

# Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme

## SOMATIZATION IN FEMALE PATIENTS: A MULTI-DIMENTIONAL ASSESSMENT

Ömer ÇERMİK\*, Abdülkadir ÇEVİK\*\*, Atilla SOYKAN\*\*\*, Orhan AKSAKAL\*\*\*\*

\* Psikiyatri Asistanı, Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, New Haven, A.B.D.

\*\* Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

\*\*\* Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

\*\*\*\* Opr.Dr., Dr.Zekai Tahir Burak Doğumevi, ANKARA

### Özet

Somatizasyon, altta yatan bir psikiyatrik, psikolojik ya da sosyal sorunun tıbbi açıklaması yapılmayan bedensel yakınmalarla anlatımı olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi yardım arama davranışı da somatizasyon için gerekli bir koşul sayılmaktadır. Bu araştırmada, somatizasyonun sık görüldüğü düşünülen bir kadın hastalıkları polikliniğine başvuran 252 hastada, tıbbi açıklaması yapılamayan bedensel belirtiler, depresyon düzeyi, iş-güç kaybı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Örneklem grubunda bedensel belirti sayısı arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Bir başka deyişle, somatizasyon, depresyonu maskeleyememektedir. Somatizasyon, düşük sosyokültürel düzey, eğitimsizlik ve kırsal bölgede yetişmiş olmakla ilişkili görülmektedir. Sonuçlar, başta somatizasyon ve depresyon olmak üzere, temel sağlık hizmetlerinde görülen psikiyatrik durumların oldukça yoğun olduğunu doğrulamaktadır. İhmal edilmiş bir sorun alanı sayılabilecek bu konuya ilişkin neler yapılabileceği üzerine başka araştırmalara da gereği olduğu açıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Somatizasyon, Depresyon, Kadın

T Klin Psikiyatri 1999, 1:68-78

### Summary

Somatization is defined as a tendency to experience and communicate somatic distress and somatic symptoms unaccounted for by pathological findings, and to seek medical help for them. Presented here is an assessment of the medically unexplained symptoms of 252 female outpatients admitted to a gynecological facility working on a primary health care basis. The highly significant correlation between somatization and depression suggests that, somatic symptoms cannot actually "mask" the depression. Somatization is related to lower socio-cultural and educational levels and also having been raised in rural Turkey. The results as a whole, confirm the observation that there is a vast number of psychiatric morbidity in the primary health care facilities. Further research is probably needed to find out what could be done for this neglected problem area.

**Key words:** Somatization, Depression, Female

T Klin J Psychiatry 1999, 1:68-78

Psikiyatrinin tarihsel gelişimi incelenecek olursa, geçmişte hekimleri psikiyatri ile ilgilenmeye iten en önemli olgulardan birinin, tıbbi açıklaması yapılamayan bedensel yakınmalarla başvuran hastalar ve bunların altında yatan psikososyal etkenler olduğu görülür (1). Temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %10'luk bir bölümünün tüm doktor muayenelerinin üçte birini ve tüm hastane yatış günlerinin yarısını kullanmakta olduğu

gösterilmiştir. Bu olguların en az beşte birinin "somatizasyon bozukluğu" tanısı alabileceğinin saptanması bu çalışmanın en ilginç ve psikiyatriyi ilgilendiren yönlerinden birini oluşturmaktadır (1).

Fiziksel açıklaması yapılamayan tüm bedensel belirtiler somatizasyon değildir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı bireylerin %80'inde, son bir hafta içinde, bir ya da daha fazla belirti sergiledikleri saptanmıştır (2). Bunlara "gelip-geçici bedensel belirtiler" adı verilebilir. Öte yandan, somatizasyon hastaları, bu şikayetlerini algılar, yorumlar, hastalığa atfeder ve en önemlisi de tıbbi yardım arama davranışı gösterir (3). Bu özellik sınıflandırmalarda da vurgulanmaktadır (4).

**Yazışma Adresi:** Dr.Atilla SOYKAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri AD

Dikimevi, ANKARA

Somatizasyon terimi ilk kez 1943 yılında Stekel tarafından önerilmiştir. Onu takiben çeşitli yazarlar somatizasyonu çeşitli şekillerde tanımlamışlardır. Son yıllarda bu tartışmalar yeniden canlanmasına rağmen, her yazarın üzerinde anlaştığı bir tanıma ulaşamamıştır. Tartışmaların içeriğine bakıldığında somatizasyon, konversiyon, psikosomatik hastalıklar ve hipokondriyak kaygılar arasındaki farkların üzerinde yeterince durulmadığı görülmektedir (5). Bugün somatizasyon birçok şekilde hekimin karşısına çıkabilen veya birçok değişik klinik olgunun bir parçası olabilen (somatoform bozukluklar, depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu ve hatta fiziksel hastalıkların üzerine eklenmiş olarak) bir durum olarak görülmektedir. En yaygın kabul gören tanım ise Lipowski tarafından yapılan tanımdır (6). Lipowski'ye göre somatizasyon (bedenselleştirme), altta yatan bir psikiyatrik, psikolojik ya da sosyal sorunun tıbbi açıklaması yapılamayan bedensel yakınmalarla anlatımıdır. En sık bildirilen yakınma ağrıdır (sırt, karın, baş, göğüs, kasık). Ayrıca yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı ve çarpıntı da sık bildirilen yakınmalardandır. Dikkat çekilen önemli noktalardan birisi de bir hastada somatizasyonun olması o hastada gerçek bir bedensel hastalığın birlikte bulunmayacağı anlamına gelmediğidir. Bu nedenle somatizasyon hastalarının ilk değerlendirmelerinde dikkatli olunmalıdır (3). Bedenselleştirme olarak değerlendirilebilecek belirtiler multipl skleroz veya sistemik lupus eritematozus gibi henüz tanı almamış organik bir bozukluğun ilk belirtileri olabilirler.

