

T.C.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**GELİŞİM VE RUHSAL SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ
ERİŞKİN FORMU TÜRKÇE'YE UYARLAMA VE
GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI**

DR.EMRE ALKAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. HACER AKGÜL CEYHUN

ERZURUM-2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

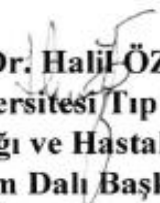
TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

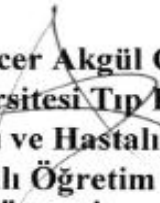
İLGİ : 07.12.2017 tarih ve E.1700339409 sayılı yazınız.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta uzmanlık öğrencisi Araştırma Görevlisi **Dr. Emre ALKAN**'ın; “ **Gelişim Ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin Formu Türkçe’ye Uyarlama ve Geçerlilik Çalışması**” konulu tezini incelemek üzere oluşturulan Değerlendirme tez jürisine üye olarak seçildiğimiz ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, **14 ARALIK 2017** tarihinde toplanmış ve adı geçen Araştırma Görevlisi tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçeninin tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederiz.


Yrd.Doç.Dr. Halil ÖZCAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı
JÜRİ BAŞKANI
14.12.2017


Yrd.Doç.Dr. Hacer Akgül CEYHUN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
JÜRİ ÜYESİ
14.12.2017


Doç.Dr. Yüksel KIVRAK
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
JÜRİ ÜYESİ
14.12.2017

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psikiyatride Epidemiyoloji.....	3
2.2.Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji	8
2.3.Psikiyatride Epidemiyolojik Araştırma Araçları.....	10
2.3.1.Epidemiyolojik Araştırma Araçlarının Özellikleri	10
2.3.2.Genel Psikopatoloji Tarama Araçları	15
2.3.3.Yeti Yitimi ve İşlevselliğin Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar.....	16
2.3.4.Psikiyatrik Bozuklukların Tam Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar	18
2.4.Psikiyatride Yapılandırılmış Araçlar	23
2.4.1.Görüşmeci tabanlı görüşmeler	25
2.4.2.Cevaplayan kişi tabanlı görüşmeler.....	25
2.5.Çeviri ve Kültürel Uyarlamalarda Standardizasyon	26
2.6.Ölçeklerin Farklı Dillere Çevirisi Ve Farklı Kültürlere Adaptasyonu	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Veri Toplama araçları	31
3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu	31
3.1.2. Güçler ve Güçlükler Anketi	31
3.1.3. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi(DAWBA) Erişkin Formu Türkçe versiyon	32
3.1.4. Klinik Takip Not Kartları	32
3.2.Etik Kurul Onayı.....	32
3.3. İstatistik	32
3.4. Çalışma deseni	33
3.4.1. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi’ ni geliştiren ekiple irtibat kurularak izin alınması, Ön hazırlık	33
3.4.2. Türkçe’ye çeviri aşaması	33
3.4.3. Sentez 1	34
3.4.4. Geri Çeviri	34

3.4.5. Karşılaştırma.....	34
3.4.6. Kâğıt üzerinden uygulanabilir formun oluşturulması	34
3.4.7. Uzmanlar Komitesi	35
3.4.8. Sentez 2	35
3.4.9. Pilot Uygulama	35
3.4.10. Sentez 3	35
3.4.11. Geçerlilik Çalışması	35
3.5. Geçerlilik çalışması	36
3.5.1.Örneklem.....	36
3.5.2.İçleme kriterleri.....	36
3.5.3.Dışlama kriterleri.....	36
3.5.4.Yapılandırılmış Görüşmenin Uygulama Yöntemi	36
3.6.Değerlendirme.....	38
4. BULGULAR	40
4.1. DAWBA Türkçe Uyarlamasının Eşdeğerliği ile ilgili Bulgular	40
4.1.1. Kapsam Eşdeğerliği	40
4.1.2. Anlam Eşdeğerliği.....	40
4.1.3. Ölçüt Eşdeğerliği.....	41
4.1.4. Kavram Eşdeğerliği.....	41
4.1.5. Uygulama Eşdeğerliği.....	42
4.1.6. Madde Eşdeğerliği.....	42
4.1.7.Ölçüm Eşdeğerliği.....	43
4.2. Geçerlilik Çalışması Bulguları	44
4.2.1. Sosyodemografik Özellikler	44
4.2.2. Geçerlilikle ilgili bulgular.....	46
5.TARTIŞMA.....	53
6.SONUÇLAR	67
7.KAYNAKLAR	68
8.EKLER:	74
Ek-1: Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Obsesif Kompulsif Bozukluk bölümü	74
Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu	77
Ek-3 Güçler ve Güçlükler Anketi	79
Ek-4:Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeğini geliştiren ekiple irtibat kurulması ve izin alınması ile ilgili yazışma.....	81

TABLÖLAR

Tablo 1. Tarama ve Görüşme Araçlarının Birbirlerine Göre Üstünlükleri ve Zayıflıkları	15
Tablo 2: Kappa Katsayısı İçin Referans Değerleri	39
Tablo 3. Bir Madde Eşdeğerliği Örneği.....	43
Tablo 4. Çalışmanın Farklı Aşamalarının Görüşmenin Türkçe Uyarlamasının İngilizce Aslı İle Eşdeğerliğine Katkısı	44
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Olguların Sosyodemografik Özellikleri	45
Tablo 6. Klinik Görüşmeler Ve DAWBA Görüşmeleri İle Konan Tanıların Sayısal Karşılaştırılması	47
Tablo 7. Tüm Olguların Değerlendirilmesinin Sonuçları	48
Tablo 8. Psikotik Bozukluklar Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları	49
Tablo 9. Duygudurum Bozuklukları Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları	50
Tablo 10. Nevrotik ve Stresle İlişkili Bozukluklar Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları	51
Tablo 11. Diğer Bozukluklar Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları.....	51
Tablo 12. Bozuklukların Ayrı Ayrı Değerlendirilmesinin Sonuçları.....	52

KISALTMALAR

WHO	World Health Organization
DAWBA	Development and Well-being Assesment
SDQ	Strenghts and Difficulties Questionnaires
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
MINI	The Mini International Neuropsychiatric Interview
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
ADIS	Anxiety Disorders Interview Schedule
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assesment
K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
κ	Cohen'in Kappa Katsayısı

TEŞEKKÜR

Zorlu uzmanlık eğitiminin son basamağı olan tez çalışmalarım süresince vaktini, emeğini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Hacer Akgül CEYHUN' a, Tez çalışmaları boyunca her aşamada tecrübesini ve bilgi birikimini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Onur Burak DURSUN' a, istatistik aşamasında yardımını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. İbrahim Selçuk ESİN' e, çeviri aşamalarında büyük desteği olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Meltem ORAL' e ve Türkçe metnin Türk diline uygunluğunu kontrol eden Sayın Doç. Dr. Bahadır GÜCÜYETER' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Aynı şekilde, uzmanlık eğitimimin süresi boyunca mesleki bilgilerini, her türlü katkılarını, zamanlarını, emeklerini esirgemeyen sayın hocalarım Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN, Yrd. Doç. Dr. Esat Fahri AYDIN, Doç. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ, Doç. Dr. Elif ORAL ve Doç. Dr. Mustafa GÜLEÇ' e teşekkürlerimi sunarım. Asistanlık süresi boyunca bilgilerini, tecrübelerini ve yakın dostluklarını esirgemeyen tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimi sürecinde önemli bir yer tutan Nöroloji ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalındaki hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Huzurlu bir ortamda yakın bir şekilde çalışma ortamı sunan kliniğimizin hemşire, psikolog, sekreter ve diğer personeline teşekkür ederim. Son olarak sevgileri, ilgileri ve sonsuz destekleri ile her zaman yanımda olan aileme ve eşime çok teşekkür ederim.

ÖZET

Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin Formunun

Türkçe' ye Uyarlama ve Geçerlilik Çalışması

Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (Development and Well Being Assesment; DAWBA) psikiyatrik tanıları koymak amacıyla soruların, görüşmelerin ve değerlendirme tekniklerinin ICD-10 ve DSM-IV'e uyarlanarak geliştirilen yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Bu çalışmadaki amacımız DAWBA erişkin formu klinik görüşme ölçeğinin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerliklerinin sağlanarak Türkçe'ye uyarlamasının yapılması ve bu klinik görüşme ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerliliğinin sınanmasıdır. Böylelikle klinisyenlere olguları değerlendirme ve tanı koyma aşamasında yardımcı olabilecek, basılı formunun yanı sıra internet aracılığıyla bilgisayar ortamında uygulanabildiği için diğer klinik görüşme ölçeklerine göre ön plana çıkabilecek ek bir araç kazandırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamız Türkçe 'ye çeviri, uygulama ve sonuçların değerlendirilmesinden oluşan 3 basamakta yürütülmüştür. DAWBA'nın Türkçe 'ye çeviri aşaması 4 kişilik bir ekip çalışması ile yaklaşık 6 ayda tamamlanmıştır. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, görüşme yapılmasını kabul eden kişilere uygulanmıştır ve bu aşama yaklaşık 4 ay sürmüştür. Çalışmanın dâhil edilme kriterlerine uyan toplam 62 olgunun klinik tanıları ve DAWBA ile konulan tanıların tutarlılığına bakılarak DAWBA erişkin formu Türkçe uyarlamasının geçerliliği değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak DAWBA erişkin formu Türkçe uyarlaması ile konulan tanıların, klinik tanılarla iyi derecede tutarlı olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: DAWBA erişkin, Türkçe uyarlama, yapılandırılmış görüşme

ABSTRACT

The Validation and Adaptation of Turkish Version of Development and Well Being Assessment Adult Form

Development and Well Being Assessment (DAWBA) is a structured clinical interview scale in which questions, interviews, and assessment techniques are developed in accordance with ICD-10 and DSM-IV to establish psychiatric diagnoses. The aim of this study is to test the validity of the Turkish version of the clinical interview questionnaire in DAWBA adult form with the intention of keeping its original meaning, concept, scope, criterion, application, item and measurement equivalence. Thus, the objective of this study is to provide the clinicians with an additional instrument which can help the patients in the evaluation and diagnosis phase. In addition to the printed form, this assessment can be applied via the computer, which makes it more prominent than other clinical interview scales.

Our work was carried out in 3 steps consisting of translation into Turkish, implementation and evaluation of the results. The translation phase of DAWBA to Turkish was completed in about 6 months by a team of 4 clinicians. Interviews were conducted with those who met the criteria at the outpatient clinic of psychiatry at Atatürk University Hospital and this phase lasted approximately 4 months. Sixty-two patients who met the criteria were included in the study and the consistency of their clinical diagnosis and the diagnosis made via DAWBA was assessed for the validity of the Turkish version of the scale.

In conclusion, it has been shown that the diagnoses made with the Turkish version of the DAWBA adult form were consistent at a good level with the clinical diagnoses made by the clinicians.

Key words: DAWBA Adult, Turkish Adaptation, Structured Interview

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM*) ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması (*International Classification of Diseases; ICD*) gibi psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin geliştirilmesiyle, epidemiyolojik araştırmalar ve klinik psikiyatrik uygulamalar için standartlaştırılmış ve yapılandırılmış anket araçlarının geliştirilmesine olan ihtiyaç ve fırsat artmaya devam etmektedir (1). Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assessment; DAWBA*) psikiyatrik tanıları koymak amacıyla soruların, görüşmelerin ve değerlendirme tekniklerinin ICD-10 ve DSM-IV'e uyarlanarak geliştirilmiş olduğu yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (2).

Yapılan çalışmalar klinisyenin yapılandırılmamış görüşmeyi tercih ettiğinde klinik eğilimlerine bağlı olarak veya daha önceden mevcut olan bir tanıyı doğrulamak için bilgi toplayabildiğini, bütün verileri toplamadan önce tanı koyabildiğini, tanı kriterlerini yeteri kadar göz önünde bulundurmayabileceğini göstermiştir. Yapılandırılmış standardize tanı görüşme formları ile tanı doğrulanmadığında tedavi başarısının önemli oranda daha düşük olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (3, 4). Bu nedenle yapılandırılmış standardize tanı görüşme formlarının kullanılması sıklıkla önerilmektedir.

Birçok klinisyen yapılandırılmış standardize tanı görüşme formlarının klinik faydalarının farkında değildir, bu formları uygulanabilir bulmamakta ve hasta ile olan tedavi edici ilişkiye zarar verebileceğinden endişe etmektedir (5, 6). Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assessment; DAWBA*) 'nin klinik rutinde kullanılması için potansiyel olarak umut verici birçok neden bulunmaktadır. Bunlardan ilki formun yapılandırılmış-kapalı uçlu ve açık uçlu soruların karışımından oluşması ve böylece klinisyene formu dolduran kişinin kendi ifadelerini görmesine imkân vermesidir. İkincisi formun internet bağlantısı aracılığıyla bilgisayar ortamında uygulanabilirliğidir ki bu klinisyene ve forma cevap veren kişiye uygun gelebilir.

Ülkemizde halen DSM-IV-TR için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID*) ve Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (*Composite International Diagnostic Interview; CIDI*) gibi yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri uygulanmaktadır. Ancak bu ölçeklerin uygulanması görüşme

yapılan kişilere eğitimli görüşmecilerin uzun sayılabilecek zaman ayırmasını gerektirmekte, ciddi maliyet ve uygulanabilirlik sorunları bulunmaktadır. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assesment; DAWBA*) internet aracılığıyla bilgisayar ortamında uygulanabileceği için diğer görüşme ölçeklerine göre ön plana çıkabilmektedir. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assesment; DAWBA*) çocuk ve adölesan formunun Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dursun OB ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmış ve çevrimiçi (*online*) klinik kullanımı sağlanmıştır (7, 8).

Bu çalışmadaki amacımız Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assesment; DAWBA*) Erişkin Formu klinik görüşme ölçeğinin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerliklerinin sağlanarak Türkçe'ye kazandırılması ve Türk toplumuna uyarlamasının yapılması, bu klinik görüşme ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerliliğinin sınanması ve klinisyenlere olguları değerlendirme ve tanı koyma aşamasında yardımcı olabilecek, basılı formunun yanı sıra internet aracılığıyla bilgisayar ortamında uygulanabileceği için diğer klinik görüşme ölçeklerine göre ön plana çıkabilecek ek bir araç kazandırılmasıdır.

Çevrimiçi kullanımın sağlanması ile DAWBA Erişkin Formunun; günümüz dünyasında ve gelecekte savaşlar, göçler, coğrafi izolasyon, gizlilik endişesi, engellilik ve bunun gibi durumlarda Türkçe bilen bireylerin ve toplumun ruhsal sorunları ve gereksinimleri için telepsikiyatri uygulamalarına rehberlik edebileceği beklenmektedir.

DAWBA Erişkin Formunun kullanıma girmesi ile epidemiyolojik çalışmaların çok daha kolay, ekonomik ve etkin şekilde yapılabilmesi planlanarak; ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine, ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna ve koruyucu ruh sağlığı uygulamalarının etkinleştirilmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatride Epidemiyoloji

Epidemiyoloji sağlık / hastalık süreçlerinin insan topluluklarındaki zamana ve yere göre dağılımını (*betimleyici epidemiyoloji*), nedenlerini ve belirleyicilerini (*çözümleyici epidemiyoloji*) ve bunların tanı, sağaltım ve önlenmesi için (*deneysel epidemiyoloji*) uygun araştırma yöntemlerini inceleyen bir bilim dalıdır (9). İçerdiği araştırma biçimleri toplum sağlığının belirlenmesi ve öngörülmesinde çok önemli yer tutar(10). Psikiyatrik epidemiyoloji, bu araştırmaları akıl sağlığı sorunlarına uygular ve tanımlayıcı olduğu kadar çözümleyici, etiyolojiye yönelik çalışmaları da içerir (11).

Psikiyatrik epidemiyoloji geleneksel olarak zihinsel bozuklukların kavramsallaştırılması ve ölçülmesinde karşılaşılan zorluklardan dolayı epidemiyolojinin diğer dallarının gerisindedir (11). Sonuç olarak, günümüzde epidemiyolojinin diğer dalları risk faktörlerini belgelemekte ve koruyucu müdahaleler geliştirmekteyken psikiyatrik epidemiyoloji hastalık yaygınlıklarının ve alt tiplerinin tahmini üzerine odaklanarak çoğunlukla tanımlayıcı olmaya devam etmektedir (12). Psikiyatrik epidemiyologlar risk üzerinde çalıştıkları sürece değiştirilebilir risk faktörlerinden ziyade cinsiyet ve sosyal sınıf gibi spesifik olmayan risk işaretleyicilerine odaklanma eğiliminde oldukları için müdahale imkanlarını sınırlandırmaktadırlar (11).

Ruh sağlığı alanında etkin programların geliştirilebilmesi için ruhsal bozuklukların yaygınlığı, sıklığı, demografik özellikleri, oluş nedenleri ve kaynakları üzerinde güvenilir bilgiler gerekir. Bunu da bize ancak epidemiyolojik araştırmalar verebilir. Son yıllara dek psikiyatrik epidemiyolojik araştırmaların verileri birbirlerinden çok ayrı ve çelişkili bulunmuştur. Bunun ana nedenleri şunlardır:

- 1) Ruhsal bozuklukların çoğunun sinsi başlangıçlı olması ve somatik yakınmalarla başlamasından kaynaklanan tanı güçlükleri. Ruhsal bozukluk alanında normal anormal ayırımının güçlüğü, bazen de olanaksızlığı.
- 2) Özellikle eski çalışmalarda uluslararası geçerliliği ve güvenilirliği olan değerlendirme ölçeklerinin kullanılmamış olması.
- 3) Örneklem seçiminde büyük farklılıkların olması.

- 4) Geniş toplum taramalarında toplumu temsil edebilecek örneklem alınsa bile katılımcıların bireysel görüşmelerle değerlendirilmelerinin çok güç ve pahalı oluşu.
- 5) Bazı araştırmalarda belirgin ruhsal hastalık, bazılarında da belirti taramalarının yapılması ve elde edilen bulgulardan hastalık sıklığına ilişkin sonuçlara varılması.
- 6) Değişik kültürel ortamlarda ruh hastalarına karşı tutumlar ve önyargılar yüzünden ruhsal belirtilerin ve hastalıkların saklanması kaynaklanan güçlükler (13).

Geçerli epidemiyolojik verilere dayanmadan yapılan ruh sağlığı planlamaları gelişmiş ülkelerde gereksiz yere çok sayıda sağaltım ve bakım kurumunun ortaya çıkmasına yol açmıştır. Epidemiyolojik araştırmalar toplumda ruhsal sorunu olan kişilerin ne kadarının sağaltım yardımı almak için başvuracağı, ne kadarının hastanede ya da ayaktan sağaltım gerektireceği konularına ışık tutabilir. Ayrıca, ruhsal bozuklukların oluş nedenlerinin ve risk gruplarının saptanmasında ve bunlara dayanarak alınması gereken koruyucu önlemler hakkında bilgi verebilir (13).

Epidemiyolojik çalışmalar dört tarihsel dönem içinde ya da kuşak olarak ele alınmaktadır (14) :

i) Birinci kuşak psikiyatrik alan çalışmaları 20. yüzyılın başından II. Dünya Savaşına kadar süren dönemde yapılan çalışmaları kapsar. Bu dönemde hastalıkların dağılımları ve ilgili diğer özellikleri tedavi edici kurumların kayıtlarına dayalı olarak saptanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda doğrudan muayene yapılmamıştır. Bu dönemde yapılan çalışmalara birkaç örnek verilebilir; 1838'de Jean Etienne Esquirol Paris'te akıl hastalığı nedeniyle hastanelere başvuran hastaların 15 yılda (1786 - 1801) 4 kat arttığını göstermiştir. Robert Faris ve Warren Dunham 1922 ve 1934 yılları arasında, Şikago'da ilk kez hastaneye yatırılan tüm hastaların coğrafi dağılımını incelemişlerdir. Bu çalışmada, kent merkezinden uzaklaştıkça şizofreni hastalarının oranının giderek düştüğü bulunmuştur ve bu bulgu bazı açıklayıcı önerilerin geliştirilmesini sağlamıştır (15). Olgu değerlendirmelerinin yetersizliğine

ve tanıların güvenilir olmamasına karşın bu çalışmalar sonraki araştırmalar için yol gösterici olmuştur.

ii) İkinci kuşak psikiyatrik alan çalışmaları II. Dünya Savaşı sonrası ile DSM-III'ün yayınlandığı 1980 yılı arasındaki dönemi kapsar. İkinci dönemde hastalık dağılımları genel toplumda araştırılmaya başlanmıştır. Savaşla birlikte, ruhsal belirtiler ile savaşın yol açtığı çevresel zorlanmalar arasındaki ilişkinin ortaya çıkması, kişisel yatkınlık dışında, zorlanmaların da ruhsal hastalıklar açısından önemli bir tetikleyici etken olabileceğini göstermiştir. Bu çalışmaların bir başka önemli katkısı da ruhsal değerlendirmeler sonucu çok sayıda asker adayının askere alınmaması ile kamuoyuna ruhsal hastalıkların yüksek oranda görüldüğü bilgisinin yansımaları olmuştur. Böylece ruhsal sorunlara verilen toplumsal önem artmış ve savaş sonunda ruhsal hastalıkların epidemiyolojisine yönelik çalışmalar destek görmüştür.

1950'lerden sonra psikofarmakoloji alanında büyük buluşların gerçekleşmesi ile tanımlayıcı psikiyatriye ilgi artmış ve tanı dizgeleri geliştirme çalışmaları hız kazanmıştır. Farmakoterapi alanındaki buluşlar ve klinik ilaç çalışmaları her hastaya en uygun sağaltımın bulunmasını amaçladığı için araştırmalarda hastaların daha homojen gruplar oluşturmalarına yönelik bir arayış başlamıştır. Yapılandırılmış görüşme ölçekleri ve standart tanı ölçütleri kullanılmamış olması nedeniyle 1980 öncesinde yapılan çalışmaların çoğunun güvenilir bir yorumu yapılamamaktadır.

1972'de psikotik hastalarda ABD ile İngiltere arasındaki tanı farklılıklarını gösteren çalışma psikiyatride epidemiyolojik çalışmalar için bir dönüm noktası olmuştur. Bu çalışma açık tanı ölçütleri kullanılmadığı zaman manik depresif hastalıkla şizofreni ayırıcı tanısının zor olduğunu göstermiştir (16). New York'ta yürütülen Stirling Country araştırmasında, halktan görüşmeciler bir anket kullanarak, 1010 erişkine ilişkin veri toplamıştır. Ayrıca, bölgedeki pratisyen hekimler ve psikiyatlardan da ek veri toplanmıştır. Daha sonra araştırmayı yürüten psikiyatrlar, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı' nın (*Diagnostic and Statistical Manual; DSM*) birinci baskısını başvuru kaynağı olarak kullanmışlar ve ruhsal bozuklukların yaygınlığının % 20 olduğu sonucuna varmışlardır (15).

iii) Üçüncü kuşak psikiyatrik alan çalışmalarının 1980'de DSM-III'ün yayınlanması ile başladığı söylenebilir. Bu kuşak çalışmalarda, tipik olarak, özgül psikiyatrik bozuklukların saptanmasında tanı sınıflamaları, daha ileri düzeyde yapılandırılmış görüşme teknikleri ve aynı zamanda daha gelişmiş istatistiksel analizler kullanılmıştır (15, 17).

Bu döneme ilişkin Amerika Birleşik Devletlerinde yapılmış önemli iki araştırmadan biri 1980-1984 yılları arasında Epidemiyolojik Alan Araştırması (*Epidemiologic Catchment Area; ECA*) belli bölgelerde ruhsal bozukluğu olanları saptama amacı ile yapılmış geniş bir araştırmadır. Epidemiyolojik Alan Araştırması eğitimden geçirilmiş halktan görüşmecilerin, bazı DSM-III tanıların saptanmasını sağlayan ve yüksek derecede yapılandırılmış bir ölçek olan Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeğini (*Diagnostic Interview Schedule; DIS*) kullandıkları ve ABD'nin çeşitli kent ve kurumlarından örneklemeler üzerinde yürütülen bir araştırmadır. Yayınlarında hastalıkların yaygınlık oranları sıklıkla bu araştırmanın verilerine dayandırılmaktadır (18, 19). İkincisi "Ulusal Ek Tanı Çalışması" (*National Comorbidity Study; NCS*) ulusal temsil gücü olan bir ABD hane halkı örnekleme üzerinde, madde kullanım bozukluklarıyla ilişkili olan ya da olmayan bir dizi psikiyatrik bozukluğun yaygınlık oranlarının saptanmasını amaçlamıştır. Bu araştırmada, aynı zamanda, ruhsal hastalıkların risk etkenleri de incelenmiştir. Ulusal ölçekte oluşu bu çalışmaya kentsel kırsal karşılaştırması gibi bazı özel ilgi alanlarına ilişkin veri sunma olanağı da vermiştir. Bu çalışmada da, bir öncekinde olduğu gibi, eğitimden geçirilmiş halktan görüşmeciler kullanılmış; tanı aracı olarak bu kez, tümüyle yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan Birleşik Uluslararası Görüşme Ölçeği (*Composite International Interview Schedule; CIDI*) kullanılmıştır. Bu ölçek, DSM-III-R ve bazı DSM-IV-TR ile Uluslararası İstatistiksel Hastalık ve İlişkili Sağlık Sorunları Sınıflandırması' nın 10. Baskısı (*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems; ICD-10*) ruhsal bozukluk tanılarını koymayı sağlamaktadır (20).

