

# Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeğinin ve Kısa Formunun Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

## Turkish Adaptation of the Metacognitions about Symptom Control Scale and Its Revised Form: Reliability and Validity Study

Didem Acar<sup>1</sup>, H. Özlem Sertel Berk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul

### ÖZ

**Amaç:** Üstbilişler ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki farklı kronik fiziksel hastalıklarda araştırılmakta ve güncel çalışmalar semptom kontrolüne odaklanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği (BKDÜBÖ) ve kısa formunu (BKDÜBÖ-KF) Türkçeye uyarlamak ve üstbilişlerin, İngiltere, Almanya ve Arabistan'da yaşayan kronik hastalığı olan bireylerle benzer biçimde ölçülüp ölçülemeyeceğini değerlendirmektir. **Yöntem:** Çalışmanın örneklemini (hem BKDÜBÖ hem BKDÜBÖ-KF için) kronik fiziksel hastalığı olan katılımcılardan (sırasıyla 81 ve 80 kişi) oluşmaktadır. Katılımcıların üstbilişleri Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ile, genel sağlıkları Kısa Form-36 (KF-36) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Ölçeğin İngilizce ve orijinal hali ile tutarlı olarak hem uzun hem de kısa form iki faktörlü bir yapıya sahip ve madde dağılımları benzerdir. Güvenirlik analizleri ise her iki formun alt boyutları için iç tutarlılık katsayılarının çoğunlukla kabul edilebilir ve iyi aralıkta (.66-.83) olduğunu göstermiştir. Ölçeğin ve kısa formunun alt boyutlarının ÜBÖ-30 ve KF-36 alt boyutlarının çoğu ile orta düzeyde ilişkilere sahip olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Semptom kontrolüne dair olumsuz üstbilişler alt boyutunun kültürlerarası ve tanımlar üstü uyum geçerliğine sahip olduğu, semptom kontrolüne dair olumlu üstbilişler alt boyutunun ise bunu bir dereceye kadar sağladığı görülmüştür. Ölçeğin ve kısa formunun semptom kontrolüne dair olumlu üstbilişler alt boyutu için verilerin tutarsız olduğu ve daha fazla araştırılmaya ihtiyaç duyulduğu da söylenebilir. Dahası, BKDÜBÖ'nin Türkçe versiyonunun kısa formuna kıyasla daha kapsayıcı ve güvenilir olduğu görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Üstbiliş, semptom kontrolü, psikolojik sağlık, geçerlik, güvenirlik

### ABSTRACT

**Objective:** The relationship between metacognitions and mental health in different chronic physical illnesses is examined, and current studies focus on symptom control. The aim of this study is to adapt the Metacognitions about Symptom Control Scale (MaSCS) and its revised form (MaSCS-R) into Turkish and evaluate whether metacognitions can be measured in a similar way to people with chronic illnesses living in England, Germany, and Arabia.

**Method:** The study sample (for both MaSCS and MaSCS-R) consisted of participants (81 and 80 respectively) with chronic physical illness. Participants' metacognition was assessed using the Metacognition Scale-30 (MCQ-30) and their general health was assessed using the Short Form-36 (SF-36).

**Results:** Consistent with the English and original versions of the scale, the Turkish versions of MaSCS and MaSCS-R had a two-factor structure, and the item distributions were similar. Reliability analyses showed that internal consistency coefficients for subscales of both forms were mostly in the acceptable and good range (.66-.83). Subscales of the MaSCS and MaSCS-R were found to have moderate relationships with most of subscales of the MCQ-30 and SF-36.

**Conclusion:** The subscale "negative metacognitions about symptom control" had cross-cultural and transdiagnostic convergent validity, while the subscale "positive metacognitions about symptom control" provided this to some extent. The results for both forms showed that positive metacognitions about symptom control are controversial and need further research. Also, the Turkish version of the MaSCS is more comprehensive and reliable than the short and revised versions.

**Keywords:** Metacognition, symptom control, mental health, validity, reliability

## Giriş

Dünya genelinde, hem kronik fiziksel hastalıkların (KFH) hem de psikolojik rahatsızlıkların yüküne verilen önem giderek artmakta (Thornicroft ve ark. 2015), hastalıkların yanı sıra komorbiditelerinin de yeni gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için gerçek bir yük olduğu bildirilmektedir (Daré ve ark. 2019). Kronik hastalıklar, yavaş seyreden, altı aydan uzun süren, birçok nedene bağlı ortaya çıkabilen, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen, sürekli tıbbi hizmet alımını gerektiren ve bu sebeplerle de bireylerin günlük hayatlarını engelleyen bir durum olarak tanımlanmaktadır (WHO 2020). Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da isimlendirmekte ve dünyada kronik hastalıklardan dolayı ölüm oranlarının arttığını bildirmektedir. 2019 yılı raporu dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninden 7'sinin (küresel ölümlerin %74'ünün) bulaşıcı olmayan hastalıklar olduğunu göstermektedir (WHO 2020). 2023 verileri ise, dünyada en fazla ölüme yol açan hastalıkların ise kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalığı ve diyabet olduğunu bildirmektedir (WHO 2023). Dahası, Avrupa nüfusunun yaklaşık dörtte biri en az bir KFH yaşarken (van der Heide ve ark. 2015), Amerikalılarda bu oran %60'lara yaklaşmaktadır (CDC 2023). Ek olarak, ruhsal bozuklukların dünyadaki yaygınlığı artmakta, her 8 kişiden birinin ruhsal bozukluk yaşadığı bildirilmektedir (WHO 2022). Cinsiyet, yaş gibi sosyodemografik özelliklere göre değişiyor olsa da depresyon ve kaygı bozuklukları dünya genelinde en yaygın bozukluklardandır (WHO 2022). Yaygın olan bu ruhsal bozukluklar ile kanser (Nakash ve ark. 2014), kalp hastalıkları (Alves ve ark. 2009), diyabet (Grigsby ve ark. 2002, Al-Hayek ve ark. 2012, Mezuk ve ark. 2013, Yu ve ark. 2015) gibi farklı KFH'lerin birlikte görülme oranları yüksektir ve sıkça araştırılmaktadır. Ruhsal bozuklukların genellikle bir veya daha fazla KFH ile ilişkilendirildiği ve bu durumun hastanın sağlığında daha ağır fiziksel sonuçlara yol açtığı göz önünde bulundurulduğunda, genel tablo endişe vericidir. Dahası ruhsal bozukluğu olan bireylere fiziksel sağlık sorunları için sağlanan bakım, ruhsal bir bozukluğu olmayan kişiler ile karşılaştırıldığında daha geri planda kalmaktadır (Dare ve ark. 2019). Ek olarak, eşlik eden bu ruhsal bozukluklar hastane kalış süresini uzatmakta, tanı koymaya dair işlemlere maruz kalmayı ve hastalık-tedavi maliyetini arttırmakta, medikal ve cerrahi tedavinin etkinliğini azaltarak sağlık sistemini olumsuz yönde etkilemektedir (Hall ve ark. 1996, Struijs ve ark. 2006). Bu doğrultuda, KFH'si olan bireylerde gözlenen psikolojik sıkıntıların anlaşılması hem birey ve toplum sağlığının artırılması, hem de sağlık politikalarının geliştirilmesi adına önemlidir.

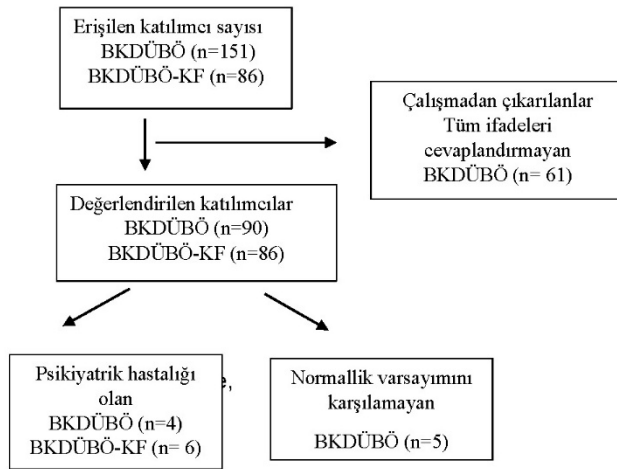
İlk teoriler KFH'si olan bireylerin psikolojik sıkıntılarını "bilişsel paradigma" ile açıklamakta ve hastalıkların olumsuz olarak değerlendirilmesine bağlı olarak bu sıkıntıların devam ettiğini vurgulamaktadır. Güncel çalışmalar ise, "düşünce hakkındaki düşünce" olarak ifade edilen (Flavell 1979, Wells 2000) üstbiliş kavramına önem vermekte; ne düşünüldüğünden çok nasıl düşünüldüğünün önemine dikkat çekmektedir (Ak ve ark. 2012). Bu kapsamda, Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlev (KDYİ) Model alternatif bir bakış açısı ve transdiagnostik bir yaklaşım sunmaktadır (Cook ve ark. 2015a, Heffer-Rahn ve Fisher 2018, Purewal ve Fisher 2018). Bu modelde, üstbilişsel inançlar (örn. kontrol hakkındaki inançlar ve biliş yürütme) duygusal sıkıntının işlevsel belirleyicileri olarak ele alınmaktadır. Ek olarak, bilişsel olaylara verilen esnek ve işlevsel olmayan tepkiler ruhsal hastalıkları ortaya çıkarmaktadır (Wells 2009). Özetle, olumsuz hastalık algılarından bu algılara verilen bireysel tepkiler (örn. yoğun endişe) duygusal sıkıntıya yol açmaktadır (Fisher ve ark. 2018, Cook ve ark. 2015a). Üstbilişsel inançlar olumlu ve olumsuz olmak üzere iki türdür. Olumlu üstbilişler, bilişsel dikkat sendromunu (BDS) oluşturan ve sürdüren bilişsel etkinliklere katılmanın yararları ya da avantajları (örn. Eğer tekrar tekrar endişelenirsem semptomları ya da erken işaretleri belirleyebilirim) ile ilgilidir. Olumsuz üstbilişsel inançlar, düşüncelerin ve bilişsel deneyimlerin kontrol edilemezliği, anlamı, önemi ve tehlikeliliği ile ilgili inançlardır (örn. Hastalığın geri dönüşü ile ilgili endişemi durduramam) (Wells 2009, Wells ve Mathews 1994). KDYİ modele göre, ruhsal sorunlar, BDS olarak isimlendirilen endişe ve tekrarlayıcı düşünme aracılığıyla ortaya çıkmaktadır (Wells ve Mathews 1994, Wells 2009, 2013).