Depresyon ve somatizasyon arasındaki birliktelik ve yakın ilişki pek çok yazar tarafından vurgulanmaktadır. Angel ve Thoits'e göre hoş olmayan, depresif duyular hissedildiği zaman bireyin bu duyularını nasıl adlandıracağı, nasıl yorumlayacağı içinde yaşadığı kültürün kendisine sunduğu etkileşim biçimleri ve sözcük dağarcığı ile yakından ilişkilidir (7). Duygusal zorlanma yaşayan kişinin dikkatini bu sıkıntılara eşlik eden fiziksel belirtilere mi, yoksa ruhsal süreçlere mi yönelteceği benzer şekilde içinde bulunduğu kültürde ve aile sisteminde çoğunlukla kullanılan etkileşim biçimine bağlıdır. Öte yandan, her kültürde eğitim ve sosyoekonomik düzey azaldıkça somatizasyon sıklığı artmaktadır (8). Depresyon hastalarının  $\frac{3}{4}$ 'ünün temel sağlık hizmetlerinde tedavi edildikleri, çoğunun psikolojik değil bedensel

yakınmalarla başvurdukları bilinmektedir (9). Türkiye'de yapılan bir çalışmada bunların ancak %20'sine tanı konduğu; tanı konan olguların ise ancak %15.2'sine antidepresan başlandığı saptanmıştır. Öte yandan, bu düşük oranlara rağmen antidepresan reçetelerinin çoğunluğunun psikiyatri dışı hekimlerce yazılıyor olması, psikiyatriye başvurunun ne derece az olduğuna işaret eden dolaylı bir bulgu sayılabilir (10). Somatizasyonla başvuran hastalar, depresif belirtilerinin varlığını kabul etse bile bunu somatik şikayetlerinin bir sonucu olarak görme eğilimindedirler (11). Sorgulandıklarında, bu olgular, genellikle hangi şikayetlerinin daha önce çıktığını da ayırtıramamaktadırlar (11). Psikiyatrik tanı almaktan çekinme ise, psikiyatriye başvurmanın en önemli nedeni gibi gözükmektedir (9). Depresyon ile somatizasyon arasında gösterilen yakın ilişkiye bakarak bazı araştırmacılar, somatizasyonun depresyonla ilgili hastalıkların ayrılmaz bir parçası olduğunu, bu yüzden de bedenselleştirmenin, depresyonun tanı ölçütleri arasında yer alması gerektiğini savunmaktadırlar (12).

Somatizasyon ile ilgili yapılan kültürlerarası çalışmalarda, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde bedenselleştirmenin batılı ülkelere göre daha sık olduğu gösterilmektedir (8). Özmen Türkiye'de yapılan ve psikiyatri konsültasyonlarında konan tanılarla bildiren 12 çalışmayı incelemiş ve somatoform bozukluk oranının %1.2 ile %30.7 arasında olduğunu saptamıştır (13). Oysa, A.B.D.'de yapılan konsültasyon tanısı sıklıklarının bildirildiği bir başka çalışmada bu oran %1'in altında rastlanan tanılar arasındadır (14). Ülkemizde somatizasyonun sağlık hizmetlerinde çok yaygın ve bu nedenle çok önemli olduğu ve fakat bu olguların psikiyatriye başvurmadıkları da sık bildirilmektedir. Öte yandan, somatizasyonun psikiyatri dışı kliniklerde ne sıklıkta görüldüğünü belirleyen geniş ölçekli bir çalışmaya rastlanmaması, araştırmacıları, bir kadın doğum kliniğine başvuran hastalarla, bu çalışmayı yapmaya yöneltmiştir.

Bu araştırmadaki temel hedefler, somatizasyonun temel sağlık hizmetlerindeki yaygınlığını araştırmak, somatizasyon ile depresyon arasındaki ilişkileri değerlendirmek, çeşitli sosyodemografik ve sosyokültürel etkenlerin somatizasyonu ne oranda etkilediğini incelemek ve somatizasyonun ne derece işgücü kaybına yol açtığını saptamaktır.

## Yöntem

Bir belirtinin somatizasyon belirtisi sayılabilmesi için tıbbi yardım arayışına yol açması önemli bir gerekliliktir. Olguların çoğunluğu psikiyatri dışı kliniklere başvurmaktadır. Bu nedenle, denekler, temel sağlık hizmetleri ünitelerinden biri olan Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin jinekoloji polikliniğine Mart-Ağustos 1993 döneminde başvuran kadın hastalar arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçildi. Örnekleme alınacak hasta sayısının normal dağılım içinde evreni temsil etmesi için, t sonsuz serbestlik derecesinde ve 0.05 güvenlik düzeyinde, en az 246 deneği kapsaması gerektiği istatistiksel olarak saptandı. Toplam 252 olgu çalışmaya alındı ve hepsine bir anket uygulandı (ek 1). Obstetrik, infertilite, onkoloji hastaları çalışmaya alınmadı. Anketin ilk kısmında hastaların demografik, jinekolojik, obstetrik öykülerini, iş-güç kaybını, sağlık hizmeti kullanımını öğrenmeye yönelik sorular vardı. Sonraki kısmında ise somatizasyonu ölçme ve değerlendirmeye yönelik 34 soru yer aldı. Depresyonun ölçümünde ise en az somatik semptomu yer veren Beck depresyon envanteri kullanıldı. Sağlık hizmeti kullanım sıklığını ve rahatsızlığa bağlı iş ve güç kaybını değerlendirmeyi amaçlayan 7 soru Escobar ve arkadaşlarının benzer bir çalışmada kullandıkları soruların Türkçe'ye uyarlanmış halleriydi (15).

