



T.C.
HASAN KALYONCU
ÜNİVERSİTESİ
2015

SOSYAL BİLİMLER
ENSTİTÜSÜ

İSTANBUL

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA
FONKSİYONEL SOMATİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sümevra TAYFUR

İstanbul, 2015

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA
FONKSİYONEL SOMATİK BELİRTİLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sümevra TAYFUR

Danışman: Prof. Dr. Can TUNCER

İstanbul, 2015

ÖNSÖZ

Konu seçiminden, yazım aşamasına kadar tezimin hazırlanmasında bana zaman ayıran ve değerli bilgilerini benimle paylaşan, gereken akademik ve pratik desteği esirgemeyen hocam, tez danışmanım Hasan Kalyoncu Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Can TUNCER'e,

İki yıllık yüksek lisans eğitimi süresince mesleki birikimimi zenginleştiren yeni bilgilere kapı aralayan tüm hocalarıma ve başta Psk. Beyzanur ALBAYRAK olmak üzere tüm öğrencilik yıllarının en büyük kazanımı olan arkadaşlarıma,

Beni destekleriyle bugüne taşıyan ve yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2015

SümeYra TAYFUR

ÖZET

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık rastlanan ağrı yakınmalarını ve depresif belirtileri incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın 40 katılımcısı, cinsiyet koşulu getirilmemesine rağmen kadın katılımcılardan oluşmuştur. Araştırmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, somatik yakınmalarının ve depresif belirti şiddetlerinin birbirleriyle ilişkili olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu amaçla, somatik yakınmalar ile hekime başvuran hastaların ağrı türleri hekim tarafından tespit edilerek daha sonra katılımcılardan sosyodemografik veri formu ve Depresif Belirti Envanteri (DBE)'ni doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine göre somatik yakınmalarında ve depresif belirti şiddetlerinde farklılık bulunamamış, depresif belirti şiddetine göre somatik belirtilerde bir farklılık yahut somatik yakınma şiddetine göre depresif belirti şiddetinde bir farklılığa rastlanmamıştır. Bunun katılımcı sayısının yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Diğer yandan araştırmanın, somatik yakınmalarla başvuran hastaların depresif belirti şiddetlerinin anlamlı derecede yüksek (orta ve üzeri) olacağı beklentisi sayısal olarak doğrulanmış, katılımcıların %82,5'u orta ve üzeri depresif belirti puanı almıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: depresyon, somatik yakınmalar, ağrı, birincil sağlık hizmetleri

ABSTRACT

This study aimed to examine the common functional somatic pain symptoms and depressive symptoms at primary care settings. 40 individuals participated to the study and there was no gender preference still all the participants were female. In this study, participants' demographic informations, their somatic complaints and severity o their depressive symptoms were investigated in relation to each other. Participants' somatic complaints detected by doctors and then they are asked to fill a sociodemographic infformation form and Depressive Symptom Inventory (DSI). According to the results that are obtained from analysis of participants' data, we did not catch any statistically meaningful and significant differences. It is thought that, this results may be caused by the unsatisfying number of participants. On the other hand, the expectancy that participants who visit doctor withh somatic complaints would have medium or higher level depressive symptoms is numerically confirmed. 82,5% of participants get medium or higher level depressive sypmtom scores. The results which obtained by the study has been discussed in the light of previous literature.

Key Words: depression, somatic symptoms, pain, primary care

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Somatizasyon.....	1
1.1.1. Somatizasyon Tanımı	1
1.1.2. Tıpta Somatik Belirtiler.....	2
1.1.3. DSM- 5’te Somatizasyon	3
1.1.4. Fonksiyonel Somatik Semptomlar.....	5
1.2. Depresyon	6
1.2.1. DSM-5’te Depresyon Tanı Ölçütleri ve Türleri.....	6
1.3. Anksiyete ve Depresyonda Somatik Belirtiler.....	7
1.4. Somatizasyon ve Depresyon İlişkisi	8
1.4.1. Depresyon ve Somatik Belirti Olarak Ağrı.....	10
1.4.2. Somatizasyon ve Depresyon Arasındaki Çift Yönlü Belirleyicilik.....	12
1.4.3. Somatizasyon ve Depresyon İlişkisinde Biyolojik Yaklaşım.....	13
1.4.4. Somatizasyon ve Depresyon Belirtilerinde Bilişsel Etkenlerin Önemi.....	15
1.5. Somatizasyon ve Depresyon İlişkisinde Kültürel Faktörler	16
1.6. Birincil Sağlık Hizmetlerinde Somatizasyon ve Depresyon.....	19
1.6.1. Birincil Sağlık Hizmetlerinde Somatik Semptomların Depresyon İle İlişkisi.....	19
1.7. Araştırmanın Amacı.....	23
2. METOD	24
2.1. Örneklem.....	24
2.2. Veri Toplama Araçları.....	24
2.2.1. Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu.....	24
2.2.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
2.2.3. Depresif Belirti Envanteri – (DBE-Ö30).....	25
2.3. İşlem.....	26
2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	26
3. BULGULAR	27
3.1. Demografik Değişkenlere Yönelik Analiz Sonuçları.....	29
3.2. Depresyon Şiddeti ve Somatik Ağrıların İlişkisine Yönelik Analiz Sonuçları.....	32

4. TARTIŞMA.....	34
4.1. Demografik Değişkenlere Yönelik Analiz Sonuçları.....	34
4.2. Depresyon Şiddeti ve Somatik Ağrıların İlişkisine Yönelik Analiz Sonuçları.....	36
4.3. Birincil Sağlık Hizmetlerinde Somatik Yakınmalar Ve Depresyon.....	36
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
5.1. Sonuç.....	39
5.2. Sınırlılıklar ve Öneriler.....	39
KAYNAKÇA.....	41
EKLER.....	59

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	27
Tablo 3.2. Ağrı Şikayeti ve Şiddeti.....	28
Tablo 3.3. Depresif Belirti Şiddeti.....	28
Tablo 3.4. Eğitim Düzeyine Göre Somatik Yakınmaların Dağılımı.....	29
Tablo 3.5. Çocukluğun Geçtiği Yere Göre Somatik Yakınmaların Dağılımı.....	29
Tablo 3.6. Gelir Düzeyine Göre Somatik Yakınmaların Dağılımı.....	30
Tablo 3.7. Medeni Duruma Göre DBE Karşılaştırılması	30
Tablo 3.8. Eğitim Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması	30
Tablo 3.9. Çocukluğu Geçtiği Yer Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması	31
Tablo 3.10. Gelir Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması	31
Tablo 3.11. Kronik Fiziksel Hastalık Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması	31
Tablo 3.12. Ruhsal Hastalık Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması	31
Tablo 3.13. Baş Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması.....	32
Tablo 3.14. Bel Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması	32
Tablo 3.15. Boyun Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması	32
Tablo 3. 16. Eklem Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması	32
Tablo 3.17. Sırt Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması	33
Tablo 3.18. Göğüs Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması	33

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Somatizasyon

Somatizasyon (bedenselleştirme) kavramı literatürde, ruhsal gerilimlerin bedende dışı vurularak organik bir biçimde ifade edilmesi olarak açıklanmaktadır (Kirmayer ve Young, 1998). Somatizasyon ruhsal rahatsızlıkların, bedenin bir bölgesinde hissedilen belirti ya da herhangi bir işlevsel bozukluğa dönüşmesi, yani sıkıntının bedenselleştirilmiş olmasıdır (akt., Kirmayer ve Young, 1998). Somatizasyon uzun yıllardır, psikolojik stresin fiziksel belirtiler halinde deneyimlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Lipowski,1988). Ayrıca, somatizasyonu psikolojik stresin bir ifade şekli ya da psikolojik strese karşı bir savunma olarak ifade eden yaklaşımlar bulunmaktadır (Katon, Kleinman ve Rosen, 1982).

Genel bir bozukluk kümesi olarak Somatoform Bozukluklar, belirli bir bedensel rahatsızlığı düşündüren, her türlü tıbbi muayene ve tetkik sonucunda yapısal ya da organik bir bozukluktan veya başka bir ruhsal hastalıktan kaynaklandığı tespit edilemeyen, ancak bazı ruhsal etkenlerle ilişkili olduğunu düşündürecek ipuçları bulunan, belirgin fiziksel yakınmalarla karakterize ruhsal rahatsızlıkları kapsamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

DSM-5’te (APA, 2014) “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” olarak yeniden çerçevelenen ve alt başlıkları “Bedensel Belirti Bozukluğu”, “Hastalık Kaygısı Bozukluğu”, “Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu”, “Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler”, “Yapay Bozukluk”, “Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar” ve “Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar” olarak belirlenen bu grup rahatsızlıklarda, kişilerin temel yakınmaları bedenlerinden kaynaklanmaktadır.

1.1.1. Somatizasyon Tanımı

Somatizasyon terimi uzun yıllardır literatürde yer almakta ve değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Örneğin ruhsal acının bedensel olarak anlatılması ya da ruhsal acının bedensel bozukluk oluşturması yahut tetikleme gibi durumlarda, somatizasyon kavramı gündeme gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarla yapılan çalışmalar sonucu Kirmayer ve Robbins (1991) üç farklı somatizasyon hasta grubu belirlemişlerdir. İlk grup olan “işlevsel somatizasyon” organik bir neden bağlı olmayan, kadınlarda en az 6, erkeklerde en az 4 yakınmanın görüldüğü gruptur. “İkincil somatizasyon” denilen bir diğer grup, depresyon ve anksiyetenin temel belirtisi olarak yorumlanabilecek bedensel yakınmaları olan hastaları kapsayan gruptur. Üçüncü grup ise “hipokondriyak somatizasyon” yani hekim güvencesine rağmen bedensel belirtilerini ciddi bir hastalığa atfeden, hipokondriyak kaygıları olan hastaların ait olduğu gruptur (akt., Özen Şahin, 2007).

Somatizasyon, özellikle birincil sağlık hizmetlerinde tedavi arayan hastalarda sıklıkla görülen, depresyon ile ilişkisi uzun yıllardır çalışılan bir rahatsızlık boyutudur. Somatizasyon kavramı somatik semptomlar ile ilgili pek çok tanımlama kullanılsa da, bunlar üç ana tanımlayıcı başlık altında toplanabilir (Simon ve Gureje, 1999). Bunlardan ilki, Goldberg ve Bridges (1985 ve 1988)'in da ifade ettikleri şekilde, psikiyatrik hastalığı olan, ancak somatik semptom gösteren hastaların olduğu gruptur. İkinci tanımlama, depresyon ve fonksiyonel somatik sendromlar arasındaki ilişkiye paralel şekilde (Escobar, Golding, Haug ve diğerleri, 1987; Lipowski, 1987; Simon ve VonKorff, 1991; Kroenke ve ark., 1994) Barsky'nin (1992) de ifade ettiği üzere, psikolojik sıkıntıyı somatik olarak algılıyor olmak ya da beden duyularında artış olmasıdır. Bu görüşe göre, somatizasyonu olan hastalar, psikolojik bozuklukları olup bunları çoğul somatik semptomlarla ya da çoğul bedensel yakınmalarla ifade eden kişilerdir. Üçüncü ve son görüşe göre ise, somatizasyon, psikolojik sıkıntının görmezden gelinmesi ve inkarı ile birlikte bedenin bu psikolojik defansa karşı, sıkıntıyı ifade etme şeklidir.(Lipowski, 1990).

Ülkemizin de içinde bulunduğu uluslararası bir araştırmada (Simon, VonKorf, Piccinelli, Fullerton ve Ormel, 1999) genel sağlık hizmetlerine başvuran, depresyonu somatize etmiş hastalarla çalışılmıştır ve hastaların bu üç somatizasyon tanımına göre hangi somatizasyon türlerini sergiledikleri kültürle ilişkili olarak incelenmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre birinci tip somatizasyonun ülkemizde en sık rastlanan tip olduğu ve ülkemizde yüksek oranda genel somatizasyon ve depresyon ikilisi olduğu tespit edilmiştir.

1.1.2. DSM- 5'te Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde ilk defa tanımlanmaya başlanan "somatizasyon" kavramı, bugün hala net bir tanım ve sınıflandırmaya sahip değildir. DSM-5 tanı sistemindeki "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" tanı kriterlerini karşılamayan fakat açıklanamayan bedensel belirtileri olan kişiler, bu belirtileri fiziksel bir hastalıkla ilişkilendirerek sık sık hekime başvururlar (McWhinney, Epstein ve Freeman, 1997).

Genel tanımlamada "somatizasyon" kavramı, psikolojik ve/veya psikiyatrik kaynaklı patolojileri işaret etmektedir. Psikiyatrik bir bozukluğun, genel tıbbi durum üzerinden belirti göstermesi şeklinde ortaya çıktığı için, tanımı hala belirsiz ve karmaşıktır (Fabrega, 1990).

Kellner (1990) DSM-III-R ölçütlerinden yola çıkarak, somatoform bozukluk ölçütlerinden farklı olan bir "somatizasyon" tanımı yapmıştır. Kellner'in tanımına göre somatizasyonda bir veya daha fazla bedensel belirti bulunmakta, bu belirtiler patolojik yada fizyolojik bir bozuklukla ilişkilendirilememekte veya bir ilişki tespit edilse bile bu belirtiler, hastaların belirtiler nedeniyle yaşadıkları işlevsellik kaybını açıklayabilecek yeterlilikte değildir (akt., Özen Şahin, 2007).

Somatizasyon şikayetlerinin birincil olduğu klinik durumlar DSM-IV'te "Somatoform Bozukluklar", DSM-5'te ise "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" olarak adlandırılmaktadır. Bir bakıma 'somatizasyon', yukarıda bahsedilen bu tanı gruplarının temel semptomudur (APA, 2013).

2013 yılında kullanıma giren DSM-5 sınıflandırmasında, “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar”, DSM-IV “Somatoform Bozukluklar” kategorisinin yeniden çerçevelenmiş halidir. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer alan tanımlar şöyle sıralanabilir: 1.Bedensel Belirti Bozukluğu, 2.Hastalık Kaygısı Bozukluğu, 3.Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu / (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu), 4.Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Belirtiler, 5.Yapay Bozukluk, 6.Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, 7.Tanımlanmamış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk (APA, 2013).

DSM-IV sınıflandırmasında “Ağrı Bozukluğu” olarak adlandırılan tanı kategorisi, DSM-5’te Bedensel Belirti Bozukluğunun bir alt türü/ ‘ağrının baskın olması ile giden tür’ olarak değiştirilmiştir. Ağrının baskın olduğu bedensel belirtiler söz konusu olduğunda bu belirleyici kullanılır (APA, 2013). Kişinin ağrı şikayeti mevcut olsa da tanı için gerekli diğer koşulları karşılamıyor olabilir. Somatik semptomlar, Bedensel Belirti Bozuklukları kriterlerini karşılamıyor olsa da, önemsenerek dikkate alınması gereken belirtilerdir.

1.1.3. Tıbben Açıklanamayan Somatik Semptomlar / Fonksiyonel Somatik Semptomlar

Karın ağrısı, göğüs ağrısı, kasık ağrısı, eklem ağrıları gibi bedensel yakınmalar, toplumda yaygın olarak görülen ve sıklıkla doktora başvurma sebebi olan şikayetlerdendir (Rief, Hessel ve Braehler, 2001).

Bugün dünyada ve bütün kültürel gruplarda, somatizasyon bağlamında bedensel belirtiler, duygusal sıkıntılar ve ruhsal problemlerin bir ifade şekli olarak kabul edilmektedirler (Kirmayer, Robbins, Dworkind ve Yaffe, 1993). Tıbben bir açıklaması bulunmayan ve organik kaynağı tespit edilemeyen bedensel yakınmalar, toplumda çok sık karşılaşılan yakınmalardır (Eriksen, Svendsrod, Ursin ve Ursin, 1998; Haug, Mykletun ve Dahl, 2002; Kroenke ve Price, 1993; Smith, Greenbaum, Vancouver ve diğerleri, 1990).

Literatürde, belirtilerin organik bir hastalık ile ilişkilendirilemediği ve herhangi bir doku-yapı bozukluğuyla açıklanamayan bu gibi durumlar betimlenirken; “belirti olmaksızın patoloji”, “açıklanamayan bedensel belirti”, “işlevsel belirti”, “tıbben açıklanamayan belirti”, “belirli psikopatoloji olmaksızın tıbbi belirti”, “organik hastalık tarafından açıklanamayan bedensel belirti” gibi ifadeler kullanılmaktadır (Kapfhammer, 2006).

Çoğunlukla karşılaşıldığı üzere, bedensel belirtiler tek bir ağrı şikayeti şeklinde de olabileceği gibi, genellikle birden fazla bölgedeki yakınmaları kapsayan çoğul belirtiler görülmektedir. Bir arada görülen bir kısım belirtilerin, işlevsel rahatsızlıklara sebep oluyor olması, bunların İşlevsel Bedensel Sendromlar (Functional Somatic Syndromes) olarak tanımlanmasına yol açmıştır. İşlevsel Bedensel Sendrom ifadesi yukarıdaki diğer ifadelerle benzer şekilde, herhangi bir organik ya da yapısal hastalığa ilişkin bir anormallik olmaksızın, belirti, yakınma ve işlev kaybına yol açan, birbirleriyle ilişkili görülen bir dizi sendrom olarak tanımlanmaktadır (Barsky ve Borus, 1999).

Fonksiyonel somatik sendromlar, toplumda sıkça rastlanan temel sağlık sorunlarıdır. Çok sık görülen sorunlar olmalarına ek olarak, kalıcı ya da tekrarlayan tarzda, kimi zaman kişilerin işlevlerini büyük oranda kısıtlayan ve ekonomik kaynaklarını zorlayan rahatsızlıklar olmaları nedeniyle de, toplumsal ölçekte büyük önem taşıyan rahatsızlıklardır. İşlevsel bedenesel sendromlara örnek olarak; İrritabl Barsak Sendromu (İBS), Kronik Pelvik Ağrısı (KPA), Fibromiyalji (FM), Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS), Gerilim Tipi Baş ağrısı (GTB), Hiperventilasyon Sendromu (HVS) vb. verilebilir (Barsky ve Borus, 1999).

Barsky ve Borus (1999) yaptıkları çalışmada, fonksiyonel somatik sendromların, yüksek oranda birlikte görüldüğünü ve belirti gruplarında örtüşmeler olduğunu söylemişlerdir. Bir kişinin aynı anda birden fazla işlevsel somatik sendromun kriterlerini karşıladığı sıklıkla görülen bir durumdur (Aaron ve Buchwald, 2001). Ayrıca dikkat çekici bir şekilde, pek çok yayında ortak bulgularla işaret edilmektedir ki; kronik yorgunluk sendromu ve fibromiyalji gibi tıbben açıklanamayan tabloların, psikososyal, demografik ve klinik özelliklerine ek olarak nesnel belirtilerinin de ortak olduğu görülmektedir (Nimnuan, Hotopf ve Wessely, 2001).

Fonksiyonel Somatik Sendromlarda, belirtiler büyük benzerlikler taşıırken, aynı zamanda bu belirtilerin sahip olduğu iki önemli özellik de dikkat çekmektedir. Bunların ilki belirtilerin ayırt edici olmayışıdır. İşlevsel somatik sendromlarda belirtiler yaygın ve şüpheye yol açan türdedir, özgül belirtiler değildir. İkinci özellik ise bu belirtilerin, sağlıklı popülasyonda, hastalığı olmayan kişilerde de yaygın bir biçimde gözlenebilmesidir (Buchwald & Garrity, 1994). Fonksiyonel somatik sendromların yaygın belirtileri yorgunluk, uyku problemleri, baş ağrısı, kas ağrısı, bellek sorunları, dikkat-yoğunlaşma sorunları, zayıflık, eklem ağrısı, boğaz ağrısı, baş dönmesi, nefes daralması, çarpıntılar, ağız kuruması, menstruasyon ve cinsel ilişki sırasındaki ağrılar, anksiyete, huzursuzluk ve depresyon olarak sıralayabiliriz (Barsky ve Borus, 1999; Nimnuan ve ark., 2001).

Epidemiyolojik çalışmalar kişilik, sosyokültürel faktörler, psikiyatrik komorbidite gibi değişkenlerin, fiziksel semptomlar üzerinde etkili olduğunu göstermektedirler (Burton, 2003; Henningsen, Zimmermann ve Sattel, 2003). Ayrıca fonksiyonel semptomların algısı ve bilişsel süreçlerde işlenmesi ile ilgili, tutarlı teorik modeller de vardır (Cameron, Leventhal ve Leventhal, 1995). Öte yandan, görece daha az sayıda çalışma da, fonksiyonel somatik sendromlar ve semptomların psikolojik rahatsızlık hali ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Dancey, Taghavi ve Fox, 1999; Tennen, Affleck ve Zautra, 2006; Turner, Mancl ve Fox, 2005).

Burton, Weller ve Sharpe'nin (2009) elektronik günlük yöntemi kullanarak yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, fonksiyonel somatik semptomlar ile psikolojik durum arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Fiziksel semptomlar, özellikle de ağrı, klinik depresyonun tanınmasını güçleştiren bir faktördür (Bridges ve Goldberg, 1985; Kirmayer ve ark., 1993) ve büyük oranda hastanın beden duyularını yorumlama şekli ve bu duyuları ne ile ilişkilendirdiğiyle ilgilidir (Barsky, Goodson ve Lane, 1988; Duman, Usubütün ve Göka, 2004; Lipowski, 1988). Depresif kişinin dikkati bedenine yönelerek, çok sıradan duyuları abartılı bir biçimde algılayarak rahatsızlık duymasına sebep olabilir. Bedensel duyuları büyütme ve depresyonun anlamlı bir şekilde ilişkili oldukları düşünülmektedir (Barsky ve ark. 1988; Duman ve ark., 2004; Güleç, Sayar ve Özkorumak, 2005; Sayar, Kirmayer ve Taillefer, 2003).

1.1.4. Bedensel Duyumu Büyütme – Amplifikasyon

Bedensel duyuları büyütme yani amplifikasyon, bedenin normal duyularını abartılı, şiddetli ve çarpıtılmış olarak algılama durumudur. Kişiler, beden duyularına aşırı dikkat yönelterek, nadir yaşadıkları zayıf bazı duyuları seçerek, algıladıkları bu duyulara ilişkin bilişsel çarpıtmalar ve anlam yüklemeler yaparak, üç aşamada amplifikasyonu şekillendirmiş olurlar (Barsky ve ark., 1988).

