

Panik Bozukluğunda Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Turkish Validity and Reliability Study of Health Anxiety Inventory (Weekly Short Form) in Cases of Panic Disorders

Özgün Karaer Karapıçak¹, Kevser Aktaş², Selçuk Aslan³

¹Uz.Dr., Dörtyol Devlet Hastanesi, Hatay, ²Uz.Dr., Özel Poliklinik, ³Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Amaç: Sağlık Kaygısı Envanteri- Haftalık Kısa Form'un geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya 67 panik bozukluğu hastası ve 44 sağlıklı kontrol olgusu alınmıştır. Veriler SKE-KF, Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) kullanılarak toplanmıştır. İlk görüşmeden 1 hafta sonra SKE-KF tekrar uygulanmıştır. SKE-KF, 2002 yılında Salkovskis ve ark.'nın oluşturduğu, hastanın kendisinin değerlendirdiği, 18 maddeden oluşan, fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlık kaygısını incelemesinde sağlıklı grup ve hasta grubu arası değerlendirme yapılmış birinci değerlendirmede ortalama SKE-KF puanı kontrol grubunda 10.1 ± 4.9 hasta grubunda ise 27.9 ± 11.4 bulunmuştur ($p < 0.0001$). Benzer bulgular ikinci değerlendirme için de saptanmıştır. Benzer ölçek geçerliği için Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği puanları ile SKE-KF puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde arada anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir (pearson korelasyon: 0.46, $p < 0.0001$). Güvenilirlik incelemesinde iç tutarlılıkla ilgili cronbach alfa değeri, tüm değerlendirildiğinde iç tutarlılık katsayısı cronbach alfa=0.91 bulundu. **Sonuç:** SKE-KF Türkçe uyarlaması, panik bozukluğu hastalarında, sağlık kaygısını değerlendirmede yeterli derecede geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlık kaygısı, panik bozukluğu, hipokondriyazis.

(*Klinik Psikiyatri* 2012;15:41-48)

SUMMARY

Objection: The aim of this study was to carry out the validity and reliability of the "Health Anxiety Inventory - Short From" in Turkish. **Method:** The present study included the patients with panic disorder (N= 67) and healthy controls (N= 44). The data were collected by using Health Anxiety Inventory - Short Form, Panic-Agoraphobia Scale and Hamilton Anxiety Rating Scale. The Health Anxiety Inventory- Short Form was carried out one week later than the first interview. The Health Anxiety Inventory- Short Form is a self-test inventory produced by Salkovskis et al. (2002) that composed of 18 items evaluating health anxiety, independent from the current health status. **Results:** In the evaluation of validity among the patient group and health controls, mean Health Anxiety Inventory- Short Form scores was 10.1 ± 4.9 in healthy controls and was 27.9 ± 11.4 in the patient group ($p < 0.0001$) in the first interview. In the second interview the similar results were obtained. For the similar scale validity evaluation, the correlation of these results with the Hamilton Anxiety Rating Scale scores were examined and a positive correlation was found between the scores (Pearson Correlation: 0.46; $p < 0.0001$). For the evaluation of reliability, the internal validity was carried out in all participants and the internal validity coefficient Cronbach Alpha value was found to be 0.91. **Conclusion:** The adaptation Health Anxiety Inventory- Short Form into Turkish language was found to be a valid and reliable instrument in evaluating health anxiety in patients with panic disorder.

Key Words: Health anxiety, panic disorder, hypochondriasis.

GİRİŞ

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Hipokondriazis olarak da adlandırılan şiddetli sağlık kaygısı, kişinin sağlık konusundaki inançlarıyla doğrudan bağlantılıdır. Bu çalışmada "hipokondriazis" terimi toplum tarafından anlaşılması güç ve etiketlemeye neden olan bir ifade olduğu için tercih edilmemiştir (Abramowitz ve ark. 2007a).