Beck depresyon envanteri ile Türkiye'de yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik araştırmalarında kesme noktası olarak 17 puanlık eşik değer alınması önerilmektedir (16,17). Bu araştırmalarda daha çok, üniversite öğrencileri ve psikiyatrik hastalar gibi tıbbi olmayan örneklem grupları kullanılmıştır. Fakat ciddi ya da saf depresyonu ayırtmak için 21 puanlık kesme noktası önerilmektedir. Bu çalışmada kesme noktası olarak 21 değeri alındı.

Somatizasyonu ölçen testin hazırlanmasında, DSM-III-R somatizasyon tanı ölçütleri ve yapılandırılmış klinik görüşmesi soruları ve Dr. J. I. Escobar ile yazılarak kendi araştırmalarında kullandıkları sorulardan yararlanılmıştır. Sonuçta 34 maddelik yalnızca somatik semptomları ölçen bir ölçek geliştirilmiştir (ek 1). Her belirti evet ve hayır olarak yanıtlanmış, evet yanıtı verilen her belirtinin

ise sorumlu hekim tarafından, gerekirse tetkikler yaparak, organik olup-olmadığının not edilmesi sağlanmıştır. Hekimler hastalar hakkındaki değerlendirmelerini yaparken öykü ve muayene bulgularını, %70.6'sında buna ek olarak çeşitli laboratuvar incelemelerini gerekli görmüşlerdir. Bu ölçekten 2 farklı değer elde edilmiştir; toplam belirtisi sayısı (TBS), anket formunda yer alan bedensel belirtiler listesi içinden bir hastada mevcut olan bütün belirtilerin (organik veya değil) toplamıdır; bedenselleştirilen belirti sayısı (BBS) ise bir hastada bulunan bütün belirtiler arasında, hastayı gören hekimlerce, öykü, muayene ve tetkikler sonucuna organik olmadığı bildirilen belirtilerin sayısıdır.

Verilerin işlenmesi ve çözümlenmesi SSPS/PC+ programı ile yapılmıştır. Kullanılan istatistiksel yöntemler bulgularla birlikte belirtilmiştir.

## Sonuçlar

### Sosyodemografik özellikler

Araştırmaya alınan 252 hastayla ilgili başlıca demografik özellikler Tablo 1'de sunulmuştur. Tablodan da görüldüğü gibi hastaların çoğunluğu 20-39 yaş grubunda, evli, ortalama ilköğretim seviyesinde eğitim görmüş ve genellikle bir köy veya kasabada doğmalarına karşılık uzun bir süredir Ankara'da oturmakta olan kadınlardır.

### Jinekoloji polikliniğinde çalışan hekimlerin örneklem grubundaki hastalarıyla ilgili değerlendirmeleri

Hekimler, "... hastanızda organik bir hastalık var mı" sorusunu, hastaların %74.2'si için "var", %24.2'si için "yok" şeklinde yanıtlamışlardır. Hekimlere göre organik hastalığı olmayan (tanı almayan) hastaların bedenselleştirilen belirti sayısı (BBS) ortalaması 11.5 iken organik hastalığı olanların BBS ortalaması 8.9'dur ( $t=2.69$   $p<0.01$ ). "Sizce hastanın şikayetlerinin tümü bu tanıyla açıklanabilir mi" sorusunu ise, hekimler, hastaların %63.5'i için "hayır", %16.7'si için "evet" şeklinde cevaplamışlar, hastaların %19.8'i içinse bu soru yanıtız bırakılmıştır. Şikayetlerinin tümü aldıkları tanıyla açıklanabilen hastaların BBS ortalaması 3.9 iken, açıklanamayanların ortalaması 11.3'tür ( $t=13.04$   $p<0.001$ ). Klinik olarak hekimin somatizasyon olduğunu düşündüğü olgular ile olmadığını düşündüğü olgular arasındaki BBS puanları

**Tablo 1.** Araştırmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri (N=252)

Yaş ortalaması (yıl)	32.2 (SS: 101.)
Yaş grupları	
<20	16 (%6.4)
20-29	97 (%38.6)
30-39	86 (%34.3)
40-49	36 (%14.3)
50-59	12 (%4.8)
>59	4 (%1.6)
Medeni durum	
Evli	223 (%88.5)
Bekar	22 (%8.7)
Boşanmış	5 (%2.0)
Eşi ölmüş	2 (%0.8)
Okula gidilen yıl ortalaması	6.2 (SS: 4.4)
Eğitim	
Yok	51 (%20.2)
İlk	111 (%44.0)
Orta	25 (%9.9)
Lise	42 (%16.7)
Yüksek	23 (%9.1)
Doğum yeri	
Ankara/başka büyük kent	63 (%25.0)
Kent	33 (%13.1)
Kasaba	71 (%28.2)
Köy	84 (%33.3)
Yurtdışı	1 (%0.4)
Ankara'da yaşama süresi	
Ankara doğumlu	57 (%22.6)
<1 yıl	5 (%2.0)
1-4 yıl	19 (%7.5)
5- yıl	37 (%14.7)
>10 yıl	115 (%45.6)
Ankara'da yaşamıyor	19 (%7.5)
Bir işte çalışanlar	57 (%22.6)
Ortalama evlilik süresi	13.7 (SS: 9.7)
Evlilik süresi grupları	
Evli değil	26 (%10.3)
<1 yıl	10 (%4.0)
1-4 yıl	31 (%12.3)
5-9 yıl	49 (%19.4)
>10 yıl	136 (%54.0)
Ortalama çocuk sayısı	2.2 (SS: 1.5)

farkının anlamlı olması, kullanılan 34 soruluk somatizasyon ölçeğinin ölçmek istediği durumu ölçebildiğini düşündürmektedir. Bu ölçeğin geçerliliği lehine bir bulgudur.