Bedensel duyuları büyütme (Amplifikasyon), bedensel duyuları şiddetli, rahatsız edici ve zarar verici belirtiler olarak yorumlama eğilimi olarak ifade edilir. Belirli zayıf ve seyrek bir beden duyumuna odaklanarak, bu duyumu yükselterek bir hastalık olarak yaşamak, normalize edememek halidir (Barsky, Wyshak ve Klerman, 1990).

Amplifikasyon (büyütme) kuramına göre bedenselleştirme, bedensel duyu girdileri kortekste işlenirken, bu işlemi yapan bölgenin abartılı ve ya çarpıtılmış algılamaları ile ilişkilidir (Barsky, 1992). Bazı çalışmalar, depresyonda bedenselleştirmenin, büyütme ile doğru, eğitim seviyesi ile ters orantılı olduğunu göstermektedir (Güleç ve ark., 2005; Sayar ve ark., 2003).

Bedensel belirtiler bir anlamda, ağrı sinyallerinin algılanması ile ilgili bir bozukluk olarak da ifade edilebilir (Rief ve Barsky, 2005). Burada bahsedilen nöronal durum, yani mevcut sinyalin abartılı algılanıyor olması duyarlılaştırma (sensitization) olarak tanımlanmaktadır (Ursin, 1997). Amplifikasyon ise ağrı ile ilgili bilişsel bir abartma durumudur (Barsky, 1992).

Bedensel belirtileri büyüten bireylerde, bedenin artmış dikkatinin hoşlanılmayan bedensel duyulara yönelmesi, zayıf ve seyrek duyuları seçerek bunlara yoğunlaşma ve normal bedensel duyuları anormal, patolojik yahut hastalık belirtisi olabilecek derecede ciddi olarak yorumlama eğilimi gibi durumlar gözlenmektedir (Duddu, Isaac ve Chaturvedi, 2006).

Depresyonda, kişinin dikkati bedenine yönelerek, vücudun normal ve basit duyularını abartılı ve rahatsızlık verici şekilde algılanmasına neden olmaktadır. Bedensel duyuları büyütme ve depresyonun ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Barsky ve ark., 1988).

Barsky ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada, amplifikasyon ve depresyon semptomlarının güçlü derecede ilişkili olduğu gösterilirken, duygusal çökkünlük ve amplifikasyon arasındaki ilişkinin yönü netleştirilememiştir.

Barsky (1992) depresyonun bedensel semptom büyütme/destekleyebileceğini ifade etmiştir. Depresif bozukluğu olan hastalarda olumsuz düşünceler ve olumsuz bilişsel şemalar, hastalık ile ilgili düşünceyi besleyebilir. Bu sebeple hoşlanılmayan yaşantılara ilişkin anılar aktive olarak algılanan rahatsızlığı yükseltebilir.

Sayar ve arkadaşları somatizasyon belirtilerinin anksiyete, bedensel duyuları büyütme/amplifikasyon ve aleksitimi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Sayar, 2003).

Pek çok çalışmada, biyolojik hassasiyet, belirti arayıcılık ve bu belirtiyi büyütme eğiliminin, belirtilerin aşırı yorumlanması ve emosyonel çökkünlüğe yönelimi yordayabileceği, bu ilişkinin çit yönlü olabileceği belirtilmiştir (Wilhelmsen, 2005).

1.2. Depresyon

Depresyon, haz/ilgi kaybı, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, uyku ve iştah bozuklukları, enerji kaybı, konsantrasyon kaybı, umutsuzluk/mutsuzluk hali ve bazı durumlarda intihar düşünceleriyle karakterize, yaygın bir ruhsal bozukluktur (WHO, 2012).

Depresyon genetik, psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülen bir bozukluktur. Pek çok değişken depresyonda etkili olabilir ancak bazı önemli risk faktörleri öne çıkmaktadır. Bunlara düşük gelir seviyesi, kronik ve ya ciddi fiziksel hastalıklar, hormonal etkenler, ailede depresyon öyküsü, aile içi şiddet, düşük stres toleransı gibi risk faktörleri örnek gösterilebilir (UMMC, 2013).

Depresyon, sıklığı ve yaygınlığı oldukça yüksek oranda olan bir bozukluktur. Genel olarak depresyonun yaygınlık oranı %9-20 arasında değişirken, araştırmalara göre yaşam boyu depresyon geçirme riski erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 olarak bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Depresyon ile ilgili çalışmalar arttıkça, depresyonun özellikle birincil sağlık hizmetlerindeki önemi daha çok anlaşılmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerinde, birincil sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda depresyon oranı %20 olarak ifade edilmişse de (Öztürk & Uluşahin, 2011) bu oranın artmış olabileceği de düşünülebilir. Toplumda her 6 kişiden biri yaşamı boyunca en az bir defa depresyon geçirmekte fakat bunların %40'ı depresyona yönelik bir tedavi almamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.2.1. DSM-5'te Depresyon Tanı Ölçütleri ve Türleri

Depresyon, uzun yıllardır sıklıkla araştırmalara konu olan ve üzerinde çok sayıda görüş ve yorum bildirilen bir bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2012 yılında yayınladığı, 65. Dünya Sağlık Toplantısı'nın raporuna göre, depresyon bugün dünyada yaklaşık olarak 350 milyon insanı etkilemektedir ve işlevselliği en çok düşüren hastalıkların başında gelmektedir (WHO, 2012).

Gerek 2015 yılında kullanılmaya başlanması beklenen ICD-11, gerekse 2013 yılında kullanılmaya başlanan DSM-5, depresyon bozuklukları ile ilgili tanı kriterleri üzerinde büyük oranda uzlaşmaktadır. Ülkemizde psikiyatrik tanılamada DSM kriterleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle toplumda sık karşılaşılan depresyon ve benzeri bozukların isabetli tanılanabilmesi için, bu kriterler büyük bir ihtiyacı karşılamaktadır.

DSM-IV'ten DSM-5'e "Depresyon Bozuklukları"nda bazı ufak değişiklikler olduysa da, depresyon tanı kriterleri genel anlamda aynı kalmıştır. DSM-IV'te "Duygudurum Bozuklukları" kategorisinde yer alan Majör Depresyon, DSM-5'te "Depresyon Bozuklukları" tanı grubu oluşturularak bu gruba alınmıştır. DSM-5'in "Majör (Yeğin) Depresyon Bozuklukları" kriterlerine göre, Majör Depresyon Bozukluğu tanısı için, aşağıda verilen belirtilerin en az beşi (en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgi yitimi/zevk alamama olmak üzere), iki haftalık sürede hemen her gün görülmelidir. Belirtiler, 1- hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, belirgin çökkün duygudurum; 2- tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma; 3- yeme bozukluğu veya belirgin kilo alma/verme; 4- uykusuzluk ya da aşırı uyku; 5- psikomotor ajitasyon ya da retardasyon; 6- yorgunluk, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü; 7- değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları; 8- odaklanmada ve yoğunlaşmakta güçlük, ya da kararsızlık; 9- yineleyen ölüm düşünceleri/tasarıları olarak sıralanmaktadır. Bu belirtiler kişilerin yaşamında sıkıntıya ve önemli işlevsellik alanlarında (toplumsal, iş, özel yaşam) işlevsellik düşüşüne neden olur. Bu belirtiler, bir madde etkisine ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz (APA, 2013).

DSM-5'te "Depresyon Bozuklukları" başlığı altında yer verilen tanımlar şunlardır: 1.Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, 2.Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu, 3.Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi), 4.Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu, 5.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu, 6.Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu, 7.Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu ve 8.Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu (APA, 2013).

DSM-5'te Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri olarak birinci sırada bahsedilen "bunaltılı sıkıntı"nın (bunalma/gerginlik duyma, dinginlik sağlayamama, özdenetimini yitirecekmiş gibi olma, kaygı kaynaklı odaklanma problemi ve kötü bir şeyler olacağından korkma ile karakterize), birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda sık rastlanan bir Majör Depresyon belirtisi olduğu vurgulanmaktadır. Bu bunaltılı sıkıntının düzeyinin doğru belirlenmesinin, klinik açıdan ve tedavi yaklaşımları açısından fayda sağlayacağı belirtilmiştir (APA, 2013).

1.3. Anksiyete ve Depresyonda Somatik Belirtiler

Bedenselleştirme ve bedensel semptomlar, pek çok psikiyatrik rahatsızlıkla ilişkilendirilmiş olmalarına rağmen, bedenselleştirmenin ilişkilendirildiği psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en önemlileri anksiyete ve depresyondur (Fabrega, 1990). Pek çok çalışmada ifade edildiği şekilde; tıbbi

olarak açıklanamayan somatik belirtiler arttıkça, anksiyete ve depresyon riski de artış göstermektedir (Escobar, Rubio-Stipec, Canino ve Karno, 1989).

Birincil sağlık hizmeti merkezlerinde yürütülen birkaç çalışmada da sonuçlar, tıbben açıklanamayan genel somatik semptomların, anksiyete ve depresyon ile ilişkisini göstermiştir. Depresif ve anksiyeteli hastaların %30'unda fiziksel yakınmalar tespit edilmiş ve bunlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kroenke, Jackson ve Chamberlin, 1997).

Anksiyete ve depresyon tanısı almış kişilerde, fonksiyonel somatik semptomlar oldukça yaygın olarak görülmektedir (Kroenke ve ark., 1997). Göğüs ağrısı, halsizlik, yorgunluk, karın ağrısı, kas-iskelet sistemi ağrıları, depresyon ve anksiyete hastalarının özellikle şikayetçi oldukları durumlardır. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, anksiyete ve depresyon hastalarının, hekim özellikle sorgulamadığı durumlarda emosyonel semptomları göz ardı ederek, bedensel semptomları ifade etme eğilimleri olduğu bilinmektedir (Bridges ve Goldberg, 1985; Schulberg ve McClelland, 1987).

Yapılan çalışmalarda Somatoform Bozuklukların da anksiyete ve depresyon ile yüksek komorbiditesi olduğu bulunmuştur. İşlevsel azalmayı da beraberinde getiren bu bozuklukların, çift yönlü nedensellik bağlamında bir ilişkileri olabileceği düşünülmüştür (Önen Sertöz ve Elbi Mete, 2004).

Haug ve arkadaşlarının (2004) Norveç'te geniş bir grupla yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, depresyon ve/veya anksiyete problemleri olan katılımcıların fonksiyonel somatik semptomları, bu psikiyatrik rahatsızlıkları olmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Ayrıca, anksiyete ve depresyon hastalarının genel bedensel semptomlarla ilgili daha düşük his eşikleri olabileceği, bunun ise daha yüksek derecede semptom ifade etmelerine yol açıyor olabileceği söylenmektedir (Katon, Lin, VonKorff ve diğerleri, 1991). Diğer yandan, anksiyete ve depresyonun somatik semptomlara ikincil olarak görülebileceğini ileri süren araştırmalar da vardır. Somatik semptomları olan kişiler, sıklıkla bu şikayetleriyle ilgili endişe duymakta ve sebepleriyle ilgili düşünerek kaygı deneyimlemektedirler. Benzer şekilde bedensel semptomlar sebebiyle uzun süreli sıkıntı yaşayan ve bununla ilgili yardım alamayıp umutsuz hisseden kişilerde, sonuç olarak depresif semptomlar ortaya çıktığı bildirilmiştir (Silverstein, 1999).

Japon Sağlık Bakanlığının 2004 yılında yürüttüğü Ulusal Sağlık Anketinin sonuçlarına göre, psikososyal stres algılayan kişilerin aynı zamanda bedensel belirti yaşama ihtimali yüksektir (Nakao & Barsky, 2007).

1.4. Somatizasyon ve Depresyon İlişkisi

Araştırma sonuçlarına göre depresyon hastalarının, çeşitli somatik semptomlardan yakınmaları sıklıkla rastlanan bir birlikteliktir (Ierodiakonou ve Iacovides, 1987; Isshiki, Nakao, Yamaoka ve Yano, 2004; Nakao, Yamanaka ve Kuboki, 2001b; Nakao, Yamanaka ve Kuboki, 2002; Nakao ve Yano, 2003; Nakao ve Yano, 2006a; Nakao ve Yano, 2006b; Simon ve ark., 1999).

Ülkemizde birincil sağlık hizmetlerine başvuran hastalarla, bedensel ve ruhsal rahatsızlıkları inceleyen bazı çalışmalar yapılmış, bu çalışmalar sonucunda, depresyonun sıkça rastlanan bir

psikiyatrik bozukluk olduğu ve kronik bedensel rahatsızlıklarla birliktelik oranının yüksek olduğu görülmüştür (Rezaki, 1995; Sağduyu ve ark., 2000; Üçok, 1995).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) çalışmasına göre, birincil sağlık hizmetlerine başvuran hastalardan depresyon kriterlerini karşılayanların %95'i sadece somatik şikayetler nedeniyle hekime başvurmuştur (Simon ve ark., 1999).

Uzun yıllardır yapılan araştırmalar tutarlı bir biçimde göstermektedir ki; tıbbi olarak açıklanamayan bedensel semptom ve sendromları olan hastalarda, depresyon görülme riski artmakta ya da depresyon düzeyinde artış olmaktadır (Bass, Peveler ve House, 2001; Katon, Sullivan ve Walker, 2001; Von-Korff ve Simon, 1996). Ayrıca kronik ağrı şikayetleri ve majör depresif bozukluğun sıklıkla birlikte görüldüğüne ilişkin kanıtlar da gün geçtikçe artmaktadır (Magni, Marchetti, Moreschi, Merskey ve Luchini; 1993).

2003 yılında Henningsen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; fonksiyonel somatik sendromlardan yakınan hastalardaki depresyon düzeyi, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara ve bilinen organik bir patolojiden kaynaklanan benzer bedensel semptomları olan katılımcılara göre, anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Henningsen, Zimmermann ve Sattel, 2003).

Nakao ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları takip çalışmasının verilerine göre, üç somatik semptom (bel ağrısı, baş dönmesi ve karın ağrısı) majör depresyon için anlamlı risk faktörleri olarak bulunmuştur (Nakao ve Yano, 2006b). Bu bulgular, Dünya Sağlık Örgütü'nün Japonya'da depresif popülasyonun %77'sinin hekime başvurma sebeplerinin bedensel yakınmalar olduğu yönündeki raporunu destekler niteliktedir (Simon ve ark., 1999).

Uygulamada depresyon ve bedensel belirti arasında nedensel bir ilişki kurmak güç olsa da, depresyonu tanımak özellikle birincil sağlık hizmetleri açısından oldukça önemli ve dikkat gerektiren bir konudur (Kalkan Oğuzhanoglu, 2001). Depresyonun sıkça bedensel hastalıklarla birlikte görülmesi yahut, bedensel belirti göstermesi, depresyonun tanı ve tedavisinin gözden kaçmasına neden olmaktadır (Hirschfeld, Keller, Panico ve diğerleri, 1997). Sıklıkla bedensel semptomlar ve depresif semptomlar birbirini örtmekte ve özellikle somatik yakınmalar, depresyonun emosyonel belirtilerinin atlanmasına neden olacak kadar yoğun ve baskın ifade edilmektedir (Ohayon ve Schatzberg, (2003).

Depresyon ve bedenselleştirme arasındaki ilişkiyi inceleyen klinik ve epidemiyolojik çalışmalar (Blacker ve Clare, 1987; Bridges ve Goldberg, 1985) bu ikisi arasında yüksek bir birliktelik olduğunu söylemiştir. Depresyonun çok yaygın bir biçimde bedene aktarıldığı (Kirmayer, 1984) ve kişinin depresif durumdan dolayı regrese olarak, geçmişten tecrübelediği hastalık anılarını yaşayıp, bedensel belirtiler deneyimleyebileceği (Lipowski, 1988) bilinmektedir.

Bedensel algıların yükseltilmesi ile ilgili yürütülen bir çalışmada (Barsky ve ark., 1988), depresyonun bedensel algıların yükselmesi ve bedensel yakınmalarla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Vaccarino, Sills, Evans ve Khalali'nin (2009) yaptıkları çalışmanın bulguları, ağrı ve ilişkili çoğul bedensel semptomların, Majör Depresyon tanısı olan kişilerde oldukça yaygın olarak

görüldüğünü göstermektedir. Depresyon ve bedensel yakınmalar arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok çalışmada bedensel belirtiler, özellikle ağrı, depresyonun temel belirleyeni olmamakla birlikte (APA, 2013), depresyonda yaygın görülen ve depresyon şiddetinin artmasında etkili olduğu düşünülen bir özelliktir (Bair, Robinson, Katon ve Kroenke, 2003; Corruble ve Guelfi, 2000; Kluge, Dittman, Lehmann, Linden ve Wehmeier, 2005; Vaccarino, Sills, Evans ve Khalali, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997'de yaptığı çok uluslu çalışmada, somatizasyon şikayeti olan hastaların depresyon riskinin çok yüksek düzeyde olduğu bulgulanmıştır (Gureje, Simon, Üstün ve Goldberg, 1997). Yine bu çalışmanın verileri kullanılarak, meta-analiz yöntemiyle 1999 yılında yapılan bir başka araştırmada da, bedensel belirtilerin varlığının, depresyon tanısı açısından anlamlı bir belirleyen olduğu gösterilmiştir (Simon ve Gureje, 1999).

1.4.1. Depresyon ve Somatik Belirti Olarak Ağrı

Depresyon ve ağrı arasındaki ilişkinin gücü, kesin olarak açıklanamıyor olsa da, pek çok çalışmada bu ilişki, bulgularla desteklenmiştir (Arnou, Hunkeler, Blasey ve diğerleri, 2006; Ohayon ve Schatzberg, 2003). Depresif bozukluğu olan kişilerin çoğul yakınmaları emosyonel ve fiziksel semptomları içermektedir. Bu kişilerde fiziksel semptomların (örn; yorgunluk, uykusuzluk, ağrı vb.) çok yaygın olduğu (Kirmayer ve Robbins, 1991; Pearson, Katzelnick, Simon ve diğerleri, 1999) ve yakınılan fiziksel semptomların organik bir bozuklukla ilişkili olmadığı (Kroenke, 2001) bilinmektedir. Depresyon hastalarının yarısından fazlası yalnızca fiziksel yakınmalar tariflemekte iken (Simon ve ark., 1999; Bridges ve Goldberg, 1985; Kirmayer ve ark., 1993), depresyon hastalarının %60'ından fazlası da ağrı ilişkili yakınmalardan bahsetmektedirler (Hollifield, Katon ve Morojele, 1994; Kroenke, Spitzer, Williams ve diğerleri, 1994; Mathew, Weinman ve Mirabi, 1981).

Yapılan pek çok araştırma sonucunda, depresyonda baş ağrısı gibi bazı belirgin ağrı belirtilerinin, diğer ağrılardan daha yaygın olduğu ve bu belirtilerin şiddetinin, depresyonun şiddetini öngörme yolunda açıklayıcı olduğu (Bair ve ark., 2003; Breslau, Schultz, Stewart ve diğerleri, 2000; Currie ve Wang, 2004; Nakao ve ark., 2001; Ohayon ve Schatzberg, 2003; Vaccarino ve ark., 2008; Vaccarino ve ark., 2009) bilgisinin yanında, depresyonun çoğul ağrı belirtileriyle de yüksek bir ilişkisi olduğu (Corruble ve Guelfi, 2000; Kluge ve ark., 2005; Larsson ve Sund, 2007; Lindesay, 1985; Yap, Chua, Dworkin, Tan ve Tan, 2002) görülmüştür.

Kronik sırt ağrısı, kronik yorgunluk sendromu, göğüs ağrısı, pelvik ağrısı, huzursuz barsak sendromu gibi tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirti gruplarının, tekrarlayan depresyon vakalarının üçte birinde görüldüğü bildirilmektedir (Lipowski, 1990; Russo, Katon, Sullivan, Clark ve Buchwald, 1994).

Bedensel semptomlar her ne kadar ayrı ayrı tanımlansalar da, bir arada görülmeleri ve sendrom halinde deneyimlenmeleri, altta yatan aracı bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin; Majör Depresyon hastalarında artmış kas gerginliği ve ağrıları yaygın olarak rapor edilmekte (Hovanitz, Filippides, Lindsay ve Schreff, 2002; Kluge ve ark., 2005; Vaccarino ve ark., 2008) ve bu

semptomun diğ er somatik semptom ve sendromların da ortaya çı kmalarında etkili olabileceğ i düşünölmektedir (Vaccarino ve ark., 2009).

Klinik bulgularla depresyon tanısı almış hastalarda yüksek oranda ağrı yakınması bulunduğ u, araştırmalar sonucunda gösterilmiştir. Ayrıca bu ağrıların, depresyonun kendi belirtileri dışında, işlevselliğ i yüksek oranda olumsuz etkilediğ i rapor edilmiştir (Demyttenaere, Reed, Quail ve diğ erleri, 2010).

Kronik yaygın ağrı şikayeti olan hastalarda psikiyatrik hastalık birlikteliklerini araştıran bir grup çalışmacının bulguları göstermiştir ki, depresyon ve distimi, kronik yaygın ağrı yakınmalarıyla kuvvetli bir şekilde birliktelik göstermektedir (Benjamin, Morris, McBeth, Macfarlane ve Silman, 2000).

2004 yılında ölkemizde süreğ en günlük baş ağrısında psikiyatrik komorbiditeyi araştıran bir çalışmada bulgular, süreğ en günlük baş ağrısı hastalarında duygudurum bozukluğ u tanısı alanların %35.7 oranında olduğ unu göstermiştir (Atasoy, Atasoy, Ünal, Konuk ve Atik, 2004). Ayrıca depresyon hastalarında ağrı eşiğ i düşük olduğ u için ağrılı uyararı daha nahoş değ erlendirdikleri, bu sebeple sık analezik kullanımına yönelindikleri belirtilmiştir. Araştırmalar süreğ en günlük baş ağrısı hastalarındaki depresyon puanlarının normallere göre anlamlı olarak yüksek olduğ unu göstermektedir (Holroyd, Stensland, Lipchik ve diğ erleri, 2000 ; Mitsikostas ve Thomas, 1999; Wang, Fuh, Lu ve diğ erleri, 2000).