Psikolojik rahatsızlıkların mekanizmalarının anlaşılmasında sıkça kullanılmaya başlanan KDYİ model, KFH için yeni yeni test edilmektedir. Parkinson hastaları (Allott ve ark. 2005, Brown ve Fernie 2015), kronik yorgunluk sendromu (KYS) (Maher-Edwards ve ark. 2012), multipl skleroz (Heffer-Rahn ve Fisher 2018), kalp hastalığı (Anderson ve ark. 2019), kanser (Cook ve ark. 2015, 2015a) ve epilepsi (Fisher ve Noble 2017) tanısı olan bireylerle yürütülen ilk çalışmalar üstbilişsel inançlar ile duygusal sıkıntıların ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Kronik hastalıklarda üstbilişlerin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi sistematik bir derleme ile de desteklenmektedir (Capobianco ve ark. 2020). İlk bulgulara ek olarak, üstbilişsel süreçler ile KFH belirtileri arasındaki ilişkinin çok fazla ele alınmamış olması ve bu çalışmaların ortak noktasının semptom kontrolü olması dikkat çekmektedir.

Üstbilişsel Profil Oluşturma Görüşmesinden (Wells 2000) faydalanılarak yürütülen bir çalışmada, çoğu kronik yorgunluk sendromu hastasının dikkatlerini belirttilerine odakladıkları; bunun da duygudurumu olumsuz

etkilemesine ek olarak, hedefe ulaşılmasını engellediği, belirtileri yoğunlaştırdığı gösterilmiştir (Maher-Edwards ve ark. 2012). Bu doğrultuda, Fernie, Maher-Edwards, Murphy, Nikčević, ve Spada (2015) belirtilerin değerlendirilmesinin yanı sıra özellikle bilişsel ve dikkat süreçlerine atıfta bulunan ve belirtiler üzerinde düşünmeyi gerektiren ifadelerden oluşan bir ölçek geliştirmişlerdir. Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği (BKDÜBÖ) olarak isimlendirilen bu ölçek, belirtilere odaklanıyor olsa da (özellikle fiziksel belirtileri değerlendirme, yönetme ve kontrolündeki rolüne), ifadeler bilişsel ve dikkate dair süreçlere de karşılık gelmektedir (Fernie ve ark. 2015). 17 maddelik bu ölçek revize edilmiş ve daha sonra 8 maddelik bir kısa form oluşturulmuştur (Fernie ve ark. 2019). BKDÜBÖ kullanılarak yürütülen bir çalışmada, stres, anksiyete, depresyon ve toplam üstbiliş puanları kontrol edildikten sonra, semptom kontrolüne dair olumlu üstbilişler fibromiyaljide (FM) bozulmuş fiziksel işlevselliği öngörürken, semptom kontrolüne ilişkin olumsuz üstbilişler FM semptomlarının genel etkisini öngörmüştür (Kollmann ve ark. 2016). Bu bulgular, belirti kontrolüne ilişkin üstbilişlerin, KFH'lerdeki üstbilişsel süreçleri anlamamıza yardımcı olan ayrı bir yapı olabileceğine işaret etmektedir. Ancak Türk dilinde üstbilişsel yapıları ölçmeye dair Üstbilişler Ölçeği-30 (Yılmaz ve ark. 2008), Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (Irak 2012), Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçekleri (Yılmaz ve ark. 2014) gibi farklı ölçüm araçları bulunsa da belirti kontrolüne dair üstbilişleri değerlendiren bir ölçek bulunmamaktadır.

Bu nedenle çalışmanın amacı, "Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeğini (BKDÜBÖ)" ve kısa formunu Türkçeye uyarlamaktır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, Türkiye'deki kronik hastalık sahibi bireylerin belirti kontrolüne dair üstbilişlerinin, İngiltere, Almanya ve Arabistan'da yaşayan bireylerle benzer biçimde ölçülüp ölçülemeyeceğini değerlendirerek uluslararası alanyazına katkı sağlayacaktır. Mevcut çalışmanın bulguları alanyazındaki bulgular ile karşılaştırılarak, üstbilişler ve sağlık sonuçlarına dair değişkenlerle arasındaki ilişkilere dair de çıkarım yapılacaktır. Bildirilen ölçüm aracının belirti kontrolüne dair üstbilişleri kısa ve kolay şekilde ölçülemeye fırsat vermekte ve uluslararası araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bu gelişmeler, ölçeğin kültürümüze uyarlanmasının önemini artırmaktadır. Son olarak, bu çalışmanın güncel olan "belirti kontrolüne dair üstbilişler" kavramının Türkiye'de ölçülmesine imkân vererek ruh sağlığı uzmanları ve araştırmacılar için oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.



**Şekil 1. Çalışma dışında bırakılan hastaları gösteren diyagram**

## Yöntem

### Örneklem

Ölçeğin hem uzun hem de kısa formunun örneklemini Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji ve Dahiliye bölümüne başvuran ve çalışmayı kabul eden katılımcılar oluşturmuştur. Her iki çalışma için örneklemin içerleme kriterleri: a) en az 3 ay ve daha uzun süredir kronik bir fiziksel duruma (örn. romatoid artrit, fibromiyalji, multipl skleroz, diyabet, tansiyon, tiroid hastalığı) sahip olmak, b) herhangi bir psikiyatrik tanı (örn. majör depresyon, anksiyete vb.) almamış olmak, c) herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmıyor olmak d) 18 yaş ve üzerinde olmak'tır. Örneklem alınması gereken kronik hasta sayısının belirlenmesi için G-Power 3.1. paket programı kullanılmıştır. Çalışmada kullanılacak ölçekler arası ilişkilerin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanılmıştır. Bu ölçekler arasındaki ilişkilerin ise orta düzeyde olacağı varsayılarak, yanılma düzeyi .05, çalışmanın gücü .80 düzeyinde ele alınarak yapılan analiz sonunda 132 kronik hastaya erişilmesi gerektiği bulunmuştur. Ancak ölçeğin uzun formu için 151 kısa formu için 86 kişiye erişilmiş ve Şekil 1'de verildiği üzere

katılımcıların bir kısmı çalışmadan çıkarılmıştır. Son tahlilde, örneklem büyüklüğü için madde sayısının en az beş katı olması ilkesi (Bryman ve Cramer 2001) karşılandığı düşünülerek, verilerin analizleri gerçekleştirilmiştir.

Son haliyle, BKDÜBÖ'nin örneklemini 81 katılımcıdan (66 kadın, 15 erkek), BKDÜBÖ-KF'nun örneklemini toplam 80 katılımcıdan (65 kadın, 15 erkek) oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması BKDÜBÖ için 43.90 (SS= 11.93) ve BKDÜBÖ-KF için 38.35'tir (SS= 13.17). Ölçeğin uzun ve kısa formlarının katılımcılarına ait betimsel bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

