

Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliği

Dr. Zeynep YEN ER DUMAN ¹, Dr. Seda USUB T N ², Dr. Erol G KA ³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Robbins ve Kirmayer (1991) tarafından geliştirilmiş olan Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Psikiyatri Kliniği'ne Açıklanamayan Bedensel Yakınmaları (ABY) nedeniyle gönderilen 53 kişi, ruhsal yakınmaları nedeniyle doğrudan psikiyatri polikliniğine başvuruları sonucu Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alan 26 kişi ve 71 sağlıklı kişi alınmıştır.

Bulgular: BYÖ'nün yapı geçerliği için faktör analizi ile ölçekten kuramsal olarak beklenen; bedenselleştiren, ruhsallaştıran ve normalleştiren üç farklı atf biçiminin varlığı istatistiksel olarak gösterilmiştir. Normalleştiren atf alt ölçeğinin ölçüt bağlantılı geçerliği, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) ile ölçülen aleksitimi puanlarının yanı sıra BYÖ'de saptanan bedensel belirti sayıları ile bu alt ölçeğin anlamlı bir bağlantısı olmamasıyla gösterilmiştir. Ruhsal atf alt ölçeğinin geçerliği, BYÖ'nün alt ölçeklerinin özel grupları ayırt edici geçerliğinin çalışıldığı MDB grubundaki hastalarda bu alt ölçek puanlarının ABY ve Kontrol grubundaki hastaların puanlarından yüksek oluşu ile gösterilmiştir. Bedensel atf alt ölçeğinin geçerliği ise BYÖ'de saptanan bedensel belirti sayıları ile bu alt ölçeğin anlamlı bir bağlantısı olması ve geçmişinde bedensel hastalık öyküsü olan katılımcıların bedensel atf ölçeğinden aldıkları puanların, olmayanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek saptanması ile gösterilmiştir. BYÖ'nün alt ölçeklerinin güvenilirliği iç-tutarlılık analizi ile normalleştiren atf ölçeği için $\alpha=0.86$, ruhsal atf ölçeği için $\alpha=0.87$ ve bedensel atf ölçeği için $\alpha=0.87$ olarak saptanmıştır.

Sonuç: BYÖ'nün her üç alt ölçeğinin iç tutarlılık, ölçüt bağlantılı geçerlik, özel grupları ayırt edici geçerlik ve yapı geçerliğine ilişkin bulgular, ölçeğin kabul edilir ölçülerde geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Belirti atfları, açıklanamayan bedensel yakınmalar, geçerlik, güvenilirlik

SUMMARY: Validity and Reliability of the Turkish Form of Symptom Interpretation Questionnaire

Objective: This study was undertaken to investigate the validity and reliability of the Turkish version of Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) that was developed by Robbins and Kirmayer (1991).

Method: Subjects of the study were: 53 patients with medically unexplained somatic complaints (MUS) that were referred to I. Psychiatry Clinic of Ankara Numune Teaching and Research Hospital, 26 patients who were diagnosed as Major Depressive Disorder (MDD) based on their mental complaints, and 71 healthy individuals (Control).

Results: Construct validity of SIQ was studied with factor analysis and the scale is statistically shown to consist of three theoretical styles of symptom attribution; normalizing, psychologizing and somatizing. Criterion related validity of normalizing subscale was shown with the absence of significant correlations between SIQ-normalizing scale and either Toronto Alexythymia Scale-20 or SIQ-number of symptoms. Validity of psychologizing subscale was demonstrated by obtaining higher significant mean psychologizing subscale scores in MDD group when compared with mean scores in MUS and Control groups. Criterion related validity of somatizing subscale was shown with significant correlations between SIQ-somatizing scale and SIQ-number of symptoms, and by demonstrating that mean somatizing subscale scores in patients with history of physical disease was significantly higher from mean scores in patients without such history. Internal reliability of SIQ subscales were, $\alpha=0.86$ for normalizing subscale, $\alpha=0.87$ for psychologizing subscale and $\alpha=0.87$ for somatizing subscale.

Conclusion: Internal reliability, criterion related validity, discriminating power for specific groups and construct validity of the SIQ Turkish version were demonstrated to be satisfactorily valid and reliable.

Key Words: Symptom attribution, medically unexplained symptoms, validity, reliability

¹Uzm., ³Doç., 1. Psikiyatri Kl., ²Uzm. Dr., Uzm. Sos. Psk., Aile Hekimliği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

G R Ş

Bedenselleştirme, kişinin denediği bedensel duyuları nasıl yorumladığı ve neye atfettiği ile yakından ilgilidir. Yaygın bedensel belirtilerin çoğu tıbben tanımlanmış ya da ayrılaşmış hastalıklarla ilişkili değildir. Bunların çoğu belirsiz kalmakta ve küçük, önemsiz, geri dönüşümlü nedenlere atfedilebilmektedir.

Bedenselleştirme konusundaki çalışmalara sıklıkla dayanak oluşturan Atıf Kuramı'na göre, en temel nedensel ayırım, durum (situation) ve kişisel eğilim (disposition) bağlamındadır (Robbins ve Kirmayer 1991). Bu kurama göre, önemsiz bedensel belirtiler yaşadığında kişi bunları, ya yetersizlik, beslenme düzensizliği, yorgunluk, aşırı egzersiz, çevresel uyaranlar gibi durumsal etkenlere atfetme yoluyla normalleştirmekte ya da bu müphem belirtileri, ruhsal olsun bedensel olsun anormal kişisel özelliklerine atfederek sorunlu (patolojik) algılamaktadır (Robbins ve Kirmayer 1991). Gibson'ın (1979) ekolojik algı kuramında ise organizmaların dışarıdan gelen bilginin pasif alıcıları olmayıp, daha iyi anlamak için çevreyi aktif olarak araştırdıkları ileri sürülmüştür. Buna dayanarak Pennebaker ve Watson (1991) bedensel belirtilerin yorumlanmasında içsel duyuların ve dışsal çevresel uyaranların kişinin dikkati için yarıştığını ileri sürmektedir. Can sıkıcı bir ortamda bulunan, yalnız, tekdüze görevlerde çalışan ya da kırsal alanlarda yaşayanlarda olduğu gibi, çevrede anlamlı dışsal bilginin yokluğunda dikkat, daha çok içsellığe odaklanma eğiliminde olacaktır.

Bedenselleştirme sürecinde yapılan atıfların cinsiyet, kişilik ve kültürel farklılıklarla ilişkileri de incelenmiştir. Kadınların belirtilerini tanımlamada dışsal ve çevresel, erkeklerin ise içsel ve fizyolojik işaretlere daha duyarlı oldukları kaydedilmektedir (Pennebaker ve Watson 1991). Bedenselleştirmeye yapısal bir yatkınlık olduğu düşünülen ve "olumsuz duygulanım (Negative Affectivity-NA)" olarak tanımlanan bir kişilik özelliğinde ise nevroitik olma, kaygı, karamsarlık, çevreye uyumsuzluk, içedönüklük, yetersizlikleri ve kusurları üzerinde durma, bedene artmış duyarlılık gibi özellikler olduğu belirtilmektedir (Costa ve McCrae 1985). Hipokondriyazise ilişkin bilişsel kuramlar ise, bazı kişilerin, diğerlerinin önemsiz olarak değerlendirdiği hafif ve geçici

ci belirtileri önemsizleştirmekte yetersizlik gösterdiklerini ve bu geçici belirtiler için bedensel hastalık atıflarını daha kolay ve ısrarla yapabildiklerini ileri sürmektedir (Barsky ve Klerman 1983).

Psikodinamik eğilimli kuramcılarının bedenselleştirme ile ilişkilendirdikleri bir diğer kişilik özelliği Nemiah ve Sifneos tarafından tanımlanan "aleksitimi" dir (Nemiah 1988, Simon 1991, Rogers ve Reich 1988, Kellner 1990). Sorunlarını bedenselleştiren hastaların, gelişim dönemlerinde saplanıp kalma, patolojik savunma düzeyleri kullanma, bilinçdışı çatışmalar ve örseleyici erken yaşam olayları yaşamış olma (Pribor ve ark 1992) nedeniyle duygularını sözelleştirememeleri durumlarının olduğu düşünülmüştür. Aleksitimi, bedensel duyuların ayırt edilmesinde güçlük, duyguları dile getirememeleri, fantezi dünyasında kısıtlılık ve somut, dışa dönük düşünmeye eğilim özelliklerini bir arada sergileyen bir kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır (Kirmayer ve Robbins 1993).