Boylamsal bir çalışmanın sonuçları, depresif belirtilerin gelecekteki ağrı epizodlarını tahmin etmede (bel ağrısı, boyun-omuz ağrısı, kas ağrısı) depresif belirti göstermeyen hastalara göre anlamlı farklara işaret ettiğ i göstermiştir (Leino ve Magni, 1993). Bir başka çalışmada, bel ağrısının depresif hastalarda depresif olmayanlara oranla iki kat daha fazla rapor edildiğ i gösterilmiştir (Croft, Papageorgiou, Ferry ve diğ erleri, 1995). Buna ek olarak baş ağrısı, karın ağrısı, göğüs ağrısı, eklem ağrısı gibi ağrıların depresif hastalar tarafından birincil sağlık hizmetlerinde sıklıkla şikayet edilen durumlar oldukları belirtilmiştir (Kroenke ve ark., 1994; Mathew ve ark., 1981).

Diğ er taraftan bazı çalışmalar, depresif duygudurumun mevcut ağrı şikayetlerini şiddet, sıklık, süre ve belirti çeşitliliğ i yönünden arttırarak hastanın işlevselliğ ini düşürdüğ une işaret etmektedir (Von-Korff ve ark., 1988).

Depresyon ve ağrı arasındaki ilişki, iki durumun belirtileri şiddetlendikçe, güçlenme eğilimindedir. Örneğ in, ağrının şiddeti arttıkça, depresif belirtiler daha yaygın görölmeye başlar (Carroll, Cassidy ve Cote, 2000; Lamb, Guralnik, Buchner ve diğ erleri, 2000; Moldin, Schheftner, Rice ve diğ erleri, 1993). Aynı şekilde, depresyon belirtilerinin şiddeti arttıkça, ağrı şikayetleri daha sık ve şiddetli hale gelir (Von-Korff ve ark., 1988). Bulgular göstermektedir ki, çoğ ul ağrı şikayetleri depresyon riskini arttırmaktadır (Dworkin ve Gitlin, 1991).

1.4.2. Somatizasyon ve Depresyon Arasındaki Çift Yönlü Belirleyicilik

Literatür çalışmaları, depresyon-ağrı ilişkisinin çift yönlü bir belirleyiciliği olduğunu ve depresyonun ağrının şiddeti ve süresini etkilediğini, ağrının ise depresyon belirtilerini (umutsuzluk, sosyal izolasyon, işlevsellikte azalma ve yavaşlama) şiddetlendirdiğini göstermektedir (Bair ve ark., 2003; Von-Korff ve Simon, 1996).

Somatik semptomlar ve psikolojik rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sonuç olarak, somatik semptomların psikolojik rahatsızlıkların sebebi olmanın yanında, sonuçları olarak da görülebileceklerini bildirmektedirler (Vazquez-Barquero, Diez-Manrique, Pena-Martin ve diğerleri, 1987; Wells, Golding ve Burnam, 1988). Çoğunlukla ağrı ve yorgunluk gibi somatik semptomların depresyon ile ilişkili olarak ortaya çıktığı ya da sosyal içe çekilme ve fonksiyonlarda azalmaya sebep olan somatik semptomların, psikolojik rahatsızlık düzeyini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Kroenke ve Price, 1993; Magni ve ark., 1993).

Depresif duygu-durum ve ağrı semptomu (özellikle kronik) arasındaki yakın ilişki yıllardır pek çok deneysel araştırmanın konusu olmuştur (Bair ve ark., 2003; Gureje, Simon ve VonKorff, 2001; Lepine ve Briley, 2004; Wells, Stewart, Hays ve diğerleri, 1989). Araştırmalar göstermiştir ki, depresyon ve ağrılı belirtiler sıklıkla bir arada görülmektedirler.

Fonksiyonel somatik semptomlar ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar, semptomların tekil ya da çoğul görülmesinin, depresyon düzeyi açısından fark oluşturmadığı görüşünü savunmaktadır (Tylee, Gastpar, Lepine ve Mendlewicz, 1999; Tylee ve Gandhi, 2005). Diğer yandan, şiddetli majör depresyonu olan bireylerdeki somatik belirtilerin, orta düzey depresyonu olan bireylerdeki belirtilerden anlamlı şekilde fazla olduğu da bilinmektedir (Betrus, Elmore ve Hamilton, 1995; Escobar ve ark., 1989). Buna ek olarak depresyondaki bedensel semptomların şiddetiyle doğru orantılı olarak, tanı ve tedavi sürecinin de zorlaştığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Terre, Poston, Foreyt ve St. Jeor, 2003).

Majör depresyonun tanılanmasında, somatik yakınmalar, duygu durum bozukluğunda görülen yakınmalardan daha ön plandadır (Simon ve ark., 1999). Ayrıca somatik belirtilerle ortaya çıkan depresif bozukluğun, toplumda en sık rastlanan duygu durum bozukluğu tipi olduğunu öne süren araştırmalar vardır (Akiskal, 1983).

Çoğul somatik sendromların türleri ve içeriklerinin değişmesi, depresyon şiddeti ile ilgili bir belirleyen olmamakla birlikte, depresyon hastalarının depresyonu olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, anlamlı bir şekilde daha fazla fonksiyonel somatik sendrom yakınmaları olduğu ve depresyon ile somatik semptomlar arasındaki ilişkinin çok güçlü olduğu bildirilmektedir (Simon ve ark., 1999).

Depresyonu olan hastalarda ağrı şikayetlerinin yaygınlığı ve ağrı şikayeti olan hastalarda depresyon tanısının yaygınlığı, bu durumların herhangi birinin tek başına görülmesine oranla oldukça fazladır (Bair ve ark., 2003). Ağrının varlığının depresyonun tanı ve tedavisini zorlaştırdığı bilinmektedir. Yoğun ağrı şikayetleri, işlevsellikte azalma ve yavaşlama gibi depresyonla ilişkili

sonuçları otomatik olarak ortaya çıkarmaktadır. Benzer şekilde, depresyonu olan hastalar, ağrı duyularına ilişkin algı ve yorumları ile ağrıyı daha şiddetli deneyimleyebilmektedirler (Bair ve ark., 2003). Depresyon ve ağrının aynı biyolojik yapı ve nörotransmitterler üzerinden işliyor olması, bu iki durum arasındaki ilişkiyi anlamlı kılmaktadır (Bair ve ark., 2003).

Depresyon hastalarının hemen hepsinde yakınmalar, emosyonel ve fiziksel semptomların birleşiminden oluşur. Fiziksel yakınmalar genelde tipik olarak tıbben açıklanamayan ağrı ve benzeri şikayetler şeklindedir (Katon ve ark., 2001).

Bir çalışmada, majör depresif bozukluğu olan hastaların %57'sinin somatizasyon kriterlerini de karşıladığı, somatik belirtileri ön plana çıkan hastaların %53'ünün ise tanılanabilir depresif bozukluğu olduğu görülmüştür (Bridges & Goldberg, 1987).

Geniş çaplı boylamsal bir araştırmanın verilerine göre, depresif semptomlar, gelecekteki sırt ağrısı, boyun-omuz ağrısı ve kas-iskelet sistemi ile ilgili semptomları tahmin etmede önemli bir etkidir (Leino ve Magni, 1993). Diğer yandan, araştırma sonuçları göstermiştir ki; göğüs ağrısı, sırt ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı ve yüz ağrısı gibi ağrıların, birden fazlasından aynı anda yakınan hastalar, ağrı şikayeti olmayan hastalara göre depresyon yönünden beş kata kadar daha fazla risk altındadırlar (Von-Korff, Dworkin, Le-Resche ve Kruger, 1988).

Klinik değerlendirmeler sonucunda patolojik bir etken tespit edilemediğinde, sık rastlanan bedensel belirtiler fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, irritabl barsak sendromu gibi farklı teşhislerle tanılanabilmektedir. Bu gibi açıklanamayan bedensel semptomlar ve sağlıkla ilgili subjektif yakınmalarla giden hastalıklara “Somatoform İlişkili Bozukluklar” da denilmektedir. Bu konuda şikayetlerin, fiziksel semptomların algılanması ve yorumlanması ile ilişkili olduğu görüşü doğrulanmış olmakla birlikte, bu yakınmaların somatizasyon sonucu oluşmuş olabilecek fizyolojik değişikliklerle de ilişkili olabileceğini, dolayısıyla bu tür şikayetler değerlendirilirken fizyolojik yapının da dikkate alınması gerektiğini savunan çalışmalar bulunmaktadır (Salt Paker, 2008; Sharpe ve Bass 1992).

1.4.3. Somatizasyon ve Depresyon İlişkisinde Biyolojik Yaklaşım

Yapılan bazı çalışmalarda, somatik belirtilerin oluşum, gelişim ve devamlılık aşamalarında, bilişsel ve algısal yapıların, biyolojik ve davranışsal faktörlerin rol oynadığına dikkat çekilmiştir (Rief ve Barsky, 2005). Özellikle biyolojik değişiklikler ile ilgili net bir ilişki tanımlanamamış olsa da, depresyon, anksiyete ve travmatizasyon gibi durumların biyolojik değişikliklerle ilişkili olabileceği öngörülmüş, bu durumların da bedensel belirtilerle sık karşılaşılan rahatsızlıklar oldukları ifade edilmiştir (Rief ve Barsky, 2005).

Endokrin sistemi, özellikle hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksenini, stres durumunda etkin olan, aynı zamanda ağrının algılanmasında etkin rol oynayan bir yapıdır (Griep, Boersma, Lentens ve diğerleri, 1998; Korszun, 2002; McBeth, Chiu, Silman ve diğerleri, 2005).

HPA eksenini ve somatik semptomlar arasındaki ilişki net olmasa da, birçok çalışmada stres düzeyini ve somatik semptomlar ilişkili bulunmuştur (Gaab, Hüster, Peisen ve diğerleri, 2003a, Gaab, Rohleder, Heitz ve diğerleri, 2003b, Rief, Shaw ve Fichter, 1998, Rief ve Auer, 2000).

Ağrı algısını etkilediği ve stresle aktive olduğu bilinen HPA (hipotalamik-pituiter-adrenal) ekseninin, stres ve ağrı algısının ilişkili olduğu somatoform bozukluklar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Gaab ve ark., 2003a; Gaab ve ark., 2003b; Heim, Ehler ve Hellhammer, 2000; Pruessner, Hellhammer ve Kirschbaum, 1999; Rief ve Auer, 2000). Bunun yanı sıra, özellikle depresyonda sık rastlanan ağrı duyularının serotoninin seviyesiyle ve somatoform bozuklukların serotonerjik sistemle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (Rief, Pilger, Ihle ve diğerleri, 2004; Rief ve Barsky, 2005).

Depresyonda etkin olduğu düşünülen monoaminlerin (serotonin, norepinefrin ve dopamin) fonksiyonel bir takım bozuklukları durumunda, depresif durumun ortaya çıktığı bilinmektedir (Hirschfeld, 2000; Tamam ve Zeren, 2002). Yaygın bir teoriye göre depresyon ve ağrılı belirtiler, merkezi sinir sisteminde aynı nöral yolları kullanmaktadırlar. Pek çok araştırma, depresyon ve ağrı arasındaki bu biyolojik bağlantıya işaret etmektedir (Blackburn-Munro ve Blackburn-Munro, 2000; Grothe, Scheckner ve Albano, 2004; Jung, Staiger ve Sullivan, 1997; Manna, Bolino ve Di Cicco, 1994).

Yapılan araştırmalar sonucunda, depresif hastalarda fiziksel yakınmaların gerilemesinin, depresyonun emosyonel belirtilerinin iyileşmesiyle ve remisyona girmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Fava, Mallinckrodt, Detke, Watkin ve Wolreich, 2004; McIntyre, Konarski, Mancini ve diğerleri, 2006). Bu ilişkinin mekanizması net olmasa da, değişik ağrı yollarında norepinefrin ve serotonin nörotransmitterlerinin rol oynamakta olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak, "Depresyonun Monoamin Teorisi" ile ilgili çalışmalara göre depresyon, serotonin, noradrenalin ve dopamin seviyelerindeki düşüklük ya da aktivasyon azlığı ile ilişkilidir (Bymaster, McNamara ve Tran, 2003; Hirschfeld, 2000).

Monoaminoasitler, özellikle serotonin, migren gibi çeşitli ağrı durumlarında belirleyici rol oynamaktadır. Serotonin ile önemli oranda ilişkili bir ruhsal bozukluk olan depresyon da, düşük ağrı eşiği ile ilişkilendirilen bir bozukluktur (Rief ve ark., 2004; Mico, Ardid, Berrocoso ve Eschaliere, 2006; Campbell, Clauw ve Keefe, 2003).

Depresyon ve ağrı durumlarında aynı biyokimyasal sistemlerin aktif olması (Bymaster ve ark., 2003; Hirschfeld, 2000; Bair ve ark., 2003), bu nörotransmitterlerin yetersizliğinin, depresyon ve ağrı duyuları üzerinde etkili olduğunu göstermekte ve iki durum arasındaki yüksek komorbiditeyi açıklamaya yardımcı olmaktadır (Bair ve ark., 2003).

Serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri ile yapılan araştırmalarda, Majör Depresyon hastalarında bu nörotransmitterlerin yoğunluğu arttığında, ağrılı fiziksel yakınmaların ve depresif özelliklerin birlikte düşüş gösterdiği gözlenmiştir (Bauer, Möller ve Schneider, 2006; Jann ve Slade, 2007). Ayrıca bazı çalışmaların verileri, kronik ağrı şikayeti olan depresyon hastalarının, depresyonu

olmayan ağrı hastalarına oranla daha fazla çoğul ağrı şikayetleri olduğunu göstermektedir (Lindesay, 1985; Yap ve ark., 2002). Bu bulgular da, depresyon ve ağrının biyolojik mekanizmalarının etkileşim içinde olduğuna işaret etmektedir.

1.4.4. Somatizasyon ve Depresyon Belirtilerinde Bilişsel Etkenlerin Önemi

Somatizasyon belirtileri (karın ağrısı, hazımsızlık, göğüs ağrısı, baş dönmesi, eklem ağrıları vb.) ile ilgili önemli etkenlerden biride şüphesiz, kişinin belirtiler ile ilgili algısı, yorumu ve belirtilere ilişkin bilişleridir. Ağrı şikayetleri olan hastalarla yapılan farklı çalışmalarda, kişilerin deneyimledikleri ağrı yakınmalarının, bilişsel faktörlerle yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin ağrı şiddeti ve işlevselliğin azalması arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastalarda işlevselliğin düşmesinin, “Korku-Kaçınma Modeli” ne göre, ağrının kendisinin değil, ağrıya verdikleri tepkinin bir sonucu olduğu gösterilmiştir (Bogduk, 2006). Korku-Kaçınma Modeli, hastaların işlevselliğini düşüren engellilik durumlarını, ağrı şiddetinin artmasından korkarak bazı hareketleri ya da günlük aktiviteleri yapmaktan kaçınmalarıyla açıklamaktadır (Waddell ve ark., 1993).

Yapılan çalışmalar korku-kaçınma davranışının, akut ağrıların kronikleşmesinde etken olabileceğini belirtmektedir (Fritz, George ve Delitto, 2001).

Waddell ve ark., (1993) kaçınma davranışının ağrı ile ilişkisini açıklarken, “ağrıya ilişkin korkular ve ağrıya karşı alınan tavır, işlevselliğin azalmasında ağrının kendisinden daha büyük rol oynayabilmektedir. Bazı araştırmalar da, korku-kaçınma davranışlarının kronikleşen, işlevsellik kaybına neden olan ağrıların gelişiminde en önemli bilişsel etken olduğunu ifade etmektedir (Crombez, Vlaeyen, Heuts ve Lysens, 1999).

Kronik bel ağrısı hastalarıyla yapılan bir çalışmada, korku-kaçınma davranışlarının ve bu bilişsel süreçlerin ağrı şiddeti, işlevsellik kaybı ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Fritz, George ve Delitto, 2001).

Somatizasyonu açıklarken araştırmacıların kullandığı bir diğer kavram ise “felaketleştirme” (katastrofizasyon) dir. Kişinin içinde bulunduğu durumu, bedeniyle ilgili şikayetlerini “zamanla daha kötü olacak” şeklinde, hep daha kötüye gidecek diye korkarak yorumlaması anlamında, somatik belirtilerle ilişkilendirilen felaketleştirme, pek çok çalışmada ağrı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (Cheng, 2000; Leeuw, Goossens, Linton ve diğerleri, 2006; Robinson, Riley, Myers ve diğerleri, 1997; Riley, Robinson ve Geisser, 1999; Rosenstiel ve Keefe, 1983; Sullivan, Bishop ve Pivik, 1995;). Main ve arkadaşları (akt. Salt Peker, 2008) kronik bel ağrısı şikayeti bulunan hastaların depresif belirtilerinin %35’inin felaketleştirme ile açıklandığını belirtmişlerdir.

Araştırma sonuçları göstermektedir ki, düşüncüyü baskılama ve felaketleştirme, ağrı şikayetlerinin artışıyla ilişkilidir (Sullivan ve ark., 1997). Ağrılı uyarıyı felaketleştiren kişiler, ağrı uyarıyı ile ilgili felaketleştirme düşüncesi olmayanlara oranla daha şiddetli ağrı deneyimi yaşamaktadırlar (Sullivan, Rouse, Bishop ve Johnson, 1997; Drahovzal, Stewart ve Sullivan, 2006).

2006 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, ağrıya ilişkin felaketleştirme inançları, hafta içerisinde ağrı yaşama ihtimalini öngörebilirken, bu ağrının şiddeti ile ilgili fikir verememektedir (Drahovzal ve ark., 2006).

Ayrıca bağlanma teorisine göre, insanın kaygılı ve güvensiz bağlanma durumu, olumsuz yorumları daha da arttırmakta ve güvensizlikle olan bağıllık, artan ağrıya da temel oluşturmaktadır. Bağlanma ve ağrıyı felaketleştirme çalışmaları, bu ikisi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermiştir (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano ve Summers, 2003; Meredith, Strong ve Feeney, 2005; Meredith, Strong ve Feeney, 2006).

Folkman ve Lazarus (akt. Salt Paker, 2008) kişilerin probleme gösterdikleri bilişsel ve davranışsal mücadeleyi “başa çıkma” olarak tanımlamış, hastalık ya da iyilik hallerinin temel faktörünün stres değil, kişilerin baş etme tarzları olduğu görüşünü savunmuşlardır. Bu görüşü destekler biçimde; depresyon ve ağrı belirtileriyle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki araştırıldığında, pasif-kaçınan başa çıkma stilini benimseyen hastalarda, kronik bel ağrısı ve depresyon bulguları görülürken, kontrol grubunda (depresif olmayan) pasif-kaçınan baş etme stili görülmemiştir (Weickgenant, Slater, Patterson ve diğerleri, 1993). Buna ek olarak en yüksek depresyon skoru olan kişilerde bireysel başa çıkma yöntemlerinin en az kullanıldığı (Ersek, Turner ve Kemp, 2006), inkar ve kaçınma gibi pasif başa çıkma stillerinin arttığı durumlarda bireylerin depresif duygu-durumlarında kronisite görüldüğü (Snow-Turek, Norris ve Tan, 1996) bildirilmiştir.

Kronik bel ağrısında Bilişsel-Davranışçı Terapinin (BDT) etkinliğini araştıran bir çalışmada sonuçlar, BDT alan grubun %78’inin kronik bel ağrısı şikayetlerinde gerileme olduğu yönündedir (Banth ve Ardebil, 2014).

1.5. Somatizasyon ve Depresyon İlişkisinde Kültürel Faktörler

Kültür, kapsamı çok geniş olan ve soyut-somut bileşenleriyle kişilerin yaşamlarında önemli etkiye sahip olan bir faktördür. Psikiyatrik bozukluklarda, sosyal yaşamın özelliklerinin büyük rol oynadığı düşünüldüğünde, kültür ve psikiyatrik bozuklukların ilişkili olabileceği de söylenebilir. Bu bağlamda kültür sadece hastaları değerlendirme konusu ile ilgili olarak değil, hekimlerin perspektiflerini de etkileyebilecek bir işlev gösteren olarak değerlendirilmelidir (Kirmayer, 2001).

Kültür, sembolik kodların ve içe alınmış yapıların haritasını sunan en önemli anlam aktarıcı sistemdir. Kültür bilişsel yapıları, duyguları, kendiliğe ilişkin özellikleri, davranış kalıplarının anlamlarını büyük oranda etkileyen, bireyin yaşantısını ve yaşam alanını şekillendiren güçlü bir okuma aracıdır (Ünal, 2000).

Kültür kişileri çok yönlü olarak etkilemektedir. Ailede çocuk yetiştirme tarzından, duyguları anlamlandırma ve ifade etmeye, sıkıntılı zamanlarda çevreden yardım istemekten, toplumun hastalık algısı ve tepkilerine kadar pek çok farklı değişkenin temelinde kültürün etkilerini görmek mümkündür (Kirmayer, 2001).

İnsanların acı ve sıkıntılarında onlara yardım edip onları anlama süreci, psikoloji ve psikiyatri alanlarında temel gerekliliklerdendir. Bu süreçte kişilerin ait oldukları toplumsal yapıyı anlamak, olan biteni doğru değerlendirebilmek açısından son derece önemlidir. Kirmayer ve Young (Kirmayer 1984, Kirmayer ve Young, 1998, Kirmayer, 2001) ruhsal sıkıntının somatize edilmesinin, ruh sağlığı hizmetinin gelişmiş olmadığı yerlerde anlamlı bir durum olduğunu ifade etmektedirler. Hastalar bu sayede etiketlenmeden kaçınarak, sosyal çevre ile uyumlu ve çevreden destek alabilecekleri bir durumda olurlar. Buna ek olarak, bedensel belirtilerin pek çoğu, zaman zaman hasta olmayan kişiler tarafından da deneyimlendiği için, somatizasyonun daha az etiketlenmeye sebep olduğu da düşünülmektedir (Özen Şahin, 2009).

Bugün biliyoruz ki, kişisel ve ailesel etkenleri de bir ölçüde şekillendiren kültürel özellikler, duyguların yaşanması, anlamlandırılması ve aktarılması aşamalarını kişinin yaşamı boyunca etkilemektedir (akt., Ünal, 2000). Sıkıntılı durumların ve olumsuz duyguların anlamlandırılma ve ifade edilme aşamalarında kültürel kodlar kişileri yönlendirmektedir. Olumsuz duygusal yaşantılarla ilişkilendirilen bedensel duyuların yorumlanması da, kişinin ait olduğu sosyokültürel yapı ile ilişkili olarak farklılık gösterir (akt. Ünal, 2000).