<b>Tablo 1. Her iki örneklemin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler</b>																
Değişkenler	BKDÜBÖ		BKDÜBÖ - Olumsuz	t /F	p	BKDÜBÖ -Olumlu	t /F	p	BKDÜBÖ-KF		OÜ-BKF	t /F	p	OÜ-BAU	t /F	
	N	%							Ort, (SS)	N						%
Medeni hal				2,46	,07		,05	,98				,72	,49		,02	,98
Bekar	9	11,1	17,00 (6,24)			25,11 (6,21)			20	25	8,15 (2,13)			12,25 (2,67)		
Evli	61	75,3	17,42 (6,69)			25,23 (5,94)			58	72,5	7,46 (3,16)			12,16 (3,37)		
Boşanmış	6	7,4	10,50 (3,33)			26,17 (6,64)			2	2,5	6,00 (2,83)			12,50 (3,53)		
Eşi vefat etmiş	5	6,2	13,20 (9,09)			24,80 (7,98)										
Birlikte yaşama				2,78*	,03		,86	,49				,67	,61		1,07	,38
Eş/Partner ile	17	21	16,00 (6,48)			27,18 (5,88)			16	20	8,29 (3,03)			13,45 (2,73)		
Eş ve çocuklar ile	43	53,1	18,12* (6,78)			24,77 (5,94)			39	48,8	7,26 (3,25)			11,59 (3,59)		
Çocukları ile	7	8,6	9,57* (3,04)			26,28 (6,13)			2	2,5	6,00 (2,83)			12,50 (3,54)		
Yalnız	7	8,6	17,43 (8,56)			25,14 (6,96)			1	1,3	10,00			14,00		
Diğer	7	8,6	15,00 (4,76)			22,71 (6,26)			22	27,5	7,73 (2,21)			12,23 (2,60)		
Çocuk varlığı				,97	,33		-,24	,81				-,61	,54		,04	,97
Evet	66	81,5	16,95 (6,83)			25,18 (5,99)			50	62,5	7,44 (3,25)			12,20 (3,49)		
Hayır	15	18,5	15,07 (6,71)			25,60 (6,42)			30	37,5	7,85 (2,30)			12,17 (2,63)		
Eğitim durumu				,44	,82		,29	,92				,89	,47		1,38	,25
Okuryazar değil	1	1,2	20,00			25,00										
İlkokul mezunu	11	13,6	17,73 (6,94)			23,73 (6,99)			9	11,3	8,00 (3,71)			13,55 (2,18)		
Ortaokul mezunu	12	14,8	17,25 (8,53)			24,50 (5,04)			4	5,0	7,50 (4,51)			12,00 (3,56)		
Lise mezunu	21	25,9	15,09 (5,18)			26,28 (6,74)			33	41,3	8,11 (3,05)			11,28 (3,42)		
Üniversite mezunu	28	34,6	16,39 (7,18)			25,43 (5,47)			29	36,3	6,79 (2,38)			12,69 (3,14)		
Lisansüstü eğitim	8	9,9	18,37 (7,46)			25,25 (7,28)			5	6,3	8,20 (2,05)			13,00 (2,00)		
Çalışma durumu				-,33	,74		1,48	,14				-,42	,16		1,24	,22
Çalışıyor	33	40,7	16,03 (6,92)			26,27 (5,97)			34	42,5	6,99 (2,13)			12,59 (2,90)		
Çalışmıyor	44	54,3	16,54 (6,81)			24,27 (5,82)			44	55,0	7,91 (3,30)			11,70 (3,32)		
Çalışmama nedeni				,53	,59		,99	,38				1,69	,20		,40	,67
Emekli	17	21	16,17 (6,25)			24,65 (6,65)			11	13,8	7,27 (3,04)			12,73 (3,66)		
Hastalığım nedeniyle	2	2,5	21,50 (10,61)			19,50 (7,78)			4	5	10,25 (5,12)			11,50 (3,41)		
Diğer	19	23,5	17,63 (8,13)			25,68 (5,19)			16	20	7,25 (2,41)			11,62 (3,14)		

**Tablo 1. Her iki örneklemin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler**

Değişkenler	BKDÜBÖ	BKDÜBÖ - Olumsuz	t /F	p	BKDÜBÖ -Olumlu	t /F	p	BKDÜBÖ-KF	OÜ-BKF	t /F	p	OÜ-BAU	t /F	
Ortalama aylık gelir1			1,28	,29		,35	,79			,51	,67		1,07	,37
0-1603 TL	6	7,4	18,00 (6,84)		24,83 (5,56)			5	6,3	8,40 (3,85)		11,60 (1,52)		
1 604-5 200 TL	50	61,7	15,50 (6,25)		24,84 (6,58)			51	63,8	7,69 (3,02)		12,00 (3,30)		
5 201-10 000 TL	14	17,3	17,86 (8,19)		26,57 (4,13)			18	22,5	7,50 (2,85)		12,22 (3,42)		
10 001 TL ve üstü	9	11,1	19,67 (7,74)		26,11 (6,79)			5	6,3	6,20 (1,30)		14,60 (1,67)		
Aile gelir düzeyi				,89	,47		2,87*	,03			1,28	,29		2,36 ,08
Düşük	6	7,4	14,33 (4,23)		19,00* (4,10)			2	2,5	11,50 (4,95)		10,50 (2,12)		
Düşük orta	14	17,3	14,50 (4,91)		26,93* (6,54)			14	17,5	7,21 (2,12)		11,71 (3,07)		
Orta	49	60,5	16,90 (7,34)		24,90 (5,74)			51	63,8	7,59 (2,93)		11,88 (3,32)		
Yüksek orta	9	11,1	18,89 (7,13)		27,22 (5,21)			12	15	7,42 (3,45)		14,33 (2,15)		
Yüksek	3	3,7	19,33 (8,50)		30,00 (6,56)									

<sup>1</sup> 2018 yılı verilerine göre gelir aralıklarını yansıtmaktadır.; \*p <.05

Çalışmada her iki örneklemin hastalık süreçleri de değerlendirilmiş ve hastalık süreçlerine dair veriler Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Her iki örneklemin hastalık sürecine ilişkin veriler**

Değişkenler	BKDÜBÖ		BKDÜBÖ-KF	
	N	%	N	%
Tanı sonrası geçen süre	6 ay-30 yıl		6 ay-39 yıl	
Başka kronik hastalık varlığı				
Evet	30	37,0	29	36,3
Hayır	51	63,0	51	63,8
Ailede kronik hastalık varlığı				
Evet	48	59,3	38	47,5
Hayır	33	40,7	42	52,5
Daha önce tanı alınan psikiyatrik hastalık				
Evet	12	14,8	9	11,3
Hayır	69	85,2	71	88,8
Daha önce tanı alınan psikiyatrik hastalık				
Depresyon	6	7,4	4	5,0
Panik bozukluk	4	4,9	2	2,5
Kaygı Bozukluğu			2	2,5
Obsesif kompulsif bozukluk			1	1,3
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı				
Evet	13	16,0	8	10
Hayır	68	84,0	72	90
Ailede alınan psikiyatrik tanıları				
Major depresyon	5	6,2	2	2,5
Kaygı bozukluğu	1	1,2	2	2,5
Şizofreni	1	1,2	1	1,3
Obsesif kompulsif bozukluk			1	1,3
Panik bozukluk	1	1,2		
Bipolar bozukluk	1	1,2		

BKDÜBÖ: Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği; BKDÜBÖ-KF: Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği Kısa Formu

## İşlem

Her iki çalışmanın verileri yüz yüze toplanmıştır. Ölçeklerin yazarlarından 09.02.2018 tarihinde e-posta aracılığı ile çeviri izinleri alınmıştır. Çalışmanın etik onay izinleri ise İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır (tarih: 18/12/2018 karar numarası: 343829). Çeviri süreçlerinin ardından Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji ve Dahiliye Bölümü'ne başvuran hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve psikiyatrik tanı aldığı veya psikiyatrik ilaç kullandığını sözel olarak bildiren katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir. BKDÜBÖ'e dair veriler Aralık 2018-2019 tarihlerinde, BKDÜBÖ-KF için veriler ve Haziran-Aralık 2019 tarihleri arasında kriterleri sağlayan ve gönüllü katılımcılardan elde edilmiştir. Katılımcılar ölçekleri hastanenin bildirilen birimlerine başvurularındaki bekleme süreleri boyunca kendileri doldurmuşlardır.

BKDÜBÖ'nün Türkçe versiyonu ise çeviri-geri çeviri yaklaşımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. BKDÜBÖ ilk olarak iki dilbilimci tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve çevirilerin doğruluğu araştırmacılar tarafından kabul edilmiştir. Çevirisini kabul edilen ölçeğin maddeleri Türkçe dilbilimcileri tarafından taranıp kontrol edilmiştir. Ölçeğin kontrol edilmiş versiyonu, 10 kişi (farklı cinsiyet, sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyinden) tarafından doldurulmuş ve ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçek uzman iki tercüman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiş ve çeviri süreci araştırmacılar tarafından takip edilmiştir. Ölçeğin son geri çeviri versiyonu ise ölçeğin geliştiricileri tarafından onaylanmıştır.

## Ölçekler

### *Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu*

Araştırmacılar tarafından katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (örn. yaş, cinsiyet, gelir durumu gibi) ve hastalıklarına dair bilgi edinmek amacıyla hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır.

### *Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği (BKDÜBÖ)*

Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği (BKDÜBÖ) (Ferne ve ark. 2015) KYS olan bireylerde, belirti odağı, ruminasyon ve endişe hakkındaki inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 17 maddeden oluşan ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır: belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişler (BKDÜBÖ-olumlu, örn. belirtilerimi izlemek nasıl gelişeceklerini tahmin etmeme yardımcı olur) ve belirti kontrolüne dair olumsuz üstbilişler (BKDÜBÖ-olumsuz, örn. belirtilerim olduğunda başka bir şeye odaklanmam imkansızdır). Ölçeğin her bir ifadesi "katılmıyorum" ile "kesinlikle katılıyorum" arasında değişen 4'lü likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçeğin her bir faktöründen alınan yüksek puanlar daha güçlü üstbilişsel yapılara işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık değerleri BKDÜBÖ-olumlu için .89, BKDÜBÖ-olumsuz için ise .88'dir (Ferne ve ark. 2015).

