

Ruhsal Esenlik Anketi 12: Türkçe Formun Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması

Dr. Afşin SAĞDUYU¹, Dr. Vesile ŞENTÜRK², Dr. İsmail AYDIN³, Sevgi ÖZEL⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, kronik bedensel hastalığı olan kişilerin ruh sağlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Ruhsal Esenlik Anketi'nin Türkçe'ye uyarlanmış 12 soruluk kısaltılmış formunun (REA-12), son dönem böbrek yetmezliği olan hasta örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesinin yapılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde, son dönem böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz programına giren, 19-71 yaş grubundaki 60 hastalık örnekleme, sırasıyla Hasta Bilgi Formu, Kısa Kognitif Muayene, REA-12, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik değerlendirmeleri için, REA-12 formları ilk uygulamayı takip eden 3-7 gün içinde yeniden verilmiştir.

Bulgular: REA-12'de yer alan maddelerin madde-toplam puan korelasyonunun 0.43, Cronbach alfa katsayısının 0.87 ve test-tekrar test korelasyonunun 0.80 olduğu bulunmuştur. REA-12'de, HAD'ın depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeği eşiklerini geçenlerin ve normalerin en düşük yanılma payı ile belirlenebildiği optimum kesme noktaları 9. ve 10. puanlar arasından geçmekte olup; bu kesme noktası alındığında, duyarlılık 0.87, özgüllük 0.73, pozitif yordama gücü 0.50, negatif yordama gücü 0.92'dir.

Sonuç: Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda ruhsal bozuklukların ve işlev kayıplarının yüksek olması, REA-12 gibi kolay uygulanabilir, geçerli ve güvenilir ruhsal bozukluk tarama araçlarının uygulamanın bir parçası olması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Ruhsal esenlik, geçerlik, güvenilirlik, son dönem böbrek yetmezliği

SUMMARY: The Well-Being Questionnaire-12: An Evaluation of its Validity and Reliability in Turkish People with End-Stage Renal Disease

Objective: The aim of the present investigation was to test the psychometric properties of the Turkish version of the Well-Being Questionnaire-12 (WBQ-12) in patients with end-stage renal disease.

Method: The subjects included in the study were patients with end-stage renal disease treated in Hemodialysis Unit of Başkent University Medical Hospital. The Patient Information Sheet, the Mini Mental Test, the WBQ-12, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) were applied to a total of 60 patients ranging from 19-71 years old. The WBQ-12 was applied for test-retest reliability assessment in 3-7 days after first interview.

Results: The item-total score correlation of the WBQ-12's items was 0.43, Cronbach's alpha coefficient was 0.87, and test-retest correlation coefficient was 0.80. The optimum cut-off score for the WBQ-12 with respect to detecting anxiety and/or depressive disorder was determined to be 10. Using this cut-off point, the sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the WBQ-12 were 0.87, 0.73, 0.50 and 0.92, respectively.

Conclusion: This short instrument is easy to administer and may be considered a useful tool for both clinicians and researchers to assess the psychological well-being of patients with end-stage renal disease which has high psychiatric comorbidity, and causes disability in high level.

Key Words: Well-Being, validity, reliability, end-stage renal disease

¹Doç., ³Uzm., ⁴Hem., Başkent Ü. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Ankara. ²Uzm., Ankara Ü. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Ankara.

GİRİŞ

En kapsamlı epidemiyolojik araştırmalardan biri olan Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışması'ndan (Epidemiological Catchment Area Study, Wells ve ark. 1989) elde edilen sonuçlara göre, DSM-III-R'ye göre on altı ayı kapsayan ruhsal bozukluk yaygınlığı, bedensel hastalığı olmayanlarda %17.5 düzeyindeyken, bir ya da daha fazla kronik bedensel hastalığı olanlarda %24.7'yi bulmaktadır. 14 ülkede yapılan uluslararası çok merkezli bir araştırmanın Türkiye'de yapılan bölümünde ise (Üçok 1995), bir sağlık ocağına başvuran hastalar içinde kronik bedensel hastalığı olanların %22.9'unda ICD-10'a göre (Dünya Sağlık Örgütü 1990) en az bir ruhsal bozukluğa rastlanırken, bedensel hastalığı olmayanların %12.1'inde ruhsal bozukluk saptanmıştır.