Bireyin hastalığı nasıl algıladığı ve yaşadığı durum ile başa çıkma şekli ait olduğu kültürel yapı ile ilişkilidir. Belirtileri yorumlama ve tepki verme davranışları, tedavi arayışı ve hastalığı ifade tarzı gibi pek çok değişken, kültürel inanışlar ile belirlenir. Bunun sebebi, hastalık davranışının kültürün kuralları ile şekillendirilen bir yapı olmasıdır (Kleinman, Eisenberg ve Good, 1978).

Ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde, kültürel yapının göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir. Psikopatolojilere dair semptomların gösteriminde, kültürlere göre farklılıklar olduğu düşünülmektedir (Diefenbacher ve Heim, 1994).

Depresyon söz konusu olduğunda sosyal ve kültürel faktörlerin, tedavi arama davranışı, semptom çeşidi ve etiyolojik özellikler gibi alanlarda etkili olduğu kabul edilmektedir (akt. Yanık ve ark., 2004). Ayrıca, depresyonda kültürler arasında tespit edilen farklılıkların önemli oranda, rahatsızlığın dışı vurumu ve ifade edilme şekli ile ilgili olduğu bilinmektedir (akt. Yanık ve ark. 2004).

Almanya'da Türk göçmen grubu ve Alman kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada, psikopatoloji skorları her iki grupta birbirine yakın olarak kaydedilirken, Türk göçmen grubun depresif hastalarında, Alman kontrol grubundaki depresif hastalara oranla anlamlı şekilde, bedensel semptomlardan daha fazla şikayet etme eğilimi olduğu görülmüştür (Diefenbacher ve Heim, 1994).

2004 yılında Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmanın (Yanık ve ark., 2004) verilerine göre, majör depresyon tanısı almış kişilerin, depresyonlarını ifade biçimlerinin %31'i duygusal, %30'u bedensel ve %13'ü bilişsel alanla ilgilidir. Bedensel ifadelerin sıklığı %87 ile ikinci sırada olurken, en sık belirtilen bedensel ifadeler uykusuzluk (%52), baş ağrısı (%21) ve halsizliktir (%21). Klinik pratikte

bu belirtileri rapor eden kişilerin depresyon açısından sorgulanması faydalı olacaktır. Parker ve arkadaşlarının (2001) çalışması ise, majör depresyon hastalarının Batı'da %13'ünün, Çin'de ise %60'ının somatik şikayetler rapor ettiklerini bildirmektedir.

Kirmayer ve arkadaşları (1993) depresyonun somatize edilmesinin bazı kültürel gruplara indirgenip genellenemeyeceğini belirtmektedir. Depresyonun en yaygın somatik belirtisi olarak kas-iskelet sistemi ağrıları ve yorgunluk belirtilirken, bu bulguların dünya geneli birincil sağlık hizmetlerinde tutarlı bir benzerlik içerisinde olduğu ifade edilmektedir (Simon ve ark., 1999).

Depresyonun bedensel belirtileri kültürlerarası bir bağlamda değerlendirildiğinde, önemli farklılıklar dikkat çekmektedir. Bu farklar genellikle semptomun anlamlandırılması ve yorumlanması ile ilişkilidir (Kara, Sayar ve Saygılı, 1997). Bu sebeple, DSM kriterlerinin depresyon için listelediği semptomlar ve şartlar, kültürlere göre ele alındığında tanısız olarak yetersiz kalabilir ve bu durum, batı kültürleri ile doğu kültürleri arasında rapor edilen depresyon oranlarındaki farklılığı aydınlatmak açısından önem arz etmektedir (Kara ve ark., 1997).

Literatürde, Avrupa ve Amerika'da hastaların psikolojik şikayetlerini dile getirdikleri, buna karşın Asya toplumunda hastaların, psikolojik ifadelerden kaçınarak somatik şikayetler sergiledikleri rapor edilmiştir (Nikelly, 1988; Bhaju, 2005). Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar, bedensel ifadelerin ve amplifikasyonun evrensel olduğunu, bedensel yakınmaların duygusal stresi ifadenin yaygın bir formu olduğunu göstermektedir (Kirmayer, ve Young, 1998) .

Son yıllarda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre artık bilinmektedir ki, somatizasyon "her zaman, her yerde" ortaya çıkabilen bir durumdur (Özen Şahin, 2009). Denilebilir ki, tüm kültürel gruplarda duygusal sıkıntılar hemen her zaman bedensel sıkıntılarla ilişkilidir. Tıbben açıklanamayan belirtilerden en fazla söz eden grup, aynı zamanda duygusal rahatsızlık düzeyinin de en yüksek olduğu gruptur (Kirmayer ve Young, 1998).

Psikiyatristler dışında, pratisyen hekimler de depresyonun halkın çoğunluğunu tehdit eden bir sağlık sorunu olma düzeyinde, ciddi bir problem olduğunu, çoğunlukla yardım arama davranışının birincil sağlık hizmetlerinden, bedensel belirtilerden yakılarak başladığını göz önünde bulundurmalarıdır. Somatizasyon ile ilgili çalışmalar genişletilerek, bireylerin kişisel özelliklerinden çok, bedensel yakınmaların sosyal yapı ile şekillenen anlamları üzerine yoğunlaşmalıdır (Kirmayer ve Young, 1998).

1.6. Birincil Sağlık Hizmetlerinde Somatik Semptomlar

Birincil sağlık hizmetleri, toplumun her kesiminden vatandaşın kolaylıkla başvurabileceği, minimum ekonomik masraf ve ulaşım sorunu olmaması gibi avantajlara sahip, temel sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezlerinde sağlanmaktadır.

Halkın hemen her zaman rahatlıkla sağlık hizmeti ve danışmanlığı alabildiği birinci basamak sağlık hizmeti merkezleri, bedensel belirtileri olan hastaları yoğun olarak almakla birlikte, bazı

çalışmalar bu hastaların yaklaşık üçte ikisinin belirtilerinin tıbbi bir açıklaması ya da bir fiziksel bozuklukla ilişkisi olmadığına işaret etmektedir (akt. Escobar, 2007).

Tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomlar yaygın olarak birincil sağlık hizmetlerine başvuru şikayeti olarak görülmektedirler. Birinci basamakta yaygın görülen semptomlar, örneğin kronik baş ağrısı, kronik bel ağrısı, kronik yorgunluk vb., işlevselliği düşüren önemli problemlerdir (Kroenke, Wood, Mangelsdorff, Meier ve Powell, 1988).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların çoğunun sıklıkla yakındığı; yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, bellek-dikkat sorunları, huzursuzluk, sırt-boyun ağrısı gibi belirtiler, kişilerin işlevselliklerini olumsuz şekilde etkileyebilecek derecede şiddetli olabilmektedirler (Barsky ve Borus, 1999; Nimnuan ve ark., 2001). Bu belirtiler çoğunlukla fiziksel bir bozukluk ile ilişkilendirilemez ve tıbben açıklanamayan belirtiler olarak ifade edilirler (Sayar, 2002).

Baş ve karın ağrısı, yorgunluk gibi şikayetler, özellikle birincil sağlık hizmetlerine başvurularda olmak üzere, toplumda çok yoğun görülen bedensel belirtilerdir. Bu ve benzeri belirtiler, özellikle birincil sağlık hizmetlerine yapılan başvurularda çoğu zaman bedensel bir hastalık ile ilişkili bulunamamaktadır (Sayar, 2002).

Tıbben açıklanamayan bedensel belirtileri olan hastaların, sıklıkla birinci basamak sağlık merkezlerine başvurdukları görülmektedir. Bu kişiler hekimler tarafından “zor, hayal kırıklığı yaratan” kişiler olarak tanımlanmaktadırlar (Lin, Katon, VonKorff ve diğerleri, 1991).

Bilinmektedir ki, ruhsal problemler yaşayan insanlar, sıklıkla normalden fazla tıbbi bakım arayışına girmektedirler ve bu tıbbi başvuru merkezleri çoğu zaman birinci basamak sağlık merkezleri olmaktadır (Sayar, 2002).

Avrupa’da özellikle birincil sağlık hizmeti veren merkezlerde yapılan araştırmalar, psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin, doktora ilk başvurularının sıklıkla ruhsal sıkıntılardan çok, bedensel yakınmalarla olduğunu ya da psikiyatrik bir bozukluğu olan hastaların, mevcut semptomlara bedensel semptom eklenmedikçe hekime başvurmadıklarını göstermektedir (Murphy, 1989; Simon ve ark., 1999).

1.6.1. Birincil Sağlık Hizmetlerinde Somatik Semptomların Depresyon İle İlişkisi

Toplumda sıklıkla karşılaşılan, bedensel belirtilerin ön planda olduğu, emosyonel ve bilişsel belirtilerin örtük olduğu depresif sendrom tabloları yoğun olarak, birincil sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezlerinde gözlenmektedir. Bu sebeple hastalığı tanıma, ilerlemeyi ve kronikleşmeyi engelleme, izlem sağlama gibi yönlerden, pratisyen hekimlere / aile hekimlerine özel bir görev düşmektedir.

Depresyon, ruhsal hastalıklar arasında, birinci basamakta en çok karşılaşılan hastalık olması nedeniyle, toplumsal boyutta bir öneme sahiptir. Ayrıca, ulusal sağlık bütçesine yansıyan yüksek maliyetleri, hekime sık başvuru yapılması nedeniyle gereksiz laboratuvar incelemeleri ve sevkler sonucu oluşan, maddi manevi kayıpları düşündüğümüzde, hem hastalar, hem hekimler, hem de ulusal sağlık hizmetleri adına, depresif belirtiler ve depresyonun ciddiyeti artmaktadır.

Birinci basamakta, ruhsal bozukluğu bulunan ve aile hekimlerine başvuran hastaların genellikle somatik şikayetleri ön planda olup, ruhsal, fiziksel ve sosyal stres kaynaklarından yakınan hastalarla da karşılaşmaktadır. Bu hastalar psikiyatri uzmanlarına değil, çoğunlukla aile hekimlerine başvurdukları için, pratisyen hekimler tanı, tedavi ve izlem yönünden bu bireylere ulaşmak konusunda önemli bir konumdadırlar. Bununla birlikte, hastalar birinci basamağa sıklıkla somatik şikayetlerle başvurdukları için, yürütülen tedavi bu semptomlara yönelik olmakta ve depresyon gözden kaçabilmektedir (Ocaktan, Özdemir ve Akdur, 2004).

Yaygınlıkla ilgili yapılan çalışmalarda, birinci basamakta klinik olarak anlamlı depresif belirtileri olan hastaların görülme oranı yaklaşık olarak %20'dir (Zung, Broadhead ve Roth, 1993).

Yapılan araştırmalar sonucunda ülkemizde topluma yayılmış depresif belirtilerin %20, tedavi gerektiren, klinik olarak depresyon tanısı alabilecek vakaların ise %10 oranlarında yaygınlık gösterdiği görülmüştür. Ayrıca, depresyon tanısı alabilecek belirtisi olan hastaların yaklaşık üçte birinde, depresyonun kronikleştiği bilgisi de dikkat çekmektedir (Küey, 1998).

Birinci basamak sağlık merkezlerinde çok sık rastlanan fakat tanı, tedavi ve izleminde zorluklar yaşanan bir bozukluk olan depresyon, toplumun büyük çoğunluğunu tehdit etmekte olan önemli bir hastalıktır (Yalçın, 2004). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) açıklamalarına göre, 2020 yılında sıklık açısından depresyonun ikinci sıraya yükseleceği ve insanlar üzerinde olumsuz etkilerinin öneminin artacağı öngörülmektedir (WHO, 2001).

Ülkemizde depresyon hastalarının büyük çoğunluğunun, minör belirtilerle, ilk başvurdukları merkezler, birincil sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezleridir. ABD'de yapılan araştırmalar, depresyon belirtileri ile hastaların %75'inin ilk başvuru merkezinin birinci basamak olduğunu gösterirken (Goldman, Nielsen ve Champion, 1999), birinci basamağa başvuran depresif belirtili hastaların doğru tanılanma oranının %30-50 arası olduğu da bilinmektedir (Soon ve Levine, 2002).

Simon ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarının sonucuna göre, birinci basamakta hastaların şikayet ettikleri bedensel belirtiler, güçlü ve tutarlı bir biçimde psikolojik streslilik hali ile ilişkili bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar göstermektedir ki, çeşitli ağrı şikayetleriyle birincil sağlık hizmetlerine başvuran hastaların oranı %24-37 arasındadır. Majör depresyon ise %5 ile %10 oranlarında birincil sağlık hizmetlerinde görülmektedir (Regier, Myers, Kramer ve diğerleri, 1984).

Kapfhammer'ın (2006) M. Bleuler'in "Birincil Sağlık Hizmetlerinde Depresyon" (Depression in Primary Care, 1943) kitabındaki ifadelerle aktardığı bilgilere göre; depresif hastaların her birinin en az bir bedensel yakınması olduğu, pek çok depresyon hastasının bir ve ya daha çok bedensel şikayeti nedeniyle hekime başvurduğu, üroloji, jinekoloji gibi birimleri gezdikleri ve hatta bazılarının cerrahi operasyonlar geçirdikleri bilinmektedir. Bu hastalar sıklıkla sadece semptomatik şikayetler ifade ederler ve depresif duygu durum ile ilişkili olabilecek emosyonel sıkıntıları dile getirmezler. Birincil sağlık hizmetlerinde depresyonun yukarıda anlatılan haliyle tanınabiliyor olması ve intihar riski dahil ciddi problemlere önlem olabilecek erken müdahale girişimleri oldukça önemlidir. (Kapfhammer,

2006). Birincil sağlık hizmetlerinde depresyonun tanılanmasına neden olan temel yakınmalar bedensel yakınmalar olmaktadır. Depresif hastaların %50'den fazlası bedensel bir yakınma tariflerken (Betrus ve ark., 1995; Bridges ve Goldberg, 1985; Cape ve McCulloch, 1999; Hollifield ve ark., 1994; Kirmayer ve Robbins, 1991; Kirmayer ve ark., 1993; Simon ve ark., 1999) bu yakınmaların %60'a yakını ağrı ile ilişkili belirtileridir. (Hollifield ve ark., 1994; Mathew ve ark., 1981; Kroenke ve ark., 1994; Katon ve Roy-Byrne, 1988).

Bir gözden geçirme çalışmasının verilerine göre, depresyon hastalarında ağrı şikayetlerinin yaygınlığı ortalama %65 civarındadır. Aynı çalışmada ağırlı şikayetleri olan hastalarda depresyon sorgulandığında, majör depresyon yaygınlığı birinci basamakta ortalama %27 olarak bulunmuştur (Bair ve ark., 2003).

Birinci basamakta depresyon ile ilgili en önemli konu konulardan biri de depresyonun klinik görüntüsüdür. Depresyonun birinci basamaktaki klinik görüntüsünde, bedensel belirti ve bulgular ön plana çıkmaktadır. Bu belirtiler başlıca; bitkinlik, baş ağrısı, uykusuzluk ve bedenin çeşitli bölgelerinde fiziksel kaynağı olmayan ağrılar olarak görülmektedir (Küey, 1998).

Birinci basamağa başvuran hastaların depresyon belirtileri, alışılan ve kriterleri tam karşılayan belirtiler olmadıklarından, klinik tablo net olmayıp, tanıda gözden kaçmalar yaşanmaktadır. Birincil sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda genellikle depresif belirti olarak öne çıkan şikayetler, uyku bozukluğu, vücudun çeşitli bölgeleriyle ilgili açıklanamayan ağrılar, aşırı yorgunluk hali olarak ifade edilmektedirler. Yapılan bazı çalışmalarda birincil sağlık hizmetlerinde en çok depresyon tanısını, uyku bozukluğu şikayetiyle gelen hastaların aldığı bildirilmektedir (Barrett, Williams, Oxman ve diğerleri, 2001).

Birinci basamakta depresyon tanı ölçütleri tamamen karşılanmasa da, bazı çalışmalarda eşik altı diye tabir edilen bazı depresyon tipleri tanımlanmıştır (akt., Yalçın, 2004). Bu eşik altı depresyon sendromları ve tanı ölçütleri şu şekilde tanımlanmıştır. Minor Depresyon; a.DSM-IV-TR'nin majör depresyon ölçütlerinden üç ya da dört tanesinin varlığı, b.klinik sürenin iki hafta yada uzun olması, c.majör depresyondan oldukça kısa süreli olması. Yineleyen Kısa Depresyon; a.DSM-IV-TR'nin majör depresyon ölçütlerinden beş tanesinin varlığı, b.genellikle 1- gün süreli olması, c.düzensiz, ayda bir kez ortaya çıkan semptomlar olması, d.işyeri sorunları gözlenmesi. Nörotik Depresyon; a.belirgin psikomotor bozulma gözlenmeyen depresyon tablosu, b.psikotik bir belirti gözlenmemesi, c.eşlik eden nörotik sorunlar olması, d.semptomların reaktif kökeni olması. Karakteriyolojik Depresyon; a.25 yaşından önce, gizli başlangıçlı olması, b.en az beş (5) yıldır semptom gösterme, c.affektif olmayan başka psikiyatrik bozukluk bulunmaması, d.kronik bir fiziki bozukluğun bulunmaması (Yalçın, 2004).

Depresyonun yaygın psikolojik belirtileri; ilgi kaybı, duygudurumda üzüntülü, mutsuz baskın hal ve konsantrasyon kaybı gibi sayılırken, bedensel belirtiler olarak, iştah değişiklikleri, enerji kaybı, uyku bozuklukları ve genel/yaygın ağrı şikayetleri sayılmaktadır (APA, 2013). Yaygın olarak psikolojik belirtilerin gözlendiği durumlarda depresyondan şüphelenme eğilimi mevcut olsa da,

depresyon hastalarının yaklaşık üçte ikisinin klinik tabloda baskın şikayetlerinin bedensel şikayetler olduğu görülmektedir (Simon ve ark., 1999; Kirmayer ve ark., 1993).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yürüttüğü bir çalışmada katılımcıların %69'u birinci basamak sağlık hizmetlerine sadece bedensel şikayetlerle başvurmalarına rağmen, depresyon tanısı almışlardır ve bu şikayetlerin yarısından fazlası tıbbi olarak açıklanamayan ağrılardır (Simon ve ark., 1999). Benzer şekilde Kanada'da yapılan bir çalışmada, birincil sağlık hizmetlerine bedensel belirtilerle başvuran hastaların %76'sının ilerleyen dönemde klinik olarak depresyon ya da kaygı bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür (Kirmayer ve ark., 1993). Amerika'da 573 hasta ile yapılan bir çalışmada ise hastaların %69'unun orta ve şiddetli derecede ağrılardan yakınmaları olduğu bulgulanmıştır (Bair, Robinson, Eckert ve diğerleri, 2004).

Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre bilinmektedir ki, bedensel yakınmaları olan hastaların ileride depresyon geliştirme riskleri, bedensel yakınmaları olmayan kişilere göre oldukça yüksektir (Barkow, Heun, Ustün ve diğerleri, 2001; Hotopf, Mayou, Wadsworth ve diğerleri, 1998; Patten, 2001;). Bu bilgi özellikle birinci basamağa başvuran hastaların olası depresyonlarının erken teşhisi için, klinik olarak göz önünde bulundurulması faydalı olabilecek bir bilgidir. Ayrıca, bedensel yakınmaların sayıları arttıkça, depresyon yaşama riskinin de arttığı da, akılda tutulması gereken bir veridir (Hotopf ve ark., 1998; Nakao ve Yano, 2003; Kroenke ve ark., 1997).

Arnow ve arkadaşlarının (2006) bir birinci basamak sağlık hizmeti merkezinde yaptıkları çalışmanın verilerine göre, Majör Depresyon tanı kriterlerini karşılayan hastaların üçte ikisi, aynı zamanda kronik ağrı şikayetlerinden de yakınmaktadır. Buna ek olarak, kronik ağrı şikayeti bulunan hastalarda Majör Depresif Bozukluk yaygınlığının, kronik ağrı şikayeti olmayanlara oranla anlamlı derecede daha yüksek olduğu da gösterilmiştir.

Buraya kadarki bölümde, daha önceden yapılan araştırmalardan ve literatürdeki bilgilerden yararlanılarak, somatik belirtiler ve depresyon belirtilerinin etkileşim içinde olduğu vurgulanmış, bu iki grup belirtinin birincil sağlık hizmeti merkezlerine başvuran hastalarda sıklıkla görüldüğü aktarılmıştır.

Somatik belirtiler ile ilgili nedensel net bir bilgi bulunmaması ve çok çeşitli ve yaygın görülüyor olması, çoğu zaman araştırmacılar için bir zorluk olsa da, bugüne kadar yapılan çok yönlü çalışmalar, somatik belirtiler ve depresif belirtiler arasında öngörülebilir, önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Somatik ve depresif belirtiler incelenirken, duygusal ve fiziksel belirleyenlerden başka, biyolojik ve bilişsel etkenler de göz önünde bulundurulmuş ve önemleri vurgulanmıştır. Ayrıca somatik belirtilerin yorumlanmasında diğer etkenlerle çok belirleyici bir biçimde etkileşim içinde olan, kültürün somatik belirtileri yorumlamaya etkisine de dikkat çekilmiştir.

Birincil sağlık hizmeti veren Aile Sağlığı Merkezleri, hastaların somatik belirtilerle başvurdukları ilk merkezlerdir. Bu merkezlerde, hastaların belirtilerinden yola çıkarak, hekimlerin depresyona yönelik bir tedavi düzenlemesi yahut hastayı bir psikiyatri uzmanına yönlendirebiliyor olması, olası depresyon vakalarının erken dönemde tespit ve tedavisine olanak sağlayacaktır. Bu durum hastalar, hekimle ve de sağlık sistemi açısından pek çok faydayı beraberinde getirecektir. Bu sebeple depresif belirtilerin birinci basamakta tanınması oldukça önemsenmesi gereken bir konudur.

1.7 Araştırmanın Amacı

Tüm bu bilgiler ışığında, bu araştırmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerine somatik belirtilerle başvuran hastaların, depresif belirtilerini incelemektir. Literatürden elde edilen bilgilere paralel olarak bu araştırmada, somatik yakınmaları olan hastaların depresif belirti şiddetlerinin anlamlı derecede yüksek (orta ve üzeri) olacağı beklenmektedir. Bu araştırmada amaca yönelik olarak yanıt aranılan sorular aşağıda sıralanmıştır.

