

Sağlık Bilişleri Anketi (SBA)’nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Özlem YILMAZ¹, Gülay DİRİK²

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Sağlık Bilişleri Anketi (Health Cognitions Questionnaire)’nin Türkçeye çevrilmesi ve yetişkin örnekleminde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesidir. Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen ölçek, sağlık kaygısıyla bağlantılı olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmektedir. Çalışmanın örneklemini, fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan, 18-65 yaş arasındaki 343 kişi oluşturmaktadır (242 kadın, 100 erkek, 1 diğer). Katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Sağlık Bilişleri Anketi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği-Kişisel Kontrol Faktörü, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form ve Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan açımlayıcı faktör analizleri sonucunda, ölçeğin fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplara uygulanan her iki formunun da orijinalindekine uygun şekilde 4 faktörlü yapıya sahip olduğu ve benzer madde dağılımı gösterdiği bulunmuştur. Faktörler “hastalıkla baş etmede güçlük”, “tıbbi hizmetlerin yetersizliği”, “hastalığın korkutuculuğu” ve “hastalık olasılığı” şeklinde adlandırılmıştır. Ardından ölçeğin faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile de değerlendirilmiştir. Her iki grupta faktörlerin iç tutarlılık ve test tekrar test güvenilirliği incelenmiştir ve bu değerlerin çoğunun tatminkâr düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yapılan korelasyon ve regresyon analizlerinde, ölçeğin diğer ölçeklerle olan ilişkilerinin beklenen şekilde olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, Sağlık Bilişleri Anketi’nin, Türkiye’de fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan kişilerin sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlarını değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir araç olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Bilişleri Anketi (SBA), sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar, sağlık kaygısı, bilişsel davranışçı model

¹Araş. Gör., MEF Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, yilmazoz(at)mef.edu.tr

² Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, gulay.dirik(at)deu.edu.tr

Yazar Notu: Bu makale, Özlem YILMAZ tarafından hazırlanan ve Gülay DİRİK danışmanlığında yürütülen 2017 tarihli “Yetişkinlerde Anormal Hastalık Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkili Faktörler: Sağlık Kaygısı, Kaygı Duyarlılığı, Sağlıkla İlgili İşlevsel Olmayan İnançlar ve Aleksitimi” başlıklı yüksek lisans tezinin bir bölümünden yararlanılarak yazılmıştır.

Examination of the Psychometric Properties of Health Cognitions Questionnaire (HCQ)'s Turkish Version

ABSTRACT

The aim of this study was to translate Health Cognitions Questionnaire into Turkish and evaluate its psychometric properties in adult sample. The scale developed by Hadjistavropoulos et al. (2012) measures health related dysfunctional beliefs which are related to health anxiety. Sample of this study consisted of 343 people aged between 18-65 who were with and without physical illness diagnosis (242 women, 100 men, 1 other). Sociodemographic Information Form, Health Cognitions Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Illness Perception Questionnaire-Personal Control Factor, Health Anxiety Inventory-Short Version and Scale for the Assessment of Illness Behaviour were administered to the participants. Exploratory factor analyses showed that the scale has a 4 factor structure and item distribution compatible with the original versions in both groups. Factors were labeled as “difficulty coping with illness”, “medical services inadequacy”, “awfulness of illness” and “likelihood of illness”. Moreover, confirmatory factor analysis was conducted to evaluate the scale’s factor structure. In both groups internal consistency and test retest reliability of factors were examined and identified as having moderately satisfactory values. In correlation and regression analyses the scale has founded to have relationships with other scales in expected ways. Results show that Health Cognitions Questionnaires is a reliable and valid measure in evaluation of health related dysfunctional beliefs for people both with and without diagnosis in Turkey.

Keywords: Health Cognitions Questionnaire (HCQ), health related dysfunctional beliefs, health anxiety, cognitive-behavioral model

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

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda tam bir iyilik halinin olması" şeklinde tanımlanır (World Health Organization, 2014). Kişilerin sağlık durumu ile ilişkili pek çok faktör bulunmaktadır; bunlardan birisi de sağlık kaygısıdır. Sağlık kaygısı ise, "bedensel duyum ya da değişikliklerin ciddi bir hastalık belirtisiymiş gibi yanlış yorumlanmasıyla ortaya çıkan, sağlığa ilişkin ilgi ve endişeyi içeren bir deneyim" olarak tanımlanır (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010; Reiser, McMillan, Wright ve Asmundson, 2014). Sağlık kaygısı düzeyi yüksek kişiler, bedensel duyumlarındaki, fonksiyonlarındaki, görünümlerindeki değişiklikleri ve istemsiz rahatsız edici girici düşünce/görüntüleri (intrusive thoughts) yanlış yorumlayarak bunları gerçek ya da olası ciddi bir hastalığın göstergesi olarak görürler (Rachman, 2012). Bu kişiler, kendilerinin hastalıklara karşı genel olarak ve/veya belirli bir hastalığa karşı özel olarak (örn. kanser) istisnai bir savunmasızlıkları olduğuna inanırlar (Rachman, 2012).

Herkes zaman zaman sağlığıyla ilgili kaygı yaşayabilir. Sağlık kaygısı genellikle geçicidir; belirtiler ortadan kalkınca kendiliğinden azalır ya da uygun tıbbi destekle kolayca baş edilebilir (Deale, 2007). Şiddetli sağlık kaygısı ise devamlılık gösterir; uzun süreli tıbbi desteğe rağmen sürebilir, bir belirtiden öbürüne geçebilir, yaşayan kişi, ailesi ve sağlık çalışanları için klinik olarak belirgin bir sorun haline gelir (Deale, 2007). Şiddetli sağlık kaygısı işlevsizdir ve çeşitli olumsuz etkileri görülebilir. Örneğin, şiddetli sağlık kaygısının anormal hastalık davranışları (Pugh, 2010) ve yaşam kalitesinde düşüşle (Hayter ve arkadaşları, 2016) ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenlerle sağlık kaygısına dair araştırmaların yapılması oldukça önemlidir ve her geçen gün bu konuda daha fazla araştırma yapılmaktadır. Türkçe alanyazın incelendiğinde ise sağlık kaygısıyla ilgili az sayıda çalışma olduğu tespit edilmiştir. Bozkurt-Zincir ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada, sağlıklı kontrol grubu ve hasta grubu aleksitimi ve sağlık kaygısı düzeyleri açısından incelemişler ve hasta grubunda aleksitimi ve sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Gül ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, miyofasyal ağrı sendromu ile sağlık kaygısı arasında ilişki incelenmiştir. Miyofasyal ağrı sendromu grubunun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek sağlık kaygısı yaşadıkları sonucuna varılmıştır (Gül ve ark., 2014). Başka bir çalışmada, hastanede yatan hastalarda sağlık kaygısı ve sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki incelenmiştir (Bahadır-Yılmaz, Ayvat ve Şiran, 2018). Kadın olan, kronik bir hastalığı olan, ilaç kullanan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların daha fazla sağlık kaygısı yaşadıkları ve sağlık kaygısı ile sağlık programlarını izleme davranışının pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Bahadır-Yılmaz,

Ayvat ve Şiran, 2018). Öte yandan bazı çalışmalar ise sağlık kaygısının ölçümüne yönelik olarak yapılmıştır. Örneğin, Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2012), çalışmasında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayarak psikometrik özelliklerini değerlendirmiştir ve ölçeğin güvenirlik ve geçerlik değerlerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kısaca, ülkemizde de sağlık kaygısı alanında yapılan araştırmaların sayısında son yıllarda artış olduğu görülmektedir. Ancak çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Bu nedenle bu çalışmada sağlık kaygısıyla ilişkili önemli bir değişken olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları ölçen ve bu alanda yapılacak çalışmalarda kullanılabilecek bir ölçek olan Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçeye uyarlaması yapılarak bu alanda yapılacak çalışmalara katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Sağlık kaygısı değişik kuramlar kapsamında incelenebilir. Bunlardan biri bilişsel davranışçı kuramdır. Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modeline göre, geçmiş deneyimler sağlık ve hastalık hakkında çeşitli inanç ve varsayımlara yol açtığı için yanlış yorumlamalar ortaya çıkar (Deale, 2007). Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlara sahip kişiler, bedensel duyumları ya da belirtileri bir sağlık sorununun göstergesi olarak yanlış yorumlayarak kaygı yaşamaya daha yatkındır (Fergus, 2014).