Bahsedilen bu üç dönem boyunca psikiyatrik epidemiyolojinin temel yönü tanımlayıcı olmuştur. Bu dönemlerde psikiyatrik epidemiyolojinin çözümleyici ve etiyolojiyi aydınlatmayı sağlayacak yönü ise çok kısıtlı kalmıştır.

iv) Dördüncü ve son dönemde ise yetkin tarama araçları akıl sağlığı sorunlarının çözümleyici araştırmalarında kullanılmaya başlanmış ve araştırmalar altta yatan etiyolojik süreçleri aydınlatarak izlem çalışmalarından oluşmuştur (11). Bu araştırmalar ruhsal bozukluklar yanında anlam, kültür ya da yorum analizleri içeren daha bütüncül yaklaşımlara sahiptir. Bu kuşak epidemiyolojik araştırmalarda farklı olan bir özellik de, bunların sağlık politikalarının geliştirilmesi konusuna gösterdikleri ilgidir. Bu yaklaşım ruhsal hastalıkları ve ruh sağlığını anlam, kültür ve başka yorumsal analizler ile daha geniş bir bakış açısıyla ele almaktadır. Şimdiye kadar bu anlayışla yapılan 3 büyük çalışma bulunmaktadır (15, 21).

Brezilya Çok Merkezli Psikiyatrik Morbidite Çalışması; yüksek derecede yapılandırılmış kesitsel bir epidemiyoloji araştırması deseni ile risk etkenlerinin antropolojik yorumunu birleştiren bir desene sahiptir. Temsil gücü olan 6470 bireylik bir örneklem psikopatolojinin varlığı açısından taranmış ve bir alt örnek, psikiyatrlarca, DSM-III'ün Brezilya sürümüne göre tanı koydurucu psikiyatrik görüşmeye alınmıştır. Bu araştırma, aynı zamanda, hasta grubu—kontrol grubu karşılaştırmasına dönüşmüştür; psikotik olmayan bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan tüm denekler hasta grubu olarak ele alınmış ve hiçbir ruhsal bozukluğu olmayan bir örneklem ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, cinsiyet ve cinsiyetle ilişkili toplumsal süreçler ve rollerin temel bir boyut olarak ele alınması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, bulgular üzerinde yapılacak her türlü yorumun, sosyokültürel bağlam içinde yüklenilen anlam konusunu da dikkate alması gerektiği belirtilmiştir (22).

Avustralya'da yapılan Ulusal Ruh Sağlığı ve İyilik Hali Araştırması ulusal bir örneklem üzerinde ICD-10 ruhsal bozukluk tanılarını saptamak üzere CIDI kullanılarak yürütülmüştür. Bu araştırmanın dördüncü kuşak araştırması sayılmasının nedeni bu çalışmada aynı zamanda, kaybedilen yaşam yılı, yaşam kalitesi ve ruh sağlığı ve genel sağlık hizmetleri kullanımının da araştırılmış olmasıdır. Bu çalışmanın ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesindeki etkisi dikkate değer düzeydedir (23).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (*World Health Organization; WHO*) öncülüğünde 14 ülkenin işbirliği ile yürütülen Dünya Ruh Sağlığı Araştırması (*World Mental Health Survey; WMH*) ruhsal bozuklukların biçimleri, sıklığı, şiddeti ve

bunlarla ilişkili yetiyitimi ve tedavileri araştırmayı amaçlayan bir çalışmadır. Bu araştırmanın yenilikçi yanı aynı araştırma araçlarının çeşitli ülkelerde eşzamanlı kullanımı olduğu kadar, toplumsal sonuçların, hastalık yükünün ve hizmet sunumunun bütüncül bir biçimde değerlendirilmiş olmasındadır. Bu araştırmaya ilişkin Tefvik Bedirhan Üstün ve Ronald C. Kessler tarafından yayınlanan ilk rapor dünyanın değişik bölgesindeki 14 ülkeden (altısı daha az gelişmiş, sekizi gelişmiş) genel popülasyonu temsil eden 60.559 bireylik erişkin örnekleme ilişkin verileri kapsamaktadır. Tanı değerlendirmeleri WHO-CIDI'nin WMH sürümü ile yapılmıştır. Çoğu ülkede, ciddi bozukluklar, son yıl içinde olağan rolleri yerine getirememe gibi kayda değer düzeyde yetiyitimleri ile ilişkili bulunmuştur. Tüm ülkelerde bozukluğun şiddeti ile tedavi görüp görmeme arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuşsa da, hiçbir tedavi görmeme oranları gelişmiş ülkelerde %30-53; daha az gelişmiş ülkelerde ise %72-83 oranlarında ortaya çıkmıştır. Bu sadece tedavi kaynaklarının kısıtlılığı sorunu değildir; çünkü tüm ülkelerde, tedavi gören hafif ve eşik altı olguların sayısı ciddi bozukluğu olduğu halde tedavi görmeyenlerin sayısını aşmaktadır. Bu bulgular sağlık hizmeti ihtiyacı, hizmet sunumu ve hastalıkların insanların yaşamı üzerindeki etkilerine ilişkin birçok konuyu bir çerçeveye oturtmakta ve ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesiyle ilgili birçok katkı sağlamaktadır. Örneğin, birçok bozukluk geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde başlamakta ve giderek belirgin toplumsal sonuçlar doğuran ciddi bozukluklara doğru evrilmektedir ki bu da, erken girişim gerekliliğini vurgulamaktadır (24, 25).

2.2. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji

Türkiye’de yapılan ilk psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları kurum istatistiklerine dayanmıştır (26). 1980’li yıllarda psikiyatrik hastalıkların dağılımını saptamak için genel toplum araştırmaları yapılmıştır. Ardından 1990’lı yıllardan sonra ise uluslararası geçerliği olan yöntem ve araçların kullanıldığı araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Sonuçları 1998 yılında bir rapor olarak da yayınlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması ülkemizde bugüne kadar yapılmış ilk ve tek genel nüfus örneklemleri araştırma olma özelliğini halen korumaktadır (27). Bu araştırma ile hem çocuk ve ergen yaş grubuna hem de erişkinlik yaş grubuna dair birçok psikiyatrik hastalık için

uluslararası karşılaştırmalara uygun yaygınlık hızları elde edilmiş ve araştırma Dünya Sağlık Örgütü gibi önde gelen kurumlarla işbirliği içerisinde yürütülmüştür (28). Daha sonraki yıllarda ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması kapsamında herhangi bir araştırma planlanarak risk etkenlerini ya da koruyucu özellikleri inceleyen genel toplum araştırmaları yapılmamıştır (29). Türkiye’de psikiyatrik bozukluklar üzerine yapılan epidemiyolojik araştırmaların bir yüzyıla yaklaşan tarihi bulunmaktadır(26). Bu bilimsel miras, epidemiyolojik araştırmalar için yeterli bir altyapı sunmaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalar psikiyatrik epidemiyolojinin Türkiye’de bir tıkanma yaşadığına ve sistematik bir gelişim gösteremediğine işaret etmektedir. Araştırmalardan çıkan sonuçlardan birincisi artan olanaklara rağmen önceki on yıllara göre yapılan nitelikli araştırma sayısı azalmıştır. İkincisi ise önceki yıllarla kıyaslandığında araştırmaların kapsam ve yöntemlerinde ilerleme değil tam tersine gerileme olmuştur (30).

Uluslararası bilimsel alanda giderek artan ve çeşitlenen epidemiyoloji araştırmalarına rağmen, Türkiye’de 2000’li yıllarda yapılan araştırmalar tanımlayıcı olmanın ötesine geçememiştir (11). Çözümleyici, risk etkenlerini, koruyucu özellikleri ve seyri inceleyen ya da sağlık politikalarına, toplum ruh sağlığına veri sağlayan araştırma sayısı çok azdır.

Psikiyatrik bozukluklar için yeterli hizmetlerin sağlanabilmesi ve etkin programların geliştirilebilmesi için bozuklukların yaygınlıklarının, demografik özelliklerinin, risk etkenlerinin saptanması gerekmektedir (31). Psikiyatrik epidemiyoloji son yıllarda psikiyatrik bozukluklarla ilgili önemli bilgilerin ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır (32). Çözümleyici araştırmalar, psikiyatrik bozuklukların etiyojisine önemli katkıda bulunmakta ve farklı hipotezlerin sınanmasını da sağlamaktadır (33).

Dünyada ve ülkemizde yetiyitimi sebeplerinden en önemlileri psikiyatrik bozukluklardır (34, 35). Yetiyitimine en çok neden olan on hastalıktan beşi (depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk) psikiyatrik bozukluklardır (36). Psikiyatrik sorunların yetiyitimine yol açan hastalıklar içinde önemli bir yer kaplaması, hastalıkların uzun süreli seyrinin yanı sıra

artan kentleşme, toplumsal ilişkilerdeki değişim gibi nüfus ve demografik değişikliklerle de açıklanmaktadır (37). Türkiye’de yarım yüzyıldır devam eden hızlı toplumsal ve demografik değişikliklerin psikiyatrik bozukluklara ve bu bozukluklar nedeniyle ortaya çıkan bireysel-toplumsal maliyetlere etkisini değerlendiren araştırma bulunmamaktadır. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji alanında en önemli araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması aradan geçen uzun süreye rağmen tekrarlanamamıştır.

2.3.Psikiyatride Epidemiyolojik Araştırma Araçları

2.3.1.Epidemiyolojik Araştırma Araçlarının Özellikleri

Epidemiyolojide ilgi konusu olan değişkenlerin ölçülebilmesi için kullanılan araçların kalitelerinin değerlendirilmesinde genellikle şunlar kullanılır: güvenilirlik, geçerlilik ve kullanılabilirlik veya uygulanabilirlik.

Güvenilirlik: Güvenilirlik (*Reliability*) bir aracın değişen koşullarda, örneğin farklı zamanlarda (test - yeniden test güvenilirliği) ya da farklı değerlendiricilerce (değerlendiriciler arası güvenilirlik) benzer sonuçlar vermesi niteliğini tanımlamaktadır (15). Bir başka deyişle ölçülen özelliğin rastgele hatalardan arınık olması durumudur. Güvenilirliğin dayandığı temel kavram tahmin edilebilirlik, öngörülebilirliktir. Bir ölçümün güvenilirliği farklı yöntemlerle değerlendirilebilir. Bu yöntemler iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları (*inter item reliability*), test tekrar test yöntemi (*test-retest reliability*), gözlemciler arası güvenilirlik (*inter-rater reliability*)’dir (38). Psikiyatrik bozuklukların tanımlanması gibi kategorik değişkenler için en çok kabul gören güvenilirlik indeksi kappa (κ) katsayısıdır. Birden çok değerlendiricinin birden çok kategoriye değerlendirdikleri hiç de seyrek olmayan durumlarda kappa katsayısının bir türevi geliştirilmiş ve uygulanmaktadır. Boyutsal ölçeklerin kullanıldığı durumlarda ise, en sık kullanılan istatistiksel ölçüt sınıf içi korelasyon katsayısıdır. Güvenilirlik, değerlendirme işlemlerini yapılandırıp standardize ederek, ölçeği uygulayanlar ve değerlendirmeyi yapanları iyi eğiterek, yinelenen ölçümlerin ortalaması alınarak iyileştirilebilir (39).

Yapılandırılmış görüşmelerin güvenilirliği sıklıkla, gözlemciler arası güvenilirlik ve/veya test tekrar test yöntemi kullanılarak sınımlanmaktadır. Test tekrar test yöntemi

ölçme aracının zaman karşısındaki değişkenliğe olan duyarlılığını belirlemede kullanılır. İki ölçüm zamanı arasındaki tutarlılığın tam ya da tama yakın olması beklenir. Aynı kişi üzerinde yapılan tekrarlayan ölçümlerden elde edilen sonuçların tutarlılığının derecesi ölçüm aracının güvenilirliğinin bir göstergesi olarak kullanılır. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu belirlemede kullanılan korelasyon katsayısının pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki göstermesi beklenir. Test tekrar test uygulamalarının yapılandırılmış görüşmelerde kullanımındaki en büyük sorun, uzun ve kimi zaman sıkıcı olabilen görüşme formatlarının kısa bir süre içinde yeniden uygulanması zorunluluğudur. Özellikle tekrar uygulamaları yapılırken soruların 'hayır' cevaplarıyla geçiştirilmesi eğilimi, yanlış negatif sonuçlar elde edilmesine yol açabilmektedir. Gözlemciler arası güvenilirlik ise aynı bireylerin iki veya daha fazla sayıda bağımsız gözlemci tarafından ölçülmesiyle elde edilecek sonuçların karşılaştırılması ile elde edilir. Daha çok görüşmelerin video ya da ses kayıtlarının alınması ve bu kayıtların bir başka gözlemci tarafından değerlendirilmesi yoluyla değerlendirilir.

Geçerlilik: Geçerlilik (*Validity*) bir aracın ölçmeyi amaçladığı olgu ya da değişkeni ölçme gücünü ya da niteliğini gösterir. Sonuç olarak geçerlilik bir aracın en temel niteliği olarak değerlendirilir. Ancak, geçerliliği her zaman doğrudan değerlendirmek o kadar da kolay değildir. Aşağıdakiler bir aracın geçerliliğini tahmin etmekte en yaygın kullanılan geçerlilik tiplerini içermektedir:

Ölçüt geçerliliği (Criterion validity): Bu yaklaşıma göre, yeni bir aracın geçerliliği bu araçla yapılan ölçüm ya da elde edilen sonuçların yaygın olarak kabul gören ve değer gören başka bir araçla elde edilen sonuçlarla karşılaştırılması ile saptanmaktadır (40). Örneğin, yeni bir depresyon ölçeğinin geçerliliği bu ölçekle elde edilen verilerin Hamilton Depresyon Ölçeğinin sonuçlarıyla karşılaştırılmasıyla sınanabilir. Psikiyatrik araştırmalar için geliştirilen ilk ölçekler ölçütle veya altın standart olarak kabul edilen uzman psikiyatristin klinik tanısıyla karşılaştırılmış, daha sonra uzman psikiyatristin klinik tanısının yerini ayrıntılı standardize klinik görüşmeler almıştır. Ölçüt

geçerliliği Eş zamanlı geçerlilik, Öngörü geçerliliği, Postdiktif geçerlilik ve Ayırt ettirici geçerlilik olmak üzere 4 alt başlık altında incelenebilir.

Eş zamanlı geçerlilik (Concurrent validity): aynı zamanda bazı ölçütlerle bir ölçümün ilişkilendirilmesini gösterir. Örneğin, şizofreni tanısı için bir laboratuvar testi varsa, hastayla görüşüldüğünde laboratuvar testinin sonucuyla şizofreni tanısı için kullanılan ölçek ilişkilendirilmelidir. Eş zamanlı geçerlilikte dört ana öge vardır: ölçüt, yakınlık, karşıtlık, bilinen grup geçerliliği. Yakınlık ve karşıtlık geçerliliği birbirine göre değerlendirilmelidir. Psikiyatride tanıları doğrulamak için altın standart olarak kabul edilen laboratuvar testleri yoktur (41).

Öngörü geçerliliği (Predictive validity): Yeni bir ölçeğin gelecekteki olguları öngörebilme düzeyini değerlendirir, temel olarak uzmanlar arasında bir uzlaşmaya ve ampirik sonuçlara bağlıdır. Öngörü geçerliliğin çıkış noktası, tanısı aynı olan kişilerin benzer sonlanmaya sahip olacağıdır. Öngörü geçerliliğin yaygın bir kullanımı, bazı tanı gruplarının sonlanmasının diğerlerinden daha iyi veya daha kötü olabileceği varsayımıyla, özgül bir tanı grubunun sonlanmasını değerlendirmektir. Bu geçerlilik türü ileriye dönük değerlendirmeleri gerektirir. Birçok psikiyatrik bozukluk karışık sonlanmaya sahip olduğu için, geçerlilik ölçütü olarak sonlanmanın kullanılması sorun yaratabilir (41, 42).

Postdiktif geçerlilik (postdictive validity): Şimdi kullanılan bir ölçekle sağlanan şimdiki tanısal değerlendirmesinin, geçmişte ortaya çıkmış olan olayların veya davranışların ilişkisini gösterir. Örneğin, postdiktif geçerlilik, şimdi şizofreni tanısı konan bir kişinin erken çocukluk yılları veya hastalık öncesi kişilikle ilgili öyküsünü ilişkilendirmeyi gerektirir, Bu değerlendirmeler geriye dönük olarak belirtilir (41).

Ayırt ettirici geçerlilik (discriminant validity): Özel bir bozukluğun diğer bozukluklardan nasıl ayrılacağını belirler. Farklı tanıların bazı belirtileri laboratuvar test sonuçları veya sonlanması benzer

olabilmekle birlikte; özel bir bozukluk diğerlerinden ayrılmalıdır. Bu ayrımın yapılamaması, bu özel tanının ayrı bir grup olarak geçerliliğinin reddedilmesine bir dayanak oluşturur (41, 42).

İçerik geçerliliği (Content validity): Bu geçerlilik tipi, yeni bir aracın gerçekleştirmek istediği amaçlara ne kadar uygun olduğu ve bu amaçlarla ilgili alanları ne ölçüde kapsadığına ilişkin konunun uzmanları tarafından yapılan değerlendirmelere dayanmaktadır(40). İçerik geçerliliği, bir ölçeğin maddelerini yapılandırmak için kullanılan işlemlerle sağlanır: İlk aşamada bir kavramı doğru olarak ölçecek maddelerin evreni belirlenir. Daha sonra bu evrenden madde örnekleri alınır. Son olarak seçilen maddeler test edilebilir biçime getirilir (41). Örneğin, majör depresyonu ölçmek isteyen bir kişi duygulanım, ilgi ve dikkat, zevk alma, düşünce bozuklukları, uyku ve iştah gibi maddeleri dikkate alacaktır. Sonra bu maddeleri değerlendirmeye yönelik bir ölçek yapılandıracaktır (39).

Yapı geçerliliği (Construct validity): Ölçeğin yapısının içeriği ve kapsamı açık uçlu görüşmelerde ve anahtar bilgi vericilerle odak grup tartışmalarında belirlenebilir. Bu bilgi vericiler önerilen ölçeği ve ölçek maddelerinin uygunluğunu gözden geçirebilir. Yapı geçerliliği diğer geçerlilik türlerine göre daha karmaşık süreçler içerir ve kuramsal çerçevede tanımlanır. Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde üç adım olduğu öne sürülür: Birincisi, ölçülen kavramlar arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir. İkincisi, kavramların ölçümleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir. Üçüncüsü, ampirik kanıtın kuramsal çerçevede açıklanması ve yorumlanmasıdır (39, 41).

Yapılandırılmış görüşmelerin geçerliliğini değerlendirmek için daha çok ölçüt geçerliliği kullanılmaktadır. Ölçüt geçerliliği, tasarlanan ölçme aracının amaçlanan özelliği ne kadar başarı ile öngördüğünü belirlemeye yarar. Eş zaman geçerliliği (concurrent validity) ve öngörü geçerliliği (predictive validity) Ölçüt geçerliliği değerlendirilirken incelenen bölümlerden ikisidir. Eş zaman geçerliliğinde geliştirilen ölçme aracı puanları ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliliği yüksek olan ve aynı

özelliği ölçen başka bir ölçme aracı puanları arasında korelasyon katsayısı karşılaştırılır. Aynı zamanda uygulanan bu iki ölçüm aracı arasındaki yüksek korelasyon katsayısı yeni aracın eşzaman geçerliliğini gösterir. Eş zaman geçerliliğini belirlemede kullanılan bir başka yöntem ölçekten elde edilen puanların daha kesin tanı koyucu bir araç karşısındaki kesme noktasının belirlenmesi ve bu kesme noktasına göre ayırt edebilme gücünün saptanmasıdır. Sonuç olarak yeni yöntemin altın standarda göre hastaların ne kadarını ayırt edebildiği ‘duyarlılığı’ gösterirken, gerçekte sağlam olanları doğru bir şekilde ayırt edebilmesi yeteneği ise ‘seçiciliği’ gösterir. Bu iki ölçütün yanı sıra olumlu ve olumsuz öngörü değerleri de değerlendirilebilmektedir. Öngörü geçerliliğinde ise ölçme aracından elde edilen sonuç ile gelecekte gözlenecek olan sonuç arasındaki bağıntıya bakılır. Bu yöntem çoğunlukla hastalığın gidişi ve sağaltımın sonuçları ile karşılaştırma şeklinde olabileceği gibi tanı ile ilgili sonuçların karşılaştırılması şeklinde de olabilir (43).

Kullanışlılık ya da Uygulanabilirlik: Burada ise bir aracın ulaşılabilirliği, düşük maliyetli oluşu ve kullanışlılığı değerlendirilmektedir.

Çağdaş psikiyatrik epidemiyolojik araştırmalarda geçerliği ve/veya güvenilirliği denenmiş değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Bu araçların bir kısmı deneğin kendi doldurduğu sormaca biçiminde iken, bir kısmı görüşmeci tarafından doldurulmaktadır. Tarama ve görüşme araçlarının birbirlerine göre üstünlükleri ve zayıflıkları Tablo 1'de verilmektedir. Görüşme ile doldurulan değerlendirme araçlarının bir kısmı yarı yapılandırılmış olduğu ve psikiyatri bilgisi gerektirdiği için ruh sağlığı alanında çalışan görüşmeciler tarafından doldurulması gerekmektedir. Bazı değerlendirme araçları ise tam yapılandırılmış olmakta ve eğitim alan meslek dışı görüşmeciler tarafından da doldurulabilmektedir.

Tablo 1. Tarama ve Görüşme Araçlarının Birbirlerine Göre Üstünlükleri ve Zayıflıkları

	Olumlu	Olumsuz
Tarama için kullanılan var-yok listeleri	*Maliyeti az *Uygulama kolayca öğretilir *Kısa zamanda çok kişi taranabilir *Öznel algılama da değerlendirilebilir *Kimlik belirtilmediğinde bazı konuları "itiraf" etmek daha kolay olabilir	*Güvenilirlik düşük *Zaman içinde tutarlılık az *Hakemler arası tutarlılık az *Hatırlama yanlılığı çok etkili
Görüşme ölçekleri	*Hatırlama yanlılığı daha az *Daha "nesnel" ölçüm *Tanı koyma avantajı var	*Çok uzun sürer *Pahalı *Uzmanlaşmış görüşmeci/ler gerektirir *Çok sayıda olguya ulaşmak zordur *Bazı konularda görüşmeciye bilgi vermek tercih edilmeyebilir

2.3.2.Genel Psikopatoloji Tarama Araçları

Genel Sağlık Anketi-GSA (General Health Questionnaire ; GHQ): Bu araç, kişide ruhsal rahatsızlık olup olmadığını saptayabilecek sorular içeren ve hastaların kendilerinin doldurdukları bir sormacadır. Geniş örneklemlemler GSA ile taranabilmekte ve ayıklanan kişiler daha özgül değerlendirme araçları ile incelemeye alınabilmektedir. Bu araç başlangıçta 60 soru ile hazırlanmış ise de sonradan bu 60 sorudan seçilen 30, 28 ve 12 soruluk biçimlerinin de kullanılabileceği görülmüştür. 12 ve 28 soruluk biçimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde güvenilir biçimde uygulanabilmektedir. Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları vardır (44, 45).

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List; SCL-90-R) : Ruhsal Belirti Tarama Listesi, Johns Hopkins Üniversitesi Psikometrik Araştırma Ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları (1971, 1973, 1974, 1976, 1977) tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiştir. Ruhsal Belirti Tarama Listesi bireylerdeki psikolojik belirtilerin ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını belirleyen bir ölçü aracıdır. HSCL'nin 5 alt ölçeğine; Somatizasyon (SOM)- Obsesif-Kompulsif (O-C)- Kişilerarası Duyarlılık (İNT)- Depresyon (DEP)- Kaygı (ANK), 4 yeni alt ölçek; Öfke-Düşmanlık (HOS)- Fobik Reaksiyon (PHOB)- Paranoid Düşünce (PAR)- Psikotizim (PSY) eklenerek, 4 cevap kategorisi, «Hiç» den, «İleri derecede» ye doğru 0-1-2-3-4 şeklinde işaretlenen ve bulunuş derecesini gösteren 5 cevap skalası geliştirilerek 9 alt maddeden ve 9 alt ve bir de ek skala olmak üzere 10 belirti grubundan oluşan bir kendini anlatma envanteri haline getirilmiştir. 90 maddeden 7 'si ek skalaya ait olup, bu ana gruplar dışında kalmaktadır. Onuncu belirti grubunu oluşturan bu maddeler yeme ve uyku bozuklukları ile suçluluk duyguları gibi belirtileri içermektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (46).

Kendini Bildirim Anketi (Self-reporting Questionnaire; SRQ): Bu araç, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukları taramaya yönelik bir Dünya Sağlık Örgütü (*World Health Organization; WHO*) projesi çerçevesinde geliştirilmiştir. Yirmisi depresyon ve anksiyete belirtileri, dördü psikotik yaşantılar, biri epilepsi ve beş tanesi alkol kötüye kullanımı ile ilgili olmak üzere 30 madde içermektedir. Dünyada çeşitli ortamlarda kullanılması için farklı uzunlukta sürümleri vardır.