Belirti atıflarına kültürün etkisi konusunda tıpsal antropoloji yazını, Batı ve Doğu toplumları için farklı etkenleri vurgulamaktadır (Kirmayer ve Young 1994, Kleinman 1988). Batı toplumlarında, mizaci özellikler, kişilik, tavır gibi bireysel etkenler ve nedensel atıflar ilişkisi ön planda incelenmekte, buna karşılık Hindistan, Çin ve Japonya gibi Doğu toplumlarında ise kişilerin bedensel belirtileri için durumsal ve çevresel etkenlere atıfta bulunmalarının daha olası olduğu vurgulanmaktadır (Kirmayer ve Young 1994). Türk kültüründe bedensel belirtiler ve atıfları konusuna ışık tutabilecek bir çalışmada Mirdal (1985), Danimarka'da yaşayan Türk göçmen kadınlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarına ilişkin kendi öznel değerlendirmelerinde %56 oranında bildirilen "sıkışma hissi (tightness)" yakınmasının hem ruhsal hem de bedensel yönleri olan bir durum olarak tanımlandığını bildirmiştir. Belirsizliğe bağlı stres, ayrı kalınan erkeklerle yeniden bir aile yaşantısı kurmanın zorlukları, ev sahibi ülkedeki ırkçılık ve ayrımcılığın etkileri, dil zorlukları, yalıtım ve yetersizlik duyguları, göç sonrası cinsiyet rollerinde ortaya çıkan değişiklikler gibi kültürel kaynaklı psikososyal streslerin dile gelişti bedensel rahatsızlık bildirme yoluyla olabilmektedir (Mirdal 1985). "Sıkıntının kültüre özgü de-

TABLO 1. Araştırma Gruplarında Yer Alan Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Medeni Durum ve Meslek Açısından Demografik Verileri.

	ABY	MDB	KONTROL	TOPLAM
Yaş*(ort±S)	34.57±10.95	36.65±12.95	39.31±9.75	37.22±10.91
Cinsiyet**				
Kadın (n, %)	39 (% 73.6)	21 (% 80.8)	62 (% 87.3)	122 (% 81.3)
Erkek (n, %)	14 (% 26.4)	5 (% 19.2)	9 (% 12.7)	28 (% 18.7)
Eğitim***				
İlkokul (n, %)	31 (% 58.5)	17 (% 65.4)	41 (% 57.7)	89 (% 59.4)
Ortaokul (n, %)	4 (% 7.5)	2 (% 7.7)	7 (% 9.9)	13 (% 8.7)
Lise (n, %)	14 (% 26.4)	5 (% 19.2)	14 (% 19.7)	33 (% 22)
Yüksekokul (n, %)	3 (% 5.7)	–	5 (% 7.0)	8 (% 5.3)
Üniversite (n, %)	1 (% 1.9)	2 (% 7.7)	4 (% 5.6)	7 (% 4.7)
Medeni Durum***				
Evli (n, %)	35 (% 66.0)	17 (% 65.4)	49 (% 69.0)	101 (% 67.3)
Ayrı yaşıyor (n, %)	–	–	1 (% 1.4)	1 (% 0.7)
Boşanmış (n, %)	2 (% 3.8)	2 (% 7.7)	5 (% 7.0)	9 (% 6.0)
Dul (n, %)	3 (% 5.7)	1 (% 3.8)	4 (% 5.6)	8 (% 5.3)
Hiç evlenmemiş (n, %)	13 (% 24.5)	6 (% 23.1)	11 (% 15.5)	30 (% 20.0)
Birlikte yaşıyor (n, %)	–	–	1 (% 1.4)	1 (% 0.7)
Meslek***				
Memur (n, %)	9 (% 17.0)	1 (% 3.8)	7 (% 9.9)	17 (% 11.3)
Ev hanımı (n, %)	28 (% 52.8)	15 (% 57.7)	37 (% 52.1)	80 (% 53.3)
İşçi (n, %)	2 (% 3.8)	–	10 (% 14.1)	12 (% 8.0)
Serbest meslek (n, %)	9 (% 17.0)	3 (% 11.5)	11 (% 15.5)	23 (% 15.3)
İşsiz (n, %)	3 (% 5.7)	2 (% 7.7)	–	5 (% 3.3)
Diğer (n, %)	2 (% 3.8)	5 (% 19.2)	6 (% 8.5)	13 (% 8.7)
Toplam (n, %)	53 (% 100)	26 (% 100)	71 (% 100)	150 (% 100)

* Gruplar arası ortalamalar Tek Yönlü ANOVA testi ile değerlendirilmiş ve gruplar arası fark bulunmamıştır.

** Cinsiyet için gruplar arası oranlar Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve gruplar arası fark bulunmamıştır.

*** Grupların eğitim, medeni durum ve meslek yönünden karşılaştırmaları bazı kategoriler birleştirilerek yapılmış ve bu analizler metin içerisinde belirtilmiştir.

yimleri (idioms of distress)” olarak adlandırılan bu tür yakınmalar, yaşanan sıkıntıları kültürel olarak kabul edilebilir biçimlere dönüştürmenin bir yolu olarak tanımlanmıştır (Nichter 1981).

Yaygın fiziksel belirtiler için yapılan nedensel atıfların bedensel, ruhsal veya normalleştiren açıklamalar arasından seçildiği saptamasından yola çıkan Robbins ve Kirmayer (1991), kişilerin atf biçimlerinin saptanması amacıyla Belirti Yorumlama Ölçeği (Symptom Interpretation Questionnaire)’ni geliştirmişlerdir. Belirti Yorumlama Ölçeği (BYÖ)’ni oluşturan bedensel belirtiler, SCL-90 (Symptom Check List-90, Derogatis ve ark. 1973) bedenselleştirme alt ölçeğinden ve PILL (Pennebaker Inventory of Limbic Languidness) isimli benzer bir bedensel belirti ölçeğinden (Robbins ve Kirmayer 1991) elde edilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Robbins ve Kirmayer (1991) tarafından yapılmıştır.

Klinik dışı kişilerde bedensel yakınmalar için incelenmeye çalışılan 3 tip nedensel atf biçiminin olduğu ölçeğin faktör yapısı çalışılarak gösterilmiştir. Alt ölçeklerin birbirleriyle olan bağlantıları, ruhsal atıflar ile bedensel atıflar arasında $r=0.39$, ruhsal atıflar ile normalleştiren atıflar arasında $r=0.23$ ve bedensel atıflar ile normalleştiren atıflar arasında $r=0.19$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada (Robbins ve Kirmayer 1991) BYÖ’nün alt ölçeklerinin iç tutarlılık değerleri, normalleştiren atıflar için $\alpha=0.81$, ruhsal atıflar için $\alpha=0.86$ ve bedensel atıflar için $\alpha=0.71$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği ise, normalleştiren atıflar için $r=0.60$, ruhsal atıflar için $r=0.60$ ve bedensel atıflar için $r=0.52$ olarak bulunmuştur.

Ölçüt bağlantılı geçerlik çalışması için (Robbins ve Kirmayer 1991) BYÖ’nün alt ölçeklerinin benzer diğer hastalık algısı ölçekleri ile

TABLO 2. BYÖ'nün Faktör Yapısı, Madde Dağılımı ve Faktör Yükleri.

BYÖ Madde No	1.Faktör Normalleştirilen Atıf (N) (%13.29)	2. Faktör Ruhsal Atıf (R) (%12.95)	3. Faktör Bedensel Atıf (B) (%12.86)
1a (R)		.632	
1b (B)			.516
1c (N)	.354		
2a (B)			.384
2b (R)		.720	
2c (N)	.684		
3a (B)			.651
3b (N)	.670		
3c (R)		.737	
4a (R)		.378	
4b (N)	.556		
4c (B)			.445
5a (N)	.554		
5b (R)		.510	
5c (B)			.740
6a (R)		.538	
6b (N)	.625		
6c (B)			.425
7a (B)			.496
7b (R)		.654	
7c (N)	.468		
8a (B)			.458
8b (N)	.478		
8c (R)		.673	
9a (R)		.427	
9b (B)			.481
9c (N)	.507		
10a (N)	.404		
10b (R)		.410	
10c (B)			.608
11a (B)			.775
11b (N)	.685		
11c (R)		.586	
12a (R)		.720	
12b (B)			.566
12c (N)	.510		
13a (N)	.594		
13b (R)		.316	(.325)
13c (B)			.341
14a (B)			.702
14b (R)		.592	
14c (N)	.522		

(Öz-Farkındalık Ölçeği, Bedensel Farkındalık Ölçeği, Bilişsel-Bedensel Kaygı Ölçeği ve Whitely Hipokondriyak Endişe Ölçeği) bağıntıları incelendiğinde; bedensel atıflar alt ölçeğinin Bedensel Farkındalık Ölçeği ($r= 0.13$) ve Whitely Hipokondriyak Endişe Ölçeği ile ($r=0.40$) bağıntılı olduğu, normalleştirilen atıf ölçeğinin bu çalışmada yer alan hastalık algısı ölçeklerinin tümüyle zayıf bağıntılarının olduğu rapor edilmiştir. Ruhsal atıf ölçeği ise hastalık algı-

sı ölçeklerinin tümüyle, yani hem bedensel farkındalık hem de ruhsal-bilişsel farkındalık ölçekleriyle, orta-yüksek derecede bağıntı göstermiştir.