Sekiz maddelik Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği-Kısa Formu (BKDÜBÖ-KF), teorik gerekçeye uymayan veya anlaşılması zor olduğu düşünülen maddelerin çıkarılmasıyla oluşturulmuştur (Ferne ve ark. 2019). 4'lü Likert tipi ölçekten alınan yüksek puan üstbilişlerin gücünü doğrulamaktadır (Ferne ve ark. 2019). Ölçeğin psikometrik özellikleri üç farklı dilde KYS olan (İngiliz), FM hastalarını (Alman) ve Tip 1 diyabet hastalarını (T1D, Arap) içeren örneklemelerde gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar BKDÜBÖ-KF'nin de "belirti aşırı uyarılmışlığa dair olumlu üstbilişler (OÜ-BAU)" ve "belirtilere odaklanma, ruminasyon ve/veya endişe ile meşgul olmanın kontrol edilemezliği ve fiziksel yansımalarına dair olumsuz üstbilişler (OÜ-BKF)" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. BKDÜBÖ-KF'nin İngilizce, Almanca ve Arapça versiyonlarının her bir faktör için iç tutarlılık katsayıları kabul edilebilir ve iyidir ( $\alpha=.70-.80$ ). Ancak ölçeğin Arap dili versiyonunda OÜ-BKF alt boyutunun iç tutarlılık katsayısının ( $\alpha=.60$ ) tartışmalı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'nin Türkçe uyarlaması gerçekleştirilip psikometrik özellikleri incelenmiştir.

### *Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)*

Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) psikolojik bozuklukları ortaya çıkaran ve sürdüren mekanizmaları etkileyen farklı üstbilişsel inanç ve süreçleri değerlendirmek için geliştirilmiştir (Wells ve Cartwright-Hatton 2004). Ölçeğin birbiri ile ilişkili beş farklı boyutu bulunmaktadır: endişe ile ilgili olumlu inançlar, endişe ile ilgili olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık. İfadeler 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 4 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 4'lü Likert ölçeğine göre puanlanmaktadır. Ölçekten 30 ile 120 arasında değişen şekilde toplam puan alınabilirken ölçekten yüksek puan alınması, üstbilişsel inanç ve süreçlerin patolojik yönde yükseldiğine işaret etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton 2004). Ölçeğin psikometrik özellikleri iyi olarak değerlendirilmekte ve iç tutarlılık katsayıları .72 ile .93 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yılmaz ve arkadaşları (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. ÜBÖ-30'un orijinaline

uygun olarak, ölçek beş faktörlü bir yapıya işaret etmiştir. Bunlar olumlu inançlar, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalıktır. Ölçek yüksek iç tutarlılık katsayıları (toplam puan için  $\alpha = .87$ , alt ölçekler için  $\alpha = .73- .89$ ) ile Türkiye örnekleminde kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir araçtır (Yılmaz ve ark. 2008).

### **Kısa Form-36 (KF-36)**

Kısa Form-36 (KF-36) Medical Outcomes Study'de kullanılmak üzere genel sağlık durumunun kapsamlı bir değerlendirmesini yapmak üzere Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiştir. Bu 36 maddelik ölçek, son 4 haftaya dair yaşam kalitesini değerlendirmektedir ve sekiz alt boyuta sahiptir: fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel sağlık sorunlarının neden olduğu rol kısıtlamaları, duygusal problemlerin neden olduğu rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algıları, canlılık ve ruh sağlığı. KF-36 puanları 0 (kötü sağlık) ile 100 (iyi sağlık) arasında puanlanmakta, yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksekliğine işaret etmektedir. KF-36'nın Türkçe çevirisi Koçyigit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Her alt ölçek için iç tutarlılık katsayıları .73 ile .76 arasında değişmektedir. Madde toplam korelasyonları .47 ile .88 arasında değişmektedir (Koçyigit ve ark. 1999).

### **İstatistiksel Analiz**

Veriler SPSS 21 (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi 21) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Temel analizlerden önce, BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'ye ait veri setleri için frekans, uç değerler, kayıp veri analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu analizler sonucu ölçeğin verilerinden 61 katılımcı ölçek maddelerinin tamamını cevaplandırmadığı için, beş katılımcı uç değer nedeniyle çıkarılmıştır. BKDÜBÖ-KF'ye ait veri setinden veri çıkarılması gerekli görülmemiştir. Ölçüm araçlarının faktör yapısı temel bileşenler analizi ve varimaks döndürmesinin kullanıldığı faktör analizi ile sınanmıştır. Ölçeklerin iç-tutarlılık güvenilirliğini hesaplamada Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'nin diğer ölçeklerle olan ilişkileri ise Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılarak test edilmiştir. Ölçek puanlarının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için T testi ve Tek Yönlü ANOVA kullanılmıştır.

**Tablo 3. BKDÜBÖ'nün faktör yükleri**

<b>BKDÜBÖ-Maddeler</b>	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>
Belirti kontrolüne dair olumsuz üstbilişler ( $\alpha = .89$ )		
7. Belirtilerim hakkında düşünmek beni olumsuz ve çökmüş hissettirir.	,87	
9. Belirtilerim hakkında düşünmek beni tükenmiş hissettirir.	,87	
11. Belirtilerime odaklanmak beni kaygılı ve stresli hissettirir.	,82	
16. Belirtilerime odaklanmak beni çökmüş hissettirir.	,81	
4. Belirtilerim hakkında düşünmek kendimi engellenmiş hissetmeme neden olur.	,79	
13. Belirtilerim hakkında düşünmeye bir kere başladım mı bunu durduramam.	,77	
17. Belirtilerim hakkında düşünmek onları daha kötü hale getirebilir.	,55	
1. Belirtileri deneyimlerken başka bir şeye odaklanmak imkansızdır.	,52	
Belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişler ( $\alpha = .83$ )		
10. Belirtilerimi izlemek onları daha iyi kontrol etmemi sağlar.		,82
12. Belirtilerimi izlemek gelebilecek zararlardan kendimi korumama yardım eder.		,72
15. Belirtilerime dikkat etmemek, hastalığının kötüleşmesine sebep olabilir.		,69
14. Belirtilerime odaklanarak, ne zaman daha iyiye gittiğimi fark edebilirim.		,68
8. Fiziksel sınırlarımı anlayabilmek için belirtilerimi izlerim.		,67
2. Belirtiye odaklanırsam, daha iyi olmak için uygun adımları atabilirim.		,67
6. Belirtilerimi izlemek onların nasıl gelişeceğini tahmin etmeme yardımcı olur.		,61
3. Belirtilerim hakkında uzun uzadıya düşünmek onlarla nasıl başa çıkacağımı bulmam konusunda bana yardımcı olur.		,50
5. Belirtilerime dikkat etmezsem, kendimi çok fazla zorlayabilirim.		,48

BKDÜBÖ: Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği ;  $\alpha$ : Cronbach alfa

### **Bulgular**

#### **Temel Bileşenler Analizi**

Keiser Meyer-Olkin değerleri BKDÜBÖ maddeleri için .79, BKDÜBÖ-KF maddeleri için ise, .68 olarak bulunmuştur. Bartlett test sonuçları BKDÜBÖ maddeleri için  $X^2(136) = 646.97$  ( $p < 0.001$ ), BKDÜBÖ-KF maddeleri için ise  $X^2(28) = 209.52$  ( $p < 0.001$ ) olarak hesaplanmıştır. Bu değerler mevcut verilerin faktör analizi için elverişli olduğunu göstermektedir. BKDÜBÖ için yürütülen analizlerde ölçek maddelerinin iki faktöre

yığılması istenmiş ve madde dağılımlarının özgün çalışmadaki gibi olduğu görülmüştür. Birinci faktör varyansın %28.46'sını, ikinci faktör varyansın %23.64'ünü açıklamıştır. Açıklanan toplam varyansın ise %52.10 olduğu görülmüştür. BKDÜBÖ maddeleri için faktör yükleri .49 ile .87 arasında değişmektedir ve Tablo 3'te verilmiştir.

BKDÜBÖ-KF'nin maddelerinin de iki faktöre yığılması istendiğinde özgün formla tutarlı madde dağılımı gözlenmiştir. Birinci faktör varyansın %33.97'sini, ikinci faktör varyansın %26.15'ini açıklamıştır. Açıklanan toplam varyansın ise %60.12 olduğu görülmüştür. BKDÜBÖ'nün maddelerine ilişkin faktör yükleri .49-.87 arasında, BKDÜBÖ-KF'nin maddelerine ilişkin faktör yükleri ise .49-.86 arasında değişmektedir ve faktör yükleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 3'te sunulduğu gibi BKDÜBÖ'nün madde dağılımları özgün ölçekle (Ferne ve ark. 2015) benzerdir. Özgün ölçekle tutarlı olarak birinci faktöre "belirti kontrolüne dair olumsuz üstbilişler (BKDÜBÖ-olumsuz)", ikinci faktöre ise "belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişler (BKDÜBÖ-olumlu)" alt ölçeği adı verilmiştir. Tablo 4'ten anlaşılacağı üzere BKDÜBÖ-KF'nin de madde dağılımlarının özgün ölçekle (Ferne ve ark., 2019) birebir örtüştüğü görülmüştür. Özgün ölçekle tutarlı olarak, ölçeğin alt boyutları belirti aşırı uyarılmışlığına dair olumlu üstbilişler (OÜ-BAU) ve belirtilere odaklanma, ruminasyon ve/veya endişe ile meşgul olmanın kontrol edilemezliği ve fiziksel yansımalarına dair olumsuz üstbilişler (OÜ-BKF) olarak isimlendirilmiştir.

