

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**GELİŞİM VE RUHSAL SAĞLIK
DEĞERLENDİRMESİ TÜRKÇE'YE UYARLAMA
VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI**

DR. ONUR BURAK DURSUN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2009

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**GELİŞİM VE RUHSAL SAĞLIK
DEĞERLENDİRMESİ TÜRKÇE'YE UYARLAMA
VE GEÇERLİK ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. ONUR BURAK DURSUN

TEZ DANIŞMANI: YARD. DOÇ.DR. TANER GÜVENİR

TEŞEKKÜR

Yaklaşık 5 yıl süren çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı eğitimim sırasında, bana hem akademik hem insani olarak örnek olup eşsiz katkılar sağladıkları için değerli hocam Prof. Dr. Süha Miral başta olmak üzere Doç. Dr. Aynur Akay, Doç. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir, , Yard. Doç. Dr. Aylin Özbek, Yard. Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Yard. Doç. Dr. Burak Baykara ve Uzm. Dr. Fatma Varol Taş'a minnettarım.

Tez çalışmam sırasında, günün hangi saati olursa olsun, ihtiyacım olan her konuda bana destek olan tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir'e çok teşekkür ederim.

Kısa bir süre birlikte çalışmış olmama rağmen bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Bu tezin gerçekleşmesinde çok büyük katkıları olan 'DAWBA ekibi üyeleri', Prof. Dr. Robert Goodman, Yard. Doç Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Şahbal ARAS, Yard Doç Dr Aylin Özbek, Helena Hamilton, Dr. Canem Ergin, Mehmet Havare, Yard. Doç. Dr. Burcu İlkey Karaman, Uzm Psik. Lalecan İşcanlı, Dr. Handan Özek ve Dr. Sevay Cengizhan'a çok teşekkür ederim.

.Asistanlığım boyunca sıcak dostluklarını benden esirgemeyen arkadaşlarım, Dr. Enis Sargın, Dr. Nagihan Cevher, Dr. Caner Mutlu, Dr. Burcu Serim, Dr.Sibel Nur Avcil, Dr. Handan Özek, Dr Sevay Cengizhan, Dr. Fatma Yıldırım, Dr. Ceren Evcen, Dr. Canem Ergin, Dr. Dilay Karaarslan, Dr. Damla Karakaşlar, Uzm Dr. Gülşen Ünlü', Uzm. Dr. Şermin Yalın, Uzm. Dr. Birsen Şentürk, Uzm. Dr. Özlem Doğan, Uzm. Dr. Seçil İncekaş'a teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Doç. Dr. Beyazıt Yemez, Doç. Dr. Yıldız Akvardar, Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç Dr. Berna Binnur Akdede, Doç Dr. Elif Onur, Uzm. Dr Halis Ulaş ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Semra Kurul ve Uzm. Dr. Uluç Yiş'e, ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Hakan Baydur'a ve yazım aşamasında deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Haşmet Çağırğan'a teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçın, Psikolog Ümit Şahin, Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterimiz Naciye Özegemen ve diğer sekreter arkadaşlarıma ve ayrıca tüm personele teşekkür ederim.

Son olarak benden desteklerini hiç esirgemeyen aileme ve hayatımı anlamlı kılan eşime çok teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
ÖZET	1
SUMMARY.....	2
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1.GİRİŞ	5
1.1. Amaç.....	5
1.2. Çalışmanın Çıkış Noktası \ Umulan Katma Değer.....	5
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sağlığın Önemi:.....	7
2.2. Epidemiyoloji ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı.....	8
2.3. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Yapılandırılmış Görüşmeler.....	14
2.4. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeği (DAWBA).....	16
2.5. Ölçeklerin Farklı Dillere Çevirisi Ve Farklı Kültürlere Adaptasyonu.....	20
2.6. Çeviri ve Kültürel Uyarlamalarda Standardizasyon.....	24
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Gereç.....	28
3.1.1. Çalışma deseni:.....	28
3.1.2. Geçerlik çalışması.....	31
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	35
4. SONUÇLAR.....	36
4.1. Türkçe Uyarlamanın Eşdeğerliği:.....	36
4.2. Geçerlik Çalışması.....	41
4.2.1. Uygulama ile ilgili bulgular ve demografik veriler:.....	41
4.2.2. Geçerlikle ilgili bulgular:.....	43
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	47
5. TARTIŞMA.....	48
6. KAYNAKLAR	56
7. EKLER.....	61

TABLolar

Tablo 1: Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuk ergen ruh sağlığı politikaları ve eylem planları oluştururken yapılması önerilen çalışma basamakları.

Tablo 2: Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar

Tablo 3: Bir madde eşdeğerliği örneği

Tablo 4: Çalışmanın farklı aşamalarının görüşmenin Türkçe uyarlamasının İngilizce aslı ile eşdeğerliğine katkısı

Tablo 5: Kappa katsayısı için referans değerleri

Tablo 6: Geçerlik çalışması verileri

ŞEKİLLER

Şekil 1: Çalışmanın çeviri ve uyarlama ile ilgili adımları

Şekil 2: Çok basamaklı çalışma deseninin işleyiş biçiminin bir örneği

KISALTMALAR

ADIS: Anxiety Disorders Interview Schedule

CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment

CTG: Cevaplayan kişi tabanlı görüşmeler

ÇEPB: Çocukluk ve ergenlikte görülen psikiyatrik bozuklukların

ÇERS: Çocuk ve ergen ruh sağlığı

DAWBA: Development and Well-Being Assessment

DİCA: Diagnostic Interview for Children and Adolescents

DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children

DSM: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı

EMEA: Avrupa Medikal Ürünler Değerlendirme Birimi

FDA: Amerika Birleşik Devletleri İlaç ve Gıda Dairesi

GA: Güven Aralığı

GTG: Görüşmeci tabanlı görüşmeler

ICD: Dünya Sağlık Örgütü, Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

K-SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

Na: Hesaplanamamıştır

PY: Proje yöneticisi

PD; Proje danışmanı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi

Türkçe'ye Uyarlama ve Geçerlik Çalışması

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanındaki ihtiyacın artması ile ülkelerin bu alanda sağlık politikaları oluşturmaları ve çocuk ergen ruh sağlığı açısından planlamalar yapmaları zorunlu hale gelmektedir. İngiltere'de çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması amacıyla yapılan ülke geneli sıklık çalışmasında tanılama, uygulamayı çok daha pratik, ekonomik ve etkin şekilde yapabilen ve epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilen Development and Well-being Assesment (DAWBA) isimli tanılama paketi ile yapılmıştır.

Bu çalışmamızda, DAWBA tanı paketinin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe uyarlamanın geçerliğinin sınanması amaçlanmıştır. DAWBA'nın Türkçe'ye uyarlanmasının, ülke geneli sıklık çalışmalarının çok daha kolay, ucuz ve etkin şekilde yapılabilmesinin yolunu açacağı; böylece çocuk ergen ruh sağlığı politikalarının oluşturulması konusunda önemli bir adım atılacağı düşünülmüştür.

Çalışma çeviri, uygulama, Değerlendirme ve istatistik olmak üzere 3 aşamada gerçekleştirilmiştir. DAWBA'nın Türkçe'ye çeviri aşaması çocuk ergen ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan 7 kişilik bir ekip tarafından yaklaşık 2 yıllık bir sürede tamamlanmıştır. Türkçe uyarlamanın geçerliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve çalışma ölçütlerine uyan 39 olgu ile yapılan çalışmada sınanmıştır. Olgular önce klasik klinik görüşmelerle değerlendirilmiş ve daha sonra da DAWBA görüşmeleri, uygulama konusunda eğitilen görüşmeciler tarafından bilgisayar ortamında online olarak yapılmıştır. Klinik görüşmelerde konulan tanılarla DAWBA ile konulan tanıların tutarlılığına bakılarak DAWBA Türkçe uyarlamasının geçerliliği değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, DAWBA Türkçe uyarlaması ile konulan tanıların, klinik tanılarla orta-yüksek oranda tutarlılığı olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler. DAWBA, uyarlama, yapılandırılmış görüşme, gelişim, ruhsal sağlık

SUMMARY

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

By the increasing need in child and adolescent mental health, to establish plans and policies in this field, became a necessity for governments. The first step of this plans is to provide prevalence of child and adolescent mental disorders in that country. The largest nation wide prevalence study in the literature was the one committed in 1999 to plan British Child and adolescent mental services. In that study the diagnoses were made by 'Development and Well-being Assessment' (DAWBA) a new diagnostic tool which allows to make epidemiologic studies more practical, effective and cheaper

In this study we aimed to translate and adapt DAWBA in Turkish and to examine the validation of Turkish form. Having the Turkish form of DAWBA, it will be possible to make a nation wide prevalence study easier, cheaper and more effective and thus establish plans and policies for our country

Our study is planned in 3 steps as translation, administration and data Analysis and statistical work. DAWBA was translated in Turkish by a team, which is consisted of 7 child and adolescent mental health Professionals, nearly in 2 years. The validation of Turkish form was examined in clinic sample, consisted of 39 children and adolescents. The sample was chosen from the Child And Adolescent Psychiatry Department of Dokuz Eylül University Hospital. DAWBA, was validated against routine clinical diagnoses. The interviews in the clinic were administered by interviewers, trained on DAWBA administration. Eventually the results indicated that there were moderate to substantial agreement between the DAWBA and the independent clinic diagnosis.