2.3.3.Yeti Yitimi ve İşlevselliğin Değerlendirilmesi için Kullanılan Araçlar

Kısa Yetiyitimi Anketi-KYA (Brief Disability Questionnaire ; BDQ): Dünya Sağlık Örgütü tarafından bedensel ve sosyal yetiyitimini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş kısa bir sormacadır. Bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve test-tekrar test güvenilirlik çalışması yapılmıştır (47).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO Quality of Life Scale; WHOQOL-100): Kişinin kendi doldurduğu 100 soruluk bir sormacadır. Yaşam

kalitesini 6 alanda değerlendirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve dört alanı kapsayan bir sormacadır (48-50).

Dünya Sağlık Örgütü Psikiyatrik YetiYitimi Değerlendirme Ölçeği (WHO-DAS-II): Dünya Sağlık Örgütü temel yaşam alanlarındaki işlevselliği ve yeti yitimini genel olarak ölçen ve değişime açık, YetiYitimi Değerlendirme Ölçeği (*Disability Assessment Schedule; DAS*)' nin yeni bir sürümünü (WHO-DAS-II) geliştirmiştir. Bu çaba Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırılması geliştirilmesi çabalarına dayanmaktadır. Burada kültürel olarak uygulanabilir; psikometrik olarak güvenilir ve geçerli; hizmet ihtiyacı ve sonlanımın özellikleri alanlarındaki sağlık hizmetleri araştırmaları için kullanışlı ortak bir ölçüm aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır. WHO-DAS-II epidemiyolojik araştırmalar, klinik kullanım ya da toplumun genel sağlık durumunu özetlemede katkısı olan betimleyici bir sistem olması dolayısıyla, çeşitli amaçlar için kullanılabilen bir "genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ölçeği" olarak kabul edilmektedir. Genel bir puan vermesinin yanında bilişsel durum, genel hareketlilik düzeyi, kişisel bakım, bireylerarası ilişkiler ve toplumsal yaşama katılım gibi konularda da veri sunmaktadır (51).

Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi Ve Sağlık Sınıflandırması (International Classification Of Functioning, Disabilities And Health; ICF): Uluslararası işlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması, daha önceki, Uluslararası Bozukluklar, Yetiyitimi ve Sakatlıklar Sınıflandırması (*International Classification of Impairment / Disabilities and Handicaps; ICDH*)' nin geniş çapta gözden geçirilmiş bir biçimidir. İlk baskısı yetiyitiminin sadece hastalıklara bağlı olarak ortaya çıktığını kabul eder iken, ikinci baskısı, yetiyitimlerinin, hastalıklar, birey ve toplumsal çevre arasındaki etkileşimlerin sonucu olarak ortaya çıktığı düşüncesine dayanmaktadır. Dolayısıyla, burada yetiyitimi bedensel, bireysel ve toplumsal düzeylerdeki (bozukluklar, etkinlik kısıtlılıkları ve katılım sınırlılıkları gibi) işlev bozukluklarını kapsayacak biçimde kavramsallaştırılmıştır (52).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği: Bu ölçek ile toplumsal işlev yitimi ve psikopatolojinin şiddeti birbirleriyle ilişki içinde 100 puanlık bir skala üzerinde değerlendirilmektedir. DSM-IV ve DSM-IV-TR'nin 5. Eksenlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

2.3.4. Psikiyatrik Bozuklukların Tam Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar

Tanısal Görüşme Çizelgesi (Diagnostic Interview Schedule; DIS) ve Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview ; CIDI): DIS ve CIDI sıradan uygulama için düzenlenmiş tamamen yapılandırılmış tanısal görüşmelerdir. DIS geniş ve yaygın toplum örnekleminde DSM-III'e göre güncel ve yaşam boyu psikiyatrik hastalıkların oranlarını belirlemek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri'nde Epidemiyolojik Alan Araştırmasında kullanılmak üzere 1980'lerde geliştirilmiştir. 19 tanı modülünde, erişkinlerde geniş aralıkta Eksen I durumları ile artı olarak pek çok çocukluk çağı bozukluğu ve antisosyal kişiliği kapsar. En son sürümü de belirtiler, bozulma ve tedavi konusunda daha fazla bilgi içerir. CIDI, DIS'ten uluslararası kullanım için geliştirilmiştir ve 11 tanı modülünde hem ICD hem DSM-IV ölçütlerini kapsar. CIDI antisosyal kişilik ve çocukluk çağı bozukluklarını kapsamaz. Araçlar oldukça benzerdir ve her ikisi de çok az ya da hiç kelime değişikliğine izin vermeksizin soruların tıpatıp okunmasını içerir; izlemek için yalnızca belirlenmiş araştırma soruları kullanılabilir. DIS tamamlanması 90 dakika ile 2 saat arasında sürer; CIDI biraz daha kısa sürer. Her ikisi de tanıları ve belirti profilini sağlayacak biçimde bilgisayarla puanlanabilir. Araçlar sıradan görüşmecilerin yoğun eğitimle kullanabilmesi için düzenlenmiştir (formel eğitim önerilmektedir). Güvenilirlik her ikisi için de, en azından daha şiddetli bozukluklar için, iyi gibi görünmektedir. Geçerlilik DIS için sorunlu gibi görünmektedir: klinik tanılarda uyum çalışmaları psikotik bozukluklar için çoğunlukla gözlenen belirgin uyumsuzluklar ile tutarsız çıkmıştır. Her iki araç da psikiyatri araştırmalarında, özellikle epidemiyolojik ortamlarda yaygın olarak kullanılmaktadır ve değerli veriler sağlamaktadır. Ancak, özellikle psikotik bozukluklar için, bu araçların güvenilirliği konusunda söz konusu kuşku bu verilerin yorumlanmasında dikkati gerektirmektedir (53). CIDI' nin temel sağlık hizmetlerinde

kullanılabilecek kısaltılmış şekli *Temel Sağlık Hizmetleri Uyarlaması(UBTG)*' da bulunmaktadır (*CIDI-Primary Health Care Version*). UBTG'nin Türkçe de dahil olmak üzere birçok dilde güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Son yıllarda epidemiyolojik araştırmalarda birçok ülkede en yaygın kullanılan araçlardan biridir (54, 55).

DSM-IV-TR için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID): SCID etkili ama kapsamlı klinik değerlendirmeye dayanarak yapılandırılmış DSM-III-R Eksen I bozukluklarının tanısını koymak üzere ilk defa 1990'ların başlarında geliştirilmiştir. Daha sonra ise DSM-IV için güncellenmiştir. Yarı-yapılandırılmış klinik görüşme demografik bilgiler ve klinik öykü bölümleriyle başlar. Sonrasında değişik tanı gruplarına odaklanan yedi tanı modülü vardır: Duygudurum, psikotik, madde kötüye kullanımı, anksiyete, somatoform, yeme ve uyum bozuklukları. Hem önerilen hem isteğe bağlı araştırma soruları verilmiştir ve atlama-çıkma daha başka soru önerilmediği zaman öne sürülmüştür. Hastane kayıtları, bilgi kaynakları ve hasta gözlemleri dâhil, var olan tüm kaynaklar SCID değerlendirmesi yaparken kullanılmalıdır. SCID deneyimli hekimler tarafından uygulanmak üzere düzenlenmiştir ve sıradan görüşmeciler tarafından kullanılması genellikle önerilmemektedir. Ek olarak, SCID'de formel eğitim önerilmektedir ve bunu kolaylaştırmak için eğitim kitapları ve videoları vardır. Belirtisi olmayan bireyler için, görüşmeyi tamamlamak yaklaşık 1 saat sürebilir ama yaygın belirtisi olan bireylerde 3 saate kadar çıkabilir. Birincil amacı psikiyatri hastalarında araştırma yapmak olsa bile, hastadışı sürümü (bir temel yakınmaya vurgu yapmadan) ve klinik sürümü (daha ayrıntılı alt tiplere olmaksızın) bulunmaktadır. SCID'in güvenilirlik verileri daha şiddetli bozukluklarda (örn., iki uçlu bozukluk, alkol bağımlılığı) daha ılımlı olanlara (örn., distimi) göre daha iyi performans gösterdiğini öne sürmektedir. SCID çoğunlukla altın standart olarak başka değerlendirme araçlarıyla karşılaştırmak üzere kullanıldığından, geçerlilik verisi sınırlıdır. Klinik araştırmalarda tanıyı doğrulamak amacıyla standart görüşme olarak kabul edilir ve diğer psikiyatri araştırma türlerinde de yaygın olarak kullanılır. Psikiyatri hastalarında sistemli bir değerlendirmeyi güvence altına almak için de kullanılabilir (örneğin, yataklı hasta birimine kabul için ya da ayaktan hasta birimine girmek için). Formel ve

yinelenebilir değerlendirmeyi güvence altına almak amacıyla adli psikiyatride de kullanılır (53). Türkçe çevirisi ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (56).

Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Mini International Neuropsychiatric Interview; MINI): David Sheehan ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu kısa ve yapılandırılmış tanı görüşmesi bir dizi DSM-IV ve ICD-10 ruhsal bozukluğunun çok merkezli klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda araştırılması amacını taşımaktadır. Genellikle, 30 dakikadan kısa bir sürede doldurulabilmektedir. Bu görüşme aracının orijinal formunun 1996 yılında yapılmış bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır (57).

Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeği (Development and Well-being Assesment; DAWBA): DAWBA; 2-4, 5-17 ve 18 üstü yaş gruplarında sık görülen psikiyatrik bozuklukların hem ICD-10 hem de DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların tanısallık ve sayımsal el kitabı) temel alınarak değerlendirilmesine olanak sağlayan birçok farklı dile çevirisi yapılmış olan bir yapılandırılmış tanılama paketidir. İlk olarak İngiltere’de çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonunun planlanmasında kullanılan, 10000’in üzerinde çocuğun örneklemini oluşturduğu ülke geneli bir epidemiyolojik çalışma için geliştirilmiştir (58).

Görüşmeler kâğıt üzerinden uygulanan yazılı görüşme metni veya bilgisayar uygulaması yoluyla bir görüşmeci tarafından uygulanabileceği gibi, görüşmeciye ihtiyaç duymaksızın kişilerin veya yakınlarının sorulara cevap vermesi ile bilgisayar üzerinden de uygulanabilir. DAWBA’yı uygulayacak kişilerin klinik deneyime sahip olması gerekmez ve uygulama eğitimi çok kısa sürelidir. Deneyimli anketörler için 1 günlük bir eğitim süresi yeterli olabilmektedir. Vaktinin çoğunu evde bilgisayar başında geçirmeyi tercih eden insanların sayısının gün geçtikçe artması, bazı durumlarda bir görüşmeci çalıştırmanın getirebileceği yüksek maliyetlerin karşılanamaması ve bazı insanların bir makineye bir insandan daha kolayca ve dürüst yanıtlar verebilmesi yapılandırılmış görüşmeler için bilgisayardan uygulanabilen formun önemini arttırmaktadır. Ayrıca bilgisayar uygulamaları bir görüşmecinin

uygulama sırasında yapması muhtemel kural hatalarını en aza indirdiğinden yanlış sonuç elde edilmesinin de önüne geçilebilmektedir.

DAWBA'nın farklı yaş gruplarına uygulanan formları ile ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluğu, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluğu, bipolar duygudurum bozukluğu, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, tik bozuklukları, psikotik bozukluklar tanıları konulabilmektedir. Ayrıca DAWBA'da erken gelişim özellikleri, yaygın gelişimsel bozukluklar, kendine zarar verme davranışları, selektif mutizm ve psikotik bulguları sorgulayan sorular da bulunmaktadır. Görüşmenin Obsesif Kompulsif Bozuklukla ilgili bölümü örnek olması amacıyla Ek-1'de verilmiştir.

DAWBA uygulamasındaki her bölüm 4 soru kategorisinden oluşmaktadır:

1. Bir konuda sorun olup olmadığının araştırıldığı kapalı uçlu tarama soruları.
2. Belirtilerin sorgulandığı kapalı uçlu sorular.
3. İşlevsellik kaybının ve bozukluğun şiddetinin değerlendirildiği kapalı uçlu sorular.
4. Mevcut problemin katılımcının kendi cümleleri ile anlatılmasının istendiği açık uçlu sorular.

Belirtilerin taranması ve sorgulanmasıyla birlikte işlevselliğin de değerlendirilmesi yapılandırılmış görüşmeler için kritik öneme sahiptir. Bu sorunu ortadan kaldırmak üzere DAWBA'nın her bölümünde DSM-IV ve İCD-10'da da öngörüldüğü üzere belirtilerin şiddetinin boyutu, kişilerde hangi düzeyde sıkıntı oluşturduğu, işlevsellik kaybına yol açıp açmadığı sorgulanmaktadır.

DAWBA, DSM-IV ve ICD-10' da bozukluklar için tanımlanan kriterlerdeki sürelerle birlikte, şimdiki zamana ve yakın geçmişe odaklanır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi cevaplayan kişiler tarafından verilen geçmişle ilgili bilgilerin güvenilirliğinin düşük olmasıdır.

DAWBA'nın ruh sağlığı konusunda profesyonel olmayan kişilerin kısa süreli eğitiminin ardından, bu kişiler tarafından da uygulanabilmesi geniş saha çalışmalarında kullanılabilmesini mümkün hale getirmektedir. Örneğin görüşmenin ilk defa büyük bir toplulukta uygulandığı İngiltere çalışmasında bir istatistik ofisine bağlı çalışan, anket uygulama konusunda deneyimli ancak ruh sağlığı alanında deneyimsiz kişiler kullanılmıştır. Kişiler ve eğer yapılıyorsa yakınları ile yapılan görüşmeler bilgisayar ortamında o çalışma için oluşturulan veri tabanına kaydedildikten sonra tanı, kapalı uçlu sorulardan gelen veriler ve açık uçlu soruların yanıtların birlikte değerlendirilmesinin ardından deneyimli klinisyenlerce konulur. Görüşmecilerin görevi ise sadece cevaplayan kişilerden veriyi toplamak ve aktarmaktan ibarettir. Bu şekilde DAWBA, cevaplayan kişi tabanlı görüşmelerin düşük maliyet ve basit uygulanma avantajı ile klinisyen deneyiminin getirdiği tanı güvenilirliğini bir araya getirmiş olmakta ve geniş rneklemliler çalışmalarda çok sayıda klinisyen kullanmanın getireceği maliyet ve zaman kaybını engellemektedir.

DAWBA'yı klasik görüşmeci temelli yapılandırılmış görüşme araçlarından ayıran en önemli farklardan birisi, her bölümde cevaplayan kişinin kendisinin dolduracağı açık uçlu soruların yer almasıdır. Görüşmede açık uçlu soruların bulunmasının faydalarından biri yapılandırılmış görüşmelerde tanıya gidilirken farklı bilgi kaynaklarından gelen verilerin ne şekilde değerlendirileceği, hangi bilgi kaynağından ne ölçüde faydalanılabileceği veya hangisine ne kadar güvenilebileceği ile ilgili kafa karışıklığını gidermek konusunda yol gösterici olmasıdır. Ayrıca sadece kapalı uçlu sorulara verilecek yanıtlarla eşik altı kalacak bazı belirtiler ve atlanabilecek 'başka türlü adlandırılmayan' kategorisindeki bozukluklar da açık uçlu sorularla yakalanabilmektedir. Görüşmede açık uçlu soruların bulunmasının getirdiği bir başka avantaj ise belirtilerin ve işlevsellik kaybının daha sağlıklı değerlendirilebilmesinin nn açmasıdır. Çünkü cevaplayan kişi kapalı uçlu soruları tam olarak anlayamayabilir ve bu da görüşmenin sonunda kişinin aslında olduğundan çok daha iyi veya çok daha kötü gösterilmesine yol açabilir. DAWBA'da cevaplayan kişiye sorunu kendi cümleleriyle anlatma fırsatı verilerek bu sorun azaltılmıştır.

DAWBA uygulanabilirliği arttırmak ve maliyetleri düşürmek için olabildiğince kısa tutulmuştur. İngilizce versiyonu için; 5-17 yaş grubunda, ebeveyn görüşmesinin uygulama süresi yaklaşık olarak 50 dakika iken ergen formu için bu süre yaklaşık 30 dakikadır. 18 yaş üzeri grupta ise görüşmelerin süresi yaklaşık olarak 60 dakika sürmektedir. Her bölüm ilgili bozuklukla ilgili tarama soruları ile başlamakta, görüşmenin gidişatı bozukluğın bulunmadığı yönünde gelişirse tüm soruların sorulması gerekmeden atlama kuralları devreye girer ve görüşmenin uzaması engellenir.

DAWBA'nın kâğıt üzerinden uygulanan bir formu olduğu gibi, araştırmacıların uygulama, tanılama, değerlendirme ve istatistik aşamalarında karşılaşılabilecekleri tüm problemler düşünülerek hazırlanmış internet aracılığı ile bilgisayar üzerinden uygulanabilen bir formu da vardır. Bu program uygulama aşamasında atlama kurallarını kendisi uygulayarak, karmaşık yönergeleri ortadan kaldırması ve uygulama kolaylığı getirmesinin yanı sıra farklı bilgi kaynaklarından gelen bilgileri tek bir sonuç ekranında toplayarak tanılamayı yapacak klinisyene yol gösterebilmektedir. Yapılan uygulamalar sonucunda olguların tanıları "Yok", "Var-Hafif", "Var-Orta" ve "Var-Şiddetli" şeklinde gruplandırılabilir. Dilenirse olası tanıları da içeren bir özet sayfası hazırlanabilmekte ve bu sayfanın word veya pdf formatında dökümü alınabilmektedir. Bir klinikte DAWBA uygulaması yapılan tüm olguların arşivlenebilmesi, yapılan bir çalışmaya alınan olguların verilerinin SPSS dosyası olarak direk olarak alınabilmesi programın diğer getirileri arasındadır (7).

DAWBA 'nın halen başta Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin dilleri olmak üzere farklı yaş gruplarındaki görüşmelerinin 20 dilde çevirisinin mevcut olması çok uluslu çalışmalarda kullanımı için üstünlük sağlamaktadır. Farklı dillerde sıklıkla 5-17 yaş grubu görüşmesi kullanılmakla birlikte, 18 yaş üzeri görüşmesi de yaygınlaşmakta ve Türkçe ile birlikte 8 farklı dilde uygulanmaktadır. DAWBA ile ilgili daha detaylı bilgi <http://www.dawba.info> adresinden elde edilebilir.

2.4.Psikiyatride Yapılandırılmış Araçlar

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında ortak bir 'olgu' tanımlamasının yapılmasına duyulan ihtiyaç, önce bozukluklar için tanı kriterleri sistemlerini daha sonra da

yapılandırılmış görüşme ölçeklerini beraberinde getirmiştir. 1970'li yıllardan başlayarak, yapılandırılmış psikiyatrik tanı görüşmeleri, standart bir terminolojiye göre tanı koymak için kullanılmıştır (59, 60). Anksiyete Bozuklukları Görüşme Ölçeği (*Anxiety Disorders Interview Schedule; ADIS*), *DSM-IV-TR için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID)*, *Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview ; CIDI)* ve *Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeği (Development and Well-being Assessment; DAWBA)* yıllar içerisinde geliştirilen yapılandırılmış psikiyatrik görüşme araçlarına örnek olarak verilebilir. Zaman içerisinde yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler psikiyatrik araştırmalarda tanısallık standart haline gelmiş ve günlük klinik çalışma içinde de hızla yaygınlaşmaya başlamıştır (61).

Akıl hastalıklarını teşhis etmek için yapılandırılmış görüşmelerin kullanılmasının birçok avantajı bulunmaktadır. Yapılandırılmış görüşmeler, klinisyenlerin ve bilimsel araştırma yapan kişilerin, kabul edilebilir bir süre içerisinde ilgili bütün bilgileri toplamasına yardımcı olabilir. Dahası, yapılandırılmış görüşmeler, tanı koyma aşamasında gereken belirtileri değerlendirmek için karmaşık algoritmaların uygulanmasını kolaylaştırır (62).

Bütün yapılandırılmış görüşmelerin belirli amaçları vardır:

1. Alınması gereken bilgiyi yapılandırmak: Böylece tüm görüşmeciler, tüm olgulardan gereken tüm bilgileri alabilecektir.
2. Bir tanıya, bunu teyit eden veya bununla çelişen tüm bilgi alındıktan sonra ulaşmak.
3. Bir karara varılırken, elde edilen bilgilerin ne şekilde birleştirileceğini yapılandırmak.
4. Alınması gereken bilginin toplanma yöntemini tanımlamak (63).

1, 2 ve 3. madde bütün tanı paketlerinde, ICD veya DSM'nin esas alınması, bilgileri harmanlamada belirli yöntemler tarif edilmesi, kimi zaman bilgisayar programlarıyla desteklenen belirli uygulama kuralları getirilmesi gibi benzer yollarla

sağlanır. Ancak 4. maddeye, yani bilginin toplanma yöntemine göre, yapılandırılmış görüşmeler ‘görüşmeci tabanlı görüşmeler’ ve ‘cevaplayan kişi tabanlı görüşmeler’ olmak üzere temel olarak ikiye ayrılabilir (63).

2.4.1. Görüşmeci tabanlı görüşmeler

Klinik görüşmelerle olan benzerlikleri daha fazladır. Görüşmecinin daha fazla sorumluluğunun olduğu, bir belirtinin varlığı veya yokluğuna emin oluncaya kadar sorgulamaya devam ettiği görüşmelerdir. Bu görüşmelerde de görüşmenin yapısı belirlenmiş olmakla birlikte görüşmeci, saptanan belirtilerin bozukluk kriteri olarak kabul edilip edilemeyeceğine kendi deneyimini kullanarak karar verebilmektedir. Bu nedenlerle bu görüşmeler ancak ya klinik eğitimi olan ya da bu görüşme içeriği ile ilişkili yoğun bir eğitim almış diğer kişiler tarafından uygulanabilir. Cevap veren kişi tarafından anlaşılmayan soruların görüşmeci tarafından açıklanabilmesine olanak tanınması, gereksiz soruların atlanabilmesi, görüşülen kişinin kendi düşüncelerini yazabileceği açık uçlu soruların daha fazla kullanılabilir olması görüşmeci tabanlı görüşmelerin, cevaplayan kişi tabanlı görüşmelere göre diğer üstün yanları olarak sayılabilir. Diğer taraftan tanı güvenilirliği kadar uygulama maliyetleri de yüksek olan bu görüşmelerin, klinik araştırmalarda kullanımı daha uygun bulunmaktadır. Görüşmeci tabanlı görüşmelere örnek olarak Anksiyete Bozuklukları Görüşme Ölçeği (*Anxiety Disorders Interview Schedule; ADIS*) verilebilir (64, 65).

2.4.2. Cevaplayan kişi tabanlı görüşmeler

Yalnızca uygulama konusunda bir eğitim verilerek klinik deneyimi olmayan kişilerin de uygulayabileceği bu görüşmeler, görüşmenin nasıl uygulanacağı tam olarak belirlenmiş olan ve büyük oranda özelleşmiş protokollerdir. Görüşmecinin sadece, belirtilerin çok daha detaylı olarak tanımlandığı soruları okuduğu, belirtilerin varlığına ya da yokluğuna sorulara cevap veren kişinin karar verdiği görüşmelerdir. Örneklemin daha büyük olduğu, eğitim almış klinik araştırmacıların çalışmaya katılımının maliyet nedeniyle elverişli olmadığı epidemiyolojik araştırmalarda kullanımı tercih edilmektedir. Bozuklukların sıklığının belirlenmesinde, eşlik eden psikososyal faktörlerin araştırılmasında, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin saptanmasında kullanılabilmektedirler. Sonuçların görüşmeci tercih ve eğilimlerinden

etkilenmemesi ve bilgisayar desteğine daha uygun olmaları cevaplayan kişi tabanlı görüşmelerin, görüşmeci tabanlı görüşmelere oranla üstün olan diğer yanları olarak gösterilebilir (65). Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeği (*Development and Well Being Assessment ; DAWBA*) bu sınıfa örnek olarak verilebilir.

Yapılacak bir araştırmada yapılandırılmış bir görüşme aracının kullanılması planlanıyorsa, çalışmacıların kullanılacak araca karar verirken aşağıdaki soruların yanıtlarına göre tercih yapmaları önerilmektedir (66);

1. Kullanılacak görüşme çalışmada sorgulanması gereken bozuklukları kapsıyor mu?
2. Çalışmada hangi zaman dilimi taranmak isteniyor? Şimdiki zaman yeterli mi yoksa yaşam boyu bozukluklar taranmalı mı?
3. Çalışmada görüşmeci olarak kullanılacak kişiler klinik deneyime sahip mi yoksa deneyimsiz kişiler mi kullanılacak?
4. Çalışmaya alınacak çocuklar varsa hangi yaş aralığındalar?
5. Çalışma için ve görüşmecilerin eğitimi için ne kadar zaman ve maddi kaynak var?
6. Veri girişi ve yorumlanması için nelere ihtiyaç var ve bunlar için hangi kaynaklar kullanılabilir?