### Sağlık hizmeti kullanım sıklığı ve rahatsızlığa bağlı iş-güç kaybı

Somatizasyonun değerlendirilmesinde sağlık hizmetlerini kullanma sıklığı ve belirtilere bağlı iş-güç kaybının olması, somatizasyon lehine ve gerekli bir durumdur. Tüm hasta grubu içinde son 6 ayda sağlık sorunu sebebiyle başka bir başvurusu olanların toplam sayısı 171 (%67.9) idi. Bunların yalnızca %1.2'si başka bir hekimce psikiyatriye gönderilirken, kendi başına psikiyatriye başvuru olmadığı görülmektedir. Başvuruların dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Rahatsızlığa bağlı iş-güç kaybı ise Tablo 3'te yer almaktadır.

### Beck depresyon envanteri sonuçları

Örneklem grubunda Beck depresyon envanterinden alınan puanların ortalaması 17.6 bulunmuştur (standart sapma: 10.5; medyan: 17). Bu araştırmada da, hem Beck depresyon envanterinden alınan puanların ortalamasının yüksekliği, hem de örneklem grubunun tıbbi niteliği nedeniyle 21 puanlık kesme noktası alınmıştır. Buna göre 91 has-

**Tablo 2.** Hastaların son 6 ayda başvurdukları kurum ya da hekimlere göre dağılımı

Kadın hast. ve doğum uzm.	76 (%30.2)
Başka bir hekim	49 (%19.4)
Başka iki hekim	34 (%13.5)
Acil servis	4 (%1.6)
Başka hekim + Muskacı / hoca	4 (%1.6)
Başka hekim + Psikiyatrist	3 (%1.2)
Muskacı / hoca	1 (%0.4)
Psikiyatrist	0 (%0.01)

**Tablo 3.** Rahatsızlığa bağlı iş-güç kaybının değerlendirilmesi

Sağlık durumunuz günlük işlerinizi aksatır mı?	
Evvet	93 (%37.1)
Hayır	158 (%62.9)
Son iki hafta içinde, ağrı veya hastalık nedeniyle yataktan çıkamadığınız kaç gün oldu?	
1+ gün	61 (%24.2)
Hiç olmadı	191 (%75.8)
İş-güç kaybı	
Var	118 (%46.8)
Yok	134 (%53.2)



**Tablo 4.** Çeşitli sosyodemografik değişken gruplarıyla, somatizasyon, depresyon, sağlık hizmetine başvuru sıklığı ve iş-güç kaybı arasındaki tek yönlü varyans analizi (F değeri ve anlamlılık düzeyi)<sup>1</sup>

Değişkenler	Somatizasyon	Depresyon	Başvuru	İş-güç kaybı
Yaş grupları	2,25*	1,14	1,09	3,18**
Medeni durum	8,69**	0,18	0,27	5,39*
Evlilik süresi	1,82	1,29	0,56	2,94*
Çocuk sayısı	1,79	0,67	0,71	2,89*
Eğitim	7,29**	6,63**	0,22	2,99*
Doğum yeri	4,17**	3,36**	0,53	1,75
Ankara'da yaşam süresi	1,93	1,93	1,43	1,18
Çalışma durumu	17,42**	13,08**	0,56	1,23

<sup>1</sup>Anlamlılık düzeyi: \* p<0.05, \*\* p<0.01

ta (%36.1) kesme noktasının üzerinde skor almışlardır.

#### Somatizasyon ile ilgili soru formu sonuçları

Örneklem grubu için, toplam belirtisi sayısı (TBS) ortalaması 11.1 bulunmuştur (standart sapma: 5.8, medyan: 11). Bedenselleştirilen belirti sayısı (BBS) ortalaması ise 9.6 bulunmuştur (standart sapma: 5.6, medyan: 9).

Hekimlerce organik bir nedene bağlı olmadığı düşünülen, bedenselleştirilen, belirtiler incelendiğinde ilk sırayı baş ağrısının aldığı (%57.8), bunu sırayla başdönmesi (%51.6), sırt-bel ağrısı (%54.0), unutkanlık (%50.8), kol ve bacak ağrısı (%44.8), adet dönemlerinde ağrı (%44.8), şişkinlik-gaz (%44.4), cinsel isteksizlik (%42.1) ve mide bulantısının (%39.3) izlediği saptanmıştır.

Hastaların %37.1'i bu şikayetleri nedeniyle günlük işlerini aksattıklarını, %24.2'si bu şikayetleri nedeniyle son iki hafta içinde en az 1 gün "yataktan hiç çıkmadıklarını" ve %46.8'i genel olarak değerlendirdiklerinde, şikayetlerinin iş-güç kaybına yol açtığını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Somatizasyon ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla her BBS ile Beck Depresyon envanteri puanları arasındaki ilişki araştırıldığında, bedenselleştirilen belirti sayısı arttıkça, depresyon düzeyinin de yükseldiği saptanmıştır (r: 0.57, p<0.001). Gerek bedensel belirtiler tek tek incelenerek, gerekse depresyon puanları esas alınarak yapılan değerlendirmelerde, bu

değişkenler ile hastaların başvuru sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki ortaya çıkmamıştır.