<b>Tablo 4. BKDÜBÖ-KF'nin faktör yükleri</b>		
<b>BKDÜBÖ-KF maddeleri</b>	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>
Belirti aşırı uyarılmışlığına dair olumlu üstbilişler ( $\alpha = .83$ )		
5. Belirtilerimi izlemek onları daha iyi kontrol etmemi sağlar.	,86	
3. Fiziksel sınırlarımı anlayabilmek için belirtilerimi izlerim.	,81	
6. Belirtilerimi izlemek gelebilecek zararlardan kendimi korumama yardım eder.	,80	
2. Belirtilerimi izlemek onların nasıl gelişeceğini tahmin etmemi yardımcı olur.	,78	
Belirtilere odaklanma, ruminasyon ve/veya endişe ile meşgul olmanın kontrol edilemezliği ve fiziksel yansımalarına dair olumsuz üstbilişler ( $\alpha = .66$ )		
4. Belirtilerim hakkında düşünmek beni tükenmiş hissettirir		,80
7. Belirtilerim hakkında düşünmeye bir kere başladım mı bunu durduramam.		,79
1. Belirtileri deneyimlerken başka bir şeye odaklanmak imkansızdır		,74
8. Belirtilerim hakkında düşünmek onları daha kötü hale getirebilir.		,49

BKDÜBÖ-KF: Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği Kısa Formu;  $\alpha$ : Cronbach alfa

## Güvenirlilik

Ölçeklerin güvenirliliği, iç tutarlılık katsayıları hesaplanarak test edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda Cronbach alfa değerleri "BKDÜBÖ-olumsuz" için .89 ve "BKDÜBÖ-olumlu" için .83 olarak bulunmuştur. Belirtilen alt ölçeklerin sırasıyla madde toplam korelasyonları .80- .42 ve .74- .37 arasında değişmektedir.

BKDÜBÖ-KF'nin alt ölçekleri için yürütülen analizlerde iç tutarlılık OÜ-BAU için .83 ve OÜ-BKF için .66 olarak bulunmuştur. Belirtilen alt ölçeklerin sırasıyla madde toplam korelasyonları .70- .64 ve .59- .29 arasında değişmektedir. Bu değerlere göre, ilk boyutun iyi düzeyde, ikinci boyutun ise kabul edilebilir düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir. Son olarak, BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'nin puan ortalaması ve standart sapmaları Tablo 5'te verilmiştir.

<b>Tablo 5. BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'nin Puan Dağılımları</b>			
<b>BKDÜBÖ Formları</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>N</b>
BKDÜBÖ-Olumsuz	16,60	6,80	81
BKDÜBÖ-Olumlu	25,26	6,03	81
OÜ-BKF	7,59	2,92	80
OÜ-BAU	12,19	3,18	80

BKDÜBÖ: Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği; BKDÜBÖ-KF: Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği Kısa Formu; OÜ-BKF: Belirtilere odaklanma, ruminasyon ve/veya endişe ile meşgul olmanın kontrol edilemezliği ve fiziksel yansımalarına dair olumsuz üstbilişler; OÜ-BAU: Belirti aşırı uyarılmışlığına dair olumlu üstbilişler

BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'nin; ÜBÖ-30, SF-36 ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkileri Pearson korelasyon katsayıları ile hesaplanmıştır. Tablo 6'da verildiği üzere, "BKDÜBÖ-olumsuz" alt boyutu ÜBÖ-30'un endişe ile ilgili olumsuz inançlar ve bilişsel kontrol ile anlamlı pozitif, KF-36'nın fiziksel işlevsellik, ağrı, sosyal işlevsellik, canlılık ve ruhsal sağlık alt boyutları ile anlamlı negatif korelasyona sahiptir. "BKDÜBÖ-olumlu" alt boyutu ÜBÖ-30 toplam puanı, endişe ile ilgili olumlu inançlar, bilişsel farkındalık alt boyutları ile anlamlı pozitif korelasyona sahiptir.



OÜ-BKF alt boyutu ÜBÖ-30 toplam puanı, ÜBÖ-30'un endişe ile ilgili olumsuz inançlar alt boyutu ile anlamlı pozitif; ÜBÖ-30'un bilişsel kontrol alt boyutu, KF-36'nın fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, canlılık, genel sağlık ve ruhsal sağlık alt boyutları ile ise anlamlı negatif korelasyona sahiptir. OÜ-BAU alt boyutu ise toplam ÜBÖ-30 puanı ve ÜBÖ-30'un bilişsel farkındalık alt boyutu ile pozitif, ÜBÖ-30'un bilişsel kontrol alt boyutu ile negatif korelasyona sahiptir. BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF ile ÜBÖ-30, KF-36 ve ölçek alt boyutları için korelasyon analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

<b>Tablo 6. BKDÜBÖ, BKDÜBÖ-KF ile ÜBÖ-30 ve KF-36'nın alt ölçekleri arasındaki ilişkilere dair sonuçlar</b>				
	<b>BKDÜBÖ-olumsuz</b>	<b>BKDÜBÖ-olumlu</b>	<b>BKDÜBÖ-KF OÜ-BKF</b>	<b>BKDÜBÖ-KF OÜ-BAU</b>
ÜBÖ-30 Toplam puan	,21	,33**	,40**	,34**
ÜBÖ-30 olumlu	,06	,28*	,19	,14
ÜBÖ-30 olumsuz	,29**	,20	,52**	,20
ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik	,03	,09	,21	,04
ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı	,27*	,26	-,24*	-,35**
ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık	,05	,30**	,18	,45**
KF-36 fiziksel işlevsellik	-,24*	-,05	-,36**	,07
KF-36 fiziksel rol kısıtlamaları	-,20	-,005	-,19	-,18
KF-36 ağrı	-,27*	-,009	-,08	,10
KF-36 sosyal işlevsellik	-,31**	,08	-,26*	-,04
KF-36 canlılık	-,30**	-,06	-,32**	,04
KF-36 duygusal rol kısıtlamaları	-,18	-,07	-,06	-,12
KF-36 genel sağlık	-,13	,05	-,31**	,007
KF-36 ruh sağlığı	-,29**	,08	-,44**	,01

$p < .05$   $p < .01$ ; N=81 BKDÜBÖ; N=80 BKDÜBÖ-KF; BKDÜBÖ-olumsuz: Belirti kontrolüne dair olumsuz üstbilişler; BKDÜBÖ-olumlu: Belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişler; OÜ-BKF: Belirtilere odaklanma, ruminasyon ve/veya endişe ile meşgul olmanın kontrol edilemezliği ve fiziksel yansımalarına dair olumsuz üstbilişler; OÜ-BAU: Belirti aşırı uyarılmışlığına dair olumlu üstbilişler; ÜBÖ:Üstbiliş Ölçeği; KF-36: Kısa Form 36

### Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

T testi analizleri, BKDÜBÖ-olumlu ( $t = (79) = -2.34$ ,  $p < .05$ ) puanlarının cinsiyete göre farklılaştığını, BKDÜBÖ-olumsuz puanlarının ise farklılaşmadığını göstermiştir ( $t = (79) = 1.66$ ,  $p > .05$ ). Kadınlarla (Ort. = 24.53, SS = 6.01) karşılaştırıldığında erkeklerin BKDÜBÖ-olumlu puanları (Ort. = 28.47, SS = 5.15) daha yüksektir. OÜ-BKF ( $t = (78) = 0.13$ ,  $p > .05$ ) ve OÜ-BAU ( $t = (78) = -1.11$ ,  $p > .05$ ) puanları için cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. T testi analizleri, hem BKDÜBÖ-olumlu, BKDÜBÖ-olumsuz hem de OÜ-BKF ve OÜ-BAU puanlarının çocuk varlığı ve çalışma durumuna göre farklılaşmadığını göstermiştir. T testlerinin sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

Tek yönlü ANOVA sonuçları sadece birlikte yaşamanın BKDÜBÖ-olumsuz [ $F(4, 76) = 2.78$ ,  $p = 0.03$ ] ve aile gelir düzeyinin BKDÜBÖ-olumlu [ $F(4, 76) = 2.87$ ,  $p = 0.03$ ] üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Tukey testi kullanılarak yapılan post hoc karşılaştırmaları, eş ve çocuklarla birlikte yaşama ortalama puanının çocuklarla birlikte yaşamaya göre önemli ölçüde farklı olduğunu göstermiştir. Düşük orta aile gelirine sahip olma puan ortalaması da düşük aile gelirine sahip olma puan ortalamasından anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Diğer sosyo-demografik değişkenlerin BKDÜBÖ-olumlu ve BKDÜBÖ-olumsuz puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Son olarak, tek yönlü ANOVA sonuçları medeni durum, birlikte yaşama, eğitim düzeyi, çalışmama nedeni, ortalama aylık gelir ve aile gelir düzeyine göre OÜ-BKF ve OÜ-BAU puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığını göstermiştir. Tek yönlü ANOVA sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.

### Tartışma

Çalışmada, KYS olan bireylerde belirti kontrolüne dair üstbilişleri değerlendirmek üzere geliştirilmiş BKDÜBÖ (17 maddelik) (Fernie ve ark. 2015), ve KYS, FM ve T1D hastalarından oluşan örnekleme revize edilen BKDÜBÖ-KF'nin (8 maddelik) (Fernie ve ark. 2019) Türkçe formları oluşturulmuş ve psikometrik sınaması gerçekleştirilmiştir. BKDÜBÖ'nin sadece Almanca çevirisi bulunurken (Kollman ve ark. 2016), BKDÜBÖ-KF'nun Arapça ve Almanca versiyonları bulunmaktadır (Fernie ve ark. 2019).

BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF maddeleri için gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda, özgün çalışma ile tutarlı olarak ölçeğin Türkçe formlarının iki alt ölçekten oluştuğu ve bu alt ölçeklerdeki madde dağılımlarının özgün çalışma ile örtüştüğü görülmüştür. Buna göre, ölçeğin orijinal formunun faktör yükleri, BKDÜBÖ-olumsuz alt boyutu için .52-.88 arasında, BKDÜBÖ-olumlu alt boyutu için .60-.82 arasında değişmekte olup (Fernie ve ark.

2015), çalışmamızda da bu yüklerin hem BKDÜBÖ-olumsuz (.52-.87), hem de BKDÜBÖ-olumlu (.48-.82) için benzer aralıkta olduğu söylenebilir. Benzer şekilde, OÜ-BAU alt boyutunun faktör yüklerinin .78-.86 arasında, OÜ-BKF alt boyutunun faktör yüklerinin ise .49-.80 arasında değişmektedir. Bu faktör yüklerinin orijinal çalışma (Fernie ve ark. 2019) ile tutarlı olduğu söylenebilir.

Ölçeklerin güvenirlik analizleri incelendiğinde ise iç tutarlılık katsayısı BKDÜBÖ-olumsuz alt boyutu için  $\alpha=.89$ , BKDÜBÖ-olumlu alt boyutu için  $\alpha=.83$  olarak bulunmuştur. Bu değerlerin ölçeğin orijinal verileriyle benzer olduğu (Fernie ve ark. 2015), yaygın kabul edilen güvenirlik sınıflamasına göre (George ve Mallery 2003) alt boyutların iyi düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin kısa formuna ait veriler ise OÜ-BAU alt boyutunun iyi ( $\alpha=.83$ ) ve OÜ-BKF alt boyutunun kabul edilebilir düzeyde ( $\alpha=.66$ ) güvenilir olduğunu göstermiştir. Bu değerler orijinal ölçeğin verileri ile kısmen tutarlıdır. Ölçeğin KYS hastalarında gerçekleştirilmiş İngilizce versiyonu, FM hastalarında gerçekleştirilmiş Almanca versiyonu ve T1D hastalarında gerçekleştirilmiş Arapça versiyonlarının her iki faktör için iç tutarlılık katsayılarının çoğunlukla kabul edilebilir ve iyi aralıkta ( $\alpha=.70-.80$ ) olduğu bulunmuştur. Ancak Arap dili versiyonunun OÜ-BKF alt boyutunun iç tutarlılığının tartışmalı ( $\alpha=.60$ ) olduğu bildirilmiştir (Fernie ve ark. 2019). Bu bağlamda, OÜ-BKF alt boyutunun kültürlerarası ölçümlerde farklılaştığı ve bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

Ölçeklerin diğer ölçekler ile ilişkileri değerlendirildiğinde, BKDÜBÖ-olumsuz alt boyutu ile ÜBÖ-30'un endişe ile ilgili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı arasında anlamlı orta düzeyde pozitif ilişki; BKDÜBÖ-olumlu alt boyutu ile ÜBÖ-30 toplam puanı, endişe ile ilgili olumlu inançlar, bilişsel farkındalık alt boyutları arasında anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Elde edilen bu bulgular, alanyazınla tutarlı görünmektedir. Bu doğrultuda ölçeğin fibromiyalji hastalarında gerçekleştirilmiş Almanca çeviri çalışmasında da, semptomların kontrolüne ilişkin olumsuz üstbilişler, endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine ilişkin olumsuz inançlarla ( $r=.69$ ) ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ( $r=.54$ ) ile pozitif yönde ilişkili; semptom kontrolüne ilişkin olumlu üstbilişler, endişe hakkındaki olumlu inançlarla ( $r=.41$ ) ve bilişsel farkındalıkla ( $r=.26$ ) anlamlı ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Kollman ve ark. 2016). Mevcut çalışmada korelasyon katsayılarının daha düşük oluşu örneklem sayısının azlığına bağlı olabilir. Ancak bu bulgular üstbilişler ile semptom kontrolüne dair üstbilişlerin sadece Almanya'da değil ülkemizde de ilişkili olduğunu göstermektedir.

BKDÜBÖ-KF'nin diğer ölçeklerle ilişkisi incelendiğinde, OÜ-BKF alt boyutunun ÜBÖ-30 toplam puanı, endişe ile ilgili olumsuz inançlar alt boyutu ile anlamlı pozitif; bilişsel kontrol alt boyutu ile negatif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. OÜ-BAU alt boyutu ise, ÜBÖ-30 toplam puanı ve bilişsel farkındalık alt boyutu ile pozitif, düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutu ile negatif korelasyona sahiptir. Ölçeğin kısa formuna ait bulguların ise alanyazınla kısmen tutarlı olduğu söylenebilir. Ölçeğin İngilizce ve Almanca çeviri çalışmalarında, OÜ-BKF alt boyutu, üstbilişlere dair ölçümün tüm alt boyutları ( $r=.62-.32$  arasında) ile pozitif yönde ilişkiye sahipken, Arap dili versiyonunda aynı alt boyut endişe ile ilgili olumsuz inançlar ( $r=.31$ ), bilişsel güven eksikliği ( $r=.33$ ) ve düşünceleri kontrol ihtiyacı ( $r=.26$ ) alt boyutları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Fernie ve ark. 2019). Ayrıca, T-testi ve Tek Yönlü ANOVA sonuçları BKDÜBÖ-KF puanlarının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Ancak BKDÜBÖ-olumlu puanı erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu üstbiliş literatürü (Bahrami ve Yousefi 2011) ile tutarlı olmamakla birlikte konuyla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'nin bulguları birlikte değerlendirildiğinde, belirti kontrolüne dair üstbilişlerin, temel üstbiliş yapılarından en az ikisi ile ilişkili olması, ölçeğin bir dereceye kadar kültürler arası ve tanımlar ötesi bir uyum geçerliğini düşündürmektedir. Ancak diğer taraftan ölçeğin kısa formunun daha tutarsız verilere sahip olduğu da dikkati çekmektedir.

Üstbilişlerin sağlığa etkisini farklı kronik hastalıklar için test eden çalışmalar, kanser (Cook ve ark. 2015, 2015a), ve Parkinson hastalarında (Brown ve Fernie 2015) üstbilişlerin kaygı ile ilişkili olduğunu, multipl skleroz hastalarında üstbilişlerin duygusal sıkıntıyı yordadığını (Heffer-Rahn ve Fisher 2018) göstermektedir. KYS tanısı almış bireylerde ise, üstbilişlerin depresyon ve kaygıdan ziyade semptom ciddiyetinin yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Maher-Edwards ve ark. 2011). Bu nedenle BKDÜBÖ'nin KF-36 ölçeği ve alt boyutları ile gösterdiği ilişki uyum geçerliği için bir kanıt oluşturabilir.

Çalışmada hem BKDÜBÖ-olumsuz alt boyutu OÜ-BKF alt boyutu fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, canlılık ve psikolojik sağlık alt boyutları arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur. Ayrıca, BKDÜBÖ-olumsuz alt boyutu ağrı ile, OÜ-BKF alt boyutu genel sağlık ile negatif yönde ilişkiye sahiptir. Bu bulgular BKDÜBÖ ve BKDÜBÖ-KF'ye ilişkin elde edilen verilerle kısmen uyumaktadır. BKDÜBÖ'nin kronik yorgunluk sendromu olan hastalara dair orijinal verileri, BKDÜBÖ-olumsuz alt boyutunun yorgunluk, depresyon ve kaygı ile pozitif yönde; fiziksel işlevsellik ile negatif yönde ilişkili olduğunu göstermekte; depresyon ve kaygı kontrol edildiğinde BKDÜBÖ-olumsuz ve BKDÜBÖ-olumlu alt boyutlarının yorgunluğu yordadığını bulgulamaktadır (Fernie ve ark.

2015). Kollman ve arkadaşları (2016) da benzer sonuçları fibromiyalji hastalarında bulgulamıştır. Buna göre, belirti kontrolüne dair olumsuz ve olumlu üstbilişler işe gidebilme, fiziksel işlevsellikte bozulma, depresyon, kaygı ve stres ile pozitif yönlü ilişki göstermiştir. BKDÜBÖ-KF'nin orijinal bulgularına göre, OÜ-BKF alt boyutu tüm örneklemelerde (KYS, FM, T1D) anksiyete, depresyon ve semptom şiddeti ölçümleri ile anlamlı düzeyde pozitif ilişkili bulunmuştur (Fernie ve ark. 2019).