1. Katılımcıların somatik yakınmalarında, sosyodemografik özellikleri bakımından bir farklılık var mıdır?
2. Katılımcıların depresif belirti puanlarında, sosyodemografik özellikleri bakımından bir farklılık var mıdır?
3. Somatik yakınmaların şiddetine göre, depresif belirti şiddetinde bir farklılık var mıdır?

BÖLÜM 2

METOD

2.1 Örneklem

Bu çalışma, İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı bir Aile Sağlığı Merkezine, çeşitli ağrı şikayetleriyle (bel ağrısı, karın ağrısı, baş ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı vb.) başvuran hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Hastalar arasından, mevcut bedensel şikayetlerini açıklayacak belirgin bir fiziksel hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzeri hastalar, cinsiyet farkı gözetilmeden araştırma kapsamına alınmıştır. Geçmişte bir rahatsızlığa ya da kazaya bağlı ameliyat geçirmiş olan hastalar araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır. Araştırmada katılımcı grubu geniş tutulmuş, böylece temel değişkenleri mümkün olduğunca iyi karşılaştırmak amaçlanmıştır. Belirgin fiziksel hastalığı olan hastaların araştırma kapsamına alınmayışları, çeşitli hastalıklara eşlik eden ağrı semptomlarının fonksiyonel somatik semptomlardan ayırt edilmesinin, hastalık döneminde zor olmasıdır. Böylesi bir karışıklıktan kaçınmak amacıyla, araştırmaya katıldıkları dönemde belirgin şikayetleri fiziksel bir hastalığa işaret etmeyen kişiler araştırma kapsamına alınmıştır. Hastalardan alınan her türlü tıbbi ve demografik veri, gizlilik kurallarına uygun olarak, sorumlu hekimlerin bilgisi dahilinde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılım için katılımcılarda cinsiyet farkı gözetilmemesine rağmen, araştırmaya katılan 40 katılımcının tamamını kadın hastalar oluşturmuştur. Katılımcıların yaşları 23 ile 70 arasında değişirken, katılımcı grubun yaş ortalaması 41,15'tir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri, %47,5 ilköğretim, %22,5 lise, % 12,5 üniversite mezunu ve %17,5 okur yazar olmayan / ilköğretimi yarıda bırakan şeklinde dağılım göstermektedir. Ayrıca katılımcıların %80'i evli, %10' u bekar ve %10'u dul yahut eşinden boşanmıştır.

2.2 Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamına alınacak hastalar seçilirken, İstanbul İl Sağlık Merkezine bağlı bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalar, ağrı şikayetleri ve fiziksel hastalık olup olmadığı yönünden değerlendirilmişlerdir. Bu hastalardan çalışmaya uygun olanların seçilerek ağrı tipinin tespit edilmesi amacıyla Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu / Ağrı Şikayeti ve Şiddeti oluşturulmuş ve kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, tıbbi ve ruhsal hastalık geçmişlerinin değerlendirilebilmesi için Kişisel Bilgi Formu oluşturulup kullanılmıştır. Katılımcıların depresif belirtilerinin değerlendirilmesinde Depresif Belirti Envanteri – Özbildirim Formu (DBE-Ö30) kullanılmıştır.

2.2.1 Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu

Araştırma için oluşturulan Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu, hastaların ağrı şikayetlerinin türünü ve şiddetini tespit edip gruplamak amacıyla, araştırmanın danışmanı olan psikiyatri uzmanı

tarafından düzenlenmiştir. Bu formda baş ağrısı, bel ağrısı, boyun ağrısı, sırt ağrısı, kas ağrısı gibi bazı ağrı çeşitleri belirtilmiş olup, bu form hastanın hekime ifade ettiği ağrı türü ve bu ağrının şiddetinin derecesi (hafif-orta-şiddetli) ile ilgili bilgiyi kaydetmeye olanak sağlamıştır. Formda ayrıca hastanın yakınmalarının ne kadar süredir devam ettiği ve hastanın kendi ifadeleriyle ağrıyı tarifleyişi ile ilgili açık uçlu sorular yer almaktadır. Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu Ek A.'da verilmiştir.

2.2.2 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Veri Formu, çoktan seçmeli 8 sorudan oluşturulmuştur. Oluşturulan bu formda demografik bilgileri, sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumunu, medeni hali ve kişinin tıbbi ve ruhsal hastalık geçmişi kısaca sorgulayan sorulara yer verilmiştir. Sosyodemografik Veri Formu Ek B.'de verilmiştir.

2.2.3 Depresif Belirti Envanteri – (DBE-Ö30)

Rush ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Depresif Belirti Envanteri (DBE) (Inventory for Depressive Symptomatology) (IDS), depresif belirtilerin değerlendirilmesinde her iki boyutun incelenmesine olanak sağlayacak şekilde, klinisyen değerlendirmesi (DBE-K) ve öz bildirim (DBE-Ö) formları olmak üzere iki formu olan bir ölçektir. Ölçeğin her iki formunda da 30 madde bulunmaktadır (Rush, Gullion, Basco ve diğerleri, 1996). DBE –Ö30 Ek. C'de verilmiştir.

DBE'nin maddelerinin her biri, depresyon ile ilişkilendirilen bir davranış ya da durumu belirlemeyi hedeflemektedir. Maddeler dört derecelik, azdan çoğa giden öz değerlendirme ifadelerini içermektedir. Buna göre sıfırdan üçe sıralanmış cümleler, kişinin depresyonla ilişkili duruma ya da davranışa verdiği öz bildirim puanlamış olur. DBE'nin maddeleri, uykuya dalma, erken uyanma, fazla uyuma, üzgün hissetme, iştah-kilo değişimi, kendine-geleceğe bakış, genel ilgi, keyif alma, yavaşlama, huzursuzluk, ağrı ve sızılar, başka bedensel belirtiler gibi belirtileri sorgulamaktadır (Rush ve ark., 1996).

DBE'nin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 2006 yılında Aslan ve ark tarafından yapılmış olup, test-tekrar test incelemesinde ölçeklerin güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Aslan, Çepik Kuruoğlu, Işıklı ve diğerleri, 2006). Bu çalışmaya dahil edilen hastalar, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine başvuran, DSM-IV'e göre majör depresif bozukluk tanısı alan hastalardan ardışık olarak seçilmiştir. Benzer ölçek geçerliği için hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Her iki ölçek arasında (HDDÖ ve DBE-Ö) elde edilen korelasyon katsayısı ($r=0.6$, $p < 0.01$) olarak tespit edilmiştir (Aslan ve ark., 2006). Aslan ve ark. çalışmasında güvenilirlik için korelasyon analizleri Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa yöntemiyle değerlendirilmiştir. Buna göre ölçeğin öz bildirim formu için iç tutarlılık katsayısının 0.92 olduğu, test-tekrar test uygulamasında ise öz bildirim formu için iki

uygulama arasındaki ilişki katsayısının ($r=0.87$, $p< 0.01$) olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu ve test-tekrar test güvenilirliğinin de oldukça yüksek olduğu söylenebilir (Aslan ve ark., 2006).

Rush ve ark. tarafından yapılan orijinal çalışmada, ölçeğin kesme puanları şu şekilde belirlenmiştir. Hasta ≤ 15 puan aldı ise normal, 16-24 puan aldı ise hafif, 25-32 puan aldı ise orta, 33-40 puan aldı ise ağır, 41 ve üzeri puan aldı ise çok ağır şiddetli depresyon olarak sınıflandırılmaktadır (Rush ve ark., 1996)

2.3 İşlem

Çalışma iki ay süre ile (Ocak-Şubat 2015) İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı bir Aile Sağlığı Merkezinde, görevli hekimlerle işbirliği halinde yürütülmüştür. Hekimler tarafından şikayetleri değerlendirilen hastalardan, araştırma kapsamına girecek fonksiyonel somatik belirtiler ifade eden hastalar, Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu hekim tarafından doldurularak, araştırmanın uygulayıcısına yönlendirilmişlerdir.

Bundan sonra uygulayıcı tarafından araştırma hakkında bilgilendirilen hastalar, çalışmaya katılmayı kabul ettikleri taktirde, Gönüllü Bilgilendirme ve Olur Formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul etdiklerini onaylamışlardır (bkz., Ek.D). Akabinde katılımcılara sırasıyla Kişisel Bilgi Formu ve DBE-Ö verilmiştir.

Uygulama için belirli bir süre kısıtlaması yapılmamıştır. Katılımcıların form ve envanteri doldurmaları 15 ile 30 dakika arasında sürmüştür. Okuma-yazma bilmeyen katılımcılara uygulayıcı yardımcı olmuştur.

2.4 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada toplanan veriler SPSS 19.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Ayrıca verilerin frekans tabloları ve ilişkileri incelemek için çapraz tablolardan yararlanılmıştır. İki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında veriler yetersiz olduğu ve normal dağılmadığı için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında veriler yetersiz olduğu ve normal dağılmadığı için parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $P<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		N	%
Cinsiyet	Kadın	40	100,0
	Erkek	0	0,0
Medeni Durum	Evli	32	80,0
	Bekar	4	10,0
	Dul-Boşanmış	4	10,0
	Total	40	100,0
Gelir Düzeyi	891 Tl ve altı	8	20,0
	1000 - 2000 Tl arası	22	55,0
	2000 Tl ve üzeri	8	20,0
	-	2	5,0
	Total	40	100,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	19	47,5
	Lise	9	22,5
	Yüksek okul veya üniversite	5	12,5
	Diğer	7	17,5
	Total	40	100,0
Çocukluğun Geçtiği Yer	Köy-Kasaba	19	47,5
	Şehir	21	52,5
	Total	40	100,0
Kronik Fiziksel Hastalık	Evet	8	20,0
	Hayır	32	80,0
	Total	40	100,0
Ruhsal Hastalık	Evet	5	12,5
	Hayır	35	87,5
	Total	40	100,0

Araştırmada cinsiyet sınırlaması yapılmamasına rağmen, katılımcıların tamamını kadın hastalar oluşturmuştur. Katılımcıların %80’i evlidir. Katılımcılardan %32 ‘si kronik fiziksel bir rahatsızlıkları olmadığını belirtirken, katılımcıların %87,5’u herhangi bir ruhsal hastalık ile ilgili tanı almamıştır.

Hastaların en çok şikayet ettikleri ağrı türü %80 ile Baş ağrısı olmuştur. Ağrı türlerine göre hastaların dağılımı Tablo 3.2’de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Ağrı Şikayeti ve Şiddeti

		Hafif	Orta	Şiddetli	Toplam
Baş Ağrısı	Frekans		23	9	32
	Yüzde		71,9%	28,1%	100,0%
Bel Ağrısı	Frekans	2	6		8
	Yüzde	25,0%	75,0%		100,0%
Boyun Ağrısı	Frekans		15	10	25
	Yüzde		60,0%	40,0%	100,0%
Eklem Ağrısı	Frekans		8	4	12
	Yüzde		66,7%	33,3%	100,0%
Sırt Ağrısı	Frekans	1	10	6	17
	Yüzde	5,9%	58,8%	35,3%	100,0%
Kas Ağrısı	Frekans		10	1	11
	Yüzde		90,9%	9,1%	100,0%
Göğüs Ağrısı	Frekans	3	5	1	9
	Yüzde	33,3%	55,6%	11,1%	100,0%
Karın Ağrısı	Frekans		1		1
	Yüzde		100,0%		100,0%

Tablo 3.3. Depresif Belirti Şiddeti

	N	%
Normal	3	7,5
Hafif	4	10,0
Orta	18	45,0
Ağır	12	30,0
Çok Ağır	3	7,5
Total	40	100,0

Tablo 3.3’de gösterildiği gibi, katılımcıların depresif belirti şiddetleri DBE toplam puan üzerinden değerlendirilmiş, katılımcıların % 7,5 normal, %1,0 hafif, %45 orta, %30 ağır ve %7,5 çok ağır depresif belirti gösterdiği görülmüştür. Orta ve üzeri belirti gösterenler toplam %82,5 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın tüm katılımcıları kadın olduğu için, cinsiyet yönünden bir karşılaştırma ya da yorum yapılamamıştır.

3.1. Demografik Değişkenlere Yönelik Analiz Sonuçları

Elde edilen veri sayısı yetersiz olduğu için, Ki-kare analizinin varsayımları karşılanamamıştır. Bu nedenle istatistiksel olarak bir yorum yapılamamaktadır. Bununla birlikte kişisel bilgi formu verileri ve somatik şikayetlerin ilişkisine yönelik çapraz tablolardan elde edilen bulgular şu şekildedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %80'i evli (n=32), %10'u bekar (n=4), %10'u (n=4) ise dul-boşanmıştır. Çapraz tablolar incelendiğinde, evli olan katılımcıları evli olmayanlar ile karşılaştırmak olanaksız olsa da, sayısal değer olarak evli bireylerin her ağrı türünde daha fazla şikayetçi oldukları görülmüştür. Baş ağrısı yakınması olan 32 kişiden 27'si, bel ağrısı yakınması olan 8 kişiden 7'si, boyun ağrısı yakınması olan 25 kişiden 20'si, eklem ağrısı yakınması olan 12 kişiden 10'u, sırt ağrısı yakınması olan 17 kişiden 13'ü, kas ağrısı yakınması olan 11 kişiden 9'u ve göğüs ağrısı yakınması olan 9 kişiden 6'sı evli bireylerdir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri, %47,5 (n=19) ilköğretim, %22,5 (n=9) lise, %12,5 (n=5) yüksek okul/üniversite ve %17,5 (n=7) okur yazar olmayan şeklinde dağılım göstermiştir. Eğitim durumuna göre katılımcıların somatik yakınmalarına ilişkin veriler Tablo 3.4'de gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Eğitim Düzeyine Göre Somatik Yakınmaların Dağılımı

	Baş Ağrısı	Bel Ağrısı	Boyun Ağrısı	Eklem Ağrısı	Sırt Ağrısı	Kas Ağrısı	Göğüs Ağrısı
İlköğretim	17	5	14	6	8	8	6
Lise	8	2	6	1	7	1	1
Yüksek Okul/Üniversite	4	-	3	1	2	1	1
Diğer (Okur-yazar olmayan)	3	1	2	4	-	1	1
Total	32	8	25	12	17	11	9

Çalışmaya katılan bireylerin %47,5'unun (n=19) çocukluğu köy-kasabada, %52,5'unun (n=21) ise şehirde geçmiştir. Çocukluğu köy-kasabada geçen katılımcılar eklem ağrılarından, çocukluğu şehirde geçenlerden sayısal olarak daha fazla şikayetçi olmuş görünürken, çocukluğu şehirde geçmiş olan katılımcılar baş, boyun, sırt ve kas ağrılarından, çocukluğu köy-kasabada geçmiş katılımcılardan sayısal olarak daha fazla şikayetçi olmuşlardır. Bu verilere ilişkin sayısal bilgi Tablo 3.5'de verilmiştir.

Tablo 3.5. Çocukluğun Geçtiği Yere Göre Somatik Yakınmaların Dağılımı

	Baş Ağrısı	Bel Ağrısı	Boyun Ağrısı	Eklem Ağrısı	Sırt Ağrısı	Kas Ağrısı	Göğüs Ağrısı
Köy-Kasaba	14	5	9	8	5	5	5
Şehir	18	3	16	4	12	6	4
Total	32	8	25	12	17	11	9

Araştırmanın katılımcılarının gelir düzeylerine bakıldığında, %20 (n=8) asgari ücret (891 tl) ve altı, %55 (n=22) 1000-2000 tl arası, %20 (n=8) 2000 tl ve üzeri şeklinde bir dağılım görmekteyiz. Tablo 3.6'da görüleceği üzere; geliri 1000-2000 tl arası olan grup en çok baş, boyun ve sırt ağrılarında yakınmakta, 2000 tl üzeri ve asgari ücret ve altı geliri olan gruplar ise sayısal olarak benzer eğilimi göstermektedir.

Tablo 3.6. Gelir Düzeyine Göre Somatik Yakınmaların Dağılımı

	Baş Ağrısı	Bel Ağrısı	Boyun Ağrısı	Eklem Ağrısı	Sırt Ağrısı	Kas Ağrısı	Göğüs Ağrısı
891 TL ve altı	5	1	5	3	1	3	3
1000-2000 TL arası	19	5	13	5	11	6	4
2000 TL üzeri	8	2	7	3	5	2	2
Total	32	8	25	11	17	11	9

Kişisel Bilgi Formu verileri ve depresyon belirtilerinin şiddetinin toplam puan üzerinden incelendiği analizlerde, tek yönlü varyans için parametrik olmayan Kruskal-Wallis Testi (3 ve daha fazla grup sayısı için) ve Mann-Whitney U Testi (grup sayısı 2 olduğunda) kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı Kruskal-Wallis Testi analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Medeni Duruma Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	K-W	p
Evli	32	30,25	8,68	2	0,121	0,941
Bekar	4	29,75	4,92			
Dul-Boşanmış	4	30,50	3,79			

Katılımcıların eğitim durumlarına göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı Kruskal-Wallis Testi analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.8).

Tablo 3.8. Eğitim Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	K-W	p
İlköğretim	19	32,21	7,79	3	5,866	0,118
Lise	9	31,33	9,01			
Yüksek okul veya üniversite	5	27,20	1,92			
Diğer	7	25,57	8,28			

Katılımcıların çocukluklarını geçirdikleri yerin köy-kasaba ya da şehir olması duruma göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı Mann-Whitney U Testi analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Çocukluğu Geçtiği Yer Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Köy-Kasaba	19	31,53	8,90	38	0,987	0,330
Şehir	21	29,05	6,95			

Katılımcıların gelir durumlarına göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı Kruskal-Wallis Testi analizi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. Gelir Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	K-W	p
891 TL ve altı	8	30,13	6,45	2	3,054	0,217
1000 - 2000 TL arası	22	30,00	8,01			
2000 TL ve üzeri	8	34,38	5,15			

Katılımcıların kronik fiziksel hastalıkları olup olması duruma göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. Kronik Fiziksel Hastalık Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Evet	8	30,88	6,71	38	-0,85	0,934
Hayır	32	30,06	8,30			

Katılımcıların ruhsal hastalıkları olup olması duruma göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.12).

Tablo 3.12. Ruhsal Hastalık Durumuna Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Evet	5	27,40	8,65	38	-0,554	0,605
Hayır	35	30,63	7,87			

3.2. Depresyon Şiddeti ve Somatik Ağrılarının İlişkisine Yönelik Analiz Sonuçları

Katılımcıların somatik yakınmalarının şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı incelenirken parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların baş ağrısı şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.13).

Tablo 3.13. Baş Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Orta	23	32,13	6,50	30	-0,342	0,735
Şiddetli	9	33,00	6,40			

Katılımcıların bel ağrısı şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.14).

Tablo 3.14. Bel Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Hafif	2	38,50	12,02	6	-1,000	0,429
Orta	6	28,33	10,37			

Katılımcıların boyun ağrısı şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.15).

Tablo 3.15. Boyun Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Orta	15	30,67	7,01	23	-0,891	0,397
Şiddetli	10	32,60	4,30			

Katılımcıların eklem ağrısı şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.16).

Tablo 3. 16. Eklem Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Orta	8	28,00	4,57	12	-0,511	0,683
Şiddetli	4	31,25	7,09			

Katılımcıların sırt ağrısı şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.17).

Tablo 3.17. Sırt Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Orta	10	31,30	5,83	14	-0,505	0,958
Şiddetli	6	32,33	4,97			

Katılımcıların göğüs ağrısı şiddetine göre DBE puanları arasında fark olup olmadığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3.18).

Tablo 3.18. Göğüs Ağrısı Şiddetine Göre DBE Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Std sapma	Serbestlik derecesi	U	p
Hafif	3	29,00	1,00	6	-0,505	0,958
Orta	5	36,20	6,65			

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya dair analiz sonuçları, literatür yorumları ile birlikte tartışılmıştır.

Araştırmanın katılımcılarının en fazla şikayetçi oldukları somatik yakınma baş ağrısı olarak bulunmuştur. Bunu sırasıyla boyun ağrısı, sırt ağrısı ve eklem ağrısı izlemektedir. Literatürde depresyon ile birlikte görülen ağrılar ile ilgili pek çok çalışma vardır. Depresyona eşlik eden ağrılar olarak sıklıkla baş ağrısı rapor edilmişken (Atasoy ve ark., 2004; Vaccarino, 2009), bel ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, karın ve boyun ağrıları da depresyon hastalarının orta ve üzeri derecede yakındıkları ağrılardandır (Vaccarino, 2009). Ayrıca epidemiyolojik çalışmalara göre baş ağrısı toplumda en sık şikayetçi olunan bedensel belirtilerden biri olarak ifade edilmektedir (Katon, 2001). Bu veriler, bizim çalışmamızda baş ağrısı şikayetinin yoğun oluşunu destekler şekildedir. Buna ek olarak, literatürde depresyonun yaygın olarak çoklu ağrı yakınmalarıyla birlikte görüldüğü kaydedilmiştir (Vaccarino, 2009; Kluge, 2005). Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun birden fazla ağrı yakınması olduğu göz önünde bulundurulursa, sayısal verilerin literatür ile paralel olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın katılımcılarının tamamı, bir veya birden çok somatik yakınması olan hastalardır. Literatür göz önünde bulundurulduğunda, hekim tarafından araştırmaya yönlendirilen bu hastaların, Depresif Belirti Envanterinden (DBE) orta ya da üzeri puan alması beklenmiştir. Bu beklentiyle tutarlı olarak katılımcıların %82,5'unun orta ve üzeri şiddette depresif belirti gösterdiği görülmektedir. Literatür incelendiğinde, bulgular somatik yakınmaları olan hastaların tanı alabilecek düzeyde depresif bozuklukları olduğunu göstermektedir (Bridges, Goldberg; 1987). Ayrıca literatürde somatik yakınmaların majör depresyon ile sıklıkla birliktelik gösterdiği görülmektedir (Yanık ve ark., 2004).

4.1. Demografik Değişkenlere Yönelik Analiz Sonuçları

Araştırmada yanıt aranan, “Katılımcıların somatik yakınmalarında, sosyodemografik özellikleri bakımından bir farklılık var mıdır?” sorusuna yönelik yapılan Ki-kare analizi sonucunda, elde edilen veri sayısı yetersiz olduğu için anlamlı bir istatistiksel karşılaştırma mümkün olmamıştır. Bununla beraber sayısal veriler ile katılımcı grubuna ilişkin yorumlar yapmak mümkündür.