#### Sosyodemografik değişkenlerin somatizasyon, depresyon, başvuru sıklığı ve iş-güç kaybı üzerindeki etkileri

Araştırmanın bu bölümünde Tablo 1'de yer alan sosyodemografik değişkenlerin, somatizasyon, depresyon, başvuru sıklığı ve iş-güç kaybı üzerindeki etkileri tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 4'te bu sonuçlar özetlenmektedir. Anlamlılık saptanan değişkenlerde tablo 1'de yer alan ve anlamlılığı etkileyen alt değişkenlerin neler olduğu Duncan çoklu aralık testi ile değerlendirilmiştir.

Yukarıdaki veriler incelendiğinde, evlilerde ve özellikle de 10 yılı aşkın süredir evli olanlarda, 50-59 yaş grubunda, somatizasyon ve işgücü kaybı yüksek çıkmıştır. Eğitim düzeyi, doğum yeri ve çalışma durumu somatizasyon ve depresyon üzerinde oldukça anlamlı etki yapmaktadır. Eğitim düzeyi gruplara ayrılarak incelendiğinde, en fazla somatizasyon ve depresyon belirtilerine eğitimsiz olanlarda, en az belirti ise lise ve yüksek okul mezunu olanlarda saptanmıştır. İlkokul mezunları ise iki grubun arasında yer almaktadır. Doğum yeri köy ve kasaba olanlarda da yine somatizasyon ve depresyon belirtilerine, şehirde doğanlara göre daha sık rastlanmaktadır. Doğum yerinin belirleyici özelliğinin tersine, Ankara'da yaşanan süre, bu iki durumda görülen belirti sıklığını etkilemektedir. Çalışmayanlarda somatizasyon ve depresyon

düzei, çalışanlara göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

### Tartışma

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda, temel sağlık hizmetleri düzeyinde psikiyatrik bozuklukların oranı %25 ile %36 arasında değişmektedir. Bunun en az yarısını depresyonla ilgili durumlar oluşturmaktadır (18-22). Parker ve arkadaşları Beck depresyon envanterini kullanarak, Avustralya'da temel sağlık hizmetleri düzeyinde kadın hastalar için depresyon oranını %29 olarak bulmuşlardır (23). Barrett ve arkadaşları ABD'de temel sağlık hizmetleri düzeyinde %26 oranında depresyon saptamışlardır (22). Her iki çalışmada da kadınlardaki depresyon oranı erkeklerin iki katına yakındır. Bizim çalışmamızda Beck depresyon envanteri için kesme noktasının 21 olarak alınmasına rağmen hastaların %36.1'inde depresyon saptanmıştır.

Birçok klinik ve epidemiyolojik çalışmada depresyon ve bedenselleştirme arasında yakın bir ilişki olduğu, depresyonun şiddeti arttıkça bedenselleştirmenin de arttığı gösterilmiştir (24,29). Bizim çalışmamızda da somatizasyon ve depresyon arasında yüksek bir korelasyon gösterilmiştir. Somatizasyonun depresyonu "maskeleyemediği", aksine her ikisinin birlikte ortaya çıktığı görülmektedir. Kanımızca bu bulgu, bedensel belirtilerle sözcüklerle ifade edilemeyen duygular arasındaki ilişkiyi vurgulayan, bedensel belirtilerle duyguları tanıma ve tanımlama gücü arasında bağları öngören yaklaşımlarla ve özellikle de aleksitimi kavramıyla çalışmaktadır. Birçok başka çalışmacının bulguları da aleksitimi kavramının gözden geçirilmesini gerektirir niteliktedir (8,30-34). Bulgularımız somatizasyon hastalarının depresyonlarını yadsıdıkları yolundaki yaygın inanışla da (11) çalışmaktadır. Kanımızca bu inanış bedensel dili kullanmaya eğilimli olan hastaların, kendilerine sorulmadıkça psikolojik nitelikteki sorunlarını doktorlarına açıklamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bridges ve Goldberg'in çalışmaları temel sağlık hizmetlerine somatizasyonla başvuran hastaların oranını inceleyen çok az sayıda çalışmadan biridir (24). Bu çalışmada İngiltere'de kırsal kesimde temel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %33'ünün bir DSM-III psikiyatrik

bozukluk tanısı aldığı, bunların da %56'sının somatizasyon gösteren hastalar olduğu saptanmıştır. Bu tür çalışmaların hemen hepsinde bizim çalışmamızda olduğu gibi organik olma olasılığı az olan belirtilerin toplandığı bir belirti listesinin kullanıldığı görülmektedir (15,35-41). Bu çalışmalardaki ön kabul bedenselleştirilen belirtilerin toplam sayısının somatizasyonun şiddeti ile doğru orantılı olduğudur. Çoğunlukla tıbbi yönelimi olmayan anketörlerin kullanıldığı bu çalışmalarda bir hastada var olan belirtilerin gerçekten organik olup-olmadığının ayrıca araştırılmadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızın güçlü yanlarından biri, her bir belirti için, değişik muayene ve laboratuvar olanaklarıyla donanmış hekimlerce organik-organik değil ayrımının yapılmış olmasıdır.

Araştırmada sorgulanan 34 bedensel belirti arasında, bedenselleştirilen belirti sayısının ortalaması, 9.6 bulunmuştur. Bu ortalama, toplum örnekleminde gerçekleştirilen çalışmalarda karşılaştırıldığında oldukça yüksek olmakla birlikte, temel sağlık hizmetlerinde yürütülmüş benzer bir çalışma bulunmadığı için kesin bir değerlendirme yapmaya uygun değildir. Yine de bu düzeydeki hastalarda görülen somatizasyonun boyutuna ilişkin bir fikir vermesi bakımından önemlidir. Araştırmamızda, hastalarda, ilk sırayı alan baş ağrısı ve onu izleyen baş dönmesinin, Yunanistan'da yapılan bir çalışmada aynen yinelenmiş olması ilginç bir bulgudur (42).

