

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK
HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE
BEDENSEL ENDİŞE BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

DR. ELİFNUR KARA

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK
HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE
BEDENSEL ENDİŞE BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

DR. ELİFNUR KARA

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. A. DİLEK GÜLDAL

İKİNCİ DANIŞMAN: UZM. DR. GİZEM LİMNİLİ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar.....	iii
KISALTMALAR	iv
ÖN SÖZ.....	v
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Bedensel Endişe Bozukluğu Tarihçesi	5
2.2. Bedensel Endişe Bozukluğu Tanımı.....	6
2.3. Bedensel Endişe Bozukluğu Patofizyolojisi.....	9
2.4. Bedensel Endişe Bozukluğu Etiyolojisi	9
2.5. Bedensel Endişe Bozukluğu Tanısı	10
2.6.Bedensel Endişe Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	13
2.7. Bedensel Endişe Bozukluğu Prognozu.....	15
2.8. Bedensel Endişe Bozukluğu Tedavisi	16
2.9. Bedensel Endişe Bozukluğu ve Birinci Basamaktaki Önemi.....	17
3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....	20
3.1.Örnekleme Seçimi ve Yöntem	20
3.2. Veri Toplama Araçları.....	20
3.2.1. Sosyodemografik Bilgiler ve Genel Bilgiler Anketi.....	20
3.2.2.Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi	21
3.2.3. Vizüel Analog Skalası (VAS).....	21
3.2.4. Hasta Sağlığı Anketi 4 (PHQ-4)	22
3.3. Araştırmanın Yürütülmesi	22
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	23
4. BULGULAR	24
4.1.Tanımlayıcı Analizler	24
4.2. Karşılaştırmalı Analizler.....	30
5.TARTIŞMA	38
5.1.Mevcut Literatür İle Karşılaştırma	38
5.2.Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları.....	41

6.SONUÇ	43
7. KAYNAKÇA	44
8.EKLER	55
8.1. EK-1: Anket Formları.....	55



TABLÖLAR

Tablo 1. Bedense Endişe Bozukluğu Tanı Kriterleri	11
Tablo 2. Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi (BDS Checklist).....	12
Tablo 3. Katılımcılarda Bedensel Endişe Bozukluğu Sıklığı.....	24
Tablo 4. Bedensel Endişe Bozukluğunun Alt Tiplere Göre Sıklığı	24
Tablo 5. Katılımcıların Yaşa Göre Özellikleri	25
Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 7. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı	26
Tablo 8. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Kontrol Altında Olmayanların Dağılımı	27
Tablo 9. Katılımcıların PHQ-4 Anket Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	27
Tablo 10. Bedensel Endişe Bozukluğu Olan Katılımcılarda Görülen Semptomların Sıklığı ..	28
Tablo 11. Katılımcılarda Sosyodemografik Özelliklere Göre BEB Varlığı	30
Tablo 12. Katılımcılarda Anksiyete ve Depresyon Durumlarına Göre BEB Varlığı.....	31
Tablo 13. Katılımcıların Yaş, Semptomlarının Günlük Yaşamlarına Etki Şiddeti, Semptomlarının Yarattığı Endişe Korku Huzursuzluk Şiddeti ve Anksiyete-Depresyon Toplam Skoruna Göre BEB Durumlarının Dağılımı	32
Tablo 14. Sosyodemografik Özelliklere Göre BEB Alt Tipleri.....	33
Tablo 15. Anksiyete ve Depresyon Varlığına Göre BEB Alt Tipleri	35
Tablo 16. Yaşa, Semptomların Günlük Yaşama Etki şiddetine, Semptomların Yarattığı Endişe Korku Huzursuzluk Şiddetine ve Anksiyete-Depresyon Toplam Skorlarına Göre BEB Alt Tiplerinin Dağılımı.....	36
Tablo 17. Lojistik Regresyon Analizi	37

KISALTMALAR

BEB	Bedensel Endişe Bozukluğu
BDS	Bodily Distress Syndrome
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
AHAD	Aile Hekimliği Anabilim Dalı
E-ASM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı
IBS	İrritable Bağırsak Sendromu
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
PHQ	Hasta Sağlık Anketi
GAD	Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğu Anketi
VAS	Vizüel Aalog Skalası
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	Seçici Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
TCA	Trisiklik Antidepresan

ÖN SÖZ

Birinci basamakta somatik semptomlar yaygın görülmektedir. Uzun süredir devam eden sıkıntı ve bilinmeyen bir fiziksel etiyoloji ile başvuran bu hastaların araştırılması ve yönetimi, çoğu zaman hem hasta hem de hekim açısından karşılıklı sıkıntılara yol açmıştır. ICD_10’da tanımlanan somatoform bozuklukların; semptomların fiziksel veya tıbbi nedenlere bağlı olmaması ve tanının bir özellik yokluğuna dayanarak tanımlanması veya hastalara semptomlarının “kafalarında” ya da “gerçek olmadığı”nın söylenmesi hasta-hekim arasında problem yaratmıştır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10’daki somatoform bozukluklar bölümünde değişiklikler yaparak “Bedensel Endişe Bozukluğu (Bodily Distress Syndrome)” kategorisini oluşturmuştur.

Bu araştırmada amaçlanan, ICD-11’e dahil edilen “Bedensel Endişe Bozukluğu” tanısına dikkat çekmek, Türkiye’deki yaygınlığı ile kronik hastalık varlığı ile ilişkisini araştırmaktır. Bedensel Endişe Bozukluğu, somatik semptomlar alanında olan tanısal karışıklığı azaltabilir ve tıbbi uzmanlıklara ortak bir dil ve zemin sağlayabilir. Bu bağlamda bu yeni tanı kategorisi özellikle birinci basamakta klinik iletişimi iyileştirebilir ve etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için öncü olabilir.

Araştırmanın yürütülmesindeki katkılarından dolayı, asistanlığım süresince hep desteğini hissettiğim danışman hocam Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL’a ve Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ’ye, bilgi ve desteğinden yararlandığım Prof. Dr. Mehtap KARTAL, Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Prof. Dr. Tolga GÜNVAR’a; tüm hekim ve mesai arkadaşlarıma, manevi desteklerini hiç eksik etmeyen başta sevgili eşim Dr. Kadir KARA’ya, anneme, kardeşime ve teyzelerime sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Elifnur KARA

ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE BEDENSEL ENDİŞE BOZUKLUĞU SIKLIĞI

Dr. Elifnur KARA, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. İnciraltı /İZMİR

Amaç: Bu çalışmada DEÜ AHAD E-ASM'lere başvuran bireylerde Bedensel Endişe Bozukluğu (BEB) yaygınlığı ile kronik hastalık varlığının BEB ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız; DEÜ AHAD E-ASM evreninden 45 yaş üstü 683 hastanın dahil edildiği kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Katılımcılara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik bilgiler anketi, BEB Kontrol Listesi, PHQ-4 anketi ve işlev kaybı ve endişeyle ilgili vizüel analog skalası (VAS) uygulanmıştır. Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi ile en az dört semptomda pozitifliği olan bireyler EASM'lere yönlendirilerek mevcut yakınmalarına yönelik muayene edilmeleri sağlanmıştır. Mevcut kronik hastalık varlığı ile açıklanamayan veya yeni bir tanı ile açıklanamayan semptomlar ele alındığında en az dört semptomda pozitiflik devam ediyorsa ve semptomların neden olduğu yakınmalar hastalarda endişe yaratıyorsa ve günlük yaşamı etkiliyorsa o bireyde BEB var kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, testi uygulanmıştır. BEB ve seçilmiş hasta özellikleri arasındaki ilişki lojistik regresyon modelinde enter ve backwords metodları kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda BEB sıklığı %15,2 (n:104) olarak bulunmuştur. BEB için; kadın cinsiyet (OR:2,062 $p:0.02$), anksiyete varlığı (OR:2,565, $p:0,004$), depresyon varlığı (OR:1,0921 $p:0,047$) risk faktörü olarak belirlenirken lise eğitimi (OR:0,350 $p:0,022$) koruyucu faktör olarak bulunmuştur. Kronik hastalık varlığı ise BEB ile ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç: BEB fonksiyonel somatik sendromlar alanında olan tanısız karışıklığı azaltabilir ve tıbbi uzmanlıklara ortak bir dil ve zemin sunar. Çalışmamızın verileri de BEB tanı geçerliliğine ampirik destek sağlamıştır ve BEB kavramını güçlendirmiştir. Ayrıca bulgularımız Türkiye'de BEB tanısına yönelik gelecekteki tanımlayıcı, uzunlamasına ve girişimsel çalışmaların temelini oluşturabilir. Bununla birlikte BEB'in prediktörleri, risk faktörleri, prognozu ve tedavisi hakkında bilgi edinmek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bedensel endişe bozukluğu, kronik hastalık, birinci basamak

SUMMARY

FREQUENCY OF BODILY DISTRESS SYNDROME IN INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT CHRONIC DISEASES WHO APPLY TO PRIMARY CARE

Dr. Elifnur KARA, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine. Inciraltı / IZMİR

Objective: In this study, it was aimed to investigate the prevalence of Bodily Distress Syndrome (BDS) and the relationship of chronic disease with BDS among individuals who applied to DEU AHAD E-ASMs.

Method: Our study; This is a cross-sectional descriptive study involving 683 patients over the age of 45 from the DEU AHAD E-ASM universe. Sociodemographic information questionnaire, BDS Checklist, PHQ-4 questionnaire and visual analog scale (VAS) were applied to the participants by face to face interview method. With the BDS Checklist, individuals who have positive at least four symptoms were directed to E-ASMs and examined for their current complaints. Considering the symptoms that cannot be explained by the presence of existing chronic disease or that cannot be explained by a new diagnosis, if at least four symptoms remain positive and the symptoms caused concern and related loss of function in daily routine in the patient, it is accepted to have BDS. SPSS 22.0 package program was used for statistical analysis. Chi-square test was used to evaluate the data. The relationship between BDS and selected patient characteristics was evaluated using the enter and backwards methods in the logistic regression model. In all analyzes, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The frequency of BDS was found %12,2 (n: 104) in our study. For BDS; female gender (OR: 2,062 p: 0.02), anxiety (OR: 2,565, p: 0,004) and depression (OR: 1,0921 p: 0,047) are determined as risk factors; high school education was found to be a protective factor (OR: 0,350 p: 0,022). The presence of chronic disease was not associated with BDS.

Conclusion: BDS can reduce the diagnostic confusion in the field of functional somatic syndromes and offer medical language a common language and background. The data of our study also provided empirical support for BDS diagnostic validity and strengthened the concept of BDS. Our findings also recognize BDS identifier for the future in Turkey, can form the basis of the longitudinal and interventional studies. However, longitudinal studies are needed to learn about the predictors, risk factors, prognosis and treatment of BDS.

Key words: Bodily Distress Syndrome, chronic disease, primary care

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Somatizasyon bozuklukları veya fonksiyonel bozukluklar birinci basamakta sık karşılaşılan hastalıklardandır (1). Birçok birinci basamak hastası, herhangi bir fiziksel hastalığa ya da zihinsel hastalığa bağlanılamayan semptomlardan şikayet ederler (2). Tıbbi bir teşhis konulamayan bu semptomlar için çok sayıda terim kullanılmaktadır, örn. tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar, fonksiyonel bozukluklar, fonksiyonel somatik sendromlar, somatizasyon bozuklukları, işlevsel bozukluklar ve somatoform bozukluklar gibi (3). Aile hekimleri de tıbbi olarak açıklanamayan somatik semptomların tespitinde ve yönetiminde kilit bir rol oynamaktadır (4). Ancak bu hastaların araştırılması hem hastanın hem de doktorun tarafında karşılıklı sıkıntıya neden olabildiği gibi, ekonomik olarak da maliyetlidir çünkü somatik semptomları olan hastalar genellikle çok sayıda muayene yaptıran ve doktorların açıklamalarından tatmin olmayan hastalardır (5). Bu hastalara genellikle “gerçekten hasta olmadıkları”, semptomlarının ‘‘hayali’’ olduğu ya da “zihinsel bir problem” olduğu söylenir. Hastaların çoğu tarafından damgalayıcı olduğu düşünülen bu terimler ve tanının tıbbi olarak açıklanamadığı fikri hekimlerin de bu hastalar için nasıl bir teşhis veya tedavi yaklaşımı seçecekleri konusunda karar vermelerini zorlaştırmaktadır. Somatik semptomları tanımlayabilen ve sınırlandırabilen uygun ve doğru tanı standartlarının olmaması optimal hasta yönetimini engellemektedir (6).

Bu nedenle Fink ve ark.(2014) somatik semptomlara yönelik, özellikle birinci basamakta uygulanmak üzere, kanıt temelli yeni bir tanı kategorisi olan Bedensel Endişe Bozukluğu’nu (Bodily Distress Syndrome) (BEB) önermişlerdir (7,8). Bu yeni ampirik temelli tanı, klinik bulguların eksikliğinden ziyade pozitif semptom örüntülerine dayanmaktadır. BEB hem “fiziksel” somatik sendromlar hem de “psikiyatrik” somatoform bozuklukların güncel tanı kategorilerini kapsar (7).

Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ), ICD-10'daki somatoform bozukluklar grubunun tüm kategorilerinin yerini alan ve yeni bir tanı olan Bedensel Endişe Bozukluğu’nu 11. revizyon (ICD-11) taslağına dahil etmiştir (9). Aynı eleştiriye yanıt veren DSM-5, “Somatik Semptom ve İlişkili Hastalıklar” adlı yeni bir grup oluşturmuştur. Hem önerilen Bedensel Endişe Bozukluğu hem de Somatik Semptom ve İlişkili Hastalıklar gruplarında, en temel revizyon, tıbbi olarak açıklanan ve tıbbi olarak açıklanamayan somatik şikayetler arasındaki ayrımın kaldırılması olmuştur (10).

Literatürde birçok ülkede Bedensel Endişe Bozukluğu'na yönelik araştırmalar yapıldığı gözlenmektedir. Ülkemizde bu konuda yapılan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Öte yandan yurt dışında yapılan çalışmalar kronik hastalıkları olan hastalar da dahil edilmiş ancak kronik hastalık varlığının BEB ile ilişkisi araştırılmamıştır. Bedensel Endişe Bozukluğu organik hastalıkların varlığında da ortaya çıkabildiği belirtilmiş olsa da özellikle kronik hastalıkların bu sürece nasıl etki ettiği incelenmemiştir (9,10). Kronik hastalığı olanların sürekli bir hastalıkla baş ediyor olmaları bedensel endişe bozukluğu görülme durumunu olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle prevalans çalışmalarında ya da risk gruplarını belirlemede bu durumun açıklığa kavuşturulması önem taşır. Çalışmamızda DEÜ AHAD Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı nüfusta BEB yaygınlığı ile kronik hastalık varlığının BEB ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bedensel Endişe Bozukluğu Tarihçesi

Somatizasyon bozukluğunun ilk olarak 4000 yıl kadar önce eski Mısır döneminden beri bilindiği düşünülmektedir. O zamanlar histeri (Yunanca'da hystera -uterus sözcüğünden köken almaktadır) olarak tanımlanan bu hastalığın uterusun fiziksel olarak yer değiştirmesinin sonucu olarak ortaya çıktığına inanılmaktaydı. İkinci yüzyılda Galen bu hastalar için 'melancolica hipokondriaca' kavramını önermiştir. On sekizinci yüzyıl sonlarına dek bu hastalık için 'histeri, melankoli, hipokondriyazis' gibi isimler kullanılmış ve daha çok kadınları etkilediği düşünülmüştür (11).