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda da, başta depresyon, demans ve ilaç yan etkileri sık görülmekte olup (Kimmel ve ark. 1998), depresyon yaygınlığının %20'yi bulduğu bildirilmektedir (Lopes ve ark. 2002). Ülkemizde tam yapılandırılmış ruhsal görüşme ölçekleriyle yapılan araştırmalarda, bu hastaların %23'ünde ICD-10'a göre en az bir ruhsal bozukluğun olduğu (Sağduyu ve Erten 1998), en sık konan ruhsal bozukluk tanılarının da %14 ile depresif nöbet ve %7 ile yaygın bunaltı bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Sağduyu ve Özel 2000). Hemodiyalize giren hastaların %47'sinde orta-ağır düzeyde yetiyitimi olduğu bildirilmektedir (Sağduyu ve Özel 2000).

Kronik hastalıklarda ruhsal sorunlara bağlı işlev kayıpları yaşam kalitesinin daha da düşmesine neden olmakta (Fava ve Sanino 2000), ruhsal sorunlara bağlı tedaviye uyum zorlukları da sorunun bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Depresyonu olan hastalarda, tedaviye uyum sorunlarının, depresyonu olmayanlara göre üç katı bulan oranlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (DiMatteo ve ark. 2000).

SDBY olan hastalarda ruhsal bozuklukların ve buna bağlı işlev kayıplarının yüksek olması, bu gruba özel ruh sağlığı tarama ölçeklerinin geliştirilmesini gündeme getirmiştir. Örneğin, "Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalara Özel Sağlık Anketi (Health Questionnaire Specific for End-Stage Renal Disease)" isimli görüşme ölçeği, (Partfey ve ark. 1989) SDBY olan hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini araştır-

mayı hedeflemektedir.

Bu çalışmada, kronik bedensel hastalığı olan kişilerin ruh sağlığını genel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Ruhsal Esenlik Anketi'nin Türkçe'ye uyarlanmış 12 soruluk kısaltılmış formunun (REA-12, Well-Being Questionnaire-12; Pouwer ve ark. 2000), SDBY olan Türk hastalar üzerinde geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesinin yapılması hedeflenmiştir. REA'nin geliştirilme amacı tanı koymak değil, kronik hastalığı olan kişilerin ruhsal durumlarını kısa sürede değerlendirerek, ruhsal bozukluğu olabilecek kişileri belirlemektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)/Uluslararası Diabet Federasyonu çalışma grubu, REA'nin, diabetes mellitusu olan hastaların ruhsal durumlarını değerlendirmek için rutin klinik uygulamanın bir parçası olmasını önermiştir (Bradley ve Gamsu 1994). Ruhsal bozuklukların fiziksel belirtileri (libido kaybı, iştahsızlık gibi) dışlanmış olup, diabete özel sorular içermemektedir. Bu nedenle diğer kronik hastalığı olan kişilerde ya da genel olarak toplumda kullanılabilir (Bradley 1994a). Bugüne kadar diabeti olan hastalar dışında (Pouwer ve ark. 2000) romatoid artriti, şizofrenisi ve depresyonu olan hastalar üzerinde de kullanılmıştır (Pincus ve ark. 1997).