Sayısal karşılaştırmada evli bireylerin, somatik şikayetlerin her birinde evli olmayanlardan daha fazla şikayetçi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında bu konuda farklı görüşler bulunmaktadır. Medeni durumun somatik yakınmalar üzerinde fark yaratan bir etkisi olmadığını söyleyen çalışmalar bulunurken (Kirmayer ve Robbins, 1991), evli olmayan kadınların evli kadınlara kıyasla daha fazla bedensel şikayetleri olduğunu rapor eden çalışmalar da vardır (Nakao ve ark., 2001a).

Eğitim düzeyinin somatik yakınmalar ile ilgili bir fark oluşturup oluşturmayacağına ilişkin karşılaştırmaya göre, herhangi bir veya daha fazla somatik yakınması olan kişiler ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde eğitim almış katılımcılardır. Bununla birlikte sayısal verilere göre okuma-yazma bilmeyen kişilerin, ilköğretim düzeyindeki katılımcılardan daha az somatik yakınması bulunmaktadır. Bu sonuca bakılarak eğitim düzeyinin somatik yakınmalar üzerinde bir fark yaratmadığı düşünülebilir.

Katılımcıların ocukluklarının geçtiği yere göre somatik yakınmaların farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmış, köy-kasabada yetişenlerin şehirde yetişenlerden daha çok eklem ağrılarından sayısal olarak şikayetçi oldukları görülürken, şehirde yetişenlerin ise baş, boyun, sırt ve kas ağrılarından köy-kasabada yetişenlerden sayısal olarak daha fazla şikayetçi oldukları görülmüştür. Bu sonuç şehirde yetişen katılımcıların sayısal olarak daha fazla somatik şikayetleri olduğunu dşndrebilir. Kültürel arka planın etkileriyle ilgili literatür incelendiğinde, yaygın kanaate göre doğu kültürlerinde somatizasyonun batı kltrine oranla daha fazla görüldüğü düşünülse de, son yıllarda yapılan çalışmalar ile doğu ve batı kültürleri arasıda somatizasyon yönünden ayırıcı bir farklılık olmadığı, ancak kültüre özgü ifade ve algı biçimlerinin yorum farklılıklarına neden olduğu ifade edilmektedir (Kirmayer, 2001).

Katılımcıların gelir düzeylerine göre somatik belirtilerin farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmış, orta gelir grubunun (1000-2000 tl) baş, boyun ve sırt ağrılarından en fazla yakınan grup olduğu görülmüştür. Ancak katılımcı sayısının az olması ve grupların sayısal değerlerinin orantısız olması burada bir yorum yapmayı olanaksız kılmaktadır. Literatür bilgilerine göre düşük sosyoekonomik seviyedeki kişilerde, genç yaş grubunda ve kadınlarda somatik yakınmalar belirgin şekilde daha yaygındır (akt., Sayar, 2002). Bizim alışmamızda demografik veriler ile ilgili bir yorum yapmak mümkün olmasa da, bütün katılımcılarımızın kadın hastalardan oluşması yukardaki bilgi ile örtüşen bir durumdur.

“Katılımcıların depresif belirti puanlarında, sosyodemografik özellikleri bakımından bir fark var mıdır?” sorusuna yanıt bulmak amacıyla, demografik değişkenler ile katılımcıların DBE puanları ortalama üzerinden karşılaştırılmıştır.

Medeni durum, eğitim durumu, çocukluğun geçtiği yer, gelir durumu, kronik fiziksel hastalık ve ruhsal hastalık durumlarının her biri için DBE puanlarında ortalama bazında anlamlı farklılık olmadığına Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile bakılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte katılımcı sayısının böyle bir analiz için yeterli olmadığı, yeterli sayı ile yapılacak bir araştırmanın daha açıklayıcı ve aydınlatıcı olacağı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde depresyonun risk faktörleri arasında 40 yaş ve üzeri olma, kadın olma, dul olma, düşük sosyoekonomik gruba ait olma özellikleri görülmektedir (Küey, 1998). Bu çalışmada depresif belirti şiddeti ve demografik veriler ile ilgili istatistiksel bir açıklama

yapılamamakla beraber, bütün katılımcılarımızın kadın hastalardan oluşması, depresyonun kadınlar arasında daha yaygın olduğu yönündeki literatür bilgisiyle tutarlı olabilecek bir sonuçtur.

4.2. Depresyon Şiddeti ve Somatik Ağrıların İlişkisine Yönelik Analiz Sonuçları

“Somatik yakınmaların şiddetine göre, depresif belirti şiddetinde bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranırken, parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Katılımcıların DBE puanlarının ortalamaları, somatik yakınmaların şiddetine göre karşılaştırıldığında, hiçbir ağrı türünde ortalamalar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak literatür incelendiğinde ağrının depresyonun temel belirtilerinden sayılmasa da, depresyonun şiddetini arttırdığı (Bair, 2003; Vaccarino, 2008) anlaşılmaktadır. Buna ek olarak depresyon ve somatizasyonun birlikteliğinde, özellikle depresif belirtilerin ve somatik belirtilerin şiddetlerinin birlikte doğrusal bir artış gösterdiğini ifade eden kaynaklar da vardır (Özen, Serhadlı, Türkcan ve Ülker, 2010). Bizim çalışmamızda analiz sonuçlarının farklı şekilde çıkmasının, karşılaştırılan ortalamalara dair katılımcı sayılarının yetersiz ve orantısız olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yeterli sayı ile yapılacak bir çalışma bu konuda aydınlatıcı bilgiler verebilir.

Depresyon ve ağrı arasında çift yönlü bir ilişki olduğu yapılan araştırmalar incelendiğinde görülmektedir. Ağrı şikayeti olan hastalarda depresyon görülmesi, daha çok yakınmaya, ağrı şiddetinde artmaya, ağrı süresinin uzamasına neden olmaktadır. Depresyon hastalarında ise, ağrılar depresif belirtilerle birleşerek işlevselliği ciddi derecede azaltmakta ve tabloyu olumsuz doğru çekmektedir (Bair ve ark., 2003; Eker, Çetin-Eker, Kırılı ve diğerleri, 2015; Tütüncü ve Günay, 2011).

4.3. Birincil Sağlık Hizmetlerinde Somatik Yakınmalar Ve Depresyon

Kişilerin ruhsal sıkıntı ya da psikiyatrik bozukluk durumlarının bedensel şikayetlerle birincil sağlık hizmetlerini sıklıkla kullanmalarına neden olabileceği düşünülmektedir (Sayar, 2002). Organik sebebi olmayan somatik yakınmalar ile birinci basamakta doktora başvuran ve teşhis edilebilir depresif bozukluğu olan hastalarda en yaygın görülen somatik yakınma türü ağrılardır. Yorgunluk, uyku ve iştah düzensizliği gibi belirtiler arasından ön plana çıkan ağrı belirtileri, sıklıkla baş ağrısı olarak görülmektedir (akt. Bridges ve Goldberg, 1987). Bu çalışmada, fonksiyonel somatik semptomlar arasından en yaygın görülen ağrı belirtileri araştırmamıza dahil edilmiştir. Bu sebeple çalışma ile ilgili yorumlarda diğer fonksiyonel somatik belirtiler ile ilgili genelleme yapılamamaktadır. Ayrıca katılımcı sayısının az olması sebebiyle sonuçlar istatistiksel olarak fikir vermemektedir.

Bedensel semptomlar ve depresyon arasındaki anlamlı ve açık ilişkiyi işaret eden çalışmalar (Nakao ve Yano, 2006) göstermektedir ki, bedensel semptomların sorgulanmasının rutin sağlık kontrollerinin bir parçası olması ve ilgili bedensel yakınmalar tespit edildiğinde, depresyona yönelik sorgulama yapılması, depresyonun erken teşhisi için yardımcı ve kolaylaştırıcı olacaktır.

Depresyon birincil sağlık hizmetlerinde sıklıkla karşılaşılan bir bozukluktur (Katon ve Schulberg, 1992). BSH'ne başvuran hastaların yaklaşık %12'sinde görülmesine rağmen (Spitzer, Kroenke, Linzer ve diğerleri, 1995) erken tanılama ve tedavi ile depresyonun belirtilerinin önemli ölçüde azalması mümkündür (Coulehan, 1997).

Depresyonun işlevselliğe olan olumsuz etkisi gün geçtikçe artmakta ve yayılmaktadır. (Murray ve Lopez, 1997) Ağrının depresyon belirtileriyle birlikte görülmesinin, depresyonu ağırlaştırdığı bilindiğinden (Bair ve ark., 2004) bugün pek çok araştırma depresyon ve ağrı ilişkisi üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu ilişki tamamen açıklanmış olmasa da, depresyon ve ağrı birlikteliğinin işlevselliği önemli derecede azalttığı bilinmektedir (Baune, Caniato, Garcia-Alcaraz ve Berger, 2008; Holzberg, Robinson, Geisser ve Gremillion, 1996; Mossey, Gallagher ve Fughik, 2000). Birincil sağlık hizmetlerine hastaların bedensel belirtiler ile başvuruyor olmaları ve depresyon hastalarının yaklaşık %50'sinin tanı alamaması sebebiyle, (Katon ve ark., 2001) bu ilişki gün geçtikçe daha da önemli hale gelmektedir.

Depresyonun affektif ve bilişsel semptomlarının bedensel semptomlar ön plana çıkarılarak gizlendiği, "maskeli depresyon" (Ierodiakonou ve Iacovides, 1987, Stoudemire, 1985) dediğimiz bozukluk, sanılandan daha yaygın olabileceği için, depresyonun erken tanılanmasında büyük rol oynayabilecek bedensel semptomlar oldukça önemlidir.

Depresyonun birincil sağlık hizmetlerinde sorgulanarak erken / doğru teşhisi, ekonomik olarak da önemli bir kazanımdır. Depresyonun erken teşhisi, uzamış depresyonun getireceği ilaç, hastane gibi direkt kayıpları azaltırken, kişinin iş ve üretkenliği gibi indirekt kayıpları da daha aza indirebilir (Greenberg, Kessler, Birnbaum ve diğerleri, 2003; Valenstein, Vijan, Zeber, Boehm ve Buttar, 2001).

Çoğunlukla yoğun bir hasta popülasyonu olan birincil sağlık merkezlerinde, depresyonun tanınması için yeterli zaman bulunamayabilir ve belirtiler gözden kaçabilir. Bunu önlemek için depresyona özel bazı kısa ölçüm araçları hekimlere yardımcı olabilir. Bu sayede belirli kritik puan ve üzeri skoru olan hastalar, bir psikiyatri kliniğine yönlendirilerek ya da gerekli takip pratisyen hekim tarafından yapılarak uygun tedavi sağlanmış olur.

Ayrıca, risk grubunda olan (yaşlı, hamile/ postpartum, sosyal izole, ağrı/açıklanamayan bedensel şikayetleri olan, kronik hastalığı olan, işsiz/düşük sosyoekonomik seviyede olan vb.) hastalara depresyona yönelik bir tarama çalışması yapılarak olası depresif bozukluklar erkenden belirlenebilir ve önlem alınabilir.

Birincil sağlık hizmetlerine başvuran yetişkinlerden belirli risk gruplarında olanların, depresyon yönünden değerlendirilmeleri, hastaların yüksek yararının sağlanmasına ek olarak, hekimler ve sağlık hizmetleri için de faydalı sonuçlar doğuracaktır. Depresyon yönünden değerlendirilecek yetişkin grupları, birinci dereceden akrabalarında depresyon öyküsü olanlar, kronik hastalığı olanlar,

kronik ağrı / fonksiyonel somatik yakınmaları olanlar, hamile/postpartum olanlar, yaşlılar, işsizler/düşük sosyoekonomik seviyede olanlar olarak belirlenebilir (Sharp & Lipsky 2002). Bu gruplara verilecek kısa depresyon gözlem ölçekleri depresyon tanısı koymaz, fakat bu ölçekler, örneğin yaygın olarak kullanılan Beck Depresyon Ölçeği ve bu çalışmada kullanılan Depresif Belirti Envanteri, belirtilerin şiddetini puanlayarak, gerektiğinde bir uzmandan yardım alınması için hastanın yönlendirilmesi için kullanışlı ve faydalı envanterlerdir.

Birincil sağlık hizmetlerinde depresyon gözlem çalışmasının önemine bir örnek vermek gerekirse, Postpartum depresyondan bahsedebiliriz. Postpartum depresyon, doğumu takip eden dördüncü haftada başlayarak, 6 ay ve bazen bir iki yıla kadar yayılan sürede görülme riski taşıyan önemli bir depresyon çeşididir. Yaygın olarak bilinen semptomları somatik yakınmalar/ağrılar, suçluluk duyguları, umutsuzluk, sık sık ağlama iştahsızlık, yorgunluk gibi olurken, ağır klinik tablolarda kendini suçlamaya eşlik eden intihar düşünceleri hatta girişimleri görülebilir (akt., Durat ve Kutlu, 2010).Toplumda görülme sıklığı %12-36 arasında değişmekte olan (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011) Postpartum depresyon ile ilgili yapılacak olası bir erken tanı gözlemi ve tedavi yönlendirmesi, anne-bebek sağlığı için oldukça büyük ve önemli bir adımdır. Bu sayede, daha başlangıç evresinde tanılanacak olan postpartum depresyon vakaları tedaviye yönlendirilebilecek ve toplumsal sağlık alanında önemli bir ilerleme kaydedilmiş olacaktır.

BÖLÜM 5

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerine somatik ağrı yakınmaları ile başvuran hastaların depresif belirtileri ve demografik özellikleri incelenmiştir. Genel beklentiye uygun olarak araştırmanın katılımcılarının anlamlı derecede büyük çoğunluğunda depresif belirtiler orta ve üzeri düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların en yoğun şikayetçi oldukları ağrı türünün baş ağrısı olduğu, bunu boyun, sırt ve eklem ağrılarının izlediği görülmüştür.

Araştırmada öncelikle katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, somatik yakınmalarında ve depresif belirti puanlarında bir farklılık oluşturup oluşturmadığı ile ilgili hipotezler test edilmiş, fakat anlamlı bir sonuç görülememiştir.

Daha sonra somatik yakınmaların şiddetine göre katılımcıların depresif belirti şiddetlerinde farklılık olup olmadığı incelenmiş, burada da anlamlı bir fark yakalanamamıştır.

Son olarak depresif belirtileri şiddetli olan hastalar ile hafif olan hastaların somatik belirtilerinde belirti türü ve şiddeti yönünden bir farklılık olup olmadığı incelenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

5. 2. Sınırlılıklar ve Öneriler

Araştırmanın bütününe bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir yorum yapılamadığı görülmektedir. Bunun nedeni, araştırmanın katılımcı sayısının yetersiz kalmasıdır. Belirlenen aile sağlığı merkezinde, uygulama süresince hastaların tatil vs. gibi nedenlerle normalden daha az olması, bazı hastaların ise çalışmaya katılmak istemeyişleri, beklenen katılımcı sayısına ulaşamamasının nedenleri olarak gösterilebilir.

Araştırmada cinsiyet sınırlaması olmamasına rağmen, çalışma süresince araştırma kriterlerine uygun erkek hasta olmadığından, araştırmanın bütün katılımcıları kadındır. Araştırmada erkek katılımcı olmaması nedeniyle cinsiyet yönünden bir karşılaştırma mümkün olmamıştır. Diğer yandan, depresyon ile ilgili artık kabul görmüş epidemiyolojik bir bilgi olan, kadınlarda depresyonun daha yaygın olduğu bilgisi göz önünde bulundurulduğunda, bu durum literatüre paralel bir tabloyu işaret etmektedir.

Araştırmanın tek bir aile sağlığı merkezinde, kısıtlı bir süre içerisinde yürütülmüş olması, araştırmanın kapsamını ve sayısal yeterliliğini olumsuz etkilemiştir. Daha fazla merkezde ve geniş bir

zaman diliminde yapılacak olan yeni çalışmaların, daha açıklayıcı ve detaylı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarda test, ölçek ve envanterler belirtiler ile ilgili fikir edinme amaçlıdır ve tanı için klinik gözlem esastır. Bu sebeple, araştırmada depresyon tanı kriterlerini karşılamaktan ziyade, depresif belirti puanı yüksek olan, yani güncel bir depresif bozukluğu olmasa bile DBE'den orta ve üzeri puan almış, riskli belirti grubunda olan hastalara dikkat çekilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan bu hastaların belirtilerinin tanınması, önleme ve erken müdahale aşamaları için önemlidir. Diğer yandan, ileride daha geniş bir katılımcı grubu ile yapılacak bir çalışmada hastalar ile tanıya yönelik klinik görüşmeler yapılması önemli bulgular ortaya koyabilir.

KAYNAKÇA

- Aaron, L. A. ve Buchwald, D. (2001). A Review of the Evidence for Overlap Among Unexplained Clinical Conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134, 868-881.
- Akiskal, H. S. (1983). Diagnosis and Classification of Affective Disorders: New Insights from Clinical and Laboratory Approaches. *Psychiatric Developments*, 1, 123-160.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). Köroğlu, E. (çev. ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Arnou, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., Kreamer, H. C., Dea, R., Robinson, R. ve Hayward, C. (2006). Comorbid Depression, Chronic Pain and Disability in Primary Care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 262-268.
- Aslan, S., Çepik Kuruoğlu, A., Işıklı, S., Rush, A. J., Taner, E. ve Işıık, E. (2006). Depresif Belirti Envanteri – Klinisyen Formu (DBE-K30) ve Özbildirim Formu (DBE-Ö30)'nun Majör Depresyonlu Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(1), 1-14.
- Atasoy, N., Atasoy, H. T., Ünal, A., Konuk, N. ve Atık, L. (2004). Süregen Günlük Baş Ağrısında Psikiyatrik Komorbidite. *Klinik Psikiyatri*, 7, 26-31.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. ve Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Eckert, G. J., Stang, P. E., Croghan, T. W. ve Kroenke, K. (2004). Impact of Pain on Depression Treatment Response in Primary Care. *Psychosomatic Medicine*, 66, 17-22.
- Banth, S. ve Ardebil, M. D. (2014). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy on Pain of Patients with Low Back Pain. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy*, 3, 46-52.
- Bass, C., Peveler, R. ve House, A. (2001). Somatoform Disorders: Severe Psychiatric Illnesses Neglected by Psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 11-14.
- Barkow, K., Heun, R., Ustün, T. B. ve Maier, W. (2001). Identification of Items Which Predict Later Development of Depression in Primary Health Care. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251; 21-26.

- Barrett, J. E., Williams, J. W. Jr., Oxman, T. E., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., Hegel, M. T., Cornell, J. E. ve Sengupta, A. S. (2001). Treatment of Dysthymia and Minor Depression in Primary Care: A Randomized Trial in Patients Aged 18 to 59 Years. *JAMA*, 12; 1519-1526.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D. ve Lane, R. S. (1988). The Amplification of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. ve Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and Its Relationship to Hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, Somatization and Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A. J. ve Borus J. F. (1999). Functional Somatic Syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130; 910-921.
- Bauer, M., Möller, H. J. ve Schneider, E. (2006). Duloxetine: A New Selective and Dual-Acting Antidepressant. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 7, 421-427.
- Baune, T. B., Caniato, R. N., Garcia-Alcaraz, M. A. ve Berger, K. (2008). Combined Effects of Major Depression, Pain and Somatic Disorders on General Functioning in the General Adult Population. *Pain*, 138, 310-317.
- Benjamin, S., Morris, S., McBeth, J., Macfarlane, G. J. ve Silman, A. J. (2000). The Association Between Chronic Widespread Pain and Mental Disorder: A Population-Based Study. *Arthritis & Rheumatology*, 43, 561-567.
- Betrus, P. A., Elmore, S. K. ve Hamilton, P. A. (1995). Women and Somatization: Unrecognized Depression. *Health Care for Women International*, 16, 287-297.
- Bhajui J. (2005). A Cross-Cultural Comparison of Emotional Experience: Does Culture Matter? Yüksek Lisans Tezi, Auburn Üniversitesi, Alabama.
- Blackburn-Munro, G. ve Blackburn-Munro, R. E. (2001). Chronic Pain, Chronic Stress and Depression: Coincidence or Consequence? *Journal of Neuroendocrinology*, 13, 1009-1023.
- Blacker, C. V. R. ve Clare, A. W. (1987). Depressive disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 50, 737-751.
- Bogduk, N. (2006). Psychology and Low Back Pain. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 9, 49-53.

- Breslau, N. Schultz, L. R. Stewart, W. F., Lipton, R. B., Lucia, V. C. ve Welch, K. M. (2000). Headache and Major Depression: Is the Association Specific to Migraine? *Neurology*, 54, 308-313.
- Bridges, K. W. ve Goldberg, D. P. (1985). Somatic Presentations of DSM-III Psychiatric Disorders in Primary Care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569.
- Bridges, K. ve Goldberg, D. (1987). Somatic Presentation of Depressive Illness in Primary Care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 36, 9-11.
- Brown, C. ve Schulberg, H. C. (1998). Diagnosis and Treatment of Depression in Primary Medical Care Practice: The Application of Research Findings to Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 303-314.
- Buchwald, D. ve Garrity, D. (1994). Comparison of Patients with Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia, and Multiple Chemical Sensitivities. *Archives of Internal Medicine*, 154, 2049-2053.
- Burton, C. (2003). Beyond Somatisation: A Review of the Understanding and Treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice*, 53, 233-241.
- Burton, C., Weller, D. ve Sharpe, M. (2009). Functional Somatic Symptoms and Psychological States: An Electronic Diary Study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 77-83.
- Bymaster, F. P., McNamara, R. K. ve Tran, P. V. (2003). New Approaches to Developing Antidepressants by Enhancing Monoaminergic Neurotransmission. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 12, 531-543.
- Cameron, L., Leventhal, E. A. ve Leventhal H. (1995). Seeking Medical Care in Response to Symptoms and Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 57, 37-47.
- Campbell, L. C., Clauw, D. J. ve Keefe F. J. (2003). Persistent Pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Biological Psychiatry*, 54, 399-409.
- Cape, J. ve McCulloch, Y. (1999). Patients' Reasons for Not Presenting Emotional Problems in General Practice Consultations. *British Journal of General Practice*, 49, 875-879.
- Carroll, L. J., Cassidy, J. D. ve Cote, P. (2000). The Saskatchewan Health and Back Pain Survey: The Prevalence and Factors Associated with Depressive Symptomatology in Saskatchewan Adults. *Canadian Journal of Public Health*, 91, 459-464.

