir. Çalışma Doç. Dr. Advie Esin YILMAZ SAMANCI danışmanlığında, klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Sidar KIRAN tarafından yapılmaktadır. Çalışmada, sağlık anksiyetesi ile ilgili inanışları değerlendiren yeni bir veri toplama aracının dilimize kazandırılması, geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması amaçlanmaktadır. Ekte bulunan ölçekleri doldurmanız yaklaşık yirmi dakikanızı alacaktır.

Araştırmada katılımcıya zarar verme riski taşıyan herhangi bir uygulama ya da müdahale bulunmamaktadır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmayı reddetmeniz veya araştırmadan ayrılmanız gibi bir durumda bunun herhangi bir olumsuz etkisi olmayacaktır. Sizden kimlik bilgisi istenmemektedir. Ölçekteki sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya kendi isteğinizle katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Tüm soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtlamanız çalışmanın sonuçları açısından çok önemlidir.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa bilgi almak için Sidar KIRAN ile iletişime geçebilirsiniz.

(e-posta: sidarkiran19@hotmail.com)

Değerli katkınız için teşekkür ediyoruz.

“Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlamadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve/veya sözlü olarak dinledim. Bu çalışmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın tamamen gönüllü olarak katılmayı ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.”

Tarih: _____

İmza: _____

EK 4: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:_____

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer _____

3. Eğitim durumunuz (en son mezun olduğunuz okul):

☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

4. Medeni durumunuz:

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Diğer (Belirtiniz) _____

5. Üniversite öğrencisiyseniz bölümünüz:_____

6. Üniversite öğrencisiyseniz sınıfınız: _____

7. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Mesleğiniz: _____

9. Hangi gelir düzeyinde olduğunuzu düşünüyorsunuz?

☐ Alt ☐ Orta ☐ Üst

10. Şu anda yaşadığınız şehir: _____

11. Şuan kiminle yaşamaktasınız?

☐ Yalnız
☐ Ailemle
☐ Akrabalarım/tanıdıklarım
☐ Arkadaşlarımla (evde)

() Arkadaşlarımla (yurtta)

() Diğer (belirtiniz):

12. Şuan herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız (psikiyatrik bir tanınız) var mı?

() Evet (belirtiniz): _____

() Hayır

13. Geçmişte yaşadığınız herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız (aldığınız psikiyatrik bir tanınız) var mı?

() Evet (belirtiniz): _____

() Hayır

14. Şu an kullanmakta olduğunuz psikiyatrik bir ilaç var mı?

() Evet () Hayır

15. Şu an herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

() Evet (belirtiniz): _____

() Hayır

16. Bugüne kadar herhangi bir ameliyat oldunuz mu?

() Evet (belirtiniz): _____

() Hayır

17. Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

() Evet (belirtiniz): _____

() Hayır

18. Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet (miktarını belirtiniz): _____

() Hayır

19. Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet (*miktarını belirtiniz*):_____

() Hayır



EK 5: Sağlık Anksiyitesi Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Ölçeği (ÜBÖ-SA)

Bu anket insanların kendi sağlıklarıyla ilgili düşünceleri hakkındaki inanışları ile ilgilidir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorm	Biraz katılıyor m	Oldukça katılıyor m	Tamamen katılıyor m
1. Hastalanmayı düşünmek sağlığımı bozabilir.	1	2	3	4
2. Fiziksel belirtilerim olduğu sürece huzurlu olamam.	1	2	3	4
3. Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için cezalandırılacağım.	1	2	3	4
4. Olumsuz düşünmek hasta olma riskimi artırabilir.	1	2	3	4
5. Hastalıkla ilgili endişelenmek hastalanma olasılığımı artırır.	1	2	3	4
6. Bazı düşüncelerin beni hasta etme gücü vardır.	1	2	3	4
7. Hastalıkla ilgili düşünüp durmak kontrol edilemez.	1	2	3	4
8. Belirtilerle ilgili en kötüsünü düşünmek beni güvende tutar.	1	2	3	4
9. Sağlığım ile ilgili endişelenmek bedenime zarar verir.	1	2	3	4
10. Fiziksel belirtilerle ilgili olumlu düşünürsem, hastalıklara hazırlıksız yakalanırım.	1	2	3	4
11. Sağlığım ile ilgili endişelenmek hastalıklarla baş etmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
12. Sağlığım ile ilgili düşüncelerimi kontrol edemem.	1	2	3	4
13. Sağlığım ile ilgili olumlu düşünmek, risk almama neden olur ve hastalanırım.	1	2	3	4

EK 6: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği- Kısa Form (SAÖ-KF)

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 uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