Sağlıkla ilgili çeşitli inançların sağlık kaygısıyla ilişkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Fulton, Marcus ve Merkey'in (2011) üniversite öğrencileriyle yaptığı iki çalışmada, sağlıkla ilgili rasyonel olmayan inançlar ile sağlık kaygısının ilişkisi incelenmiştir. Sağlıkla ilgili rasyonel olmayan inançlar; a) tıbbi yardım almaktan kaçınmaya yol açan sağlığa ilişkin deneyimlerle ilgili aşırı genelleme yapmak, b) tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilecek tedaviyle ilişkili yaygın olumsuz yan etkilere dair rasyonel olmayan çıkarım yapmak, c) sağlık üzerindeki sınırlı kontrole dair umutsuz ve kaderci inançlara sahip olmak şeklinde ele alınmıştır. Bu inançların sağlık kaygısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve sağlık kaygısını, kaygı düzeyi aracılığıyla yordadığı belirlenmiştir (Fulton, Marcus ve Merkey, 2011). Rief, Hiller ve Margraf'ın (1998) araştırmasında, sağlık kaygısı yüksek kişilerin bedensel duyum ve belirtilere dair felaketleştirici çıkarımlar yapmaya meyilli oldukları, kendilerini zayıf ve stresi tolere etmede yetersiz olarak algıladıkları bulunmuştur. Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada, hipokondriazis (şiddetli sağlık kaygısının DSM-IV'teki tanısallık karşılığı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001)) özellikleri yüksek olan kişilerin düşük olanlara kıyasla bedensel belirtileri daha fazla felaketleştirici şekilde yorumladığı; düşük öz saygı düzeyi ve belirtilere yönelik felaketleştirici yorumlamanın yüksek hipokondriazisi yordadığı bulunmuştur (Marcus, 1999). Benzer bir çalışmada da belirtilerin kötü bir hastalığa yol açacağına dair işlevsel olmayan inançların hipokondriazis ile pozitif yönde ilişkili olduğu;

başkaları ile birlikteyken agorafobik kaçınma yaşama, belirtilerin kötü bir hastalığa yol açacağına dair işlevsel olmayan inançlara sahip olma, olumsuz duygulanım düzeyinin yüksek olması ve kadın olma değişkenlerinin hipokondriazisi anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (Marcus ve Church, 2003). Bu bulgularla birlikte, belirtilerin kötü bir hastalığa yol açacağına dair işlevsel olmayan inançların hipokondriazise özgü olduğu sonucuna varılmıştır (Marcus ve Church, 2003). Hipokondriazis tanısı almış ve herhangi bir sağlık sorunu olmayan kişilerden (kontrol grubu) oluşan bir örneklemde yapılan yarı deneysel bir çalışmada, hipokondriazis tanısı olan kişilerin kontrol grubundakilere kıyasla, sağlıkla ilgili belirsiz durumları değerlendirirken olumsuz sonuçlanacağına dair daha yanlı bir yorumlama yaptığı bulunmuştur (Haenen, de Jong, Schmidt, Stevens ve Visser, 2000). Weck, Neng, Richtberg ve Stangier (2012)'in yaptığı bir araştırmada, kaygı bozuklukları (panik bozukluk, sosyal fobi, özgü fobi, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu) ve hipokondriazis tanısı almış kişiler ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişiler (kontrol grubu) sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları açısından karşılaştırılmıştır. Hipokondriazis tanısı olan kişilerin, kaygı bozukluğu tanısı olan ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilere kıyasla, bedensel belirtileri çok ciddi bir hastalığın göstergesi olarak felaketleştirerek değerlendirmeye meyilli oldukları görülmüştür (Weck Neng, Richtberg ve Stangier, 2012). Bu sonuç da, sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modelini desteklemektedir.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar sağlık kaygısı ile ilişkili önemli bir faktördür. Salkovskis ve Warwick (2001)'e göre, sağlık kaygısı ile ilişkili olarak tanımlanan dört tür sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inanç, algılanan; 1) “hastalığa yakalanma olasılığı”, 2) “hastalığın korkutuculuğu”, 3) “hastalıkla baş etmede güçlük” ve 4) “hastalığın tedavisinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği” olarak adlandırılır (akt. Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Bu dört tür sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inancı fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ölçmek için Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012) tarafından iki paralel form şeklindeki Sağlık Bilişleri Anketi (Health Cognitions Questionnaire) geliştirilmiştir. Yapılan çalışmada ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olduğu, tanı ve tanımayan grupta sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları ölçebildiği belirlenmiştir (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Çalışmanın sonucunda, bilişsel davranışçı modelle tutarlı olarak, fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda, işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısıyla anlamlı derecede ve pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Fiziksel hastalık tanısı olan grupta “hastalık olasılığı”, “hastalığın korkutuculuğu” ve “tıbbi hizmetlerin yetersizliği”; fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta ise “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalık

olasılığı”nın sağlık kaygısını yordadığı bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Ölçeğin farklı kültürlerde de adaptasyon çalışmalarının yapıldığı bilinmektedir ancak henüz bulgular yayınlanmamıştır. Bu noktada ölçeğin Türkçeye uyarlanması hem alanyazına teorik anlamda katkı sağlaması hem de klinik uygulamada kullanımının sağlanması açısından önemli olacağı düşünülmüştür. Türkçe alanyazında sağlığa dair işlevsel olmayan inançları değerlendirmek için kullanılabilecek ölçüm aracına rastlanmamıştır. Bu kavrama en yakın olabilecek ölçüm aracının Hastalık Algısı Ölçeği (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan, 2007) olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle bu ölçek mevcut araştırmada Sağlık Bilişleri Anketi ile ilişkisi incelenmek amacıyla kullanılmıştır. Ancak bu ölçek hastalığın bilişsel temsillerini değerlendirmek için geliştirilmiş olduğundan sadece hastalık tanısı olan kişilere uygulamak için uygundur (Ölçeğe dair ayrıntılı bilgi sayfa 12&13’te verilmiştir). Öte yandan Sağlık Bilişleri Anketi fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplara uygulanabilen ve genel olarak (hastalığa özgü değil) sağlığa dair inançları değerlendiren bir ölçektir.

Sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısı ile ilişkisi bazı çalışmalarda incelenmiştir. Örneğin, Alberts ve Hadjistavropoulos’un (2014) ciddi bir sağlık sorunu yaşayan ebeveynleri olan gençlerle yaptığı bir çalışmada sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlardan “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalık olasılığı”nın sağlık kaygısının yordayıcılarından olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada Sağlık Bilişleri Anketi kullanılarak ölçülen, “hastalık olasılığı”, “hastalığın korkutuculuğu”, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” olarak belirlenen sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar ve obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili işlevsel olmayan inançların, sağlık kaygısı ve obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile olan ilişkileri karşılaştırılarak incelenmiştir (Fergus, 2014). Fiziksel bir hastalık tanısı olmayan yetişkin örnekleminde, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısını yordadığı, obsesif kompulsif bozukluk semptomları ile ilişkili bulunmakla birlikte sağlık kaygısına özgü olduğu sonucuna varılmıştır (Fergus, 2014). Başka bir ifadeyle bilişsel davranışçı modeli destekleyen bir sonuca ulaşılmıştır.

İlgili alan yazın göz önünde bulundurulduğunda sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların sağlık kaygısıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Farklı inançların sağlık kaygısı ve bazı diğer psikolojik sorunlar üzerinde farklı etkileri olabileceği de belirtilmiştir. Bilişsel davranışçı bakış açısıyla psikolojik sorunları ele alırken işlevsel olmayan inançlardan yola çıkmak teori ve uygulama açısından temel bir adım olduğundan, sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmenin önemi de görülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, Sağlık Bilişleri Anketi’ni

Türkçeye çevirmek ve Türkiye örnekleminde psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. Böylece ölçeğin Türkçe alanyazına kazandırılarak, özellikle sağlık kaygısını bilişsel davranışçı çerçevede inceleyecek araştırmalarda sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların değerlendirilmesini mümkün kılmaktır. Sağlıkla ilgili işlevsel inançlar ve sağlık kaygısıyla ilişkileri üzerine kültürlerarası karşılaştırma yapabilme olanağı sağlamak da beklentiler arasındadır. Bu sayede olası kültürel ve/veya örneklem kaynaklı etkiler incelenerek, teori ve uygulamaya yönelik çıkarımları zenginleştirmek önemli olacaktır.

Yöntem

Katılımcılar

Çalışmaya Türkiye’de yaşayan, okuma yazma bilen, 18-65 yaş arasında 343 kişi katılmıştır. 198 kişiden (% 57.7) internet üzerinden, 145 kişiden (% 42.3) ise elden dağıtılan anket formlarıyla veri toplanmıştır. Tüm örnekleme yaş ortalaması 30.72 ($S = 12.55$, Min. = 18, Max. = 65)’dir. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, 242’si (% 70.6) kadın, 100’ü (% 29.2) erkek, 1’i (% .3) diğer şeklindedir. Çoğunluğu İstanbul, Ankara ve İzmir olmak üzere 36 farklı şehirden katılımcıya ulaşılmıştır. Eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun (% 80.1) yüksek okul ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların 212’si (% 61.8) çalışmamaktadır. Çalışanlar ise çok çeşitli meslek gruplarındandır (örn. doktor, araştırma görevlisi, öğretmen, mühendis, memur vb.). Katılımcıların 190’ının fiziksel hastalık tanısı bulunmamakta, 153’ünün ise en az 1 fiziksel hastalık tanısı (yüksek tansiyon, diyabet, skolyoz, alerji, astım, guatr, bel fıtığı, ülser, gastrit, kalp hastalıkları vb.) bulunmaktadır. Birden fazla hastalık tanısı olanlar da (2-8 arası) mevcuttur.

Veri Toplama Araçları

Demografik Bilgi Formu: Yazarlar tarafından hazırlanan ve 25 sorudan oluşan bu formda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ilişki durumu, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşanılan şehir, çocuk sahibi olup olmama ve çocukların sayısı, tanı konulmuş herhangi bir fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalığın varlığı, herhangi bir ilaç kullanıp kullanılmadığı, herhangi bir ameliyat olup olunmadığı, sigara ve alkol kullanımı alanları değerlendirilmektedir.