Paul Briquet 1859'daki bir yazısında şimdiki somatizasyon bozukluğunun temelini oluşturacak bir histeri formundan söz etmiştir. Briquet histeriyi açıklanabilir bir organik patoloji bulunmaksızın çoklu dramatik tıbbi yakınmalarla belirli bir sendrom olarak tanımlamıştır. Bu çoklu açıklanamayan yakınmalar sendromunu 1962'de Perley ve Guze toparlayarak tanımlamıştır. Guze 1970'de daha net tanımlanan bir "Briquet's Sendromu" önermiştir (11). Briquet Sendromu esas olarak fiziksel ve psikiyatrik 59 belirtiyi içeren ve teşhis için bunlardan 25 tanesinin gerekli olduğu bir araştırma tanısıdır. Stabilesi ve gözlemciler arası güvenilirliği yüksek olan bu bozukluk, ilk kez 1980 yılında DSM-III sisteminde "Somatizasyon Bozukluğu" olarak adlandırılmıştır. Takiben çeşitli revizyonlar sonucu DSM-4 de ve ICD 10 da son halini almıştır (12).

Uluslararası Hastalık Sınıflaması ICD-10'daki ve DSM-4'teki mevcut sınıflandırmada, somatiform bozukluk tanısı ampirik temelli bir tanı değildir ve organik hastalıkların dışlanmasına dayanmaktadır (13). Bu nedenle tıbbi bir teşhis konulamayan semptomları olan hastalarda, fiziksel bir hastalığı dışlamak için gereken tıbbi muayeneler konusu da uzun yıllardır devam eden bir tartışma nedeni olmuştur (14,15). 1965 yılında Slater, bu hastaların büyük bir bölümünde organik bir hastalığın göz ardı edildiğini gösteren izlem çalışmasına dayanarak, bu durumun "klinik bir hata kaynağı" sonucu oluştuğunu söylemiştir (16,17). Bu nedenle doktorlar bu hastalarda uzun yıllar boyunca fiziksel hastalıkları gözden kaçırmaktan korkmuşlardır (18,19,20). Bununla birlikte, doktorlar bu hastalara genellikle başarısız sonuçlara (14,19) ve iyatrojenik zarar riskine rağmen çeşitli tedavi prosedürleri uygulayıp cerrahi operasyonlar yapmışlardır (18,21,22). Bir dizi takip çalışması ise tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalarda, mevcut bir fiziksel hastalık atlanma riskinin nadiren % 5'e ulaştığını göstermiştir (23,24,25,26).

Günümüzde araştırmacılar tanı koyma prosedürlerinden semptom yönetimine geçmeyi önermektedir (27). Kanıtlar tıbbi bir teşhis konulamayan semptomları olan hastaların, semptom yönetimi ile etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini göstermektedir (28,29). Bu nedenle fonksiyonel bozuklukların ve sendromların çoğunu kapsayabilecek birleşik bir tanı kategorisi için yeni kriterler yakın zamanda ampirik araştırmalara dayanarak oluşturulmuştur (7). Danimarka’da uluslararası bir uzman grubu bu tanı için tarafsız ve damgalayıcı olmayan bir terim kullanmaya karar vermiştir ve “Bedensel Endişe Bozukluğu’nu” olası bir öneri olarak sunmuştur (30). Klinik değerlendirme standart teşhis programlarında, Bedensel Endişe Bozukluğu’na yönelik, nörolojik ve dahili tıp bölümlerinden geniş bir hasta örneği ile dört semptom grubu tanımlanmıştır. Bu gruplar kardiyopulmoner sistem grubu, gastrointestinal sistem grubu, kas-iskelet sistemi grubu ve genel semptom gruplarıdır (31). Dünya Sağlık Örgütü ICD-11 birinci basamak çalışma grubu, bu semptom gruplarını, küçük adaptasyonlarla birlikte “Bedensel Endişe Bozukluğu” tanımına yönelik önerisine dahil etmiştir (32). Böylece bu yeni tanımlama, ICD-10’daki somatoform bozukluklar grubu(F45.0) ve nevrasteni (F48.0) grubu kategorilerinin yerini alarak, ICD-11’e dahil edilmiştir (1).

BEB’den dışlanan tek ICD - 10 somatoform durumu hipokondriazistir (F45.2) (10). Çalışma grubu, ICD-10’da bulunan hipokondriazis kategorisinin yerine, ICD11’e Sağlık Kaygısı (Health Anxiety) (HA) kategorisinin dahil edilmesini önermiştir. BEB’de olduğu gibi, bu değişiklik ile Sağlık Kaygısı ketegorisinin, hastalara müdahale için bir çerçeve olarak hipokondriazis tanısından daha fazla yarar sağlayacağına inanılmaktadır (33).

2.2. Bedensel Endişe Bozukluğu Tanımı

Birinci basamakta fonksiyonel bozukluklar veya somatoform bozukluklar, tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomlar için en sık kullanılan terimlerdir (2). Fonksiyonel bozuklukların kavramsallaştırılması ve sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinde, özellikle birinci basamakta, oldukça tutarsız görünmektedir. Genel pratisyenler ve hastalar tarafından çoğu kişinin damgalayıcı olduğunu düşündüğü sayısız terimler ve çakışan tanı kriterleri mevcuttur (34). Mevcut tanısız ICD-10 sınıflandırmasındaki, somatoform bozukluklar; çeşitli uzmanlık dallarında da çok sayıda örtüşen tanıları içerir, örn. romatolojide fibromiyalji, psikiyatride somatizasyon bozukluğu ve gastroenterolojide irritabl barsak sendromu gibi (13,29,35,36,37). Araştırmalar, bu farklı terimlerin aynı hastalık fenomeninin alt türleri olduğunu öne sürmüştür. Bu nedenle farklı teşhis etiketleri, hasta grupları arasındaki gerçek tanısız farklılıklardan ziyade, uzmanlık alanlarındaki farklı teşhis uygulamalarını temsil ettiği görüşü

kabul edilmiştir. Bu teşhis karmaşası birinci basamak hekimlerinin hasta için hangi tanı ve hangi sevk programının uygun olacağı konusunda karar vermesini zorlaştırmaktadır (38,39).

Ek olarak, ICD-10'un psikiyatrik bölümünde sunulan somatoform bozuklukların tanı kategorileri temelde ağır ve kronik vakaları hedef almaktadır, ancak birinci basamağa başvuran hastaların şikayetleri bu kadar ağır ve kronik olmayabilir (40,41). Öte yandan, DSM-5'in sınıflandırmasındaki somatik semptom bozukluğu tanısı daha kapsayıcıdır (42), ancak özgülüğü olmadığı için eleştirilmiştir (43,44).

Tüm bu nedenlerden ötürü, fonksiyonel semptomlara yönelik yeni bir tanı kategorisi olarak “Bedensel Endişe Bozukluğu (BEB)” önerilmiştir. Bedensel Endişe Bozukluğu kavramı, dahili tıp ve nöroloji bölümlerindeki popülasyonlarda yapılan ampirik araştırmalara dayanmaktadır (1,7). Klinik bulguların eksikliğinden ziyade, pozitif semptom paternleriyle tanı konmaktadır (7,8). Bu semptomlar, Fink ve ark. tarafından gruplandırılıp dört semptom kümesi oluşturulmuştur. Bunlar; kardiyopulmoner sistem, kas-iskelet sistemi, gastrointestinal sistem ve genel semptom kümeleridir (34). Araştırmacılar bu semptom kümelerini kardiyak olmayan göğüs ağrısı, fibromiyalji ve irritabl barsak sendromundan yola çıkarak belirlemiştir. Ayrıca, kronik yorgunluk sendromuna da karşılık gelen teorileştirilmiş “genel” veya “spesifik olmayan” semptomlar (örneğin konsantrasyon zorlukları, hafıza yetersizliği, yorgunluk, baş dönmesi ve baş ağrısı) gibi dördüncü ve ek bir semptom kümesi oluşturmuşlardır (8,34). Böylece Bedensel Endişe Bozukluğu’nun son hali, dört ana grup içeren spesifik fiziksel semptom kümesi ile Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. revizyonunun (ICD-11) mevcut taslağına dahil edilmiştir (4,32).

ICD-11 tanı kılavuzunda Bedensel Endişe Bozukluğu; kişiye sıkıntı veren fiziksel semptomlar ve bu semptomlar üzerine çok düşülmesine bağlı olarak sağlık hizmetlerine çok sık başvurma şeklinde tanımlanır. Tıbbi bir durum semptomlara neden oluyorsa veya katkıda bulunuyorsa, semptomun üzerine düşme düzeyi tıbbi durumun doğası ve ilerleyişine oranla açıkça aşırıdır. Semptomların üzerine duyulan endişe uygun klinik müdahale ve yeterli güvence verilmesiyle yatıştırılmaz. Bedensel semptomlar ve buna bağlı sıkıntılar kalıcıdır. En az birkaç ay boyunca günlerin çoğunda mevcuttur. Tipik olarak, zamanla değişebilen, birden fazla fiziksel semptom içerir. Semptomlar, hastaların belirgin şekilde sıkıntı çekmesine veya sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmaya neden olacak kadar şiddetlidir. Nadir olarak, hastalığın diğer özellikleri ile ilişkili olarak ağrı veya yorgunluk gibi tek bir semptom vardır (10).

Aynı eleştirilere cevap olarak DSM - 5, “Somatik Semptom ve İlişkili Hastalıklar” adlı yeni bir grup oluşturmuştur. Bu yeni tanının teşhisi için bir veya daha fazla fiziksel semptom şikayetine ek olarak üç kriterden en az biri bulunması şart koşulmuştur. Bu üç kriter; sağlıkla ilgili yüksek kaygı, semptomların tıbbi ciddiyeti hakkında orantısız ve sürekli endişeler, semptomlara veya sağlık endişelerine ayrılan aşırı zaman ve enerjidir. Semptomların süresinin en az 6 ay sürmesi gerekmektedir. Sonuç olarak bozukluğun şiddeti fiziksel semptom sayısına göre değil, psikolojik özelliklerin ciddiyetine göre belirlenmektedir (45).

BEB'in, fonksiyonel bozukluklar konusunda, klinik bir tanı olarak ve araştırma tanısı olarak yararlı olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır (46). Ayrıca BEB'in “tıbbi” fonksiyonel somatik sendromların ve “psikiyatrik” somatoform bozuklukların güncel tanı kategorilerini içerdiği gösterilmiştir. BEB hem tıbbi hem de psikiyatrik komorbiditeye izin verir (7). Önerilen ICD - 11 ve DSM - 5 yaklaşımları arasındaki en önemli fark ise prototip bozukluğunun adıdır. DSM - 5 “somatik” kelimesini korurken, önerilen ICD kategorisi bu terimi tamamen çıkarmıştır. Bunun sebebi ise “somatik” terimi olmayan daha açıklayıcı bir tanı adının hem hastalar hem de birinci basamak klinisyenler için daha kabul edilebilir olduğu görüşüdür (10,47).

Hem önerilen “Bedensel Endişe Bozukluğu” hem de “Somatik Semptom ve İlişkili Hastalıklar” gruplarında en temel revizyon ise tıbbi olarak açıklanabilen ve açıklanamayan somatik yakınmaların arasındaki ayrımın kaldırılması olmuştur. ICD-10'da geçen somatoform bozuklukların fiziksel veya tıbbi özelliklerin yokluğu ile tanımlanması eleştirisine endişe ve aşırı düşünme/davranış gibi niteleyici özelliklerin görülmesi gerektiği belirtilerek cevap verilmiştir (10).

Bedensel Endişe Bozukluğu için yeni öneriler, ICD-11 revizyon sürecinin bir parçası olarak yapılan saha çalışmalarında sistematik olarak test edilmektedir. Bu çalışmalar arasında Global Klinik Uygulama Ağı (<http://gcp.network>) aracılığıyla çok sayıda klinisyenin katıldığı internet tabanlı yaklaşımlar ve klinik ortamlarda yapılan saha çalışmaları yer almaktadır. Saha çalışmalarından elde edilen bulguların, ICD-11'deki ağır somatik kaygıların sınıflandırılmasının faydasının ve geçerliliğinin daha da güçlendirilmesi için fırsatlar sağlayacağı ümit edilmektedir (10).

2.3. Bedensel Endişe Bozukluğu Patofizyolojisi

Araştırmalarda, fonksiyonel semptomlara sahip hastaların bedensel sinyallere karşı artan bir duyarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Vücut sürekli beyine sinyaller gönderir. Sağlıklı bireyler beyne ulaşmadan önce sinyallerin çoğunu durduran bir filtreye sahiptir, yani bu sinyalleri kaydetmezler, çünkü filtre yalnızca en önemli sinyallerin geçmesine izin verir. Araştırmalar bu filtrenin BEB'li bireylerde hatalı çalıştığını göstermektedir. Ayrıca uzun süreli strese maruz kalma ve sağlık kaygısının da BEB oluşumunda önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (48).

Uzun süreli çalışmalardan, bir fonksiyonel bozukluğu olan birçok hastanın diğer fonksiyonel bozuklukların semptomlarını da geliştirdiğine dair bazı kanıtlar vardır, yani zaman içinde farklı fonksiyonel bozukluklar arasında yüksek derecede hareketlilik olduğu görülmüştür (49,50,51,52). Patofizyolojinin ayrıntıları tam olarak bilinmese de, kanıtlar, altta yatan bir bedensel stres olgusuna işaret etmektedir. Buna dayanan bir teşhis kategorisinin, klinik teşhisi iyileştirebileceği ve gerekli açıklayıcı modeller için bir temel sağlayacağı düşünülmektedir (34).

2.4. Bedensel Endişe Bozukluğu Etiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmalar BEB'in, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimini içeren çok faktörlü bir etiyolojiyi paylaştığını göstermektedir (53,54,55). Bazı kanıtlar hem genetik hem de çevresel faktörlerin bedensel endişe ile korele olduğunu söyler (53). Başka bir deyişle, BEB genetik olarak duyarlı bireylerde uzun süreli veya şiddetli zihinsel ve / veya fiziksel strese bir tepki olarak ortaya çıkabilir (29,54,56,57). Çalışmalar, farklı etiketli fonksiyonel bozuklukları olan hastaların %30-50'sinin şikayetlerinin, eşzamanlı zihinsel bozukluklarla, özellikle de depresyon ve endişe ile birlikte ortaya çıktığını göstermiştir (7,38,58). Komorbidite konusundaki çalışmaların çoğu kesitsel çalışmalar olarak tasarlanmıştır ve bedensel stres, anksiyete ve depresyon arasında nedensel yorumlamaya izin vermez. Bununla birlikte, birkaç çalışma, bedensel endişe geliştirmeye genetik yatkınlığın, zihinsel bozuklukların gelişmesinden farklı olduğunu ortaya koymaktadır (34,53,59).

Artan miktarda kanıt, biyolojik ve nöro-psikolojik süreçlerin fiziksel semptomları başlattığını ve sürdürdüğünü göstermektedir (57). Değişmiş otonomik denge, stresli yaşam koşulları, sinir sistemi bozuklukları ve enflamatuvar süreçler olumsuz çocukluk deneyimleri fiziksel semptomları üretme ve sürdürmeye neden olduğuna inanılan mekanizmaların tümüdür

(60,61,62). Bu durumu daha da ağırlaştırıcı ve sürdürücü faktörler, bu hastaların sağlık sistemi ile zorlu etkileşimlerinden kaynaklanır; yanlış veya geç doğru tanı ve uygunsuz tedaviler, hasta ve hekim tarafında sıkıntılara yol açar (63).