Çalışmada, somatizasyon üzerinde etkili olabileceği düşünülen sosyodemografik etkenler incelendiğinde, eğitim düzeyindeki düşüklük ile köy ya da kasabada doğmuş olmanın somatizasyon düzeyini yükseltici etkenler olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanısıra, evliler, bekarlardan ve çalışmayan hastalar, çalışanlardan daha yüksek düzeyde somatizasyon sergilemektedir. Yaygın kanının tersine, değişik yaş grupları ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Eğitimin ve sosyokültürel düzeyin somatizasyon üzerindeki etkisi başka çalışmacı ve yazarlarca da gösterilmiştir (27,43). Çalışmayan grupta somatizasyonun daha fazla olması da bu bağlamda ele alınabilir.

Bizim çalışmamıza özgü sayılabilecek bir sonuç ise şudur: Eğer doğum yeri kent değilse, yani kente sonradan göçmüşse, burada yaşama süresi ne

kadar uzun olursa olsun somatizasyon düzeyi düşmemektedir. Kentte doğanlar ise, kırsal kesimde doğanlara göre belirgin biçimde az somatizasyon göstermektedirler. Bu bulguların, erken çocukluk yıllarında içinde yaşanılan kültürün, "duygulanımsal dil" in bedensel mi yoksa sözel mi olacağı konusunda belirleyici olduğu yolundaki varsayımları desteklediği söylenebilir (7,27,44). Bir başka deyişle, çocukluk yıllarında duygularını bedensel dille anlatmayı öğrenen kişiler, daha sonra kente göçedip, burada uzun yıllar yaşasalar bile, bu özellikleri değişmemektedir.

Başta somatizasyon ve depresyon olmak üzere, temel sağlık hizmetlerindeki psikiyatrik durumlar, psikiyatrinin sırtını dönemeyeceği kadar yüksek bir yoğunluktadır. Bir kadın hastalıkları polikliniğinde yürüttüğümüz bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde görmeye alıştığımızdan farklı, ancak yine de psikiyatrinin ilgi alanı içindeki bir hasat grubunun varlığını ortaya koymaktadır. Oysa olguların yalnızca %1.2'si psikiyatriye sevk edilmişken, hiçbir olgunun kendi başına psikiyatriye başvurmadığı dikkati çekmektedir. İnancımız o ki, ülkemizde konsültasyon-liyezon psikiyatrisi'nin artan etkinlikleri ile, hem psikiyatri klinikleri dışındaki bu tür bozuklukları daha iyi tanımamız, hem de ne yapılması gerektiği konusunda diğer hekimlere yardım etmemiz mümkün olacaktır. Dileğimiz, buna benzer araştırmaların, başta sağlık ocakları olmak üzere, diğer temel sağlık hizmeti verilen kurumlarda, psikiyatri dışı kliniklerde, diyaliz, transplantasyon ve onkolojik hastalar gibi özel hasta gruplarında tekrarlanmasıdır. Bundan sonraki adım ise, sorunun çözümünde, ne tür girişimlerin etkili olacağını ve bunun için psikiyatristlere ve diğer hekimlere düşen görevlerin neler olduğunu araştıran çalışmalar olmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Katon W. Somatization disorder, hypochondriasis and conversion disorder. *Current Psychiatric Therapy*, Dunne DL ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993: 314-20.
2. Pennebaker JW, Epstein D. Implicit psychophysiology: effects of common beliefs and idiosyncratic physiological responses on symptom reporting. *J Pers* 1983; 41:468-9.
3. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1358-68.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM.IIIR*. Gözden geçirilmiş 3. baskı. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
5. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:821-33.
6. Lipowski ZJ. Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics* 1987; 28:296-7.
7. Angel R, Thoits P. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Cult Med Psychiatry* 1987; 11:465-94.
8. Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med* 1989; 29:327-39.
9. Prestidge BR, Lake CR. Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract* 1987; 25:67-72.
10. Ögel K. Temel sağlık hizmetlerinde hekim ve depresyon paneli kitapçığı. 35. Ulusal Psikiyatrisi Kongresi. Trabzon, 1999: 4.
11. Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990; 31:13-21.
12. Wilson DR, Widmer RB, Cadoret RJ ve ark. Somatic symptoms: a major feature of depression in a family practice. *J Affective Disord* 1983; 5:199-207.
13. Özmen E. Ülkemizde psikiyatri konsültasyonu: ilgili çalışmaların gözden geçirilmesi. (İçinde). *Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı*. Aydemir Ö. (ed). Matsan Matbaası. İstanbul, 1999: 159-64.
14. Soykan A. Amerika Birleşik Devletlerinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları. (İçinde). *Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı*. Aydemir Ö ed. Matsan Matbaası. İstanbul, 1999: 164-71.
15. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G. Somatic symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:140-6.
16. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6(22):118-26.
17. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7(23):3-13.
18. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10:79-87.
19. Bellantuono C, Fiorio R, Williams P ve ark. Psychiatric morbidity in an Italian general practice. *Psychol Med* 1987; 17:243-7.
20. Cooper JE. The classification of mental disorders for use in general medical settings. *Psychological Disorders in General Medical Settings*, N Sartorius, D Goldberg, G de Girolamo ve ark. (eds) Toronto, Hogrofe and Huber Publishers, 1990: 49-59.
21. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE ve ark. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1100-06.
22. Von Korff M, Shapiro S, Burke J ve ark. Anxiety and depression in a primary care clinic. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:152-6.