Sağlık Bilişleri Anketi: Hadjistavropoulos ve arkadaşları (2012) tarafından Health Cognitions Questionnaire adıyla geliştirilen ölçek, kişilerin yaşadığı sağlık kaygısının şiddetiyle bağlantılı olan sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları değerlendirmektedir. Ölçek, “hastalıkla baş etmede güçlük”, “tıbbi hizmetlerin yetersizliği”, “hastalık olasılığı” ve “hastalığın korkutuculuğu” olmak üzere 4 faktörden oluşmaktadır. Kişinin şuanda herhangi bir fiziksel hastalık tanısı almış ve almamış olmasına göre 20’şer soru içeren 2 paralel form halinde hazırlanmıştır. Ölçek maddeleri 5’li derecelendirme ile (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılıyorum, 3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) puanlanmaktadır. 2, 4, 7, 9, 10, 15, 19, 20 numaralı maddelerin puanları ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişilerin sağlığa ilişkin işlevsiz inançlarını yansıtmaktadır. Faktörlerin iç tutarlık katsayılarının (Cronbach alfa) fiziksel bir tanısı olmayan grupta .72-.90; fiziksel bir tanısı olan grupta ise .75-.91 aralığında olduğu bulunmuştur. Geçerlik analizlerinde, ölçeğin Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Güvence Anketi (The Reassurance Questionnaire) ile ilişkileri incelenmiştir. Sağlık Bilişleri Anketi’nin faktörleri ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form arasındaki korelasyonlar fiziksel bir tanısı olmayan grupta .18 ile .46 aralığında; fiziksel bir tanısı olan grupta ise .36 ile .49 aralığında olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Sağlık Bilişleri Anketi’nin faktörleri ve Güvence Anketi (The Reassurance Questionnaire) arasındaki korelasyonlar fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta .22 ile .50 aralığında; fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise .21 ile .55 aralığında bulunmuştur. Ayrıca Sağlık Bilişleri Anketi’nin faktörleri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile ölçülen kaygı ve depresyonla da orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Kaygı ve depresyon kontrol edildiğinde, fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu faktörlerinin; fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise bütün faktörlerin sağlık kaygısını yordadığı görülmüştür. Ayrıca faktörlerin, sağlık kaygısı ve doktorlar tarafından sağlanan güvenceyle rahatlamayı yordayışı incelenmiştir. Regresyon analizlerine göre, fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta hastalıkla baş etmede güçlük ve hastalık olasılığı sağlık kaygısını; hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği ve hastalık olasılığı da doktorlar tarafından sağlanan güvenceyle rahatlamayı yordamıştır. Öte yandan fiziksel hastalık tanısı olan grupta, tıbbi hizmetlerin yetersizliği, hastalık olasılığı ve hastalığın korkutuculuğu sağlık kaygısını; tıbbi hizmetlerin yetersizliği ise doktorlar tarafından sağlanan güvenceyle rahatlamayı yordamıştır. Ölçeğin orijinal formunun iyi düzeyde psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Zigmond ve Snaith (1983) tarafından bedensel hastalığı olan kişilerde kaygı ve depresyon riskini belirlemek, düzeyini ve

şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Toplam 14 soru içermekte olup tek sayılı maddeler kaygıyı, çift sayılı maddeler depresyonu ölçmektedir. Maddeler dörtlü derecelendirme ile 0-3 arasında puanlanır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek kaygı ve depresyon belirtileri olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Aydemir, Güvenir, Küey ve Kültür (1997) tarafından yapılmıştır. Hasta grubunda iç tutarlılık katsayıları kaygı alt ölçeği için .85, depresyon alt ölçeği için .78 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencisi grubunda iç tutarlılık katsayıları kaygı alt ölçeği için .74, depresyon alt ölçeği için .70 olarak bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlik katsayısı kaygı alt ölçeği için .73, depresyon alt ölçeği için .76'dır. Eş zaman geçerliği analizinde her iki grupta kaygı alt ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ile; depresyon alt ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ile ilişki bulunmuştur. Bu ölçek, Sağlık Bilişleri Anketi (Health Cognitions Questionnaire) (Hadjistavropoulos ve ark., 2012)'nin orijinal çalışmasıyla tutarlı olarak bu çalışmada da geçerlik analizlerinde kullanılmıştır. Bu çalışma kapsamında, ölçeğin kaygı boyutunun iç tutarlılık katsayıları fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta .80, fiziksel hastalık tanısı olan grupta .86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin depresyon boyutunun iç tutarlılık katsayılarının ise fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta .72, fiziksel hastalık tanısı olan grupta .80 olduğu belirlenmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği: Hastalığın bilişsel temsillerini değerlendirmek için Weinmann, Petrie, Moss-Morris ve Horne (1996) tarafından geliştirilmiş, ardından Moss-Morris ve arkadaşları (2002) tarafından yeniden gözden geçirilerek düzenlenmiştir. Ölçeğin ilk bölümünü “hastalık tipi” oluşturmaktadır. Yaygın olarak karşılaşılan 14 belirtiyi içermektedir ve “evet/hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin ikinci bölümünü “hastalık hakkındaki görüşler” oluşturmaktadır. Bu bölüm, 5’li derecelendirme ile (1=Kesinlikle Böyle Düşünmüyorum, 2= Böyle Düşünmüyorum, 3= Kararsızım, 4=Böyle Düşünüyorum, 5= Kesinlikle Böyle Düşünüyorum) cevaplanan 38 maddeden oluşmaktadır. Sonuçlar, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller olmak üzere yedi alt faktörü içermektedir. Ölçeğin son bölümünü “hastalık nedenleri” oluşturmaktadır. Bu boyutta 5’li derecelendirme ile (1= Kesinlikle Böyle Düşünmüyorum, 2= Böyle Düşünmüyorum, 3= Kararsızım, 4= Böyle Düşünüyorum, 5= Kesinlikle Böyle Düşünüyorum) değerlendirilen toplam 18 madde ve 4 faktör vardır. Bu faktörler psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık ve kaza ya da şanstır. Bunlarla birlikte, nitel bir bölümde hastalığın en önemli üç sebebi sorulmaktadır. Hastalık Algısı Ölçeği’nin Türkçe uyarlama çalışması Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan (2007) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık analizinde Cronbach alfa değerleri, ölçeğin hastalık tipi boyutunda .89, hastalık hakkındaki görüşler boyutunda .69-.77

arasında ve hastalık nedenleri boyutunda ise .25 - .72 arasında bulunmuştur. Yapı geçerliği için yapılan faktör analizinde, hastalık hakkındaki görüşlerin 7 faktörden oluştuğu ve maddelerin faktör yüklerinin .31 ile .68 arasında değiştiği görülmüştür. Hastalığın nedenlerinin ise 4 faktörden oluştuğu ve maddelerin yüklerinin .30 ile .66 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçüt bağımlı geçerlik analizinde ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonuna bakılmıştır. Bu çalışma dahilinde ölçeğin “Hastalık Hakkındaki Görüşler” bölümündeki ‘Kişisel Kontrol’ faktörü, içerik olarak sağlıklı ilgili işlevsel olmayan inançlarla örtüşebileceği düşünülmüş ve kullanılmıştır. ‘Kişisel Kontrol’ faktörünün bu çalışma kapsamında fiziksel hastalık tanısı olan gruptaki iç tutarlılık katsayısı .76 olarak bulunmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form: Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark (2002) tarafından geliştirilmiştir. 64 maddelik olarak geliştirilen ilk ölçeğin 18 maddelik kısa formudur. Ölçeğin 14 maddelik ana kısmı (bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlılık ve kaygı) kişilerin sağlıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgulayan dört seçenekli (a, b, c, d şeklinde) yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 madde (hastalığın olumsuz sonuçları kısmı) ise kişilerden ciddi bir hastalıkları (örn; kanser, kalp hastalığı, multipl skleroz gibi) olduğunu varsaydıklarında nasıl bir durum içinde olabileceklerine dair fikir yürütmelerini istemekte ve dört seçenekli (a, b, c, d şeklinde) yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya göre ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısı .92 ve madde-toplam puan katsayıları .41 ile .77 arasında bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirliği ise .57 olarak belirlenmiştir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu ölçek, Sağlık Bilişleri Anketi’nin (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) orijinal çalışmasıyla tutarlı olarak bu çalışmada da geçerlik analizlerinde kullanılmıştır. Benzer şekilde, hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilgili 4 maddelik bölümün fiziksel hastalığı olmayan kişilere uygulanmasının uygun olması ve Hadjistavropoulos ve arkadaşlarının (2012) çalışmasıyla tutarlı olunması amacıyla bu boyut yalnızca fiziksel bir hastalık tanısı olmayan grupta uygulanmıştır. Bu boyutun bu çalışma dahilinde fiziksel bir hastalık tanısı olmayan gruptaki iç tutarlılık katsayısı .72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 14 maddelik ana kısmına ait iç tutarlılık katsayıları ise fiziksel bir hastalık tanısı olmayan grupta .84, fiziksel bir hastalık tanısı olan grupta .86’dır.

Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği: Rief, Ihle ve Pilger (2003) tarafından geliştirilmiştir ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, “tanının doğrulanması”, “şikayetlerin ifadesi”, “tedavi”, “hastalığın sonuçları” ve “tarama” olmak üzere 5

faktörlü bir yapıya sahiptir. Maddeler 4'lü derecelendirme ile (0=Tamamıyla Doğru, 1=Kısmen Doğru, 2=Kısmen Doğru Değil, 3=Tamamıyla Doğru Değil) puanlanır ve ölçekten alınan düşük puanlar artmış/anormal hastalık davranışına işaret eder. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Güleç (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam puan test tekrar test tutarlılığı .68, iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin, toplam varyansın % 44.7'sini açıklayan 4 faktörlü bir yapı gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısının orijinaline tam olarak uyum sağlamadığı, bazı maddelerin orijinal çalışmadakinden farklı faktörlere yüklendiği görülmüştür. Faktörlerin iç tutarlılık katsayılarının .57 ile .70 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerliği açısından, toplam ve alt boyutlarının bazıları ile Beck Depresyon Ölçeği, Semptom Tarama Anketi-90 Maddelik Gözden Geçirilmiş Formu, Semptom Tarama Anketi-90 Maddelik Gözden Geçirilmiş Formu bedenselleştirme alt ölçeği semptom sayısının orta düzeyde bağıntılı olduğu görülmüştür. Bu ölçek, bilişsel davranışçı bakış açısıyla inançlar ve davranışların kuramsal olarak ilişkili olacağı düşünülerek geçerlik analizlerinde kullanılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan analizlerde kullanılmıştır. Ölçeğin bu çalışma dahilindeki iç tutarlılık katsayıları fiziksel bir hastalık tanısı olmayan grupta .85, fiziksel bir hastalık tanısı olan grupta .84 olarak bulunmuştur.

İşlem

Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır. Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe uyarlamasını yapmak için öncelikle yazarlardan gerekli izinler alınmış, ardından çalışmaya başlanmıştır. İlk olarak ölçek iki dile de hâkim 3 uzman tarafından bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiş, ardından inceleme ve gerekli düzeltmelerle oluşturulan Türkçe formu, iki dile de hâkim bir psikolog tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Geri çevrilen form, orijinali ile anlam ve biçim açısından karşılaştırılmıştır. Çevirinin uygunluğunun değerlendirilmesinin ardından ankete son hali verilerek uygulamalar yapılmıştır. Veriler toplamda 36 ilden internet üzerinden ve iki ilden (İstanbul ve İzmir) elden dağıtılan anketler aracılığıyla toplanmış; SPSS 23 for Windows Paket Programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular

Faktör Yapısı

Açımlayıcı Faktör Analizi

Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe uyarlamasının yapı geçerliğini incelemek amacıyla fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı Açımlayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) yapılmıştır. Temel Bileşenler Yöntemi (Principal Components) ve Varimax dönüştürme kullanılmıştır. Verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi ile incelenmiştir. Her iki grupta da KMO katsayısı .78 ve Barlett Sphericity testi $p=.00$ düzeyinde anlamlı olarak bulunmuştur.

Fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta, öz-değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 63.61'ini açıklayan 5 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonuyla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) uyumlu olması amacıyla 4 faktörlü yapı tercih edilerek açımlayıcı faktör analizi tekrarlanmış ve toplam varyansın % 57.45'ini açıklayan 4 faktörlü bir yapı bulunmuştur. Faktörler oluşturulurken .30 ve üzeri faktör yükleri değerlendirmeye alınmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2007). Maddelerin faktörlere dağılımı ölçeğin orijinaliyle çok benzer bulunmuştur. Madde 6, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.56 ve .38); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalıkla baş etmede güçlük” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü bu faktörde daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 11, “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.47 ve .33); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 16, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerine birbirine yakın değerlerle yüklenmiş (.47 ve .43); ancak ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalıkla baş etmede güçlük” faktöründe yer aldığı için buraya dahil edilmiştir. Benzer şekilde, madde 17, “hastalığın korkutuculuğu” ve “hastalıkla baş etmede güçlük” faktörlerine birbirine yakın değerlerle yüklenmiş (.57 ve .50); ancak ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalığın korkutuculuğu” faktöründe yer aldığı için buraya dahil edilmiştir. Madde 18 ise, “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.55 ve .37); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Maddelerin faktör yükleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2

SBA Maddelerinin Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayan Grupta Faktörlere Dağılımları ve Faktör Yükleri

No	Madde	HBG	THY	HK	HO
20	Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	.84	.05	.04	.00
10	Eğer gelecekte ciddi bir sağlık sorunu yaşarsam, her ne olursa olsun baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	.82	.15	.09	-.04
4	Gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla baş edebileceğimi hissediyorum.	.80	.04	.11	-.07
2	Eğer bir sağlık sorunuyla karşı karşıya kalırsam, onunla baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	.79	.03	.09	.05
19	Ciddi bir sağlık sorunun olsaydı bile, hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.	.77	-.12	.02	-.01
9	Eğer bir sağlık sorunun olsaydı, bunun hayatımı mahvedeceğini düşünmüyorum.	.63	.13	-.02	.00
6	Gelecekte oluşabilecek herhangi bir ciddi sağlık sorunuyla baş edebileceğimden emin değilim.	.56	.07	.38	.26
16	Eğer kronik bir sağlık sorunun oluşsaydı, hayatımı daha fazla kontrol edemezdim	.47	-.10	.43	.19
15	Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.	.18	.83	-.01	.01
7	Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorununa doğru teşhis koyabileceğine güveniyorum.	.16	.82	-.02	.01
18	Eğer ciddi bir sağlık sorunun oluşsaydı, aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.	-.13	.55	.37	.04
11	Sağlık hizmetleri sistemine güvenmiyorum.	-.03	.47	.33	.23
14	Bir sağlık sorununun oluşması çok üzüntü verici olurdu.	.05	.09	.83	-.01
13	Eğer önemli bir sağlık sorunu yaşasaydım, bu benim için endişe verici olurdu.	.16	.10	.79	-.02
17	Eğer bir sağlık sorunu yaşasaydım bu dehşet verici olurdu.	.50	.03	.57	.20
1	Ciddi bir sağlık sorununun olması korkunç olurdu.	-.02	.09	.55	.20
3	Gelecekte bir gün kronik bir sağlık sorunu yaşama olasılığım olduğuna inanıyorum.	-.14	.21	-.01	.70
5	Sağlık sorunları yaşama olasılığım olduğumu hissediyorum.	-.21	.17	.05	.69
8	Bir sağlık sorunu yaşama ihtimalimin tanıdığım diğer insanlardan daha fazla olduğuna inanıyorum.	.26	-.11	.09	.67
12	Sağlık sorunlarımın olma ihtimalinin, çoğu insandan daha fazla olduğuna inanıyorum.	.25	-.11	.27	.65

SBA = Sağlık Bilişleri Anketi, HBG = Hastalıkla Baş Etmede Güçlük, THY = Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği, HK = Hastalığın Korkutuculuğu, HO = Hastalık Olasılığı

Fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise öz-değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 62.91'ini açıklayan 5 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonuyla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) uyumlu olması amacıyla 4 faktörlü yapı tercih edilerek açımlayıcı faktör analizi tekrarlanmış ve toplam varyansın % 57.16'sını açıklayan 4 faktörlü bir yapı bulunmuştur. Faktörler oluşturulurken yine

.30 ve üzeri faktör yükleri değerlendirmeye alınmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2007). Maddelerin faktörlere dağılımı ölçeğin orijinaliyle çok benzer bulunmuştur. Madde 1, “hastalığın korkutuculuğu” ve “hastalık olasılığı” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.56 ve .30); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalığın korkutuculuğu” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 2, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.78 ve .32); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalıkla baş etmede güçlük” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 5, “hastalık olasılığı” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.61 ve .30); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalık olasılığı” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 6, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerine birbirine yakın değerlerle yüklenmiş (.52 ve .54); ancak ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalıkla baş etmede güçlük” faktöründe yer aldığı için buraya dahil edilmiştir. Madde 11, “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” ve “hastalık olasılığı” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.33 ve .44); ancak ölçeğin orijinal versiyonunda “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” faktöründe yer aldığı için buraya dahil edilmiştir. Madde 14, “hastalık olasılığı” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.34 ve .63); ancak hem ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalığın korkutuculuğu” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 16, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalığın korkutuculuğu” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.45 ve .56); ancak ölçeğin orijinal versiyonunda “hastalıkla baş etmede güçlük” faktöründe yer aldığı için ve aradaki fark küçük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Madde 19 ise, “hastalıkla baş etmede güçlük” ve “hastalık olasılığı” faktörlerinin her ikisine de yüklenmiş (.66 ve .37); ancak hem orijinal versiyonunda “hastalıkla baş etmede güçlük” faktöründe yer aldığı için hem de faktör yükü daha büyük olduğu için buraya dahil edilmiştir. Maddelerin faktör yükleri Tablo 3’te görülmektedir.