Macleod ve arkadaşları (1998), Kessler ve arkadaşları (1999), Bower ve arkadaşları (2000), Kolk ve ark. (2002), Robbins ve Kirmayer (1996) çeşitli çalışmalarda BYÖ'yü kullanmışlardır. Macleod ve arkadaşları (1998) beden duyularının tıbbi tedavi için hasta isteklerini ve yardım arama davranışlarını belirliyor olabileceğini dile getirmişlerdir. Kessler ve arkadaşları (1999) birinci basamağa başvuran 305 hasta ile gerçekleştirilen bir araştırmalarında, normalleştirilen atıfların hekimlerce küçümsendiğini, normalleştirilen atıf biçiminin birinci basamakta depresyon ve anksiyetenin tanınma oranlarının düşmesinde önemli etkisi olduğunu belirtmektedirler. BYÖ'nün kullanıldığı benzeri bir çalışmada Bower ve arkadaşları (2000) daha çok ruhsallaştırıcı ve Genel Sağlık Anketi'nde yüksek skor alan hastaların, düşük skor alan ve normalleştirilen hastalara göre ruhsal bozukluklarının doktorlar tarafından tanınma oranlarını daha yüksek olarak bildirmişlerdir. Araştırma sonuçlarının, atıfların pratisyen hekimlerin ruhsal hastalık tanısı koymasına destek sağladığını, ancak BYÖ'nün atıfların ölçümünde optimum araç olamayacağını belirtmişlerdir (Bower ve ark. 2000). Robbins ve Kirmayer (1996), yeni oluşmuş herhangi bir belirtileri için birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 546 hasta ile gerçekleştirdikleri diğer bir çalışmalarında, BYÖ ile ölçülen patolojik belirtili atıflarının bu hastalarda bir sene sonrasında da sürmekte olan yüksek hastalık endişesinin önemli bir yordayıcı olduğunu göstermişlerdir.

Atıflar, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma için başvuru yakınma ve biçimlerini değiştirerek, tanı ve tedavi süreçlerini etkilemektedir. Ülkemizdeki bedensel atıfların özelliklerini araştırabilmek için bu ölçeği dilimize kazandırmanın gerekli ve yararlı olacağını düşünmekteyiz. BYÖ, hem klinik tanı ve tedavi girişimlerine yardımcı bir araç hem de kuram gelişimine katkıda bulunabilecek araştırmalarda kullanılacak bir ölçüm aracı olarak psikiyatri alanındaki klinisyen ve araştırmacıların yaygın kullanımına uygun bir ölçektir. Çalışmamız, bu ölçüm aracını dilimize kazandırmayı amaçlamaktadır.

TABLO 3. BYÖ Alt Ölçeklerinin, BYÖ-Belirti Sayısının ve TAÖ-20'nin Bağıntıları (n=124).

	Normalleştirilen Atıf	Ruhsal Atıf	Bedensel Atıf	TAÖ-20	BYÖ- Belirti Sayısı
Normalleştirilen Atıf					
Ruhsal Atıf	.594**				
Bedensel Atıf	.547**	.653**			
TAÖ-20	.089	.259**	.369**		
BYÖ-belirti sayısı	.030	.349**	.451**	.361**	

**p<0.001

Y NTEM ve ARAÇLAR

meklem

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Psikiyatri Kliniği'ne, Ocak 2002-Ocak 2003 tarihleri arasında, açıklanamayan bedensel yakınmalar (ABY) nedeniyle diğer kliniklerden gönderilen 53 hasta, ruhsal yakınmalarla doğrudan psikiyatri polikliniğine başvurusu sonrası Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alan 26 hasta ve 71 sağlıklı kişi (Kontrol) olmak üzere toplam 150 kişi çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada, ABY olan hasta grubu hastanemizin dahiliye, kardiyoloji, gastroenteroloji, nöroloji, beyin cerrahisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kulak-burun-boğaz, dermatoloji poliklinik ve kliniklerine bedensel yakınmalarla başvuran, ayaktan ya da yatarak yapılan değerlendirilmeler sonucu tıbbi bir açıklama getirilemeyen ve bu yakınmaları açısından ruhsal olarak ele alınmaları amacıyla kliniğimize gönderilen kişilerden oluşturulmuştur. Tüm hastalar araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve katılmayı kabul edenlerden yazılı olarak bilgilendirilmiş olurları alınmıştır.

Çalışmaya alınma açısından katılımcıların, 16-65 yaş arasında olması, zeka geriliğinin bulunmaması, okuryazar olmaları ve çalışmada kullanılan ölçeklerin içeriğini kavrayabilecek eğitim düzeyinde olmaları göz önünde bulundurulmuştur.

ABY olup diğer kliniklerden gönderilen hastalar ve ruhsal yakınmalarla doğrudan psikiyatri kliniğine başvuran hastalar DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan SCID-I (Spitzer ve ark.1987, Sorias ve ark. 1990) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonrasında men-

tal retardasyon, demans, kognitif bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı alan hastalar çalışma dışı bırakılmışlardır.

Çalışmada yararlanılan sağlıklı grup, klinik dışı çevreden çeşitli sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçilerek, hasta grubunun demografik verileri ile uyumlu olacak şekilde oluşturulmuştur. Bu biçimde ulaşılan ve gönüllü olmayı kabul eden 101 kişiye, çalışmanın ölçeklerinin yanı sıra psikopatoloji varlığını saptamak amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Şahin ve Durak 1994) uygulanmıştır. KSE sonuçları değerlendirilen ve ölçülen beş boyutta psikopatoloji eğilimi saptanan 26 kişi ve ölçeklerini eksik yanıtlayan 4 kişi çalışma dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

SCID-I: Psikiyatrik tanı konması ya da dışlanmasında kullanılan yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Spitzer ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, Türkçe çeviri ve uyarlaması, Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada yalnızca kliniğe başvuran gruplara (ABY ve MDB) uygulanmıştır.

Kısa Semptom Envanteri: Kısa Semptom Envanteri (KSE) psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, SCL-90 isimli 90 soruluk semptom belirleme listesinin kısaltılmış, 53 soruluk bir formudur. Derogatis (1992) tarafından geliştirildiği haliyle SCL-90'da olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda KSE, yalnızca Kontrol grubunun katılımcılarına uygulanmış ve psikopatolojiye eğilimi olan kişilerin saptanarak Kontrol grubundan çıkarılmaları amacıyla kullanılmıştır.

Belirti Yorumlama İçe i (BY): Belirti atıflarının ölçüldüğü 39 soruluk, kişilerin kendi kendilerine uyguladıkları bir ölçektir. Sık rastlanan bedensel belirtilerden oluşan 13 soruyu izleyen, her biri fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık veya ruhsal bir sıkıntı ya da hastalık olasılığını veya çevresel ve normalleştirilen bir atfı içeren üçer maddeden oluşur. Katılımcılar ölçeğin her bir maddesine, sorulan bedensel belirti için bu maddede yapılan nedensel atfı kendilerince ne kadar olası gördüklerini 1 ile 4 arasında değişen

TABLO 4. Araştırma Gruplarında BYÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar ve BYÖ-Belirti Sayıları.

	Açıklanamayan Bedensel Yakınmalar (n=53)	Majör Depresif Bozukluk Bozukluk (n=26)	Kontrol (n= 71)	P*
Normalleştirilen Atf (ort±S)	32.64±11.84	30.08±10.43	34.97±9.41	>0.05
Ruhsal Atf (ort±S)	36.49±13.18 _{a,b}	42.54±11.11 _a	33.39±8.32 _b	=0.001
Bedensel Atf (ort±S)	33.98±12.85	30.04±11.53	30.19±9.10	>0.05
BYÖ-belirti sayısı (ort±S)	8.34±3.56 _a	10.77±2.78 _b	5.76±3.65 _c	<0.001

*Tek Yönlü ANOVA testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır a,b,c..Bonferroni Testi ile alt grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Aynı harfle temsil edilen ortalamalar arasında p<0.05 düzeyinde istatistiksel olarak farklılık yoktur.

Likert ölçeğinde 1 "hiç", 2 "biraz", 3"çok ", 4 "pek çok", seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıt verirler.

BYÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması için İngilizce'den çevirisi bir yabancı dil olarak İngilizce'ye hakim bağımsız üç çevirmen tarafından yapılmıştır. Daha sonra bu kişiler bir araya gelerek çevirilerin Türkçe'ye uygunluğunu hedef dil açısından incelemişlerdir. Kaynak dile geri-çeviri yöntemi, çevirinin uygunluğunu yalnızca kaynak dil açısından değerlendirmeyi amaçladığı ve hedef dilde oluşabilecek aksaklıkları ortaya çıkarmadığı yönünde eleştirilmekte (Savaşır 1994) ve uyarlama sırasında yalnız başına kullanılmaması gerektiği savunulmaktadır. Çalışmamızda Türkçe'ye uyarladığımız ölçeğin klinik evrende ve ilkokul düzeyinde eğitimi olan kişilerce yanıtlanacağı göz önünde bulundurularak çevirinin hedef dilde anlaşılabilir olması çok daha önemli kabul edilmiştir. Tek yönde çevirinin bağımsız çevirmenlerce ortak değerlendirilmesinin yanı sıra ikinci bir yöntem olarak çeviri sonrası sorgulama yönteminden yararlanılmıştır. Her iki yöntemin sonuçları bir arada değerlendirilerek ölçeğe son şekli verilmiş ve araştırmada bu şekilde kullanılmıştır.