- Cheng, C. (2000). Seeking Medical Consultation: Perceptual and Behavioral Characteristics Distinguishing Consulters and Nonconsulters With Functional Dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 62, 844-852.
- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J. ve Summers, H. (2003). The Relationship of Attachment Style to Depression, Catastrophizing and Health Care Utilization in Patients with Chronic Pain. *Pain*, 104,627-637.
- Corruble, E. ve Guelfi, J. D. (2000). Pain Complaints in Depressed Inpatients. *Psychopathology*, 33, 307-309.
- Coulehan, J. L., Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J. ve Rodriguez, E. (1997). Treating Depressed Primary Care Patients Improves Their Physical, Mental, and Social Functioning. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1113-1120.
- Croft, P. R., Papageorgiou, A. C., Ferry, S., Thomas, E., Jayson, M. I. ve Silman, A. J. (1995). Psychologic Distress and Low Back Pain. Evidence From a Prospective Study in the General Population. *Spine*, 20, 2731-2797.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H. ve Lysens, R. (1999). Pain-Related Fear is More Disabling Than Pain Itself: Evidence on the Role of Pain-Related Fear in Chronic Back Pain Disability. *Pain*, 80; 329-339.
- Currie, S. R. ve Wang, J. (2004). Chronic Back Pain and Major Depression in the General Canadian Population. *Pain*, 107, 54-60.
- Dancey, C. P., Taghavi, M. ve Fox, R. J. (1998). The Relationship Between Daily Stress and Symptoms of Irritable Bowel: A Time-Series Approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 537-545.
- Demyttenaere, K., Reed, C., Quail, D., Bauer, M., Dantchev, N., Montejo, A. L., Monz, B., Perahia, D., Tylee, A. ve Grassi, L. (2010). Presence and Predictors of Pain in Depression: Results from the FINDER Study. *Journal of Affective Disorders*, 125, 53-60.
- Depression: A Global Public Health Concern. WHO, 2012. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
- Son Erişim: 10 Aralık 2014.
- Diefenbacher, A. ve Heim, G. (1994). Somatic Symptoms in Turkish and German Depressed Patients.

- Psychosomatic Medicine*, 56; 551-556.
- Drahovzal, D. N., Stewart, S. H. ve Sullivan, M. J. L. (2006). Tendency to Catastrophize Somatic Sensations: Pain Catastrophizing and Anxiety Sensitivity in Predicting Headache. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35; 226-235.
- Duddu, V., Isaac, M. K. ve Chaturvedi, S. K.(2006). Somatization, Somatosensory Amplification, Attribution Styles and Illness Behaviour: A Review. *International Review of Psychiatry*, 18, 25-33.
- Duman, O. Y., Usubütün, S. ve Göka, E. (2004). Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15, 26-40.
- Durat, G. ve Kutlu, Y. (2010). Sakarya’da Doğum Sonrası Depresyon sıklığı ve İlişkili Faktörler. *New Symposium Journal*, 48, 63-68.
- Dworkin, R. H. ve Gitlin, M. J. (1991). Clinical Aspects of Depression in Chronic Pain Patients. *Clinical Journal of Pain*, 7, 79-94.
- Eker, S. S., Çetin Eker, Ö., Kırılı, S., Özkaya, G., Baykal, B. E. ve Akkaya, C. (2015). Ağrı ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Depresif Belirtiler Yönünden İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 231-237.
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G. ve Ursin, H. (1998). Prevalence of Subjective Health Complaints in the Nordic European Countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8, 294-298.
- Ersek, M., Turner, J. A. ve Kemp, C. A. (2006). Use of the Chronic Pain Coping Inventory to Assess Older Adults' Pain Coping Strategies. *The Journal of Pain*, 17, 833-842.
- Escobar, J. I., Golding, J. M., Hough, R. L., Karno, M., Burnam, M. A. ve Wells, K. B. (1987) Somatization in the Community: Relationship to Disability and Use of Services. *American Journal of Public Health*, 77, 837-840.
- Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. ve Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): A New and Abridged Somatization Construct. Prevalence and Epidemiological Correlates in Two Large Community Samples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 140-146.
- Fabrega, H. Jr. (1990). The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 52, 653-672.

- Fava, M., Mallinckrodt, C. H., Detke, M. J., Watkin, J. G. ve Wohlreich, M. M. (2004). The Effect of Duloxetine on Painful Physical Symptoms in Depressed Patients: Do Improvements in These Symptoms Result in Higher Remission Rates? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 521-530.
- Fritz, J. M., George, S. Z. ve Delitto, A. (2001). The role of Fear-Avoidance Beliefs in Acute Low Back Pain: Relationships With Current and Future Disability and Work Status. *Pain*, 94;7-15.
- Gaab, J., Hüster, D., Peisen, R., Engert, V., Heitz, V., Schad, T., Schürmeyer, T. H. ve Ehlert, U. (2003a). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Reactivity in Chronic Fatigue Syndrome and Health Under Psychological, Physiological, and Pharmacological Stimulation. *Psychosomatic Medicine*, 64, 951-962.
- Gaab, J., Rohleder, N., Heitz, V. ve diğerleri (2003b). Enhanced Glucocorticoid Sensitivity in Patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 184-191.
- Goldberg, D. P. ve Bridges, K. (1988). Somatic Presentations of Psychiatric Illness in Primary Care Setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 137-144.
- Goldman, L. S., Nielsen, N. H. ve Champion, H. C. (1999). Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. *Journal of General Internal Medicine*, 9; 569-580.
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A. ve Corey-Lisle, P. K. (2003). The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1465-1475.
- Griep, E. N., Boersma, J. W., Lentjes, E. G., Prins, A. P., Van Der Korst, J. K. ve de Kloet, E. R. (1998). Function of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Patients with Fibromyalgia and Low Back Pain. *The Journal of Rheumatology*, 25, 1374-1381.
- Grothe, D. R., Scheckner, B. ve Albano, D. (2004). Treatment of Pain Syndromes with Venlafaxine. *Pharmacotherapy*, 24, 621-629.
- Gureje, O., Simon, G. E., Üstün, T. B. ve Goldberg, D. P. (1997). Somatization in Cross-Cultural Perspective: A World Health Organization Study in Primary Care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Gureje, O., Simon, G. E. ve Von-Korff, M. (2001). A Cross-National Study of the Course of Persistent Pain in Primary Care. *Pain*, 92, 195-200.

- Güleç, H., Sayar, K. ve Özkorumak, E. (2005). Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
- Haug, T. T., Mykletun, A. ve Dahl, A. A. (2002). Are Anxiety and Depression Related to Gastrointestinal Symptoms in the General Population? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 37, 294-298.
- Haug, T. T., Mykletun, A. ve Dahl, A. A. (2004). The Association Between Anxiety, Depression and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT-II Study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 845-851.
- Heim, C., Ehlert, U. ve Hellhammer, D. H. (2000). The Potential Role of Hypocortisolism in the Pathophysiology of Stress-Related Bodily Disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 1-35.
- Henningsen, P., Zimmermann, T. ve Sattel, H. (2003). Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.
- Hirschfeld, R. M., Keller, M. B., Panico, S. ve diğerleri (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *JAMA*,
- Hirschfeld, R. M. (2000). History and Evolution of the Monoamine Hypothesis of Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-6. 77, 333-340.
- Hollifield, M., Katon, W. ve Morojele, N. (1994). Anxiety and Depression in an Outpatient Clinic in Lesotho, Africa. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 179-188.
- Holroyd, K. A., Stensland, M., Lipchik, G. L., Hill, K. R., O'Donnell, F. S. ve Cordingley, G. (2000). Psychosocial Correlates and Impact of Chronic Tension-type Headaches. *Headache*, 40, 3-16.
- Holzberg, A. D., Robinson, M. E., Geisser, M. E. & Gremillion, H. A. (1996). The Effects of Depression and Chronic Pain on Psychosocial and Physical Functioning. *Clinical Journal of Pain*, 12, 118-125.
- Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M. ve Wessely, S. (1998). Temporal Relationships Between Physical Symptoms and Psychiatric Disorder. Results From a National Birth Cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 255-261.
- Hovanitz, C. A., Filippides, M., Lindsay, D. ve Scheff, J. (2002). Muscle Tension and Physiologic Hyperarousal, Performance, and State Affectivity: Assessing the Independence of Effects in Frequent Headache and Depression. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 29-44.

- Ierodiakonou, C. S. ve Iacovides, A. (1987). Somatic Manifestations of Depressive Patients in Different Psychiatric Settings. *Psychopathology*, 20, 136-143.
- Isshiki, A., Nakao, M., Yamaoka, K., ve Yano, E. (2004). Application of Symptom Checklist for Screening Major Depression By Annual Health Examinations: A Cross-Validity Study in the Workplace. *Journal of Medical Screening*, 11, 207-209.
- Jann, M. W. ve Slade, J. H. (2007). Antidepressant Agents for the Treatment of Chronic Pain and Depression. *Pharmacotherapy*, 27, 1571-1587.
- Jung, A. C., Staiger, T. ve Sullivan, M. (1997). The Efficacy of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Management of Chronic Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 384-389.
- Kalkan Oğuzhanoglu, N. (2001). Tıbbi Durumlar ve Depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 3, 116-125.
- Kapfhammer, H. P. (2006). Somatic Symptoms in Depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 227-239.
- Kara, H., Sayar, K. ve Saygılı, S. (1997). Kültürel Psikiyatri Açısından Depresyon Kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7; 42-51.
- Katon, W., Kleinman, A. ve Rosen, G. (1982). Depression and Somatization: A Review, Part I-II. The *American Journal of Medicine*, 72, 127-135 & 241-247.
- Katon, W. ve Roy-Byrne, P. P. (1988). Antidepressants in the Medically Ill: Diagnosis and Treatment in Primary Care. *Clinical Chemistry*, 34, 829-836.
- Katon, W., Lin, E., Von-Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P. ve Bush, T.(1991). Somatization: A Spectrum of Severity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 34-40.
- Katon, W. ve Schulberg, H. (1992). Epidemiology of Depression in Primary Care. *General Hospital Psychiatry*, 14, 237-247.
- Katon, W., Sullivan, M.ve Walker, E. (2001). Medical Symptoms Without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*, 134,917- 925.
- Kirmayer, L. J. (1984). Culture, Affect and Somatization. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 159-188.
- Kirmayer, L. J. ve Robbins, J. M. (1991). Three Forms of Somatization in Primary Care: Prevalence,

- Co-occurrence, and Sociodemographic Characteristics. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 179, 647-655.
- Kirmayer, L. J. ve Robbins, J. M., Dworkind, M. & Yaffe, M. J. (1993). Somatization and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734-741.
- Kirmayer, L. J. ve Young, A. (1998). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kirmayer, L. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62; 22-28.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. ve Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88;251-258.
- Kluge, M., Dittman, R. W., Lehmann, M., Linden, M. ve Wehmeier, P. M. (2005). Muscular Complaints and Headache are Common Painful Physical Symptoms in Patients with Depression. *German Journal of Psychiatry*, 9, 101-106.
- Korszun, A. (2002). Facial Pain, Depression and Stress – Connections and Directions. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 31, 615-619.
- Kosturek, A., Gregory, R. J., Sousou, A. J. ve Trief, P. (1998). Alexithymia and Somatic Amplification in Chronic Pain. *Psychosomatics*, 39, 399-404.
- Kroenke, K., Wood, D. R., Mangelsdorff, A. D., Meier, N. J. ve Powell, J. B. (1988). Chronic Fatigue in Primary Care. Prevalence, Patient Characteristics, and Outcome. *JAMA*, 260; 929-34.
- Kroenke, K. ve Price, R. (1993). Symptoms in the Community: Prevalence, Classification, and Psychiatric Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2474-2480.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. ve diğerleri (1994). Physical Symptoms in Primary Care: Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment. *Archives of Family Medicine*, 3, 774-779.
- Kroenke, K., Jackson, J. ve Chamberlin, J. (1997). Depressive and Anxiety Disorders in Patients Presenting With Physical Complaints : Clinical Predictors and Outcome. *The American Journal of Medicine*, 103, 339-347.
- Kroenke, K. (2001). Studying Symptoms: Sampling and Measurement Issues. *Annals of Internal*

- Medicine*, 134, 844-853.
- Küey, L. (1998). Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1; 5-12.
- Lamb, S. E., Guralnik, J. M, Buchner, D., Ferrucci, L., Hochberg, M., Simonsick, E. ve Fried, L. (2000). Factors That Modify the Association Between Knee Pain and Mobility Limitation in Older Women: The Women's Health and Aging Study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 59, 331-337.
- Larsson, B. ve Sund, A. M. (2007). Emotional/Behavioral, Social Correlates and One-Year Predictors of Frequent Pains Among Early Adolescents: Influences of Pain Characteristics. *European Journal of Pain*, 11, 57-65.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. ve Vlaeyen, J. W. (2006). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain:Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30,77-94.
- Leino, P. ve Magni, G. (1993). Depressive and Distress Symptoms as Predictors of Low Back Pain, Neck-Shoulder Pain, and Other Musculoskeletal Morbidity: A 10-Year Follow-Up of Metal Industry Employees. *Pain*, 53, 89- 94.
- Lepine, J. P. ve Briley, M. (2004). The Epidemiology of Pain in Depression. *Human Psychopharmacology*, 19, 3-7.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Lipscomb, P., Russo, J. ve Wagner, E. (1991). Frustrating Patients: Physician and Patient Perspectives Among Distressed High Users of Medical Services. *Journal of General Internal Medicine*, 6; 241-246.
- Lindesay, J. E. B. (1985). Multiple Pain Complaints in Amputees. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78, 452-455.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The Experience and Communication of Psychological Distress as Somatic Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 160-167.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Lipowski, Z. J. (1990). Somatization and Depression. *Psychosomatics*, 31, 13-21.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Merskey, H. ve Luchini, S. R. (1993). Chronic

- Musculoskeletal Pain and Depressive Symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic Follow-Up Study. *Pain*, 53, 163-168.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S. ve Merskey, H. (1994). Prospective Study on the Relationship Between Depressive Symptoms and Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain*, 56,289-297.
- Manna, V., Bolino, F. ve Di Cicco, L. (1994). Chronic Tension-Type Headache, Mood Depression and Serotonin: Therapeutic Effects of Fluvoxamine and Mianserine. *Headache*, 34, 44-49.
- Mathew, R. J., Weinman, M. L. ve Mirabi, M. (1981). Physical Symptoms of Depression. *The British Journal of Psychiatry*, 139, 293-296.
- McBeth, J., Chiu, Y. H., Silman, A. J., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., Gupta, A. ve Macfarlane, G. J. (2005). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Stress Axis Function and The Relationship with Chronic Widespread Pain and Its Antecedents. *Arthritis Research & Therapy*, 7, 992-1000.
- McIntyre, R. S., Konarski, J. Z., Mancini, D. A., Zurowski, M., Giacobbe, P., Soczynska, J. K. ve Kennedy, S. H. (2006). Improving Outcomes in Depression: A Focus on Somatic Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 279-282.
- McWhinney, I. R., Epstein, R. M. ve Freeman, T. R. (1997). Lingua Medica: Rethinking Somatization. *Annals of Internal Medicine*, 126, 747-750.
- Meredith, P. J., Strong, J. ve Feeney, J. A. (2005). Evidence of a Relationship Between Adult Attachment Variables and Appraisals of Chronic Pain. *Pain Research & Management*, 10, 191-200.
- Meredith, P. J., Strong, J. ve Feeney, J. A. (2006). The Relationship of Adult Attachment to Emotion, Catastrophizing, Control, Threshold and Tolerance, in Experimentally-Induced Pain. *Pain*, 120, 44-52.
- Mico, J. A., Ardid, D., Berrocoso, E. ve Eschaliere, A. (2006). Antidepressants and Pain. *Trends in Pharmacological Sciences*, 7, 348-354.
- Mitsikostas, D. D. ve Thomas, A. M. (1999). Comorbidity of Headache and Depressive Disorders. *Cephalalgia*,19, 211-217.
- Moldin, S. O., Scheftner, W. A., Rice, J. P., Nelson, E., Knesevich, M. A. ve Akiskal, H. (1993). Association Between Major Depressive Disorder and Physical Illness. *Psychological Medicine*,

23, 755-761.

- Mossey, J. M., Gallagher, R. M. ve Fughik, T. (2000). The Effects of Pain and Depression on Physical Functioning in Elderly Residents of a Continuing Care Retirement Community. *Pain Medicine*, 1, 340-350.
- Murphy, M. (1989). Somatization: Embodying the Problem. *BMJ*, 293,328-332.
- Murray, C. J. ve Lopez, A. D. (1997). Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990—2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Nakao, M., Fricchione, G., Zuttermeister, P. C., Myers, P., Barsky, A. J. ve Benson, H. (2001a). Effects of Gender and Marital Status on Somatic Symptoms of Patients Attending a Mind/Body Medicine Clinic. *Behavioral Medicine*, 26, 159-168.
- Nakao, M., Yamanaka, G. ve Kuboki, T. (2001b). Major Depression and Somatic Symptoms in A Mind/Body Medicine Clinic. *Psychopathology*, 34, 230-235.
- Nakao, M., Yamanaka, G. ve Kuboki, T. (2002). Suicidal Ideation and Somatic Symptoms of Patients with Mind/Body Distress in A Japanese Psychosomatic Clinic. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 80-90.
- Nakao, M. ve Yano, E. (2003). Reporting of Somatic Symptoms As a Screening Marker for Detecting Major Depression in a Population of Japanese White-Collar Workers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 1021-1026.
- Nakao, M. ve Yano, E. (2006a). Prediction of Major Depression in Japanese Adults: Somatic Manifestation of Depression in Annual Health Examinations. *Journal of Affective Disorders*, 90, 29-35.
- Nakao, M. ve Yano, E. (2006b). Somatic Symptoms for Predicting Depression: One-Year Follow-Up Study in Annual Health Examinations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 219-225.
- Nakao, M. ve Barsky, A. J. (2007). Clinical Application of Somatosensory Amplification in Psychosomatic Medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 9, 1-17.
- Nikelly, A. G. (1988). Does DSM-III-R Diagnose Depression in Non-Western Patients? *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 316-320.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. ve Wessely, S. (2001). Medically Unexplained Symptoms: An Epidemiological Study in Seven Specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361-

367.

- Ocaktan, M. E., Özdemir, O. ve Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12; 63-73.
- Ohayon, M. M. ve Schatzberg, A. F. (2003). Using Chronic Pain to Predict Depressive Morbidity in the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 39-47.
- Önen Sertöz, Ö. ve Elbi Mete, H. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek (2), 63-69.
- Özen, E. M., Serhadlı, Z. N., Türkcan, A. S. ve Ülker, G. (2010). Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 60-65.
- Özen Şahin, E. M. (2007). Şizofreni Hastalarında Somatizasyon. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Özen Şahin, E. M., Solmaz Türkcan, A., Belene, A. ve Yeşilbursa, D. (2009). Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler. *New Symposium Journal*, 4; 187-193.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I (11. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 342-368, 537-552.
- Parker, G., Cheah, Y.C. ve Roy, K. (2001). Do the Chinese Somatize Depression? A Cross-Cultural Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36; 287-293.
- Patten, S. (2001). Long-Term Medical Conditions and Major Depression in a Canadian Population Study at Waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63; 35-41.
- Pearson, S. D., Katzelnick, D. J., Simon, G. E., Manning, W. G., Helstad, C. P. ve Henk, H. . (1999). Depression Among High Utilizers of Medical Care. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 461-468.
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D. ve Lohr, K. N. (2002). Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136, 765-776.
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H. ve Kirschbaum, C. (1999). Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61, 197-204.

- Rezaki, M. (1995). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6, 13-20.
- Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., Eaton, W. W. ve Locke, B. Z. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Historical Context, Major Objectives, and Study Population Characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.
- Rief, W., Shaw, R. ve Fichter, M. M. (1998). Elevated Levels of Psychophysiological Arousal and Cortisol in Patients with Somatization Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198-203.
- Rief, W. ve Auer, C. (2000). Cortisol and Somatization. *Biological Psychology*, 53, 13-23.
- Rief, W., Hessel, A. ve Braehler, E. (2001). Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, 63, 595-602.
- Rief, W., Pilger, F., Ihle, D., Verkerk, R., Scharpe, S. ve Maes, M. (2004). Psychobiological Aspects of Somatoform Disorders: Contributions of Monoaminergic Transmitter Systems. *Neuropsychobiology*, 49, 24-29.
- Rief, W. ve Barsky, A. J. (2005). Psychobiological Perspectives on Somatoform Disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 996-1002.
- Riley, J. L., Robinson, M. E. ve Geisser, M. E. (1999). Empirical Subgroups of the Coping Strategies Questionnaire-Revised: A Multisample Study. *Clinical Journal of Pain*, 13, 43-49.
- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Sadler, I. J., Kvaal, S. A., Geisser, M. E. ve Keefe, F. J. (1997). The Coping Strategies Questionnaire: A Large Sample, Item Level Factor Analysis. *Clinical Journal of Pain*, 13, 43-49.
- Rosenstiel, A. K. ve Keefe, F. J. (1983). The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarret, R. B. ve Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric Properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Russo, J., Katon, W., Sullivan, M., Clark, M. ve Buchwald, D. (1994). Severity of Somatization and Its Relationship to Psychiatric Disorders and Personality. *Psychosomatics*, 35, 546-556.
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E. ve diğerleri (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde

- Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11, 3-16.
- Salt Paker, D. (2008). Bedensel Belirtilerin Klinik Değerlendiriminde Önemli Bir Ayrıntı: Psikobiyolojik ve Psikososyal Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 12, 31-38.
- Sayar, K. (2002). Tıbben Açıklanamayan Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 222-231.
- Sayar, K., Kirmayer, L. J. ve Taillefer, S. (2003). Predictors of Somatic Symptoms in Depressive Disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25, 108-114.
- Schulberg, H. C. ve McClelland, M. (1987). A Conceptual Model for Educating Primary Care Providers in the Diagnosis and Treatment of Depression. *General Hospital Psychiatry*, 9, 1-10.
- Sharpe, M. ve Bass C. (1992). Pathophysiological Mechanisms in Somatization. *International Review of Psychiatry*, 4, 81-97.
- Sharp, L. K. ve Lipsky, M. S. (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *American Academy of Family Physicians*, 66, 1001-1009.
- Silverstein, B. (1999). Gender Difference in the Prevalence of Clinical Depression: The Role Played by Depression Associated with Somatic Symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 156, 480-482.
- Simon, G. E. ve VonKorff, M. (1991). Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1494-1500.
- Simon, G. E. ve Gureje, O. (1999). Stability of Somatization Disorder and Somatization Symptoms Among Primary Care Patients. *Archives of General Psychiatry*, 56, 90-9.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. ve Ormel, J. (1999). An International Study of the Relation Between Somatic Symptoms and Depression. *The New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1325.
- Smith, R. C., Greenbaum, D. S., Vancouver, J. B., Henry, R. C., Reinhart, M. A., Greenbaum, R. B., Dean, H. A. ve Mayle, J. E. (1990). Psychosocial Factors are Associated with Health Care Seeking Rather than Diagnosis in Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 98, 293-301.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P. ve Tan, G. (1996). Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients. *Pain*, 64, 455-462.