Diğer yandan mevcut çalışmada ölçeğin hem uzun hem de kısa formunun belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişler alt boyutları genel sağlık ölçümleri ile ilişkili bulunmamıştır. BKDÜBÖ'nin orijinal verileri kronik yorgunluğu olan bireylerde belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişlerin sadece yorgunluk ile pozitif yönde ilişkili, depresyon, kaygı ve fiziksel işlevsellik ile ilişkisiz olduğunu göstermektedir (Fernie ve ark. 2015). Ölçeğin kısa formuna dair sonuçlar da OÜ-BAU'nun yalnızca KYS olan bireylerde anksiyete ve yorgunluk ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (Fernie ve ark. 2019). Belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişlerin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin olduğuna işaret eden çalışmalar beklendik olsa da FM hastalarında belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişlerin iyi hissetme ile pozitif yönlü ilişkiye sahip olduğunu gösteren bir çalışma (Kollman ve ark. 2016) da bulunmaktadır. Araştırmacılar fibromiyalji hastalarının daha iyi hissetmelerini, belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişlerin algılanan kontrol duygusunu artırması ile açıklamışlardır. Buna göre mevcut çalışmada, algılanan kontrol, öz yeterlik gibi olumlu yapıları test edecek bir ölçüm bulunmuyor olsa da üstbilişlerin farklı moderatörlerle ele alınması kapsamını genişletip daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Mevcut çalışmanın bulguları bir arada değerlendirildiğinde ise, ölçeğin olumsuz alt boyutunun kültürlerarası ve tanılar üstü uyum geçerliğine sahip olduğunu, ölçeğin olumlu alt boyutunun ise bir dereceye kadar kültürlerarası ve/veya tanılar üstü uyum geçerliğine sahip olduğunu (Fernie ve ark. 2019) destekler görünmektedir. Bu kapsamda, ölçeğin uzun ve kısa formunun olumlu üstbilişler için verilerinin tutarsız olduğu ve daha fazla araştırılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir. BKDÜBÖ-KF'nun yapısal ve ölçümle ilgili değişmezliğine dair kanıtlarla desteklendiği üzere (Fernie ve ark. 2019) üstbilgi yapısının ardındaki psikolojik anlamların üç ülke (İngiltere, Almanya ve Arabistan) ve iki kültürün (Batı, Lübnanlı Arap) yanısıra Türkiye için de paylaşılmaktadır. Bu durum BKDÜBÖ'nün yapısal ve ölçüm değişmezliğine ilişkin kanıtları desteklemekte (Fernie ve ark. 2019) ve üstbilişsel modelin kültürler arası geçerliliğini destekleyebilecek kanıtlar sağlamaktadır.

Mevcut çalışmanın verileri psikometrik özellikler bağlamında ele alındığında ise, BKDÜBÖ'nün daha kapsayıcı ve güvenilirliğinin yüksek olduğu dikkati çekmektedir. BKDÜBÖ-KF'nin her ne kadar uygulama kolaylığına sahip olsa da tartışmalı ve güvenilirliği düşük verilere sahip olduğu söylenebilir. Bu nedenle, BKDÜBÖ'nin farklı hastalık gruplarında, eşlik eden hastalıkları da dikkate alarak araştırılmaya ihtiyaç duyulduğunu akla getirmektedir. Dahası, mevcut çalışmada semptom kontrolüne ilişkin üstbilişler ile sağlık sonuçları arasındaki olumsuz ilişkiler KDYİ modelini desteklemektedir (Wells ve Matthews 1994, 1996). Bu nedenle, kronik hastalık yönetiminde semptom kontrolüne ilişkin üstbilişlerin dikkate alınması önemlidir. Son olarak, BKDÜBÖ, KFH'de psikolojik sıkıntıyı azaltmayı amaçlayan psikolojik müdahaleler için kültürler arası hedeflerin belirlenmesine yönelik yeni bir yöntem sunmaktadır.

Bu araştırmanın, bulgularının yorumlanmasında dikkate alınması gereken sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan ilki, çalışma enlemesine-kesitsel olarak yürütülmüştür. Ancak kronik fiziksel hastalıkların bir süreç olduğu dikkate alındığında, belirti kontrolüne dair üstbilişlerin zamana göre değişim gösterip göstermediğini anlamak için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. İkincisi, öznel deneyimleri ve üstbilişleri değerlendiren bu çalışma öz-bildirime dayalı olarak yürütülmüştür. Ancak öz-bildirime dayalı ölçümler, hata varyansını artırabilecek yanıt yanlılığına (sosyal istenirlik, hatırlama yeteneği) duyarlıdır. Dahası belirti kontrolüne dair üstbilişler meta-farkındalığı gerektirmektedir. Bu sebeple öz-bildirime dayalı diğer çalışmalarda olduğu gibi (Fernie ve ark. 2015) mevcut çalışmada da amaçlanan yapıların ölçülüp ölçülemediği konusunda şüphe bulunmaktadır. Gelecek çalışmalarda Ekolojik Anlık Değerlendirme (Ecological Momentary Assessment) yöntemi ile gerçek zaman ölçümleri alınarak daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir (Kollmann ve ark. 2016). Üçüncüsü, örneklem büyüklüğü analizlerin gücünü etkilemiş olabilir. Dördüncüsü, her iki çalışmaya farklı kronik hastalığı olan bireyler katılmasına bağlı örneklemin heterojen oluşudur. Bu, tanıya spesifik olma potansiyeli bulunan ölçeğin geçerliğini düşürerek bulguları etkilemiş olabilir. Beşincisi, her iki çalışmanın örnekleminin yaklaşık %36'sında en az bir komorbidite bulunmaktadır. Bu ise ölçeğin potansiyel hastalığa özel değerlendirmesini güçleştirdiğinden, gelecek çalışmalarda karma ve tek tanı grubu arasında karşılaştırma yapmaya imkân verecek araştırmaların yürütülmesi ile bu durumun netleştirilmesi faydalı olacaktır. Altıncı olarak, katılımcıların ruhsal bir bozukluğu olup olmadığının belirlenmesi katılımcıların öz bildirimlerine dayanmaktadır. Gelecek çalışmalarda katılımcıların psikolojik değerlendirme görüşmesi ile değerlendirilmesi daha uygun olacaktır. Yedincisi, her ne kadar kronik hastalıkların cinsiyet farklılıklarına dair veriler ile tutarlı olsa da (Boerner ve ark. 2024) örneklemin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluşuyor oluşu (BKDÜBÖ için 66, BKDÜBÖ-KF için 65 kadın) verilerin genellenebilirliğini engellemektedir. Son olarak, örneklemin tanı yılları

yaklaşık 6 ay ile 39 yıl arasında değişmektedir. Ancak KF-36 son bir aydaki semptomları değerlendirdiğinden, katılımcıların belirti şiddetleri daha az ölçümlenmiş olabilir (Fernie ve ark. 2015). Tüm bu sınırlılıklara rağmen Türk diline uyarlanmış olan bu ölçeğin psikometrik özelliklerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. BKDÜBÖ-KF için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olsa da BKDÜBÖ daha iyi güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir ve Türkiye'de farklı kronik hastalıklarla ilişkili psikolojik sıkıntı mekanizmalarını anlamak için çalışmalar yürütülmesine olanak sağlayacaktır.

## Sonuç

Çalışma hem BKDÜBÖ hem de BKDÜBÖ-KF'nin Türkçe versiyonlarının geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmekle birlikte, BKDÜBÖ'nün daha iyi güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir. Ölçeğin Türkiye'de semptom kontrolüne dair üst bilişleri ölçmeye izin vermesinin yanı sıra kronik hastalıklarda üst bilişsel modellerin test edilmesine imkân vermesi beklenmektedir. Gelecek çalışmalarda, ölçeklerin farklı tanılara göre karşılaştırmalı incelenmesi geçerlik ve güvenilirlik sonuçlarını genişletebilir. Ayrıca ölçeğin tek bir kronik hastalığa sahip bireylerden oluşan örnekleme de açılımlı faktör analizi kullanılarak yeniden değerlendirilmesi semptom kontrolüne dair üst bilişlerin daha iyi anlaşılması ve ölçülmesine hizmet edebilir. Ek olarak, ölçeğin farklı sosyodemografik değişkenler dikkate alınarak test edilmesi önerilebilir. Son olarak semptom kontrolüne dair üst bilişler tanılar üstü ve kültürlerarası yapıya işaret ettiğinden, araştırmacılar ölçekleri farklı kültürlerle karşılaştırmalı olarak test edebilir.