- 23.Parker G, Holmes S, Manicevasagar V. Depression in general practice attenders. *J Affect Dis* 1986; 10:27-35.
- 24.Bridges RW, Golberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29:563-9.
- 25.Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Medical and psychiatric determinants of outpatient medical utilization. *Med Care* 1986; 24:548-63.
- 26.Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150:737-51.
- 27.Kirmayer LJ. Culture, affect and somatization: part-I: Transcultural Psychiatric Research Review 1984; 24:119-36.
- 28.Silver H. Physical complaints correlate better with depression than do dexamethasone test results. *J Clin Psychiatry* 1986; 47:179-81.
- 29.Srinivasan K, Murthy RS, Janakiramiah N. A nosological study of patients presenting with somatic complaints. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73:1-5.
- 30.Kirmayer LJ. Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1987; 24:119-36.
- 31.Costa PT, McCrae RR. Hypochondriasis, neuroticism and aging: when are somatic complaints unfounded? *Am Psychol* 1985; 40:19-28.
- 32.Simon GE. Somatization and psychiatric disorders. *Current Concepts of Somatization*, Kirmayer LJ, Robbins JM eds. Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, 1991: 37-62.
- 33.Sherry S, Nolman M, Nadelson CC ve ark. Anxiety, depression and menstrual symptoms among freshman medical students. *J Clin Psychiatry* 1988; 49:490-3.
- 34.Oxman TE, Rosenberg SD, Schnurr PP ve ark. Linguistic dimensions in affect and thought in somatization disorders. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1150-55.
- 35.Escobar JI, Burnam MA, Karno M ve ark. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:713-8.
- 36.Katon W. Depression: relationship to somatization and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1984; 45:4-11.
- 37.Swartz M, Blazer D, Woodbury M ve ark. Somatization disorder in a US southern community: use of a new procedure for analysis of medical classification. *Psychol Med* 1986; 16:595-609.
- 38.Swartz M, Blazer D, George L ve ark. Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1403-08.
- 39.Swartz M, Hughes D, George L ve ark. Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *J Psychiat Res* 1986; 20:335-43.
- 40.Othmer E, Desouza C. A screening test for somatization disorder (hysteria). *Am J Psychiatry* 1985; 142:1146-49.
- 41.Manu P, Lane TJ, Matthews DA ve ark. Screening for somatization disorder in patients with chronic fatigue. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11:294-7.
- 42.Ierodiakonou CS, Iacovides A. Somatic manifestations of depressive patients in different psychiatric settings. *Psychopathology* 1987; 20:136-43.
- 43.Escobar JI, Swartz M, Rubio-Stipec M ve ark. Medically unexplained symptoms: Distribution, risk factors and comorbidity. *Current Concepts of Somatization*, Kirmayer LJ, Robbins JM ed. Washington DC, American Psychiatric Press Inc, 1991: 63-78.
- 44.Stoudemire A. Somatothymia, parts I and II. *Psychosomatics* 1991; 32:365-81.



**Ek 1: ANKET FORMU****ANKET FORMU****Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü**

Sayın doktor, öncelikle çalışmaya olan yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz. Bu çalışmada hastalarımızın bilgilere başvurularında etken olduğunu düşündüğümüz "somatizasyon" ve "depresyon" araştırılmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça yaygın olduğu bilinen bu iki olgu, tüm hekimlere tanı ve tedavi açısından güçlükler çıkarmaktadır.

Bu anket ve Beck Depresyon Ölçeği, ortaokul mezunu bir kişinin kendi başına doldurabileceği bir şekilde hazırlanmıştır. Ancak hastalarımızın bir kısmı yardıma gereksinim duyacak, eğitim düzeyi düşük olan hastalarda da soruları sizin okumanız gerekebilecektir. Her iki durumda da ilk sayfadaki soruları doldurmanızı ve hastanın "EVET" biçiminde işaretlediği her soru için kişisel değerlendirmenizi yapmanızı rica ediyoruz (Söz konusu semptom koyduğunuz tanı ile ilişkili ise E(Evet), ilişkili değil ise H (Hayır) biçiminde).

Bu çalışmada jinekoloji polikliniğine gelmiş, onkolojik ya da infertilite sorunu olmayan hastalara mümkün olduğunca çok sayıda ve ayırım gözetmeden ulaşmayı hedefliyoruz.

Görüşmeye başlamadan önce "Amaç" konusunda kısa bir açıklama yapın. Ancak, özür dilemeyin, "zahmet olacak" ya da "vaktinizi alacağım" vb demeyin, sonuçta bu, hasta için de yararlı bir çalışmadır. Hastanın ne sorulduğunu anladığına emin olun, gerekirse başka sözcüklerle de açıklayın. Sorular üstünde çok düşünülmüştür, gerek yoksa soruların dilini değiştirmemeye çalışın.

**DOKTOR DOLDURACAK:**

- Hastanın başlıca şikayetleri nelerdir?
- Bu şikayetlerin süresi nedir?
- Bu şikayetlerle yaklaşık kaçınıcı kez doktora geliyor?
- Hastanızda "Organik" bir hastalık var mı? ( ) EVET ( ) HAYIR
- EVET ise tanıyı yazar mısınız?
- Hastaya koyduğunuz bu tanıyı destekleyici ne gibi klinik araçlar kullandınız?  
( ) Anamnez ( ) Muayene bulguları  
( ) Gerekli tahlillerin bir kısmı  
( ) Gerekli tahlillerin tümü
- Sizce hastanın şikayetlerinin tümü bu tanıyla açıklanabilir mi?  
( ) EVET ( ) HAYIR
- Ekleme istediğiniz varsa buraya yazınız.....  
.....