Sağlık kaygısı, hafif formlarında yaygın olarak görülür ve patolojik bir bozukluk olarak sayılmaz, kişinin kendi sağlığını korumak ve tedbirler almak için uygun sağlık hizmetini aramaya ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmaya yardımcı olur. Buna karşın daha yüksek kaygı ile seyreden şiddetli formları, toplumda az görülür, ancak genel hastane başvurularında sık karşılaşılr. Özellikle panik bozukluğu olan hastaların yaşadığı korkutucu bedensel kaygı belirtilerinin, ciddi hastalıklar yaratacağı düşüncesi, bedenselleştirmeye ve türlü hipokondriak uğraşlara neden olmaktadır. Panik ataklarla ortaya çıkan şiddetli bedensel belirtiler ve duyular, hastalarca ciddi sağlık sorunları yaşadıkları biçiminde yorumlanmaktadır. Sonuçta daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozuklukların tanı ve tedavi aşamasında sağlık kaygısını değerlendirmek gerekir (Taylor 2004).

Geçtiğimiz 20 yılda, hipokondriazis modeli, diğer anksiyete bozukluklarının da oluşmasında etkili olan, bilişsel ve davranışsal süreçleri içeren, "sağlık kaygısı" olarak yeniden geliştirilmiştir (Abramowitz ve ark. 2007a). Bu düşüncelerin ışığında, DSM-V'te, hipokondriazisi, anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırmak, hastalığın doğası ve tedavisi açısından daha anlamlı olacaktır (APA 2000, Tükel ve Alkın 2004, Olatunji ve ark. 2009).

Sağlık Kaygısı Envanteri- Kısa Haftalık Form (SKE-KF), orjinal formu sağlık kaygısını belirlemede geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracıdır. Envanterin uzun formu ile yüksek korelasyon gösteren kısa formu, sağlık kaygısını belirlemede kullanılabilir uygulamaları kısa süren ve klinik izlemde yararlı bir araçtır (Salkovskis ve ark. 2002).

Bu çalışmada, Sağlık Kaygısı Envanteri- Kısa Form'un Türkçe uyarlaması gerçekleştirilerek sağlık kaygısı bozukluğu belirtilerini sık yaşayan panik bozukluk tanısı verilmiş olgularda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na ve İzmir'de ayakta özel bir tedavi ünitesine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Çalışmaya, 2009 yılı Mart-Eylül ayları arasında, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran 37 panik bozukluğu hastası ile İzmir'de özel bir psikiyatri polikliniğine başvuran 30 panik bozukluğu hastası alınmıştır. Kontrol grubu olarak, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan ve ruhsal bozukluğu bulunmayan 44 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınmıştır. Görüşmeler, olgular bilgilendirilerek ve rızaları alınarak yapılmıştır.

Hasta grubunun çalışmaya dahil olma kriterleri; 18 - 80 yaşları arasında olmak, DSM-IV'e göre panik bozukluğu tanısı almış olmak, en az ilkökul mezunu olmak, mental retardasyon, demans, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı gibi işbirliği ve bilgi almayı zorlaştıran ağır bir ruhsal bozukluğun bulunmaması, kontrol grubunun çalışmaya dahil olma ölçütleri ise; 18 - 80 yaş arasında olmak, DSM-IV'e göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun bulunmaması, en az ilkökul mezunu olmak ve alkol ve madde bağımlılığının bulunmaması idi.

İlk görüşmede hasta grubuna, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I: SCID-I), sağlıklı gönüllülere ise var olan psikopatolojilerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır. DSM-IV TR'ye göre panik bozukluğu tanısı alan 67 hastaya klinik durumları ve hastalık şiddetini belirlemek amacıyla, Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla da, Sağlık Kaygısı Envanteri-Haftalık Kısa Form (SKE-KF) uygulanmıştır. KSE'ye göre psikopatolojisi bulunmayan 44 sağlıklı gönüllüye ise karşılaştırma amacıyla sadece SKE-KF uygulanmıştır.

İlk uygulamadan 1 hafta sonra, hem hasta grubuna hem de sağlıklı gönüllülere SKE-KF tekrar uygulanmıştır. Aradaki 1 haftalık süreçte, katılımcılarla herhangi bir terapotik görüşme ya da ilaç tedavisi yapılmamıştır.

SKE-KF önce Türkçe'ye çevrilmiş ve olgularda ön uygulamalar yapıldıktan sonra son Türkçe versiyonu İngilizce'ye çevrilerek orijinal metin ile tutarlılığı incelenmiştir. Görüşmeciler sağlık kaygısı ve ölçek uygulaması konusunda eğitimden geçirmiştir.