Key Words: DAWBA, adaptation, structured interview, development, mental Health

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Farklı ülkelerde yapılan sıklık çalışmaları, çocukluk ve ergenlikte görülen psikiyatrik bozuklukların (ÇEPB), bu yaş grubunun %9 ile %21'ini etkilediğini ortaya koymakta ve tüm dünyada bu bozukluklara verilen önem gün geçtikçe artmaktadır (1,2,3,4,5). Çocuk ve ergen ruh sağlığı (ÇERS) alanındaki sağlık hizmetlerine ihtiyacın artması ile ülkelerin bu alanda sağlık politikaları oluşturmaları ve (ÇERS) hizmetlerini planlamaları zorunlu hale gelmektedir. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2005 yılında (ÇERS) alanında eylem planları hazırlanmasını ve politikalar geliştirilmesini desteklemek adına bir kılavuz yayınlamıştır. Kılavuzda, planlamanın ilk aşaması 'bilgi ve veri elde etme' olarak tanımlanmış ve bu aşamanın en önemli kısmının ilgili ülkede çocukluk ve ergenlik çağı psikiyatrik bozukluklarının sıklıklarının belirlenmesi olduğu belirtilmiştir (5).

Bilimsel yazında, çocukluk ve ergenlik çağı psikiyatrik bozukluklarının sıklığını belirlemek üzere yapılan saha çalışmaları çok kısıtlıdır. Bunun en önemli nedenlerinden birisi tanı koymada kullanılan çoğu yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış görüşme aracının, geniş örneklemlerle epidemiyolojik çalışmalar için uygun olmayışıdır (6). Yazında bu alanda yapılan en geniş örneklemlerle ülke geneli çalışmanın, İngiltere'de çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması amacı ile 1999 yılında gerçekleştirilen ve örneklemini 10438 çocuk ve gencin oluşturduğu çalışma olduğu görülmektedir (3). Bu çalışmada tanılama özellikle epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilen Development and Well-Being Assessment (DAWBA) isimli tanılama paketi ile yapılmıştır. DAWBA 5-17 yaş arası çocuk ve gençlerde sık görülen ruhsal bozuklukları tanılamaya olanak sağlamakta ve bir dizi yapılandırılmış görüşme, anket ve özgün değerlendirme yönteminden oluşmaktadır. DAWBA'yı (ÇERS) alanında kullanılan diğer yapılandırılmış görüşmelerden ayıran en önemli özellik düşük maliyet ve yüksek tanı güvenilirliğini bir arada sağlayabilmesidir. İngiltere çalışmasında, 200 klinisyen olmayan uygulayıcı kullanılarak 10000'in üzerinde kişiye ulaşılabilmiş, tanılama ise elde edilen tüm verilerin 3 klinisyen tarafından yorumlanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın verileri İngiltere'de çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna temel oluşturmuştur. Epidemiyolojik çalışmalarda kullanılabilecek diğer yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formatlarının dezavantajlarının en aza indirildiği bu tanı paketinin, halen başta Avrupa Birliği ülkelerinin dilleri olmak üzere 16 dilde çevirisi bulunmakta ve kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır (9).

DAWBA tanı aracının, çocuk ve gençlerin nüfusun yaklaşık % 35'ini oluşturduğu ülkemize kazandırılmasıyla, çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna ciddi oranda katkı sağlanılacağı düşünülmüştür.

1.1. Amaç

Bu çalışmada amaç:

1. DAWBA tanı paketinin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerliklerinin sağlanarak Türkçe'ye kazandırılması ve Türk toplumuna uyarlamasının yapılması;
2. DAWBA Türkçe uyarlamasının geçerliliğinin sınılanmasıdır.

1.2. Çalışmanın Çıkış Noktası \ Umulan Katma Değer

1. DAWBA'nın Türkçe'ye uyarlanması ile, gerek ülke geneli, gerekse bölgesel ölçeklerde planlanacak sıklık çalışmalarının çok daha kolay, ucuz ve etkin şekilde yapılmasının yolunun açılması planlanmıştır. Böylece ülkemizde bu alandaki ciddi bir eksiklik giderilerek çocuk ergen ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasına, çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna ve koruyucu çocuk ruh sağlığı uygulamalarının etkinleştirilmesine katkı sağlanacağı düşünülmüştür.
2. Epidemiyolojik çalışmaların yanı sıra klinik çalışmalarda da standart tanılama için kullanılabilen ve 16 farklı dilde çevirisi bulunan DAWBA'nın, Türkçe versiyonunun, bilimsel amaçlı çalışmalara nicelik ve niteliksel olarak önemli katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.
3. DAWBA'nın, ebeveynlerin, öğretmenlerin ve gençlerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri on-line formunun oluşu ve klinisyen olmayan yardımcı personel tarafından uygulanabilmesi gibi avantajları nedeniyle günlük klinik kullanımda hekimlere önemli katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sağlığın Önemi:

Çocuk ve ergenler için ruhsal sağlık, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Bu yaşlarda görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi aksatarak çocuk ve gençlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilir (5). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, psikiyatrik bozuklukların bu yaş grubunun yaklaşık %9 ile %21 gibi önemli bir oranını etkilediğini ortaya koymaktadır (1,2,3,4,5). Bu bozuklukların tespit edilebilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir (3). Kessler ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada yaşam boyunca görülen psikiyatrik bozuklukların yarısının, 14 yaşında başlamış olduğu tespit edilmiştir (5).

Bu ve benzeri veriler ışığında ruhsal olarak sağlıklı bireyler yetiştirmenin toplumlar açısından önemi gün geçtikçe daha da artmakta, ÇERS alanında ülkelerin politikalar geliştirmesi ve eylem planları oluşturmaları zorunlu hale gelmektedir. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında ülkelerin ÇERS alanındaki mevcut kaynak ve ihtiyaçlarını tespit etmek, bu alanda politikalar ve eylem planları oluşturmalarını kolaylaştırmak adına kılavuzlar yayınlamıştır (5,8). Bu kılavuzlarda dünya ülkelerinin sadece %7'sinin ÇERS politikası bulunduğu tespiti yapıldıktan sonra bir ülkenin ÇERS politikası oluşturması için 7 adım tanımlanmış ve bu adımlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuk ergen ruh sağlığı politikaları ve eylem planları oluştururken yapılması önerilen çalışma basamakları.

Adım 1	Politika geliştirmek için bilgi ve veri elde etme
Adım 2	Etkin stratejiler için kanıt elde etme ve pilot uygulamalar
Adım 3	Ülke içi konsültasyon ve görüş alma
Adım 4	Diğer ülkelerin deneyimlerinden yararlanma
Adım 5	Politikanın vizyonu ,maliyeti ve genel prensiplerinin belirlenmesi
Adım 6	Eylem alanlarını belirleme
Adım 7	Değişik meslek disiplinlerinin yükleneceği rolleri belirleme

Kılavuzların politikalara temel oluşturmak için gerekli bilgilerin hangi kaynaklardan elde edilebileceğini irdeleyen bölümünde, ÇERS alanında klinik yardım alanlar kadar, kliniğe başvurmadıkları halde bu yardıma ihtiyaç duyan kişileri de saptayabilecek çalışmalar yapılmasının önemi vurgulanmıştır. Bu doğrultuda o ülke veya bölgede çocukluk ve ergenlikte görülen bozuklukların sıklığını tespit etmek amacıyla yapılacak epidemiyolojik çalışmalar, en değerli bilgi kaynağı olarak gösterilmiştir (5,8).