2.5. Bedensel Endişe Bozukluğu Tanısı

BEB klinik tanısı; dahiliye, nöroloji ve birinci basamaktan 978 hastanın verilerinin analizine dayanmaktadır. Üç ay boyunca art arda nöroloji ($n = 120$), dahiliye ($n = 157$) ve birinci basamağa sık başvuru yapan hastalar ($n = 701$), Klinik Değerlendirme Programları (SCAN) kullanılarak tanısal görüşmelerle değerlendirilmiştir (34,64). Bu görüşmelerde 76 fiziksel semptomun varlığı araştırılmıştır. Analizlerden elde edilen sonuçlarla en sık görülen 25 semptom belirlenmiştir. Bu semptomlar dört kategori altında gruplanmıştır: kardiyopulmoner semptom grubu, gastrointestinal semptom grubu, kas- iskelet sistemi semptom grubu ve genel semptom grubu (Tablo-1). 2014 yılında BEB tanısı için Fink ve ark tarafından, bu dört semptom grubu başlığı altında 25 tane semptomu içeren “BEB Kontrol Listesi (BDS Checklist)” geliştirilmiştir (Tablo-2). BEB Kontrol Listesi’nde hastalara; “Son dört hafta içinde aşağıdaki herhangi bir semptomdan rahatsız oldunuz mu?” sorusu sorulmaktadır. BEB Kontrol Listesi’ndeki her bir semptom, 0 ve 4 arasında bir sıklıkla değerlendirilir. 0 “hiçbir zaman”, 1 “nadiren”, 2 “bazen”, 3 “sıklıkla”, 4 ise “her zaman” demektir. Faktör analizleriyle ölçeğin kesme değeri 1 (nadiren) ve 2 (bazen) olarak hesaplanmıştır. Semptomların kesme değeri 1/2 olmak üzere, son bir ay içinde semptom gruplarından birinde veya daha fazlasında kaydedilen dört semptomun varlığı Bedensel Endişe Bozukluğu kabul edilmiştir. Ek olarak bu semptomlar mevcut başka bir hastalığın varlığı ile daha iyi açıklanmamalıdır. Ayrıca semptomlar, hastaların günlük yaşamlarında işlev bozukluğu yaratmalı, hastalarda endişe veya huzursuzluk oluşturmalıdır. Ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır (1).

BEB’nun iki alt tipi bulunmaktadır. Bir veya iki semptom grubundan, en az dört pozitif semptom varlığı “Tekli-Organ BEB (Single-Organ BDS)”; en az üç semptom grubundan, en az dört pozitif semptom varlığı ise “Çoklu-Organ BEB (Multi-Organ BDS)” olarak kabul edilmektedir (34). Ek olarak, dört semptomdan daha az semptomu olanlar veya çok sayıda semptomu olup, semptomlarının şiddeti zayıf olan hastalar BEB kriterlerini yerine getirememektedir. Sonuç olarak, az sayıda semptoma sahip olanlar veya tarif edilen gruplara ait olmayan çoklu semptomlardan şikayetçi olan hastalar da kendilerine bu tanı kategorisinde yer bulamamaktadır (8).

Tablo 1. Bedensel Endişe Bozukluğu Tanı Kriterleri

1.Son bir ay boyunca süren, aşağıdaki semptom gruplarından birinde veya daha fazlasında kaydedilen en az dört tane semptom varlığı olmalıdır

Kardiyopulmoner semptomlar

Çarpıntı, göğüste rahatsızlık hissi, egzersiz yapmadan nefessiz kalma, derin ve hızlı soluk alma, sıcak yada soğuk terleme, ağız kuruluğu

Gastrointestinal semptomlar

Gevşek bağırsak hareketleri, karın ağrısı, şişkinlik/gaz, ishal, yiyecek ve içeceklerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi, mide bulantısı, göğüs veya midede yanma hissi

Kas-iskelet Sistemi semptomları

Kol veya bacakta ağrı, kas ağrıları, eklem ağrıları, güçsüzlük/zayıflık, sırt ağrısı, yer değiştiren ağrı, uyuşma ve karıncalanma hissi

Genel semptomlar

Konsantrasyon bozukluğu, aşırı yorgunluk, baş ağrısı, hafızada bozulma, baş dönmesi

2.Semptomlar, başka bir hastalığın varlığı ile daha iyi açıklanamamalıdır

3.Semptomlar, hastaların günlük yaşamlarında işlev bozukluğu yaratmalı, hastalarda endişe veya huzursuzluk oluşturmamalıdır

BEB alt kategorileri

Tekli- Organ BEB(Hafif-Orta)(mild-moderate)

Semptom gruplarının birini veya ikisini içerir

Çoklu-Organ BEB (Şiddetli)(severe)

Semptom gruplarının üçünü veya dördünü içerir

Tablo 2. Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi (BDS CHECKLIST)

	0	1	2	3	4
Son dört hafta içinde aşağıdaki belirtilerden rahatsız oldunuz mu?	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
KARDİYOPULMONER BELİRTİLER					
Çarpıntı					
Göğüste rahatsızlık hissi					
Egzersiz yapmadan nefessizlik					
Derin ve hızlı soluk alma					
Sıcak yada soğuk terleme					
Ağız kuruluğu					
GASTROİNTESTİNAL BELİRTİLER					
Gevşek barsak hareketleri					
Karın ağrısı					
Şişkinlik/gaz					
İshal					
Yiyecek ve içeceklerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi					
Mide bulantısı					
Göğüs veya midede yanma hissi					
KAS-İSKELET SİSTEMİ BELİRTİLERİ					
Kol ve bacakta ağrı					
Kas ağrıları					
Eklem ağrıları					
Güçsüzlük, zayıflık					
Sırt ağrısı					
Yer değiştiren ağrı					
Uyuşma ve karıncalanma hissi					
GENEL BELİRTİLER					
Konsantrasyon bozukluğu					
Aşırı yorgunluk					
Baş ağrısı					
Hafızada bozulma					
Baş dönmesi					

BEB tanı kategorileri geçerliliği birinci basamak popülasyonunda (n : 2480) faktör analizleri kullanılarak doğrulanmıştır (1). Ancak, bu bulguları pekiştirmek için farklı ortamlarda ve ülkelerde yürütülen daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (34). Ayrıca BEB tanısının, ICD-10'da fonksiyonel semptomlara yönelik en yaygın olarak kullanılan altı spesifik tanı kategorisini (kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji, irritabl barsak sendromu, kardiyak olmayan göğüs ağrısı, hiperventilasyon sendromu ve kronik ağrı sendromu) ve DSM-4'e göre somatizasyon bozukluğu kategorisini kapsayıp kapsamadığı test edilmiştir. Bu tanımlar ve BEB arasındaki genel tanısal uyum %95 olarak bulunmuştur (% 95 CI: 93.1–96.0, κ 0.86, $p < 0.0001$). Bu bulgular BEB'nun hem ICD-10'daki hem de DSM-4'teki farklı fonksiyonel bozukluk tanımlarının yerini alabileceğini göstermektedir (7).

2.6. Bedensel Endişe Bozukluğu Epidemiyolojisi

BEB prevalansı ve epidemiyolojisi çok az çalışmada incelenmiştir. Birinci basamakta geçmişte yapılan çalışmalar, fonksiyonel bozuklukların prevalansında büyük farklılıklar (% 12–33) göstermiştir (6,65,66). Danimark'ta A. Schröder ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada, birinci basmağa başvuran hastaların % 14,8'inin BEB kriterlerini karşıladığını tespit etmiştir (50). Brezilya'da Fortes ve ark. 2013-2015 yılları arasında 338 hastayla yaptığı çalışmada ise hastaların %38'inin (n :131) BEB kriterlerini karşıladığı görülmüştür (67). Bu çalışmadaki genel bulgular, fonksiyonel bozuklukların orta yaş, kadın cinsiyet, daha az yıllık eğitim, sosyal izolasyon, işsizlik, duygusal sıkıntı, artan ilaç kullanımı (örneğin, opioidler) ve sıkça sağlık hizmeti kullanma ile ilişkili olabileceğini gösteren önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (4,68).

2015 yılında Danimark'ta Fink ve ark. Yürüttüğü, 1356 birinci basamak hastasının dahil edildiği çalışmada, hastaların %17,0'sinin BEB kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Bu çalışmada BEB hastalarının hem zihinsel hem de fiziksel sağlık durumu düzeylerinin önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmada diğer çalışmalara benzer olarak; sınırlı sosyoekonomik kaynakları olan hastalarda, kadın hastalarda ve 41-65 yaş arası hastalar arasında BEB riski daha yüksek bulunmuştur (4). Bu sonuçlar fonksiyonel bozukluklarla ilgili önceki çalışmalardan elde edilen sonuçlarla tutarlıdır (3,8,49,69). Yine bu çalışmada BEB tanısı alan hastaların, BEB tanısı almayan hastalardan daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğiliminde olduğunu bulmuştur ve sonuçlar Barsky ve ark. tarafından 2001'de yapılan çalışmayla uyumludur (70).

2017 yılında Rask Mt. ve ark tarafından BEB'nun hem birey hem de toplum üzerine uzun dönem etkilerinin araştırıldığı 10 yıllık takibi olan çalışmada, Bedensel Endişe Bozukluğu takip süresi boyunca düşük kişisel sağlık, yüksek hastalık endişesi ve yüksek iş gücü kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmada hastalık endişesi ve somatik semptom yükünün BEB'li hastaların sağlık hizmeti kullanım durumlarını ve sıklığını etkilediği belirtilmiştir. Çoklu-Organ BEB'li hastalar genellikle takip sırasında tüm tıbbi ortamlarda ve hizmet türlerinde daha yüksek sağlık bakım maliyetlerine sebep olurken, Tekli-Organ BEB'li hastalar sadece birinci basamak konsültasyonları ve reçeteli ilaçlar ile bağlantılı olarak daha yüksek maliyetlere neden olmuştur (71). Ayrıca başka bir çalışmada BEB tanısı almış hastalarda fiziksel ve zihinsel sağlık durumundaki bozulma derecesi, genel popülasyondaki artrit, kronik akciğer hastalığı, diyabet ve kronik kalp hastalığı gibi kronik fiziksel rahatsızlıklar için daha önce bulunmuş olan seviyeden oldukça yüksek bulunmuştur (72). BEB'in iş engelliliği ile de yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir ve fonksiyonel semptomları olan hastalarda hastalık izni ve / veya sakatlık riskinde artış olduğu bulunmuştur (73).

Beş ülkede yürütülen (İspanya, Çin, Pakistan, Meksika ve Brezilya) Dünya Sağlık Örgütü (WHO) saha çalışmasında BEB ve Sağlık Anksiyetesi (Health Anxiety) (SA) tanılarının, depresyon ve anksiyete bozuklukları ile arasındaki ilişkinin nasıl olduğunu incelemiştir. 587 katılımcının %24,7'si SA olmadan BEB kriterlerini karşılamıştır. BEB ve SA'nın vakaların% 70,4'ünde (CI% 95 = 66.7 - 74.1) bir arada olduğu görülmüştür. Yalnız BEB'li ve BEB + SA hastalarının eşlik eden psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma ihtimalleri çok daha yüksek bulunmuştur: sırasıyla % 75,9 (CI% 95 = 68.9 - 82.9) ve % 81,6 (CI% 95 = 77.8 - 85.3). Toplam örneklemin% 78,9'unda BEB ile anksiyete ve depresyon arasında önemli bir ilişki olduğu, ülkeler arasında farklı dağılımlara sahip olduğu teyit edilmiştir (Çin ile eşzamanlılık oranı % 45,5 ile en düşüktü). BEB grubunda en sık görülen duygudurum bozukluğu ise anksiyete bozukluğu tanısı olmuştur (% 39,4; 57,2). Bununla birlikte, BEB'li hastaların hepsinin anksiyete ve/veya depresyon belirtisi göstermemesi, BEB'nun mutlaka anksiyete/depresyon varlığına bağlı olmadığını göstermiştir (74). Diğer çoğu çalışmada da somatik semptomlar sıklıkla, anksiyete ve depresyon gibi genel zihinsel bozukluklarla kuvvetli şekilde ilişkili bulunmuştur (67). Bu çalışmada ayrıca, Fink ve ark. tarafından önerilen semptom alt gruplarının BEB için faydalı bir temel olup olmayacağını değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarında; tüm hastalar yüksek sayıda semptomu şikayet olarak sunmuştur (ortalama 10.5 [standart sapma = 5.3]) ve Çin örneği hariç olmak üzere çoğu hasta birden fazla semptom alt grubundaki semptomlardan şikayet etmiştir. En yaygın

patern, birden fazla alt grupta üç veya daha fazla semptom olarak bulunmuştur (% 57,9) (74). Bununla birlikte, BEB'in tanısal bir kavram olarak geçerliliğini daha ileri düzeyde tahmin etmek için prevalans ve potansiyel ilişkiler üzerine ek araştırmalara ihtiyaç olduğu bilinmektedir (34).

2.7. Bedensel Endişe Bozukluğu Prognozu

BEB yeni tanıtilan bir tanı kavramı olduğundan, BEB'e sahip hastaların prognozu hakkında çok az bilgi vardır. BEB'in tipik seyri iki takip çalışmasında tanımlanmıştır (50,71). Budtz Lilly A. Ve ark. tarafından birinci basamakta 1356 hastayla yapılan BEB'in kalıcılığı ve öngörücülerini 2 yıl boyunca takip edildiği kohort çalışmasında sonuçlar; BEB tanısının kalıcı olduğunu, başlangıçta BEB'li hastaların yarısından fazlasının hala takipteki BEB kriterlerini karşıladığını göstermiştir. Başlangıçta toplamda 146 kişi [% 14,6,% 95 güven aralığı (CI): 12,5-16,9] BEB kriterlerini karşılarken takipte 142 kişi (% 14,2, CI:12.1-16.5) BEB kriterlerini karşılamıştır. Başlangıçta BEB kriterlerini karşılamayan katılımcılardan 59'unda (% 6,9, CI: 5,3–8.8) yeni BEB vakaları takipte kaydedilmiştir. Başlangıçta BEB tanısı alanların % 56,8'sin (CI: 48.4-65.0) ise takipte BEB tanısını sürdürdüğü görülmüştür. Çoklu organ BEB tanısının (% 81,8, CI: 48.2-97.7), tekli organ BEB tanısından (% 81,8, CI: 48.2-97.7) daha kalıcı olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Hem başlangıç hem de takipte BEB'li hastalarda semptom paternlerini dört semptom grubuna göre araştırılan bu çalışmada, BEB'e sahip hastaların % 28,0 (CI: 19.8-37.5) için takipte pozitif semptom gruplarının değiştiği tespit edilmiştir. Semptom alt gruplarının değişimi için karşılık gelen tahminler Kardiyo-Pulmoner Semptomlar için % 72,7 (CI: 39.0 94.0), Gastro-İntestinal Semptomlar için % 40,0 (CI: 16.3-67.7), Kas-İskelet Sistemi Semptomları için % 1,0 (CI: 5.8–26.7) ve Diğer Semptomlar için % 29,0 (CI: 14.2–48.0) olarak hesaplanmıştır. Son olarak, başlangıçtaki semptom alt grup tipinin BEB'in stabilitesini etkilemediği bulunmuştur (50).

2017 yılında Rask Mt. ve ark tarafından BEB'in hem birey hem de toplum üzerine uzun dönem etkilerinin araştırıldığı 10 yıllık takibi olan çalışmada, tek organ BEB'i olan hastaların, doktor görüşmelerinden hemen sonra hastalık endişesinde bir düşüş gözlemlendiği için, aile hekimlerine başvurduktan sonra kendilerini güvende hissettikleri söylenebilir. Çoklu-Organ BEB'li hastaların ise zaman içinde hastalık endişelerinin devam ettiği görülmüştür (71). Bu sonuçların nedeni olarak; aile hekimlerinin, daha az şiddette fonksiyonel semptomları olan hastaların durumlarını açıklama ve hastalara güven verme

görevini daha rahat ve başarılı bir şekilde yapabilmesi ancak şiddetli ve kalıcı somatik semptomlara sahip hastaların yönetimini külfetli ve zor bulması gösterilmiştir (75,76).

Her iki çalışma da birinci basamakta BEB tanısının daha iyi tanınması ve uygulanmasına ve ardından BEB'e sahip hastalarının etkili tedavisi üzerine araştırmalara ihtiyaç duyulduğuna vurgu yapılmıştır (50).