2.5.Çeviri ve Kültürel Uyarlamalarda Standardizasyon

Küreselleşmenin sağlık sektörü üzerine etkisinin artması ve kanıta dayalı tıp uygulamalarının yaygınlık kazanması ile tıpta kullanılan ölçeklerin başka dillere çevrilmesi ve başka kültürlerle uyarlanması daha büyük önem arz etmeye ve sıklıkla uygulanmaya başlamıştır. Hızla büyüyen ilaç ve sağlık ekipmanları endüstrisinin geliştirdiği yeni tedavi alternatiflerinin hastanın kendi bildirimine dayanan ve somut ölçümle anlaşılamayan ‘Yaşam kalitesi’ ne etkisini, Avrupa ve A.B.D. dışındaki ülkelerde yapılan çalışmalardan gelen verilerle kanıtlandırılması ve bu kanıtlara dayanılarak yapılan sağlık harcamaları, beraberinde çalışmalarda kullanılan ölçeklerin ve bunların başka dillerdeki çevirilerinin standardizasyonu gereksinimini getirmiştir (67). Bu nedenle hem Amerika Birleşik Devletleri İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) hem de

Avrupa Medikal Ürünler Değerlendirme Birimi (EMA) tıbbi ürünlerin değerlendirilmesinde hastaların kendi bildirimlerine dayanan ölçeklerin kullanım biçimlerine yönelik önerileri içeren bildiriler yayınlamışlardır (68, 69). Yaşanan bu son gelişmeler ışığında tıbbın pek çok farklı disiplininden dernekler, çalışma grupları ve bağımsız araştırmacılar yukarıda tanımladığımız eşdeğerlik kavramlarının sağlanabilmesi ve çeviri adımlarının standardizasyonu için kılavuzlar yayınlamaya başlamışlardır. Yazında bu amaçla hazırlanan pek çok kılavuza rastlanmakla birlikte bunlardan Guillemin ve Beaton tarafından hazırlanıp Amerikan Ortopedik Cerrahlar Birliği tarafından kültürler arası adaptasyon çalışmalarında kullanılması amacı ile yayınlanan kılavuz, referans çalışma niteliğindedir (70). Bu kılavuzda sağlıklı bir uyarılama çalışmasının oluşturulabilmesi için yapılması önerilen aşamalar şöyle özetlenebilir:

- 1. Çeviri:** Biri klinik deneyimli, diğeri sadece iyi derecede dil hâkimiyeti olan iki çevirmenin birbirlerinden bağımsız olarak orijinal metni hedef dile çevirmesi şeklinde yapılır.
- 2. Sentez:** Çeviri aşaması tamamlandıktan sonra iki bağımsız çevirmenin ve verilecek kararları kaydedecek bir gözlemcinin katılımıyla iki çevirinin karşılaştırılarak tek bir çeviri metin elde edilmesidir.
- 3. Geri çeviri:** İlk çeviri sürecine kör, dil hâkimiyeti iyi olan iki farklı çevirmenin ilk 2 aşama sonucunda elde edilen hedef dildeki ortak metni ana dile geri çevirmesi şeklinde yapılır.
- 4. Uzmanlar Komitesi:** Hedef dil alanında uzmanların, metni ilgilendiren ihtisas alanı uzmanlarının ve süreçte yer alan tüm çevirmenlerin ortak toplantılarıyla oluşturulan bir ekip tarafından tüm çeviri metinler ve orijinal metin gözden geçirilerek hedef dilde tek bir metin elde edilmesidir. Bu adımın ölçeği oluşturanlarla temas halinde yapılması önerilmiştir.
- 5. Pilot uygulama:** İdeal rakam olarak 30-40 olguya tüm maddelerin anlamı sorularak anlaşılabilirlik ve uygulama zorluklarının sınanması önerilmiştir.

6. Süreç değerlendirme: Ölçeği geliştiren ekiple veya koordinasyon komitesiyle çeviri adımlarının, karşılaşılan sorunların, kültürel farkların gözden geçirilerek metnin son halini aldığı adımdır.

2.6.Ölçeklerin Farklı Dillere Çevirisi Ve Farklı Kültürlere Adaptasyonu

Farklı kültürlerde yapılan bilimsel çalışmalar, psikiyatrik bozuklukların özgün bulguları, ortaya çıkış biçimleri, süreleri, risk faktörleri ve koruyucu etkenleri gibi faktörler açısından kültürler arasında farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymuştur (71).

Tıp biliminde kullanılan bir değerlendirme ölçeğinin bir başka dildeki uyarlamasının aslına uygun olup olmadığının nasıl belirleneceği konusunda çok çeşitli görüşler vardır. Çeviri ve kültürel adaptasyon üzerine çalışan yazarlar bir dilden başka bir dile çevrilip o kültüre adapte edilen bir ölçeğin, asıl ölçekle 'eşdeğerliğini' belirlemek üzere farklı tanımlamalar ve kriterler kullanmışlardır. Literatürde 19 ayrı eşdeğerlik tanımına rastlanabilmekle birlikte en çok üzerinde durulan 7 tanım şu şekilde özetlenebilir (67):

1- Kapsam Eşdeğerliği: Sorulan sorunun iki farklı kültürdeki bireylere de ifade ettiği şeyin aynı olmasıdır. Örneğin zaman yönelimini değerlendirmek için sorulan 'şu an hangi mevsimdeyiz' sorusunun ekvatorial iklimde yaşayan bir kişiye ifade ettiği anlamla mevsim geçişlerinin daha net gözlemlendiği bir ülkede yaşayan bir insana ifade ettiği şey aynı olmayacaktır. Aynı şekilde aile işlevini sorgulayan bir ölçekte 'ailede kararlar birlikte alınıyor mu' sorusuna 'hayır' cevabının verilmesi Avrupa toplumlarında işlevselliğin bozulduğuna işaret edebilirken babanın kararları verdiği daha otoriter toplumlarda bu şekilde yorumlanması yanlış sonuçlara varılmasına yol açabilir.

2- Anlamsal Eşdeğerlik: Görüşmedeki her maddenin her iki dilde de aynı anlama gelmesidir. Anlamsal eşitlik sadece güzel bir çeviri yapılarak sağlanamaz. Örneğin İngilizce 'deki 'worry' sözcüğü Türkçe 'de ve İspanyolca' da birden fazla anlama gelebilmektedir. Bu kelimenin o soruda neden kullanıldığı bilinmezse yapılacak çeviride eşdeğerlik sağlanamayabilir.

3- Kavramsal Eşdeğerlik: Aynı kuramsal yapının her iki kültürde de ölçülebilir olması anlamına gelir. Ölçeğin bir konuyla ilgili maddelerinin o toplum için sorgulanan kavramla bağlantısı korunarak kavramsal eşitlik sağlanabilir. Psikiyatrik araçlarda bu eşdeğerlik genellikle direk olarak ölçülemez; geniş örneklemli epidemiyolojik çalışmalarda halktan ve uygulayıcılardan gelecek geri bildirimler ya da o kültürü çok iyi bilen uzmanların öngörülerini ile sağlanabilir. Örneğin ölmüş yakınlarının sesini duyma veya görüntüsünü görme ile ilgili bir soruya 'evet' cevabı vermek psikotik bir bulgu olarak değerlendirilebilirken bazı katolik, pentecostal veya spiritüel akımların etkisinde kalan gruplarda bu durum, toplumdaki yaygın inanışa göre tamamen normal kabul ediliyor olabilir. Bu nedenle böyle bir popülasyonda, klinik deneyimi olmayan uygulayıcılarla sahada yapılacak bir çalışmada kavramsal eşdeğerlik sağlanamadığı için 'psikotik bir toplum' tanımlanabilir. Bu örnekte uygulayıcıların toplum normları konusunda eğitimi ve/veya kişilerin inançlarında bu tür bir durumun normal görülüp görülmediği ile ilgili ek sorular kullanılması ile kavramsal eşdeğerlik sağlanabilir.

4- Madde (Parça) Eşdeğerliği: Ölçeğin her maddesinin ana metindeki aynı madde ile özdeş olması anlamına gelir. Anlam eşdeğerliği, bir sorunun ve yanıt şıklarının çevirisinin anlamlarının aynı olmasına odaklanırken, madde eşdeğerliği ölçeğin her maddesinin asıl metindeki karşılığı ile aynı zorluk derecesinde olmasına, maddelerin tanı için aynı önemde olmasına, şıklar arası mesafenin (örneğin zamansal) aynı olmasına odaklanır.

5- Uygulama (Teknik) Eşdeğerliği: İki kültür arasında ölçeğin uygulama biçiminden kaynaklanacak farklılıkların ortadan kaldırılması ile sağlanır. Örneğin kişinin kendi bildirimine dayalı bir ölçek anlamsal olarak mükemmel olarak çevrilmiş olsa da, okuma-yazma bilmeyen bir toplumda uygulanamayacaktır. Turner ve arkadaşları buna benzer bir sorun yaşadıkları çalışmalarında, olguların okuma-yazma sorununu bertaraf etmek amacı ile ölçeğin bilgisayar destekli bir ses kaydını olgulara dinletip klavyenin bir tuşuna basmalarını istemişlerdir (71). Teknik eşdeğerlikle ilgili sorunlara, ölçeğin

genelinin uygulanması kadar maddelerin ayrı ayrı uygulanmasında da rastlanabilir. Orijinal metinde çok uzun olan bazı cümlelerin çeviride anlaşılabilirliğinin bozulması buna örnek olarak gösterilebilir. Bu tür bir sorunu aşmak için, çeviride uzun ve anlaşılmaz cümleleri birkaç farklı cümleye bölmek kullanılabilecek yöntemlerden birisidir.

6- Ölçüt (Değerlendirme) Eşdeğerliği: Ölçümde elde edilen sonuçların yorumlanması ve değerlendirilmesi konusundaki eşdeğerliktir. ‘Hastalık eşiği’ toplumlar arasında fark gösterebilir; örneğin ‘aşırı hareketlilik’ algısı toplumdan topluma farklı olabilir. Başka bir dilden uyarlanmış bir yapılandırılmış görüşmede bir kişinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğu tespit edilmişse bu kişinin o toplumun normlarına göre bozukluk düzeyine ulaşp ulaşmadığı sınımlıdır. Ölçeklerden elde edilecek sonuçların yorumlanması değerlendirme eşdeğerliği sağlandıktan sonra yapılmalıdır. Değerlendirme eşdeğerliği deneyimli klinisyenlerin tanıları sinaması veya tanı sürecinde rol alması ile sağlanabilir.

7- Psikometrik (Ölçüm) Eşdeğerliği: İki dilde psikometrik değerlerin benzer olması şeklinde tanımlanabilir. Klasik geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda elde edilir. Geçerlilik bir ölçüm aracının ölçülmek istenilen özelliği tam ve doğru bir şekilde yapabilmesi olarak tanımlanabilir. Bir ölçeğin geçerliliğini değerlendiren farklı yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler içerik geçerliliği (*content validity*), ölçüt geçerliliği (*criterion validity*) ve yapı geçerliliği (*construct validity*)’dir(43).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Veri Toplama araçları

Çalışmamızda veri toplama araçları olarak; Sosyodemografik Veri Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi, Gelişim ve Ruhsal sağlık Değerlendirmesi (DAWBA) Erişkin Formu Türkçe versiyonu ve daha önceden kliniğimizde takip edilen olguların klinik takip not kartlarındaki DSM-IV tanıları kullanılmıştır.

3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu veri formu, Tez Danışmanı ve Tez Yazarı tarafından oluşturulmuştur. Veri formu yapılandırılmış görüşmeye katılmayı kabul eden olgular tarafından görüşme başlamadan önce doldurulmuştur. Olguların adı-soyadı, doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ortalama aylık gelir, fiziksel hastalık öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, uyku ve iştah durumu, intihar öyküsü, sigara-alkol-madde kullanım durumu, çeşitli alanlara dair hastanın işlevsellik puan bildirimi ve geçmişte yaşanan olumsuz olayların sorgulandığı sorular gibi açık ve kapalı uçlu 22 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik Veri Formu, Ek-2’de verilmiştir.

3.1.2. Güçler ve Güçlükler Anketi

Güçler ve Güçlükler Anketi (*Strenghts and Difficulties Questionnaires; SDQ*) Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi görüşmesi yapılmadan önce olguların kendilerinin doldurduğu bir ölçektir. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) 1997 yılında İngiltere’de Psikiyatri Profesörü Dr. Robert Goodman tarafından geliştirilen bir ölçektir (72-74). Olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 adet sorudan ve oluşmaktadır. Bu 25 adet soru uygun tanısal ölçütler ve faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş alt başlıkta toplanmıştır: Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar. Anketin Duygusal Sorunlar alt başlığından alınan puana göre Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi görüşmesinin bazı tanı gruplarında (Örneğin; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi) atlama kuralları uygulanmaktadır. Anketin genişletilmiş uyarlamasında bu 25 adet soruya ek olarak duygular, dikkati toplama, davranışlar ve başkaları ile geçinebilme ile ilgili güçlüklerin ve bunların kişinin mesleki ve sosyal

işlevselliğine etkisi ile birlikte yaşadığı kişilerin hayatını zorlaştırma düzeyinin ölçüldüğü sorulardan oluşmaktadır. Anketin tamamlanması yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Anketin geçerlilik ve güvenilirliği birçok ülkede araştırılmıştır (75-77). Bu anketin 11-16 yaş aralığında uygulanan Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da daha önce yapılmıştır (78). Çalışmamızda kullandığımız GGA' nın Erişkin Formu Çocuk Formundan sadece 4 soruda küçük farklılıklar içermektedir (Örneğin; "Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım" yerine "Başkaları ile olmaktan çok yalnız kalmayı tercih ederim" gibi). Güçler ve Güçlükler Anketi Ek-3'de verilmiştir.

3.1.3. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (DAWBA) Erişkin Formu Türkçe Versiyonu

Gelişim ve Ruhsal sağlık Değerlendirmesi (DAWBA) Erişkin Formu hakkında ayrıntılı bilgi Genel Bilgiler bölümünde(sayfa 20) mevcuttur.

3.1.4. Klinik Takip Not Kartları

Görüşmemize katılmayı kabul eden olguların kliniğimizdeki takipleri sırasında tutulan kimlik bilgilerinin, tanılarının, önerilen tedavilerinin ve takipte şikâyet ve bulgularındaki değişikliklerin mevcut olduğu klinik takip not kartlarına olgulara Gelişim ve Ruhsal sağlık Değerlendirmesi (DAWBA) Erişkin Formu Türkçe Versiyonu uygulandıktan sonra istatistik çalışmaları yapılacağı esnada ulaşılarak klinik tanıları ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Bu kartlardaki tanımlar DSM-IV' e göre belirlenmiştir.

3.2.Etik Kurul Onayı

Çalışmamız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 30.11.2017 tarih ve 6 sayılı oturumun 4 nolu kararı ile etik kurallara uygun görülmüş ve tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

3.3. İstatistik

Analizler IBM SPSS 20 istatistik analiz programı ile yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu. Altın standart olarak belirlenen klinik tanı ile yeni geliştirilen tanı testinin tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayısı hesaplanarak değerlendirildi. Geliştirilen tanı testi

sonuçlarının geçerliliği için Duyarlılık, Seçicilik, Pozitif öngörü değeri, Negatif öngörü değeri, Pozitif olabilirlik oranı, Negatif olabilirlik oranı ve Doğruluk oranı hesaplanarak yeni testin hasta ve sağlamları ayırt etme gücü belirlendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.4. Çalışma deseni

Çalışma 11 basamak olarak planlanmıştır. Bu basamaklarda yapılan işlemler aşağıda tanımlanmıştır:

3.4.1. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi' ni geliştiren ekiple irtibat kurularak izin alınması, Ön hazırlık

İlk olarak İngiltere'de DAWBA'yı geliştiren Prof. Robert Goodman ve ekibi ile e-posta yoluyla temasa geçilerek bu görüşmenin erişkin formunun Türkçe' ye uyarlanması ile ilgili izin alınmış (Ek 4), görüşmenin yapılan diğer uyarlama çalışmalarında yaşanan zorluklar, ekip gereksinimleri, zaman programı ve olası çalışma desenleri üzerinde görüş alışverişinde bulunulmuş ve DAWBA'nın Erişkin Formunun Türkçe' ye uyarlama çalışmasının ekibimizce yapılması konusunda görüş birliğine varılmıştır. Bu doğrultuda takip eden zamanda muhtemel çalışma deseni taslakları, çeviri programı planı ve ekip oluşturulması Anabilim Dalımız ile hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli DAWBA' nın Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe' ye uyarlama ve geçerlilik çalışmasını proje yöneticisi olarak daha önce yapmış olan öğretim üyesinin de katıldığı bir toplantıda tartışılarak son şeklini almıştır. Çalışmamızda görev yapacak iyi derecede İngilizce bilen ve/veya daha önce benzer çalışmalarda deneyimi olan 2 öğretim üyesi, 4 araştırma görevlisi ve 1 psikologdan oluşan 7 kişilik bir çalışma ekibi oluşturulmuştur. İngiltere'de DAWBA' yı geliştiren Prof. Robert Goodman' ın ekibinden bir üye ile bütün çalışma boyunca iletişim halinde kalınması planlanmıştır.

3.4.2. Türkçe'ye çeviri aşaması

DAWBA erişkin formunun her bölümü, aşamalı olarak ve İngiltere'deki ekiple her aşamada iletişim halinde kalınarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında klinik deneyimi olan Tez Yazarı ve yine Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında klinik deneyimi olan bir başka hekim tarafından bağımsız olarak Türkçe' ye çevrilmiştir (1. çeviri).

Ardından iki ayrı metin iyi düzeyde İngilizce bilen bu ekip üyeleri tarafından birlikte değerlendirilerek çeviriler dil kullanımı, kültürel uygunluğu, anlam uyumu, kavram uygunluğu ve imla kuralları açısından kontrol edilmiş ve uygun görülen düzeltmeler ve değişiklikler yapılarak elde edilen metin (2.çeviri) her iki kültür ve her iki dil konusunda deneyimli olan öğretim üyesine gönderilmiştir.

3.4.3. Sentez 1

Bu aşamada Tez Yazarı ve her iki kültür ve her iki dil konusunda deneyimli olan öğretim görevlisi tarafından asıl metin, 1.çeviri ve 2.çeviri metinler birlikte değerlendirilerek ortak bir metin oluşturulmuştur (1. ortak metin). Elde edilen ortak metin Tez danışmanına da gönderilmiştir.

3.4.4. Geri Çeviri

Elde edilen 1. ortak metin İngilizce asıl metne kör olan her iki dil ve kültür konusunda ileri derecede deneyimli bir çevirmene e-posta yolu ile gönderilerek İngilizce' ye geri tercüme ettirilmiş ve yeni bir İngilizce metin elde edilmiştir (geri çeviri metin).

3.4.5. Karşılaştırma

Sonraki aşamada geri çeviri metin e-posta yoluyla İngiltere'ye DAWBA' yı geliştiren Prof.Robert Goodman ve ekibine gönderilerek asıl metne uygunluğu kontrol edilmiş; asıl metinle aynı olmadığı düşünülen kısımlar ve değişiklik yapılması istenilen bölümler ekibimize bildirilmiştir. Ekibimiz bu noktaları kültürler arası farklar, çeviri ve geri çeviriden kaynaklanan hatalar gibi faktörleri de göz önüne alarak değerlendirmiş ve tekrar Prof.Robert Goodman ve ekibi ile fikir alışverişinde bulunarak 2. ortak metini oluşturmuştur.

3.4.6. Kâğıt üzerinden uygulanabilir formun oluşturulması

2. ortak metin e-posta yoluyla Prof.Robert Goodman ve ekibine gönderilmiştir. Sonrasında kâğıt üzerinden görüşmeci tarafından uygulanabilen özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları,

tik bozuklukları ve psikotik bozukluklar tanılarını içeren 60 sayfalık bir form İngiltere’de oluşturularak ekibimize gönderilmiştir.

3.4.7. Uzmanlar Komitesi

Kâğıt üzerinden uygulanabilen formun oluşturulmasından sonra Türkçe form Atatürk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalında görevli tüm sürece kör bir öğretim üyesi tarafından dil bilimi açısından incelenerek öneri ve eleştirileri alınmıştır. Ayrıca kâğıt üzerinden uygulanabilen formun tamamı Tez Yazarı, Tez danışmanı ve ekipteki diğer bir öğretim üyesi tarafından bağımsız süreçlerle gözden geçirilmiştir.

3.4.8. Sentez 2

Bir önceki adımdaki tüm değişiklik önerileri ve eleştiriler ekip üyeleri tarafından gözden geçirilmiş, çeviri ve kültürel uyum açısından tam anlamıyla karşılık bulunamayan maddeler tekrar değerlendirilerek karara bağlanmıştır. Bu şekilde kâğıt üzerinden uygulanan formun son şekli verilmiştir.

3.4.9. Pilot Uygulama

DAWBA Erişkin formu Türkçe uyarlaması, Atatürk Üniversitesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı kliniğinde yatarak tedavi edilen 4 hasta, polikliniğe başvuran 6 hasta ve 5 sağlıklı hasta yakını olmak üzere toplam 15 kişiye Tez Yazarı tarafından kâğıt üzerinden uygulanmıştır. Uygulayıcı ve görüşülen kişilerden geri bildirimler alınmış ve anlaşılamayan noktalar, kültürel farklar, uygulama zorlukları belirlenmiştir.

3.4.10. Sentez 3

Pilot çalışma sonucunda uygulayıcı ve görüşülen kişilerden elde edilen geri bildirimler Tez Yazarı, Tez danışmanı ve diğer ekip üyeleri tarafından yeniden gözden geçirilerek uygulamaya son şekli verilmiştir.

3.4.11. Geçerlilik Çalışması

DAWBA Erişkin formunun Türkçe uyarlamasının geçerliliği 62 olgudan oluşan klinik bir örnekleme yapılan çalışma ile sınanmıştır.

3.5. Geçerlilik çalışması

3.5.1.Örneklem

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine daha önce başvurusu bulunan ve en az iki farklı psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilerek klinik tanısı netleştirilmiş olgular ve polikliniğe ilk kez başvuran klinik görüşme sırasında aktif psikiyatrik hastalık tanısı konulmayan olgular olmak üzere toplam 62 olgu geçerlilik çalışmasının örneklemi oluşturmuştur.

3.5.2.İçleme kriterleri

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına daha önceki zamanlarda başvurusu bulunan, Tez Yazarı dışındaki en az 2 farklı hekim tarafından klinik görüşmeleri yapılmış ve sonrasında DSM-IV veya ICD-10'a göre 1. eksen klinik tanıları mevcut olan, 15.04.2017 tarihinden sonra tekrar Anabilim Dalımıza başvurusu bulunan, okur-yazar olan, 18 yaşını doldurmuş çeşitli tanı gruplarından olgular ve sağlıklı kişiler onamları alınarak çalışmamıza dâhil edilmiştir.

3.5.3.Dışlama kriterleri

Okuma-yazması olmayan olgular görüşmenin başında uygulanacak öz bildirim ölçeğini dolduramayacakları için, işitme ve görme konusunda zorluk yaşayan özellikle ileri yaştaki olgular görüşme süresince etkili iletişim kurulamayacağı için ve bazı tanı gruplarının (örneğin; Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk) atak dönemlerindeki olgular yapılandırılmış görüşme süresince etkili iletişim kurulamayacağı için çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5.4.Yapılandırılmış Görüşmenin Uygulama Yöntemi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına daha önce başvurusu bulunan ve klinik tanıları konulmuş, 15.04.2017 tarihinden sonra tekrar kliniğimize başvuran ve ilk görüşmeyi yapandan farklı bir hekim tarafından değerlendirilerek DSM-IV veya ICD-10'a göre klinik tanıları (Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Panik Bozukluğu, Agorafobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Obsesif

Kompulsif Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk, Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Yeme Bozuklukları, Tik Bozuklukları ve Psikotik Bozukluklar tanılarından biri) konulan olgular ve polikliniğe ilk kez başvuran klinik görüşme sırasında aktif psikiyatrik hastalık tanısı konulmayan olgular olmak üzere toplamda 62 olgu, işleme ve dışlama kriterleri göz önüne alınarak bir ekip üyesi tarafından yapılacak görüşme ile ilgili ön bilgi verildikten sonra Tez Yazarına gönderilmiştir.

Klinik tanılarına kör olan Tez Yazarı tarafından 62 olguya yapılacak görüşmenin amacı, takip ve tedavilerine olabilecek muhtemel faydaları ve yaklaşık süresi gibi ön bilgiler verilerek onamları alınmıştır. Daha sonra görüşmeye başlamadan önce olgulara doldurmaları gereken Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2) ile Görüşmenin seyrine yön veren ve atlama kurallarında önemli bir yeri olan Güçler ve Güçlükler Anketi (*Strenghts and Difficulties Questionnaires; SDQ*) (Ek-3) verilerek bunları doldurmaları için gereken süre verilmiştir.

Daha sonra yapılandırılmış görüşme uygulayıcısı olan Tez Yazarı çalışmaya katılmaya gönüllü olan olgulara Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin formu Türkçe uyarlamasını kâğıt üzerinden, olguların Güçler ve Güçlükler Anketine ve görüşme esnasında verdikleri cevaplara göre, atlama kurallarına uyarak uygulamaya başlamıştır. Sırasıyla yapılandırılmış görüşmedeki tüm tanı grupları ile ilgili sorular ve verebilecekleri yanıt seçenekleri olgulara anlayabilecekleri bir hızda okunarak cevapları alınmış ve sonrasında formun yönergelerine uyularak ilgili tanı grupları kâğıt üzerinde işaretlenmiştir. Daha sonra işaretlenen tanı grubunun olgunun işlevsellik düzeyine etki derecesini ölçen sorular sorulmuştur.