2.2. Epidemiyoloji ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı

Epidemiyoloji, hastalık ve sağlıkla ilgili olayların görülme sıklığını, kimlerde, nerelerde, ne zaman görüldüğünü, hastalık/sağlık sorunlarının nedenlerini, bunların tanı, tedavi ve önlenmesinde kullanılabilecek uygun yöntemleri belirlemeyi amaçlayan bilim dalıdır. Çocuk ruh sağlığı alanında da özellikle duygusal ve davranışsal sorunların dağılımını, sıklığını, ortaya çıkış nedenlerini, demografik, sosyal, kültürel ve genetik özelliklerini öğrenebilmek ve kanıta dayalı müdahale stratejileriyle etkin politika ve program önerileri geliştirebilmek için epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (7).. Rutter'ın çocuk ruh sağlığı alanındaki ilk geniş ölçekli epidemiyolojik çalışma olarak nitelediği, 1950'lerin başında Lapouse ve Monk tarafından yapılan çalışmadan günümüze, epidemiyolojik çalışmaların çocuk ergen ruh sağlığı alanındaki önemi gün geçtikçe artmaktadır. Çocuk ergen ruh sağlığı alanında yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo2: Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar

Çalışma	Tarih	Ülke	Örneklem çatısı	Faz sayısı	Örneklem büyüklüğü	Yaş aralığı	Çalışmaya alınabilme oranı (%)	Sıklık (%)
Rutter 1970	1970	İngiltere	Okul	iki fazlı	2193 286*	10 - 11	88	7
Verhulst 1985	1985	Hollanda	Doğum kayıtları	iki fazlı	334 / 116*	8 and 11	90	26
Anderson 1987	1987	Yeni Zelanda	Doğum kayıtları	tek fazlı	792	11	86	18
Offord 1987	1987	Kanada	Nüfus sayımı verileri	tek fazlı	3294	4 - 16	91	18
Kashani 1989	1989	ABD	Okul	tek fazlı	210	8, 12, 17	77	25
Velez 1989	1989	ABD	Nüfus sayımı verileri	tek fazlı	776	11 - 18	80	18
Esser 1990	1990	Almanya	Doğum kayıtları	tek fazlı	356	8 13	64 89	16
McGee 1990	1990	Yeni Zelanda	Doğum kayıtları	tek fazlı	943	15	92	22
Fergusson 1993	1993	Yeni Zelanda	Doğum kayıtları	tek fazlı	961	15	88	27
Fombonne 1994	1994	Fransa	Okul	iki fazlı	2441 347*	8 - 11	88	12
Costello. 1996	1996	ABD	Okul	iki fazlı	4067 1015*	9, 11, 13	96 80*	20
Shaffer 1996	1996	ABD	Ev	tek fazlı	1285	9 - 17	84	19 3**
Simonoff 1997	1997	ABD	Okul + gönüllü	tek fazlı	2762	8 - 16 (ikiz)	75	41 14**
Verhulst 1997	1997	Hollanda	Ev	iki fazlı	2709 780*	13 - 18	82	22
Bren. 1999	1999	Kanada	Aile destek sistemi kayıtları	tek fazlı	2400	6 - 14	83	18
Meltzer 2000	2000	İngiltere	Çocuk destek sistemi kayıtları	tek fazlı	10438	5 - 15	83	9.5
Fleitch 2004	2004	Brezilya	Okul	tek fazlı	1504	7-14	83	12.7

Her ne kadar epidemiyolojik çalışmalar birçok açıdan kritik öneme sahipse de, Roberts ve arkadaşları, Lapouse'nin çalışmasından 1998 yılına kadar geçen yaklaşık 40 yıllık sürede çocuk ergen ruh sağlığı alanında yapılan sıklık çalışmalarını inceledikleri gözden geçirme yazılarında, bu süre zarfında yalnızca 52 sıklık çalışmasının yapıldığını tespit etmiş ve bu çalışmaların yapılmasını zorlaştıran bazı temel yöntemsel sorunlar olduğunu belirtmişlerdir. Yazarlar inceledikleri çalışmaların yapılmasını ve elde edilen sonuçların güvenilirliğini etkileyen sorunları şu şekilde ifade etmişlerdir (1):

i- Örneklem ile ilgili sorunlar: Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda kullanılan örneklem, gerek olgu sayılarının yetersiz olması gerekse dar yaş aralıkları nedeniyle toplumu temsil etmekten uzak görünmekte ve sonuçların genelleştirilmesi mümkün olamamaktadır. Bu sorun, birinci aşamasında sahada bir tarama ölçeği uygulaması, ikinci aşamada bu ölçeğe göre eşik üstü değerlere sahip olgulara klinik tanı görüşmesi yapılan iki aşamalı çalışmalarda daha belirgindir. Bu çalışmaların ikinci aşamasında ortalama örneklem büyüklüğü yazarlar tarafından 291 olarak tespit edilmiş, %12 lik sıklık oranı tespit edilen bir çalışmada klinik tanı görüşmesi yapılan hasta sayısının sadece 35 ile sınırlı kaldığı gözlenmiştir. Bu yöntemle yapılan çalışmalarda her ne kadar klinisyenlerin klasik veya yarı yapılandırılmış görüşmelerle koyduğu tanılarının güvenilirliği daha yüksek kabul edilse de örneklem büyüklüklerinin toplumu temsil gücü çok kısıtlı kalmaktadır.

ii- Olguların tespit edilmesi: Epidemiyolojik çalışmalarda tanılama kritik öneme sahiptir. Klinik pratikte tanılamada kullanılan yapılandırılmamış görüşmelerin, klinisyenlerin bazı alışkanlıkları ve yanlış eğilimleri nedeniyle epidemiyolojik amaçlı çalışmalarda kullanım için uygun olmadığı düşünülmektedir (9). Bu eğilimler şu şekilde özetlenebilir:

- a) Klinisyenlerin hasta hakkında bütün bilgileri toplamadan tanıya ulaşma eğilimleri,
- b) Bir tanıya ulaştıktan sonra bu tanıyı kanıtlandırmaya yönelik bilgi toplama eğilimleri,
- c) Ulaştıkları tanıyı desteklemeyen bilgileri yok sayma eğilimleri,
- d) Elde ettikleri bilgileri kişiye özgü yöntemlerle harmanlamaları,
- e) Kararlarını, en çok alıştıkları bilişsel yöntemle verme eğilimleri.

Ayrıca hekimlerin aldıkları eğitimin standart olmaması, farklı düzeyde hekim deneyimleri, kültürel farklılıklar gibi etkenler, aynı olgunun her hekim tarafından aynı şekilde değerlendirilmesini ve tanı güvenilirliğini etkilemektedir. Bu nedenle epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla yarı yapılandırılmış veya yapılandırılmış görüşmeler kullanılmaktadır. Ancak bu görüşmeler kullanıldığında da tanılama ile ilgili farklı sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Klinik olarak deneyimli uygulayıcılar tarafından uygulanabilen yarı yapılandırılmış görüşmeler, 'seçicilik' yani herhangi bir bozukluğu olmayan bireylerin yanlışlıkla tanı

almasının önlenmesi, ön planda tutularak hazırlanmıştır. Tanı koyma eşiği daha yüksek tutulan ve tanılarının daha güvenilir olduğu kabul edilen bu görüşmeler, iki aşamalı çalışma desenleri için daha uygundur ve yukarıda da bahsedildiği gibi bu desenle planlanan çalışmalarda klinik tanı görüşmesi yapılan grup çok kısıtlı sayıda kalmaktadır. Oysa klinik deneyimi olmayan kişilerce de uygulanabilen ve tek aşamalı çalışma desenlerinde de kullanılabilen yapılandırılmış görüşmelerde ise 'duyarlılık', yani tanı alabilecek olguların yanlışlıkla atlanmaması, ön planda tutulmuştur. Bu görüşmelerin örneklem büyüklükleri daha geniş tutulabilmekle birlikte yanlış pozitif sonuçlara daha sık rastlanabilmektedir. Bu durum elde edilecek verilerin, seçilen tanı aracına ve çalışma desenine göre çok fazla değişkenlik gösterebilmesi sonucunu beraberinde getirmektedir. Örneğin yarı yapılandırılmış 'Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia'(K-SADS) kullanılarak yapılan çalışmalarda ortalama sıklık oranı %14 iken, yapılandırılmış 'Diagnostic Interview Schedule for Children' (DISC) kullanılarak yapılan çalışmalarda bu oran %21-25 arasında değişmektedir (1).