Görüşmeler ve test değerlendirmeleri tamamlandıktan sonra, SKE-KF, geçerlilik (yordama ve benzer ölçek geçerliği) ve güvenilirlik (iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği) için incelemiştir.

SKE-KF, 2002 yılında Salkovskis ve ark.'nın oluşturduğu, hastanın kendisinin değerlendirdiği, 18 maddeden oluşan, fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlık kaygısını ölçen bir envanterdir. Maddeler, sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve değişikliklerin farkındalığını ve hastalanma ile ilgili endişeli sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. Salkovskis ve ark. sağlık kaygısında, hasta olma olasılığı ile ilgili endişeler ve hasta olmanın yol açacağı olumsuz sonuçlardan korkma ile bağlantılı 2 etken tanımlamıştır. SKE-KF, klinik ve klinik olmayan örneklemede geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Salkovskis ve ark. 2002).

SKE-KF'deki maddeler, 0 ile 3 arasında puanlanmıştır. İki şıktan fazlası işaretlenmişse, yüksek puan hesaplanır. Ayrıca iki alt ölçek, özellikle güvenlik arama ve kaçınma davranışlarını saptamak amacıyla eklenmiştir. Sağlık kaygısı ile yakından ilişkili değişkenler vardır ve sırasıyla 10 ve 8 maddeden oluşmuştur. Her madde 9 puanlık bir ölçek ile değerlendirilir. 2 puan arayla, kaçınma için "hiç kaçınmamak, çok az kaçınmak, orta kaçınmak, belirgin kaçınmak ve her zaman kaçınmak", güvenlik arama için "asla, nadiren, bazen, sık sık ve her gün" tanımları kullanılmıştır. Güvenlik arama değerlendirmeleri, güvenlik aramanın değişik kaynakları (örneğin aile hekimi, kitap okuma, poliklinik vs); kaçınma değerlendirmeleri ise sağlık kaygısı olan hastaların tipik olarak kaçındığı durumları (örneğin hastalıkla ilgili TV programlarını izlemek, hastalık hakkında konuşmak, tedavi için hastaneye gitmek vs) içerir. Tüm puanlar iki alt

ölçek için ayrı ayrı hesaplanır. Envanter, 1'den 14'e kadar olan soruların puanlarının toplanmasıyla değerlendirilir. 18 ve üstü puan alan hastalar yüksek sağlık kaygısı olanlar olarak değerlendirilir. 15-18. sorular olumsuz sonuçları değerlendirir (Salkovskis ve ark. 2002).

Panik agorafobi ölçeği (PAÖ), panik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda, panik atağının özellikleri, agorafobi ve kaçınma davranışı, beklenti anksiyetesi, yeti yitimi ve sağlık konusundaki endişeyi sorgulayan beş alt bölümden oluşur. Ölçek, özellikle ilaç veya psikolojik tedavilerin etkinliğinin araştırıldığı klinik çalışmaların haftalık değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ayrıca, diğer psikiyatrik hasta gruplarında; panik bozukluğu ve agorafobi, belirti örüntüsünü araştırmak amacıyla kullanılabilir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. 1995'de Bandelow ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Tural ve ark. (2000) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte, maddelerin varlığı ve şiddeti, görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yazıcı ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE), psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla, 1992 yılında, Derogatis tarafından geliştirilmiştir. SCL-90 isimli 90 soruluk semptom belirleme listesinin kısaltılmış, 53 soruluk bir formudur. 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Her bir soru için; "hiç yok", "biraz var", "orta derecede var", "epey var", "çok fazla var" şeklinde düzenlenen cevap anahtarı, 0-4 arasında puanlandırılmaktadır. Alınan puanların yüksekliği semptomların sıklığını göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır.

BULGULAR

Olguların 24'ü (%35.8) evhanımı, 8'i (%11.9) emekli, 7'si (%10.4) öğrenci, 21'i (%31.3) bir işte çalışmakta, 4'ü (%6) ise işsizdir.

Araştırmaya katılanların 24'ü (%20.9) erkek, 53'ü (%79.1) kadındır. Olguların 10'u (%15) ilköğretim, 31'i (%46.3) lise, 26'sı (%38.8) üniversite mezunudur. Olguların 19'u (%28.4) bekar, 42'si (%62.7) evli, 6'sı (%9) boşanmış ya da duldur.