2.8. Bedensel Endişe Bozukluğu Tedavisi

Fonksiyonel semptomları olan hastaların çoğunun verilen semptomatik tedavilerden fayda gördüğü bilinmektedir. Çoğu hasta hafif fonksiyonel bozukluklarla kendini gösterir ve bu hastalarda semptomları önceden önlemeye yönelik tedaviye zamanında başlanmasının önemi vurgulanmıştır. Diğer hastalar ise hem hastalığın hem de yönetiminin karmaşık olabileceği kronik rahatsızlıklara sahiptir ve genellikle birkaç sağlık uzmanı tarafından tedavi edilirler ve bu durumda hastaların fonksiyonel semptomlarının tedavisi ele alınırken hastanın hangi uzmanlık düzeyinde en iyi şekilde tedavi edileceğini belirlemesi önem taşımaktadır (48).

Literatürde, somatoform bozukluklar ve fonksiyonel somatik sendromların bilişsel davranışçı terapi, antidepresanlar, dereceli egzersiz ve rahatlama tekniklerinin kombinasyonları ile etkili bir şekilde tedavi edilebildiğine yönelik çalışmalar mevcuttur (77). Doğru yöntem seçerken, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Kanıtlanmış tedaviler bilişsel davranışçı terapi (BDT), farkındalık temelli bilişsel terapi ve farmakoterapidir (78). Çok merkezli randomize kontrollü çalışmalarda BDT'nin fonksiyonel semptomların tedavisindeki etkinliği birçok defa gösterilmiştir (79). Fonksiyonel bozuklukların psikoterapisiyle ilgili yapılan oldukça geniş bir derlemede 2658 bireyin yer aldığı 21 adet randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir. Çalışmaların 14 tanesi BDT'yi, geri kalanlar davranış terapisi, üçüncü dalga BDT (farkındalık temelli), psikodinamik terapiler ve bütünleştirici terapiyi kapsamaktadır. Bu psikoterapi yöntemlerini standart bakım veya bekleme listesi ile karşılaştıran tüm çalışmalarda tedavinin sonunda psikoterapilerin semptomların şiddetini azalttığı gösterilmiştir (80).

Psikososyal yaklaşımlara ek olarak farmakolojik ajanlar da bedenselleştirme bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak farmakoterapinin bu hastalardaki etki mekanizması, psikoterapilere göre daha az anlaşılmıştır. Antidepresanların üç grubu bu hastalığın tedavisinde kullanılabilmektedir; trisiklik antidepresanlar (TCA), seçici serotonin

geri alım inhibitörleri (SSRI) ve seçici serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) (81). Ağır fonksiyonel semptomları olan vakalarda, antidepresanların (SNRI, TCA), eşlik eden depresyon olmasa bile etkili olduğu söylenmektedir (48). Amitriptilin ağrı, sabah ağırlığı, yorgunluk ve fonksiyonel semptomlara faydaları gösterilen, üzerine en çok araştırma yapılmış trisiklik antidepresandır. SSRI’lardan fluoksetin de yine benzer etkiler üzerine birçok çalışma yapılmış olan antidepresan grubu ilaçtır (77). Doğal tedavilerden sarı kantaron otunun (St. John’s Wort) da fonksiyonel bozukluklarda etkili ve güvenilir olduğu, randomize çift kör plasebo kontrollü çalışmada gösterilmiştir (82). Ancak, hiçbir ilaç kayıtlı bir endikasyon olarak fonksiyonel bozukluklarda yer alamamıştır (83). BEB hastalarının proton pompa inhibitörleri ve opioidlerle farmakolojik tedavi alma olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir (4).

Fonksiyonel semptomların tedavisinin ne kadar sürmesi gerektiği konusunda literatürde bir bilgi mevcut değildir. Hasta spesifik beklentilerle gelirse, örneğin bir hasta notu, ilaç veya özel bir muayene isterse; hekimin rolünün bilincinde olması ve mesleki bilgisine göre hareket etmesi önerilir (48). Ayrıca aşırı veya gereksiz tedavinin, hastaya iyatrojenik zarar verme riski taşıdığı bilinmektedir (4).

Bedensel Endişe Bozukluğu tanımlı hastalarda odak noktası semptom ve davranışlar olmalıdır (34). Literatürde komorbid fiziksel hastalığı olan hastalarda fonksiyonel semptom ele alınırken sağlık kaygısı da dahil olmak üzere hastanın fonksiyonel semptomuyla ilgilenebilmek için, probleme yönelik geniş bir biyo-psiko-sosyal yaklaşım uygulanmasının gerektiği belirtilmiştir. Hasta ile hastalık anlayışı ve hastalık davranışı hakkında açık bir diyalog içinde olunması özellikle önemi vurgulanmaktadır (48). BEB tanımlı hasta tedavisinde, hastanın semptomlarla başa çıkabilmesi ve semptomlara nasıl tepki gösterdiği hastalık seyri için oldukça önemlidir (34).

2.9. Bedensel Endişe Bozukluğu ve Birinci Basamaktaki Önemi

Doktorlar genellikle gözden kaçan fonksiyonel bir bozukluğu, gözden kaçan fiziksel bir hastalıktan daha az ciddi olarak düşünmektedir (84). Bununla birlikte, “açıklanamayan” fiziksel semptomlar, uygun şekilde yönetilmedikleri takdirde kronik olma eğiliminde olduğu bilinmektedir (21,22). Ayrıca fonksiyonel somatik semptomlar ve bozukluklar genellikle hastalar için bir yük olarak görülmektedir, toplum için tedavisi pahalı ve zor hastalıklardır (85).

Danimarka'da yapılan bir çalışmada, birinci basamak hekimleri yeni sağlık şikayetleriyle başvuran hastaları değerlendirmiş ve düşündükleri tanıları gerçek fiziksel bir hastalık veya fonksiyonel bir bozukluk olarak sınıflandırmıştır. Birinci basamak hekimlerinin tanısal derecelendirmelerinde fonksiyonel bozukluk sıklığı % 3 ila % 33 arasında değişmiştir ve bu varyasyon hasta popülasyonlarındaki farklılıklar ile açıklanamamıştır (86).

Farklı yazarlar, tıbbi uzmanlıklar ve araştırmacılar arasında fonksiyonel bozuklukları sınıflandırma ile ilgili birçok alt kültür tarafından kullanılan terminolojinin tutarsızlığı ve çokluğu, fonksiyonel semptomları olan hastaların yönetimini zorlaştırmaktadır (2). Bununla birlikte, genel psikiyatride fonksiyonel bozukluklar büyük ölçüde göz ardı edilmektedir (87). Bir hasta, durum tanımlarındaki büyük çakışma nedeniyle aynı anda birkaç tanı için kriterleri karşılırsa, genel pratisyenin hangi teşhis etiketini kullanması gerektiği sorun yaratmaktadır (6). Aile hekiminin hastalık algısı ile hastanın hastalık deneyimi arasındaki bu anlaşmazlık, BEB'e sahip bazı hastaların tanı konulamadığını ve uygun tedavi önerilmediğini gösterebilir (4).

Klinik ve bilimsel olarak tıpta uzmanlık alanlarındaki fonksiyonel semptom ve bozuklukları anlamak için ortak bir dile ve teorik bir çerçeveye acil bir ihtiyaç vardır. Yararlı bir tanı kategorisi klinik iletişimi iyileştirebilir ve etkili tedavi yöntemlerinin genelleştirilmesi için öncü olabilir. Bu bağlamda, terminoloji sınıflandırma ile yakından ilişkilidir; çünkü adlar etimolojileri, dernekleri ve çağrışımları ile bilgi ve anlam taşımaktadır (49). Uluslararası bir uzmanlar grubu, bu tanı için etioloji ve patoloji açısından nötr olması gereken damgalayıcı olmayan bir terimin kullanılmasını yönelik “Bedensel Endişe Bozukluğu” kategorisi önerilmiştir (30). Bu terim, hasta şikayetlerini tanımlayıcı ve “tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar” dan daha yapıcı olan bir etiket anlamına gelmektedir (32).

Önerilen alternatif tanı önerileriyle karşılaştırıldığında BEB kavramı birkaç avantaja sahiptir (88,89). İlk olarak, Çoklu-Organ BEB ve Tekli-Organ BEB olmak üzere iki tipi mevcuttur. Bu, çeşitli fonksiyonel somatik sendromlar arasındaki yoğun şekilde tartışılan komorbidite problemini çözebilir (49). Örneğin irritable bağırsak sendromu (İBS) hastaları için, Çoklu-Organ tipi, komorbid fonksiyonel somatik sendromları olanları temsil edebilirken, Tek-Organ tipi “saf İBS'li” olanları temsil edebilir (36,90). İkincisi, bedensel endişe bozukluğu tanısı, tıbbi bir nedene bağlanamayan fiziksel semptomları bulunan olguları anlamak için ortak bir dil ve zemin sağlar ve bu da uzmanlıklar arasında iletişim kurmayı ve işbirliği yapmayı kolaylaştırır (7).

BEB'in tanı geçerliliği ve BEB'in klinikte uygulanması konusundaki incelemeler, Dünya Sağlık Örgütü'nün himayesinde dünya çapında yapılan saha çalışmalarıyla devam etmektedir (32). Bununla birlikte, BEB'in açık bir sınıflandırma algoritmasına sahip olmasını uygulanabilirliği lehine olduğu vurgulanmıştır (1). Ayrıca BEB'in hem doktorlar hem de hastalar için fonksiyonel semptomlara yönelik tatmin edici ve açıklayıcı bir model olduğu belirtilmiştir (32,49). BEB'in nedenlerini ve risk faktörlerini değerlendirmek ve BEB'e sahip hastaların uzun dönem prognozu hakkında bilgi edinmek için ise uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu bilinmektedir (4).



3.YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1.Örneklem Seçimi ve Yöntem

Araştırmaya 2018 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 45 yaş üstü bireylerden çalışmaya katılmayı kabul edenler alınmıştır. BEB daha erken yaşlarda da görülmekle birlikte kronik hastalıkların dahil edilebilmesi için 45 yaş alt sınır olarak seçilmiştir.

Araştırma örneklemini BEB prevalansı %10-15 arası olduğu dikkate alındığında, %5 hata, %95 güven düzeyi, %80 güç ile %5lik bir farkı gösterebilmek için 683 kişi olarak hesaplanmıştır (<https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-two-proportions/>).

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1.45 yaşının üstünde olmak
2. Katılımcının çalışmaya katılım konusunda gönüllü olması.

Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri:

1. Bipolar bozukluk, psikotik bozukluk, delüzyonel bozukluk varlığı
- 2.Gebelik varlığı

İzinler

Araştırmaya katılan hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Aynı zamanda araştırma için DEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve DEÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan onay alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgiler Ve Genel Bilgiler Anketi

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve sosyodemografik bilgiler ve sağlık özelliklerini araştıran ankette hastalara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, herhangi bir işte aktif çalışma durumu, tanı konmuş diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, KOAH, epilepsi, disk hernisi, artroz veya migren hastalıkları bulunup bulunmadığı kaydedilmiştir. Katılımcıların başka kronik bir hastalığı var ise sorgulanmış ve diğer kronik

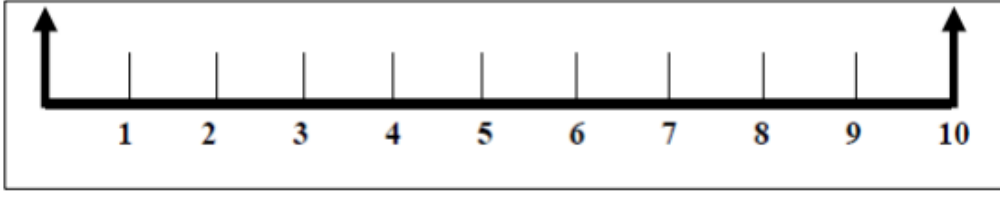
hastalıklar grubuna kayıt edilmiştir. Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, KOAH, epilepsi, disk hernisi, artroz ve migren birinci basamakta sık görülen kronik hastalıklar olmaları nedeni ile seçilmiştir (91).

3.2.2. Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi

Bedensel Endişe Bozukluğu (BEB) ile ilgili özellikle birinci basamakta uygulanmak üzere 25 maddelik bir “Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi (BDS Checklist)” geliştirilmiştir. Daha sonra tanı kriterleri belirlenmiştir (Fink ve ark, 2014). 25 maddelik bu ölçek kardiyopulmoner, gastrointestinal, kas-iskelet sistemi ve genel semptomları içeren dört ana semptom grubundan oluşan spesifik fiziksel semptom modelleriyle tanımlanmıştır. Son bir ay içinde semptom modellerinin birinde veya daha fazlasında kaydedilen dört semptomun varlığı Bedensel Endişe Bozukluğu olarak kabul edilmiştir. Bir veya iki semptom grubundan, en az dört pozitif semptom varlığı “Tekli Organ Bedensel Endişe Bozukluğu (Single-Organ Bodily Distress Syndrome)” olarak kabul edilmiştir. En az üç semptom grubundan, en az dört pozitif semptom varlığı “Çoklu Organ Bedensel Endişe Bozukluğu (Multi-Organ Bodily Distress Syndrome)” olarak kabul edilmiştir. Ayrıca semptom paterni başka bir hastalık tarafından daha iyi açıklanamamalıdır ve bu semptomlar kişinin yaşamında işlev kaybı oluşturup kişide endişe-huzursuzluk yaratmalıdır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 bulunmuştur (1).

3.2.3. Vizüel Analog Skalası (VAS)

Bedensel Endişe Bozukluğuna işaret edebilecek semptomların bireylerde ne şiddette endişe-huzursuzluk yarattığı ve bireylerin günlük yaşamlarında oluşturduğu işlev kaybı ilgili Vizüel Analog Skalası (VAS) uygulanmıştır. VAS sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm’lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Araştırmamızda bireylere yakınmalarının günlük yaşamlarına etkisi ve günlük yaşamlarında oluşturduğu işlev kaybı için sıfır (0) hiç etkilemiyor, on (10) çok şiddetli etkiliyor olarak o anki durumlarını bu çizgi üzerinde işaretlemeleri istenmiştir (92).



VAS Skalası

3.2.4. Hasta Sağlığı Anketi-4 (PHQ-4)

Bireylerin olası anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendirmek amacıyla PHQ-4 anketi kullanılmıştır. Hasta sağlığı anketi-4 (PHQ-4) Kroenke, Spitzer, Williams ve Löwe tarafından geliştirilmiştir(2009) (93). İki maddeli Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-2) ve iki maddelik Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğu anketinin (GAD-2) birleşimiyle oluşan dört maddelik bir ankettir. Depresyon ve anksiyete semptomlarını kısaca ölçmeyi amaçlamaktadır. PHQ-4 anketinde bireylere “Son 2 haftada, aşağıdaki problemlerden ne sıklıkla rahatsız oldunuz?” sorusu sorulur. Yanıtlama seçenekleri “hiçbir zaman”, “birkaç gün”, “günlerin yarısından fazlası”, “neredeyse her gün” şeklindedir ve sırasıyla 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanır. Bu nedenle, toplam PHQ-2 ve GAD-2 toplam puanları 0 ile 6 arasında değişmektedir ve kompozit PHQ-4 toplam puanı 0 ile 12 arasında değişmektedir. PHQ-2 ve GAD-2 için ≥ 3 ölçek puanları, normal aralık ile olası depresyon veya anksiyete vakaları arasında kesme noktaları olarak önerilmiştir.⁹³ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Demirci H. Ve Ekşi İ. tarafından yapılmıştır (2018). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.82 olarak hesaplanmıştır (94).