Uygulama öncesi ölçekte yapılan iki önemli değişiklik bulunmaktadır. Özgün ölçekte yanıt seçenekleri dört dereceli Likert iken uyarlama sırasında Türkçe ölçek çalışmalarında daha sık kullanılan ve alışılmış bir biçim olan beşli Likert derecelendirmesine dönüştürülmüştür. Beşli Likert biçimi dörtlü Likert'ten farklı olarak katılımcılara 1 "hiç" ve 5 "pek çok" arasında 3 "orta" seçeneğini işaretleme olanağı vermektedir. Uyarlanan ölçekte yapılan ikinci önemli değişiklik ise 14. sorunun ölçeğe eklenmesi ile "göğüste sıkı-

şıklık hissi" (Mirdal 1985) olarak dile gelen bedensel belirtinin de ölçekte sorgulanan belirtiler arasına katılmasıdır. Bu bedensel belirtiyeye uygun olabilecek normalleştirilen, ruhsal ve bedensel atıflar oluşturulmuş ve 14. sorunun yanıt seçenekleri olarak ölçeğe yerleştirilmiştir.

Toronto Aleksitimi İçe i-20 (TA -20): Bedensel duyumlar ve duyguları ayırt etmekte güçlük, duyguların simgesel anlatımında ve iletiminde sınırlılık, fantezi dünyasında kısıtlılık ve somut, dışadönük düşünmeye eğilim gösteren kişileri ayırt eden, Taylor ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiş, 26 madde içeren bir ölçektir. Ölçeğin TAÖ-26'yı geliştiren ekip tarafından bu ilk forma getirilen eleştiriler doğrultusunda yeniden oluşturularak TAÖ-20 olarak adlandırılan 20 soruluk bir formu bulunmaktadır (Bagby ve ark. 1994). TAÖ-20'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Beştepe (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması sırasında çalışılan 300 kişilik örnekleme elde edilen güvenilirlik Cronbach alfa=0.81'dir. Çalışmamızda yer alan ABY olan hasta grubu (53 kişi) ve sağlıklı kişilerden oluşan Kontrol grubunda (71 kişi) TAÖ-20 ölçeğinin güvenilirliği, Cronbach alfa= 0.69 olarak hesaplanmıştır.

Kontrol Grubuna Uygulanan Soru Formu: Çalışmanın Kontrol grubunu oluşturan kişilere isimlerini belirtmeksizin dolduracakları formlar verilmiştir. Formun ilk sayfası, katılımcıların yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek gibi demografik bilgileri ve bedensel ya da ruhsal bir hastalığı olup olmadığı, varsa ne olduğuna ilişkin sorular içermektedir. Sonraki sayfalarda ise BYÖ, TAÖ-20 ve KSE yer almaktaydı.

TABLO 5. ABY Grubu ve Kontrol Grubunda Bedensel Hastalık Öyküsü Varlığına Göre Normalleştiren, Ruhsal ve Bedensel Atıf Ölçeği Puanları.

	Açıklanamayan Bedensel Yakınmalar (n= 53)		Kontrol (n= 71)	
	Bedensel Hastalık Öyküsü Var (n= 30)	Bedensel Hastalık Öyküsü Yok (n= 24)	Bedensel Hastalık Öyküsü Var (n= 16)	Bedensel Hastalık Öyküsü Yok (n= 55)
Normalleştiren Atıf (ort±S)	34.31±1.95	30.63±2.15	34.38±2.63	35.15±1.42
Ruhsal Atıf (ort±S)	37.21±1.99	35.63±2.19	34.94±2.68	32.95±1.45
Bedensel Atıf (ort±S)	36.93±1.97 _a	30.42±2.17 _b	34.06±2.65 _a	29.06±1.43 _b

a,b,c..Bonferroni Testi ile alt grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Aynı harfle temsil edilen ortalamalar arasında p<0.05 düzeyinde istatistiksel olarak fark yoktur.

şlem

Çalışmaya alınan hastalara uygulanan yapılandırılmış görüşme (SCID-I) sonrası BYÖ ve TAS-20 verilerek klinikte bulunan görüşme odasında kendi başlarına yanıtlamaları sağlanmıştır. Katılımcılar BYÖ ve TAS-20 ölçeklerinin yanı sıra ABY grubu hastalarda yürütülen daha geniş kapsamlı bir çalışmanın parçası olarak, sonuçları bu çalışmada değerlendirilmeyen Hastalık Endişesi Ölçeği, Bedensel Duyumların Büyütülmesi Ölçeği ve Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesini (WHO-DAS-II) de yanıtladılar. Çok sayıda ölçeğin bir arada uygulandığı çalışmalarda ölçeklerin diziliminde sıra etkisine dikkat etmek gerekir ancak çalışmamızda katılımcıların ölçekleri yanıtlaması eşzamanlı ve tek bir oturumda olmadığı için ölçeklerin sıralamasındaki değişkenlik rastlantısal olmuştur. Ölçeklerin yanıtlanması ortalama 15-30 dakika sürmüştür. Okuma yazması olmasına karşın ölçekleri okumakta güçlük yaşayan az sayıdaki katılımcıya araştırmacılar tarafından ölçek soruları metne yorum katılmadan okunarak uygulanmıştır. Ölçekleri yanıtladıktan sonra katılımcılara, çalışmanın konusu ekseninde eğitim verilmiştir. Hastalar, aldıkları tanılar ve klinik durumları doğrultusunda, gerekli ise tedaviye başlanmış ve izleme alınmışlardır.

Çalışmaya katılan Kontrol grubu üyelerine, yeri ve zamanı önceden belirlenmiş klinik dışı ortamlarda BYÖ, TAS-20 KSE ve sonuçları bu çalışmada değerlendirilmeyen Hastalık Endişesi Ölçeği verilmiştir. Ölçekler, ortalama 15-30 dakikalık sürede hastaların kendileri tarafından yanıtlanmıştır.

statistiksel Analizler

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde

SPSS 10.0 istatistik programı kullanılmıştır. Katılımcıların yer aldıkları gruplara göre (ABY, MDB, Kontrol) demografik özellikleri, sayısal değişkenler için Tek Yönlü ANOVA analizi ile, oransal değişkenler için Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Güvenilirlik analizi için iç tutarlılık göstergesi olan Cronbach Alfa değerleri hesaplanmış, ölçekler madde-toplam puan bağıntılarından yararlanılarak değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği analizi için BYÖ alt ölçeklerinin faktör yapıları araştırılmıştır. Ölçüt bağlantılı geçerlik analizi için TAÖ-20'den ve katılımcılarca BYÖ'de rapor edilen bedensel belirti sayılarından yararlanılmış, bu ölçütlerin BYÖ alt ölçekleri ile olan bağıntıları incelenmiştir. ABY, MDB ve Kontrol gruplarındaki atıf farklılıklarının belirlenmesinde her üç atıf ölçeğinden alınan puan ortalamaları Tek Yönlü ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır. Atıf puanları üzerine katılımcıların bedensel hastalık öykülerinin varlığının etkisi ABY ya da Kontrol grubunda oluşları da hesaba katılarak incelenmek istendiğinde 2 faktörlü ANOVA analizleri yapılmıştır. Yapılan tüm analizlerin değerlendirilmesinde p<0.05, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada yer alan üç gruptaki (ABY, MDB, Kontrol) katılımcıların demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Bu katılımcıların 122 (% 81.3)'si kadın, 28 (% 18.7)'i erkektir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 37.13 ± 10.94, alt sınırı 17, üst sınırı 64 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim durumu açısından gruplar arası karşılaştırmalar yapabilmek için katılımcılar ilkökul mezunu (n=90)

ile ortaokul ve üzeri eğitimi olanlar (n=62) olmak üzere 2 gruba ayrılmış ve bu iki eğitim düzeyindeki kişilerin araştırma gruplarına dağılımı Ki-Kare testi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. ABY, MDB ve Kontrol gruplarında ilkökul mezuunu oranları sırasıyla % 59.3, % 65.4 ve % 56.9, ortaokul ve üzeri eğitim oranları ise sırasıyla % 40.7, % 34.6 ve % 43.1' dir.

Katılımcıların medeni durumları ve meslekleri açısından gruplar arası dağılımlarını karşılaştırmak amacıyla alt gruplar oluşturulmuştur (Tablo 1). Medeni durum açısından gruplar arası karşılaştırmalar yapabilmek amacıyla katılımcılar, yalnız yaşayanlar (ayrı yaşayan, dul, boşanmış, hiç evlenmemiş) (n=48) ve evli olan-birlikte yaşayanlar (n=104) olmak üzere iki grupta toplanmışlar ve bu iki medeni durum kategorisinde yer alan kişilerin araştırma gruplarına dağılımı Ki-Kare testi ile incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. ABY, MDB ve Kontrol gruplarında yalnız yaşayan katılımcı oranları sırasıyla % 33.3, % 34.6 ve % 29.2, evli olan-birlikte yaşayan katılımcı oranları ise sırasıyla % 66.7, % 65.4 ve % 70.8' dir.