Tablo 1'de katılımcıların klinik özellikleri özetlenmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, olguların %59.7'sinde fiziksel bir hastalığı, %59.7'sinde sadece panik bozukluğu vardı. %20.9'u haftada 4'ten fazla panik nöbeti geçiriyordu. Katılımcıların %77.6'sı hiç remisyona girmemişti, %32.8'inin ailesinde ruhsal hastalık vardı. İntihar girişimi olan hasta yüzdesi 4.5 idi. Katılımcılardan %26.9'u kardiyovasküler tip, %37.3'ü solunumsal tip nöbet geçirilmekteydi. Ayrıca panik bozukluğu olan hastaların tümü antidepressan tedavi almaktaydı.

SKE-KF'ye göre değerlendirdiğimizde, olguların %23.9'unun düşük seviyede sağlık kaygısı, %76.1'inin yüksek seviyede sağlık kaygısı vardı.

Ölçek puanları ve ölçümler:

Geçerlilik incelemesi için sağlıklı grup ve hasta grubu arası değerlendirme yapıldığında kontrol birinci değerlendirmesinde ortalama SKE-KF puanı 10.1 ± 4.9 hasta grubunda ise 27.9 ± 11.4 bulunmuştur. Aradaki fark anlamlıdır ($p < 0.0001$). Benzer bulgular ikinci değerlendirme için de saptanmıştır. İkinci değerlendirmede ortalama SKE-KF puanı kontrol grubunda 9.8 ± 5.6 , hasta grubunda ise 25.7 ± 10.8 bulunmuştur. Bu bulgu SKE-KF'nin sağlıklı ve panik bozukluğu olan olguları ayırt edici özelliğini gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Benzer ölçek geçerliği incelemesi için Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği puanları ile SKE-KF puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde arada anlamlı bir pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir (pearson korelasyon: 0.46, $p < 0.0001$).

İç tutarlılıkla ilgili cronbach alfa değeri, 67 panik bozukluğu ve 44 sağlıklı gönüllü ölçek puanları ilk 14 maddesi birlikte değerlendirildiğinde iç tutarlılık katsayısı cronbach alfa değeri, 0.91 bulunmuştur. Tek başına hasta grubu incelendiğinde 0.93 bulunmuştur, sağlıklı kontrol grubunda ise 0.81 bulunmuştur. Yarıya bölme ile toplam 112 olgu incelendiğinde ilk 7 madde ile ikinci 7 madde arası

korelasyon 0.84 bulunmuştur. Bu değer yeterli derecede yüksek bir iç tutarlılığa işaret etmektedir.

Test tekrar test korelasyonu incelemesinde, iki ayrı değerlendirmede sağlıklı grupta anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun yanısıra iki ölçümde arasındaki korelasyon beklentimize uygun olarak yüksek bulunmuştur. Buna karşın hasta grubunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Birinci değerlendirmede (ortalama 27.9 ± 11.4) ikinci değerlendirmeden anlamlı bir fark bulunmuştur (ortalama 25.7 ± 10.8). İki değerlendirme arasında 1 hafta bulunmasına karşın bu düzleme psikoterapi ya da ilaç etkisi ile ilgili değildir. Panik bozukluğu olgularında sağlık kaygıları azalır artabilmektedir. Panik olguları bu özellikleri ile de hipokondriak olgulardan farklılaşmaktadırlar. Hastaların değerlendirme sürecinde kendilerine gösterilen ilginin sonucunda daha iyi hissetmeleri ve dolayısı ile sağlık kaygısı belirtilerinde kısmi bir azalma gelişmiş olabileceği düşünülebilir.