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan REA'nin ilk geliştirilen 22 soruluk formu, depresyon, anksiyete, enerji ve pozitif ruhsal esenlik olmak üzere dört alt ölçekten oluşur (Bradley 1994a). Altışar sorudan oluşan depresyon ve anksiyete alt ölçekleri, Zung'un Kendini Değerlendirme Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri'nden yararlanılarak geliştirilmiştir (Zung 1965, Zung 1974). Bu yapılırken 3 maddede ifade değişikliği yapılmış ve yanıt seçenekleri yeniden düzenlenmiştir. Zung Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerindeki sorulara verilen yanıtlar "nadiren: 1", "bazen: 2", "sıklıkla: 3", "çoğu zaman: 4" şeklinde düzenlenirken; REA'nde, son birkaç haftalık dönem kapsayan ve "her zaman: 3" ile "hiç bir zaman: 0" arasında değerşen likert ölçüm yöntemi benimsenmiş, 2 ile 1 numaralı yanıt seçeneklerine etiket ismi verilmemiştir. Enerji ve pozitif ruhsal esenlik alt ölçeklerinin ise açık bir teorik alt zemini bulunmamakta olup, diyabet üzerinde çalışan uzmanlar ve psikologlarla tartışılarak geliştirilmiştir (Bradley 1994b). Bradley'in tanımladığı bu 4 faktörün yapı geçerliği, enerji ölçeği dışında, gösterilmiştir (Wredling ve ark. 1995).

Oniki soruluk kısaltılmış formunda ise, her biri dörder maddeden oluşan üç alt ölçek vardır: Pozitif ruhsal esenlik, negatif ruhsal esenlik ve enerji. Pozitif ruhsal esenlik alt ölçeğinde mutlu ve tatmin olabilme, istenilen tarzda yaşayabilme, işlevsellik ve karar alabilme, yaşam sorunlarıyla başedebilme; negatif ruhsal esenlik alt ölçeğinde ağlama, moral bozukluğu ve keder hali, nedensiz korku hissi, telaşa kapılma; enerji alt ölçeğinde enerjik, ağırlaşmış, yorgun ya da tükenmiş ve canlı hissetme düzeyleri sorgulanmaktadır. Diyabeti olan 464 Japon ve 1472 Alman hasta üzerinde yapılan iki ayrı çalışmada, 12 soruluk formun sözü edilen alt ölçeklere ait maddelerinin oluşturduğu 12 maddelik üç faktör çözümü olduğu ve sonuçların cinsiyet, diyabet tipi ve eğitim düzeyine göre tutarlılık gösterdiği belirlenmiştir (Bradley 1996a, Pouwer ve ark. 2000). Faktör yapısının incelendiği çalışmalar dışında, 12 soruluk kısaltılmış formun psikometrik özelliklerinin bildirildiği tek bir çalışma vardır (Pouwer ve ark. 1999). Diyabeti olan 1472 Alman hastadan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan bu çalışmaya göre, Cronbach alfa katsayısı yüksek olup (>0.88), cinsiyet ve diyabet türüne göre tutarlılık göstermektedir. Test-tekrar test güvenilirliği alt ölçeklere göre 0.66 ile 0.83 arasında değişmektedir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond ve Snaith 1983) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger 1983) ölçümleri ile korelasyonu yeterli düzeydedir (>0.50) ve geçerli bulunmuştur.

REA'nin 10 maddeden oluşan tek boyutlu ölçek formu da mevcut olup; Bradley'in 4 faktörlü ölçeğinin yerini alamasa da, ruh sağlığını genel olarak değerlendirmek için yeterli olduğu bildirilmiştir (Bech ve ark. 1996). Ancak orijinal formda negatif esenlik halini ölçen 8 madde varken, 10 soruluk formda sadece bir maddenin olmasının 22 soruluk formdaki maddeler arası dengeyi bozduğu ve bu şekliyle ancak yetersiz bir kısaltılmış form olabileceği de ileri sürülmüştür (Bradley 1996b).

YÖNTEM

Denekler

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde 15 Mart 2001 ile 28 Mart 2002 arasında hemodiyaliz programına ardışık giren kronik böbrek yetmezliği hastaları

üzerinde yapıldı. Kısa Bilişsel Muayene testinde 25'den düşük puan alan dört hasta ve çalışmaya katılmak istemeyen iki hasta araştırma örneklemini dışında bırakıldı. Görüşme ölçeklerini tamamlayamayacak ölçüde bilişsel bozulması olmayan 19-71 yaş arasındaki 60 hastaya, olurları alınarak, araştırma ölçekleri uygulandı.