Mesleki durum açısından araştırma gruplarını karşılaştırmak amacıyla katılımcılar ev hanımı, öğrenci, emekli ve işsizlerin bir araya getirildiği, iş yaşamı olmayanlar (n=99) ile memur, işçi ve serbest çalışanları bir araya getiren iş yaşamı olanlar (n=53) kategorilerine toplanmışlar ve bu iki mesleki durumda yer alan kişilerin araştırma gruplarına dağılımı Ki-Kare testi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. ABY, MDB ve Kontrol gruplarında iş yaşamı olmayan katılımcı oranları sırasıyla % 63.0, % 84.6 ve % 59.7, iş yaşamı olan katılımcı oranları ise sırasıyla % 37.8, % 15.3 ve % 39.5'tir.

ABY grubu hastaların aldıkları DSM-III-R tanıları, Ayrışmamış Somatoform Bozukluk (ASB), Somatizasyon Bozukluğu (SB), Hipokondriyasis (H), Majör Depresif Bozukluk (MDB), Geçirilmiş Majör Depresif Bozukluk (gMDB), Distimik Bozukluk (DB), Panik Bozukluğu (PB), Alkol Kötüye Kullanımı (AKK), Özgül Fobi (ÖF) ve Yas (Y) idi. Bu tanıları içerisinde tek başına ASB tanısı alan 19 (%36), SB tanısı alan 5 (%0.9), H tanısı alan 5 (%0.9), PB tanısı alan 7 (%13), DB tanısı alan 1 (%0.2), ÖF tanısı

alan 1(%0.2) ve iki ya da daha fazla tanı alan 15 (% 28) hasta bulunmaktaydı. Dokuz hastada (%17) diğer bir tanıya eşlik eden geçirilmiş ve/veya şimdiki MDB tanısı saptandı.

MDB grubunda yer alan 26 hastada DSM-III-R tanıları açısından ek tanı saptanmadı.

Geçerlik Bulguları

Ölçeğin Faktör Yapısı: BYÖ'nün yapı geçerliğini araştırmak amacıyla faktör analizi uygulanmıştır. Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax dönüşürmesi sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam değişkenliğin % 66.8'ini açıklayan 12 faktör elde edilmiştir. Ölçeğin kavramsal olarak 3 alt ölçekten oluşması nedeniyle 3 faktörlü çözüm beklenen ikinci bir faktör analizi uygulandığında, özdeğeri 2'nin üzerinde olan ve toplam değişkenliğin % 39.1'ini açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Tablo 2'de her bir faktörün içerdiği maddeler ve maddelerin yük değerleri verilmiştir. Her bir faktör, ölçeğin kavramsal yapısından beklendiği gibi yalnızca bir tür nedensel atf biçimine ait maddelerden oluşmaktadır. Birinci faktör normalleştirilen atıflardan oluşan 14 maddeyi, ikinci faktör ruhsal atıflardan oluşan 14 maddeyi ve üçüncü faktör de bedensel atıflardan oluşan 14 maddeyi içermektedir. Yalnızca 13. sorunun ruhsal atf gösteren maddesi faktör analizinde bedensel atıflar faktörüne daha yüksek oranda yüklenmiştir (bedensel atıflar faktörü için faktör yükü .325, ruhsal atıflar faktörü için faktör yükü ise .310).

BYÖ'nün ölçüt bağlantılı geçerliği: ABY grubu ile Kontrol grubunda BYÖ'nün alt ölçeklerinin birbirleri ve aynı örnekleme uygulanan TAÖ-20 ile olan bağıntılarını incelemek amacıyla yapılan analizler Tablo 3'te verilmiştir. BYÖ'de her bir soru sonunda o soruda adı geçen bedensel belirtinin son 3 ayda kişi tarafından yaşanıp yaşanmadığı sorulmaktadır. Bu sorulara verilen evet-hayır yanıtlarından yararlanarak her bir katılımcı için bildirilen BYÖ-belirti sayıları hesaplanmış ve atıflarla olan ilişkisi Tablo 3'te yer almıştır.

Her üç atf ölçeği arasında orta-yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bağıntılar gözlenmektedir. Ölçekler arası en yüksek bağıntı ruhsal atf ölçeği ile bedensel atf ölçeği arasında ($r=0.653$, $p<0.001$), en düşük bağıntı ise bedensel

atf ölçeği ile normalleştiren atf ölçeği arasında ($r=0.547$, $p<0.001$) bulunmuştur. Beklendiği gibi TAÖ-20'nin en yüksek bağıntısı BYÖ'nün alt ölçeklerinden bedensel atf ölçeği ile gözlenmiştir ($r=0.369$, $p<0.001$). BYÖ'nün ruhsal atf ölçeğinin TAÖ-20 ile düşük-orta bağıntısı saptanırken, normalleştiren atf ölçeğinin ise TAÖ-20 ile bağıntısı gözlenmemiştir (Tablo 3).

Katılımcılarca bildirilen BYÖ-belirti sayısı ile BYÖ'nün alt ölçeklerinin ilişkisine bakıldığında, bedensel belirti bildirme sayısının bedensel atf ölçeği ile ($r=0.451$) ve ruhsal atf ölçeği ile ($r=0.349$) olumlu yönde istatistiksel olarak anlamlı bağıntıları gözlenirken, normalleştiren atf ölçeği ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı gözlenmiştir. Çalışma grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise BYÖ-belirti sayısı ile bedensel atf bağıntısı ABY grubu ($n=53$) için $r=0.552$ ($p<0.001$) iken Kontrol grubu ($n=71$) için bu bağıntı $r=0.308$ ($p=0.009$) idi. BYÖ-belirti sayısı ile ruhsal atflar arasında saptanan olumlu yönde bağıntılar ise ABY grubunda $r=0.419$ ($p=0.002$) ve Kontrol grubunda $r=0.233$ ($p=0.05$)'tür.

BYÖ ile gruplar arası farklılıkların belirlenmesi: Araştırmamızda üç farklı gruba uygulanan BYÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Çalışma desenine ruhsal atf ölçeğinin geçerliğini test etmek amacıyla eklenen MDB grubu hastalarda, ruhsal atf ölçeğinden alınan puanların Kontrol grubunda yer alan kişilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir (MDB'de ort.=42.54 S=11.11, Kontrol'de ort=33.39 S=8.32, $p=0.001$). Bedensel atf ölçeğinden alınan puanların ABY grubunda yer alan hastalarda ve normalleştiren atf ölçeğinden alınan puanların Kontrol grubunda yer alan kişilerde diğer gruplardaki hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak doğrulanmamıştır. Bildirilen BYÖ-belirti sayısı MDB grubunda en yüksek düzeydedir (ort=10.77 S=2.78) ve bu ortalama diğer iki grubun ortalamalarından yüksektir ($p<0.001$).

BYÖ alt ölçeklerinin geçerlik çalışmasına katkıda bulunabileceği düşünülerek geçmişinde bedensel hastalık olanların daha fazla bedensel atf yapacakları hipotezini test etmek amacıyla bağımlı değişkeni normalleştiren atflar, ruhsal atflar ya da bedensel atflar ölçeğinden alınan puan

ortalamaları olan üç ayrı 2 (ABY veya Kontrol grubu) X2 (bedensel hastalık öyküsü olan-olmayan) faktörlü ANOVA yapılmıştır (Tablo 5). Bu analizler sonucunda, yalnızca bağımlı değişkeni bedensel atf puan ortalaması olan 2 X 2 ANOVA analizinde test edilen hipotezi doğrular nitelikte, bedensel hastalık öyküsü temel etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1.120)=7.517$, $p=0.007$).

G venilirlik Bulguları

BYÖ alt ölçeklerinin iç tutarlılık analizi için Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ve madde-toplam bağıntıları hesaplanmıştır. Normalleştiren atf alt ölçeği için alfa=0.86, madde-toplam puan bağıntıları 0.394-0.624 arasında; ruhsal atf ölçeği için alfa=0.87, madde-toplam puan bağıntıları 0.348-0.656 arasında; bedenselleştiren atf ölçeği için alfa=0.87, madde-toplam puan bağıntıları 0.353-0.659 arasında bulunmuştur. Her üç ölçeğin iç tutarlılık katsayıları 0.85'in üzerindedir ve bu değerler oldukça güvenilir kabul edilmektedir.