TARTIŞMA

Bu çalışma bulguları SKE-KF'nin sağlık kaygısı olan panik bozukluğu olgularını sağlıklılarından ayırt edebildiğini, yeterli iç tutarlılığa sahip olduğunu, test tekrar test değerlendirmesinde sağlıklılarda güvenilir biçimde sağlık kaygısını izleyebildiğini ortaya koymuştur. Buna karşın beklentilerimizi aşan bir ölçüde hasta grubunda bir hafta sonraki değerlendirmede anlamlı bir kaygı düzeyi düşüşü saptanmıştır. Bu bulgu panik bozukluğu olgularında sağlık kaygısı ile ilgili bileşenlerin bir hafta gibi kısa sürede azalır artışlar gösterebildiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık kaygısının değerlendirildiği SKE-KF da ilk 14 soruda, hastalığa yakalanma olasılığı ile bedensel uyarılma sorgulanmaktadır. Panik bozukluğunda kilit rol oynadığına inanılan bedensel uyarılma belirtilerini yanlış yorumlama sağlık kaygısını anlamak için de önemlidir (Schmidt ve ark. 1997).

SKE-KF bedensel uyarılma faktörü, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve güvenlik davranışlarını sık kullanma konusunda, en güçlü psikolojik yordayıcı olarak bulunmuştur. Bedensel uyarılma, sağlık kaygısının süregelenleşmesinde rol oynar. Bedensel uyarılmanın, felaket olarak yorumlanan bedensel

Tablo 1. Hasta grubunun klinik özellikleri

		Sayı	Yüzde
Fiziksel hastalık	Var	45	67.2
	Yok	22	32.8
Tanısal dağılım	Panik bozukluğu	40	59.7
	Panik B. + YAB	13	19.4
	Panik B. + Depresyon	2	3
	Panik B. + OKB	2	3
	Panik B. + Diğer	20	14.9
Panik nöbet sıklığı	Haftada 4'ten fazla	14	20.9
	Haftada 2-3 kez	11	16.4
	Haftada 1 kez	4	6
	Ayda 2-3 kez	9	13.4
	Ayda 1 kez	5	7.5
	Ayda 1'den az	9	13.4
Remisyon (6 aylık)	Var	15	22.4
	Yok	52	77.6
Ailede ruhsal hastalık	Var	22	32.8
	Yok	45	67.2
Ailedeki ruhsal hastalık türü	Panik bozukluğu	18	26.9
	Depresyon	2	3
	Şizofreni	2	3
İntihar girişimi	Var	3	4.5
	Yok	64	95.5
Semptom türü	Kardiyovasküler	18	26.9
	Solunum	25	37.3
	Otonomik	9	13.4
Nöbeti başlatan stres etkeni	Var	36	53.7
	Yok	31	46.3

belirtilerin, algılanma olasılığını artırdığı düşünülmektedir ki bu da kişinin, hastalığa yakalanma korkusunu ve güvence arama davranışını pekiştirir. Panik bozukluğunda, bedensel uyarılma, uyarılmırlıkla ilişkili bedensel-duyumlara odaklanmıştır ve bu tür duyular hakkındaki katastrofik inançlardan kaynaklanır (Abramowitz ve ark. 2007b).

Sağlık kaygısı hipokondriazisin daha hafif ve yaygın görülen bir formu olarak üzerinde bilimsel çalışmaların yoğunlaştığı bir alan haline gelmiştir. Williams, sağlık kaygısını anlamak ve tedavi etmek için en üstün yaklaşımın, bilişsel kuramlar olduğunu belirtmiştir (Williams 2004). Salkovskis ve Warwick, sağlık kaygısı için, Clark ve Barlow'un panik bozukluğu modeline çok benzeyen, kognitif-

Tablo 2. Panik bozukluğu olgularının klinik özellikleri

Yaş ortalaması	39.6±11.3
Hastalık süresi ortalaması	4.5±6.2 yıl
Hastalık başlangıç yaşı ortalaması	35±11.9
Hastaların iyilik dönemlerinin süre ortalaması	5.5±10.1 ay

davranışçı bir model geliştirmişlerdir (Salkovskis ve Warwick 1986, Warwick ve Salkovskis 1990, Salkovskis ve Warwick 2001, Barlow 2002). Bu kurama göre, hastalığın görülme sıklığı, bulaşabilirliği, gidişatı, prognozu ve bedensel belirtilerin anlamı ile ilgili işlevsel olmayan varsayım ve inançlar sağlık kaygısı için risk faktörlerini oluşturur. Hatta bu inançlar, gizli olarak kalabilir ve hastalık hakkında okumak, yeni bir hastalıktan haberdar olmak ya da birtakım bedensel değişiklikler veya duyular gibi değişik olaylarla tekrar harekete geçebilir. Bu inançlar bir kere tetiklenirse, özellikle kişiye odaklı, otomatik sağlık kaygısı düşünceleri ortaya çıkabilir. Böylece kişi, hastalığın belirtici olabilecek herhangi bir duyuma karşı daima tetikte olur ve giderek anksiyöz bir hal alır (Marcus ve ark. 2007). Sağlık kaygısının, sürengeliği ve artışı bu uyumsuz bilişsel ve davranışsal süreçle açıklanabilir (Hadjistavropoulos ve Craiq 1998). SKE-KF'da tüm bu inançlar sorgulanmaktadır.