Gereçler

Hastalara sırasıyla Hasta Bilgi Formu (HBF), Kısa Bilişsel Muayene (KBM, Mini Mental State Test), REA-12 ve HAD uygulandı.

Bu çalışmada, REA'nin 12 soruluk kısaltılmış formu, üç öğretim üyesi tarafından birbirinden bağımsız bir şekilde İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiş; üzerinde tartışılarak gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra İngilizce'ye geri çevirisi her iki dile hakim bir öğretim üyesi tarafından yapılmış, Türkçe ve İngilizce metinler karşılaştırılarak son hali verilmiştir. Bunu hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 6 hasta üzerinde yapılan uygulama izlemiş ve hastaların tüm soruların anlaşılır olduğunu belirtmesi üzerine ölçeğin çalışmada kullanılmasına başlanmıştır.

HBF, sosyodemografik bilgileri almak için geliştirilen ve 9 sorudan oluşan bir anket formudur.

KBM (Folstein ve ark. 1975) Türkçe'ye Kayatekin ve arkadaşları (1985) tarafından uyarlanmıştır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat, hesaplama ve lisan olmak üzere, 5 ana başlıkta toplanmış 11 maddeden oluşur. Toplam puanın tavan değeri 30 olup, 25'den düşük olması belirgin bilişsel bozulmayı gösterir.

HAD, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilen, 14 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe uyarlama çalışması Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Yedişer sorudan oluşan depresyon ve anksiyete alt ölçeklerine verilen yanıtlara göre 0,1,2,3 (kimi sorularda 3,2,1,0) şeklinde puan verilir ve alt ölçeklerin toplam puanı bu madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur.

TABLO 1. REA-12’de Her Bir Madde İçin Elde Edilen Madde-Toplam Puan Korelasyonları, Maddelerin Ölçekten Çıkarılması Halinde Elde Edilen Alfa Değerleri ve Test-Tekrar Test Güvenilirlik Değerleri.

| | Madde-toplam puan korelasyonları | Alfa değerleri | Test-tekrar test korelasyonları |
|-----------|----------------------------------|----------------|---------------------------------|
| 1. madde | 0.47 | 0.86 | 0.79 |
| 2. madde | 0.47 | 0.86 | 0.75 |
| 3. madde | 0.37 | 0.87 | 0.78 |
| 4. madde | 0.28 | 0.87 | 0.80 |
| 5. madde | 0.35 | 0.86 | 0.84 |
| 6. madde | 0.28 | 0.87 | 0.90 |
| 7. madde | 0.49 | 0.87 | 0.81 |
| 8. madde | 0.39 | 0.86 | 0.77 |
| 9. madde | 0.47 | 0.86 | 0.76 |
| 10. madde | 0.59 | 0.86 | 0.79 |
| 11. madde | 0.47 | 0.86 | 0.87 |
| 12. madde | 0.59 | 0.86 | 0.77 |

Verilerin toplanması

Araştırmada kullanılan ölçekler, bir psikiyatrin uygulamalı eğitimden geçirdiği bir hemşire tarafından diyaliz ünitesinde uygulanmıştır. Uygulama, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalarla ilk görüşmede, diyaliz seansının öncesinde, 20-30 dakika süren tek bir oturumda, sorular okunarak ve alınan yanıtlara uygun seçenek anket formlarına işaretlenerek gerçekleştirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirlik değerlendirmeleri için, REA-12 formları ilk uygulamayı takip eden 3-7 gün içinde yeniden verilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmeler

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS-PC istatistik paket programı kullanılmıştır. Değerlendirmelerde REA-12’nin üç alt ölçeğinden alınan puanların toplamı kullanılmış olup; grupların karşılaştırıldığı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için t testi yapılmıştır. İç tutarlılık hesaplamalarında üç çeşit ölçüm yapılmıştır: Madde-toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı. ROC analizi yapılarak (Metz 1978) ölçekte farklı kesme noktalarına karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük değerleri belirlenmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik bulgular