BYÖ'ye Türkçe uyarılma sırasında eklenen ve "göğüste sıkışma hissi" belirtisine yapılan atfları ölçen 14. sorunun madde-toplam puan bağıntıları, normalleştiren atflar ölçeği için $r=0.522$, ruhsal atflar ölçeği için $r=0.539$ ve bedensel atflar ölçeği için $r=0.623$ olarak saptanmıştır. Bu maddenin ölçek dışında bırakılması halinde her üç ölçeğin de ölçülen güvenilirlik katsayılarında düşüş olmaktadır. Güvenilirlik katsayıları, normalleştiren atf ölçeği için $r=.856$ iken $r=.846$ 'ya, ruhsal atf ölçeği için $r=.868$ iken $r=.859$ 'a ve bedensel atf ölçeği için $r=.867$ iken $r=.852$ 'ye düşmektedir. Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde BYÖ'nün Türkçe uyarılmasında her bir alt ölçeğin 14 maddeden oluşmasının, ölçeğin güvenilirliğini artırdığı sonucuna varılabilir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada Belirti Yorumlama Ölçeği'nin Türkçe uyarılmasının geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Robbins ve Kirmayer (1991) BYÖ'nün faktör yapısının birinci faktörde 13 ruhsal atf maddesinden, ikinci faktörde 13 bedensel atf maddesinden ve üçüncü faktörde 13 normalleştiren atf maddesinden oluştuğunu göstermişlerdir. Çalışmamızda ölçeğe bir madde daha eklenmiş, ölçeğin yapı geçerliği faktör analizi ile incelendiğinde, kuramsal olarak beklenen her

biri 14 maddeden oluşan 3 farklı atıf boyutu elde edilmiştir. On üçüncü sorunun ruhsal atıf maddesinin faktör analizinde bedensel atıflar faktörüne daha yüksek oranda yüklenmiş olması göz ardı edilebilir bir bulgu olarak yorumlanmıştır. Bu soruda bedensel atıflar faktörü için gösterilen faktör yükü (0.325) ile ruhsal atıflar faktörü için gösterilen faktör yükü (0.310) birbirine yakın değerlerdir. Bu bulguyu yorumlarken önemli olan bedensel atıf faktör yükünün daha fazla olması değil, beklenen ruhsal atıf faktör yükünün kabul edilebilir düzeyde olmasıdır. Faktör analizi ile ölçeğin kuramsal faktör yapısının doğrulanması, ölçeklerde yapısal geçerliğin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir ve çalışmamızda BYÖ'nün Türkçe uyarlamasının faktör yapısı doğrulanmıştır. Ancak, çalışmamızdaki örneklem sayısı faktör analizinde önerilen her madde için en az 4-5 denek gerekliliği kuralına uymamakta ve madde/denek sayısı oranımız idealin alt sınırının altında (1/3.6) kalmaktadır. Örneklem sayısının az olmasına karşın faktör yapısının doğrulanmış olmasının, maddelerin ölçüm gücünü desteklediği yorumu yapılabilirse de bu durum çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak kabul edilmelidir. Gelecekte BYÖ kullanan ve yüksek örneklem sayısına sahip araştırmalarda faktör yapısının yeniden ele alınması uygun olacaktır.

Benzer ölçek geçerliği için ABY olan hasta grubu ile Kontrol grubuna TAÖ-20 ölçeği uygulanmıştır. Aleksitimi, kişilerin duygularını ayırt etmeleri ve sözelleştirmeleri ile ilişkili bir özellik olarak tanımlandığından, çalışmamızda TAÖ-20'de yüksek puan alan katılımcıların BYÖ'de ruhsal atıf puanlarının düşük olacağı varsayılmıştır. Bağıntı analizi sonucunda ise aleksitimi puanlarının ruhsal atıflar ile orta-düşük derecede olumlu yönde bağlantı gösterdiği ($r=0.259$) saptanmıştır. Aleksitimi ile ruhsal atıfların bağlantı gösterebileceği, Kirmayer ve Robbins (1993) tarafından da gösterilmiştir. TAÖ-26'nın alt ölçeklerinin etkileştiği hastalık algısı faktörlerini inceledikleri çalışmalarında TAÖ-26 ile BYÖ'den elde edilen ruhsal atıf puanlarının bağlantısı $r=0.23$ olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada TAÖ-26 puanlarını yordayan sosyodemografik değişkenler, tıbbi hastalık öyküsü ve bedensel/depresif belirti sayıları kontrol edildiğinde bile, ruhsal atıf puanları aleksitimi puanlarının önemli bir yordayıcı olarak dikkat çekmiştir.

Çalışmamızda TAÖ-20'nin bedensel atıf puanları ile olumlu yönde bağlantı gösterdiği saptanmış ($r=0.369$), aleksitimi puanları ile normalleştiren atıflar arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır. Her üç BYÖ alt ölçeğinin TAÖ-20 ile ölçülen aleksitimi puanları ile bağlantıları bir arada ele alındığında, aleksitimik özellikleri baskın olan kişilerin bedensel belirtileri için ortam koşullarına duyarlı normalleştiren atıflar yerine bedensel veya ruhsal sorunlara işaret eden patolojik atıfları seçtikleri söylenebilmektedir. Ancak böyle bir sonuca varmadan önce TAÖ'nün aleksitimi kavramını ölçmedeki geçerliğini sorgulamak gerekebilir. Sifneos (1991), aleksitimi kişilik özelliğini ölçmedeki kullanılan kendini değerlendirme ölçekleri arasında TAÖ-20'yi (Bagby ve ark. 1994) önermektedir ancak, Kirmayer ve arkadaşları (1994) bir kendini değerlendirme ölçeği olan TAÖ'nün aleksitimi gibi kişide yokluğuyla tanımlanan bir kavramı ölçmede ne ölçüde başarılı olacağını sorgulamaktadırlar. Aleksitimi tanımından yola çıkarak BYÖ geçerlik çalışmasında bir ölçüt olabileceğini düşündüğümüz TAÖ-20 ile bu çalışmada elde ettiğimiz bulguların, aleksitimi ölçümlerine getirilen bu eleştiriler nedeniyle dikkatli yorumlanması gerektiğini düşünüyoruz.

BYÖ'de sorgulanan bedensel belirtilerin son 3 ayda yaşanıp yaşanmadığı sorusuna verilen yanıtlarından yararlanılarak hesaplanan belirti sayıları BYÖ'nün ölçüt bağlantılı geçerliği için kullanılmıştır. Katılımcıların bildirdiği BYÖ-belirti sayısının en yüksek bağlantısı, bedensel atıf ölçeği ile gözlenmiştir. ABY grubu için bu bağlantı $r=0.552$ iken sağlıklı kişiler için $r=0.308$ 'dir. Robbins ve Kirmayer (1991), BYÖ geçerlik çalışmasında sağlıklı kişilerin (tıp ve sosyoloji öğrencileri) atıf ölçeklerinden aldıkları puanlar ile bedensel ve depresif belirti rapor etmelerinin ilişkisini değerlendirmişler ve bedensel belirti bildirme ile bedensel atıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda Kontrol grubunda izlenen bağlantı ABY grubunda izlenen bağlantıdan daha düşük olarak saptanmakla birlikte her iki grupta da bedensel belirti bildirilmesi ile bedensel atıf yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bağlantılar izlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcılarca bildirilen ruhsal atıflar ile BYÖ-belirti sayısı arasında da olumlu

yönde bağıntı saptanmıştır. Bu bağıntılar ABY grubunda $r=0.419$, Kontrol grubunda $r=0.233$ 'tür. Robbins ve Kirmayer'in (1991) çalışmasında sağlıklı kişilerde ruhsal atıflar ile bedensel belirti bildirme arasındaki bağıntı $r=0.30$ olarak bulunmuştur. Bu bulgular ışığında bedensel belirti bildirimi ile hem ruhsal hem de bedensel atıfların olumlu yönde bir ilişkisi olduğu söylenebilir. Normalleştirilen atıflar ile bedensel belirti bildirimi arasında ise Robbins ve Kirmayer'in çalışmasında olduğu gibi çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

BYÖ'nün alt ölçekleri ile gruplar arası farklılıkların belirlenmesi amacıyla ABY, MDB ve Kontrol gruplarına ölçek uygulanmıştır. Çalışmamızda MDB grubu hastalarda ruhsal atıf ölçeğinden alınan puanların Kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişilerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir. MDB grubunda yer alan hastalar ruhsal yakınmaları ile doğrudan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar olduklarından bu grup hastada ruhsal atıfların yüksek olması, beklenebilecek bir özelliktir. Duddu ve arkadaşları (2003), BYÖ ile gerçekleştirdikleri benzer bir çalışmada, somatoform bozukluk tanısı olan hastaların daha yüksek bedensel atıf puanları, depresif bozukluk grubunda yer alanların daha yüksek ruhsal atıf puanları ve kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişilerin diğer iki grupta yer alan katılımcılardan daha yüksek normalleştirilen atıf puanları aldıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer ilginç bulgu, MDB grubunda bedensel belirti sayısı bildirimini diğer gruplardan daha yüksek olarak saptanmasıdır. Bu bulgulardan yola çıkarak psikiyatri polikliniğine başvurup MDB tanısı alan kişileri, ABY grubu hastalardan farklılaştıran özelliğin bildirilen bedensel belirti sayısı değil belirtiler için yapılan ruhsal atıflar olduğu söylenebilir.

Bedensel atıf ölçeğinden alınan puanların ABY grubunda MDB grubu ve Kontrol grubundan daha yüksek olduğu gözlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Çok sayıda belirti bildirimi ile tanımlanan 'fonksiyonel somatizasyon' grubunda yer alan hastaların atıf biçimleri, yazında kısıtlı sayıda çalışmada yer almaktadır ve bulgular çelişkilidir. Robbins ve Kirmayer (1991), açıklanamayan bedensel yakınmaları olan hasta grubunda normalleştirilen atıfların düşük, ruhsal atıfların yüksek

oranda kullanıldığını saptamışlardır. Bu grup hastada belirti sayısı ile bedensel atıflar arasında bağıntı gösteremeyen araştırmacılar, bu bulguları bir arada değerlendirdiklerinde ABY olan hastaların belirtileri için patolojik atıflar yaptıkları ancak bu patolojik atıfların bedensel atıf yönünde yanlılık içermediği sonucuna varmışlardır. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu doğrultudadır; bedensel atıf ortalamaları hasta grupları ve Kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir.