## Kaynaklar

- Ak M, Yazihan NT, Sütçügil L, Hacıömeroğlu B (2013) Metacognitive beliefs of major depression patients with suicidal behaviour. *Noro Psikiyatrs Ars*, 50:95-99.
- Al-Hayek AA, Robert AA, Alzaid AA, Nusair HM, Zbaidi NS, Al-Eithan MH et al. (2012) Association between diabetes self-care, medication adherence, anxiety, depression, and glycemic control in type 2 diabetes. *Saudi Med J*, 33:681-683.
- Allott R, Wells A, Morrison AP, Walker R (2005) Distress in Parkinson's disease: contributions of disease factors and metacognitive style. *Br J Psychiatry*, 187:182-183.
- Alves FMB, Coutinho MSSA, Sakae TM, Cosentino MB (2009) Cardiovascular risk factors in patients with non-coronarian atherosclerotic disease in hospital in the South of Brazil: case-control study. *Rev Soc Bras Clin Med*, 7:3-10.
- Anderson R, Capobianco L, Fisher P, Reeves D, Heal C, Faija CL et al. (2019) Testing relationships between metacognitive beliefs, anxiety, and depression in cardiac and cancer patients: Are they transdiagnostic? *J. Psychosom Res*, 124:109738.
- Ayman AAH, Asirvatham AR, Aus AA, Hussam MN, Nariman SZ, Muwafak HAE et al. (2012) Association between diabetes self-care, medication adherence, anxiety, depression, and glycemic control in type 2 diabetes. *Saudi Med J*, 33: 681-683.
- Bahrami F, Yousefi N (2011) Females are more anxious than males: A metacognitive perspective. *Iran J Psychiatry*, 5: 83-90.
- Boerner KE, Keogh E, Inkster AM, Nahman-Averbuch H, Oberlander TF (2024) A developmental framework for understanding the influence of sex and gender on health: Pediatric pain as an exemplar. *Neurosci Biobehav Rev*, 158:105546.
- Brown RG, Fernie BA (2015) Metacognitions, anxiety, and distress related to motor fluctuations in Parkinson's disease. *J. Psychosom Res*, 78:143-148.
- Bryman, A, Cramer D (2001) *Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows: A Guide For Social Scientists*. London, Routledge.
- Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A (2020) Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One*, 15:e0238457.
- CDC (2023) Centers for Disease Control and Prevention Chronic Diseases in America. <https://www.cdc.gov/chronicdisease> (Accessed 06.08.2023)
- Cook SA, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P (2015a). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychol*, 34:207-215.
- Cook SA, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P (2015) A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cognit Ther Res*, 39:51-60.
- Daré LO, Bruand PE, Gérard D, Marin B, Lameyre V, Boumédiène F et al. (2019) Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 19:304.
- Fernie BA, Aoun A, Kollmann J, Spada MM, Nikčević AV (2019) Transcultural, transdiagnostic, and concurrent validity of a revised metacognitions about symptoms control scale. *Clin Psychol Psychother*, 26:471-482.
- Fernie BA, Maher-Edwards L, Murphy G, Nikčević AV, Spada MM (2015) The metacognitions about symptoms control scale: Development and concurrent validity. *Clin Psychol Psychother*, 22:443-449.
- Fisher PL, Noble AJ (2017) Anxiety and depression in people with epilepsy: The contribution of metacognitive beliefs. *Seizure*, 50:153-159.

- Fisher PL, Reilly J, Noble A (2018) Metacognitive beliefs and illness perceptions are associated with emotional distress in people with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 86:9-14.
- Flavell JH (1979) Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *Am Psychol*, 34:906–911.
- George D, Mallery P (2003) *SPSS For Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update, 4th ed. Boston, Allyn & Bacon.
- Ghafoor H, Ahmad RA, Nordbeck P, Ritter O, Pauli P, Schulz SM (2019) A cross-cultural comparison of the roles of emotional intelligence, metacognition, and negative coping for health-related quality of life in German versus Pakistani patients with chronic heart failure. *Br J Health Psychol*, 24:828-846.
- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ (2002) “Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review”. *J Psychosom Res*, 53:1053-1060.
- Hall RCW, Rundell JR, Hirsch TW (1996) Economic issues in consultation liaison psychiatry: In *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*, (Eds JR Rundell, M G Wise): 24–37. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Heffer-Rahn P, Fisher PL (2018) The clinical utility of metacognitive beliefs and processes in emotional distress in people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res*, 104:88-94.
- Irak M (2012) Standardization of Turkish form of metacognition questionnaire for children and adolescents: The relationships with anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Turk Psikiyatri Derg*, 23:47-54.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A (1999) Kısa Form-36 (KF 36) Türkçe versiyonun güvenilirliği ve geçerliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç Tedavi Dergisi*, 12:102-106.
- Kollmann J, Gollwitzer M, Spada MM, Fernie BA (2016) The association between metacognitions and the impact of Fibromyalgia in a German sample. *J Psychosom Res*, 83:1-9.
- Maher-Edwards L, Fernie BA, Murphy G, Nikcevic AV, Spada MM (2012) Metacognitive factors in chronic fatigue syndrome. *Clin Psychol Psychother*, 19:552-557.
- Maher-Edwards L, Fernie BA, Murphy G, Wells A, Spada MM (2011) Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*, 70:311-317.
- Mezuk B, Johnson-Lawrence V, Lee H, Rafferty JA, Abdou CM, Uzogara EE et al. (2013) Is ignorance bliss? Depression, antidepressants, and the diagnosis of prediabetes and type 2 diabetes. *Health Psychol*, 32:254–263.
- Nakash O, Levav I, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC et al. (2014) Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology*, 23:40-51.
- Purewal R, Fisher PL (2018) The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 136:16-22.
- Struijs JN, Baan CA, Schellevis FG, Westert GP, van den Bos GA (2006) Comorbidity in patients with diabetes mellitus: Impact on medical health care utilization. *BMC Health Serv Res*, 6:84.
- Thornicroft G, Votruba N (2015) Millennium development goals: lessons for global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 24:458–460.
- van der Heide I, Snoeijis S, Melchiorre MG, Quattrini S, Boerma W, Schellevis F et al. (2015) *Innovating Care for People with Multiple Chronic Conditions in Europe*. Utrecht, NIVEL.
- Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30:473–483.
- Wells A (2000) *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, New York, Wiley.
- Wells A (2011) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford press.
- Wells A (2013) Advances in Metacognitive Therapy. *Int J Cogn Ther*, 6:186-201.
- Wells A, Cartwright-Hatton S (2004) A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42:385-396.
- Wells A, Matthews G (2014) *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. East Sussex, UK, Psychology Press.
- WHO (2020). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Accessed 06.07.2023)
- WHO (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2023) *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for The SDGS, Sustainable Development Goals*. Geneva, World Health Organization.
- Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A (2008) Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive–compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clin Psychol Psychother*, 15:424-439.
- Yılmaz AE, Sungur M, Konkan R, Şenormancı Ö (2014) Psychometric properties of the metacognition scales about rumination in clinical and non-clinical Turkish samples. *Turk Psikiyatri Derg*, 25:268-278.

Yu M, Zhang X, Lu F, Fang L (2015) Depression and risk for diabetes: A meta-analysis, *Can J Diabetes*, 39:266-272.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.

## Ek.1. Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği (17 ve 8 maddelik formları)-Türkçe Versiyonları

### Belirti Kontrolüne Dair Üstbilişler Ölçeği (17 ve 8 maddelik formları)-Türkçe Versiyonları Yönerge

Bu ölçek, Kronik Yorgunluk Sendromu olan insanların belirtileri nasıl deneyimledikleri ve nasıl başa çıktıkları ile ilgilidir. Aşağıda insanların ifade ettikleri bir dizi inanç listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve genel olarak ne kadar katıldığınızı uygun bir numarayı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

1. Katılmıyorum      2. Biraz katılıyorum      3. Orta derecede katılıyorum      4. Tamamen katılıyorum

		Katılmıyorum (1)	Biraz Katılıyorum (2)	Orta derecede katılıyorum (3)	Tamamen katılıyorum (4)
1.	<b>Belirtileri deneyimlerken başka bir şeye odaklanmak imkansızdır.</b>				
2.	Belirtiye odaklanırsam, daha iyi olmak için uygun adımları atabilirim.				
3.	Belirtilerim hakkında uzun uzadıya düşünmek onlarla nasıl başa çıkacağımı bulmam konusunda bana yardımcı olur.				
4.	Belirtilerim hakkında düşünmek kendimi engellenmiş hissetmeme neden olur.				
5.	Belirtilerime dikkat etmezsem, kendimi çok fazla zorlayabilirim.				
6.	<b>Belirtilerimi izlemek onların nasıl gelişeceğini tahmin etmeme yardımcı olur.</b>				
7.	Belirtilerim hakkında düşünmek beni olumsuz ve çökmüş hissettirir.				
8.	<b>Fiziksel sınırlarımı anlayabilmek için belirtilerimi izlerim.</b>				
9.	Belirtilerim hakkında düşünmek beni tükenmiş hissettirir.				
10.	<b>Belirtilerimi izlemek onları daha iyi kontrol etmemi sağlar.</b>				
11.	Belirtilerime odaklanmak beni kaygılı ve stresli hissettirir.				
12.	<b>Belirtilerimi izlemek gelebilecek zararlardan kendimi korumama yardımcı eder.</b>				
13.	<b>Belirtilerim hakkında düşünmeye bir kere başladım mı bunu durduramam.</b>				
14.	Belirtilerime odaklanarak, ne zaman daha iyiye gittiğimi fark edebilirim.				
15.	Belirtilerime dikkat etmemek, hastalığının kötüleşmesine sebep olabilir.				
16.	Belirtilerime odaklanmak beni çökmüş hissettirir.				
17.	<b>Belirtilerim hakkında düşünmek onları daha kötü hale getirebilir.</b>				

Kısa form koyu yazılmış maddelerden oluşmaktadır.

**BKDÜBÖ-KF (8 madde) Puanlama**

Kısa form koyu yazılmış maddelerden oluşmaktadır.

“Belirti aşırı uyarılmışlığına dair olumlu üstbilişlere” ait maddeler: 6, 8, 10, 12

“Belirtilere odaklanma, ruminasyon ve/veya endişe ile meşgul olmanın kontrol edilemezliği ve fiziksel yansımalarına dair olumsuz üstbilişlere” ait maddeler: 1, 9, 13, 17

**BKDÜBÖ (17 madde) Puanlama**

Uzun form tüm maddelerden oluşmaktadır.

“Belirti kontrolüne dair olumlu üstbilişlere” ait maddeler: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15

“Belirti kontrolüne dair olumsuz üstbilişlere” ait maddeler: 1, 4, 7, 9, 11, 13, 16, 17

Her iki formda da tüm maddelere verilen yanıtların toplamından iki alt ölçek puanı elde edilir. Daha yüksek puanlar semptom kontrolü hakkında daha güçlü üstbilişlere işaret etmektedir.