3.3. Araştırmanın Yürütülmesi

Hastalara sosyodemografik özellikleri ve genel bilgileri içeren anket yanı sıra 25 maddelik “Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi (BDS Checklist)”, bedensel endişe bozukluğuna işaret edebilecek semptomların bireylerde ne şiddette endişe-huzursuzluk yarattığı ve bireylerin günlük yaşamlarında oluşturduğu işlev kaybı ilgili vizüel analog skalası, bireylerin anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendirmek amacıyla Hasta Sağlık Anketi-4 (PHQ-4) uygulanmıştır. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Bedensel Endişe Bozukluğu Kontrol Listesi ile en az dört semptomda pozitifliği olan bireyler EASM'lere yönlendirilerek mevcut yakınmalarına yönelik muayene edilmeleri sağlanmıştır. Bu muayenelerde hastaların yakınmalarının mevcut olan kronik hastalıklarıyla

açıklanıp açıklanamayacağı ve bu yakınmaları açıklayacak başka yeni bir tanı alıp almadıkları değerlendirilmiştir. Mevcut kronik hastalıkların varlığı ile açıklanamayan veya yeni bir tanı ile açıklanamayan semptomlar ele alındığında en az dört semptomda pozitiflik devam ediyorsa ve semptomların neden olduğu yakınmalar hastalarda endişe ve huzursuzluk yaratıyorsa o bireyde BEB var kabul edilmiştir. Daha sonra BEB tanısı alan bireylerin pozitif semptomlarının hangi semptom gruplarında olduğu değerlendirilmiştir. Bir veya iki semptom grubundan, en az dört pozitif semptom varlığı “Tekli Organ Bedensel Endişe Bozukluğu (Single-Organ Bodily Distress Syndrome)” olarak kabul edilmiştir. En az üç semptom grubundan, en az dört pozitif semptom varlığı ise “Çoklu Organ Bedensel Endişe Bozukluğu (Multi-Organ Bodily Distress Syndrome)” olarak kabul edilmiştir.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmamızın bağımlı değişkeni hastaların bedensel endişe bozukluğu tanısı alması durumudur. Bağımsız değişkenler ise bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen sosyodemografik özellikler, PHQ-4 ölçek sonuçları ve Vizüel Analog Skala (VAS) sonuçlarıdır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, hipotez testlerinde kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi yapılmıştır. BEB ve seçilmiş hasta özellikleri arasındaki ilişki lojistik regresyon modelinde ENTER ve BACKWORDS methodları kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılması için toplam 752 hastaya ulaşılmıştır. Bunlardan 55'i zamanları olmadığı için veya kendilerini iyi hissetmediklerini belirterek çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 697 hastanın 14'ü tedavi başlanmış veya önerilen takip muayenelerine gelmediği için verileri eksik olduğu için çalışmadan çıkarılmıştır. Böylece analizlere 683 hasta katılmıştır. Araştırma sırasında yapılan muayeneler sonrası katılımcıların 19'u başvuru şikayetleri ile ilgili yeni bir tanı almıştır. Yeni tanı alan katılımcılardan beşi D vitamini eksikliği, yedi kişi B12 vitamini eksikliği, üç kişi demir eksikliği anemisi, bir kişi miyop, bir kişi tip 2 diyabetes mellitus, bir kişi osteoartrit, bir kişi hipotiroidi tanısı almış ve kendi aile hekimleri tarafından tedavilerine başlanmıştır. Mevcut kronik hastalıkların varlığı ile açıklanamayan veya yeni bir tanı ile açıklanamayan semptomlar ele alındığında 104 (%15,2) kişi BEB kriterlerini karşılamıştır (Tablo 3). Bedensel endişe bozukluğuna sahip 104 bireyin %47,1'ine (n=49) Tekli-Organ BEB, %52,9'una(n=55) Çoklu-Organ BEB tanısı konulmuştur (Tablo 4).

Tablo 3. Katılımcılarda Bedensel Endişe Bozukluğu Sıklığı

	Sayı(n)	%
Bedensel endişe bozukluğu Var	104	15,2
Yok	579	84,8
Toplam	683	100,0

Tablo 4. Bedensel Endişe Bozukluğunun Alt Tiplere Göre Sıklığı

	Sayı(n)	%
Bedensel Endişe Bozukluğu Alt Tipi Tekli -Organ BEB	49	47,1
Çoklu -Organ BEB	55	52,9
Toplam	104	100,0

4.1.Tanımlayıcı Analizler

Katılımcıların ortalama yaşı 56,40±8,761 (Tablo 5) ve %51,7'si (n=353) kadın, %48,3'ü (n=330) erkekti. Medeni duruma göre %80,8'i (n=552) evli, %19,2'si (n=131) bekar/boşanmış/duldu. Eğitim seviyesine göre katılımcıların % 10,2'si (n=70) okuryazar değildi; %45,5'i (n=311) ilkokul, %13,8'i (n=94) ortaokul, %16,3'ü (n=11) lise, %14,2'si

(n=97) üniversite veya yüksek lisans mezunuydu. Katılımcıların %23,4'ü (n=160) herhangi bir işte aktif olarak çalışmakta olup %76,6'sı (n=523) herhangi bir işte çalışmıyordu. Katılımcıların aylık gelirleri sorgulandığında %43,3'ünün (n=300) geliri girdinden az, %39,4'ünün (n=269) geliri giderine eşit, %16,7'sinin (n=114) geliri giderinden fazlaydı. Katılımcıların %73,1'inin (n=499) bilinen bir kronik hastalığı varken %26,9'unun (n=184) bilinen bir kronik hastalığı yoktu. Tablo 6'da katılımcıların sosyodemografik özellikleri ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların Yaşa Göre Özellikleri

	Sayı(n)	Ort	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	683	56,40	8,761	45	86

Tablo 6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı(n)	%
Cinsiyet	Kadın	353	51,7
	Erkek	330	48,3
Medeni Durum	Evli	552	80,8
	Bekar/Boşanmış/Dul	131	19,2
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	70	10,2
	İlkokul	311	45,5
	Ortaokul	94	13,8
	Lise	111	16,3
	Üniversite/Yükseklisans	97	14,2
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	300	43,9
	Gelir Gidere Eşit	269	39,4
	Gelir Giderden Fazla	114	16,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	160	23,4
	Çalışmıyor	523	76,6
Kronik Hastalık Varlığı	Var	499	73,1
	Yok	184	26,9
Toplam		683	100

Kronik hastalığa sahip katılımcıların , %26,5'inde (n=181) tip 2 diyabetes mellitus, %35,1'inde (n=240) hipertansiyon, % 15,4'ünde (n=105) koroner arter hastalığı, %8.3'ünde (n=57) KOAH veya astım, %0,4'ünde (n=3) epilepsi, %17,1'inde (n=117) lomber veya servikal disk hernisi, %9,7'inde (n=66) artroz, %5,7'sinde (n=39) migren mevcuttu. Katılımcıların %26,4'ünde (n=180) ise ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozus, liken sklerozis, chron, böbrek yetmezliği, tiroit hastalıkları vb. diğer kronik hastalıklar vardı. Tablo 7'de katılımcıların mevcut kronik hastalıklarının dağılımı ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı

	Sayı(n)	%
Kronik Hastalık	499	73,1
Hipertansiyon	240	35,1
Diyabet	181	26,5
Disk Hernisi	117	17,1
Koroner Arter hastalığı	105	15,4
Artroz	66	9,7
Koah/Astım	57	8,3
Migren	39	5,7
Epilepsi	3	0,4
Diğer	180	26,4

Kronik hastalığı olan bireylerde mevcut kronik hastalıklarının kontrol durumu sorgulandığında diyabeti olanların %23,2'si (n=116) sık sık kan şekerlerinin yükseldiğini; hipertansiyonu olanların %16,2'si (n=81) sık sık tansiyonlarının yükseldiğini ve çoğu zaman düşüremediklerini; koroner arter hastalığı olanların %7,2'si (n=36) sık sık göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi semptomlar yaşadığını; KOAH veya astımı olanların %5,2'si (n=26) sık sık nefes darlığı atakları yaşadığını belirtti. Epilepsisi olan bireylerin tümü ilaçlarını düzenli kullandıklarını ve yakın zamanda hiç nöbet geçirmediklerini belirttiler. Disk hernisi olan bireylerin %12,4'ü (n=62) sık sık bel veya boyun ağrıları olduğunu, migreni olan bireylerin %3,6'sı (n=18) sık sık migren atağı geçirdiğini, artrozu olan bireylerin %7,2'si (n=36)

eklemlerinde sık sık ağrı, şişlik veya hassasiyet yaşadığını söylediler. Başka kronik hastalıklara sahip olanların %13,6'sı (n=68) mevcut hastalıklarına yönelik sık sık şikayetleri olduğunu belirtti. Tablo 8'de Kronik hastalığı olan bireylerde mevcut kronik hastalıklarının kontrol durumu ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Kontrol Altında Olmayanların Dağılımı

	Sayı(n)	%
Sık sık kan şekeri yükselir (DM) (n=181)	66	13,2
Sık sık tansiyonum yükselir (HT) (n=240)	81	16,2
Sık sık göğüs ağrım, çarpıntım olur (KAH) (n=105)	36	7,2
Sık Sık nefes darlığım olur (KOAHAstım) (n=57)	26	5,2
Sık sık nöbet geçiririm (Epilepsi) (n=3)	0	0
Sık Sık ağrım olur(Disk Hernisi) (n=117)	62	12,4
Sık sık baş ağrım olur (Migren) (n=39)	18	3,6
Sık sık eklemlerimde ağrı, şişlik,hassasiyet olur (Artroz) (n=66)	36	7,2
Sık sık şikayetim olur (Diğer kronik hastalıklar) (n=180)	68	13,6
	499	100,0

Katılımcılara ayrıca PHQ-4 anketi uygulanmıştır. Buna göre 59(%8,6) kişide anksiyete, 61(%8,9) kişide depresyon varlığı saptanmıştır. Tablo 9'da PHQ-4 anket sonuçlarının değerlendirilmesi ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların PHQ-4 Anket Sonuçlarının Değerlendirilmesi

	Sayı(n)	%	
Anksiyete Varlığı	Var	59	8,6
	Yok	624	91,4
Depresyon Varlığı	Var	61	8,9
	Yok	622	91,1
Toplam	683	100,0	

Bedensel Endişe Bozukluğu olan bireylerde görülen kardiyovasküler sisteme ait semptomların sıklığı incelendiğinde; %39,4'ünde (n=41) çarpıntı, %46,2'sinde (n=48) göğüste rahatsızlık hissi, %26,9'unda (n=28) egzersiz yapmadan nefessizlik, %24,0'ünde (n=25) derin veya hızlı soluk alma, %21,2'sinde (n=22) sıcak veya soğuk terleme, %20,2'sinde (n=21) ağız kuruluğu olduğu görülmüştür.

Bedensel Endişe Bozukluğu olan bireylerde görülen gastrointestinal sisteme ait semptomlar incelendiğinde; %24'ünde (n=25) gevşek bağırsak hareketleri, %31,7'sinde (n=33) karın ağrısı, %48,1'inde (n=50) şişkinlik veya gaz, %10,6'sında (n=11) ishal, %10,6'sında (n=11) yiyecek ve içeceklerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi, %12,5'inde (n=13) mide bulantısı, %15,4'ünde (n=16) göğüs ve midede yanma hissi olduğu görülmüştür.

Bedensel Endişe Bozukluğu olan bireylerde görülen kas-iskelet sistemine ait semptomlar incelendiğinde; %26,0'sında (n=27) kol ve bacakta ağrılar, %26,9'unda (n=28) kas ağrıları, %25'inde (n=26) eklem ağrıları, %6,7'sinde (n=7) güçsüzlük-zayıflık, %48,1'inde (n=50) sırt ağrısı, %5,8'inde (n=6) yer değiştiren ağrılar ve %14,4'ünde (n=15) uyuşma ve karıncalanma hissi varlığı saptanmıştır.

Bedensel Endişe Bozukluğu olan bireylerde görülen diğer semptomlar incelendiğinde; %11,5'inde (n=12) konsantrasyon bozukluğu, %13,5'inde (n=14) aşırı yorgunluk, %33,7'sinde (n=35) baş ağrısı, %5,8'inde (n=6) hafızada bozulma, %21,2 sinde (n=22) baş dönmesi olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 10. Bedensel Endişe Bozukluğu Olan Katılımcılarda Görülen Semptomların Sıklığı

Semptom	Sayı(n)	%
Çarpıntı	41	39,4
Göğüste rahatsızlık hissi	48	46,2
Egzersiz yapmadan nefessizlik	28	26,9
Derin veya hızlı soluk alma	25	24,0
Sıcak veya soğuk terleme	22	21,2
Ağız kuruluğu	21	20,2
Gevşek barsak hareketleri	25	24,0
Karın ağrısı	33	31,7
Şişkinlik/Gaz	50	48,1
İshal	11	10,6
Yiyecek/içeceklerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi	11	10,6
Mide bulantısı	13	12,5
Göğüs ve midede yanma hissi	16	15,4
Kol ve bacakta ağrı	27	26
Kas ağrıları	28	26,9
Eklem ağrıları	26	25
Güçsüzlük, zayıflık	7	6,7
Sırt ağrısı	50	48,1
Yer değiştiren ağrı	6	5,8
Uyuşma ve karıncalanma hissi	15	14,4
Konsantrasyon bozukluğu	12	11,5
Aşırı yorgunluk	14	13,5
Baş ağrısı	35	33,7
Hafızada bozulma	6	5,8
Baş dönmesi	22	21,2

4.2. Karşılaştırmalı Analizler

Bireylerin Sosyodemografik özelliklerine göre BEB varlığı incelendiğinde, kadınlarda %20,4(n=72), erkeklerde %9,7(n=32) sıklığında görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde de BEB varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur(p=0,003). BEB, okuryazar olmayan bireylerin %24,3'ünde (n=17); ilkokul mezunu bireylerin %18,6'sında (n=58); ortaokul mezunlarının %12,8'inde (n=12); lise mezunlarının %8,1'inde (n=9) ve üniversite/ yüksek lisans mezunu olanların %8,2'sinde (n=8) görülmüştür. BEB, kronik hastalığa sahip olan bireylerin %17,2(n=86)'sinde varken kronik hastalığı olmayanların ise %9,8(n=18)'inde saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,016). Bireylerin medeni durumları, aylık gelirleri ve çalışma durumlarına göre BEB varlığı incelendiğinde ise anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (sırasıyla p=0,776, p=0,811, p=0,110). Tablo 11'de katılımcılarda sosyodemografik özelliklerine göre BEB varlığı ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcılarda Sosyodemografik Özelliklere Göre BEB Varlığı

		BEB		p değeri
		Var	Yok	
		Yüzde(%)	Yüzde(%)	
Cinsiyet	Kadın	20,4	79,6	0,000
	Erkek	9,7	90,3	
Medeni Durum	Evli	15,0	85,0	0,776
	Bekar/Boşanmış/Dul	16,0	14,0	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	24,3	75,7	0,003
	İlkokul	18,6	81,4	
	Ortaokul	12,8	87,2	
	Lise	8,1	91,9	
	Üniversite/Yükseklisans	8,2	91,8	
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	16,0	84,0	0,811
	Gelir Gidere Eşit	14,1	85,9	
	Gelir Giderden Fazla	15,8	84,2	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11,3	88,8	0,110
	Çalışmıyor	16,4	83,6	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	17,2	82,8	0,016
	Yok	9,8	90,2	

Bireylerin anksiyete ve depresyon durumlarına göre BEB varlığı incelendiğinde; anksiyetesi olan bireylerde BEB varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (n=20) (%19,2) (p=0,000). Depresyonu olan bireylerde de BEB varlığı istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur (n=19) (%18,3) (p=0,001). Tablo 12 ‘de katılımcılarda anksiyete ve depresyon durumlarına göre BEB varlığı ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcılarda Anksiyete ve Depresyon Durumlarına Göre BEB Varlığı

		BEB				p değeri
		Var		Yok		
		Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	
Anksiyete	Var	20	19,2	39	6,7	0,000
	Yok	84	80,8	540	93,3	
Depresyon	Var	19	18,3	42	7,3	0,001
	Yok	85	81,7	537	92,7	
Toplam		104	100	579	100	

Bireylerin yaş, semptomlarının günlük yaşamlarına etki şiddeti, semptomlarının yarattığı endişe korku huzursuzluk şiddeti ve anksiyete-depresyon toplam skorlarına göre BEB durumlarının dağılımı incelemek amaçlı bağımsız örneklemelerde t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarında BEB tanısı alan bireylerin yaş ortalaması 55,6±9,440 (min=45 max=86) iken, BEB tanısı almayan bireylerin yaş ortalaması 56,56±8,633 (min=45 max=83) olarak hesaplanmıştır. Bireylerin yaşlarının BEB varlığı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t=-1,114, p=0,255).