Doğrulamalı Faktör Analizi

Açımlayıcı faktör analizinin ardından, Sağlık Bilişleri Anketi Türkçe formunun dört faktörlü yapısının doğrulanıp doğrulanmayacağını incelemek için fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı Doğrulamalı Faktör Analizi (Confirmatory Factor Analysis) gerçekleştirilmiştir. Analizler IBM AMOS 21 (Arbuckle, 2012) programı ve Maksimum Benzerlik (Maximum Likelihood) yöntemi ile yapılmıştır. Analizler gerçekleştirilmeden önce veri normallik, tek değişkenli ve

Tablo 3

SBA Maddelerinin Fiziksel Hastalık Tanısı Olan Grupta Faktörlere Dağılımları ve Faktör Yükleri

No	Madde	THY	HBG	HK	HO
7	Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına doğru teşhis koyabileceğine güveniyorum.	.86	.05	.04	-.10
15	Genellikle, aile hekimimin ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla etkin bir şekilde baş etmeme yardımcı olacağına güveniyorum.	.80	.05	-.07	.08
18	Eğer başka bir ciddi bir sağlık sorunum olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi aile hekimimin çok yardımcı olacağını düşünmüyorum.	.67	-.08	.22	.23
11	Sağlık hizmetleri sistemine güvenmiyorum.	.33	.11	-.02	.44
10	Eğer gelecekte başka ciddi sağlık sorunları yaşarsam, her ne olursa olsun baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	.04	.79	.20	.08
20	Gelecekte yaşayabileceğim herhangi bir sağlık sorununun üstesinden gelebileceğimi biliyorum.	-.00	.79	.19	.09
2	Eğer sağlık sorunum kötüye giderse, onunla baş etmeye hazır olduğumu hissediyorum.	-.05	.78	.32	-.12
4	Gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık sorunuyla baş edebileceğimi hissediyorum.	.05	.77	.26	-.06
19	Başka ciddi bir sağlık sorunum olsaydı ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi hala yaşamdan zevk almam mümkün olurdu.	-.01	.66	-.00	.37
9	Eğer başka sağlık sorunlarım olsaydı, bunun hayatımı mahvedeceğini düşünmüyorum.	.04	.65	-.23	.10
6	Gelecekte oluşabilecek ciddi sağlık sorunlarıyla baş edebileceğimden emin değilim.	.02	.52	.54	-.01
16	Eğer başka bir kronik sağlık sorunum olsaydı, ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi hayatımı daha fazla kontrol edemezdim.	.02	.45	.56	.06
13	Eğer başka sağlık sorunları yaşasaydım, ya da şu anki durumum kötüleşseydi bu benim için endişe verici olurdu.	.10	.08	.77	.12
17	Eğer başka bir sağlık sorunu yaşasaydım ya da şu anki durumum daha da kötüleşseydi, bu dehşet verici olurdu.	-.02	.24	.74	.15
14	Bir sağlık sorununun oluşması çok üzüntü verici bir şey.	.06	.08	.63	.34
1	Ciddi bir sağlık sorununun olması korkunç bir şey.	.02	.04	.56	.30
8	Sağlık sorunları yaşama ihtimalimin tanıdığım diğer insanlardan daha fazla olduğuna inanıyorum.	.03	.14	.12	.77
3	Gelecekte, sağlık sorunumun önemli ölçüde kötüleşme olasılığı olduğuna inanıyorum.	-.06	.03	.12	.68
12	Sağlık sorunlarımın olma ihtimalinin, çoğu insandan daha fazla olduğuna inanıyorum.	.02	.06	.29	.65
5	Başka sağlık sorunları da yaşama olasılığım olduğuna hissediyorum.	.21	-.07	.30	.61

SBA = Sağlık Bilişleri Anketi, THY = Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği, HBG = Hastalıkla Baş Etmede Güçlük, HK = Hastalığın Korkutuculuğu, HO = Hastalık Olasılığı

çok değişkenli uç değerler, doğrusallık açısından değerlendirilmiş ve bu değerler doğrultusunda veri temizliği yapılmıştır. Son durumda fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta 169, fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise 127 kişi ile doğrulayıcı faktör

analizleri yürütülmüştür. Oluşturulan modellerin uyum iyiliği düzeylerini değerlendirmek için Ki-Kare Uyum Testi (χ^2), Ki-Kare Uyum Testinin Serbestlik Derecesine oranı (χ^2/sd), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), İyi Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) değerleri incelenmiştir (Meydan & Şeşen, 2015). Ki-Kare Uyum Testinin Serbestlik Derecesine Oranının (χ^2/sd) 3'ten küçük veya eşit olması iyi bir uyuma işaret ederken 5'ten küçük veya eşit olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Schermerle-Engel ve ark., 2003). RMSEA'nın .05'ten küçük veya eşit olması iyi bir uyuma işaret ederken .06 ile .08 arasında olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Schermerle-Engel ve ark., 2003). GFI'nın .95'ten büyük ya da eşit olması iyi bir uyuma işaret ederken .90 ve üstü olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Schermerle-Engel ve ark., 2003). AGFI'nın .90'dan büyük ya da eşit olması iyi bir uyuma işaret ederken .85 ve üstü olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Schermerle-Engel ve ark., 2003). CFI'nın .97'den büyük veya eşit olması iyi bir uyuma işaret ederken .95 ve üstü (Schermerle-Engel ve ark., 2003) veya .90 ve üstü (Hu & Bentler, 1999) olması kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir.

Fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta kurgulanan model incelendiğinde, sonuçlar ilk modelin iyi uyum sağlamadığını göstermiştir [$\chi^2(164, N = 169) = 387,23$, $p < .00$ $\chi^2/sd = 2,36$, GFI = .81, AFGI = .76, CFI = .85, RMSEA = .09]. Ardından modifikasyon endeksleri incelenmiş; kuramsal ve mantıksal bir temele dayanıyorsa, model uyumuna anlamlı katkı sağlıyorsa yerine getirilmiştir. Yapılan her modifikasyondan sonra model yeniden test edilmiştir ve anlamlı iyileşme olup olmadığına ki kare farkı testi ile bakılmıştır. Buna göre, modifikasyon endekslerinde belirtilen şekilde katkı büyüklüklerine göre sırayla aynı faktöre ait maddelerin hataları arasına kovaryanslar eklenmiştir (3 ile 5, 9 ile 16,1 ile 17, 6 ile 16, 19 ile 20, 11 ile 18, 9 ile 19). Modelin son halinin daha yüksek uyum iyiliği değerlerine sahip olduğu görülmüştür [$\chi^2(157, N = 169) = 282,18$, $p < .00$, $\chi^2/sd = 1,80$, GFI = .87, AFGI = .82, CFI = .92, RMSEA = .07]. Bu değerlerin çoğunun kabul edilebilir model uyumunu yansıttığı söylenebilir (Meydan & Şeşen, 2015). Maddelerin faktör yükleri “hastalıkla baş etmede güçlük” boyutunda .57 - .89; “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” boyutunda .37 - .89; “hastalığın korkutuculuğu” boyutunda .35 - .87; “hastalık olasılığı” boyutunda .38 - .88 aralığındadır. Ki kare farkı testi sonuçları, modele eklenen hata varyansı ilişkilendirmelerinin modelin anlamlı olarak daha iyi hale gelmesine katkı sağladığını göstermiştir ($\Delta\chi^2(7) = 105,23$, $p < .001$). Tıbbi hizmetlerin yetersizliği faktörü ile diğer faktörler (hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı, hastalığın korkutuculuğu) arasındaki kovaryansların anlamsız olduğu görülmüştür. Ölçeğin orijinal çalışmasıyla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) tutarlı olarak dört faktörlü

yapıyla karşılaştırma amacıyla ölçeğin tek faktörlü modeli de test edilmiştir. Sonuçlar, kurgulanan modelin veriye iyi uyum sağlamadığını göstermiştir [$\chi^2(170, N = 169) = 751,59, p < .00, \chi^2/sd = 4,42, GFI = .68, AFGI = .60, CFI = .61, RMSEA = .14$]. Bu değerler önerilen modifikasyonlar sonrasında da kabul edilebilir düzeye ulaşamamış ve ölçeğin tek faktörlü yapıya uyum sağlamadığı düşünülmüştür.

Fiziksel hastalık tanısı olan grupta kurgulanan model incelendiğinde, sonuçlar ilk modelin iyi uyum sağlamadığını göstermiştir [$\chi^2(164, N = 127) = 305,67, p < .00, \chi^2/sd = 1,86, GFI = .82, AFGI = .77, CFI = .89, RMSEA = .08$]. Değişkenler arasındaki standardize regresyon değerleri incelendiğinde tıbbi hizmetlerin yetersizliği boyutunda olması beklenen 11. maddenin bu boyutla oluşturduğu yolun anlamsız olduğu ($\beta = .172, p = .067$) görülmüş ve bu nedenle bu madde modelden çıkarılarak analiz tekrarlanmıştır. Bu durumda modelin uyum iyiliği değerlerinde değişim olduğu görülmüştür [$\chi^2(146, N = 127) = 276,99, p < .00, \chi^2/sd = 1,90, GFI = .83, AFGI = .77, CFI = .90, RMSEA = .08$]. Ancak bu değerler hala ideal düzeyde olmadığı için modifikasyon endeksleri incelenerek kuramsal ve mantıksal bir temele dayanan, model uyumuna katkı sağlayanlar değerlendirilmiştir. Yapılan her modifikasyon sonrasında model yeniden test edilmiş ve anlamlı bir iyileşme olup olmadığı ki kare farkı testi ile incelenmiştir. Bu modifikasyon endekslerine göre, aynı faktörlere ait maddelerin hataları arasında katkı büyüklüklerine göre sırasıyla kovaryanslar eklenmesi uygun bulunmuştur. (19 ile 20, 10 ile 20, 1 ile 14, 3 ile 5, 16 ile 19). Modelin son halinin daha yüksek uyum iyiliği değerlerine sahip olduğu görülmüştür [$\chi^2(141, N = 127) = 244,86, p < .00, \chi^2/sd = 1,74, GFI = .84, AFGI = .79, CFI = .92, RMSEA = .08$]. Bu değerlerin ideal olmamakla birlikte bazılarının kabul edilebilir model uyumuna işaret ettiği söylenebilir (Meydan & Şeşen, 2015). Maddelerin faktör yükleri “hastalıkla baş etmede güçlük” boyutunda .48 - .86; “tıbbi hizmetlerin yetersizliği” boyutunda .51 - .92; “hastalığın korkutuculuğu” boyutunda .59 - .77; “hastalık olasılığı” boyutunda .48 - .86 aralığındadır. Ki kare farkı testi sonuçları, modele eklenen hata varyansı ilişkilendirmelerinin modelin anlamlı olarak daha iyi hale gelmesine katkı sağladığını göstermiştir ($\Delta\chi^2(5) = 32,13, p < .001$). Tıbbi hizmetlerin yetersizliği faktörü ile diğer faktörler (hastalıkla baş etmede güçlük, hastalık olasılığı, hastalığın korkutuculuğu) arasındaki kovaryansların anlamsız olduğu görülmüştür. Ölçeğin orijinal çalışmasıyla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) tutarlı olarak dört faktörlü yapıyla karşılaştırma amacıyla ölçeğin tek faktörlü modeli de test edilmiştir. Sonuçlar, kurgulanan modelin veriye iyi uyum sağlamadığını göstermiştir [$\chi^2(170, N = 127) = 685,34, p < .00, \chi^2/sd = 4,03, GFI = .61, AFGI = .52, CFI = .59, RMSEA = .16$]. Bu değerler önerilen modifikasyonlar sonrasında da kabul

edilebilir düzeye ulaşamamış ve ölçeğin tek faktörlü yapıya uyum sağlamadığı düşünülmüştür.