Çalışmamıza katılan olguların SKE-KF'daki olumsuz sonuçlar bölümüne verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde panik bozukluğu hastalarının ortalama puanının, kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bilişsel-davranışçı kurama göre, sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, sağlık ile ilişkili bilgi ve duyularını kişiyi tehdit eden bir felaket olarak algırlar. Yapılan çalışmalarda bu kişilerin felaketleştirme puanları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Hadjistavropoulos ve Craiq 1998). Bedensel uyarılma ile yüksek sağlık kaygısı seviyelerinin birleşimi, bedensel ipuçlarının katastrofik şekilde yorumlanmasıyla panik nöbetlerine yol açar (Deacon ve ark. 2008).

Çalışmamıza katılan panik bozukluğu hastaları,

panik nöbetleri sırasındaki belirtilerine göre alt tiplere ayrılıp, SKE-KF'ye göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni, alt tip olarak ayırt etmeksizin, hastaların nöbetler sırasında yaşadığı duyularını felaket olarak algılamaları ve ölüm kaygısı yaşamaları olabilir (Abramowitz ve ark. 2007b, Schmidt ve ark. 1997, Conroy ve ark. 1999).

Bu çalışmada elde edilen bilgilerin ışığında, SKE-KF'nin kaygıyı değerlendirmek ve ölçmek için kullanılabilecek bir ölçek olduğu söylenebilir. Bu çalışmada panik bozukluğu tanılı olgularda elde edilen veriler üzerinden bir geçerlik çalışması yapılmıştır. Çalışma süresince incelenen hipokondriak olgu sayısı yeterli olmadığı içinde değerlendirme dışında bırakılmıştır. Panik bozukluğu olgularında ikinci değerlendirmede görülen azalmanın bir psikoterapi müdahalesi yapılmamış olsa da yapılan değerlendirme görüşme sürecinde hastaya gösterilen ilgi ve ayrılan zaman ile ilişkili olabileceği görüşündeyiz. Bu yönleri ile çalışmanın bir kısıtlılığında söz edilebilir. Öte yandan panik bozukluğu olgularının yaklaşık yarısında yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk gibi ektanılar saptanmıştır. Ektanılar varlığı ölçek puanları etkileyebilir bir kısıtlılık olarak dikkati çekmektedir. İlerleyen çalışmalarda daha fazla sayıda ve hipokondriak olgularında dahil edildiği bir hasta grubu ile çalışmanın genişletilmesi planlanmıştır.

Sağlık kaygısı yaşayan olgular çok farklı tanımlanmış olgular arasında olabilir. Örneğin, spesifik bir hastalığa yakalanma korkusu olduğunda özgül fobi, sempatik aktivasyon sonucu oluşan duyuların kötü bir hastalığın habercisi olduğu düşünüldüğünde panik bozukluğu, sağlık ve yaşamın diğer alanları ile ilgili kontrol edilemeyen endişenin varlığında yaygın anksiyete bozukluğu, bulaşma sonucu kansere yakalanacağı korkusu ile kompulsif el yıkamaları olduğunda OKB gibi anksiyete bozukluklarından biri tanı olabilir. Ya da bedensel duyuların yanlış yorumlanmasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olduğu inancında tanı, somatoform bozukluklardan hipokondriazis olabilir. Son olarak kişi hastalığı olduğuna inanıyorsa tanı, sanrıl bozukluk ya da başka bir psikotik bozukluk olarak konulabilir. Sağlık kaygısı ile ilgili bu tanı çeşitliliğinin, konu ile ilgili yapılan araştırmalarda,