BEB tanısı alan bireylerde mevcut olan semptomların günlük yaşama etki şiddetini ölçen VAS skoru ortalaması 5,97±2,375 (min=2 max=10) iken BEB tanısı almayanların skor ortalaması 5,87±2,316 (min=0 max=10) olup; BEB ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. (t=0,442 p=0,659).

Bireylerin mevcut olan semptomların yarattığı endişe-korku şiddetini ölçen VAS ortalama puanları da BEB varlığı ile ilişkili çıkmamıştır (t=1,687 p=0,930). BEB tanısı alan bireylerde mevcut olan semptomların yarattığı endişe-korku şiddetini ölçen VAS skoru

ortalaması $5,73 \pm 2,555$ (min=2 max=10) iken BEB tanısı almayan bireylerde $5,13 \pm 2,846$ (min=0 max=10) bulunmuştur.

BEB tanısı alan bireylerin PHQ-4 ölçeği ile aldıkları anksiyete toplam puan ortalamaları, BEB tanısı almayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. ($t=5,960$, $p=0,000$). Buna göre; BEB tanısı alan bireylerin anksiyete puanları $\bar{x}:1,44 \pm 8,633$ (min=0 max=4) iken BEB tanısı almayan bireylerin puanları $\bar{x}:0,77 \pm 8,633$ (min=0 max=4) olarak hesaplanmıştır. BEB tanısı alan bireylerin PHQ-4 ölçeği ile aldıkları depresyon toplam puan ortalamaları da, BEB tanısı almayan bireylere göre anlamlı yüksektir. ($t=3,924$, $p=0,000$). Buna göre; BEB tanısı alan bireylerin depresyon puanları $\bar{x}:1,25 \pm 8,633$ (min=0 max=6) iken BEB tanısı almayan bireylerin depresyon puanları $\bar{x}:0,70 \pm 8,633$ (min=0 max=5) olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların yaş, semptomlarının günlük yaşamlarına etki şiddeti, semptomlarının yarattığı endişe korku huzursuzluk şiddeti ve anksiyete-depresyon toplam skoruna göre BEB durumlarının dağılımı

	BEB	Sayı(n)	Ort	Standart Sapma	t	df	p
Yaş	BEB Var	104	55,50	9,440	-1,140	681	0,255
	BEB Yok	579	56,56	8,633			
Günlük Yaşam (VAS)	BEB Var	104	5,97	2,375	0,442	365	0,659
	BEB Yok	263	5,85	2,316			
Endişe Korku (VAS)	BEB Var	104	5,73	2,555	1,687	234	0,930
	BEB Yok	132	5,13	2,846			
Anksiyete Puanı	BEB Var	104	1,44	1,078	5,960	132,973	0,000
	BEB Yok	579	0,77	0,945			
Depresyon Puanı	BEB Var	104	1,25	1,364	3,924	126,186	0,000
	BEB Yok	579	0,70	1,057			

Bedensel Endişe Bozukluğu'na sahip bireyleri sosyodemografik özelliklerine göre BEB alt tipleri incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, çalışma durumu ve kronik hastalık varlığı için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=1,000$, $p=0,464$, $p=0,919$, $p=0,693$, $p=0,801$, $p=1,000$). Tekli-Organ BEB sıklığı kadınlarda %47,2 ($n=34$), erkeklerde %46,9 ($n=15$); Çoklu-Organ BEB sıklığı ise kadınlarda %52,8 ($n=38$), erkeklerde %53,1 ($n=17$) olarak hesaplanmıştır ($p=1,000$). Medeni duruma göre BEB alt tipleri incelendiğinde evli olanların %49,4'ünde ($n=41$) , bekar/boşanmış/dul bireylerin ise %38,1'inde ($n=8$) Tekli-Organ BEB varken; evli olanların %50,6'sında ($n=42$), bekar/boşanmış/dul bireylerin ise %61,9'uda ($n=13$) Çoklu-Organ BEB tanısı vardır ($p=0,464$).

Eğitim düzeyine göre BEB alt tipi incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,919$). Tekli-Organ BEB sıklığı okuryazar olmayan bireylerde %52,9 ($n=9$), ilkokul mezunu bireylerde %46 ($n=27$), ortaokul mezunlarında %41,7 ($n=5$), lise mezunlarında %55,6 ($n=5$), üniversite/yükseklisans mezunlarında %37,5 ($n=3$) olarak hesaplanmıştır. Çoklu-Organ BEB sıklığı okuryazar olmayan bireylerde %47,1 ($n=8$) ilkokul mezunu bireylerde %53,4 ($n=31$), ortaokul mezunlarında %58,3 ($n=7$) lise mezunlarında %44,4 ($n=4$) üniversite/yükseklisans mezunlarında %62,5 oranında bulunmuştur ($n=5$).

Aylık gelire göre BEB alt tipi incelendiğinde geliri giderinden az olan bireylerin %43,8'inde ($n=21$), geliri giderine eşit olan bireylerin %47,7'sinde ($n=18$) ve geliri giderinden az olan bireylerin %55,6'sında ($n=10$) Tekli-Organ BEB görülürken; geliri giderinden az olan bireylerin %56,3'ünde ($n=27$), geliri giderine eşit olan bireylerin %52,6'sında ($n=20$) ve geliri giderinden az olan bireylerin %44,4'ünde ($n=8$) Çoklu-Organ BEB görülmüştür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,693$).

Çalışma durumuna göre BEB alt tipi incelendiğinde çalışan bireylerin %50'sinde ($n=9$) Tekli-Organ BEB görülürken %50'sinde ($n=9$) Çoklu-Organ BEB görülmüştür. Çalışmayan bireylerde ise tekli organ BEB sıklığı %46,5 ($n=40$) iken çoklu organ BEB sıklığı %53,5 olarak hesaplanmıştır ($n=46$). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,801$).

Kronik hastalığa sahip olanlarda tekli organ BEB sıklığı %47,7 ($n=41$) iken çoklu organ BEB sıklığı ise %52,3 bulunmuştur ($n=45$) ($p=1,000$). Tablo 14'te BEB sosyodemografik özelliklerine göre BEB alt tipleri ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 14. Sosyodemografik özelliklere göre BEB alt tipleri

		BEB		p değeri
		Tekli-organ	Çoklu-organ	
		%	%	
Cinsiyet	Kadın	47,2	52,8	1,000
	Erkek	46,9	53,1	
Medeni Durum	Evli	49,4	50,6	0,464
	Bekar/Boşanmış/Dul	38,1	61,9	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	52,9	47,1	0,919
	İlkokul	46,6	53,4	
	Ortaokul	41,7	58,3	
	Lise	55,6	44,4	
	Üniversite/Yükseklisans	37,5	62,5	
Aylık Gelir	Gelir Giderden Az	43,8	56,3	0,693
	Gelir Gidere Eşit	47,4	52,6	
	Gelir Giderden Fazla	55,6	44,4	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	50,0	50,0	0,801
	Çalışmıyor	46,5	53,5	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	47,7	52,3	1,000
	Yok	44,4	55,6	
Toplam		47,1	52,9	

Bedensel Endişe Bozukluğu'na sahip bireylerin anksiyete durumuna göre BEB alt tipleri incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1.000$). Anksiyetesi olan bireylerin %45'inde ($n=9$) Tekli-Organ BEB; %55'inde ($n=11$) Çoklu-Organ BEB olduğu görülmüştür. Depresyon durumuna göre BEB alt tipleri incelendiğinde de anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,447$). Depresyonu olan bireylerin %36,8'inde ($n=7$) Tekli-Organ BEB; %63,2'inde ($n=63,2$) Çoklu-Organ BEB saptanmıştır. Tablo 15'te katılımcılarda anksiyete ve depresyon durumlarına göre BEB alt tipleri ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 15. Anksiyete ve Depresyon varlığına göre BEB alt tipleri

		BEB				p değeri
		Single-organ		Multi-organ		
		Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	
Anksiyete	Var	9	45,0	11	55,0	1,000
	Yok	40	47,6	44	52,4	
Depresyon	Var	7	36,8	12	63,2	0,447
	Yok	42	49,4	43	50,6	
Toplam		49		55		

Bireylerin yaş, semptomlarının günlük yaşamlarına etki şiddeti, semptomlarının yarattığı endişe korku huzursuzluk şiddeti ve anksiyete-depresyon toplam skorlarına göre BEB alt tiplerinin varlığını incelemek amaçlı bağımsız örneklemelerde t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarında Tekli-Organ BEB tanısı alan bireylerde yaş ortalaması $56,35 \pm 10,242$ (min=45 max=86) iken, Çoklu-Organ BEB tanısı alan bireylerin yaş ortalaması $54,75 \pm 8,688$ (min=45 max=77) olarak hesaplanmıştır. Bireylerin yaşlarının BEB alt tipleri ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t=0,863$, $p=0,390$).

Bireylerde mevcut olan semptomların günlük yaşama etki şiddetini ölçen VAS ortalama puanlarının BEB alt tipleri ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($t=1,279$ $p=0,204$). Tekli-Organ BEB tanısı alanların VAS skoru ortalaması $6,29 \pm 2,483$ (min=2 max=10) iken Çoklu-Organ BEB tanısı alanların VAS skoru ortalaması $5,69 \pm 2,260$ (min=2 max=10) bulunmuştur.

Bireylerde mevcut olan semptomların yarattığı endişe-korku şiddetini ölçen VAS ortalama puanları da BEB alt tipleri ile ilişkili çıkmamıştır ($t=0,321$ $p=0,749$). Tekli-Organ BEB tanısı alanların VAS skoru ortalaması $5,82 \pm 2,789$ (min=1 max=10) iken Çoklu-Organ BEB tanısı alanların VAS skoru ortalaması $5,65 \pm 2,351$ (min=2 max=10) olarak hesaplanmıştır.

Bireylerin anksiyete toplam puanları BEB alt tipleri ile ilişkili çıkmamıştır ($t=0,241$, $p=0,810$). Buna göre; Tekli-Organ BEB tanısı alan bireylerin ortalama anksiyete puanları $1,47 \pm 1,023$ (min=0 max=4) iken Çoklu-Organ BEB tanısı alan bireylerin anksiyete puanları ortalaması $1,42 \pm 1,134$ (min=0 max=4) olarak hesaplanmıştır. Depresyon toplam puanları da BEB alt tipleri ile ilişkili bulunmamıştır ($t=-1,485$, $p=0,141$). Buna göre; Buna göre; Tekli-

Organ BEB tanısı alan bireylerin ortalama depresyon puanları $1,04 \pm 1,154$ (min=0 max=4) iken Çoklu -Organ BEB tanısı alan bireylerin depresyon puanları ortalaması $1,44 \pm 1,512$ (min=0 max=6) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 16’da yaşa, semptomların günlük yaşama etki şiddetine, semptomların yarattığı endişe korku huzursuzluk şiddetine ve anksiyete-depresyon toplam skorlarına göre BEB alt tiplerinin dağılımı ayrıntılı sunulmuştur.

Tablo 16. Yaşa, semptomların günlük yaşama etki şiddetine, semptomların yarattığı endişe korku huzursuzluk şiddetine ve anksiyete-depresyon toplam skorlarına göre BEB alt tiplerinin dağılımı

	BEB	Sayı (n)	Ort	Standart Sapma	t	df	p
Yaş	Tekli-Organ	49	56,35	10,242	0,863	102	0,390
	Çoklu-Organ	55	54,75	8,688			
Günlük Yaşam(VAS)	Tekli-Organ	49	6,29	2,483	1,279	102	0,204
	Çoklu-Organ	55	5,69	2,260			
Endişe Korku (VAS)	Tekli-Organ	49	5,82	2,789	0,321	102	0,749
	Çoklu-Organ	55	5,65	2,351			
Anksiyete Puanı	Tekli-Organ	49	1,47	1,023	0,241	102	0,810
	Çoklu-Organ	55	1,42	1,134			
Depresyon Puanı	Tekli-Organ	49	1,04	1,154	-1,485	102	0,141
	Çoklu-Organ	55	1,44	1,512			

BEB tanısı alan bireylerde bu tanıya hangi parametrelerin en fazla katkı sağladığını bulmak için yapılan lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet (OR:2,062 p:0.02), anksiyete varlığı (OR:2,565, p:0,004), depresyon varlığı (OR:1,0921 p:0,047) risk faktörü olarak belirlenirken lise eğitimi (OR:0,350 p:0,022) koruyucu faktör olarak bulunmuştur. Tablo 17’de lojistik regresyon analizi ile saptanan BEB için bağımsız risk faktörleri görülmektedir.

Tablo 17. Lojistik Regresyon Analizi

		Odds Oranı	%95 Güven	p
Cinsiyet	Erkek (ref)	0		
	Kadın	2,062	1,293-3,286	0,002
Eğitim Durumu	Okuryazar değil (Ref)	0		
	İlkokul	0,935	0,492-1,776	0,837
	Ortaokul	0,536	0,231-1,244	0,147
	Lise	0,350	0,143-0,859	0,022
	Üniversite/ Yüksek lisans	0,447	0,175-1,144	0,093
Anksiyete Varlığı	Anksiyete yok	0		
	Anksiyete var	2,565	1,363-4,828	0,004
Depresyon Varlığı	Depresyon yok	0		
	Depresyon var	1,0921	1,008-3,663	0,047

5.TARTIŞMA

5.1.Mevcut Literatür İle Karşılaştırma

Bu çalışmada eğitim aile sağlığı merkezlerimizdeki kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde BEB sıklığı ve ilişkili faktörler araştırılmak istenmiştir. Çalışmamız Türkiye’de BEB sıklığının ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı ilk çalışmadır. Çalışmamızda BEB sıklığı %15,2 olarak bulunmuştur ve bu sonuç yurtdışında yapılan prevalans çalışmalarıyla uyumludur (4,67).

Fonksiyonel bozukluklar ile ilgili yapılan, toplum tabanlı çalışmalar ve birinci basamak çalışmalarının derlendiği bir yazıda; fonksiyonel bozuklukların kadın cinsiyet, düşük eğitim yılı, düşük sosyoekonomik durum, evlenmemiş olma ve azınlık olma ile ilişki bulunurken; yaş ile ilgili verilerin çelişkili olduğu anlaşılmıştır (69). Ülkemizde fonksiyonel bozukluklar için tanımlanmış risk faktörleri; hasta bir aile bireyi ile geçirilen çocukluk döneminin olması, ebeveynlerde antisosyal kişilik özelliklerinin varlığı, kırsal bölgelerde ve geniş ailede yaşıyor olma, düşük eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ve göçmenlik olarak sayılabilir (95). Çalışmamızda BEB kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük bireylerde sık görülmüştür. Bu bulgular, BEB’in kadın cinsiyet ve düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceğini gösteren önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (7,58,96). Yapılan regresyon analizi sonucunda da BEB’in, kadın cinsiyet ile anlamlı ilişki devam etmiştir (OR:2,062 p:0,002). Lise eğitimi ise koruyucu faktör olarak bulunmuştur (OR:0,350, p:0,022).