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

7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

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

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK 7: Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, 'Evet' ya da 'Hayır'ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi? | Evet | Hayır |
| 2. Konuşkan bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi? | Evet | Hayır |
| 4. Oldukça canlı bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 6. Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız? | Evet | Hayır |
| 7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı? | Evet | Hayır |
| 8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz? | Evet | Hayır |
| 9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |
| 10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı? | Evet | Hayır |
| 11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız? | Evet | Hayır |
| 12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet | Hayır |
| 13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz? | Evet | Hayır |

14. Kaygılı bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?	Evet	Hayır
16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?	Evet	Hayır
17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?	Evet	Hayır
18. Sinirlerinizden şikâyetçi misiniz?	Evet	Hayır
19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?	Evet	Hayır
20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?	Evet	Hayır
21. Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?	Evet	Hayır
22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?	Evet	Hayır
23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?	Evet	Hayır
24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?	Evet	Hayır

EK 8: Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ)

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değilse (1).....Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Doğru Değil				Tamamen Doğru
1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir.	1	2	3	4	5
2- Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem.	1	2	3	4	5
3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır.	1	2	3	4	5
5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5
6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım.	1	2	3	4	5
7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem.	1	2	3	4	5
8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim.	1	2	3	4	5
9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder.	1	2	3	4	5
10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır.	1	2	3	4	5

EK 9: İkinci Çalışmada Kullanılan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi klinik psikoloji yüksek tezi kapsamında yürütülmektedir. Çalışma Doç. Dr. Advie Esin YILMAZ SAMANCI danışmanlığında, klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Sidar KIRAN tarafından yapılmaktadır. Çalışmada, sağlık kaygısı ile yakından ilişkili olduğu bilinen üstbilişsel inanışlar ve işlevsel olmayan inanışların sağlık kaygısı ile arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ekte bulunan ölçekleri doldurmanız yaklaşık yirmi dakikanızı alacaktır.

Araştırmada katılımcıya zarar verme riski taşıyan herhangi bir uygulama ya da müdahale bulunmamaktadır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmayı reddetmeniz veya araştırmadan ayrılmanız gibi bir durumda bunun herhangi bir olumsuz etkisi olmayacaktır. Sizden kimlik bilgisi istenmemektedir Ölçekteki sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya kendi isteğinizle katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Tüm soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtlamanız çalışmanın sonuçları açısından çok önemlidir.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa bilgi almak için Sidar KIRAN ile iletişime geçebilirsiniz.

(e-posta: sidarkiran19@hotmail.com)

Değerli katkınız için teşekkür ediyoruz.

“Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlamadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Bu çalışmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın tamamen gönüllü olarak katılmayı ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.”

Tarih: _____

İmza: _____

EK 10: Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)

Yönergeler: Aşağıdaki sorular şu anda **tanı konulmuş tıbbi bir durumu olmayan** insanlar için hazırlanmıştır. Aşağıda listelenmiş her bir ifadeyi okuyunuz ve kendi inançlarınıza dayanarak, ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. İfadeye ne kadar katıldığınızı **Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılıyorum Ne katılmıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan cevaplayarak, her bir soru için bir cevap seçiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ciddi bir sağlık sorununun olması korkunç olurdu.					
2. Eğer bir sağlık sorunuyla karşı karşıya kalırsam, onunla baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.					
3. Gelecekte bir gün kronik bir sağlık sorunu yaşama olasılığım olduğuna inanıyorum.					
4. Gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla baş edebileceğimi hissediyorum.					
5. Sağlık sorunları yaşama olasılığım olduğunu hissediyorum.					
6. Gelecekte oluşabilecek herhangi bir ciddi sağlık sorunuyla baş edebileceğimde n emin değilim.					

7. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorununa doğru teşhis koyabileceğine güveniyorum.					
8. Bir sağlık sorunu yaşama ihtimalimin tanıdığım diğer insanlardan daha fazla olduğuna inanıyorum.					
9. Eğer bir sağlık sorunum olsaydı, bunun hayatımı mahvedeceğini düşünmüyorum.					
10. Eğer gelecekte ciddi bir sağlık sorunu yaşarsam, her ne olursa olsun baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.					
11. Sağlık hizmetleri Sistemine güvenmiyorum.					
12. Sağlık sorunlarımın olma ihtimalinin, çoğu insandan daha fazla olduğuna inanıyorum.					
13. Eğer önemli bir sağlık sorunu yaşasaydım, bu benim için endişe verici olurdu.					

14. Bir sağlık sorununun oluşması çok üzüntü verici olurdu.					
15. Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.					
16. Eğer kronik bir sağlık sorunun oluşsaydı, hayatımı daha fazla kontrol edemezdim.					
17. Eğer bir sağlık sorunu yaşasaydım bu dehşet verici olurdu.					
18. Eğer ciddi bir sağlık sorunun oluşsaydı, aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
19. Ciddi bir sağlık sorunun olsaydı bile, hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.					
20. Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.					