Bu şekilde tüm sorular bitirildikten sonra görüşmenin sonucuna göre olguların eğer varsa sorun yaşadıkları alanlar ile ilgili şikâyetlerini kendi cümleleriyle ifade edebilecekleri açık uçlu sorulara geçilmiştir. Olgulara bu aşamada iki seçenek sunulmuştur; ilk olarak eğer isterlerse düşüncelerini daha rahat ifade edebilmeleri için kendi el yazıları ile yazabilecekleri diğer taraftan sözel olarak söylemeleri halinde görüşmecisi tarafından kaydedilebileceği ifade edilmiştir.

Son olarak olguların güçlü ve iyi yönlerinin sorgulandığı form doldurularak görüşme tamamlanmıştır.

3.6.Değerlendirme

Çalışmaya katılan olguların klinik tanıları ve DAWBA tanıları, Psikotik Bozukluklar (Şizofreni - Şizoaffektif Bozukluk - Sanrılı Bozukluklar), Duygudurum Bozuklukları (Bipolar Duygudurum Bozukluğu – Unipolar Depresyon), Nevrotik ve Stresle ilişkili Bozukluklar (Özgül Fobi – Sosyal Fobi – Panik Bozukluk – Agorafobi – Travma Sonrası Stres Bozukluğu – Obsesif Kompulsif Bozukluk – Yaygın Anksiyete Bozukluğu) ve Diğer Bozukluklar (Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu – Tik Bozuklukları – Yeme Bozuklukları) olmak üzere 4 ana tanı grubundan uygun olanına dâhil edilmiştir. Yapılan klinik görüşmeler altın standart kabul edilerek, DAWBA ile konulan tanıların klinik görüşme ile konulan tanıların tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede 4 ana tanı grubu için ve her bir tanı için ayrı ayrı her iki tanı aracı ile konulan tanıların korelasyonu karşılaştırılmıştır. Ayrıca uygulanan tanı araçlarının herhangi bir psikiyatrik tanıyı tespit etme durumlarının korelasyonu da değerlendirilmiştir. Bununla birlikte tüm alt gruplar için bir testin hastalar içinden gerçek hastaları ayırma yeteneğini yansıtan Duyarlılık (*Sensitivity*), sağlamlar içinden gerçek sağlamları ayırma yeteneğini yansıtan Seçicilik (*Specificity*), Sınanan tanı testinin sonucuna göre belirlenen pozitifler içerisindeki doğru pozitiflerin oranını ifade eden Pozitif Öngörü Değeri (*Positive Predictive Value*), tanı testinin sonucuna göre belirlenen negatifler içerisindeki doğru negatiflerin oranını ifade eden Negatif Öngörü Değeri (*Negative Predictive Value*), hastalık tanısı koymanın doğruluk oranını gösteren; diğer bir ifade ile tanı testinin sonucunun hastalığın varlığında pozitif çıkma olasılığının, hastalığın yokluğunda pozitif çıkma olasılığına oranını yansıtan Pozitif Olabilirlik Oranı (*Positive Likelihood Ratio*), sağlam tanısının doğruluk oranını gösteren yani; testin sonucunun hastalığın varlığında negatif çıkma olasılığının, hastalığın yokluğunda negatif çıkma olasılığına oranını yansıtan Negatif Olabilirlik Oranı (*Negative Likelihood Ratio*) , bir tanı testinin gerçekte hasta ve sağlam olarak toplam doğru tanı koyma oranını

yansıtan Doğruluk Oranı (*Accuracy Ratio*) ve iki değerleyici arasındaki karşılaştırmalı uyuşmanın tutarlılığını ölçen bir istatistik yöntemi olan Cohen'in kappa katsayısı hesaplanmıştır (79). Kappa katsayılarının değerlendirilebilmesi için önerilen referans aralıkları Tablo 2’de verilmiştir. Bu şekilde yapılandırılmış görüşmenin her bir tanı grubu için hasta ve sağlamları ayırma gücünün yanı sıra konulan veya konulmayan tanıların öngörü değerlerinin de test edilmesi planlanmıştır. İstatistiksel değerlendirme için SPSS İstatistik 20 bilgisayar programı kullanılmıştır.

Tablo 2: Kappa Katsayısı İçin Referans Değerleri

Kappa değer aralığı	Tutarlılık derecesi
$\kappa < 0.00$	Çok Zayıf
$0.00 \leq \kappa \leq 0.20$	Zayıf
$0.21 \leq \kappa \leq 0.40$	Vasat
$0.41 \leq \kappa \leq 0.60$	Orta derecede
$0.61 \leq \kappa \leq 0.80$	İyi
$0.81 \leq \kappa \leq 1.00$	Neredeyse Mükemmel

4. BULGULAR

4.1. DAWBA Türkçe Uyarlamasının Eşdeğerliği ile ilgili Bulgular

Çalışmanın Türkçe diline çeviri ve Türk toplumuna uyarlanmasıyla ilişkili aşamaları yaklaşık 10 ay sürmüştür. Uygulanan 11 basamaklı yöntemle DAWBA' nın Erişkin Formunun Türkçe uyarlamasının İngilizce orijinali ile 7 alanda (Kapsam eşdeğerliği, Anlam Eşdeğerliği, Ölçüt Eşdeğerliği, Kavram Eşdeğerliği, Uygulama Eşdeğerliği, Madde Eşdeğerliği, Ölçüm Eşdeğerliği) eşdeğerliğinin sağlanması planlanmıştır. Bu aşamada daha önce DAWBA Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe' ye uyarlama ve geçerlilik çalışmasını yapan bir öğretim üyesinin ekibimizde bulunması ve yol gösterici olması, çalışma zamanını kısaltması açısından büyük fayda sağlamıştır (7).

4.1.1. Kapsam Eşdeğerliği

Kapsam eşdeğerliği bir metnin içeriğinin farklı kültürdeki bireyler için aynı olması anlamına gelmektedir. Kapsam eşdeğerliği sadece her iki dile hâkim olmayla sağlanamaz; mutlaka ana metnin hazırlandığı kültür konusunda bilgi ve deneyim de gereklidir. Çalışmamızın sentez aşamalarında görevli olan bir öğretim üyesi ve geri çeviri aşamasında görevli çevirmen her iki dile hâkim olmalarının yanı sıra İngiliz kültürü konusunda deneyimli oldukları için, bu ekip üyelerinin görevli olduğu toplam 6 çalışma aşamasında kapsam eşdeğerliği sağlanmaya çalışılmıştır.

Kapsam eşdeğerliği açısından görüşmedeki maddelerin Türk toplumu tarafından nasıl anlaşıldığının gözlemlenmesine yardımcı olan pilot uygulamalar da yardımcı olmuştur.

4.1.2. Anlam Eşdeğerliği

Çalışma desenindeki 11 basamağın dokuzu DAWBA' nın Erişkin Formunun Türkçe uyarlamasının orijinal İngilizce metinle anlamsal açıdan eşdeğer olmasına katkı sağlamakla birlikte, bazı adımlar planlanırken doğrudan anlamsal eşdeğerliğin sağlanması hedeflenmiştir. Örneğin metinlerin Türkçe çevirileri yapılırken Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında deneyimli, alan terminolojisine hâkim 2 ayrı çevirmen kullanılarak hem çeviri güvenilirliği arttırılmış hem de alan bilgisine hâkim

olmamaktan kaynaklanabilecek anlam kayıpları önlenmeye çalışılmıştır. Yine sentez aşamalarında hem tez danışmanı hem de her iki kültüre hâkim olan diğer bir öğretim üyesi tarafından metinler ayrı ayrı tekrar değerlendirilmiştir. Çeviri sürecinde elde edilen ortak Türkçe metin, Türkçe'ye çeviri sürecine kör, her iki dil ve kültür konusunda ileri derecede deneyimli bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye geri çevrilmiş ve bu çevirinin aslına anlamsal açıdan uygun olup olmadığı, İngiltere'de DAWBA'yı hazırlayan Robert Goodman ve ekibi tarafından kontrol edilmiştir.

Son olarak Türkçe form Atatürk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalında görevli tüm sürece kör bir öğretim üyesi tarafından anlamsal uygunluk ve Türkçe kullanımı açısından incelenerek öneri ve eleştirileri alınmıştır.

4.1.3. Ölçüt Eşdeğerliği

Bir davranışın patolojik olarak algılanma sınırının toplumlar arasında gösterebileceği farkın yanlış tanılamalara yol açmasını engellemek için ölçüt eşdeğerliğinin sağlanması gereklidir. Çalışma ekibimizin tamamına yakınının, ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışıyor olması, pilot uygulamaların bir ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi tarafından yapılması ve geçerlilik aşamasında DAWBA görüşmelerinin yorumlanmasında diğer bir ruh sağlığı hastalıkları hekiminin bulunması ölçüt eşdeğerliğini sağlayan etmenlerdir. Çalışmamızda özellikle işlevselliğin ve sorunun şiddetinin değerlendirildiği soruların çeviri ve uyarlanmasında ölçüt geçerliliğinin daha fazla önem kazandığı gözlenmiştir.

4.1.4. Kavram Eşdeğerliği

Kavram eşdeğerliğinin sağlanması için çeviri metindeki her maddenin ana metindeki orijinali ile aynı kuramsal yapıyı ölçmesi gereklidir. Çalışmamızda çeviri aşamasında görevli iki çevirmen klinik deneyime sahip oldukları için, sorulan soruların ne amaçla sorulduğunu bilmek, kullanılan terminolojiye hâkim veya Türkçe yazından ulaşabilir olmak gibi avantajlara sahiptirler. Bu durum görüşmenin Türkçe uyarlamasının kavram eşdeğerliğini güçlendirmektedir. Karşılaştırma aşamasında kavram eşdeğerliği yapılandırılmış görüşmeyi hazırlayan ekip tarafından yeniden gözden geçirilmiş ve ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan bir hekim tarafından

yapılan pilot uygulamalar, aynı kuramsal temelin ölçülebilirliğini sınamaya yardımcı olmuştur.

4.1.5. Uygulama Eşdeğerliği

Görüşmenin farklı kültürlerde, uygulama tekniğinden kaynaklanan güçlükler nedeni ile farklı sonuçlar vermesinin engellenmesi için uygulama eşdeğerliğinin sağlanması gereklidir. DAWBA' nın İngilizce bilgisayar üzerinden internet aracılığı ile uygulanabilen versiyonu, İngiltere'de halkın bilgisayar kullanımının ve eğitim düzeyinin yüksekliği nedeniyle, kişilerin görüşmeleri kendilerinin doldurması hedeflenerek kurgulanmıştır ve yaygın olarak günlük klinik uygulamalarda kullanılmaktadır. Bu nedenle bu görüşmeler direk olarak kişiye bilgisayarın soru sorduğu varsayılan bir dil kullanılarak yazılmıştır. Ancak ülkemizde özellikle ileri yaştaki kişilerin farklı eğitim düzeyleri ve internet erişiminin kısıtlılığı nedeniyle görüşmelerin birçok kez bir görüşmeci tarafından uygulanması gerekeceği ve DAWBA Erişkin Formunun başlangıç için bilimsel çalışmalarda daha sık kullanılacağı düşünülmektedir. Bu nedenle "Bazı sosyal durumlarla ilgili özel korkularının olup olmadığını merak ediyoruz" gibi görüşmecinin direk karşısındakine hitap etmediği soruların sorulmasının görüşmeyi daha sıkıcı hale getireceği ve tanı güvenilirliğini etkileyebileceği düşünülerek çalışma ekibimiz tarafından bu durum DAWBA 'yı hazırlayan ekiple tartışılmış ve onayları alınarak Türk toplumu için görüşmecilerin soruları konuşma formatında, örneğin "Bazı sosyal durumlarla ilgili özel korkularınızın olup olmadığını merak ediyorum" şeklinde sormaları ve görüşmenin matbu formunun tamamının, bilgisayar formundan farklı olarak, direk görüşülen kişiyi hedef alacak şekilde oluşturulması ve böylece uygulama eşdeğerliği sağlanması planlanmıştır.

4.1.6. Madde Eşdeğerliği

Çalışmamızda genel olarak anlam eşdeğerliğinin sağlanmasına katkı sağlayan çalışma aşamalarının tamamının, görüşmenin her maddesinin orijinal metindeki aslı ile eşitliğinin sağlanması anlamına gelen madde eşdeğerliğini de sağladığı gözlenmiştir. Anlam eşdeğerliği sağlanmasına rağmen madde eşdeğerliği sağlanamayan tek durum görüşmenin bazı bölümlerinde bulguların sıklığının

sorgulandığı sorularda yer alan şıklardır. Bulguların sıklığının sorulduğu eşdeğerlik sağlanamayan sorulardaki İngilizce sözcükler ve kullanılan karşılıkları Tablo 3’de verilmiştir. Bu maddelerin birebir çevirilerinde anlamsal eşitlik sağlanabilmişse de şıklar arası istenen zamansal artış anlamı sağlanabilmesi için bir ekip toplantısında tüm ekip tarafından ele alınarak zamansal artış ve şıklar arası mesafeler göz önünde bulundurularak madde eşitliği sağlanmaya çalışılmıştır.

Tablo 3. Bir Madde Eşdeğerliği Örneği

İngilizce asıl metin	Türkçe uyarlama
<i>Every now and then</i>	Arada sırada
<i>Most weeks</i>	Ayda birkaç gün
<i>Most days</i>	Ayda birkaç hafta
<i>Many times a day</i>	Günde birçok kez

4.1.7.Ölçüm Eşdeğerliği

DAWBA Erişkin Formunun Türkçe Uyarlaması’nın ölçüm eşdeğerliği eş zaman geçerliliği sınanarak değerlendirilmiştir. Geçerlilik çalışmasından elde edilen sonuçlar aşağıda detaylı olarak sunulmuştur.

Çalışmanın farklı aşamalarının görüşmenin Türkçe uyarlamasının İngilizce aslı ile eşdeğerliğinin hangi bölümüne katkı yaptığı Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışmanın Farklı Aşamalarının Görüşmenin Türkçe Uyarlamasının İngilizce Aslı ile Eşdeğerliğine Katkısı

Uyarlama Adımı	Eşdeğerlikler						
	Anlam	Kavram	Kapsam	Uygulama	Ölçüt	Madde	Ölçüm
Çeviri 1-2	+	+			+	+	
Geri çeviri	+		+			+	
Sentez 1-2-3	+	+	+		+	+	
Karşılaştırma	+	+				+	
Uzmanlar komitesi	+		+		+		
Pilot uygulama		+		+	+	+	
Geçerlilik çalışması					+		+

4.2. Geçerlilik Çalışması Bulguları

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Tez çalışmasının geçerlilik kısmının örneklemini oluşturan 62 olgunun yaşları 18-49 arasındaydı. Olguların yaş ortalaması 28.85 ($\pm$ 8,19) yılı. Örneklemin %62.9'unu (n=39) erkekler, %37.1' ini (n=23) kadınlar oluşturdu. Olgulardan 34'ü (%54.8) bekâr, 25'i (%40.3) evliydi. Çalışmaya katılan olguların 4'ü (%6.5) ilkokul Mezunu, 10'u (%16.1) Ortaokul Mezunu, 27'si (%43.5) Lise mezunu, 21'i (%33.9) Üniversite veya Yüksekokul mezunuydu. Görüşme yapılan kişilerin %35.5'i (n=22) öğrenci, %19.4'ü (n=12) serbest meslek sahibi, %24.2'si (n=15) memur veya işçi, %14.5'i (n=9) ev hanımı, %6.5'i (n=4) görüşme yapıldığı dönemde işsizdi. Olguların 33'ünün (%53.2) aylık gelirin 0-1000 TL aralığında, 10'unun (%16.1) 1000-3000 TL aralığında, 19'unun (%30.6) 3000 TL'den fazla olduğu öğrenildi. Çalışmaya dâhil olan olguların 38'inde (%61.3) uyku sorunu olduğu, bunların içinde de en sık (n=18) uykuya dalmada zorluk şikâyeti olduğu, 26'sında (%50) iştah sorunu olduğu, bunların içinde de en sık (n=15) stres ile iştahta azalma şikâyetinin olduğu gözlemlendi. Görüşme yapılanların %16.1'inde (n=10) geçmişte bir intihar girişimi öyküsü olduğu öğrenildi.

Olgulardan %50'sinin (n=31) sigara kullandığı, %9.4'ünün (n=6) alkol kullandığı, %6.5'inin (n=4) madde kullandığı görüldü. Katılanların 12'sinin (%19.4) ailesinde ruhsal hastalık olduğu öğrenildi. Çalışmamıza katılan olguların ayrıntılı sosyodemografik özellikleri tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Olguların Sosyodemografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	39	62,9%
	Kadın	23	37,1%
Medeni Durum	Bekâr	34	54,8%
	Evli	25	40,3%
	Boşanmış	2	3,2%
Eğitim Durumu	İlkokul	4	6,5%
	Ortaokul	10	16,1%
	Lise	27	43,5%
	Üniversite veya Yüksekokul	21	33,9%
Meslek	Öğrenci	22	35,5%
	Serbest Meslek	12	19,4%
	Memur-İşçi	15	24,2%
	Ev Hanımı	9	14,5%
	İşsiz	4	6,5%
	Emekli	0	0,0%
Aylık Gelir	0-1000	33	53,2%
	1000-3000	10	16,1%
	3000+	19	30,6%
Anne Baba Durumu	Beraber yaşıyor	59	95,2%
	Boşanmış	3	4,8%
Uyku Sorunu	Var	38	61,3%
	Yok	24	38,7%
Uyku Sorunu var ise Tipi	Uykuya dalmada zorluk	18	47,4%
	Sık uyanma	6	15,8%
	Erken uyanma	3	7,9%
	Fazla uyuma	9	23,7%
	Gündüz uyku ihtiyacı	2	5,3%
İştah Sorunu	Var	27	43,5%
	Yok	35	56,5%
İştah Sorunu var ise Tipi	Stres ile iştah artışı	12	44,4%
	Stres ile iştah azalması	15	55,6%
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	10	16,1%
	Yok	52	83,9%

Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyor	31	50,0%
	Kullanmıyor	31	50,0%
Alkol Kullanma Durumu	Kullanıyor-Kullanmış	6	9,7%
	Kullanmıyor	56	90,3%
Madde Kullanma Durumu	Kullanıyor-Kullanmış	4	6,5%
	Kullanmıyor	58	93,5%
Bedensel Hastalık Durumu	Var	5	8,1%
	Yok	57	91,9%
Ailede Ruhsal Hastalık Durumu	Var	12	19,4%
	Yok	50	80,6%

4.2.2. Geçerlilikle ilgili bulgular

Çalışmaya katılan olguların klinik tanıları ve DAWBA tanıları, Psikotik Bozukluklar (Şizofreni - Şizoaffektif Bozukluk - Sanrılı Bozukluklar), Duygudurum Bozuklukları (Bipolar Duygudurum Bozukluğu – Major Depresif Bozukluk), Nevrotik ve Stresle ilişkili Bozukluklar (Özgül Fobi – Sosyal Fobi – Panik Bozukluk – Agorafobi – Travma Sonrası Stres Bozukluğu – Obsesif Kompulsif Bozukluk – Yaygın Anksiyete Bozukluğu) ve Diğer Bozukluklar (Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu – Tik Bozuklukları – Yeme Bozuklukları) olmak üzere 4 ana tanı grubundan uygun olanına dâhil edilmiştir. Yapılan klinik görüşmeler sonucunda konulan tanıların altın standart kabul edilerek, DAWBA ile konulan tanıların klinik görüşme ile konulan tanıların tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede 4 ana tanı grubu için ve her bir tanı için ayrı ayrı her iki tanı aracı ile konulan tanıların korelasyonu karşılaştırılmıştır. Ayrıca uygulanan tanı araçlarının herhangi bir psikiyatrik tanıyı tespit etme durumlarının korelasyonu da değerlendirilmiştir. Bununla birlikte tüm alt gruplar için Duyarlılık (*Sensitivity*), Seçicilik (*Specificity*), Pozitif Öngörü Değeri (*Positive Predictive Value*), Negatif Öngörü Değeri (*Negative Predictive Value*), Pozitif Olabilirlik Oranı (*Positive Likelihood Ratio*), Negatif Olabilirlik Oranı (*Negative Likelihood Ratio*) ve Doğruluk Oranı (*Accuracy Ratio*) hesaplanmıştır. Bu şekilde yapılandırılmış görüşmenin her bir tanı grubu için hasta ve sağlamları ayırma gücünün yanı sıra konulan veya konulmayan tanıların öngörü değerlerinin ve toplam doğru tanı koyma oranlarının da test edilmesi planlanmıştır.

Klinik görüşmeler ve DAWBA görüşmeleri ile konan tanıların sayısal karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Klinik Görüşmeler ve DAWBA Görüşmeleri İle Konan Tanıların Sayısal Karşılaştırılması

	Klinik Görüşme ile Konulan Tanı Sayısı-Yüzdesi	DAWBA ile Konulan Tanı Sayısı-Yüzdesi
Özgül Fobi	0	5 (%8)
Sosyal Fobi	3 (%4.8)	16 (%25.8)
Panik Bozukluk	2 (%3.2)	7 (%11.2)
Agorafobi	0	4 (%6.4)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	0	2 (%3.2)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	8 (%12.9)	12 (%19.3)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	10 (%16.1)	11 (%17.7)
Psikotik Bozukluklar	10 (%16.1)	7 (%11.2)
Bipolar Duygudurum Bozukluğu	10 (%16.1)	8 (%12.9)
Major Depresif Bozukluk	15 (%24.1)	17 (%27.4)
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	4 (%6.4)	3 (%4.8)
Tik Bozukluğu	1 (%1.6)	2 (%3.2)
Yeme Bozukluğu	0	0

İstatistiksel sonuçlar incelendiğinde, yapılan klinik görüşmelerde tüm olguların %83.9’unun (n=52) bir psikiyatrik bozukluk tanısının olduğunun düşünüldüğü ve yapılandırılmış DAWBA erişkin formu görüşmelerinde bu olguların 47’sinin % 90.38 duyarlılıkla tanındığı görülmektedir. DAWBA ile klinik olarak herhangi bir bozukluğu bulunmadığı düşünülen 10 olgudan 8’i %80 seçicilik oranıyla saptanmıştır. Bozukluğun gerçekte bulunma veya bulunmama olasılığını değerlendiren Pozitif ve Negatif Öngörü Oranları (sırasıyla %95.92 ve %61.54) DAWBA Erişkin Formu için

yüksek olarak bulunmuştur. Ancak toplum örnekleminde kullanılması düşünülen bu yapılandırılmış görüşmenin prevelanstan daha az etkilenen Pozitif ve Negatif Olabilirlik Oranlarının ön planda değerlendirilmesi çok daha sağlıklı görünmektedir. Bu oranlardan Pozitif Olabilirlik Oranı (4.52) değerlendirildiğinde DAWBA erişkin formu ile herhangi bir tanı alan olguların, tanısının doğru olma olasılığının olmama olasılığına göre 4.5 kat yüksek olduğu görülebilir. Örnek verilmesi gerekirse yaklaşık olarak DAWBA Erişkin Formu ile tanısı konulan her 100 hastadan 82'sinin tanısının doğru çıkma olasılığı olduğu söylenebilir. Negatif Olabilirlik Oranına (0.12) bakılarak da DAWBA' nın sağlam olguları ayırt etme gücünün oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlar analiz edildiğinde yapılacak bir çalışmada DAWBA Erişkin Formu ile herhangi bir tanı almayan yaklaşık her 100 olgudan, 89'unun gerçekte de bir bozukluğunun olmayacağı, 11'inin ise bozukluğu olmadığı halde yanlışlıkla tanı alabileceği tahmini yapılabilir. Bir testin toplam doğru tanı koyma oranını ifade eden Doğruluk Oranına bakıldığında DAWBA Erişkin Formunun herhangi bir tanı için % 88.71 oranında doğru tanı koyabildiği görülmektedir. DAWBA Erişkin Formu ve klinik görüşmelerin herhangi bir tanısı olan kişileri tanılama açısından tutarlılığını karşılaştıran Kappa katsayısı ($\kappa=0.63$) DAWBA Erişkin Formunun iyi derecede güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Tüm olguların geçerlilik sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Tüm Olguların Değerlendirilmesinin Sonuçları

Bozukluk Grubu	Prevalans % (%95 GA)	Duyarlılık % (%95 GA)	Seçicilik % (%95 GA)	Pozitif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Negatif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Pozitif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Negatif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Doğruluk Oranı % (%95 GA)	Kappa (κ)
Herhangi bir tanı	83.87 (72-91)	90.38 (78-96)	80 (44-96)	95.92 (85-99)	61.54 (31-86)	4.52 (1.3-15.6)	0.12 (0.05-0.29)	88.71 (80.8-96.5)	0.63

$p<0,001$

Psikotik bozukluklar tanı grubu, yapılandırılmış DAWBA görüşmesinin klinik tanı ile tutarlılığının en yüksek olduğu tanı grubu olarak göze çarpmaktadır. Bu tanı grubunda iyi derecede bir tutarlılık olduğu görülmektedir ($\kappa = 0.80$). DAWBA ile bu alanda bozukluğu olan olgular %70 duyarlılıkla tanılanmış ve %100 seçicilik ile bu alanda bozukluğu olmayan olgular ayırt edilebilmiştir. Pozitif ve Negatif Öngörü Oranları Psikotik Bozukluklar tanı grubu için sırasıyla %100 ve %94.55 olarak bulunmuştur. Pozitif Olabilirlik Oranı bu tanı grubunda seçicilik oranı %100 olarak saptandığı için hesaplanamamıştır. (Seçicilik %99 olarak bulunmuş olsaydı Pozitif olabilirlik oranı %70 değerinde saptanırdı. Yani DAWBA ile Psikotik bozukluk tanısı alan bir olgunun tanısının doğru olma olasılığı olmama olasılığından yaklaşık olarak en az 70 kat daha fazladır). Negatif Olabilirlik Oranı (0.3) değerlendirildiğinde ise DAWBA'nın sağlam olguları ayırt etme gücünün yine oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu tanı grubu için Doğruluk Oranı değerine bakılacak olursa %95.16 gibi yüksek bir değer bulunduğu görülebilir. Psikotik Bozukluk tanı grubunun geçerlilik sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Psikotik Bozukluklar Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları

Bozukluk Grubu	Prevalans % (%95 GA)	Duyarlılık % (%95 GA)	Seçicilik % (%95 GA)	Pozitif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Negatif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Pozitif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Negatif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Doğruluk Oranı % (%95 GA)	Kappa (κ)
Psikotik bozukluk grubu	16.13 (8-27)	70 (34-92)	100 (93-100)	100 (58-100)	94.55 (84-98)	∞	0.3 (0.12-0.77)	95.16 (89.8-100)	0.80

$p < 0,001$

Duygudurum bozukluğu tanı grubuna bakıldığında tutarlılığın ($\kappa = 0.79$) iki tanı aracı arasında yine iyi düzeyde olduğu görülebilir. Yapılandırılmış DAWBA görüşmesi ile bu alanda bozukluğu olan olgular %83.33 duyarlılıkla tanılanmış ve bu gruptaki bozukluklardan birine sahip olmayan olgular ise %94.74 seçicilikle ayırt edilebilmiştir. Duygudurum bozukluğu tanı grubu için Pozitif Öngörü Oranı %90.91 ve Negatif

Öngörü Oranı %90 olarak bulunmuştur. Bu grupla ilgili Pozitif Olabilirlik Oranı (%15.8) değerlendirildiğinde DAWBA ile duygudurum bozukluk tanısı alan bir olgunun tanısının doğru olma olasılığının yanlış olma olasılığından 15.8 kat fazla olacağı görülebilir. Negatif Olabilirlik Oranının da (%0.17) iyi bir düzeyde olduğu görülmektedir. Doğruluk Oranı Duygudurum Bozuklukları tanı grubu için %90.3 olarak hesaplanmıştır. Duygudurum Bozuklukları tanı grubunun geçerlilik sonuçları Tablo 9' da gösterilmiştir.