BYÖ'nün geçerlik çalışmasında (Robbins ve Kirmayer 1991) sağlıklı gruplarda normalleştirilen atıf alt ölçeğinden alınan puanlar diğer atıf puanlarından yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda normalleştirilen atıf alt ölçeği puanları, Kontrol grubunda ABY ve MDB gruplarındaki puanlardan daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak doğrulanmamıştır. Beklendiği oranda kuvvetli saptanamayan bu özelliği çalışmamızda yer alan sağlıklı grubun özellikleriyle açıklamak olasıdır. Çalışmamızda cinsiyet, yaş ve eğitim gibi demografik değişkenler açısından hasta gruplarıyla eş özellikler taşıyan bir Kontrol grubu oluşturulmuştur. Bunun sonucu olarak çalışmamızda % 59.2'si ilköğretim mezunu, % 65.1'i ev dışında çalışmayan, yaş ortalaması 39.31 ve %87.3'ü kadın olan kişiler yer almıştır. Robbins ve Kirmayer (1991)'in çalışmalarında bedensel belirtiler için yüksek normalleştirilen atıf yaptığı bildirilen sağlıklı katılımcılar ise genç, erkek-kadın dağılımı eşit olan üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Çalışmamızda klinik dışı örneklemde normalleştirilen atıfların yüksek oranda kullanıldığını gösterememiş olmamız BYÖ'nün normalleştirilen alt ölçeğinin Türkçe geçerliği açısından önemli bir kısıtlılıktır. Gelecekteki çalışmalarda farklı örneklem özelliklerine sahip gruplarda BYÖ normalleştirilen alt ölçeğinin geçerlik çalışmalarının yeniden yapılmasını önermekteyiz.

Bu çalışmada, BYÖ alt ölçeklerinin ayırt edici özelliklerini göstermek üzere test edilen bir diğer varsayım tıbbi geçmişinde bedensel hastalık olan kişilerin bedensel atıfları daha fazla yapacaklarıdır. Yapılan analizler sonucunda hem ABY hem de Kontrol grubunda, geçmişinde bedensel hastalık öyküsü olan katılımcıların bedensel atıf puan ortalamaları, geçmişinde bedensel hastalık öyküsü olmayan katılımcıların bedensel atıf puan ortalamalarından anlamlı derecede yük-

sek bulunmuştur. Ruhsal atıf ve normalleştirilen atıf puanları, katılımcıların geçmiş bedensel hastalık öykülerinden etkilenmemiştir. Robbins ve Kirmayer (1991), yalnızca hasta grubunda yaptıkları analizlerde bedensel atıfları yordamada geçmiş akut ve kronik fiziksel hastalık öyküsü ve yaşı etkili bulmuşlar ancak cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyinin etkisi kontrol edildiğinde bu etkinin ortadan kalktığını rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi eş gruplarda bedensel hastalık öyküsü varlığının bedensel atıfları etkileyen bir değişken olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda BYÖ'nün alt ölçeklerinin güvenilirliği iç-tutarlılık analizi ile saptanmış ve yüksek derecede güvenilir Cronbach alfa değerleri elde edilmiştir. BYÖ'ye Türkçe uyarlama sırasında eklenen ve "göğüste sıkışma hissi" belirtisine yapılan atıfları ölçen 14. sorunun ölçeğin güvenilirliğine olumlu katkı sağlayacağı gösterilmiştir. Bu maddenin ölçeğe eklenmesinin getireceği kuramsal katkı ise çok daha önemlidir. Ölçekte bu maddenin varlığının Türkiye evreninde bedensel belirtileri sorgulayan araştırmalarda yüksek oranda dile gelen "göğüste sıkışma hissi" yakınmasının ruhsal ve bedensel arka planının bir arada anlaşılmasına ve değerlendirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Robbins ve Kirmayer (1991), BYÖ alt ölçeklerinin birbirleriyle olan bağıntılarını incelediklerinde; ruhsal atıfları, bedensel atıflar ($r=0.39$) ve normalleştirilen atıflar ile ($r=0.23$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bağıntılı bulmuşlardır. Bedensel atıflar ile normalleştirilen atıflar arası ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir bağıntı ($r=0.19$) olarak gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda alt ölçekler arasında yüksek bağıntılar elde edilmiştir. Ruhsal atıf ölçeği ile bedensel atıf ölçeği arasında $r=0.653$, bedensel atıf ölçeği ile normalleştirilen atıf ölçeği arasında $r=0.547$ ve ruhsal atıf ölçeği ile normalleştirilen atıf ölçeği arasında $r=0.594$ değerinde bağıntılar bulunmuştur. Ölçekler arası bağıntıların yüksek oluşu "psikosomatik şema"ya sahip olma (Robbins ve Kirmayer 1991) özelliğine bağlı olabilir. "Psikosomatik şema" kavramı ile kişilerin daha önceki ruhsal ve bedensel hastalık deneyimlerinden yola çıkarak duygularını bedensel belirtilerle ilişkilendiren "psikosomatik" bir bilişsel şemaya sahip olabilecekleri öne sürülmektedir.

Bu şemaya sahip olan kişilerin belirti atıflarının yalnızca bedensel ya da yalnızca ruhsal atıf olarak ayırlamayacağı ve atıfların her iki alanı kapsayabileceği vurgulanmaktadır. Ancak ölçekler arası bağıntılar elde edilmesi, altta yatan bir anksiyete bozukluğu ya da endişeye yatkınlık (nörotisizm) özelliğine sahip olma ve bunun sonucu olarak her koşulda sorun bildirmeye de bağlı olabilir (Costa ve McCrae 1985). Çalışmamızda normalleştirilen atıf ölçeğinin de bedenselleştiren ve ruhsallaştıran atıf ölçekleriyle aynı yönde bağıntı gösteriyor oluşu bu ikinci yorumu destekler niteliktedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda her koşulda sorun bildirmeye eğilimli olabilecek katılımcıların etkisini denetleyebilmek için nörotisizm özelliği yönünden değerlendirilmeleri ve bu ölçümlerin istatistiksel analizlerde kontrol değişkeni olarak kullanılması BYÖ'den daha anlamlı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilecektir.

Robbins ve Kirmayer, BYÖ'nün geçerlik çalışmaları sırasında atıf ölçekleri arası bağıntıları azaltmak amacıyla her bir bedensel belirti için çoktan seçmeli (forced-choice) yanıt seçenekleri kullanmayı da denemişlerdir. BYÖ yanıt seçeneklerini çoktan seçmeli olarak hazırladıkları ve üniversite öğrencileri örnekleminde yapılan bir çalışmada alt ölçeklerin güvenilirliğinde anlamlı derecede azalma olmuştur (Robbins ve Kirmayer 1991, 2. çalışma). BYÖ yanıt seçeneklerini çoktan seçmeli olarak hazırladıkları bir diğer çalışmada ise (Robbins ve Kirmayer 1991, 3. çalışma) aile hekimliği kliniklerine başvuran hastalarla çalışılmış ve daha kabul edilebilir güvenilirlikler elde edilmiştir (normalleştirilen atıf ölçeği için 0.65, ruhsal atıf ölçeği için 0.82, bedensel atıf ölçeği için 0.63). BYÖ kullanan diğer araştırmacıların her iki yanıtlama biçimini de kullanabildikleri görülmektedir (Kessler 1999, Bower 2000). Çalışmamızda elde edilen güvenilirlikler yeterli-yüksek düzeydedir ve atıf puanlarının araştırma desenlerinde kullanılmak üzere ölçülmesi hedeflendiğinde ölçeğin, katılımcıları çoktan seçme durumunda bırakmadan, her bir atıf için ayrı ayrı derecelendirme istenecek şekilde kullanılmasını önermekteyiz. Ancak yapılacak araştırmalarda kişileri atıf biçimlerine göre gruplandırmak amaçlanırsa, yanıtların çoktan seçmeli olarak istenmesi daha uygun sonuçlar verebilecektir. Gelecekteki çalışmalarda çalışmamızda denenmemiş olan bu yanıtlama tarzının seçilmesi duru-

munda araştırmacıların BYÖ alt ölçek güvenilirliklerini ayrıca hesaplamaları gerekeceği unutulmamalıdır.

Sonuç olarak bu çalışma ile BYÖ'nün Türkçe uyarlanmasının, normalleştiren atıf alt ölçeğinin sınırlılıkları gözönünde tutularak, geçerli ve gü-

venilir bir ölçüm aracı olduğunu söyleyebilmekteyiz. Belirti atıflarının saptanmasına olanak veren bu ölçek ile yapılacak araştırmalarla ülkemizde bedenselleştirmenin kliniğe yansıma biçimlerinin (Bridges ve Goldberg 1985, Kirmayer ve Robbins 1991) aydınlatılması söz konusu olabilecektir.