Tablo 3. Kontrol ve hasta örnekleminde ölçekler arası korelasyon

Ölçekler arası korelasyon	Kontrol Ort ± SD	Hasta Ort ± SD	Sig p
HADÖ		27.4± 9.4	p<0.0001
SKE-KF1. değerlendirme	10.1±4.9	27.9 ±11.4	p<0.0001
SKE-KF2. değerlendirme	9.8±5.6	25.7±10.8	p<0.0001

sıkça altı çizilmiştir (Noyes 1999, McCabe ve Antoni 2004, Otto ve ark. 1992). Bu açıdan sağlık kaygısını hipokondriasis bozukluğundan daha yaygın görülen ve bir çok kaygı bozukluğu içinde gözlenebilen bir boyut olarak ele almak mümkündür. SKE-KF, hastaların sağlık kaygısını, fiziksel hastalıklarından bağımsız olarak değerlendirdiği için, hastaların gereksiz doktor kontrollerinden ve tetkiklerden korunabilmesi için, bu ölçeğin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılması uygun olabilir.

SONUÇ

SKE-KF üzerine yaptığımız bu değerlendirme, ölçeğin panik bozukluğu olan olgularla sağlıklı

grubu birbirinden ayırt edici özelliği bulunduğunu, benzer kaygı ölçeğiyle yüksek pozitif korelasyon gösterdiğini, yeterli düzeyde geçerliliği olduğunu desteklemektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksektir test tekrar test incelemesinde aradan geçen 7 gün süresinde sağlıklı grupta fark bulunmazken hasta grubunda anlamlı bir düşme gözlenmiştir. Buna karşın bütün grup incelendiğinde farklılık bulunmamıştır. Bu çalışma, Sağlık Kaygısı Envanteri-Haftalık Kısa Form'un Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Yazışma adresi: Dr. Özgün Karaer Karapıçak, Dörtüyl Devlet Hastanesi, Dörtüyl, Hatay, ozgunkaraer@gmail.com

KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP (2007a) The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cogn Ther Res*, 31:871-883.
- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007b) Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther*, 38:86-94.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2007) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), APA, Washington DC, 2000, Köroğlu E (Çev. ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Bandelov B (1995) Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia: II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, 10:73-81.
- Barlow DH (2002) Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2. Baskı, New York, Guilford, s.51.
- Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24:461-470.
- Conroy RNM, Smyth O, Siriwardena R ve ark. (1999) Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *J Psychosom Res*, 46:45-50.
- Deacon BJ, Lickel J, Abramowitz JS (2008) Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 22:344-350.
- Derogatis LR (1992) The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.
- Hadjistavropoulos HD, Craiq KD, Hadjistavropoulos T (1998) Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behav Res Ther*, 36:149-164.
- Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating. *Br J Psychiatry*, 32:50-55.
- Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM ve ark. (2007) Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 27:127-139.
- McCabe RE, Antoni MM (2004) Challenges in challenges in the assessment and treatment of health anxiety: The case of Mrs. A. *Cogn Behav Pract*, 11:102-106.
- Noyes R (1999) The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 21:8-17.
- Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS (2009) Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Br J Psychiatry*, 194:481-482.

Otto MW, Pollack MH, Sachs GS ve ark. (1992) Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *J Anxiety Disord*, 6:93-104.

Tükel R, Alkın T (2004) Anksiyete Bozuklukları. TPD Yayınları, 1. Baskı, s.51.

Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM ve ark. (2002) The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32:843-853.

Salkovskis PM, Warwick HC (1986) Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 24:597-602.

Salkovskis PM, Warwick HC (2001) Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. V Starcevic, DR Lipsitt (Ed), New York, Oxford University Press, s.202-222.

Schmidt NB, Lerew DR, Trakowski JH (1997) Body vigilance in

panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *J Consult Clin Psychol*, 65:214-220.

Şahin NH, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikol Derg*, 9:44-56.

Taylor S (2004) Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cogn Behav Pract*, 11:112-123.

Tural Ü, Fidaner H, Alkın T ve ark. (2000) Panik agorafobi ölçeği (PAÖ) Türkçe uyarlanması. *Türk Psikiyat Derg*, 11:29-39.

Warwick H, Salkovskis P (1990) Hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 28:105-117.

Williams PG (2004) The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognit Ther Res*, 28:629-644.

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyat Derg*, 9:114-117.