Tablo 9. Duygudurum Bozuklukları Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları

Bozukluk Grubu	Prevalans % (%95 GA)	Duyarlılık % (%95 GA)	Seçicilik % (%95 GA)	Pozitif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Negatif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Pozitif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Negatif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Doğruluk Oranı % (%95 GA)	Kappa (κ)
Duygudurum bozuklukları	38.71 (26-51)	83.33 (62-95)	94.74 (82-99)	90.91 (70-98)	90 (76-97)	15.8 (4-61.7)	0.18 (0.07-0.43)	90.3 (82.9-97.6)	0.79

p<0,001

Nevrotik ve Stresle ilişkili bozukluklar tanı grubu için her iki tanı aracının tutarlılığı değerlendirildiğinde ($\kappa=0.48$) tutarlılığın orta derecede olduğu görülmektedir. Bu alanda duyarlılık değeri %95 ve seçicilik değeri ise %61.9 olarak saptanmıştır. Bu tanı grubu için Pozitif Öngörü Oranı %54.29 ve Negatif Öngörü Oranı %96.3 olarak hesaplanmıştır. Pozitif ve Negatif Olabilirlik Oranlarına bakıldığında (sırasıyla %2.49 ve %0.08) DAWBA'nın tahmin gücünün görece yüksek olduğu düşünülebilir. Nevrotik ve Stresle ilişkili bozukluklar tanı grubu için Doğruluk Oranı %72.5 olarak bulunmuştur. Nevrotik ve Stresle ilişkili bozukluklar tanı grubunun geçerlilik sonuçları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Nevrotik ve Stresle İlişkili Bozukluklar Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları

Bozukluk Grubu	Prevalans % (%95 GA)	Duyarlılık % (%95 GA)	Seçicilik % (%95 GA)	Pozitif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Negatif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Pozitif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Negatif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Doğruluk Oranı % (%95 GA)	Kappa (κ)
Nevrotik ve Stresle ilişkili Bozukluklar	32.26 (20-45)	95 (75-99)	61.9 (45-76)	54.29 (36-71)	96.3 (80-99)	2.49 (1.6-3.7)	0.08 (0.01-0.55)	72.5 (61.4-83.6)	0.48

p<0,001

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Tik Bozukluğu ve Yeme Bozukluklarının bulunduğu Diğer Bozukluklar tanı grubu için kappa değeri değerlendirildiğinde ($\kappa = 0.78$) tanı tutarlılığının iyi derecede olduğu görülmektedir. Bu gruptaki tanılar için duyarlılık değeri %80 ve seçicilik değeri ise % 98.25 olarak saptanmıştır. Bu grup için Pozitif Öngörü Oranı %80 ve Negatif Öngörü Oranı %98.25 olarak saptanmıştır. DAWBA'nın tahmin gücünün bu tanı grubunda da yüksek olduğu Pozitif Olabilirlik Oranı (% 45.6) ve Negatif Olabilirlik Oranına (%0.2) bakılarak söylenebilir. Doğruluk Oranı ise %96.7 olarak bulunmuştur. Diğer Bozukluklar tanı grubunun geçerlilik sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Diğer Bozukluklar Tanı Grubunun Değerlendirilmesinin Sonuçları

Bozukluk Grubu	Prevalans % (%95 GA)	Duyarlılık % (%95 GA)	Seçicilik % (%95 GA)	Pozitif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Negatif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Pozitif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Negatif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Doğruluk Oranı % (%95 GA)	Kappa (κ)
Diğer bozukluklar	8.06 (2.7-17)	80 (28-96)	98.25 (90-99)	80 (28-96)	98.25 (90-99)	45.6 (6.2-334)	0.2 (0.04-1.18)	96.7 (92.3-100)	0.78

p<0,001

Diğer taraftan tez çalışmamızda altın standart olarak kabul ettiğimiz Klinik görüşmeler ile konulan tanıların Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin Formu Türkçe uyarlaması ile konulan tanılarla ayrı ayrı karşılaştırılması ve bunların istatistiksel değerlendirilmesi sonucunda çıkan sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir. Bu

tanıların tutarlılığını gösteren kappa korelasyon katsayılarına bakıldığında Sosyal Fobi için 0.25 ($p=0,003$), Panik Bozukluk için 0.42 ($p<0,001$), Obsesif Kompulsif Bozukluk için 0.76 ($p<0,001$), Yaygın Anksiyete Bozukluğu için 0.26 ($p=0,044$), Major Depresif Bozukluk için 0.58 ($p<0,001$), Bipolar Duygudurum Bozukluğu için 0.87 ($p<0,001$), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için 0.85, Tik Bozukluğu 0.66 ($p<0,001$) ve Şizofreni Bozukluğu için 0.80 ($p<0,001$) değerlerinin bulunduğu görülmektedir. Klinik görüşmeler neticesinde çalışmamıza dâhil edilen olguların klinik tanıları içerisinde Şizoaffektif Bozukluk, Sanrılı Bozukluk, Özgül Fobi, Agorafobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yeme Bozuklukları tanıları bulunmadığı için bu bozuklukların korelasyon değerleri ile ilgili istatistiksel hesaplama işlemleri yapılamamıştır.

Tablo 12. Bozuklukların Ayır Ayrı Değerlendirilmesinin Sonuçları

Bozukluk Grubu	Prevalans % (%95 GA)	Duyarlılık % (%95 GA)	Seçicilik % (%95 GA)	Pozitif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Negatif Öngörü Değeri % (%95 GA)	Pozitif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Negatif Olabilirlik Oranı % (%95 GA)	Doğruluk Oranı % (%95 GA)	Kappa (κ)
Sosyal Fobi Bozukluğu	4,84 (1.07-13.5)	100,00 (30.48-100)	77,97 (65.27-87.7)	18,75 (4.2-45.6)	100,00 (92-100)	4.54 (2.81-7.33)	0 (0-Na)	79,03 (68.8-89.1)	0,25
Panik Bozukluk	3,23 (0.49-11.2)	100,00 (19.2-100)	91,67 (81.6-97.2)	28,57 (4.52-70.7)	100,00 (93.4-100)	12 (5.18-27.7)	0 (0-Na)	91,94 (85.1-98.7)	0,42
Obsesif Kompulsif Bozukluk	12,90 (5.76-23.86)	100,00 (62.9-100)	92,59 (82-97.9)	66,67 (34.9-89.8)	100,00 (92.8-100)	13.5 (5.2-34.6)	0 (0-Na)	93,55 (87.4-99.6)	0,76
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16,13 (8.03-27.6)	40,00 (12.4-73.6)	86,54 (74.2-94.3)	36,36 (11.1-69.1)	88,24 (76.1-95.5)	2.97 (1.07-8.28)	0.69 (0.41-1.16)	79,03 (68.8-89.1)	0,26
Major Depresif Bozukluk	24,19 (14.2-36.7)	73,33 (44.9-92.05)	87,23 (74.2-95.1)	64,71 (38.3-85.7)	91,11 (78.7-97.4)	5.74 (2.56-12.88)	0.31 (0.13-0.71)	83,87 (74.7-93.0)	0,58
Bipolar Duygudurum Bozukluğu	16,13 (8.03-27.6)	80,00 (44.4-96.8)	100,00 (93-100)	100,00 (62.9-100)	96,30 (87.2-99.4)	∞	0.2 (0.06-0.69)	96,77 (92.3-100)	0,87
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	6,45 (1.83-15.72)	75,00 (20.3-95.8)	100,00 (93.7-100)	100,00 (30.4-100)	98,31 (90.8-99.7)	∞	0.25 (0.05-1.36)	98,39 (95.2-100)	0,85
Tik Bozukluğu	1,61 (0.27-8.70)	100,00 (16.55-100)	98,36 (91.1-99.7)	50,00 (8.17-91.8)	100,00 (93.8-100)	61 (8.73-426)	0 (0-Na)	98,39 (95.2-100)	0,66
Şizofreni Bozukluğu	16,13 (8.03-27.6)	70,00 (34.8-92.9)	100,00 (93-100)	100,00 (58.9-100)	94,55 (84.8-98.8)	∞	0.3 (0.12-0.77)	95,16 (89.8-100)	0,80

5.TARTIŞMA

Bu çalışmadaki amacımız Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assessment; DAWBA*) Erişkin Formu Türkçe uyarlamasının klinik görüşme ölçeğinin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerliklerinin sağlanarak Türkçe'ye kazandırılması ve Türk toplumuna uyarlamasının yapılması, ikinci olarak bu klinik görüşme ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerliliğinin sınanması ve klinisyenlere olguları değerlendirme ve tanı koyma aşamasında yardımcı olabilecek, yapılacak psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalar için sahada tarama uygulamalarında kullanılabilecek, internet aracılığıyla bilgisayar ortamında uygulanabileceği için diğer klinik görüşme ölçeklerine göre ön plana çıkabilecek ek bir araç kazandırılmasıdır.

Sonuçları 1998 yılında bir rapor olarak da yayınlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması ülkemizde bugüne kadar yapılmış ilk ve tek genel nüfus örneklemli araştırma olma özelliğini halen korumaktadır (27). Bu araştırma ile hem çocuk ve ergen yaş grubuna hem de erişkin yaş grubuna dair birçok psikiyatrik hastalık için uluslararası karşılaştırmalara uygun yaygınlık hızları elde edilmiş ve araştırma Dünya Sağlık Örgütü gibi önde gelen kurumlarla işbirliği içerisinde yürütülmüştür (28). Daha sonraki yıllarda ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması çapında herhangi bir araştırma planlanarak risk etkenlerini ya da koruyucu özellikleri inceleyen genel toplum araştırmaları yapılmamıştır (29).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasının amaçları; çocuk ve yetişkinlerde görülen ruhsal bozukluklar konusunda bilgilerin ulusal düzeyde toplanması ve ruhsal bozuklukların yaş, cinsiyet, bölge ve yerleşim yeri tipine göre dağılımının belirlenmesi, ruhsal bozuklukları doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen faktörlerin saptanması, Ruh hastalığı konusunda ulusal düzeyde veri tabanı oluşturulması, ruh sağlığı politikalarının belirlenmesi ve yeni stratejilerin oluşturulmasına yardımcı olunması olarak belirlenmiştir. Araştırmaya görüşmeci olarak 146 pratisyen hekim katılmıştır. Katılan hekimlere bir hafta süre ile anketlerin uygulaması ile ilgili kuramsal ve uygulamalı eğitim verilmiştir. Araştırmada 7479 kişi ile görüşme yapılmış olup bunların %45.1'i erkek %54.9'u kadındır. Yaş aralığı 18-85, yaş ortalaması 39.3'tür.

Bu araştırmada erişkin yaş grubunda Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (*Composite International Diagnostic Interview ; CIDI*), Genel Sağlık Anketi-GSA (*General Health Questionnaire ;GHQ*), Kısa Yetiyitimi Anketi-KYA (*Brief Disability Questionnaire; BDQ*) ve Sağlık Hizmeti Kullanım Anketi kullanılmıştır. Araştırmada yapılandırılmış görüşme olarak Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI)' nin seçilme nedenleri; CIDI' nin daha önce yapılan uluslararası bir çalışmada kullanılmış ve bu konuda deneyim kazanılmış olması (80), tam yapılandırılmış olma özelliği nedeniyle görüşmecilerden kaynaklanan değişkenliğin en aza indirilmış olması; yine aynı nedenle görüşmecilerin psikiyatr olmasının gerekmemesi ve pratisyen hekimlerle birlikte hekim olmayan kişiler tarafından da verilecek bir eğitim sonrası uygulanabilmesi, başka ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda çok yaygın olarak kullanılmış olması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilip önerilmış olması, Hem ICD hem de DSM tanılarının konabilmesi olarak açıklanmıştır. Türkçe' ye uyarlamasını ve geçerlilik çalışmasını yaptığımız Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin Formu yukarda sayılan avantajların tamamına sahip olmakla birlikte internet ortamında uygulanabileceği için yapılacak araştırmalarda hem çalışmayı yürütecek işgücü ihtiyacını önemli miktarda azaltabilir hem de araştırmaların daha kısa sürede bitirilebilmesine imkân sağlayabilecektir.

Uluslararası bilimsel alanda giderek artan ve çeşitlenen epidemiyoloji araştırmalarına rağmen, Türkiye'de 2000'li yıllarda yapılan araştırmalar tanımlayıcı olmanın ötesine geçememiştir (11). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji alanı ile ilgili güncel duruma bakıldığında; birçok bozukluk için sıklık (*insidans*) hızının bilinmediği, 1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması dışında tüm ülkeyi temsil eden bir örnekleimde yürütölmüş araştırmanın bulunmadığı, sağlık politikalarına ve genel toplum ruh sağlığına katkısı olan, veri sağlayan araştırmanın bulunmadığı, olgu-kontrol, izlem ve kohort araştırmalarının yapılmadığı, sağlık kayıtlarına dayalı araştırma sayısının çok az olduğu, araştırmaların neredeyse tamamının tanımlayıcı ve kesitsel özellikte olduğu, yapılan araştırmaların sistematik bir bilgi toplamı oluştırmaktan uzak, daha çok akademik ihtiyaçlar doğrultusunda planlandığı, risk etkenlerini, koruyucu özellikleri ve seyri inceleyen araştırma sayısının çok sınırlı

olduğu, araştırmalarda öz bildirim ölçeklerinin tercih edilmekte olduğu ve sonuçların klinik değerlendirme ile tamamlanmadığı, nüfus ve demografik göstergelerde yaşanan hızlı değişikliklerin etkisinin (örn. göç, kentleşme, yaş grupları) araştırılmadığı şeklinde birçok olumsuz özellik gözlenebilir (30, 81, 82).

Ülkemizde çözümleyici, risk etkenlerini, koruyucu özellikleri ve seyri inceleyen ya da sağlık politikalarına, toplum ruh sağlığına veri sağlayan araştırma sayısı çok azdır. Psikiyatrik bozukluklar için yeterli hizmetlerin sağlanabilmesi ve etkin programların geliştirilebilmesi için bozuklukların yaygınlıklarının, demografik özelliklerinin, risk etkenlerinin saptanması gerekmektedir (31). Tüm bu nedenlerle ülkemizde geniş örneklemli epidemiyolojik araştırmaların yapılmasına olan ihtiyaç açıktır. Bu tip araştırmalarda kullanılabilecek DAWBA' nın klinik deneyimi olan veya olmayan kişilerce de uygulanabilmesi ve bilgisayar ortamında internet aracılığı ile uygulanabilecek potansiyelde olması çalışmamızın önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır. DAWBA ile ülkemizdeki psikiyatrik epidemiyoloji alanıyla ilgili olumsuz özelliklerin birçoğunu gidermeye yönelik araştırmaların planlanabileceği öngörülmektedir.

Zihinsel ve Ruhsal bozukluklar için etkili tedavilerin son yıllarda önemli miktarda artmış olmasına rağmen, son birkaç on yıl içinde diğer hastalıklar için hastalık yükündeki değişiklikleri zihinsel rahatsızlıklarla karşılaştırmak tanı ve tedavi durumundaki gelişmeler açısından önemli bilgiler verebilir. Örneğin, son yıllarda hem klinik hem de halk sağlığı alanlarındaki araştırmaların etkisi kalp hastalıkları için dramatik olmuştur. Kalp hastalıklarına bağlı ölümler 1950'den sonraki yıllarda istikrarlı bir şekilde yükselmiş ve 2007'de yaklaşık 1.8 milyon kalp hastalıklarına bağlı ölüm gerçekleşmesi beklenmiştir. Bunun yerine, araştırmaların hızlı ve etkin ilerlemesi nedeniyle, kalp hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranı 2007 yılında beklenenin yalnızca dörtte biri oranında gerçekleşmiştir. Yalnızca 2007'de yaklaşık 1,1 milyon ölüm öngörülen en yüksek değere göre engellenmiştir (83). Benzer şekilde, Akut Lenfoblastik Lösemi hastalığı olan çocukların hayatta kalma oranları son birkaç on yılda % 10'lardan % 90'lara yükselmiştir (84). Aksine, bu dönemlerde herhangi bir

zihinsel hastalık için mortalite azalmamış, prevalans oranları da benzer şekilde değişmemiştir (85). Bu durumun sebepleri olarak zihinsel hastalıklarda tanı için klinik testlerin bulunmaması, hastalıkların saptanmasının genel olarak patolojinin başlamasından sonra önemli oranda gecikmesi ve hastalıklar başlamadan önce uygulanabilecek iyi gelişmiş önleyici-koruyucu müdahalelerin bulunmaması gösterilmektedir (86). Bu durumlar göz önüne alındığında uygulama noktasında birçok avantajı bulunan DAWBA'nın uygulanması ile en azından hastalıkların saptanmasının daha erken dönemlerde olabileceği ve risk grubunda olan hastaların takibinin daha yakından yapılarak tedavilerinin daha erken ve etkin bir şekilde yapılmasına aracılık edilebileceği düşünülmektedir.

Telepsikiyatri ruhsal hastalıklar ile ilgili değerlendirme ve tedavinin video konferans gibi haberleşme teknolojileri aracılığıyla sunulmasıdır. Son yıllarda, taşınabilir bilgisayarların, akıllı telefonların yaygınlaşması, iki yönlü, ucuz, güvenilir iletişim sistemlerinin geliştirilmesi, telepsikiyatrinin dilenen yer ve zamanda sunumuna imkân sağlamıştır. Etkinliği gösterilmiş olan telefon, internet, e-posta ve kısa mesaj gibi uygulamalardan da telepsikiyatri kapsamında yararlanılmaktadır(87). Telepsikiyatri, hızlı gelişen sağlık sisteminin ortaya çıkardığı, hem hastaya hem de klinisyene yarar sağlayabilen bir uygulamadır (88). Herkes tarafından ulaşılabilir olması en önemli özelliklerindendir. Telepsikiyatri aracılığıyla hastanın tercih ettiği ortam ve zamanda sağlık hizmeti almasının birçok yararı olabilir; daha sık ve kolay yolla bilgi alabilme hastaların tedaviye uyumlarını arttırır, hareket kabiliyeti kısıtlı evde bakım hastaları için önemli bir seçenektir, özellikle kırsal kesimlerdeki hastalara mesafe engeli nedeniyle ulaşılamamasına çözüm getirir, tıbbi hizmet sunumunun maliyeti düşebilir (89-91). Telepsikiyatrinin büyümesinde gelişmesinde ve yaygınlaşmasında en önemli unsur psikiyatrist sayısının gereksinime karşılık verememesidir (92). Telepsikiyatri uygulamaları günümüzde daha çok tedavi aşamasında kullanılmaktadır ancak günümüz dünyasında ve gelecekte savaşlar, göçler, coğrafi izolasyon, gizlilik endişesi, engellilik ve bunun gibi durumlarda bireylerin ve toplumun ruhsal sorunları ve gereksinimleri için telepsikiyatri uygulamalarına tanılama aşamasında rehberlik edebilecek uygulamalara ihtiyaç

vardır. Depresyon, anksiyete gibi ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının yüksekliği ve bu kişilerin yeterli sağlık hizmetini alamaması hem bireysel hem de toplumsal açıdan ağır ekonomik yüke neden olmaktadır. Tüm bu nedenlerden ötürü gelecekte telepsikiyatri uygulamalarının yaygınlaşacağı tahmin edilebilir. Türkçe'ye uyarlamasını ve geçerlilik çalışmasını yaptığımız Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin Formu da telepsikiyatri uygulamalarına benzer şekilde bilgisayar ve akıllı telefon aracılığıyla uygulanabilecektir. Bu şekilde telepsikiyatri uygulamaları sırasında DAWBA' nın klinisyenlere tanılandırma aşamasında yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Yapılandırılmış görüşmelerin önemli avantajlarına rağmen, birçok klinisyen, rutin klinik uygulamalarda hastaları değerlendirirken, standardı olmayan kendi klinik görüşmelerine güvenmektedirler. Yapılandırılmış görüşmelere yönelik sıklıkla yapılan bir eleştirinin görüşme uzunluğuyla ilişkili olduğu savunulmaktadır (93). Klinisyenler yapılandırılmış görüşmelerin çok uzun sürdüğünü ve bu nedenle iyi bir tedavi edici ilişkiye müdahale ettiğini sıklıkla ileri sürerler. Diğer taraftan yapılan farklı bir araştırmada ise klinisyenlerin hastalarla karşılaştırıldığında, genellikle yapılandırılmış ya da standartlaştırılmış görüşmelerin olumlu yararını hafife aldıklarını ve bu görüşme yöntemlerinin müdahaleci ve bozucu doğasının daha fazla olduğunu tahmin ettikleri gözlenmiştir (94). Bu bulguyla paralel olarak bizim çalışmamız sırasında da görüşme yapılan olgular 40-80 dakikalık görüşme sürelerine rağmen şikâyetlerini ayrıntılı bir biçimde belirtme fırsatı buldukları için memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Akıl hastalıklarını teşhis etmek için yapılandırılmış görüşmelerin kullanılmasının birçok avantajı bulunmaktadır. Yapılandırılmış görüşmeler, klinisyenlerin ve bilimsel araştırma yapan kişilerin, kabul edilebilir bir süre içerisinde ilgili bütün bilgileri toplamasına yardımcı olabilir. Dahası, yapılandırılmış görüşmeler, tanı koyma aşamasında gereken semptomları değerlendirmek için karmaşık algoritmaların uygulanmasını kolaylaştırır, eş tanılı olgular kolaylıkla tanınabilir (62).

Bazı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan tanısasal araçlar gözden geçirildiğinde klinik deneyimi olan kişilerce uygulanabilen görüşmeci tabanlı

görüşmelerin epidemiyolojik çalışmalarda kullanımlarında sorunlarla karşılaştığı gözlenmektedir (95). Bu tip görüşmelerin kullanıldığı epidemiyolojik araştırmalar, uygulamaların klinik deneyimi olan görüşmecilerce yapılmasının gerekliliği ve iki fazlı araştırma desenlerine ihtiyaç duyulması nedeniyle yüksek maliyetler doğurmakta, üstelik araştırmaların ikinci fazlarında kesin tanısı konulan olguların sayısının kısıtlı kalması nedeniyle sonuçların topluma genellenmesi zorlaşmaktadır (96). Literatürde de epidemiyolojik çalışmalar için cevaplayan kişi tabanlı görüşmelerin daha elverişli olduğu belirtilmektedir (65). Cevaplayan kişi tabanlı görüşmelerden birisi olan DAWBA' nın kısa süre uygulama eğitimi almış klinik deneyimi olmayan kişilerce ve ayrıca bilgisayar aracılığıyla çevrimiçi ortamlarda da uygulanabilmesi önemli bir avantajdır.