Güvenirlilik

İç Tutarlılık

Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe uyarlamasının iç tutarlılığı, herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) hesaplamasıyla değerlendirilmiştir. Fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta faktörlere ait Cronbach alfa değerleri sırasıyla “Hastalıkla Baş Etmede Güçlük” için .88, “Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği” için .67, “Hastalık Olasılığı” için .66, “Hastalığın Korkutuculuğu” için .73 olarak bulunmuştur. Fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise faktörlere ait Cronbach alfa değerleri sırasıyla “Hastalıkla Baş Etmede Güçlük” için .87, “Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği” için .64, “Hastalık Olasılığı” için .72, “Hastalığın Korkutuculuğu” için .76 olarak bulunmuştur.

Test Tekrar Test Güvenirliği

Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe uyarlamasının test tekrar test güvenirliliği, ölçeğin 2-3 hafta arayla fiziksel hastalık tanısı olan grupta 57, olmayan grupta 44 kişiye tekrar uygulanmasıyla değerlendirilmiştir. Bu katılımcılar, elden dağıtılan anketlerle veri toplanan kişilerden seçilmiş olup, kendilerine anket numaraları aracılığıyla ikinci kez ulaşılmıştır. Fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta iki uygulama arasındaki korelasyon değerleri sırasıyla “Hastalıkla Baş Etmede Güçlük” için .70, “Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği” için .45, “Hastalık Olasılığı” için .47, “Hastalığın Korkutuculuğu” için .45 olarak bulunmuştur. Fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise bu değerler sırasıyla “Hastalıkla Baş Etmede Güçlük” için .62, “Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği” için .51, “Hastalık Olasılığı” için .58, “Hastalığın Korkutuculuğu” için .35 olarak bulunmuştur.

Geçerlik

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik

Ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerliğini incelemek için hem eş zaman hem de yordama geçerliği değerlendirilmiştir.

Eş Zaman Geçerliliği

Sağlık Bilişleri Anketi'nin eş zaman geçerliliği; ölçeğin alt boyutlarının kendi aralarındaki Pearson korelasyon katsayıları ve bu alt boyutların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği-Kişisel Kontrol faktörü, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form ana kısım, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form hastalığın olumsuz sonuçları kısmı ve Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği ile aralarındaki Pearson korelasyon katsayıları fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı incelenerek değerlendirilmiştir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form'un "hastalığın olumsuz sonuçları" alt boyutu tanısı olmayan gruba uygun olduğu için yalnızca tanısı olmayan grupta; Hastalık Algısı Ölçeği-Kişisel Kontrol boyutu ise tanısı olan gruba uygun olduğu için yalnızca tanısı olan grupta uygulanarak kullanılmıştır. Fiziksel hastalık tanısı olmayan grubun Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4'te, fiziksel hastalık tanısı olan grubun Pearson korelasyon analizi sonuçları ise Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 4

Fiziksel Hastalık Tanısı Olmayan Grupta Değişkenler Arası Korelasyonlar

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.HBG	1	.13	.15*	.41**	.34**	.26**	.29**	.55**	-.19**
2.THY		1	.18**	.30**	-.02	.18**	.04	.08	.10
3.HO			1	.30**	.27**	.24**	.36**	.22**	.01
4.HK				1	.12	.10	.31**	.45**	-.00
5.HAD-A					1	.64**	.49**	.39**	-.29**
6.HAD-D						1	.24**	.32**	-.08
7.SAÖ-AK							1	.44**	-.23**
8.SAÖ-OS								1	-.07
9.HaDDÖ									1

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

HBG = Hastalıkla Baş Etmede Güçlük, THY = Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği, HO = Hastalık Olasılığı, HK = Hastalığın Korkutuculuğu, HAD-A = Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Kaygı Boyutu, HAD-D = Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon Boyutu, SAÖ-AK = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form-Ana Kısım, SAÖ-OS = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Olumsuz Sonuçlar Boyutu, HaDDÖ = Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 5

Fiziksel Hastalık Tanısı Olan Grupta Değişkenler Arası Korelasyonlar

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.HBG	1	.10	.22**	.44**	.34**	.39**	.33**	-.17*	-.09
2.THY		1	.28**	.18*	.08	.04	.17*	.02	.09
3.HO			1	.47**	.37**	.37**	.56**	.06	-.16*
4.HK				1	.41**	.27**	.46**	.11	-.14
5.HAD-A					1	.68**	.53**	.00	-.17*
6.HAD-D						1	.45**	-.15	-.16*
7.SAÖ-AK							1	-.06	-.38**
8.HAÖ-KK								1	.13
9.HaDDÖ									1

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

HBG = Hastalıkla Baş Etmede Güçlük, THY = Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği, HO = Hastalık Olasılığı, HK = Hastalığın Korkutuculuğu, HAD-A = Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Kaygı Boyutu, HAD-D = Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon Boyutu, SAÖ-AK = Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form-Ana Kısım, HAÖ-KK = Hastalık Algısı Ölçeği-Kişisel Kontrol Faktörü, HaDDÖ = Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği.

Analiz sonuçlarına göre fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta, Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'hastalıkla baş etmede güçlük' faktörü; hastalık olasılığı faktörü, hastalığın korkutuculuğu faktörü, kaygı, depresyon, sağlık kaygısı-ana kısım, hastalığın olumsuz sonuçları ve anormal hastalık davranışları (0=Tamamıyla Doğru, 1=Kısmen Doğru, 2=Kısmen Doğru Değil, 3=Tamamıyla Doğru Değil şeklinde puanlandığı için) ile pozitif ilişkilidir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'tıbbi hizmetlerin yetersizliği' faktörü; hastalık olasılığı faktörü, hastalığın korkutuculuğu faktörü, depresyon ile pozitif ilişkilidir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'hastalık olasılığı' faktörü; hastalıkla baş etmede güçlük faktörü, tıbbi hizmetlerin yetersizliği faktörü, hastalığın korkutuculuğu faktörü, kaygı, depresyon, sağlık kaygısı-ana kısım, hastalığın olumsuz sonuçları ile pozitif ilişkilidir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'hastalığın korkutuculuğu' faktörü; hastalıkla baş etmede güçlük faktörü, tıbbi hizmetlerin yetersizliği faktörü, hastalık olasılığı faktörü, sağlık kaygısı-ana kısım, hastalığın olumsuz sonuçları ile pozitif ilişkilidir.

Analiz sonuçlarına göre fiziksel hastalık tanısı olan grupta, Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'hastalıkla baş etmede güçlük' faktörü; hastalık olasılığı faktörü, hastalığın korkutuculuğu faktörü, kaygı, depresyon, sağlık kaygısı-ana kısım ile pozitif; hastalık algısı-kişisel kontrol ile negatif ilişkilidir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'tıbbi hizmetlerin yetersizliği' faktörü; hastalık olasılığı faktörü, hastalığın korkutuculuğu faktörü, sağlık kaygısı-ana kısım ile pozitif ilişkilidir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'hastalık olasılığı' faktörü; hastalıkla baş etmede güçlük faktörü, tıbbi hizmetlerin yetersizliği faktörü, hastalığın korkutuculuğu faktörü, kaygı, depresyon, sağlık kaygısı-ana kısım ve anormal hastalık davranışları (0=Tamamıyla Doğru, 1=Kısmen Doğru, 2=Kısmen Doğru Değil, 3=Tamamıyla Doğru Değil şeklinde puanlandığı için) ile pozitif ilişkilidir. Sağlık Bilişleri Anketi'nin 'hastalığın korkutuculuğu' faktörü; hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği faktörü, hastalık olasılığı faktörü, kaygı, depresyon, sağlık kaygısı-ana kısım ile pozitif ilişkilidir.