Epidemiyolojik çalışmalarda tanılama ile ilgili kafa karışıklıkları bununla sınırlı değildir. Farklı kaynaklardan bilgi almanın gerekli olup olmadığı; bilgi alınacaksa ebeveyn, öğretmen ve çocuklardan gelecek bilgilerin nasıl kullanılacağı; bu farklı kaynaklardan gelen veriler çelişirse tanılamamın nasıl yapılacağı epidemiyoloji alanında çalışan uzmanlarca en çok tartışılan konular arasındadır (10).

Çocukluk çağı psikopatolojisi değerlendirilirken, çocuğun okul ve ev ortamında nasıl olduğunu öğrenmeği önemli kılan iki temel neden vardır. Bunlardan birincisi Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi bazı bozuklukların tanılanmasında semptomların birden fazla ortamda görülmesinin kategorik sınıflandırma sistemlerine göre gerekli oluşu (11), ikincisi ise bazı semptomlarının bazen tek bir ortama veya tek bir kişiye özgü olabilmesidir. Örneğin bazen yoğun davranım sorunları sadece evde veya sadece okulda olabilmektedir. Bu yüzden bu bulguları öğretmen ile direk olarak konuşmak değerli bir bilgi kaynağı olacaktır. Özellikle antisosyal davranışlar veya kaygılar gibi bir takım bulgularını yetişkinlerden ustalıkla saklayabildikleri için gençlerin kendileriyle görüşmeden yapılacak bir tanılama da yanıltıcı olabilmektedir (12).

Çocukların kendileri ile ilgili verdikleri bilgilerin güvenilirliği ise, bilişsel düzeylerine ve duygularını dillendirme kabiliyetlerine göre çok fazla değişkenlik gösterebildiği için tartışmalıdır. Ayrıca çocuklar, davranışlarının ve duygularının bir yıl veya bir ay gibi belli bir

zaman dilimi içindeki değişimlerini ifade etme konusunda da sorun yaşayabilmekte ve ifadeleri gündelik olaylara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Özellikle onlu yaşlardan önce çocukların kendileri hakkında verdikleri bilgilerin güvenilirliğinin düşük olduğu bildirilmektedir (10). Ancak bu veriler çocuk ve gençlerin kendileriyle ilgili verdikleri bilgilerin tamamen değersiz olduğu anlamına gelmez. Offord ve arkadaşlarının yaptığı Ontario Child Health Study çalışmasında ebeveyn bildirimlerine göre davranım bozukluğu sıklığı %4 iken gençlerin kendi bildirimleriyle bu oran %7.2 ye çıkmaktadır (13). Yapılan bir başka çalışmada ise kaygı, korku, depresyon gibi içe yönelim semptomlarının gençlerin kendi bildirimlerinde ailelerinin bildirimlerinden çok daha yüksek oranda gözleendiği saptanmıştır. Bu veriler gençlerden gelen verilerin çok önemli olduğunu ve özellikle bazı bozuklarda tanı için en önemli kaynak olabileceğini göstermektedir (14).

Öğretmenler, ebeveynler ve gençler gibi birden fazla kaynaktan gelecek bilgilerin tanı geçerliliğini arttıracığı aşıkardır ancak yapılan çalışmalarda farklı kaynaklardan gelen verilerin birbiriyle tutarlılığının çok yüksek bulunmaması tanılama için ciddi bir handikap oluşturmaktadır. Hollanda’da yapılan bir sıklık çalışmasında tanılanan olguların ancak %4 ünde çocuklar ve ebeveynlerin bildirimlerinde görüş birliği olduğu saptanmıştır (15). Tanılama yapılırken hangi bilgi kaynağından gelen bilginin ne ölçüde kullanılacağı veya hangi bilginin daha güvenilir kabul edileceği ile ilgili bir uzlaşma yoktur. Bird, bu konuda iki değerlendirme metodu önermiştir. Bunlardan ilki ‘veya’ yöntemidir. Bu yöntemde hangi bilgi kaynağından gelirse gelsin semptom bildirimlerinin tümü ‘pozitif’ olarak değerlendirmeye alınmaktadır ki bu yanlış pozitif sonuçları arttırabilmektedir. İkinci yöntem ise ‘tercih edilen bilgi kaynağı’ yöntemidir. Bu yöntemde güvenilecek bilgi kaynağı bozukluğun doğasına göre değişmektedir. Örneğin içe yönelim semptomları ile giden bozukluklarda gençlerin, davranım sorunlarında öğretmen ve ebeveynlerin bildirimleri daha güvenilir kabul edilmektedir (12). Bu yöntemle yapılacak bir değerlendirmenin de nesnelliği azalmaktadır. Yapılandırılmış görüşmelerin bu temel sorununu çözmek için, görüşmeyi mümkün olduğunca yapılandırılmamış klinisyen değerlendirmelerine yaklaştırmak gerektiği fikrinden yola çıkan Goodman, görüşmenin kapalı uçlu sorularında sorun bildiren kişinin, bu sorunu kendi cümleleri ile ifade etmesinin isteneceği açık uçlu sorular kullanılmasını önermiş ve açık uçlu sorulardan gelen bilgiler, deneyimli bir klinisyen tarafından doğrudan değerlendirilip güvenilirliği ve tutarlılığı sınıdığında ulaşılan tanıların daha tutarlı olduğunu göstermiştir (16). Goodman tanımladığı bu yöntemi DAWBA’nın tanılama sisteminde kullanmıştır (12).

iii - ‘Olgu’ tanımlaması: Yapılan çalışmaların pek çoğu hastalık tanımlaması için DSM IV’ü (10) baz almaktadır. Ancak bir çocuğun semptomlarının tanı kriterlerini karşılıyor olması o çocuğu bir ‘olgu’ olarak tanımlamaya yetmemektedir. Semptomların şiddeti ve sorunlar için yardım alma gereksiniminin de sorgulanacağı bir işlevsellik değerlendirmesi olmadan tanılanacak bir ‘epidemiolojik olgu’ kliniğe başvuran olgularla aynı özelliklerde olmayacak ve bu veri yanlış yönlendirmelere yol açabilecektir. Bird ve arkadaşları Porto Riko’da 4-15 yaş arası çocuklarda yaptıkları epidemiolojik çalışmada DSM III bozukluklarının sıklığını %49,5 olarak bulmalarına rağmen bu çocukların birçoğunun klinisyenlerin ‘klinik olgu’ olarak tanımlayabilmelerine olanak tanıyacak işlevsellik kayıplarının bulunmadığını belirtmiştir.(17). Virginia İkiz Çalışmasının verileri de işlevselliğin sorgulanmasının öneminin çarpıcı örneklerindedir. Bu çalışmada işlevsellik değerlendirilmeksizin semptom tarandığında DSM III bozukluklarının oranı %41.8 iken işlevsellik kaybı da göz önüne alındığında bu oran %11.4’e düşmektedir (18). Bu nedenle epidemiolojik çalışmalarda kullanılacak araçların semptom taramanın yanı sıra işlev kaybını da mutlaka değerlendirmesi gereklidir.

Epidemiolojik çalışmalarda ‘olgu tanımlaması’ sorununun bir diğer boyutu da eşik altı vakaların nasıl saptanabileceğidir. DSM IV ve ICD 10 (Dünya Sağlık Örgütü, Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması) tanı kriterleri baz alınarak hazırlanan yapılandırılmış bir görüşmede, mevcut bulguları herhangi bir bozukluğu tam anlamıyla karşılamadığı halde bu bozuklukla ilgili belirgin bulguları olan ve bir şekilde profesyonel yardıma ihtiyaç duyan olgular saptanamayabilir. ‘başka türlü adlandırılmayan’ tanı kategorisine alınabilecek bu olguların, klinik deneyimi olmayan kişilerce uygulanan ve kapalı uçlu sorulardan oluşan yapılandırılmış görüşmelerde tanılanması çok güç görünmektedir. Klinisyenlerce uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmeler, bu hasta grubunu tanılamada çok daha üstün görünse de bu araçların saha çalışmalarında kullanımları, başka dezavantajları nedeniyle kısıtlanmaktadır. Görüşmelerde açık uçlu soruların da kullanılması bu sorunun çözümüne yardımcı olmaktadır. İngiltere’de yapılan ülke geneli sıklık çalışmasında Goodman ve arkadaşları klinik deneyimi olmayan görüşmecilerin uyguladığı yapılandırılmış görüşmelerinde (DAWBA) bir bozukluk için kapalı uçlu sorularda belirgin semptomlar tanımlanıyorsa, bu konudaki sorunların görüşülen kişi tarafından kendi cümleleriyle tanımlanması ve bunun görüşmeci tarafından kaydedilmesini

içeren bir prosedür kullanmışlardır. Bu yolla gelen verilerin klinisyen tarafından değerlendirilmesiyle eşik altı olgularında tanılabilmesi amaçlanmıştır (12).

iv- Elde edilen verilerin analizi ve sunuluş biçimi: Çocuk ergen ruh sağlığı alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda elde edilen verilerin yorumlanmasında ortak analitik tekniklerin ve istatistik yöntemlerinin kullanılmaması sonuçların karşılaştırılabilirliğini azaltmaktadır.