Araştırmamızda, daha önceden yapılan benzer çalışmalar, çalışma ekibimizin imkânları ve kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak 11 basamaklı bir çeviri ve adaptasyon modeli kullanılmıştır. Yapılandırılmış görüşmenin ve görüşmeye dâhil 3 anketin, bu modelle Türkçe' ye adapte edilmesi yaklaşık 10 aylık bir çalışma süresi boyunca devam etmiştir. Sonuçta DAWBA Erişkin Formunun Türkçe Uyarlamasının İngilizce orijinali ile anlam, kavram, kapsam, madde, ölçüt, uygulama ve ölçüm alanlarında eşdeğerlikleri sağlanmıştır. Eşdeğerlik sağlanmadan yapılan bir geçerlilik çalışmasında kullanılan çeviri ölçeğin, korelasyon katsayıları yüksek ve anlamlı bulunabilir. Ancak aynı ölçek olup olmadığı ya da orijinal ölçekle aynı şeyleri sorgulayıp sorgulamadığı bilinemeyecektir (67).

DAWBA Erişkin Formu Türkçe uyarlamasında kullandığımız adaptasyon modelinin adaptasyon kılavuzları ile bazı açılardan farklılıkları bulunmaktadır. Modellerin birçoğu, birisi ilgili tıp dalında deneyimi olmayan, diğeri bu alanda bilgili iki bağımsız çevirmen tarafından ölçeklerin tercüme edilmesini ve geri çeviri aşamasının da ilk çevirmenlerden farklı iki çevirmen tarafından bağımsız olarak yapılmasını önermektedir (67, 71). Bizim uyarlamamızda ise tercümeler ruh sağlığı alanında deneyimli olan iki çevirmen tarafından bağımsız olarak yapılmış daha sonra tercümeler birlikte değerlendirilerek ihtiyaç duyulan düzeltmeler yapılmış ve elde edilen metin her iki kültür ve dil konusunda deneyimli olan öğretim üyesine

gönderilmiş ve yine gerekli düzenlemeler yapılarak bir ortak metin oluşturulmuştur. Sonrasında elde edilen ortak metin İngilizce asıl metne kör olan her iki dil ve kültür konusunda ileri derecede deneyimli bir çevirmene e-posta yolu ile gönderilerek İngilizce' ye geri tercüme ettirilmiş ve yeni bir İngilizce metin elde edilmiştir. Geri çeviri metin e-posta yoluyla İngiltere'ye DAWBA' yı geliştiren Prof. Robert Goodman ve ekibine gönderilerek asıl metne uygunluğu kontrol edilmiş; asıl metinle aynı olmadığı düşünülen kısımlar ve değişiklik yapılması istenilen bölümler ekibimize bildirilmiştir. Ekibimiz bu noktaları kültürler arası farklar, çeviri ve geri çeviriden kaynaklanan hatalar gibi faktörleri de göz önüne alarak değerlendirmiş ve tekrar Prof. Robert Goodman ve ekibi ile fikir alışverişinde bulunarak 2. ortak metni oluşturmuştur. Uyarlamamız yazındaki birçok çeviri modelinden daha fazla basamaklı olarak planlanmış ve çevirinin her noktasının, en az 4 ekip üyesi tarafından kontrol edilmesi sağlanmıştır. Ayrıca bu aşamalarda daha önce DAWBA Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe' ye uyarlama ve geçerlilik çalışmasını yapan bir öğretim üyesinin ekibimizde bulunması yol gösterici olması ve çalışma zamanını kısaltması açısından büyük fayda sağlamıştır (7).

Çalışmamızda uyguladığımız modelin diğer adaptasyon modellerine en önemli üstünlüğü geri çeviri metnin, bizzat görüşmeyi geliştiren kişi tarafından orijinaliyle uygunluğunun kontrol edilip düzeltilmesi istenen kısımların tarafımıza bildirilmesi, ardından gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra çeviri metnin onaylanması için tekrar görüşmeyi geliştiren kişiye gönderilmesidir. Yazındaki birçok çeviri modelinde ölçeği geliştiren kişi veya kişilerle irtibat halinde çalışmak önerilse de geri çevirinin bu kişi tarafından kontrol edilip onaylanmasını öneren bir modele rastlanılamamıştır. Çalışmamızın bu adımının eşdeğerlik açısından güçlü bir kanıt olduğu düşünülmektedir.

Bilimsel çalışmalarda pilot uygulamaların kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir (97, 98). Geçerlilik çalışmamızda da DAWBA Erişkin Formu Türkçe uyarlaması, Atatürk Üniversitesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı kliniğinde yatarak tedavi edilen 4 hasta, polikliniğe başvuran 6 hasta ve 5 sağlıklı hasta yakını olmak üzere toplam 15 kişiye Tez Yazarı tarafından kâğıt üzerinden uygulanmıştır.

Uygulayıcı ve görüşülen kişilerden geri bildirimler alınmış ve anlaşılamayan noktalar, kültürel farklar, uygulama zorlukları belirlenmiştir. Toplumumuzun her bölümünün görüşmenin tamamını anladığından emin olabilmek amacıyla kliniğimizde yatırılarak takip ve tedavi edilen olgular ile polikliniğimize gelen hasta ve hasta yakınlarından görüşme uygulanan kişiler genellikle ilkokul mezunları arasından seçilmiştir. Yapılan uygulamalarda yazındaki önerilere paralel olarak, hasta ve hasta yakınları tarafından anlaşılamayan yerler not edilmiş, kişilere bu cümlelerin içeriği anlatılarak "kendisi bir yakınına bu soruyu sorsa, nasıl soracağı" öğrenilmiştir. Ayrıca uygulama biçimi hakkında genel izlenimleri ve uygulama ile ilgili önerileri alınmıştır. Pilot uygulamaları yapan kişiden de geri bildirim alınmış ve tüm bu geri bildirimler doğrultusunda görüşmenin bazı bölümleri yeniden şekillendirilmiştir. Yapılandırılmış görüşmede pilot uygulama esnasında sorun yaşanan bölümlerde gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra uygulamalar başladığında kişilerin görüşmeyi ve sorulan soruları daha iyi anladıklarını görülmüştür. Pilot uygulamanın DAWBA Erişkin Formu Türkçe uyarlamasının aslı ile eşdeğerliğine yaptığı katkı bu şekilde gözlenmiştir.

Çalışmamızın geçerlilik basamağı, DAWBA' nın orijinal İngilizce formunun geçerlilik çalışmasının klinik örneklem bileşeni ile benzerlikler göstermektedir (96). Orijinal çalışmada örneklem İngiltere'nin Londra ve Manchester şehirlerindeki 3 hastanede takipleri devam eden ve birçoğu tedavi görmekte olan 39 olgudan oluşturulmuş ve olguların takip notlarının bir başka klinisyen tarafından değerlendirilmesi sonucu dosya bilgisine dayalı klinik tanılara ulaşarak bu olgulara DAWBA görüşmeleri uygulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına daha önceki zamanlarda başvurusu bulunan, yapılandırılmış görüşmeyi uygulayacak olan Tez Yazarı dışındaki en az 2 farklı hekim tarafından klinik görüşmeleri yapılmış ve sonrasında DSM-IV veya ICD-10'a göre klinik tanıları mevcut olan, 15.04.2017 tarihinden sonra tekrar Anabilim Dalımıza başvurusu bulunan, okur-yazar olan, 18 yaşını doldurmuş çeşitli tanı gruplarından olgular ve yine Tez Yazarı dışındaki bir hekim tarafından değerlendirilerek klinik görüşmenin yapıldığı tarihte herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmadığı düşünülen sağlıklı kişiler onamları alınarak çalışmamıza dâhil

edilmiştir. Daha önceden kliniğimizde takibi ve tedavisi yapılan ve bu nedenle klinik tanıları kesinleştirilmiş olguların çalışmamıza dâhil edilmesi ile olguların tek görüşme ile değerlendirilip görüşmeye yönlendirilmesi sonucu yaşanabilecek tanı karmaşalarının önüne geçilebileceği düşünülmüştür. Bu yöntem kullanılarak altın standart olarak kabul ettiğimiz klinik görüşmeler neticesinde konulan tanılarının güvenilirliğinin yüksek tutulması amaçlanmıştır.

Yapılandırılmış görüşme yapılması teklif edilen kişilere psikiyatrik bozuklukları tarayan bir görüşme yapılacağı ve değerlendirme neticesinde takip ve tedavi seyrinde ihtiyaç duyulabilecek düzenlemelerin kişiyi takip eden hekime iletileceği şeklinde açıklama yapıldığında kişilerin neredeyse tamamına yakını görüşmeyi kabul etmiştir. Görüşme sonrasında kişilerin şikâyetlerinin olduğu alanla ilgili düşüncelerini istedikleri gibi ifade edebilecekleri açık uçlu sorular görüşme yapılan kişinin seçimine göre ya görüşmeciye sözlü olarak cevap vererek ya da kendi el yazıları ile yazabilmelerine olanak verilerek yöneltmiştir. Bu bölümde de kişilerin birçoğu şikâyetlerini ve düşüncelerini kendi ifadeleri ile el yazılarıyla yazarak bildirmişlerdir. Bu noktadan hareketle şikâyetlerini ayrıntılı olarak ifade etmek isteyen ya da sorgulanmasını isteyen kişilerin beklentileri ile DAWBA uygulamasının getirdiklerinin büyük oranda örtüştüğü düşünülebilir. Diğer taraftan fazlaca yapılandırılmış görüşmelerde özellikle psikotik bozuklukların tanısında önem arz eden düşünce sürecindeki çok belirgin olmayan bozulmaların gözden kaçabileceğinden endişe edilmektedir (99). Bizim çalışmamızda DAWBA ile yapılan görüşmelerde kullanılan açık uçlu sorulara verilen cevapların incelenmesi ve gelecekte yapılandırılmış görüşmenin hasta yakını formunun klinik kullanıma girmesi ile düşünce sürecinde bir bozulması olan hastaların daha yüksek bir oranda saptanabileceği düşünülmektedir.

Görüşmelerin süresi olguların verdikleri cevaplara göre yaklaşık 40 dakika ile 80 dakika arasında sürmüştür. Diğer bazı yapılandırılmış görüşmelerin görüşme sürelerine bakıldığında DIS veya CIDI'nin 90-120 dakika (53-55), SCID'in 60-180 dakika (56) olduğu görülmektedir. Birçok farklı tanı alanıyla ilgili taramanın yapıldığı bir görüşme olan DAWBA Erişkin Formu için görüşme süresinin oldukça makul olduğu ve benzer yapılandırılmış görüşmelerin görüşme sürelerine göre daha kısa süreli olduğu

dikkati çekmektedir. Diğer taraftan olguların büyük kısmı görüşmelerin süresi klinik şartlarında yapılan psikiyatrik görüşmelere nazaran oldukça uzun olmasına rağmen şikâyetlerini ayrıntılı bir şekilde ifade edebildikleri için birçok kere memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

DAWBA Erişkin Formu hâlihazırda İngilizce ile birlikte toplam 7 dilde uygulanabilir durumdadır. Türkçe bu dillerden sekizincisi olacaktır. Daha önce erişkin formunun 6 farklı dile (Hırvatça, Fransızca, Almanca, İtalyanca, Danca, Norveççe) uyarlama çalışması yapılmıştır (100). Ancak bu dillerden hiçbirisi ile ilgili geçerlilik veya güvenilirlik çalışması şu ana kadar yapılmamıştır (101). DAWBA Erişkin Formu Türkçe versiyonu bu konuda uyarlaması yapılan diğer dillerin önünde bulunmaktadır.

Yapılandırılmış görüşmelerin Türkçe uyarlamalarına bakıldığında daha önceden geçerlilik çalışması yapılan bir yapılandırılmış görüşme ölçeğinin bulunmadığı görülmektedir. Bu görüşme araçları ile ilgili genel olarak görüşmeciler arası güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı gözlenmiştir. DSM-IV Eksen I Bozuklukları tanılarını koymak üzere geliştirilen bir görüşme çizelgesi olan SCID' in Türkçe çevirisi ve görüşmeciler arası güvenilirlik çalışması 1999 yılında yapılmış ve yayınlanmıştır(56). Bu çalışmada tüm tanılar için uyuma oranı %98.1 ve Kappa katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır. DSM-IV ve ICD-10'a göre tanı konulabilmesine imkân sağlayan CIDI' nin de Türkçe dilinde görüşmeciler arası güvenilirlik çalışması olmasına rağmen geçerlilik çalışması hâlihazırda bulunmamaktadır (102). Bu noktadan bakıldığında DAWBA' nın diğer yapılandırılmış görüşme araçlarına göre bir avantajının olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalamasının 28.85 ($\pm$ 8,19) yıl olduğu gözlemlendi. Benzer çalışmalara bakıldığında çalışmalara katılan olguların yaş ortalamalarının 30 ile 40 arasında olduğu görülmüştür (103-105). Çalışmamızdaki olguların yaş ortalamasının nispeten düşük olmasının nedeni bir yandan bölge halkının okur-yazarlık oranının düşük olması ve ileri yaştaki birçok olgunun çalışmadan dışlanması, diğer taraftan şehrimizde bulunan yüksek öğrenim merkezlerinde eğitim görmekte olan genç yaştaki öğrenci sayısının fazlalığı ve bunların kliniğimizde takip edilme oranlarının yüksek olması olabilir. Araştırmamızdaki olguların %62.9'unu

(n=39) erkekler, %37.1' ini (n=23) kadınlar oluşturdu. Literatürdeki benzer araştırmalarda olguların cinsiyetlerine bakıldığında çalışmalara çoğunlukla kadınların katıldıkları görülmektedir (103, 104, 106). Çalışmamızdaki olguların çoğunluğunu erkeklerin oluşturmasının sebebi çalışmanın işleme kriterlerinde okur-yazar olma koşulu bulunması ve bölgemizdeki kadınların okur-yazarlık oranlarının düşüklüğüne bağlı olarak çalışmaya yeterli düzeyde dâhil edilememiş olmaları olabilir.

1997 yılında yapılan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesinin (CIDI) İngilizce Formunun psikoz modülü ile ilgili yapılmış bir geçerlilik çalışmasına bakıldığında kappa korelasyon katsayısı değerinin 0.82 olarak bulunduğu görülmüştür (107). Bizim çalışmamızda da psikotik bozukluklar grubu ile ilgili hesaplanan kappa korelasyon katsayısı değerinin 0.80 ile bu değere çok yakın olduğu gözlenebilir. Bu çalışmaya veri sağlayan olguların yaş ortalaması 35.7 iken bizim araştırmamızda klinik olarak psikotik bozukluğu olan olguların yaş ortalamasının 29.2 olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada psikotik bozukluğu olan olguların çalışmaya dâhil edilme kriterleri olarak en az 30 dakika boyunca görüşmeyi sürdürebiliyor olabilmek ve sorulara tutarlı cevap verebiliyor olmak olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da tüm olgular öncelikle Tez Yazarı dışındaki bir kıdemli psikiyatri hekimi ile klinik görüşme yapmış ve çalışmanın işleme-dışlama kriterleri göz önüne alınarak bu kriterlere uygun olan görüşme süresince tutarlı cevap verebilecek olgular çalışmamıza dâhil edilmiştir. Örneğin Psikoz tanı grubu için psikotik alevlenme döneminde olan olguların görüşmeyi sürdüremeyebileceği düşünülerek çalışmadan dışlanmıştır.

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesinin (CIDI) Depresyon modülünün Doğu Afrika popülasyonunda yapılan geçerlilik çalışmasının verileri incelendiğinde duyarlılık %51, seçicilik %72.2, pozitif öngörü değeri % 22.4, negatif öngörü değeri %90.5 olarak saptanmıştır (104). Bizim çalışmamızda ise Depresif Bozukluk tanısı olan olguların verileri ayrı olarak değerlendirildiğinde duyarlılık %73.3, seçicilik %87.2, pozitif öngörü değeri %64.7, negatif öngörü değeri %91.1 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada olguların yaş ortalaması 35.1, olguların %61.3'ü kadın,

olguların %52.5'i evli iken bizim araştırmamızda klinik olarak depresif bozukluğu bulunan olguların yaş ortalamasının 27.6, % 46.6'sının kadın ve % 33.3'ünün evli olduğu görüldü (104).

DSM-IV ve ICD-10'a göre tanı koymakta olan bir başka yapılandırılmış görüşme olan Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme formu (*Mini International Neuropsychiatric Interview-MINI*) 'nun da Türkçe dili için daha önce yapılmış bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına bilimsel yazında rastlanmamıştır. Ancak bu görüşme aracının orijinal formunun 1996 yılında yapılmış bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmaktadır (57). Bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde Majör Depresif Bozukluk ve yaşam boyu Manik epizot geçirme için kappa katsayılarının sırasıyla 0.73 ve 0.63 olduğu gözlenirken bizim çalışmamızda iki bozukluğu kapsayan Duygudurum Bozuklukları tanı grubu için kappa katsayısı 0.79, Majör Depresif Bozukluk için 0.58 ve Bipolar Duygudurum bozukluğu için 0.87 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşam boyu Psikotik Bozukluk için kappa katsayısı 0.75 olarak saptanmışken çalışmamızda bu değerin 0.80 olduğu görülmektedir. Bu çalışmada Panik Bozukluk için kappa katsayısı 0.68, Agorafobi için 0.58, Sosyal Fobi için 0.54, Özgül Fobi için 0.43 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu için 0.36 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda bu tanıları kapsayan Nevrotik ve Stresle ilişkili Bozukluklar tanı grubu için kappa katsayısı ise 0.48 olarak bulunmuştur.

MINI geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile tez çalışmamızı karşılaştırdığımızda Psikotik Bozukluklar ve Duygudurum Bozuklukları alanında DAWBA' nın korelasyon katsayılarını sınıadığımız çalışmamızın kappa katsayılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Fobiler, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk gibi tanıları içeren Nevrotik ve Stresle ilişkili Bozukluklar tanı grubunda ise çalışmamızın kappa katsayılarının daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bu durumun sebebi bahsedilen çalışmada altın standart olarak başka bir yapılandırılmış görüşme olan CIDI' nin kullanılmış olması olabilir. Bizim çalışmamızda ise altın standart olarak klinik tanı kullanılmıştır. Bu noktadan hareketle klinik görüşmelerde özellikle bu alandaki bozuklukların yeterince sorgulanmadığı sonucuna ulaşılabilir. Çalışmamızın verilerine bakıldığında da DAWBA görüşmesi ile konulan özellikle Sosyal Fobi ve

Özgül Fobi tanılarının klinik görüşmeler neticesinde konulan tanılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Uygulamamızda olguların tanıları “Yok”, “Var-Hafif”, “Var-Orta” ve “Var-Şiddetli” şeklinde gruplandırılabilir. Muhtemelen klinik görüşmelerde özellikle bu gruptaki bozukluklardan tanısı “Var-Hafif” kategorisine uyan olguların şikâyetlerinin hafif dereceli olması, işlevselliklerini fazla miktarda etkilememesi, kişilerin bu durumlarla ilgili yakınmalarını ifade etmemeleri ve yapılandırılmış olmayan klinik görüşmelerde tüm tanı gruplarının sorgulanma ihtimalinin düşük olması sebebiyle tanı konulamamıştır. Çalışmamızda Sosyal Fobi Bozukluğunun kappa korelasyon katsayısının vasat düzeyde bulunmasına bu durumlar sebep olarak gösterilebilir. Diğer taraftan Majör Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluklarında eştanı oranlarının yüksek olduğu literatürde sıklıkla bildirilmiştir (108). Ayrıca yapılandırılmış-yarı yapılandırılmış görüşmelerin uygulanmasıyla eş tanı durumlarıyla, özellikle Majör Depresif Bozukluk ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu eş tanısıyla daha sıklıkla karşılaşıldığı bilinmektedir (109-112). Çalışmamızın verilerine bakıldığında da literatür ile uyumlu olarak klinik olarak Majör Depresif Bozukluk tanısı bulunup Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunmayan olgulardan birçoğuna DAWBA görüşmesi neticesinde Majör Depresif Bozukluk tanısına ek olarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu eş tanısı da konduğu görülmüştür. Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısının kappa korelasyon katsayısının vasat olarak hesaplanmasına bu durumun sebep olabileceği düşünülebilir. Böylece yapılandırılmış görüşmelerin olguların klinik görüşmeler sırasında şikâyet etmediği ancak aslında hayatlarında sorun yaşadıkları alanlarla ilgili bilgilere daha rahat ulaşma imkânı vermesi gibi bir avantajının olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu sebeplerle Nevrotik ve Stresle ilişkili Bozukluklar tanı grubunun kappa katsayısı 0.48 değeri ile orta tutarlılık derecesinde bulunmuş olabilir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarından biri tez aşamasında İngiltere’ de DAWBA’ nın çevrimiçi versiyonlarının bulunduğu elektronik sistemlerde yaşanan teknik hata sonucu yaptığımız uyarıların internet ortamına yüklenememesi, bu nedenle çevrimiçi görüşmelerin uygulanamaması ve olgu sayısının nispeten az olmasıydı. İlerleyen dönemlerde Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin

Formu Türkçe uyarlaması internet ortamına yüklendikten sonra çevrimiçi görüşmelerin yapılabilmesi umut edilmektedir. Çevrimiçi görüşmelerin yapılabilmesi ile çok daha fazla sayıda ileri araştırmaların yapılabileceği düşünülmektedir. Ancak çevrimiçi görüşmelerde karşı karşıya kalınabilecek muhtemel bir sorun bazı olguların görüşmeyi tamamlamadan görüşmeden ayrılabilir olmasıdır.

Tez çalışmamızda ki bir başka kısıtlılık araştırmamıza dâhil edilen olguların altın standart olarak kullanılan tanılarının klinik görüşmeler ile konulmuş olmasıdır. Araştırma süresi içerisinde altın standart olarak başka bir yapılandırılmış görüşme sonucunda ulaşılan tanılarının kullanılabileceği düşünülmüş ancak yapılandırılmış görüşmelerin uygulanması için uzun sürelerle olan ihtiyaç bu işlemin uygulanmasına imkân vermemiştir.

Araştırmamızdaki diğer bir kısıtlılık dâhil edilen olgu sayısının beklenenden düşük olmasıdır. Bu duruma görüşmelerin uzun sürmesi ve çalışmaya aynı gün içerisinde kısıtlı sayıda olgunun dâhil edilebilmesi yol açmıştır.

Son olarak görüşmenin güvenilirlik çalışmasının yapılmamış olması bir kısıtlılık olarak gösterilebilir. İlerleyen dönemlerde Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Erişkin Formu Türkçe uyarlaması internet ortamına yüklendikten sonra çevrimiçi görüşmelerin yapılabilmesi ile çok daha fazla sayıda olgu ile güvenilirlik çalışmasının yapılması planlanmaktadır.

6.SONUÇLAR

Bu çalışmada ilk olarak İngiltere’ de Robert Goodman ve ekibi tarafından geliştirilen ve kullanılan Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (*Development and Well-being Assessment; DAWBA*) erişkin formu klinik görüşme ölçeğinin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerlikleri sağlanarak Türkçe’ ye kazandırıldı ve Türk toplumuna uyarlaması yapıldı. Sonrasında ise bu yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerliliği sınandı.

Çalışmamızın geçerlilik basamağının sonuçlarına bakıldığında herhangi bir tanı için kappa korelasyon katsayısının 0.63 olduğu, genel olarak kappa korelasyon katsayıları ile Pozitif ve Negatif Olabilirlik Oranlarının yüksek düzeylerde olması nedeniyle DAWBA Erişkin Formu Türkçe versiyonunun altın standart olarak belirlediğimiz klinik tanımlarla genel olarak iyi derecede tutarlı bir şekilde tanı koyabildiği gözlemlendi ve bu yapılandırılmış görüşme formu ile konacak tanıların tanısallık açısından geçerli olacağı anlaşıldı. Çalışmamız sonucunda ulaştığımız genel olarak yüksek duyarlılık (%70-%95) ve seçicilik (%62-%100) oranlarına bakılarak ise DAWBA yapılandırılmış görüşmesinin hem saha araştırmalarında uygun bir tarama aracı olarak kullanılabileceği hem de klinisyenlere tanı koyma aşamasında yardımcı olabilecek iyi bir tanı aracı olduğu sonucuna ulaşıldı.

Tez çalışmamız sonucunda klinisyenlere olguları değerlendirme ve tanı koyma aşamasında yardımcı olabilecek, tarama aracı olarak kullanılabilecek, basılı formunun yanı sıra yakın zamanda internet aracılığıyla bilgisayar ortamında uygulanabileceği için diğer klinik görüşme ölçeklerine göre ön plana çıkabilecek ek bir araç Türkçe’ ye kazandırılmıştır.