60 hastanın 32’si erkek (%53.3), 28’i kadın (%46.7) olup; erkeklerin yaş ortalaması 42.5 (ss:14.7), kadınların yaş ortalaması 34.4

(ss:10.5)’tür (t:2.44, p:0.018). Hastaların 25’i “ev kadını” (%41.7), 13’ü “halen çalışan” (%21.7), 22’si “halen çalışmayan” (%36.7) grubuna girmektedir. Eğitim süresi ortalama 8.5 yıl (ss: 3.9), SDBY süresi ortalama 4.2 yıldır (ss: 1.2).

REA-12 ve HAD puanları

REA-12’den alınan puan ortalaması 8.1’dir (ss:3.9). Cinsiyete göre REA-12 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (erkeklerde ort:6.5, ss:3.0; kadınlarda ort:9.9, ss:3.9; t:-3.672, p:0.001). Yaş ile REA-12 puan ortalamaları arasındaki korelasyon düşük düzeydedir (r: -0.356, p:0.005). SDBY süresi ile REA-12 puan ortalamaları arasındaki korelasyon ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

HAD’in depresyon alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 4.9’dur (ss: 3.7). Cinsiyete göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon puanlarının yaş ile olan korelasyonu anlamlı, ancak zayıf düzeydedir (r: -0.354, p:0.005). SDBY süresi ile depresyon puanlarının ortalamaları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon alt ölçeğinde 7/8 kesme noktasına göre eşiği geçen 14 hasta vardır (%23.3). Anksiyete alt ölçeğinden alınan puan ortalaması 5.2’dir (ss:3.3). Anksiyete alt ölçek puanları kadınlarda daha yüksektir (kadınlarda ort: 6.4, ss:3.7; erkeklerde ort:4.2, ss:2.5; t: -2.75, p:0.008). Anksiyete puanlarının yaş ile olan korelasyonu anlamlı, ancak zayıf düzeydedir (r:-0.254, p:0.05). SDBY süresi ile anksiyete puanlarının ortalamaları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Anksiyete alt ölçeğinde 10/11 kesme noktasına göre eşiği geçen 5 hasta vardır (%8.3). Belirtilen kesme noktalarına göre toplam 15 kişi (%25) depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeklerinde eşiği geçmektedir.

Madde Analizi Sonuçları

REA-12’de 1., 11. ve 12. maddelere ait puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (ağlama ve ağlama hissinin sorgulandığı 1. madde için t: -2.711, p:0.011; işlevsellik ve karar alabilmenin sorgulandığı 11. madde için t: -2.056, p:0.044; yaşam sorunlarıyla başa çıkabilmenin sorgulandığı 12. madde için t: -2.86, p:0.044).

HAD’a göre depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeklerinde eşiği geçen hastaları en iyi ayıran

TABLO 2. Ölçek Performansının Yorumlanmasında Kullanılan Terimler ve Hesaplanmaları (Greden 1985).

| Terim | Tanım | Hesaplanması |
|----------------------|--|--------------------|
| Gerçek pozitif (GP) | Test sonucunun bozuk olduğu hastalar | |
| Gerçek negatif (GN) | Test sonucunun normal olduğu sağlıklı kişiler | |
| Yalancı pozitif (YP) | Test sonucunun bozuk olduğu sağlıklı kişiler | |
| Yalancı negatif (YN) | Test sonucunun normal olduğu hastalar | |
| Duyarlılık | Gerçek pozitiflerin oranı | GP/GP+YNx100 |
| Özgüllük | Gerçek negatiflerin oranı | GN/GN+YPx100 |
| (+) yordama gücü | Bozuk test sonuçlarında gerçek pozitiflerin oranı | GP/GP+YPx100 |
| (-) yordama gücü | Normal test sonuçlarında gerçek negatiflerin oranı | GN/GN+YNx100 |
| Verimlilik | Pozitif ya da negatif, tüm doğru sonuçların oranı | GP+GN/tüm grupx100 |

REA-12 maddelerinin 1,2,6,9,11 ve 12. maddeler olduğu belirlenmiştir (sırasıyla, ağlama ve ağlama hissi, moral bozukluğu ve keder hali, ağırlaşma, mutlu ve tatmin olabilme, karar alabilme ve yaşam sorunlarıyla başa çıkabilme düzeylerinin sorgulandığı maddeler).