2.3. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Yapılandırılmış Görüşmeler

Gerek psikiyatride gerekse çocuk psikiyatrisinde ortak bir 'olgu' tanımlamasının yapılmasına duyulan ihtiyaç, önce bozukluklar için tanı kriterleri sistemlerini daha sonra da yapılandırılmış görüşmeleri beraberinde getirmiştir. ÇERS alanında Rutter ve Graham tarafından 1968 yılında bilimsel literatüre sunulan 'İsle of Wight Interview for Children', yapılandırılmış görüşme formatının ilk temsilcisi olarak göze çarpmaktadır. Son 40 yıl içerisinde ÇERS alanındaki hızlı gelişime paralel bir biçimde pek çok yapılandırılmış görüşme paketi oluşturulmuştur.

Tüm yapılandırılmış görüşmelerin 4 temel amacı vardır:

- i. Alınması gereken bilgiyi yapılandırmak: Böylece tüm görüşmeciler, tüm olgulardan gereken tüm bilgileri alabilecektir
- ii. Alınması gereken bilginin toplanma yöntemini tanımlamak.
- iii. Bir tanıya, bunu teyit eden veya bununla çelişen tüm bilgi alındıktan sonra ulaşmak.
- iv. Bir karara varılırken, elde edilen bilgilerin ne şekilde birleştirileceğini yapılandırmak(19).

i, iii ve iv tüm belli başlı tanı paketlerinde, ICD veya DSM'nin baz alınması, bazen bilgisayar programlarıyla desteklenen belli uygulama kuralları getirilmesi, bilgileri harmanlamada belirli yöntemler tarif edilmesi gibi benzer yollarla sağlanır. Ancak 2. maddeye, yani bilginin toplanma yöntemine göre, yapılandırılmış görüşmeler 'görüşmeci

tabanlı görüşmeler' (GTG) ve 'cevaplayan kişi tabanlı görüşmeler' (CTG) olmak üzere temel olarak ikiye ayrılabilir (19).

Görüşmeci tabanlı görüşmeler, görüşmecinin daha fazla inisiyatif aldığı, bir semptomun varlığı veya yokluğuna emin oluncaya kadar sorgulamaya devam ettiği görüşmelerdir. Klinik görüşmelere daha fazla benzerlik gösterirler. Bu görüşmelerde de yapı belirlenmiş olmakla birlikte uygulayıcı, saptanan belirtilerin bozukluk kriteri olarak kabul edilip edilmeyeceğine kendi deneyimini kullanarak karar vermektedir. Bu nedenle bu görüşmeler ancak ya klinik eğitimi olan ya da bu görüşme içeriği ile ilişkili yoğun bir eğitim almış kişiler tarafından uygulanabilir. Cevaplayan kişi tarafından anlaşılmayan soruların görüşmeci tarafından açıklanabilmesine olanak tanınması, lüzumsuz soruların pas geçilebilmesi, açık uçlu soruların daha fazla kullanılabilir olması görüşmeci tabanlı görüşmelerin, cevaplayan kişi tabanlı görüşmelere göre diğer üstün yanları olarak sayılabilir. Ancak tanı güvenilirliği kadar uygulama maliyetleri de yüksek olan bu görüşmelerin, klinik araştırmalarda kullanımı daha uygun bulunmaktadır. Görüşmeci tabanlı görüşmelere örnek olarak Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS), Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA), ve Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) sayılabilir (20). K-SADS, Gökler ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye kazandırılmıştır (21).

Cevaplayan kişi tabanlı görüşmeler ise görüşmecinin sadece, semptomların çok daha detaylı olarak tanımlandığı soruları okumakla görevli olduğu, semptomun varlığına ya da yokluğuna soruları yanıtlayan kişinin karar verdiği görüşmelerdir. Sadece uygulama konusunda bir eğitim verilerek klinik deneyimi olmayan kişilerce de uygulanabilen bu görüşmeler, görüşmenin nasıl uygulanacağı tam olarak belirlenmiş olan ve büyük oranda özelleşmiş protokollerdir. Örneklemin büyük olduğu, eğitilmiş klinik araştırmacıların katılımının maliyet nedeniyle uygun olmadığı epidemiyolojik araştırmalarda kullanımı tercih edilmektedir. Bozuklukların sıklığının belirlenmesinde, psikopatolojinin gelişimsel sürecinin belirlenmesinde, eşlik eden psikososyal faktörlerin araştırılmasında, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin saptanmasında kullanılmaktadırlar. 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 (6,20). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), Diagnostic

İnterview for Children and Adolescents (DİCA) ve Developmant and Well Being Assesment (DAWBA) bu sınıfın örnekleri arasında sayılabilir.

Her ne kadar görüşme biçimleri çeşitli özelliklerine göre tasnif ediliyor ve farklı yönleri karşılaştırılıyor olsa da geçerlik-güvenirlik değerleri açısından bakıldığında çocuk ergen ruh sağlığı alanında kullanılan görüşme paketleri arasında belirgin farklar bulunmamakta ve bu sayısal değerler araştırmacılara çalışmalarında kullanacakları görüşmeye karar verirken yol gösterici olamamaktadır. Yapılacak bir çalışmada yapılandırılmış bir görüşme kullanılması planlanıyorsa, çalışmacıların kullanılacak araca karar verirken aşağıdaki soruların yanıtlarına göre tercih yapmaları önerilmektedir (22).

- I. Kullanılacak görüşme çalışmada sorgulanması gereken bozuklukları kapsıyor mu?
- II. Çalışmada hangi zaman dilimi taranmak isteniyor? Şimdiki zaman yeterli mi yoksa yaşam boyu bozukluklar taranmalı mı?
- III. Çalışmada görüşmeci olarak kullanılacak kişiler klinik deneyime sahip mi yoksa deneyimsiz kişiler mi kullanılacak?
- IV. Çalışmaya alınacak çocuklar hangi yaş aralığında?
- V. Çalışma için ve görüşmecilerin eğitimi için ne kadar zaman ve maddi kaynak var?
- VI. Veri girişi ve yorumlanması için nelere ihtiyaç var ve bunlar için hangi kaynaklar kullanılabilir?

Bu sorular cevaplandıktan sonra çalışma için uygun aracın tespit edilmesi ve vakit geçirilmeden görüşmecilerin eğitimi için görüşmeyi oluşturan ekiple temasa geçilmesi önerilmektedir.

2.4. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeği (DAWBA)

DAWBA, 5-17 yaş arası çocuk ve gençlerde sık görülen psikiyatrik bozuklukların hem ICD-10 hem de DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı) baz alınarak değerlendirilmesine olanak sağlayan 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 (3).

DAWBA ile ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluk, agarofobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresyon, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, tik bozuklukları tanıları konulabilmektedir. Ayrıca DAWBA'da erken gelişim özellikleri, yaygın gelişimsel bozukluklar, kendine zarar verme davranışları, selektif mutizm ve psikotik bulguları sorgulayan sorularda bulunmaktadır.

DAWBA 3 bileşenden oluşmaktadır.

- 1- Yapılandırılmış ebeveyn görüşmesi.
- 2- 11-17 yaş gençler için yapılandırılmış görüşme.
- 3- Öğretmen anketi.

Görüşmeler yazılı görüşme metni veya bilgisayar uygulaması yoluyla bir görüşmeci tarafından uygulanabileceği gibi, görüşmeciye ihtiyaç duymaksızın bilgisayar üzerinden ebeveynler, gençler ve öğretmenlerin kendileri tarafından da 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 gençler ve ebeveynlerin 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 indirgediğinden yanlış sonuç elde edilmesinin de önüne geçilebilmektedir.