7.KAYNAKLAR

1. Dingoyan D, Mösko M, Imamoğlu Y, Wolff A, Strehle J, Wittchen HU, et al. Development and feasibility of the computerized Turkish edition of the Composite International Diagnostic Interview [DIA-X/CIDI version 2.8 (TR)]. *International journal of methods in psychiatric research*. 2016.
2. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2000;41(5):645-55.
3. Garb HN. Clinical judgment and decision making. *Annu Rev Clin Psychol* 2005. 2005;1:67-89.
4. Garb HN. Case formulation: American Psychological Association; 1998.
5. Jensen-Doss A, Hawley KM. Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2010;39(6):885-96.
6. Martin A-M, Fishman R, Baxter L, Ford T. Practitioners' attitudes towards the use of standardized diagnostic assessment in routine practice: a qualitative study in two child and adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011;1359104510366284.
7. Dursun OB. Gelişim ve ruhsal sağlık değerlendirmesi Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik çalışması: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.
8. Dursun O, Guvenir T, Aras S, Ergin C, Mutlu C, Baydur H, et al. A new diagnostic approach for Turkish speaking populations DAWBA Turkish Version. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2013;22(03):275-82.
9. Kaplan HI. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (2 Volume Set, 2005). 2005.
10. Susser M. Causal thinking in the health sciences concepts and strategies of epidemiology. *Causal thinking in the health sciences concepts and strategies of epidemiology*: Oxford University Press; 1973.
11. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(4):464-74.
12. Robins LN. Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study. 1991.
13. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
14. Dohrenwend BP. 'The problem of validity in field studies of psychological disorders' revisited. *Psychological medicine*. 1990;20(1):195-208.
15. BJ Sadock VS. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Türkçe 8. Baskı 2007:657-8.
16. Cooper JEva. Psychiatric Morbidity in New York and London. Oxford University Press. 1972.
17. Mezzich J, Ustun T. Epidemiology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. BJ Sadock, VA Sadock. New York, Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
18. Eaton WW, Holzer CE, Von Korff M, Anthony JC, Helzer JE, George L, et al. The design of the Epidemiologic Catchment Area surveys: the control and measurement of error. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(10):942-8.
19. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of general psychiatry*. 1984;41(10):934-41.

20. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. 1994.
21. Mezzich JEvÜ, B. Quantitative and experimental methods in psychiatry. Sadock BJSvVA, editor. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2005.
22. Almeida-Filho N, de J Mari J, Coutinho E, Fran J, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. The British Journal of Psychiatry. 1997;171(6):524-9.
23. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. The British Journal of Psychiatry. 2001;178(2):145-53.
24. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). International journal of methods in psychiatric research. 2004;13(2):93-121.
25. Kessler RC, Üstün TB. Initial report from the WHO World Mental Health Survey. JAMA. (in press.).
26. Küey L, Üstün T, Güleç C. Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim. 1987;44:16-30.
27. Erol N, Kiliç C, Ulusoy M, Keçeci Udm, Shu Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998.
28. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1998:77-98.
29. Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? Klinik Psikiyatri Dergisi. 2010;13:9-15.
30. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Turk Psikiyatri Derg. 2014;25:264-81.
31. Öztürk O, Uluşahin A. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2008;1:225-41.
32. Insel TR, Fenton WS. Psychiatric epidemiology: it's not just about counting anymore. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):590-2.
33. Polat A, Tiemeier H. Modern psychiatric epidemiology: the challenge of risk factor research. European Psychiatry. 2005;20(3):197-8.
34. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The lancet. 2013;380(9859):2197-223.
35. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü 1Basım Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San ve Tic Ltd Şti. 2006:1-56.
36. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2013;380(9859):2163-96.
37. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. The Lancet. 2011;378(9803):1654-63.
38. Mullick MSI, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2005;40(8):663-71.
39. Doğan O. Psikiyatrik Epidemiyoloji. 2011:16-22.
40. Burke JD RD. Epidemiology of mental disorders. Synopsis of Psychiatry, American Psychiatric Press. 1996:79-102.

41. Goldstein JM SJ. Validity: definitions and applications to psychiatric research. Textbook in Psychiatric Epidemiology, second ed New York, Wiley-Liss. 2002:149-63.
42. KS K. Toward a scientific psychiatric nosology. . Arch Gen Psychiatry. 1990:969-73.
43. Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. Sağlıkta Birikim. 2006;1(2):99-123.
44. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire: GL assessment; 2006.
45. Anketi KCGS. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7(1):3-9.
46. Kılıç M. Belirti Tarama Listesi (Scl. 90-R) Nın Geçerlilik Ve Güvenirliği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2016;1(2).
47. Kaplan İ. Yarıkırsal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 1995;6(3):169-79.
48. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995;41(10):1403-9.
49. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine. 1998;28(3):551-8.
50. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999;7(Suppl 2):23-40.
51. Chwastiak LA, Von Korff M. Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. Journal of clinical epidemiology. 2003;56(6):507-14.
52. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disability and rehabilitation. 2003;25(11-12):565-71.
53. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
54. Organization WH. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). 1997. Geneva, Switzerland.
55. Wittchen H-U. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. Journal of psychiatric research. 1994;28(1):57-84.
56. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu IV E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve tedavi dergisi. 1999;12(4):233-6.
57. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. European psychiatry. 1997;12(5):224-31.
58. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry. 2003;42(10):1203-11.
59. Robins LN, Cottler LB. Making a structured psychiatric diagnostic interview faithful to the nomenclature. American journal of epidemiology. 2004;160(8):808-13.
60. Robins L. How To Choose Among The Riches-Selecting A Diagnostic Instrument. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 1995;5(2):103-9.
61. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. World Psychiatry. 2012;11(3):181-5.

62. Suppiger A, In-Albon T, Hendriksen S, Hermann E, Margraf J, Schneider S. Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior therapy*. 2009;40(3):272-9.
63. A. A. Diagnostic interviews with parents and children,. In: E. RMaT, editor. *Child and Adolescent Psychiatry 4th Ed Blackwell Publishing*2002. p. 32-51.
64. Angold A, Fisher PW. Interviewer-based interviews. 1999.
65. King RA. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(10):4S-20S.
66. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
67. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N, Issues ER. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value in Health*. 2008;11(3):509-21.
68. Health UDo, Evaluation HSFCfD, Research, Health UDo, Evaluation HSFCfB, Research, et al. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006;4:1-20.
69. Use CfMPfH. Reflection paper on the regulatory guidance for the use of health-related quality of life (HRQL) measures in the evaluation of medicinal products. London, European Medicines Agency. 2005.
70. Bowden A, Fox-Rushby JA. A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social science & medicine*. 2003;57(7):1289-306.
71. Canino G, Bravo M. The adaptation and testing of diagnostic and outcome measures for cross-cultural research. *International Review of Psychiatry*. 1994;6(4):281-6.
72. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
73. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1999;40(5):791-9.
74. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*. 1998;7(3):125-30.
75. Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, et al. Comparing the German versions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Deu) and the child behavior checklist. *European child & adolescent psychiatry*. 2000;9(4):271-6.
76. Marzocchi GM, Capron C, Di Pietro M, Tauleria ED, Duyme M, Frigerio A, et al. The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13(2):ii40-ii6.
77. Woerner W, Fleitlich-Bilyk B, Martinussen R, Fletcher J, Cucchiaro G, Dalgalarrrondo P, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13:ii47-ii54.
78. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketi'nin (Gga) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health)*. 2008;15:65-74.
79. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*. 1960;20(1):37-46.

80. Rezaki M, Özgen G, Kaplan I, Gürsoy B, Sağduyu A, Öztürk O. Results from the Ankara center. Mental illness in general health care: an international study Chichester: John Wiley and Sons. 1995:39-55.
81. Özcan ME. Türkiye'de Bilimsel Tıp Araştırmacılığının Gelişimi ve Geleceği: Bazı Öneriler. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2007;17(1).
82. Prince M, Stewart R, Ford T, Hotopf M. Practical psychiatric epidemiology: Oxford, New York; 2003.
83. Health Nlo. National Heart: Lung and Blood Institute: NHLBI Fact Book, Fiscal Year 2011.
84. Hunger SP, Lu X, Devidas M, Camitta BM, Gaynon PS, Winick NJ, et al. Improved survival for children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia between 1990 and 2005: a report from the children's oncology group. Journal of Clinical Oncology. 2012;30(14):1663-9.
85. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. New England Journal of Medicine. 2005;352(24):2515-23.
86. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC medicine. 2013;11(1):126.
87. Maritz J, Holroyd S. Characteristics of telephone calls in a psychiatric outpatient practice. Journal of Psychiatric Practice®. 2006;12(3):195-9.
88. Mucic D. International telepsychiatry: a study of patient acceptability. Journal of Telemedicine and Telecare. 2008;14(5):241-3.
89. Rabinowitz T, Murphy KM, Amour JL, Ricci MA, Caputo MP, Newhouse PA. Benefits of a telepsychiatry consultation service for rural nursing home residents. Telemedicine and e-Health. 2010;16(1):34-40.
90. Shore JH, Manson SM. A developmental model for rural telepsychiatry. Psychiatric Services. 2005;56(8):976-80.
91. Modai I, Jabarin M, Kurs R, Barak P, Hanan I, Kitain L. Cost effectiveness, safety, and satisfaction with video telepsychiatry versus face-to-face care in ambulatory settings. Telemedicine Journal & E-Health. 2006;12(5):515-20.
92. Myers K, Cain S. Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2008;47(12):1468-83.
93. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. European Psychiatry. 2003;18(7):361-4.
94. Marshall RD, Spitzer RL, Vaughan SC, Vaughan R, Mellman LA, MacKinnon RA, et al. Assessing the subjective experience of being a participant in psychiatric research. American Journal of Psychiatry. 2001;158(2):319-21.
95. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. American Journal of psychiatry. 1998;155(6):715-25.
96. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2000;41(5):645-55.
97. Lancaster GA, Dodd S, Williamson PR. Design and analysis of pilot studies: recommendations for good practice. Journal of evaluation in clinical practice. 2004;10(2):307-12.
98. Alyahri A, Goodman R. Validation of the Arabic strengths and difficulties questionnaire and the development and well-being assessment. 2006.
99. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları. 2015.
100. <http://dawba.info/py/dawbainfo/b4.py>. View online versions 2017 [

101. <http://dawba.info/py/dawbainfo/e0.py>. Searchable database of DAWBA publications 2017 [
102. Kılıç C, Göğüş A. Composite International Diagnostic Interview: CIDI (Türkçe versiyonu). Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri AD, Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi Yayınları, Nuro Yayınları, Ankara. 1997.
103. Otsubo T, Tanaka K, Koda R, Shinoda J, Sano N, Tanaka S, et al. Reliability and validity of Japanese version of the mini-international neuropsychiatric interview. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2005;59(5):517-26.
104. Gelaye B, Williams MA, Lemma S, Deyessa N, Bahretibeb Y, Shibre T, et al. Diagnostic validity of the composite international diagnostic interview (CIDI) depression module in an East African population. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2013;46(4):387-405.
105. Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J clin psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):2233.
106. Kishore J, Kapoor V, Reddaiah V. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI): Its reliability and applicability in a rural community of northern India. *Indian journal of psychiatry*. 1999;41(4):350.
107. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of psychiatric research*. 1998;32(6):361-8.
108. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen H-U. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on "Psychological disorders in primary health care.". *The British journal of psychiatry*. 1996.
109. Sanderson WC, Beck AT, Beck J. Syndrome comorbidity in patients with major depression. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1025-8.
110. Fava M, Rankin MA, Wright EC, Alpert JE, Nierenberg AA, Pava J, et al. Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive psychiatry*. 2000;41(2):97-102.
111. Zimmerman M, Mattia JL. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Comprehensive psychiatry*. 1999;40(3):182-91.
112. Dilbaz N, Darçın AE, Çavuş SY. Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eşanlı Anksiyete ve Yaklaşım. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2011;21(1):S10-S9.

8.EKLER:

Ek-1: Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Obsesif Kompulsif Bozukluk bölümü

Bölüm F Takıntılar ve takıntılı davranışlar

Pek çok insanın bazı alışkanlıkları veya batıl inançları vardır; Örneğin yürürken kaldırımdaki çizgilere basmamak, veya uğurlu maskotunu yanında bulundurmak gibi. Ayrıca insanların arabalar, müzik grupları, futbol takımları gibi çok ilgi duydukları bir konu veya etkinlikle takıntılı bir biçimde ilgilendikleri dönemlerinin olmasında sıkça görülen bir durumdur. Fakat biz sizin bunları aşan takıntılarınız veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınızın olup olmadığını bilmek istiyoruz.

F1 Size sıkıntı veren, zamanınızın çoğunu harcadığınız, günlük yaşamınızı aksatan takıntılarınız veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınız var mıdır?

Hayır	Evet
0	1

Eğer F1 “Evet” veya GGA duygusal sorunlar puanı ≥ 6 ise devam ediniz. Değilse G bölümüne geçiniz.

F2 Son 4 hafta içinde aşağıdakilerden herhangi birisini alışkanlık edindiniz mi? (yapmanız gerekmeyen halde ya da henüz yapıp bitirmişken aşağıdaki davranışlardan herhangi birisini tekrar tekrar yapmak istemeniz gibi)

	Hayır	Biraz	Çok
a) Aşırı temizlik: Aşırı miktarda el yıkama, banyo yapma, duş alma, diş fırçalama vs	0	1	2
b) Kirden, mikroptan veya zehirden kaçınmak için özel önlemler alma	0	1	2
c) Aşırı kontrol etme: Elektrik düğmelerini, doğalgaz vanalarını, kilitleri, kapıları, fırın ve ocakları	0	1	2
d) Nedensiz yere aynı basit hareketi belli bir sırayla tekrarlama: Örneğin, tekrar tekrar ayağa kalkıp oturma veya eşikte bir ileri bir geri gidip gelme	0	1	2
e) İnsanlara veya eşyalara belli bir şekilde dokunmak	0	1	2
f) Eşyaları, çok dikkatli bir şekilde veya tam hizalayarak düzenleme	0	1	2
g) Belli uğurlu sayılara kadar sayma veya uğursuz sayılardan kaçınma	0	1	2

F3	Son 4 hafta içinde kirlenmek, mikrop kapmak veya zehirlenmekten takıntılı biçimde endişe ettiğiniz ve bunlarla ilgili düşünceleri aklınızdan çıkaramadığınız oldu mu?	Hayır	Biraz	Çok
		0	1	2

Eğer F2 veya F3'teki maddelerden herhangi birisine “Çok” yanıtı verilmişse M1'deki (sayfa 49) kontrol listesinden 'Obsesyon ve Kompulsyonları' işaretleyiniz.

F4	Son 4 haftada , sizin veya başkalarının başına hastalık, kaza, yangın gibi korkunç bir şey geleceği endişesini takıntı haline getirdiğiniz oldu mu?	Hayır	Biraz	Çok
		0	1	2
		F7'nin başındaki atlama kuralı ↓ F6		

F6	Sizin veya başkalarının başına korkunç bir şey geleceği takıntısı, bağlandığınız özel yetişkinlerden ayrılmakla ilgili genel bir endişenizin parçası mı yoksa tamamen ayrı bir sorun mu?	Ayrılık kaygısının bir parçası	Ayrı bir sorun
		0	1

Eğer F6 “Ayrı bir sorun” olarak cevaplandıysa M1'deki (sayfa 49) kontrol listesinde 'Obsesyonlar ve Kompulsyonlar'ı işaretleyiniz.

F7 Eğer M1'de Obsesyon ve Kompulsyonlar kutusu işaretliyse devam ediniz, aksi halde, G bölümüne atlayınız.

Bu takıntılarınızın veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınızın **en az 2 haftalık** bir dönem boyunca, hemen hemen her gün devam ettiği oldu mu?

Hayır	Evet
0	1

F8	Takıntılarınızın veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınızın aşırı veya mantıksız olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	Belki	Kesinlikle
		0	1	2

F9	Takıntılarınızı veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınızı yapmamak için direniyor musunuz?	Hayır	Belki	Kesinlikle
		0	1	2

F10 Takıntılarınız veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınız size sıkıntı veriyor mu?

Hayır, bunlar hoşuma gidiyor	Ne hoşuma gidiyor ne de sıkıntı duyuyorum	Biraz sıkıntı veriyor	Çok fazla sıkıntı veriyor
0	1	2	3

F11 Takıntılarınız veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınız ortalama olarak, günde en az bir saatinizi alıyor mu?

Hayır	Evet
0	1

+

F12 Bu takıntılarınız veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınız aşağıdakileri etkiliyor mu?

- a) En yakın olduğunuz kişilerle geçinmenizi (aileniz, eşiniz gibi).
- b) Arkadaş edinmenizi ve arkadaşlıklarınızı sürdürmenizi.
- c) İşinizi veya okulunuzu.
- d) Oyun oynamanızı, hobilerinizi, spor yapmanızı, boş zamanlarınızda yaptığınız diğer etkinliklerinizi.

Hayır	Biraz	Orta düzeyde	Çok fazla
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

F13 Bu takıntılarınız veya alışkanlık edindiğiniz davranışlarınız sizin veya etrafınızdaki insanların (ailenizin, arkadaşlarınızın) hayatını zorlaştırıyor mu?

Hayır	Biraz	Orta düzeyde	Çok fazla
0	1	2	3

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

TARİH:

1. ADINIZ-SOYADINIZ:
2. DOĞUM TARİHİNİZ:
3. CİNSİYETİNİZ: Erkek () Kadın ()
4. MEDENİ DURUMUZ: Bekar () Evli () Boşanmış () Diğer ()
5. SON BİTİRDİĞİNİZ OKUL: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite veya Yüksek Okul ()
6. MESLEĞİNİZ: Öğrenci () Serbest meslek () Memur-İşçi () Ev Hanımı () İşsiz () Emekli ()
7. ORTALAMA AYLIK GELİRİNİZ: (maaş, burs veya aile desteği vb. her türlü geliri kapsar)
0-500TL () 500-1000TL () 1000-3000TL () 3000TL Üzeri ()
8. ANNE BABA DURUMUNUZ: Beraber yaşıyor () Boşanmış () Boşandığındaki yaşıyorsunuz:
9. KARDEŞ SAYINIZ: Kız _____ Erkek _____ Kaçınıcı çocuğunuz:
10. UYKU SORUNUNUZ VAR MI?: Evet () Hayır () Evet ise: Uykuya Dalmada Zorluk ()
Gece sık sık uyanma () Erken Uyanma () Fazla Uyuma () Gündüz Uykusu İhtiyacı () Diğer :
11. İŞTAH SORUNUNUZ VAR MI?: Evet () Hayır () Evet ise: Stres ile iştah artma ()
Stres ile iştah azalma () Diğer :
12. DAHA ÖNCE PSİKİYATRİ BAŞVURUNUZ VAR MI?: Evet () Hayır () Evet ise Kaç kez:
Aldığınız Tanılar: Kullandığınız İlaçlar:
13. HİÇ İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNDUNUZ MU?: Evet () Hayır () Evet ise Kaç kez:
14. SİGARA KULLANIR MISINIZ?: Evet () Hayır () Evet ise ilk kullanma yaşıınız: Kullanılan miktar:
*Evet ise başlama şekliniz : Arkadaş etkisi () Televizyon ya da İnternetteki yayınlarda görerek ()
Kendi Kendinize ()
*Evet ise devam etme nedeniniz: Stresle- Olumsuz Duygularla başa çıkmak () Zevk almak-
Heyecan Arayışı () Sosyalleşmek- Arkadaş ortamına uyum sağlamak ()
15. ALKOL KULLANIR MISINIZ?: Evet () Hayır () Evet ise ilk kullanma yaşıınız: Kullanılan miktar:
*Evet ise başlama şekliniz : Arkadaş etkisi () Televizyon ya da İnternetteki yayınlarda görerek ()
Kendi Kendinize ()
*Evet ise devam etme nedeniniz: Stresle- Olumsuz Duygularla başa çıkmak () Zevk almak-
Heyecan Arayışı () Sosyalleşmek- Arkadaş ortamına uyum sağlamak ()
16. HİÇ ESRAR/EROİN/KOKAİN/HAP/TİNER/BALLY VB. KULLANDINIZ MI?: Evet () Hayır ()
*Evet ise hangileri: İlk kullanma yaşıınız: Kullanılan miktar:
*Evet ise başlama şekliniz : Arkadaş etkisi () Televizyon ya da İnternetteki yayınlarda görerek ()
Kendi Kendinize ()
*Evet ise devam etme nedeniniz: Stresle- Olumsuz Duygularla başa çıkmak () Zevk almak-
Heyecan Arayışı () Sosyalleşmek- Arkadaş ortamına uyum sağlamak ()
17. HERHANGİ BİR BEDENSEL HASTALIĞINIZ VAR MI? Evet () Hayır () Hastalığınız:
18. AİLENİZDE RUHSAL RAHATSIZLIĞI OLAN VE BU NEDENLE TEDAVİ GÖREN VAR MI?: Evet () Hayır ()
Evet ise kim: Rahatsızlığı:

19.GENEL SAĞLIK DURUMUNUZU 1 İLE 10 ARASINDA PUANLAYINIZ. (1 en sağlıksız durumu, 10 en sağlıklı durumu ifade etmektedir)

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

20. HAYATINIZIN ÇEŞİTLİ ALANLARINDAKİ İŞLEVSELLİK (VERİMLİLİK- KENDİNİZE VE ÇEVRENİZE FAYDALI OLMA) DURUMUNUZU ÖĞRENMEK İSTİYORUZ ;

*ÖĞRENCİYSENİZ, OKULDAKİ İŞLEVSELLİĞİNİZİ- BAŞARI DURUMUNUZU 1 İLE 10 ARASINDA PUANLAYINIZ. (1 en düşük başarı durumunu, 10 en yüksek başarı durumunu ifade etmektedir)

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

*ÇALIŞIYORSANIZ, MESLEĞİNİZDEKİ İŞLEVSELLİĞİNİZİ - BAŞARI DURUMUNUZU 1 İLE 10 ARASINDA PUANLAYINIZ. (1 en düşük başarı durumunu, 10 en yüksek başarı durumunu ifade etmektedir)

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

*SOSYAL YAŞAMINIZDA KİŞİLER ARASI İLİŞKİLERİNİZDEKİ İŞLEVSELLİĞİNİZİ - BAŞARI DURUMUNUZU 1 İLE 10 ARASINDA PUANLAYINIZ. (1 en düşük başarı durumunu, 10 en yüksek başarı durumunu ifade etmektedir)

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

21.SON 6 AY İÇİNDE OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI VARLIĞI : (varsa işaretleyiniz)

Hayati bir tehlike atlatmak()

Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürme girişimi-öldürmesi ()

Kötü muamele görmek -Cinsel tacize uğramak-İşkence görmek-Tutuklanmak ()

Bir kaza veya şiddet olayında yakınına kaybetmek-Sevilen birinin ölümü ()

Romantik kayıp: boşanma da dahil olmak üzere romantik bir ilişkinin sona ermesi ()

Başarısızlık: kişisel başarısızlık veya hedeflerden uzaklaşmak ()

Kronik stres: iş, finans, hukuki sorunlar vb. nedeniyle kronik stres ()

Sağlık: kişinin kendi sağlık sorunları ()

Diğer: diğer tüm olay türleri ()

22.BOYUNUZ:

KİLONUZ:

Ek-3 Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 18+

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kadın / Erkek

Doğum Tarihiniz:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum(örneğin, yiyecek ve içeceğimi)	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Başkaları ile olmaktan çok yalnız kalmayı tercih ederim.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavgacıyım. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Diğer insanlar genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağınık, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Çocuklara iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer insanlar benimle alay ederler veya bana zorbalık ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (aile üyeleri, arkadaşlar, meslektaşlar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Benden büyüklerle yaşitlarım göre daha iyi anlaşıyorum.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükleriniz ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükleriniz sizi ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralinizi bozuyor?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamınızı etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
En yakın olduğunuz insanlarla geçinmeniz (örneğin; aileniz, eşiniz)	☐	☐	☐	☐
Yeni arkadaş edinmeniz ve arkadaşlıkları sürdürmeniz	☐	☐	☐	☐
İşiniz veya okulunuz	☐	☐	☐	☐
Hobileriniz, spor yapmanız veya diğer boş zaman etkinlikleriniz	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükleriniz çevrenizdeki insanların(aile, arkadaşlar vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Yardıminiz için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

Ek-4:Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeğini geliştiren ekiple irtibat kurulması ve izin alınması ile ilgili yazışma

From: Hamilton, Helena
Sent: 20 October 2016 16:57:27
To: onur burak dursun
Subject: Re: About DAWBA 18+

Hi Onur,

That's great news and both Robert and me are pleased to hear that the Preschool DAWBA is working well.

Yes, we would be happy for you to start translating the Adult version.
I will need to create a document for you to make it easier for you to do the translation.
Will send it as soon as its ready.

Many thanks and best wishes
Helena

From: onur burak dursun <onurburak007@yahoo.com>
Sent: 19 October 2016 14:46:40
To: Hamilton, Helena
Subject: About DAWBA 18+

Dear Helena,
Hope you are well. As you know we started to use DAWBA preschool form and we could not find major problems and as expected it is working perfectly. We think that we are ready to go further on DAWBA 18+. Dr. Emre Alkan is an (Adult) Psychiatrist and we want to work on 18+ form together. Do we need to contact Robert again or can we directly start working on translations. If so do you have templates?
Best wishes
Onur

*Onur Burak Dursun MD.
Associate Professor
Ataturk University, Department of Child and Adolescent Psychiatry
Erzurum/Turkey*