İç tutarlılık ve güvenilirlik ölçümleri

Tablo 1’de REA-12’de yer alan maddelerin madde-toplam puan korelasyonları, maddelerin ölçekten çıkarılması halinde elde edilen alfa değerleri ve test-tekrar test güvenilirlik değerleri verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, REA-12 ölçeğini oluşturan 12 madde ile toplam puan arasındaki korelasyonların 0.28 ile 0.59 arasında değiştiği, toplam puan için elde edilen Cronbach alfa değerinin 0.87, test-tekrar test güvenilirlik değerinin ise 0.80 olduğu saptanmıştır (p:0.0001).

Geçerlik ölçümleri

REA-12’nin geçerliğini araştırmak amacıyla, HAD’nin depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeği eşiklerini aşan ve aşmayan hastalardan alınan REA-12 puan ortalamaları karşılaştırılmış ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (Depresyon ve/veya anksiyete olan grupta ort: 11, ss: 2.8; olmayan grupta ort:7.1, ss:3.8; F: 1.189, p:0.280; t:-3.707, p:0.0001).

ROC analizi yapılarak (Metz 1978), REA-12’de farklı kesme noktalarına karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük değerleri belirlenmiştir. Hesaplamaların nasıl yapıldığı Tablo 2’de verilmiştir (Greden 1985).

Kesme noktasının düşük puanlar arasından geçmesi, HAD’ın anksiyete ve/veya depresyon alt ölçeklerinden eşığı geçen bireylerin daha büyük oranda belirlenebilmesine, yani duyarlılığın

yükselmesine, buna karşın anksiyete ve/veya depresyon alt ölçeklerinde eşik altı kalan bireylerin doğru olarak belirlenebilme gücünün azalmasına ve özgüllüğün düşmesine neden olur. Eşığın yükselmesi ise ters yönde etki yaratacak ve duyarlılık azalırken özgüllük artacaktır. Ölçeğin anksiyete ve/veya depresyon alt ölçeklerinde eşığı geçenleri ve geçmeyenleri en düşük yanılma payı ile belirleyebildiği optimum kesme noktaları, bir başka deyişle duyarlılığın ve özgüllüğün en yüksek olduğu optimum kesme noktaları 9. ve 10. puanlar arasından geçmektedir (Tablo 3). Bu kesme noktası alındığında, REA-12 için duyarlılık 0.87, özgüllük 0.73, pozitif yordama gücü 0.50, negatif yordama gücü 0.92 bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, SDBY olan hastalarda, HAD’a göre depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeklerinden eşığı geçen hasta oranı %25 olup, literatürle uyumlu olan bu bulgu sözü edilen hasta grubundaki yüksek ruhsal bozukluk oranlarına bir kez daha işaret etmiştir.

REA-12 kolay uygulanabilen 12 soruluk bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Önemli ruhsal sorunların (anoreksi ve diğer yeme bozuklukları, depresyon ya da aile sorunları gibi) sıklıkla eşlik edebildiği, diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerde kullanımı teşvik edilmektedir. Ancak ölçeğin ruhsal sorunları belirlemedeki duyarlılığı ve özgüllüğü günümüze değin incelenmemiş olduğu için, bu önerinin bilimsel dayanağının yetersiz kaldığı ve çalışmamızın bu yönüyle önemli bir eksikliği giderdiği düşünülmektedir. Şöyle ki, SDBY olan Türk hasta örnekleminde, REA-12 ölçeğini oluşturan maddeler için madde-toplam puan korelasyonunun arzu edilen 0.20 değerinden, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının da ar-