Türkiye’de daha önce yapılan çalışmalarda fonksiyonel semptomların düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde daha çok görüldüğü yönünde literatür bilgileri mevcuttur (97). Yurtdışında yapılan prevalans çalışmalarında da BEB, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde daha sık görülmüştür (7,58,96). Bizim çalışmamızda ise katılımcılarda BEB varlığı ve katılımcıların gelir düzeyleri ile anlamlı fark bulunamamıştır. Buna neden olarak çalışmamıza katılanların büyük çoğunluğunun ekonomik gelirinin orta ve düşük düzeyde olması; ayrıca yurtdışında BEB’e yönelik yapılan çalışmaların çoğunun Danimarka ve Almanya gibi sosyoekonomik düzeyi Türkiye’den yüksek ülkelerde yapılması gösterilebilir.

Araştırmamızda, herhangi bir işte çalışan ve çalışmayan bireylerde BEB varlığı incelendiğinde anlamlı bir fark görülememiştir. 2015 yılında Danimarka’da Fink ve ark. Yürüttüğü çalışmada işsiz ve malulen emekli bireylerde BEB riski daha yüksek bulunmuştur (OR 5.3, 95% CI = 2.8-9.9) (4). Literatürdeki geçmiş çalışmalarda da fonksiyonel

bozuklukların işsiz bireylerde sık görüldüğü belirtilmiştir (7,8,37,69). Bizim çalışmamız bu sonuçlarla tutarlı değildir. Bu durumun nedeni; çalışmamıza dahil olan bireylerin çoğunun iş bulamamak veya malulen emeklilik nedeniyle çalışmıyor olmaları değil; çalışmaya 45 yaş üstü bireyleri dahil etmemiz sonucu, yaşları gereği emeklilik vakitleri geldiği için çalışmamaları olabilir.

Medeni durum ile ilgili yurtdışındaki BEB'e yönelik yapılan çalışmalarda medeni durumdaki farklılıkların BEB varlığı için bir risk faktörü oluşturmadığı görülmüştür (4). Bizim çalışmamızda gruplar arasında evli olma oranı en yüksek bulunmasına rağmen BEB varlığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,776$). Sonuçlarımız mevcut literatür ile uyumludur.

Literatürde Bedensel endişe bozukluğunun 41-65 yaş arası hastalar arasında sık görülmektedir (8,37,69). Bizim çalışmamıza 45 yaş üstü bireyler dahil edildiği için BEB prevalansı genç hastalar ile karşılaştırılamamıştır. Bu durum BEB prevalansını yüksek bulmamıza neden olmuş olabilir. Ayrıca izim çalışmamıza sadece 45 yaş üstü bireylerin dahil etmemiz, BEB tanısı alan bireylerin yaş ortalaması ($55,6\pm9,440$) ile BEB tanısı almayan bireylerin yaş ortalaması ($56,56\pm8,633$) arasında anlamlı fark görülmemesine neden olmuş olabilir($p=0,255$).

BEB tanısında semptomlar hastaların günlük yaşamlarında işlev bozukluğu yaratmalıdır ve hastalarda endişe, korku, huzursuzluk yaratmalıdır (4,34). 2017 yılında Rask Mt. ve ark tarafından BEB'nun hem birey hem de toplum üzerine uzun dönem etkilerinin araştırıldığı 10 yıllık takibi olan çalışmada, BEB'nun yüksek hastalık endişesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (71). Bizim çalışmamızda hastaların mevcut semptomlarının günlük yaşamlarında yarattığı işlev bozukluğunun derecesi ile endişe, korku, huzursuzluk derecesi VAS ile değerlendirilmiştir. Ancak BEB olan ve olmayan bireylerin VAS skor ortalamaları arasında her iki kategoride anlamlı fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,659$ $p=0,930$). BEB olan hastaların çoğunun uzun süredir bu semptomlara sahip bireyler olmaları ve net bir tanı ya da tedavi alamadıkları için bu semptomlarla günlük yaşamlarını sürdürmeye adapte olmak zorunda kalmaları bu duruma neden olmuş olabilir. Ayrıca BEB olmayan hastalar o an aktif şikayetleri varken değerlendirildiği için, semptomların yarattığı etki şiddetine ve endişe şiddetine yüksek VAS skorlarıyla cevap vermiş olabilirler.

Çalışmamız BEB'in kronik hastalık varlığı ile ilişkisini inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Basit analizlerde BEB ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki

bulunmuştur (p:0,016). Ancak regresyon analizi sonucunda bu anlamlı ilişki ortadan kalkmıştır. Çalışmadaki kronik hastalığa sahip bireylerin oranının %73 olması ve çoğunun kadın olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Fonksiyonel semptomların zihinsel bozukluklar ile ilişkileri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir yönüdür (98). Bir sendrom olarak BEB tanısı, bu hastaların anlaşılması için DSM-5'in önerisinde tanımlanan Somatik Semptom Bozukluğu'ndan daha iyidir; çünkü birinci basamak ortamlarındaki hastaların şikayetleri, ikinci veya üçüncü basmağa başvuranlar kadar şiddetli veya kronik değildir (67). Literatürdeki mevcut çalışmalarda fonksiyonel semptomlar ile depresyon ve anksiyete dahil yaygın zihinsel bozukluklar arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (99,100). Beş ülkede yürütülen (İspanya, Çin, Pakistan, Meksika ve Brezilya) Dünya Sağlık Örgütü (WHO) saha çalışmasında BEB tanısının, psikiyatrik bozukluklar ile arasındaki ilişkinin nasıl olduğunu incelemiştir; 587 katılımcının %24,7' BEB kriterlerini karşılamıştır. BEB olan hastaların eşlik eden psikiyatrik herhangi bir bozukluğa sahip olma ihtimalleri % 81,6 (% CI% 95 = 77.8 - 85.3)olarak bulunmuştur (Çin ile eşzamanlılık oranı % 45,5 CI% 95 = 34.5 - 57.4 ile en düşüktü). BEB grubuna en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk ise anksiyete bozukluğu tanısı olmuştur(% 55,9; CI% 95 = 51.4 - 60.5) (74). Diğer çoğu çalışmada da fonksiyonel semptomlar sıklıkla, anksiyete ve depresyon gibi genel zihinsel bozukluklarla kuvvetli şekilde ilişkili bulunmuştur (101,102). Bizim çalışmamızda bu oran daha az olmakla beraber anksiyete ve depresyonun BEB ile yüksek komorbiditesi çalışmamızla tekrar doğrulanmıştır. Çalışmamızda BEB hastalarının; %19,2'sinde anksiyete, %18,3'ünde depresyon tanısının eşlik ettiği bulunmuştur(sırasıyla p:0,000 ve p:0,001). Tanıda kullanılan ölçeklerin farklı olması ve seçilen hasta popülasyonundaki farklılıkların bu oranın literatürden daha az olmasını açıklayabileceği düşünülebilir. Regresyon modelinde BEB'in anksiyete ve depresyon ile ilişkisi incelendiğinde de bu anlamlılığın sürdüğü gözlenmiştir (anksiyete varlığı OR:2,565, p:0,004; depresyon varlığı OR:1,0921 p:0,047).

Çalışmamızda BEB'e sahip hastaların büyük bir çoğunluğu anksiyete veya depresyonla ilişkilendirilecek herhangi bir semptom sunmamıştır. Bu durum, DSÖ Çalışma Grubu'nun BEB'in ICD-11'e yeni bir kategori olarak dahil edilmesine ilişkin önerisini desteklemektedir(103).¹⁰³ Bununla birlikte, çalışmanın kesitsel doğası; BEB, anksiyete ve depresyon arasında nedensel bir yorum yapılmasının mümkün olmadığı anlamına gelmektedir. BEB'in anksiyete ve depresyon ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu fark etmek

de önemlidir. Farklı semptom alt grupları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak için ileri çalışmalar yapılmalıdır.

5.2.Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamız birinci basamak popülasyonunda BEB kavramını ilk test eden ve klinik olarak “BEB Kontrol Listesi”ni uygulayan ilk çalışmadır. Bu çalışmanın önemli bir gücü, 45 yaş üstü hem erkekleri hem de kadınları içeren genel yetişkin popülasyonundan alınan büyük rastgele örneklemdir. Ayrıca, toplanan tüm veriler geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış anketlere dayanmaktadır ve katılımcıların takip edilebileceği ve ömür boyu güncellenen ulusal kayıtlarla bağlantılıdır. Çalışmamızın örnekleminin büyük ve homojen olması, tüm hastalar için eksiksiz verilerle değerlendirme yapılması, hastaların açık bir şekilde tanımlanmış tanı ölçütleri ile teşhis edilmeleri çalışmamızın güçlü yanlarıdır. Birinci basamak hekimlerinin tıbbi değerlendirmelerine ek olarak ile hasta tıbbi kayıt verilerinin bulunduğu platformların (Probel, Norooggle, E-nabız) kullanımı, çalışmanın yürütülmesine önemli katkı sağlamıştır. Her hasta pozitif semptomlarına yönelik ileri tetkik ve tanı için kendi aile hekimleri tarafından muayene edilip değerlendirilmiştir. Tüm klinik muayenelerinin ve tanı araştırmalarının tek bir hekim tarafından yapılmaması ve ulusal tıbbi kayıt verilerinin bulunduğu platformların kullanımı, tanı sınıflandırması konusunda sistematik yanlışlık riskini azaltabilir.

Hastalar, “BEB Kontrol Listesine” göre kategorize edilmiştir. Bu çalışma ülkemizde BEB Kontrol Listesi’nin vaka bulma kapasitesinin birinci basamakta test edildiği ilk çalışmadır. Bu çalışmanın temel bir gücü, BEB Kontrol Listesi’nin vaka bulma kapasitesini birinci basamak hastalarından oluşan örnekleme test etmemizdir. Fonksiyonel semptomlar ve bozukluklar üzerine daha önce yapılmış birçok çalışma uzun süreli ve hatta ömür boyu süren semptomlara dayanmaktadır. BEB kontrol listesi ise son bir ay içinde görülen semptomlara odaklanmaktadır. Bu durum, geçmişte fonksiyonel semptomlara yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sorun olarak gösterilen “hatırlama yanlışlığı” riskini azaltabilir (104).

BEB hastalara psikolojik belirtiler sorulmadan değerlendirilir. Bu durum, birinci basamak hekimlerinin ve diğer psikiyatrist olmayanların genellikle zihinsel semptomları değerlendirmek konusunda isteksiz olabilmeleri ve bir tanıya karakteristik semptomlar aramaya daha yatkın olmaları nedeniyle birinci basamakta bir avantaj olabilir.

BEB sınıflandırmasının özgülüğünü artırmak için, kronik fiziksel hastalıkları olan hastaları çalışmadan hariç tutulmamıştır, çünkü BEB tanısı tıbbi komorbiditeye izin vermektedir. Muayenelerde hastaların semptomlarının mevcut olan kronik hastalıklarıyla açıklanıp açıklanamayacağı ve bu yakınmaları açıklayacak başka yeni bir tanı alıp almadıkları değerlendirilmiştir. Semptomlar kronik bir hastalık nedeni ile ortaya çıkıyorsa o semptom BEB tanısından dışlanmıştır. Daha önce yapılan birçok çalışmaya kronik hastalığa sahip bireyler dahil edilmemiştir (4,50). Bizim çalışmamızda, kronik hastalığa sahip bireylerin de çalışmaya dahil edilmesi çalışmamızın güçlü bir yanındır, tanının topluma genelleştirilebilme gücünü arttırmıştır. Semptomların başka bir hastalıkla ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceği de dahil olmak üzere klinik olarak değerlendirildiği için, sonuçlarımız daha geçerlidir.

Bununla birlikte, bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Çalışmamıza genç hastalar dahil edilmemiştir. Birinci basmağa başvuran genç hasta profilinde kronik hastalık komorbiditesinin daha az olacağı düşünülebilir. Bu nedenle çalışmamıza 45 yaşından büyük bireylerin dahil edilmesi, BEB varlığı ve kronik hastalıklar arasında yüksek ilişki bulmamıza etki etmiş olabilir.

BEB tanısı konulurken, pozitif semptomlara yönelik gözden kaçan fiziksel tıbbi tanılar olabileceği düşünülebilir; ancak bu durum hastalarda aynı anda görülen çok sayıda semptomun hepsini açıklayamaz. Ayrıca birinci basamakta ciddi bir hastalığı atlamamanın pek olası olmadığı bilinmektedir (105). Bir dizi takip çalışması ise tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastalarda, mevcut bir fiziksel hastalık atlanma riskinin nadiren %5'e ulaştığını göstermiştir (24,25).

Son olarak sonuçlarımız birinci basamakta görülen hastalara dayandığından, bulgularımız genel popülasyon veya hastane ortamındaki hastalar için geçerli olmayabilir. Birinci basamakta BEB tanısının geçerliliğini, özgülüğünü ve duyarlılığını araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. En önemlisi çalışma kesitsel olarak tasarlanmıştır, dolayısıyla nedensel bir yönün belirlenmesi mümkün değildir.

6.SONUÇ

Çalışmamızda BEB sıklığı %15,2 olarak bulunmuştur ve yurtdışında yapılan prevalans çalışmalarıyla uyumludur. Çalışmamızın sonucunda kadın cinsiyet, eğitim seviyesinin düşük olması, anksiyete ve depresyon risk faktörü olarak saptanmıştır ve literatürü destekler niteliktedir. Kronik hastalık varlığı ise BEB ile ilişkili bulunmamıştır (4,67).

BEB fonksiyonel somatik sendromlar alanında geçerli olan tanısal karışıklığı azaltma ve üst üste binen çok sayıda teşhis etiketini değiştirme potansiyeline sahiptir. Fonksiyonel somatik semptomların anlaşılması için tıbbi uzmanlıklara ortak bir dil ve zemin sunar ve hastalara kanıta dayalı bakımın yapılmasını kolaylaştırabilir (1,8). Çalışmamızın verileri BEB tanı geçerliliğine ampirik destek sağlamıştır ve BEB kavramını güçlendirmiştir. Bu çalışma BEB Kontrol Listesi'nin tanı için uygulanabilir bir yaklaşım olabileceğini de desteklemektedir.