Yaşınız:.....

Medeni durumunuz:

( ) EVLİ ( ) BEKAR ( ) BOŞANMIŞ ( ) EŞİ ÖLMÜŞ

Evlü iseniz, kaç yıldır evlisiniz?..... Kaç çocuğunuz var?.....

Düşük sayınız ..... Kürtaj sayınız .....

Eğitiminiz:

( ) YOK ( ) İLKOKUL ( ) ORTAOKUL ( ) LİSE ( ) YÜKSEK

Doğum yeriniz:

( ) ANKARA ( ) BAŞKA BÜYÜK ŞEHİR ( ) ŞEHİR  
( ) KASABA-İLÇE ( ) KÖY ( ) YURTDIŞI

Ankara'da doğmadıysanız,

Kaç yıldır Ankara'da yaşıyorsunuz? .....

Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? ( ) EVET ( ) HAYIR

Mesleğiniz: ..... Şu anda yaptığınız iş: .....

\*Son 6 ay içinde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle bir başvurunuz oldu mu?

( ) EVET ( ) HAYIR

Nereye?

( ) KADIN DOĞUM DOKTORUNA  
( ) BAŞKA DOKTORA, HASTANEYE  
( ) ACİL SERVİSE  
( ) PSİKİYATRİSTE VEYA PSİKOLOĞA  
( ) MUSKACIYA, HOCAYA, ŞİFALI OT SATAN YERLERE

\*Doktor tarafından teşhis edilmiş bedensel bir hastalığınız var mı?

(Örneğin, Kalp hastalığı, şeker hastalığı, verem, vs.)

( ) EVET ( ) HAYIR

\*Evet ise hastalığınızın adını yazar mısınız? .....

\*Sağlık durumunuz günlük işlerinizi aksatır mı? ( ) EVET ( ) HAYIR

\*Son iki hafta içinde ağrı veya hastalık nedeniyle yataktan çıkmadığınız kaç gün oldu? .....

\*Sürekli ya da sık sık kullandığınız ilaçlarınız varsa isimlerini yazar mısınız? .....

Son 6 ay içinde aşağıda sıralanan yakınma veya şikayetler hastaneye, hekime veya hocaya gidecek, ya da ilaç kullanmanızı gerektirecek kadar şiddetli oldu ise EVET cevabını; olmadı ise HAYIR cevabını işaretleyiniz.

Aşağıdaki soruları son 6 ay için cevaplayınız.

- |   |          |           |    |    |
|---|----------|-----------|----|----|
| 1. Kusmalarınız olur mu?  | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 2. Karın ağrılarınız olur mu?   | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 3. Mide bulantınız olur mu?   |          |           |    |    |
| Kusacak gibi olup da kusmadığınız..   |          |           |    |    |
| (Taşit tutması dışında)   | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 4. Mideniz veya bağırsaklarda aşırı şişkinlik veya gaz olur mu?             | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 5. İshal şikayetiniz olur mu?   | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 6. Bazı yiyecekler midenize dokunur mu?                                     |          |           |    |    |
| Örnek: yağlı yiyecekler, et, süt ve benzeri                                 | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 7. Kol ve bacaklarınızda ağrılar olur mu?                                   | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 8. Sırtınız veya belinizde ağrılar olur mu?                                 | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 9. Eklemelerinizde / mafsallarınızda  |          |           |    |    |
| (örnek: dirseklerinizde, bileklerinizde veya dizlerinizde) ağrılar olur mu? | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |
| 10. İdrar yaparken yanma-sızı olur mu?                                      | ( ) EVET | ( ) HAYIR | *E | *H |

11.Sık başağrısı şikayetiniz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
12.Oturrken veya herhangi bir çaba harcamıyorken nefesiniz daralır mı?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
13.Kalp çarpıntısı şikayetiniz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
14.Göğüs kafesinizde ağrılar olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
15.Baş dönmesi veya sersemlik hissiniz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
16.Kendinizle ilgili önemli şeyleri unuttuğunuz, hiç hatırlayamadığınız olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
17.Yutma veya yutkunma güçlüğünüz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
18.Sesinizin çıkmadığı, konuşamadığınız olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
19.İşitemediğiniz, konuşulanları duymadığınız olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
20.Çift görmeniz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
21.Görmenizde bulanıklık olduğu, net göremediğiniz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
22.Hiç göremediğiniz, kör gibi olduğunuz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
23.Bayıldığınız veya kendinizden geçtiğiniz olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
24.Sara hastası veya havale geçirir gibi katılıp kalmanız veya çırpınmanız olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
25.Yürümenizde güçlük olur mu?.. Örneğin bacaklarınızın birbirine dolanması, düşecek gibi olma..	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
26.Felç geçirmeniz veya felçli gibi kolunuzu bacağınızı zor oynattığınız olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
27.İdrarınızı yapamadığınız ya da çok zorlandığınız olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
28.Cinsel organınızda veya makatınızda yanma hissi olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
29.Cinsel isteksizlikten şikayetçi misiniz?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
30.Cinsel ilişki sırasında ağrı olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
31.Adetleriniz (aybaşlarınız) ağrılı geçer mi?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
32.Adetlerinizde düzensizlik olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
33.Adet (aybaşı) dönemlerinizde aşırı kanama olur mu?	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H
34.Gebeliğiniz sırasında çok kusmanız olur mu? (İlk 3 ayın dışında)	( ) EVET	( ) HAYIR	*E	*H