Yordama Geçerliliği

Sağlık Bilişleri Anketi'nin orijinal çalışmasıyla tutarlı olarak (Hadjistavropoulos ve ark., 2012), yordama geçerliliğini değerlendirmek için, ilk olarak kaygı ve depresyon kontrol edildiğinde ölçeğin alt boyutlarının sağlık kaygısını yordayıp yordamadığı fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı hiyerarşik regresyon analizleri yapılarak incelenmiştir. Her iki grupta da, depresyon ve kaygı kontrol edildiğinde "hastalıkla baş etmede güçlük", "hastalık olasılığı" ve "hastalığın korkutuculuğu" faktörlerinin sağlık kaygısını yordadığı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

İkinci olarak, Sağlık Bilişleri Anketi'nin orijinal çalışmasıyla (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) tutarlı olarak alt boyutların birlikte regresyon analizine katılarak sağlık kaygısını yordaması fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı incelenmiştir. Fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta, "hastalıkla baş etmede güçlük" ($\beta = .19$, $S. H. = .04$, $p < .01$), "hastalık olasılığı" ($\beta = .30$, $S. H. = .04$, $p < .01$) ve "hastalığın korkutuculuğu" ($\beta = .17$, $S. H. = .04$, $p < .05$) faktörleri sağlık kaygısını anlamlı şekilde yordamış ve varyansın % 22'sini ($F(4, 185) = 12.69$, $p < .01$) açıklamıştır. Fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise, "hastalıkla baş etmede güçlük" ($\beta = .14$, $S. H. = .05$, $p < .05$), "hastalık olasılığı" ($\beta = .43$, $S. H. = .04$, $p < .01$) ve "hastalığın korkutuculuğu" ($\beta = .20$, $S. H. = .05$, $p < .01$) faktörleri sağlık kaygısını anlamlı şekilde yordamış ve varyansın % 38'ini ($F(4, 148) = 22.60$, $p < .01$) açıklamıştır.

Üçüncü olarak, alt boyutların anormal hastalık davranışını yordaması fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı incelenmiştir. Pearson korelasyon analizine göre, fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta sadece “hastalıkla baş etmede güçlük”, tanısı olan grupta ise sadece “hastalık olasılığı” faktörleri hastalık davranışı ile anlamlı olarak ilişkili bulunduğu için regresyon analizi yalnızca bu faktörlerle yapılmıştır.

Tablo 6

Sağlık Kaygısının Yordayıcılarını Gösteren Regresyon Analizleri Sonuçları

Model	Değişkenler	Tanısı Olmayan Grup				Tanısı Olan Grup			
		B	SH	β	t	B	SH	β	t
(1)	Kaygı	.41	.06	.56	6.85**	.31	.07	.42	4.46**
	Depresyon	-.10	.07	-.12	-1.42	.13	.08	.16	1.73
(2)	Kaygı	.37	.06	.52	6.21**	.30	.07	.40	4.29**
	Depresyon	-.11	.07	-.13	-1.58	.09	.08	.12	1.23
	Hastalıkla Baş Etmede Güçlük	.08	.04	.15	2.25*	.09	.05	.15	1.96*
(3)	Kaygı	.37	.06	.52	6.43**	.24	.06	.33	3.86**
	Depresyon	-.12	.07	-.15	-1.87	.06	.07	.07	.86
	Hastalık Olasılığı	.17	.04	.26	4.12**	.24	.04	.41	6.10**
(4)	Kaygı	.39	.06	.54	6.80**	.22	.07	.29	3.11**
	Depresyon	-.10	.07	-.13	-1.59	.14	.07	.17	1.90
	Hastalığın Korkutuculuğu	.14	.03	.26	4.24**	.17	.04	.30	4.19**
(5)	Kaygı	.42	.06	.58	6.96**	.30	.07	.41	4.35**
	Depresyon	-.12	.07	-.14	-1.67	.13	.07	.17	1.78
	Tıbbi Hizmetlerin Yetersizliği	.04	.04	.08	1.17	.08	.04	.13	1.91

Fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta, “hastalıkla baş etmede güçlük” faktörü anormal hastalık davranışını anlamlı olarak yordamış ($\beta = -.19$, $S. H. = .04$, $p < .01$) ve varyansın % 4’ünü ($F(1, 188) = 7.09$, $p < .01$) açıklamıştır. Fiziksel hastalık tanısı olan grupta ise, “hastalık olasılığı” faktörü anormal hastalık davranışını anlamlı olarak yordamış ($\beta = -.16$, $S. H. = .04$, $p < .05$) ve varyansın % 3’ünü ($F(1, 151) = 3.92$, $p < .05$) açıklanmıştır.

Tartışma

Sağlık Bilişleri Anketi’nin Türkçe uyarlama çalışması orijinal çalışmasına oldukça benzer şekilde yapılmıştır. Çalışmaya fiziksel hastalık tanısı olmayan 190 ve fiziksel hastalık tanısı olan (örn. yüksek tansiyon, diyabet, skolyoz, alerji, astım, guatr, bel fıtığı, ülser, gastrit vb.) 153 kişi katılmıştır. Orijinal çalışmada (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) ise fiziksel hastalık tanısı olmayan grup 273, fiziksel hastalık tanısı olan grup 208 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışma örnekleminin, ölçeğin orijinal çalışmasına kıyasla daha küçük olduğu söylenebilir. Her iki çalışmadaki hasta grubunda da tanılar çeşitlilik göstermektedir. Verilerin büyük bir kısmı orijinal çalışmadaki gibi internet üzerinden toplanmıştır. Bu çalışmadaki fiziksel hastalık tanısı olmayan grup çoğunluğu kadın, eğitim düzeyi yüksek, bekar, herhangi bir işte çalışmayan, gelir düzeyi düşük/orta, çocuğu olmayan kişilerden oluşmaktadır ve yaş ortalaması 24.92 olarak bulunmuştur. Fiziksel hastalık tanısı olan grup ise çoğunluğu kadın, evli, şimdiye kadar herhangi bir ameliyat olmuş, herhangi bir işte çalışmayan ve çeşitli eğitim düzeylerinden, çeşitli gelir düzeylerinden kişilerden oluşmaktadır ve yaş ortalaması 37.93 olarak bulunmuştur. Yaş ortalamalarındaki fark göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun ilerleyen yaşla birlikte fiziksel sağlık sorunlarının artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Her iki grupta da alkol, sigara ve herhangi bir ilaç kullanmayanlar çoğunluktadır. Tüm bu bulgular, iki grup arasında bazı benzerlik ve farklılıkların olduğunu göstermektedir. Bu çalışma örnekleminin genel olarak orijinal çalışmanın örneklemiyle (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) benzeştiği söylenebilir.

Çalışmada, fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan kişilerin Sağlık Bilişleri Anketi’nin alt boyutları ve toplamından aldığı puanların birbirine yakın olduğu görülmüştür. Bu durum, ölçeğin iki formunun iki grupta da benzer özellikler gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır. Öte yandan, ölçeğin orijinal çalışmasında sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların tanısı olan ve olmayan gruplarda farklılaştığı

bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Buna göre tanısı olan grubun hastalıkla baş etmede güçlük, tıbbi hizmetlerin yetersizliği ve hastalık olasılığı boyutlarında tanısı olmayan gruba kıyasla daha yüksek puanlar aldığı sonucuna varılmıştır. İki çalışma arasındaki bu farklılığın örneklem büyüklüğü farkı, kişilerin sahip oldukları tanılardaki farklılıklar, bu hastalıkların ciddiyet derecesi ile çeşitli kültürel ve toplumsal farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada kullanılan diğer ölçekler açısından karşılaştırıldığında ise fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplar arasında sağlık kaygısı ve anormal hastalık davranışları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre, fiziksel bir hastalık tanısı olan grupta fiziksel bir hastalık tanısı olmayan gruba kıyasla sağlık kaygısı ve anormal hastalık davranışları düzeyi daha yüksektir. Bu bulgunun alanyazındaki diğer çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir (Güleç, 2012; Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark, 2002). Fiziksel bir hastalığı olan kişilerin daha fazla sağlık kaygısı yaşamaları ve anormal hastalık davranışları göstermeleri olasıdır. Fiziksel bir hastalığın, kişinin sağlığına dair ilgi ve kaygısında artışa yol açması ve bu durumla başa çıkabilmek için telafi edici yönde (örn., hastalık davranışlarında artış) davranmaya yönelmesi hem klinik gözlem hem de ilgili teorik alt yapı açısından tutarlı bir doğrultudur.

Ayrıca değişkenler arası korelasyon analizleri incelendiğinde de beklenen doğrultuda bulgularla karşılaşıldığı görülmektedir. Fiziksel hastalık tanısı olmayan grup açısından bakıldığında; sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların kaygı, depresyon, sağlık kaygısı, hastalığın olumsuz sonuçlarına dair düşünceler ve anormal hastalık davranışları ile pozitif ilişkili olması beklenen ve alanyazınla tutarlı bir doğrultudur. Benzer şekilde fiziksel hastalık tanısı olan grup açısından bakıldığında da sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançların kaygı, depresyon, hastalığa dair kişisel kontrol algısı, sağlık kaygısı ve anormal hastalık davranışları ile pozitif ilişkili bulunması teorik beklentiye destekler niteliktedir. Bu bulguların ölçeğin orijinal çalışmasıyla tutarlı olduğu görülmektedir (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Kişilerin sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançları arttıkça kaygı, depresyon, sağlık kaygısı düzeylerinin artması, anormal hastalık davranışları göstermeleri, hastalığın sonuçlarını olumsuz olarak görmeleri ve hastalığa dair kişisel kontrol algısına sahip olmaları da olağandır. Sağlığa dair işlevsel olmayan inançlara sahip kişilerin çeşitli dışsal uyaranları, olayları ve durumları daha olumsuz ve yanıltıcı yorumlamaları sonucu kaygı düzeylerinde ve hastalık davranışlarında artış yaşamaları ve bağlantılı olarak duygu durumlarının kötüleşmesi bilişsel davranışçı modeli yansıtmaktadır. Böylece

kişilerin sağlık durumlarından bağımsız olarak da sağlık kaygısı ve ilişkili durumları deneyimleyebilecekleri görülmektedir.

Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği; iç tutarlılık ve test tekrar test değerlerine göre incelenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutları için bulunan Cronbach alfa değerleri fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta .66 ile .88 arasında, fiziksel hastalık tanısı olan grupta .64 ile .87 arasında bulunmuştur. Buna göre, ölçeğin her iki formunun da alt boyutlar açısından iyi düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu söylenebilir. Bu değerlerin bazılarının (tıbbi hizmetlerin yetersizliği ve hastalık olasılığı faktörleri için) orijinal çalışmadakilere (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) göre düşük olmakla birlikte genel olarak iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Bu farklılıklar üzerinde, iki çalışma arasındaki örneklem büyüklüğü farkı ve/veya kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, orijinal çalışmada fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda hastalık olasılığı faktörünün diğer faktörlere kıyasla daha düşük iç tutarlılık değerlerine sahip olduğu görülmektedir (Hadjistavropoulos ve ark., 2012). Bu nedenle, bu durumun faktörün özelliklerine bağlı olarak oluşmuş olabileceği ve ölçeğin genel bir özelliği olabileceği de düşünülmüştür. Ölçeğin alt boyutları için bulunan test tekrar test değerleri ise fiziksel hastalık tanısı olmayan grupta .45 ile .70 aralığında, fiziksel hastalık tanısı olan grupta .35 ile .66 arasında bulunmuştur. Buna göre, ölçeğin test tekrar test güvenirliliğinin bazı alt boyutlarda (tıbbi hizmetlerin yetersizliği ve hastalığın korkutuculuğu) düşük olduğu söylenebilir. Ölçeğin orijinal çalışmasında test tekrar test güvenirliliği değerlendirilmediği ve diğer kültürlerdeki uyarlamalara ulaşamadığı için bu değerlere dair bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bu nedenle, bu bulguların mevcut çalışmaya mı özgü yoksa ölçeğin genel özelliklerinin etkisiyle mi oluştuğu konusunda karara varılamamıştır.

Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe versiyonunun geçerliği; yapı geçerliği ve ölçüt bağıntılı geçerliğini (eş zaman ve yordama geçerliği) inceleyen analizlerle değerlendirilmiştir. Yapılan açımlayıcı faktör analizlerine göre, ölçeğin herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplar için hazırlanan her iki formunun da orijinal çalışmadakine uygun (Hadjistavropoulos ve arkadaşları, 2012) faktör dağılımları gösterdiği bulunmuştur. Öte yandan yapılan doğrulayıcı faktör analizlerinde oluşturulan modellerin ideal düzeyde uyum iyiliği değerlerine sahip olmadığı görülmüştür. Ölçeğin orijinal çalışmasında dört faktörlü yapı fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda doğrulanırken (Hadjistavropoulos ve ark., 2012), bu çalışmada oluşturulan modellerin veriye uyumunun kabul edilebilir olduğu ancak ideal olarak beklentiyi karşılamadığı görülmüştür. Bu sonuç üzerinde örneklem

büyükliğünün etkili olabileceği düşünülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi örneklem büyüklüğüne karşı hassas olduğundan ve örneklem büyüklüğü model uyumunu önemli derecede etkilediğinden (Wolf, Harrington, Clark & Miller, 2013), gelecek çalışmalarda daha geniş örneklemle ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinin tekrarlanması ve bulguların karşılaştırılmasının faydalı olacağı sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmada her iki formun doğrulayıcı faktör analiz sonuçlarına göre 'tıbbi hizmetlerin yetersizliği' faktörünün kovaryanslarının diğerleri ile anlamlı bir ilişkisinin olmaması bu faktörün diğerlerinden farklı bir şeyi ölçtüğünü göstermektedir. Bu nedenle bu ölçekten elde edilen toplam puan yerine faktör puanlarının ayrı ayrı incelenerek yorumlar yapılmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda da toplam puan yerine ayrı faktörler olarak değerlendirilmesinin daha doğru olacağı düşünülmektedir.

Ölçeğin ölçüt bağıntılı geçerliğini (eş zaman ve yordama geçerliği) değerlendirmek için orijinal çalışmayla tutarlı olarak Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile ek olarak Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği-Kişisel Kontrol faktörü kullanılarak kavramlar arası ilişkiler incelenmiştir. Korelasyon ve regresyon analizleri sonuçlarının orijinal çalışmayla benzerlik gösterdiği (Hadjistavropoulos ve ark., 2012) ve beklenen doğrultuda olduğu belirlenmiştir. Buna göre, ölçeğin her iki formunun da ölçüt bağıntılı geçerliklerinin (eş zaman ve yordama geçerliği) iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Orijinal ölçeğin yazarından alınan bilgiye göre ölçeğin birkaç dilde uyarlama çalışması yapılmaktadır; ancak sonuçlar henüz yayınlanmadığı için bu bilgilere ulaşılamamış ve mevcut çalışmanın bulgularıyla karşılaştırma yapılamamıştır. Bu nedenle ölçeğin psikometrik özelliklerini kültürel farklılıklar açısından yorumlama imkânı kısıtlı kalmıştır.

Sonuç olarak, Sağlık Bilişleri Anketi'nin Türkçe versiyonunun genel olarak iyi düzeyde psikometrik özelliklere sahip olduğu; gelecek çalışmalarda fiziksel hastalık tanısı olan ve olmayan gruplarda kullanılabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmanın, ölçeğin orijinal çalışmasına oldukça benzer şekilde, farklı şehirlerden katılımcılarla yapılması güçlü bir yönüdür. Ayrıca bu çalışmanın, ülkemizde sağlıkla ilgili işlevsel olmayan inançlar üzerine yapılabilecek yeni çalışmalar ve sağlık kaygısının bilişsel davranışçı model çerçevesinde incelenmesi açısından alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Öte yandan bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları da mevcuttur. Örneklem çoğunluğunun kadın olması; eğitim, yaş gibi bazı sosyodemografik özellikler açısından dengeli dağılmıyor olmasının sonuçların topluma genellenebilirliğini azaltabileceği düşünülmüştür. Ek olarak, çalışma

kapsamında öz bildirim ölçekleri kullanıldığı için kişilerin soruları cevaplarırken göstermiş olabileceği olası yanlışlıklar da göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla gelecek çalışmalarda Sağlık Bilişleri Anketi'nin farklı örneklemelerde uygulanıp özelliklerinin değerlendirilmesi ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir. Ayrıca, farklı ölçüm araçları ve/veya yöntemlerin kullanımıyla bu bulguların desteklenip desteklenmeyeceği test edilmelidir.

Kaynaklar

- Alberts, N. M. ve Hadjistavropoulos, H. D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: Testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(2), 216–228.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Arbuckle, J. L. (2012). *Amos 21.0 User's Guide*. Chicago: IBM SPSS.
- Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. ve Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12, 306–312.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. ve Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2012). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 325-331.
- Bahadır-Yılmaz, E., Ayvat, İ. ve Şiran, B. (2018). Hastanede yatan hastalarda sağlık anksiyetesi ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(1), 11-17.
- Bozkurt Zincir, S., Sunbul, M., Aydın Sunbul, E., Dalkilic, B., Cengiz, F., Kivrak, T. ve Erdal Durmus, E. (2014). Evaluation of alexithymia, somatosensory sensitivity, and health anxiety levels in patients with noncardiac chest pain. *BioMed Research International*, 2014, 1-6.

- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 248-259.
- Fulton, J. J., Marcus, D. K. ve Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 527-538.
- Gül, A. İ., Uçar, M., Sarp, Ü., Karaaslan, Ö. ve Börekçi, E. (2014). Miyofasyal ağrı sendromu ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki. *International Journal of Clinical Research*, 2(3), 89-92.
- Güleç, H. (2012). Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği: Bir ön çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(1), 140-146.
- Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J.A., Sharpe, D. ve Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 167-178.
- Hayter, A. L., Salkovskis, P. M., Silber, E. ve Morris, R. G. (2016). The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 371-386.
- Heanen, 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.
- Hu, L. ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. ve Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271- 280.
- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: Misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 79-91.

- Marcus, D. K. ve Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 543-547.
- Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2015). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş. *Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları*. (ss. 5-41). Ankara: Detay Anatolia Akademik Yayıncılık Ltd. Şti.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. ve Buick L. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Pugh, N. E. (2010). *Elucidating the relationship between health anxiety and behaviour*. (Unpublished master thesis). University of Regina, Regina-Saskatchewan.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 502-512.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D. ve Asmundson, G. J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 407-413.
- Rief, W., Hiller, W. ve Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 587-595.
- Rief, W., Ihle, D. ve Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 405-414.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. ve Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853.
- Schermelleh-Engel, K., Mossbrugger, H. ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive hoodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2): 23-74.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson Education Inc.
- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S. ve Stangier, (2012). Dysfunctional beliefs about symptoms and illness in patients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 53, 148-154.

- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. ve Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-445.
- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., ve Miller, M. W. (2013). Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educational and Psychological Measurement*, 76(6), 913-934.
- World Health Organization. (2014). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents* (48th ed.) (pp. 1). Italy: WHO Press.
- Zigmond, A. S. ve Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-390.