Uygulamadaki her bölüm 4 soru kategorisinden oluşmaktadır:

1. Bir konuda sorun olup olmadığının araştırıldığı kapalı uçlu tarama soruları.
2. Semptomların 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.

Semptomların taranması ve sorgulanmasının yanında 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 semptomların ne şiddette olduğu, çocukta ne düzeyde sıkıntı oluşturduğu, işlevsellik kaybına yol açıp açmadığı sorgulanmaktadır (22).

DAWBA uygulamasında ebeveyn, öğretmen ve 11 yaş ve üzeri gencin kendisi olmak üzere 3 farklı kaynaktan toplanan bilgilerin birlikte değerlendirilmesiyle tanıya gidilmektedir. Böylece tanı güvenilirliği arttırılmakta ve farklı ortamlarda semptomların nasıl seyrettiği anlaşılabilir.

DAWBA'yı klasik görüşmeciler temelli görüşme formatlarından ayıran en önemli farklardan birisi, her bölümde açık uçlu soruların yer almasıdır. Görüşmede açık uçlu soruların bulunmasının en önemli faydalarından birisi semptomların ve işlevsellik kaybının daha sağlıklı değerlendirilebilmesidir. Zira görüşülen kişi kapalı uçlu soruları tam olarak anlamayabilir ve bu da çocuğun olduğundan çok daha iyi veya çok daha kötü gösterilmesine yol açabilir. Oysa DAWBA'da görüşülen kişiye sorunu kendi cümleleriyle anlatma fırsatı verilerek bu sorun azaltılmıştır. Açık uçlu soruların getirdiği bir başka kazanım ise yapılandırılmış görüşmelerde tanıya gidilirken 3 farklı bilgi kaynağından gelen verilerin ne şekilde değerlendirileceği, hangi bilgi kaynağından ne ölçüde faydalanılabileceği veya hangisine ne kadar güvenilebileceği ile ilgili kafa karışıklığını gidermek konusunda yol gösterici oluşudur. Ayrıca sadece kapalı uçlu sorulara verilecek yanıtlarla eşik altı kalacak bazı semptomlar ve atlanabilecek 'başka türlü adlandırılmayan' kategorisindeki bozukluklarda açık uçlu sorularla yakalanabilmektedir.

DAWBA'nın ruh sağlığı konusunda profesyonel olmayan kişilerin kısa süreli eğitimi sonrası, bu kişiler tarafından da uygulanabilmesi geniş saha çalışmalarında kullanımına imkan sağlar. Örneğin İngiltere çalışmasında bir istatistik ofisine bağlı çalışan, anket uygulama konusunda deneyimli ancak ruh sağlığı alanında deneyimsiz kişiler kullanılmıştır. ocuk ve gençler, ebeveynleri ve öğretmenleri ile yapılan görüşmeler bilgisayar ortamında o çalışma için oluşturulan veri tabanına kaydedildikten sonra tanı, kapalı uçlu sorulardan gelen veriler ve açık uçlu soruların yanıtları birlikte değerlendirilerek deneyimli klinisyenlerce konular, görüşmeciler sadece veriyi toplamak ve aktarmakla görevlidir. Böylece 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, DSM IV ve ICD 10'da bozukluklar için tanımlanan kriterlerdeki sürelerle birlikte, şimdiye ve yakın geçmişe odaklanır. Bunun en önemli iki nedeni geçmişe ilgili verilen bilgilerin güvenilirliğinin düşük olması ve ocuk ergen ruh sağlığında kullanılacak epidemiyolojik çalışmalarda son bir aya odaklanılmasının tavsiye edilmesidir (23).

DAWBA uygulanabilirliği arttırmak ve maliyetleri düşürmek için olabildiğince kısa tutulmuştur. İngilizce versiyonu için; ebeveyn görüşmesinin uygulama süresi yaklaşık olarak 50 dakika iken ergen formu için bu süre yaklaşık 30 dakikadır. Öğretmen anketi 4 sayfadan oluşmaktadır. Her bölüm ilgili bozuklukla ilgili tarama soruları ile başlar, görüşmenin gidişatı bozukluğun bulunmadığı yönünde gelişirse tüm soruların sorulması gerekmeden atlama kuralları devreye girer ve görüşmenin uzaması engellenir. Nadir görülen bozukluklar örneğin ,şizofreni ve bipolar bozukluk, epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olan DAWBA'nın kapsamı dışında tutulmuştur.

DAWBA, araştırmacıların uygulama, tanılama, değerlendirme ve istatistik aşamalarında karşılaşabilecekleri tüm problemler düşünülerek hazırlanmış bir bilgisayar programı ile desteklenmektedir. Bu program uygulama aşamasında atlama kurallarını kendisi uygulayarak, karmaşık yönergeleri ortadan kaldırması ve uygulama kolaylığı getirmesinin yanı sıra ebeveynler, öğretmenler ve gençlerden gelen bilgileri tek bir sonuç ekranında toplayarak tanılamayı yapacak klinisyene yol gösterebilmektedir. Dilenirse olası tanıları da içeren bir zet 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.

DAWBA 'nın halen başta Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin dilleri olmak üzere 14 dilde çevirisi mevcut olması çok uluslu çalışmalarda kullanım için avantaj sağlamaktadır.

DAWBA ile ilgili daha detaylı bilgi www.dawba.com adresinden elde edilebilir.

2.5. Ölçeklerin Farklı Dillere Çevirisi ve Farklı Kültürlere Adaptasyonu

Farklı kültürlerde yapılan çalışmalar, psikiyatrik bozuklukların özgün bulguları, ortaya çıkış biçimleri, süreleri, risk faktörleri ve koruyucu etkenleri gibi faktörler açısından kültürler arasında farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymuştur (24). Örneğin bir çalışmada mental retardasyon Hindistan'da birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru nedenlerinden birisiyken Sudan'da bu durumun geçerli olmadığı gösterilmiştir (25). Yapılan bir başka çalışmada Tayland'lı ve Amerikalı annelerin aynı semptom tarama ölçeğine verdikleri cevaplar karşılaştırılmış ve Tayland'lı annelerin çocuklarında Amerikalı annelerden anlamlı ölçüde fazla duygudurum semptomu bildirdikleri görülmüştür (26). Çocuk ruh sağlığı alanında uygun tanı aracı belirlenirken, kültürel farklılıkların dikkate alınması gerekliliğinin altını çizdikten sonra, batı kültürü dışındaki kültürlerde de çocukluk dönemi psikopatolojilerinin ortaya çıkış biçimlerinin batı toplumlarına benzer şekilde olduğuna dair çok fazla kanıt olduğunu da belirtmek gereklidir. Örneğin Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ve DAWBA kullanılarak Bangladeş ve Brezilya gibi batı kültürü ile farklılıklar içeren kültürlerde yapılan çalışmalarda tanı sıklığı ve semptom bildirimi açısından İngiltere ile yüksek oranda korelasyonlar saptanmıştır (27,28).

Her ne kadar aynı tanı araçlarının farklı dillerdeki çevirilerinin klinik kullanımının güvenilirliğine dair çelişkili veriler ve görüşler bulunsa da çocuk psikiyatrisinde tanılar çoğu zaman somut laboratuvar verileri ile konulmadığı için, farklı ülkelerde yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen verilerin evrensel geçerliliği açısından tanı ve izlemde kullanılan ölçeklerin, başka dillere çevrilmesi ve başka kültürlerle adaptasyonunun kritik önemde olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Tıpta kullanılan bir değerlendirme ölçeğinin başka bir 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 ölçükle 'eşdeğerliğini' belirlemek üzere farklı tanımlamalar ve kriterler kullanmışlardır. Literatürde 19 ayrı eşdeğerlik tanımına rastlanabilmekle birlikte en çok üzerinde durulan 6 tanım şu şekilde özetlenebilir (29):

i- 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.

ii- 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.

iii- 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 (24). 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 kullanılacak yöntemlerden birisidir.

iv- 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 örneklemlerle 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.

v- 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 çocuğun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğu tespit edilmişse bu çocuğun o toplumun normlarına göre bozukluk düzeyine ulaşmış mı ulaşmadığı sınımlanmalıdır. Ölçeklerden elde edilecek sonuçların yorumlanması değerlendirme eşdeğerliği sağlandıktan sonra yapılmalıdır. Değerlendirme eşdeğerliği deneyimli klinisyenlerin tanıları sınımlaması veya tanı sürecinde rol alması ile sağlanabilir.

vi- 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.

vii- Psikometrik (Ölçüm) Eşdeğerliği: İki dilde psikometrik değerlerin benzer olması şeklinde tanımlanabilir. Klasik geçerlik ve güvenirlik 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 görünüş geçerliliği (face validity), içerik geçerliliği (content validity), ölçüt geçerliliği (criterion validity) ve yapı geçerliliği (construct validity)'dir (30).