TABLO 3. REA-12’de Kesme Noktalarına Göre Geçerlik Değerleri ve Normal Kabul Edilen Puan Aralığı.

| Kesme noktaları | 8/9 | 9/10 | 10/11 |
|------------------|------|------|-------|
| Duyarlılık | 0.87 | 0.87 | 0.53 |
| Özgüllük | 0.69 | 0.73 | 0.86 |
| (+) yordama gücü | 0.48 | 0.50 | 0.57 |
| (-) yordama gücü | 0.94 | 0.92 | 0.93 |
| Verimlilik | 0.73 | 0.93 | 0.78 |

Normal puan aralığı: 0-9

zu edilen 0.80 değerinden (Nunnaly ve Bernstein 1994) yüksek olduğu ortaya konmuştur. Toplam puan için elde edilen 0.87 alfa değeri ölçeğin yeterli düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiştir. REA-12’nin test-tekrar test güvenilirliği de yeterli düzeyde bulunmuştur. Geçerlik değerlendirmelerinde, REA-12’nin, HAD’ın depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeklerinde eşik geçenleri ve normalleri ayırt edebildiği görülmüştür. REA-12 verilen hastalarda, eşik geçen ve geçmeyenlerin en yüksek oranda doğru olarak öngörülebildiği kesme noktasının 9. ile 10. puanlar arasından geçtiği belirlenmiştir.

Çalışmanın kısıtlılığı ise, araştırmada kullanılan ölçeklerin hastalara hep aynı sırayla verilmesi ve öncelik-sonralık hatasının ölçek puanlarını etkilemiş olma ihtimalidir. Ayrıca, ölçeğin yüksek bir negatif yordama gücü olmasına karşın, pozitif

yordama gücünün %50 düzeyinde olması, eşik altı kalan hastalarda ruhsal bir bozukluğun bulunma olasılığının düşük olmasına karşın, eşik geçen hastalar için yanlış pozitif tanı olasılığının akla getirilmesi ve ruhsal bozukluk tanısı konmadan önce kapsamlı bir değerlendirme yapılması gerektiğine işaret etmektedir. Diğer yandan HAD’nin depresyon ve/veya anksiyete alt ölçeklerinden eşik geçen hastaları en iyi ayırt eden 6 maddeden 5’inin pozitif ve negatif ruhsal esenlik alt ölçeklerine ait olduğu, enerji alt ölçeğinden sadece 1 maddenin bu gruba girebildiği dikkati çekmiş olup; yapılacak çalışmalarda enerji alt ölçeğine ait maddelerin gözden geçirilmesi yararlı olabilir. Ayrıca, araştırma ölçeklerinin dönüşümlü sırayla uygulandığı ve kronik fiziksel ya da ruhsal hastalığı olmayan “normal” bireylerden oluşan kontrol gruplarının kullanıldığı çalışmalarla sonuçların irdelenmesi önerilmektedir.

Sonuç olarak, SDBY olan hastalarda ruhsal bozukluk oranlarının yüksek olması ve buna bağlı işlev kayıpları nedeniyle, REA-12 gibi kolay uygulanabilir, geçerli ve güvenilir ruhsal bozukluk tarama araçlarının klinik uygulamanın bir parçası olması gerektiği söylenebilir. Sözü edilen hasta grubundaki ruhsal bozuklukların erken tanınarak tedavi edilmesi hastanın yaşam kalitesini arttıracak gibi, ruhsal sorunlara bağlı tedaviye uyum zorluklarının aşılmasına da katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L (1997) Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği: Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:280-287.

Bech P, Gudex C, Johansen K ve ark. (1996) The WHO (Ten) Well-being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom*, 65:183-190.

Bradley C (1994a) Contributions of psychology to diabetes management. *Br J Clin Psychol*, 33:11-21.

Bradley C (1994b) The Well-being Questionnaire (W-BQ). *Handbook of Psychology and Diabetes: a Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice*, Bradley C (Ed), Chur, Harwood Academic Publishers, s.89-109.