KAYNAKLAR

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 38:23-32.

Barsky AJ, Klerman GL (1983) Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 140: 273-283.

Beştepe E (1997) 20 soruluk TAS: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Bower P, West R, Tyleec A ve ark. (2000) Symptom attribution and the recognition of psychiatric morbidity. *J Psychosom Res* 48: 157-160

Bridges RW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 29 (6): 563-569.

Costa PT, McCrae RR (1985) Hypochondriasis, neuroticism, and aging. *Am Psychol* 40: 19-29.

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973) SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9: 13-27.

Derogatis (1992) The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.

Duddu V, Chaturvedi SK, Isaac MK (2003) Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders: a study from banglore, India. *Psychopathology* 36: 98-103.

Gibson JJ (1979) The Ecological Approach to Visual Perception. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Kellner R (1990) Somatization, theories and research. *J Nerv Ment Dis* 178: 150-160.

Kessler D, Lloyd K, Lewis G ve ark. (1999) Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 318: 436-440.

Kirmayer LJ, Robbins JM (1991) Three forms of somatization in primary care: Prevalance, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 179: 647-655.

Kirmayer LJ, Robbins JM (1993) Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics* 34: 41-52.

Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J (1994) Somatoform Disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol* 103: 125-136.

Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM (1994) Symptom attribution in cultural perspective. *Can J Psychiatry* 39 (10): 584-595.

Kleinman A (1988) The Inness Narrative: Suffering healing and the human conditions. New York, Basic Books.

Kolk AMM, Hanewald GJFP, Schagen S ve ark (2002) Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: a symptom-perception approach. *J Psychosom Res* 52: 35-44.

MacLeod AK, Haynes C, Sensky T (1998) Attributions about common bodily sensations: their associations with hypochondriasis and anxiety. *Psychol Med* 28: 225-228.

Mirdal GM (1985) The condition of "tightness": the somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatr Scand* 71: 287-296.

Nemiah JC (1988) Psychoneurotic Disorders, The New Harvard Guide to Psychiatry, Nicholi AM Jr. (Ed), Massachusetts, Harvard College, 234-258.

Nichter M (1981) Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from India. *Cult Med Psychiatry* 3: 379-408.

Pennebaker JW, Watson D (1991) The Psychology of Somatic Symptoms, Current Concepts of Somatization, LJ Kirmayer, JM Robbins (Eds), Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 21-36.

Pribor EF, Dinwiddie SH (1992) Psychiatric correlates of incest in childhood. *Am J Psychiatry* 149: 52-56.

Robbins JM, Kirmayer LJ (1991) Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med* 21: 1029-1045.

Robbins JM, Kirmayer LJ (1996) Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychol Med* 26:575-589.

Rogers MP, Reich P (1988) Psychosomatic Medicine and Consultation- Liasion Psychiatry, The New Harvard Guide to Psychiatry, Nicholi AM Jr. (Ed), Massachusetts, Harvard College, 387-417.

Savaşır I (1994) Ölçek uyarlanmasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi* 9(33): 27-32.

Sifneos PE (1991) Affect, emotional conflict and deficit: an Overview. *Psychother Psychosom* 56: 116-122.

Simon GE (1991) Somatization and Psychiatric Disorders. Current Concepts of Somatization, LJ Kirmayer, JM Robbins (Ed) Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 37-62.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu SCID Kullanma Kılavuzu, İzmir, Ege Üniversitesi Yayınları.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1987) Structured Clinical Interview For DSM-III-R. Washington DC, American Psychiatric Press.

şahin NH, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 9(31): 44-56.

Taylor GJ, Ryan D, Bagby R ve ark. (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 44: 191-199.

Belirti Yorumlama İçe i (BY)

Aşağıda sıralanan durumlar daha önce yaşadığınız durumlar olabileceği gibi daha önce hiç başınıza gelmemiş de olabilir. Her bir durum için aşağıda verilmiş olan her bir nedenin karşısında yer alan rakamları, bu nedenin sizin durumunuzu ne kadar açıkladığını düşünerek yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu durumu son 3 ay içinde yaşıyor yaşamadığınızı da **A (evet) ya da B (hayır)** seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm soruları her bir seçenek için tek tek yanıtlayınız. **1 (Hiç) 2 (Biraz) 3 (Orta) 4 (Çok) 5 (Pek çok)**

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
1- Uzun süren baş ağrım olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
1a Duygusal olarak sıkıntılıyım	1	2	3	4	5
1b Kaslarım, sinirlerim ya da beynimde bir sorunum var	1	2	3	4	5
1c Yüksek bir ses, parlak bir ışık ya da benzer bir şeyler beni huzursuz etmiş olmalı Son üç ay içinde uzun süren baş ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
2- Çok terlersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
2a Ateşim ya da bir enfeksiyonum olmalı	1	2	3	4	5
2b Endişeli ya da sinirliyim	1	2	3	4	5
2c Oda çok sıcak, üstüm kalın ya da çok çalışıyor olmalıyım Son üç ay içinde çok terlediğinizi fark ettiğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
3- Aniden başım dönerse muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
3a Kalbim ya da tansiyonum var	1	2	3	4	5
3b Yeteri kadar yemedim ya da çok hızlı ayağa kalktım	1	2	3	4	5
3c Çok stres altında olmalıyım Son üç ay içinde aniden başınız döndü mü? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
4- Ağız kuruluğum olduğunu fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
4a Tükürük bezlerim ile ilgili bir sorun olmalı	1	2	3	4	5
4b Bir şeylerden kaygılanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
4c Daha çok su almaya ihtiyacım var Son üç ay içinde ağız kuruluğunuz oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
5- Kalbim göğsümden fırlayacak gibi çarparsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
5a Kendimi çok yordum ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
5b Gerçekten heyecanlanmış ya da korkmuş olmalıyım	1	2	3	4	5
5c Kalbimde bir sorun olmalı Son üç ay içinde çarpıntınız oldu mu? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
6- Kendimi yorgun hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
6a Duygusal olarak tükenmişim ya da cesaretim kırılmış	1	2	3	4	5
6b Kendimi yordum ya da yeterince hareket yapmıyorum	1	2	3	4	5
6c Kansızım ya da kanım yetersiz Son üç ay içinde kendinizi yorgun hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5
7- Elimin titrediğini fark edersem muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
7a Sinir sistemimle ilgili bir sorunum olabilir	1	2	3	4	5
7b Çok sinirliyim	1	2	3	4	5
7c El kaslarımı yordum Son üç ay içinde elinizin titrediğini farkettiliniz mi? A- Evet B- Hayır	1	2	3	4	5

	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Pek çok
8- Uyuma güçlüğü çekiyorsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
8a Ağrı ya da fiziksel rahatsızlık beni uyutmuyor	1	2	3	4	5
8b Yorgun değilim ya da çok kahve içtim	1	2	3	4	5
8c Çok endişeliyim ya da bir şeylere sinirlenmiş olmalıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde uyuma güçlüğünüz oldu mu ? A- Evet B- Hayır					
9- Midem ağrırsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
9a Kendimi endişeden hasta ettim	1	2	3	4	5
9b Grip ya da mide rahatsızlığım var	1	2	3	4	5
9c Bana dokunacak bir şeyler yedim	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde mide ağrınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
10- İştahım kaçarsa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
10a Çok yiyordum ya da şu an vücudumun eskisi kadar besine ihtiyacı yok	1	2	3	4	5
10b Öylesine endişeliyim ki eskisi gibi yemeklerin tadını alamıyorum	1	2	3	4	5
10c Midemde ya da bağırsaklarımda bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde iştahsızlığınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
11- Nefessiz kalırsam muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
11a Akciğerlerimde ya da kalbimde bir sorun var	1	2	3	4	5
11b Oda havasız ya da hava kirliliği var	1	2	3	4	5
11c Çok heyecanlı ya da kaygılıyım	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde nefessiz kaldığınız oldu mu? A- Evet B- Hayır					
12- Ellerimde ya da ayaklarımda uyuşma, karıncalanma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
12a Duyusal stres altındayım	1	2	3	4	5
12b Sinir sistemimde ya da kan dolaşımda bir sorun var	1	2	3	4	5
12c Üşüyorum ya da elim ayağım dondu	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde ellerinizde ya da ayaklarınızda uyuşma, karıncalanma hissettiniz mi? A- Evet B- Hayır					
13- Kabızlığım ya da bağırsak düzensizliğim olursa muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
13a Yediklerim arasında yeterince meyve ve lifli besinler yok	1	2	3	4	5
13b Sinirsel gerilimim düzenli tualete çıkmama engel oluyor	1	2	3	4	5
13c Bağırsaklarımla ilgili bir sorun var	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde kabızlık ya da bağırsak düzensizliğiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					
14- Göğsümden bir sıkışma hissedersen muhtemelen şu nedenle olduğunu düşünürüm:					
14a Kalp krizi geçiriyorum	1	2	3	4	5
14b Çok korktum ya da heyecanlandım	1	2	3	4	5
14c Kendimi çok yordum	1	2	3	4	5
Son üç ay içinde göğsünüzde bir sıkışma hissiniz oldu mu? A- Evet B- Hayır					