- Soon, J. A. ve Levine, M. (2002). Screening for Depression in Patients in Long-Term Care Facilities: A Randomized Controlled Trial of Physician Response. *Journal of the American Geriatrics Society*, 6; 1092–1099.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B., deGruy, F. V. 3rd., Brody, D. ve Davies, M. (1995). Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 274, 1511-1517.
- Stoudemire, A., Kahn, M., Brown, J. T., Linfors, E. ve Houpt, J. L. (1985). Masked Depression in a Combined Medical-Psychiatric Unit. *Psychosomatics*, 26, 221-228.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R. ve Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- Sullivan, M. J. L., Rouse, D., Bishop, S. ve Johnson, S. (1997). Thought Suppression, Catastrophizing and Pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21; 555-568.
- Tamam, L. ve Zeren, T. (2002). Depresyonda Serotonerjik Düzenekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 11-18.
- Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001, 45, 134-142.
- Tennen, H., Affleck, G. ve Zautra, A. (2006). Depression History and Coping With Chronic Pain: A Daily Process Analysis. *Health Psychology*, 25, 370-379.
- Terre, L., Poston, W. S., Foreyt, J. ve St. Jeor, S. T. (2003). Do Somatic Complaints Predict Subsequent Symptoms of Depression? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 261-267.
- Turner, J. A., Mancl, L. ve Aaron, L. A. (2005). Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Temporomandibular Disorder Pain: Effects on Daily Electronic Outcome and Process Measures. *Pain*, 117, 377-387.
- Tütüncü, R. ve Günay, G. (2011). Kronik Ağrı, Psikolojik Etmenler ve Depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 38, 257-262.
- Tylee, A., Gastpar, M., Lepine, J. P. ve Mendlewicz, J. (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II): A Patient Survey of the Symptoms, Disability and Current Management of Depression in the Community. DEPRES Steering Committee. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 139-151.

- Tylee, A. ve Gandhi, P. (2005). Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 167-176.
- University of Maryland Medical Center. Depression - Risk factors. Available at:
http://www.umm.edu/patiented/articles/what_risk_factors_depression_000008_3.htm.
Son Erişim: 10 Aralık 2014.
- Ursin, H. (1997). Sensitization, Somatization, and Subjective Health Complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 105-116.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2002). Screening for Depression: Recommendations and Rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136, 760-764.
- Üçok, Ö. G. (1995). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Bedensel ve Ruhsal Hastalığın Birlikte Bulunuğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6, 180-185.
- Ünal, S. (2000). Psikiyatrik Uygulamalarda Sosyokültürel Duyarlılık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1; 225-230.
- Vaccarino, A. L., Sills, T. L., Evans, K. R. ve Kalali, A. H. (2008). Prevalence and Association of Somatic Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 110, 270-276.
- Vaccarino, A. L., Sills, T. L., Evans, K. R. ve Kalali, A. H. (2009). Multiple Pain Complaints in Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 71, 159-162.
- Valenstein, M., Vijan, S., Zeber, J. E., Boehm, K. ve Buttar, A. (2001). The Cost-Utility of Screening for Depression in Primary Care. *Annals of Internal Medicine*, 134, 345-360.
- Vazquez-Barquero, J., Diez-Manrique, J. F., Pena-Martin, C. ve diğerleri (1987). A Community Mental Health Survey in Cantabria: A General Description of Morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- Von-Korff, M. ve Simon, G. (1996). The Relationship Between Pain and Depression. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 101-108.
- Von-Korff, M., Dworkin, S. F., Le Resche, L ve Kruger, A. (1988). An Epidemiologic Comparison of Pain Complaints. *Pain*, 32, 173- 183.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. ve Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the Role of Fear-Avoidance Beliefs in Chronic Low Back

- Pain and Disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Wang, S. J., Fuh, J. L., Lu, S. R., Liu, C. Y., Hsu, L. C., Wang, P. N. ve Liu, H. C. (2000). Chronic Daily Headache in Chinese Elderly: Prevalence, Risk Factors, and Biannual Follow-Up. *Neurology*, 54, 314-319.
- Weickgenant, A. L., Slater, M. A., Patterson, T. L., Atkinson, J. H., Grant, I. ve Garfin, S. R. (1993). Coping Activities in Chronic Low Back Pain: Relationship with Depression. *Pain*, 53, 95-103.
- Wells, K., Golding, J. M. ve Burnam, M. A. (1988). Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population With and Without Chronic Medical Conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D. ve diğeri (1989). The Functioning and Well-Being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-919.
- Wilhelmsen, I. (2005). Biological Sensitisation and Psychological Amplification: Gateways to Subjective Health Complaints and Somatoform Disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30; 990-995.
- World Health Organization (WHO). Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers. Ministerial Round Tables 2001- 54th World Health Assembly, 2001, Geneva.
- Yalçın, M. (2004). Birinci Basamakta Depresyona Yaklaşım Sorunları. *STED (Sürekli Tıp Eğitim Dergisi)*, 2; 46-48.
- Yanık, M., Şimşek, Z., Altındağ, A., Katı, M., Kocabaş, Ö., Nebioğlu, M. ve Asoğlu, M. (2004). Şanlıurfa'da Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5; 69-75.
- Yap, A. U., Chua, E. K., Dworkin, S. F., Tan, H. H. ve Tan, K. B. (2002). Multiple Pains and Psychosocial Functioning / Psychologic Distress in TMD Patients. *International Journal of Prosthodontics*, 15, 461-466.
- Yeşilçiçek Çalık, K. ve Aktaş, S. (2011). Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 3, 142-162.
- Zung, W. W., Broadhead, W. E. ve Roth, M. E. (1993). Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care. *The Journal of Family Practice*, 37; 337-344.

EKLER

EK A:

Fonksiyonel Somatik Belirtiler Formu

Ağrı Şikayeti Ve Şiddeti

	Hafif	Orta	Şiddetli
Baş Ağrısı			
Bel Ağrısı			
Boyun Ağrısı			
Eklem Ağrısı			
Sırt Ağrısı			
Kas Ağrısı			
Göğüs Ağrısı			
Karın Ağrısı			
Diğer (örn. Bütün vücudum ağrıyor, gözümün içi ağrıyor vb.)			

Hastanın yakınmaları ne zamandır devam etmekte? -----

Hasta kendi ifadeleriyle ağrıyı nasıl tarif ediyor?-----

Doktor

EK B:

Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız..... 2.Cinsiyetiniz
a) erkek b) kadın

3.Medeni Durumunuz
a) evli b) bekar
c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor
e) dul

4.Eğitim düzeyiniz?
a)İlköğretim b)Lise
c) Yüksek okul veya üniversite
d) Diğer.....

5. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?
a)köy b)kasaba
c)şehir d)diğer.....belirtiniz

6.Gelir düzeyiniz nedir ?
a) 891 tı (Temmuz 2014 itibariyle asgari ücret)
b) 1000-2000 tı arası
c) 2000 tı ve üzeri
d) Diğer (belirtiniz).....

7.Kronik bir fiziksel hastalığınız var mı?
a) evet ise lütfen belirtiniz.....
b) hayır

8. Ruhsal bir hastalığınız var mı?
a) evet ise lütfen belirtiniz.....
b) hayır

EK C:**Depresif Belirti Envanteri****(DBE-Ö30)**

Hasta Adı:

Tarih:

Lütfen son 7 gün için, her bir maddede sizi en iyi tanımlayan yanıtı çember içine alınız.

1. Uykuya dalmak

0. Uykuya dalmam hiçbir zaman 30 dakikadan uzun sürmez.
1. Zamanın yarısından azında uykuya dalmam en az 30 dakika sürer.
2. Zamanın yarısından çoğunda uykuya dalmam en az 30 dakika sürer.
3. Zamanın yarısından çoğunda uykuya dalmam 60 dakikadan uzun sürer.

2. Gece uykusu

0. Geceleri uyanmam.
1. Huzursuz ve hafif bir uykum vardır ve arada bir kısa süreler için uyanırım.
2. Geceleri en az bir kere uyanırım ama tekrar kolayca uykuya dalarım.
3. Zamanın yarısından çoğunda geceleri bir kereden sık uyanırım ve 20 dakika veya daha uzun bir süre uyanık kalırım.

3. Erken uyanmak

0. Çoğu zaman uyanmam gereken zamandan en fazla 30 dakika önce uyanırım.
1. Zamanın yarısında gereken zamandan 30 dakikadan daha uzun bir süre önce uyanırım.
2. Neredeyse her zaman uyanmam gereken zamandan en az bir saat önce uyanırım ama 'sonunda' tekrar uykuya dalarım.
3. Uyanmam gereken zamandan en az bir saat önce uyanırım ve tekrar uykuya dalamam.

4. Fazla uyumak

0. Geceleri 7-8 saatten fazla uyumam ve gündüzleri de uyumam.
1. 24 saatlik bir süre içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 10 saatten fazla uyumam.
2. 24 saatlik bir süre içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 12 saatten fazla uyumam.
3. 24 saatlik bir süre içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 12 saatten fazla uyurum.

5. Üzgün hissetmek

0. Üzgün hissetmem.
1. Zamanın yarısından azında üzgün hissederim.
2. Zamanın yarısından çoğunda üzgün hissederim.
3. Neredeyse her zaman üzgün hissederim.

6. Çabuk sinirlenme, tahammülsüz hissetmek

0. Çabuk sinirlenme, tahammülsüzlük hissetmem.
1. Zamanın yarısından azında sinirli, tahammülsüz hissederim.
2. Zamanın yarısından çoğunda sinirli, tahammülsüz hissederim.
3. Neredeyse her zaman aşırı derecede sinirli, tahammülsüz hissederim.

7. Tedirgin veya gergin hissetmek

0. Tedirgin veya gergin hissetmem.
1. Zamanın yarısından azında tedirgin veya gergin hissederim.
2. Zamanın yarısından çoğunda tedirgin veya gergin hissederim.
3. Neredeyse her zaman aşırı derecede tedirgin veya gergin hissederim.

8. İyi veya istenilen olaylara duygu-durumunuzun tepkisi

0. İyi olaylar olduğunda keyfim yerine gelir ve bu birkaç saat sürer.
1. İyi olaylar olduğunda keyfim yerine gelir ama kendimi her zamanki 'ben' gibi hissetmem.
2. Sadece bazı istenilen olaylar karşısında keyfim kısmen yerine gelir.
3. Çok iyi veya istenilen bir olay olsa bile keyfim hiçbir şekilde yerine gelmez.

9. Duygu-durumun günün değişik saatlerine göre değişimi:

0. Duygu-durumum ve günün değişik saatleri arasında düzenli bir ilişki yok.
1. Duygu-durumum çevresel nedenlerle (örneğin: yalnız olmak, çalışıyor olmak) sık sık gün içinde değişir.
2. Genel olarak keyfim çevresel nedenlerden çok günün değişik saatlerine bağlıdır.
3. Duygu durumum günün belirli saatlerinde, önceden tahmin edilebilir bir şekilde daha iyi veya kötü olur.

9a Duygu-durumunuz tipik olarak sabahları mı, öğleden sonraları mı yoksa akşamları mı daha kötü olur? (birini çember içine alın)

9b Duygu-durumunuzun değişimi çevreden mi kaynaklanır? (evet veya hayır) (birini çember içine alın)

10. Duygu durumunuzun niteliği

0. Yaşadığım duygu durumu (içsel duygular) oldukça normal bir duygu durumu.
1. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yakın olduğum birisi ölseydi veya beni terk etseydi hissedeceklerimle oldukça aynı.
2. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yakın olduğum birisi ölseydi veya beni terk etseydi hissedeceklerimden farklı.
3. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yas veya kayıp durumunda hissedilen üzüntüden oldukça farklı.

Lütfen sadece 11 ya da 12'yi doldurun

11. İştah azalması

0. İştahım her zamanki gibi.
1. Her zamankinden biraz daha az sıklıkta veya daha az miktarda (yemek) yiyorum.
2. Her zamankinden çok daha az ve ancak kendimi zorlayarak yiyorum.
3. 24 saatlik bir süre içinde nadiren yemek yiyorum ve ancak kendimi zorlayarak veya başkaları beni ikna ettiğinde yiyorum.

12. İştah artması

0. İştahım her zamanki gibi.
1. Her zamankinden daha sık yeme ihtiyacı duyuyorum.
2. Düzenli olarak her zamankinden daha sıklıkta veya daha az çok miktarda (yemek) yiyorum.
3. Öğünlerde ve öğün aralarında aşırı yeme zorunluluğu hissediyorum.

LÜTFEN 13 VEYA 14 DÜNCÜ SORUYU CEVAPLAYIN (HER İKİSİNİ DEĞİL)

13. Son iki hafta boyunca

0. Kilom değişmedi.
1. Sanki biraz kilo verdim.
2. Bir veya daha çok kilo verdim.
3. İki buçuk veya daha çok kilo verdim.

14. Son iki hafta boyunca

0. Kilom değişmedi.
1. Sanki biraz kilo aldım.
2. Bir kilo veya daha çok kilo aldım.
3. İki buçuk kilo veya daha çok kilo aldım.

15. Konsantre olma/ karar verme

0. Her zamanki konsantre olma veya karar verme kapasitemde bir değişiklik yok.
1. Zaman zaman kendimi karasız hissediyorum veya dikkatimin dağıldığını fark ediyorum.
2. Çoğu zaman dikkatimi odaklamakta veya karar vermekte zorlanıyorum.
3. Bir şey okuyacak kadar iyi konsantre olamıyorum veya önemsiz kararlar bile veremiyorum.

16. Kendime bakışım

0. Kendimi başkalarıyla aynı ölçüde değerli ve layık görüyorum.
1. Her zamankinden daha çok kendimi suçlayıcı davranışlarda bulunuyorum.
2. Çoğunlukla başkaları için sorun yarattığıma inanıyorum.
3. Neredeyse sürekli kendimdeki küçük ve büyük eksiklikleri düşünüyorum.

17. Geleceğime bakışım

0. Geleceğime iyimser bir bakışım var.
1. Zaman zaman geleceğimle ilgili kötümser oluyorum ama genellikle her şeyin daha iyi olacağına inanıyorum.
2. Yakın geleceğimin (1-2 ay) benim için iyi şeyler getirmeyeceğine oldukça eminim.
3. Geleceğimde herhangi bir zamanda benim için iyi şeyler olacağına dair umutsuzum.

18. Ölüm veya intihar düşünceleri

0. Ölüm veya intiharı düşünmüyorum.
1. Hayatın boş olduğunu düşünüyorum veya yaşamaya değer mi diye düşünüyorum.
2. İntiharı veya ölümü haftada birkaç kez birkaç dakikalığına düşünüyorum.
3. İntiharı veya ölümü günde birkaç kez detaylı olarak düşünüyorum veya intihar etmek için bir plan yaptım veya zaten intihar girişiminde bulundum.

19. Genel ilgi

0. Başka insanlara duyduğum veya aktivitelere duyduğum ilgide bir değişme yok.
1. Başka insanlara duyduğum veya aktivitelere duyduğum ilgide bir azalma fark ediyorum.
2. Eskiden ilgi duyduğum aktivitelerin sadece bir veya ikisine hala ilgi duyuyorum.
3. Eskiden ilgi duyduğum aktivitelere neredeyse hiç ilgi duymuyorum.

20. Enerji düzeyi

0. Her zamanki enerji düzeyimde bir değişiklik yok.
1. Her zamankinden daha kolay yoruluyorum.
2. Günlük işlerime başlamak veya onları bitirmek için çok çaba harcamam gerekiyor (örneğin: alışveriş, ev ödevi, yemek yapma veya işe gitme).
3. Günlük işlerimin çoğunu gerçek anlamda yapamıyorum çünkü gereken enerjiye sahip değilim.

21. Keyif ve zevk alma kapasitesi (cinsellikle ilgili konular dışında)

0. Zevkli aktivitelerden her zamanki kadar keyif alıyorum.
1. Zevkli aktivitelerden her zamanki kadar keyif almıyorum.
2. Herhangi bir aktiviteden pek keyif almıyorum.
3. Herhangi bir şeyden zevk veya keyif almam mümkün değil.

22. Cinselliğe ilgi (Lütfen ilgi düzeyine göre cevap verin, eylemlere göre değil)

0. Cinselliğe ilgim her zamanki gibi.
1. Cinselliğe ilgim her zamankine göre daha az veya cinsellikten eskiden aldığım zevki almıyorum.
2. Cinselliğe pek ilgi duymuyorum veya nadiren cinsellikten zevk alıyorum.
3. Cinselliğe karşı hiçbir şekilde ilgim yok veya cinsellikten hiç bir zevk almıyorum.

23. Kendini yavaşlatılmış hissetmek

0. Her zamanki hızımla düşünüyorum, konuşuyorum ve hareket ediyorum.
1. Düşünme hızımın azaldığını veya sesimin duygusuz veya tekdüze çıktığını hissediyorum.
2. Çoğu soruya cevap vermem birkaç saniye alıyor ve düşünme hızım yavaş.
3. Çoğu zaman sorulara cevap vermem aşırı bir çaba sarf etmeden mümkün değil.

24. Huzursuz hissetme

0. Kendimi huzursuz hissetmiyorum.
1. Çoğu zaman kıpır kıpırım, ellerimi ovuşturuyorum veya sık sık oturma pozisyonumu değiştiriyorum.
2. Kıpırdanma/hareket etme ihtiyacı duyuyorum ve oldukça huzursuzum.
3. Bazı zamanlarda oturur vaziyette kalmam mümkün değil ve dolanma ihtiyacı duyuyorum.

25. Ağrılar ve sızılar

0. Kollarımda veya bacaklarımda ağırlık hissetmiyorum ve ağrı veya sızılarım yok.

1. Bazen başım, karnım, sırtım veya eklemelerim ağrıyor ama bu ağrılar sadece bir süreliğine oluyor ve beni yapmam gerekenlerden alıkoymuyor.

2. Bu tür ağrılarım çoğu zaman oluyor.

3. Bu tür ağrılar o kadar kötü oluyor ki yaptığım işe devam edemiyorum.

26. Başka bedensel belirtiler

0. Bu semptomların hiçbiri bende yok: kalbin hızla çarpması, net olmayan görüş, Sıcak soğuk basması, göğüs ağrısı, kulak çınlaması, titreme.

1. Bu semptomların bazıları bende var ama hafif derecede ve sadece bazen.

2. Bu semptomların bazıları bende var ve beni oldukça rahatsız ediyorlar.

3. Bu semptomların bazıları bende var ve ortaya çıktıklarında o an yaptığım her ne ise bırakmak zorunda kalıyorum.

27. Kabızlık/ ishal

0. Bağırsaklarım her zamanki gibi çalışır.

1. Aralıklarla tekrar eden hafif derecede kabızlık/ ishal durumum var.

2. Çoğu zaman kabızlık veya ishal durumları yaşarım ama bu günlük hayatımı idame ettirmemi engellemez.

3. İlaç kullanmamı gerektiren kabızlık veya ishal durumları yaşarım veya bu durum günlük hayatımı idame ettirmemi engeller.

28. Panik/ Fobi belirtileri

0. Panik nöbetlerim veya belirli korkularım (fobilerim) (örneğin hayvanlardan veya yükseklikten) yoktur.

1. Hafif panik nöbetlerim veya korkularım vardır ama bunlar beni davranışlarımı değiştirmeye zorlamaz veya hayatımı idame ettirmemi engellemez.

2. Ciddi panik nöbetlerim veya korkularım vardır ve bunlar beni davranışlarımı değiştirmeye zorlar ama hayatımı idame ettirmemi engellemez.

3. En az haftada bir kere panik nöbetlerim veya ciddi korkularım olur ve bunlar günlük aktivitelerimi engeller.

29. Kişiler arası ilişkilerde hassasiyet

0. Hiç başkaları tarafından kolayca reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissetmedim.

1. Zaman zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim.

2. Zaman zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim, ama bu duygular ilişkilerimi veya işimi sadece hafif derecede etkilemiştir.

3. Bir çok zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim ve bu duygular ilişkilerimi veya işimi olumsuz etkilemiştir.

30. Kurşun gibi ağırlaşma hissi / fiziksel enerji

0. Ağırlık duygusu yaşamıyorum veya fiziksel enerjim yokmuş gibi hissetmiyorum.

1. Zaman zaman ağırlık duygusu yaşıyorum veya fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum ama bu işimi, okulumu ve aktifliğimi olumsuz etkilemiyor.

2. Zamanın yarısında ağırlık duygusu yaşıyorum (fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum).

3. Çoğu zaman, günün birkaç saatinde, haftada birkaç gün ağırlık duygusu yaşıyorum (fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum).

EK D:

Gönüllü Katılım Formu

Bu araştırma, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi, Psikolog Sümeyra Tayfur tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı fonksiyonel somatik belirtilerle birincil sağlık hizmetlerine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalarda depresif belirtilerin incelenmesidir. Araştırma sürecinde, belirlenmiş birincil sağlık merkezlerinde, araştırma kriterlerine uygun (fonksiyonel somatik belirtileri olan) katılımcılara bazı anketler uygulanacaktır.

Bu araştırmaya katılım tamamiyle gönüllülük temeliyle olmalıdır ve katılımcılar herhangi bir nedenden ötürü rahatsızlık hissederseniz, çalışmayı yarım bırakabilirsiniz. Anketler ve katılımcılardan alınan demografik bilgiler tamamen gizli tutulacak, sadece araştırmacı tarafından bilimsel amaçla değerlendirilecektir.

Çalışma sonucu ile ilgili bilgi almak için sumeiratayfur@gmail.com adresinden uygulayıcı ile iletişim kurabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkürler.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz.)

İsim-Soyisim

İmza

Tarih

---/---/-----