Yapılandırılmış görüşmelerin geçerliliğini değerlendirmek için daha çok ölçüt geçerliliği kullanılmaktadır. Ölçüt geçerliliği, tasarlanan ölçme aracının amaçlanan özelliği ne kadar başarı ile öngördüğünü belirlemeye yarar. Eşzaman geçerliliği (concurrent validity) ve öngörü geçerliliği (predictive validity) olmak üzere iki bölümde incelenir. Eşzaman 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. Eşzaman 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 değerlendirilmelidir. 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 (30).

Bir ölçeğin güvenilirliği ise ölçülen özelliğin değişmemesi ve ölçümlerin tekrarlandığı durumlarda da bu kararlılığın gösterilmesi durumu olarak tanımlanabilir. Bir başka deyişle ölçülen özelliğin rast gele 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 (31).

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

2.6. Çeviri ve Kültürel Uyarlamalarda Standardizasyon

Kanıtı dayalı tıp uygulamalarının yaygınlık kazanması ve küreselleşmenin sağlık sektörü üzerine etkisinin artması ile tıpta kullanılan ölçeklerin başka dillere çevrilmesi ve başka kültürlerle uyarlanması konusu bambaşka bir boyuta taşınmıştır. Hızla büyüyen ilaç ve sağlık ekipmanları endüstrisinin geliştirdiği yeni tedavi alternatiflerinin hastanın kendi bildirimine dayanan ve somut ölçümle anlaşılabilen 'Yaşam kalitesi' ne etkisini, Avrupa ve A.B.D. dışındaki ülkelerde yapılan çalışmalardan gelen verilerle kanıtlandırması ve bu kanıtlara dayanılarak yapılan sağlık harcamaları, beraberinde çalışmalarda kullanılan ölçeklerin ve bunların başka dillerdeki çevirilerinin standardizasyonu gereksinimini getirmiştir (29). Bu nedenle hem Avrupa Medikal Ürünler Değerlendirme Birimi EMEA (32) hem de Amerika Birleşik Devletleri İlaç ve Gıda Dairesi FDA (26) tıbbi ürünlerin değerlendirilmesinde hastaların kendi bildirimlerine dayanan ölçeklerin kullanım biçimlerine

yönelik önerileri içeren bildirimler yayınlamışlardır. 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 (33). Bu kılavuzda sağlıklı bir uyarılama çalışmasının oluşturulabilmesi için yapılması önerilen adımlar şöyle özetlenebilir:

1.Adım - Çeviri: Biri klinik deneyimli, diğeri sadece iyi derecede dil hakimiyeti olan iki çevirmenin birbirlerinden bağımsız olarak orijinal metni hedef dile çevirmesi şeklinde yapılır.

2. Adım – 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. Adım - Geri çeviri: İlk çeviri sürecine kör, dil hakimiyeti iyi olan iki farklı çevirmenin ilk 2 aşama sonucunda elde edilen hedef dildeki ortak metni ana dile geri çevirmesi şeklinde yapılır.

4. Adım - 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.Adım - Pilot uygulama: İdeal rakam olarak 30-40 olguya tüm maddelerin anlamı sorularak anlaşılabilirlik ve uygulama zorluklarının sınanması önerilmiştir.

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

Farklı çeviri ve adaptasyon kılavuzlarında yukarıda tarif edilen adımlardan daha farklı adımlar veya aynı adımların farklı uygulama biçimleri tanımlanmıştır. Ancak, Bowden ve arkadaşlarının sık kullanılan 9 yaşam kalitesi ölçeğinin farklı dillere adaptasyon çalışmalarını gözden geçirdiği makalelerinde, ulaşabildikleri çalışmaların yaklaşık %60'ının yukarıda değindiğimiz 7 eşdeğerlik tanımının 6'sından neredeyse hiç bahsetmediğini tespit etmişlerdir. Yazarlar çalışmaların çoğunda sadece tek çeviri adımı ve bunu takip eden ölçüm eşdeğerliği, yani geçerlik - güvenirlik çalışmalarının, ölçeğin hedef dildeki geçerliliği açısından yeterli görülmesi yanılığına düştüğünü gözlemlemişlerdir (34).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Gereç

3.1.1. Çalışma deseni:

Çalışma 12 adım olarak planlanmıştır.

i) Ön Hazırlık, görüşmeyi geliştiren ekiple irtibat, izinlerin alınması: İlk olarak DAWBA'yı geliştiren Prof. Robert GOODMAN ile temasa geçilerek bu görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ile ilgili görüş alışverişinde bulunulmuş, muhtemel çalışma desenleri, yapılan diğer uyarlama çalışmalarında yaşanan zorluklar, ekip gereksinimleri, zaman programı üzerinde görüş alışverişinde bulunulmuş ve DAWBA'nın Türkçe uyarlama çalışmasının ekibimizce yapılması konusunda görüş birliğine varılmıştır. Bu doğrultuda oluşturulan çalışma deseni taslağı tüm Anabilim Dalı üyelerinin katıldığı bir toplantıda tartışılarak son şeklini almış ve iyi derecede İngilizce bilen ve/veya daha önce benzer çalışmalarda deneyimi olan 3 öğretim üyesi, 3 araştırma görevlisi ve 1 psikologdan oluşan 7 kişilik bir çalışma ekibi oluşturulmuştur. İngiltere'de DAWBA'yı geliştiren ekipte R.Goodman. dışında verilerin bilgisayar ortamına girişinden sorumlu ikinci bir ekip üyesi ile çalışmayı desteklemiştir. Projenin ileri aşamalarında kullanılacak izinler ve maddi kaynakların sağlanması amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, İzmir İl ve Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri, ve Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü'ne gerekli başvurularda bulunulmuştur.

ii) İleri çeviri Aşaması: DAWBA ebeveyn formunun her bölümü, 11-17 yaş formunun ebeveyn formundan farklı olan bölümleri ve öğretmen formu ÇERS alanında klinik deneyimi olan proje yöneticisi (PY) tarafından İngilizce aslından Türkçe'ye çevrilmiş ve bu çeviri metin (1. çeviri) ile ilgili bölümün asıl metni ekipte görevli bir başka çalışmacıya e-posta yolu ile gönderilmiştir.

İkinci ekip üyesi çeviriyi anlam uyumu, dil kullanımı, kültürel uygunluğu, kavram uygunluğu ve imla kuralları açısından kontrol ederek kendi açısından uygun gördüğü düzeltmeleri ve değişiklikleri yaparak elde ettiği metni (2.çeviri metin) PY ve proje danışmanına (PD) yine e-posta yolu ile göndermiştir.

iii) Sentez 1: Bu aşamada proje yöneticisi ve her iki kültür ve her iki dil konusunda deneyimli PD tarafından asıl metin, 1.çeviri ve 2.çeviri metinler birlikte değerlendirilerek ortak bir metin oluşturulmuştur.(1. ortak metin)

iv) Geri Çeviri: Elde edilen 1. ortak metin klinik bilgi ve deneyimi olmayan ancak her iki dil ve kültür konusunda deneyimli profesyonel bir çevirmene e-posta yolu ile gönderilerek İngilizce'ye geri tercüme ettirilmiş ve yeni bir İngilizce metin elde edilmiştir (geri çeviri metin).

v) Karşılaştırma: Bu aşamada geri çeviri metin e-posta yoluyla DAWBA'yı geliştiren R.Goodman'a gönderilerek asıl metne uygunluğu kontrol edilmiş; asıl metinle aynı olmadığı düşünülen kısımlar ve değişiklik yapılması istenilen bölümler ekibe bildirilmiştir. Ekibin bu noktaları kültürler arası farklar, çeviri ve geri çeviriden kaynaklanan hatalar gibi faktörleri de göz önüne alarak değerlendirmiş ve tekrar R.Goodman ile fikir alışverişinde bulunarak 2. ortak metni oluşturmuştur. Bu aşamada kendine has terminolojisi olan tikler ve gelişim bölümlerinin çevirisi ekibin dışından, yoğunlukla bu konular üzerine çalışan öğretim üyeleri tarafından gözden geçirilerek, katkıları alınmıştır.