Bradley C, Gamsu DS (1994) Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a working group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St Vincent Declaration Programme for Diabetes. *Diabet Med*, 11:510-516.

Bradley C (1996a) Well-being Questionnaire (W-BQ): Translation and Development of Japanese Version, the W-BQ12. Report to M. Wada, Eli Lilly, Japan KK.

Bradley C (1996b) The WHO (Ten) Well-Being Index: a critique. *Psychother Psychosom*, 65:331-333.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patients adherence. *Arch Intern Med*, 160:2101-2107.

Dünya Sağlık Örgütü (1990) ICD-10 Diagnostic Criteria for Research. Geneva, World Health Organization.

Fava GA, Sanino N (2000) Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom*, 69:184-197.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) “Mini mental state” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Research*, 12:189-198.

Greden JF (1985) Epidemiology, biostatistics, and social psychiatry. Kaplan and Sadock’s *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 8. baskı, Kaplan HI, Sadock BJ (Eds), Baltimore, Williams&Wilkins, s. 173.

Kayatekin MS, Öztürk MO, Savaşır I ve ark. (1985) Kısa bilişsel muayene çizelgesi’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 21. Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, s. 155-157.

Kimmel PL, Thamer M, Richard CM (1998) Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*, 105:214-221.

- Lopes AA, Bragg J, Young E (2002) Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int*, 62:199-207.
- Metz CE (1978) Basic principles of ROC analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, 8:283-298.
- Nunnally JC, Bernstein IH (1994) *Psychometric Theory*. 3. baskı, New York, McGraw Hill.
- Partfey PS, Vavasour H, Bullock M ve ark. (1989) Development of a health questionnaire specific for end-stage renal disease. *Nephron*, 52:20-28.
- Pincus T, Graffiths J, Isenberg D (1997) The well-being questionnaire: testing the structure in groups with rheumatoid arthritis. *Brit J Health Psychol*, 2:167-174.
- Pouwer F, Heine RJ, Ploeg VD ve ark. (1999) The 12-item Well-being Questionnaire. An evaluation of its validity and reliability in Dutch people with diabetes. *Diabetes Care*, 22:2004-2010.
- Pouwer F, Snoek FJ, Van Der Plaeg HM ve ark. (2000) The well-being questionnaire: evidence for a three factor structure with 12 items (WBQ 12). *Psychol Med*, 30:455-462.
- Sağduyu A, Erten Y (1998) Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:13-22.
- Sağduyu A, Özel S (2000) Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:103-112.
- Spielberger CD (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. STAI-Form. Y Palo Alto, CA, Consulting Psychologists.
- Üçok GÖ (1995) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6:169-179.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA ve ark. (1989) Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 146:1440-1446.
- Wredling R, Stalhammar J, Adamson U ve ark. (1995) Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: a Swedish population-based study. *Qual Life Res*, 4:515-522.
- Zigmond AS, Snaith PR (1983) The hospital and depression scale. *Acta Psychiatr Scan*, 67:361-370.
- Zung WVK (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12:63-70.
- Zung WVK (1974) The measurement of affects: depression and anxiety. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, Pichot P, Oliver-Martin R (Eds). Karger, Basel, s. 170-188.

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2004

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2004" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2004 ödülü olarak **1.500.000.000 TL.** ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma:
 - a. Yayınlanmamış ya da 2002 yılından sonra yayınlanmış, yabancı dilde hazırlanmış ise Türkçe çevirisi de bulunan özgün bir araştırma ya da kuramsal inceleme olabilir.
 - b. Çalışma yayınlanmamış ise, Türk Psikiyatri Dergisi yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adresleri, telefon-faks numaraları, çalışmanın yapıldığı yer ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir. Asıl araştırmacı Türk vatandaşı olmalıdır.
 - c. Çalışma 6 kopya olarak en geç **31 Aralık 2003** tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül **2004 Şubat ayında** her yıl Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan **Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu**'nda verilecektir.

Seçici Kurul

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Prof. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89/3
Kavaklıdere, 06700 Ankara