Önemli bir bulgu, çoğu hastanın birden fazla semptom alt grubunda kriterleri yerine getirmek için yeterli semptomlar sunması ve çok sayıda semptom varlığının aslında tek bir patolojinin farklı yönlerini gösterebileceği fikrini desteklemesiydi. Çalışmamız, Türkiye'de BEB tanısına yönelik gelecekteki tanımlayıcı, uzunlamasına ve girişimsel çalışmaların temelini oluşturabilir. Bununla birlikte, BEB'in tanınması konusunda eğitim gerekebilir (56,106). Dahası, çok organlı BEB için diğer tıp uzmanlıkları ile gerçekleştirilen konsültasyonlarla işbirliği içinde çalışılabilir (56). Bununla birlikte, BEB'in prediktörleri, risk faktörleri, prognozu ve tedavisi hakkında bilgi edinmek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKÇA

1. Budtz-Lilly A, Fink P, Ørnbøl E, et al. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: The “BDS checklist.” *J Psychosom Res.* 2015. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.006
2. P. F, M. R. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry.* 2008.
3. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJA, Dowrick C, et al. Medically unexplained symptoms in family medicine: Defining a research agenda. Proceedings from WONCA 2007. *Fam Pract.* 2008. doi:10.1093/fampra/cmn041
4. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: A cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2015. doi:10.3399/bjgp15X686545
5. T. T, P. F, E. O, K. C, L. F, F. O. Mental disorders in primary care: Prevalence and comorbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med.* 2005.
6. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2005. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01682.x
7. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res.* 2010. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.02.004
8. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: An exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med.* 2007. doi:10.1097/PSY.0b013e31802e46eb
9. Goldberg D. A revised mental health classification for use in general medical settings: the ICD11–PHC. *Int Psychiatry.* 2011. doi:10.1192/s1749367600006111
10. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry.* 2016. doi:10.1002/wps.20353

11. Kon Yavuz F, Ataoğlu A, Özçetin A, Ölmez SB, Kuduban AK, Başar Kocagöz Z. A comparison of personality characteristics in patients with somatoform disorder and fibromyalgia. *Duzce Med J*. 2017.
12. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ. A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry*. 1986. doi:10.1176/ajp.143.7.873
13. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research.*; 1993.
14. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. In: *Social Science and Medicine*. ; 2005. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.014
15. Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ*. 2008. doi:10.1136/bmj.39554.592014.BE
16. Slater E. Diagnosis of "Hysteria." *Br Med J*. 1965. doi:10.1136/bmj.1.5447.1395
17. Slater ETO, Glithero E. A follow-up of patients diagnosed as suffering from "hysteria." *J Psychosom Res*. 1965. doi:10.1016/0022-3999(65)90004-8
18. Quill TE. Somatization Disorder: One of Medicine's Blind Spots. *JAMA J Am Med Assoc*. 1985. doi:10.1001/jama.1985.03360210091038
19. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The extended reattribution and management model - An advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*. 2002. doi:10.1176/appi.psy.43.2.93
20. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: How often and why are they missed? *QJM - Mon J Assoc Physicians*. 2000. doi:10.1093/qjmed/93.1.21
21. Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res*. 1992. doi:10.1016/0022-3999(92)90004-L

22. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*. 1998. doi:10.1016/S0304-3959(98)00074-8
23. Wilson A, Hickie I, Lloyd A, et al. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ*. 1994. doi:10.1136/bmj.308.6931.756
24. Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter MM. A Two-Year Follow-Up Study of Patients With Somatoform Disorders. *Psychosomatics*. 1995. doi:10.1016/S0033-3182(95)71647-4
25. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, David Marsden C, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *Br Med J*. 1998. doi:10.1136/bmj.316.7131.582
26. Carson AJ, Best S, Postma K, Stone J, Warlow C, Sharpe M. The outcome of neurology outpatients with medically unexplained symptoms: A prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003. doi:10.1136/jnnp.74.7.897
27. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Dtsch Arzteblatt Online*. 2012. doi:10.3238/arztebl.2012.0803
28. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.001
29. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007. doi:10.1016/S0140-6736(07)60159-7
30. Creed F, Guthrie E, Fink P, et al. Is there a better term than “Medically unexplained symptoms”? *J Psychosom Res*. 2010. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.09.004
31. Wing JK, Babor T, Brugha T, et al. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990. doi:10.1136/bmj.c7160
32. Lam TP, Goldberg DP, Dowell AC, et al. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: An international focus group

- study. *Fam Pract*. 2013. doi:10.1093/fampra/cms037
33. Rosmalen JGM, Tak LM, De Jonge P. Empirical foundations for the diagnosis of somatization: Implications for DSM-5. *Psychol Med*. 2011. doi:10.1017/S0033291710001625
 34. Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract*. 2015. doi:10.1186/s12875-015-0393-8
 35. Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med*. 2000. doi:10.1001/archinte.160.2.221
 36. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*. 2002. doi:10.1053/gast.2002.32392
 37. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.847
 38. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*. 1999. doi:10.1016/S0140-6736(98)08320-2
 39. Witthöft M, Hiller W, Loch N, Jasper F. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *Int J Behav Med*. 2013. doi:10.1007/s12529-012-9237-2
 40. R. S, G. L, C. K, et al. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *J Psychosom Res*. 2010.
 41. Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: A comparison of four case definitions. *Fam Pract*. 2010. doi:10.1093/fampra/cm051
 42. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053

43. Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ*. 2013. doi:10.1136/bmj.f1580
44. Wolfe F, Walitt BT, Katz RS, Häuser W. Symptoms, the nature of fibromyalgia, and diagnostic and statistical manual 5 (DSM-5) defined mental illness in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *PLoS One*. 2014. doi:10.1371/journal.pone.0088740
45. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *Can J Psychiatry*. 2015. doi:10.1177/070674371506000402
46. Schröder A, Rehfeld E, Ørnbøl E, Sharpe M, Licht RW, Fink P. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: Randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2012. doi:10.1192/bjp.bp.111.098681
47. Rief W, Martin A. How to Use the New DSM-5 Somatic Symptom Disorder Diagnosis in Research and Practice: A Critical Evaluation and a Proposal for Modifications. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745
48. Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L et al. Klinisk vejledning for almen praksis. Funktionelle lidelser, Clinical guidelines for general practice. Presented at the: 2013. <https://www.eapm.eu.com/wp-content/uploads/2018/06/clinical-guideline-functional-disorders-dsam-2013.pdf>.
49. Wampold BEB, Brown GS (Jeb) JGKGS, Pieterse AL, et al. Internal Marketing Practices in the Australian Financial Sector: an exploratory study. *Int J Lang Commun Disord*. 1999. doi:10.1086/250095
50. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: A cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.08.002
51. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol*. 2014. doi:10.2147/CLEP.S40245
52. Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Höfler M, Tholen S, Wittchen HU. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry*. 2002.

doi:10.1016/S0924-9338(02)00686-7

53. Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL. A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med*. 2009. doi:10.1017/S0033291708003784
54. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2007. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.002
55. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Ann Intern Med*. 2001. doi:10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00017
56. Schröder A, Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: Organizational aspects and evidence-based treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2011. doi:10.1016/j.psc.2011.05.008
57. Martínez-Martínez LA, Mora T, Vargas A, Fuentes-Iniestra M, Martínez-Lavín M. Sympathetic nervous system dysfunction in fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome, and interstitial cystitis: A review of case-control studies. *J Clin Rheumatol*. 2014. doi:10.1097/RHU.0000000000000089
58. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001
59. Gillespie NA, Zhu G, Heath AC, Hickie IB, Martin NG. The genetic aetiology of somatic distress. *Psychol Med*. 2000. doi:10.1017/S0033291799002640
60. Tak LM, Riese H, de Bock GH, Manoharan A, Kok IC, Rosmalen JGM. As good as it gets? A meta-analysis and systematic review of methodological quality of heart rate variability studies in functional somatic disorders. *Biol Psychol*. 2009. doi:10.1016/j.biopsycho.2009.05.002
61. Papadopoulos AS, Cleare AJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction in chronic fatigue syndrome. *Nat Rev Endocrinol*. 2012. doi:10.1038/nrendo.2011.153
62. Tak LM, Cleare AJ, Ormel J, et al. Meta-analysis and meta-regression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in functional somatic disorders. *Biol*

Psychol. 2011. doi:10.1016/j.biopsycho.2011.02.002

63. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res.* 2016. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.11.002
64. WHO. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychopathology (SCAN). *Sched Clin Assesment Neuropsychiatry Interview Version 21.* 1999.
65. Peveler R, Kilkenney L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 1997. doi:10.1016/S0022-3999(96)00292-9
66. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med.* 2005. doi:10.1017/S0033291705004459
67. Fortes S, Ziebold C, Reed GM, et al. Studying ICD-11 primary health care bodily stress syndrome in Brazil: Do many functional disorders represent just one syndrome? *Rev Bras Psiquiatr.* 2019. doi:10.1590/1516-4446-2018-0003
68. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 2005. doi:10.1001/archpsyc.62.8.903
69. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res.* 2004. doi:10.1016/S0022-3999(03)00622-6
70. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care.* 2001. doi:10.1097/00005650-200107000-00007
71. Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: A follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med.* 2017. doi:10.1097/PSY.0000000000000405
72. J. A, M. F, B. G, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions

in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 2004.

73. Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *J Occup Rehabil.* 2010. doi:10.1007/s10926-010-9239-3
74. Goldberg DP, Reed GM, Robles R, et al. Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *J Psychosom Res.* 2016. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.002
75. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: A focus group study. *BMC Fam Pract.* 2009. doi:10.1186/1471-2296-10-68
76. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms-GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract.* 2001. doi:10.1093/fampra/18.5.519
77. Agger J, Schröder A, Fink P, Gormsen L, Jensen TS. Pharmacological treatment of multi-organ bodily distress syndrome: A double-blind, placebo-controlled trial of the effects of imipramine (stress-3). *J Psychosom Res.* 2013. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.024
78. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic symptom disorder. *Am Fam Physician.* 2016. doi:10.1037/14339-028
79. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: A multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2014. doi:10.1016/S0140-6736(13)61905-4
80. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014. doi:10.1002/14651858.CD011142.pub2
81. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ.

- Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014. doi:10.1002/14651858.CD010628.pub2
82. Müller T, Mannel M, Murck H, Rahlfs VW. Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: A randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosom Med*. 2004. doi:10.1097/01.psy.0000128900.13711.5b
 83. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. In: *Psychosomatic Medicine*. ; 2007. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b00c4
 84. Schuepbach WMM, Adler RH, Sabbioni MEE. Accuracy of the clinical diagnosis of "psychogenic disorders" in the presence of physical symptoms suggesting a general medical condition: A 5-year follow-up in 162 patients. *Psychother Psychosom*. 2001. doi:10.1159/000049339
 85. Stone J, Wojcik W, Durrance D, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend." *Br Med J*. 2002. doi:10.1136/bmj.325.7378.1449
 86. Rosendal M, Bro F, Fink P, Christensen KS, Olesen F. Diagnosis of somatisation: Effect of an educational intervention in a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2003.
 87. Bass C, Peveler R, House A. Somatoform disorders: Severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *Br J Psychiatry*. 2001. doi:10.1192/bjp.179.1.11
 88. Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: A study in primary care. *Psychosom Med*. 1998. doi:10.1097/00006842-199807000-00012
 89. Kroenke K. Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res*. 2006. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.022
 90. Cole JA, Rothman KJ, Cabral HJ, Zhang Y, Farraye FA. Migraine, fibromyalgia, and depression among people with IBS: A prevalence study. *BMC Gastroenterol*. 2006. doi:10.1186/1471-230X-6-26

91. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Kronik Hastalıklar Raporu”16 Şubat 2006. Presented at the:
92. Dixon JS, Bird HA. Reproducibility along a 10 cm vertical visual analogue scale. *Ann Rheum Dis*. 1981. doi:10.1136/ard.40.1.87
93. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613
94. Löwe B, Wahl I, Rose M, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019
95. Morawa E, Dragano N, Jöckel KH, Moebus S, Brand T, Erim Y. Somatization among persons with Turkish origin: Results of the pretest of the German National Cohort Study. *J Psychosom Res*. 2017. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.02.014
96. Nacul LC, Lacerda EM, Campion P, et al. The functional status and well being of people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and their carers. *BMC Public Health*. 2011. doi:10.1186/1471-2458-11-402
97. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry*. 1983. doi:10.1176/ajp.140.3.273
98. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999. doi:10.1056/NEJM199910283411801
99. Shidhaye R, Mendenhall E, Sumathipala K, Sumathipala A, Patel V. Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low and middle income countries: A systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2013. doi:10.3109/09540261.2012.748651
100. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: A multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 1997. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb00366.x
101. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Van Hemert AM. Somatoform disorders in

- general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004. doi:10.1192/bjp.184.6.470
102. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003. doi:10.1097/01.PSY.0000075977.90337.E7
103. Goldberg DP, Prisciandaro JJ, Williams P. The primary health care version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.06.006
104. Nicholl BI, Halder SL, Macfarlane GJ, et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome - Results of a large prospective population-based study. *Pain*. 2008. doi:10.1016/j.pain.2007.08.029
105. Skovenborg EL, Schröder A. Is physical disease missed in patients with medically unexplained symptoms? A long-term follow-up of 120 patients diagnosed with bodily distress syndrome. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.09.006
106. Mace CJ, Trimble MR. Ten-year prognosis of conversion disorder. *Br J Psychiatry*. 1996. doi:10.1192/bjp.169.3.282

8.EKLER

8.1. EK-1: Anket Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma kronik (süreğen) hastalığı olan ve olmayan bireylerde endişe bozukluğu sıklığını araştırmak için planlanmıştır. Vermiş olduğunuz bilgiler üçüncü şahıslar ile paylaşılmayacak, gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkürler.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği AD

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

3.Medeni durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

4.Eğitim durumunuz: () Okuryazar değilim () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu

() Lise mezunu () Üniversite mezunu

() Yüksek lisans/ Doktora mezunu

5. Ekonomik durum: () Geliri giderinden az () Geliri giderine eşit () Geliri giderinden fazla

6. Çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor

7. Mevcut Kronik bir hastalığınız var mı?: () Var () Yok (yok ise lütfen diğer sayfaya geçiniz)

8. Var ise belirtiniz: () Diyabet () Hipertansiyon () Kalp Hastalığı/ Koroner Arter Hastalığı (KAH)

() KOAH () Epilepsi () Migren () Artroz () Disk Hernisi

() Diğer.....

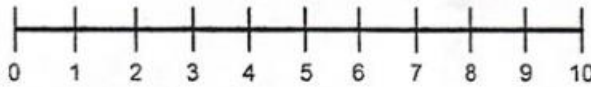
9. Size göre var olan kronik hastalığınız ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru kontrol altında mı?:

DM	Sık sık kan şekeri yükselir	()Evet	()Hayır
HT	Sık sık tansiyonum yükselir	()Evet	()Hayır
KAH	Sık sık göğüs ağrım olur	()Evet	()Hayır
KOAH/ASTIM	Sık sık nefes darlığım olur	()Evet	()Hayır
EPİLEPSİ	Sık sık nöbet geçiriyorum	()Evet	()Hayır
DİSK HERNİSİ	Sık sık ağrılarım olur	()Evet	()Hayır
MİGREN	Sık sık baş ağrım olur	()Evet	()Hayır
ARTROZ	Ağrı çok, rahat yürüyemiyorum	()Evet	()Hayır
DİĞER		() Evet	()Hayır

10. Son bir ay içinde aşağıdaki belirtilerden rahatsız oldunuz mu?	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
Çarpıntı					
Göğüste rahatsızlık hissi					
Egzersiz yapmadan nefessizlik					
Derin ve hızlı soluk alma					
Sıcak ya da soğuk terleme					
Ağız Kuruluğu					
Gevşek barsak hareketleri					
Karın ağrısı					
Şişkinlik/gaz					
İshal					
Yiyecek ve içeceklerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi					
Mide bulantısı					
Göğüs veya midede yanma hissi					
Kol ve bacakta ağrı					
Kas ağrıları					
Eklemler ağrıları					
Güçsüzlük, zayıflık					
Sırt ağrısı					
Yer değiştiren ağrı					
Uyuşma ve karıncalanma hissi					
Konsantrasyon bozukluğu					
Aşırı yorgunluk					
Baş ağrısı					
Hafızada bozulma					
Baş dönmesi					

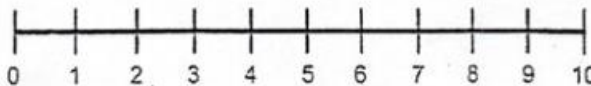
11. Yukarıdaki şikayetler günlük yaşamınızı ve günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu? () Evet () Hayır

12. Yukarıdaki şikayetler günlük yaşamınızı ve günlük aktivitelerinizi ne şiddette etkilemektedir? Uygun rakamı yuvarlak içine alınız. (0=hiç etkilemiyor 10=çok şiddetli etkiliyor)



13. Yukarıdaki şikayetler sizde endişe, huzursuzluk, korku yaratıyor mu? () Evet () Hayır

14. Yukarıdaki şikayetler sizde ne şiddette endişe, huzursuzluk veya korku yaratmaktadır? Uygun rakamı yuvarlak içine alınız. (0=hiç yaratmıyor 10=çok şiddetli yaratıyor)



PHQ-4

Son iki haftada aşağıdaki problemlerden ne sıklıkla rahatsız oldunuz?

(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Birkaç gün	Günlerin yarısından fazlası	Neredeyse her gün
1. Sinirli, endişeli ve gergin hissetmek	0	1	2	3
2. Endişelerinizi durduramamak veya kontrol edememek	0	1	2	3
3. Birşeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
4. Üzgün, depresif ve umutsuz hissetmek	0	1	2	3