vi) Bilgisayar üzerinden uygulanabilir formun oluşturulması: Bu aşamaya kadar yapılan çeviri işlemlerinde DAWBA'nın yazılı görüşme formu baz alınmıştır ancak görüşmenin bilgisayar üzerinden uygulanan formu yönergeleri, bazı soru veya şıkların dizilimi gibi farklılıklar gösterdiğinden ek çeviriler gerektirmiştir. Yapılan çeviriler İngiltere ekibi tarafından bilgisayar ortamına aktarılmış, formun eksiklikleri PY tarafından giderilerek, tüm form gözden geçirilmiştir.

vii) Uzmanlar Komitesi: Bilgisayar üzerinden uygulanan formun oluşturulmasından sonra Türkçe ve İngilizce formlar Dokuz Eylül Üniversitesi Dil Bilimleri Bölümünden her iki dil konusunda ihtisasa sahip tüm sürece kör bir öğretim üyesi tarafından dil bilimi açısından incelenmiş ve öneri ve eleştirileri alınmıştır. Ayrıca bilgisayar uygulamasının tamamı PY ve

öğretim üyesi düzeyindeki diğer bir ekip üyesi tarafından bağımsız süreçlerle gözden geçirilmiştir.

viii) Sentez 2: Bir önceki adımdaki tüm değişiklik önerileri ve eleştiriler PY ve PD tarafından gözden geçirilmiş, ekibin üzerinde tam uzlaşma sağlayamadığı maddelerden bir kısmı bu adımda son haline getirilmiştir.

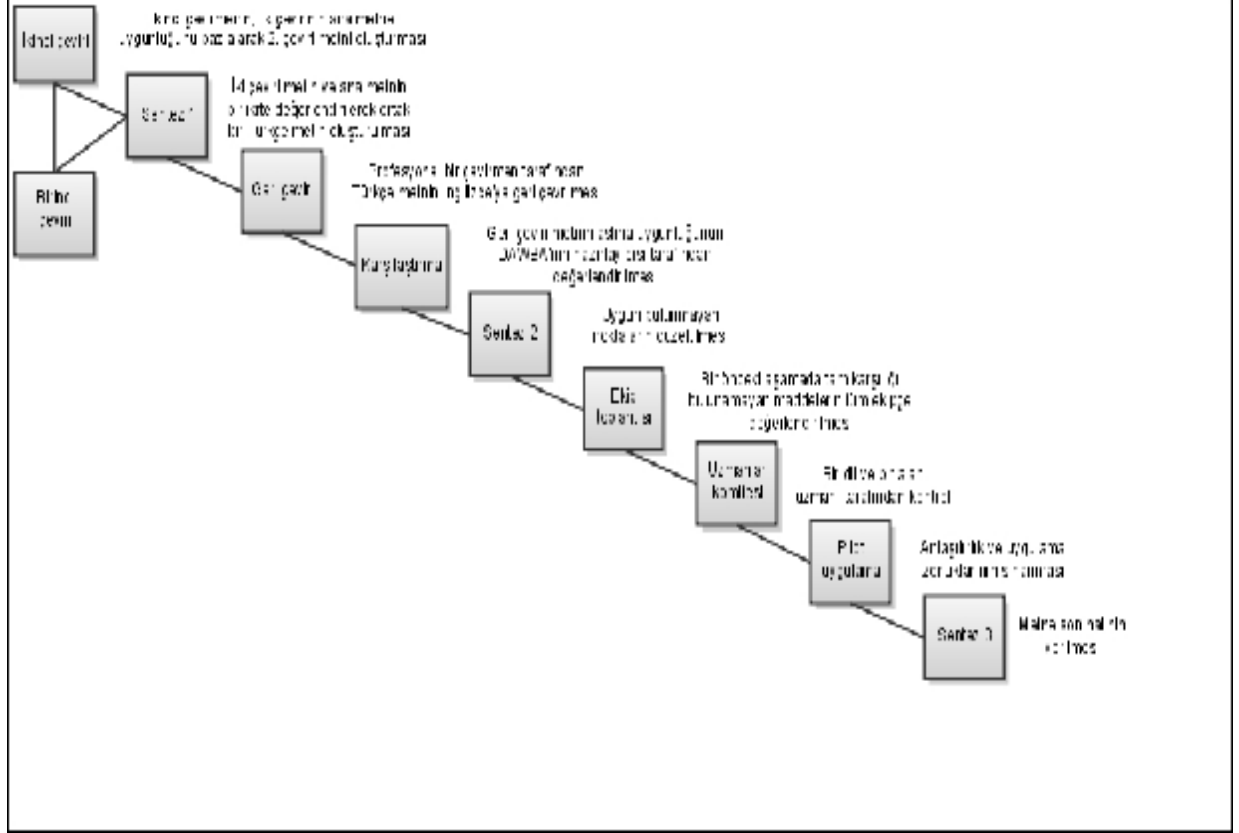
ix) Ekip Toplantısı: Çeviri ve Kültürel uyum açısından tam anlamıyla karşılık bulunamayan maddeler tüm ekibin katılımı ile yapılan bir toplantı sonucunda karara bağlanmıştır.

x) Pilot Uygulama: DAWBA Türkçe uyarlaması, 10 ebeveyne 3 ayrı görüşmeci tarafından, 4 ebeveyne klinikte on-line kendi kendilerine uygulama şeklinde, 3 ergene görüşmeci tarafından ve 3 ergene klinikte on-line kendi kendilerine uygulama şeklinde ve 5 öğretmene telefonla ulaşılarak klinik dışı ortamda kendi kendilerine uygulama şeklinde uygulanmıştır. Uygulayıcılar ve görüşülen kişilerden geri bildirimler alınmış ve anlaşılamayan noktalar, kültürel farklar, uygulama zorlukları belirlenmiştir.

xi) Sentez 3: Pilot çalışma sonucunda elde edilen geri bildirimler PY ve PD tarafından yeniden gözden geçirilerek uygulamaya son şekli verilmiştir. Çalışmanın çeviri ve uyarlama ile ilgili adımları şekil 1’de özetlenmiştir.

xii) Geçerlik Çalışması: DAWBA Türkçe uyarlamasının geçerliliği 50 olgudan oluşan klinik bir örnekleme yapılan çalışma ile sınanmıştır.

Şekil 1: Çalışmanın çeviri ve uyarlama ile ilgili adımları



3.1.2. Geçerlik çalışması

Örneklem:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı polikliniğine ilk kez başvuran 50 olgu bu basamağın örneklemini oluşturmuştur.

İçleme kriterleri:

03/11/2009 tarihi ve öncesinde polikliniğimize başvurup yapılan triaj görüşmesinde sorumlu hekim tarafından bekleme listesine alınan 5-17 yaş arası olgulardan, DSM IV'e göre 1. eksen patolojisi olduğu kuvvetle muhtemel olduğu düşünülen olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri:

Örgün eğitimi sürdürmesine imkan vermeyecek düzeyde mental veya nörolojik kusuru olan, kaynaştırma raporu ile örgün eğitime devam eden, ön değerlendirmede mental retardasyon tanısı düşünülerek bu açıdan ileri değerlendirmeye yönlendirilen olgular çalışma dışında bırakılmışlardır.

Yöntem

Polikliniğimize ilk kez başvuran olgular, kıdemli bir araştırma görevlisi doktor tarafından ön değerlendirme görüşmesine alınmakta; bu görüşmede olguların sosyodemografik verilerinin alınmasının yanı sıra muhtemel tanıları ve tedavi için öncelik düzeyleri belirlenmektedir. Bu görüşme sonrasında olgular, daha sonra tarafımızdan aranıp çağırılmak üzere bekleme listesine alınmaktadır.

Çalışma kapsamında kliğimize ilk kez başvurup ön değerlendirme görüşmesi yapılarak bekleme listesine alınan olguların dosyaları, 03/11/2009 tarihinden başlamak üzere geriye doğru triajdan sorumlu hekim tarafından değerlendirilmiş; çalışma kriterlerini karşıladığı düşünülen 50 olgunun dosyası proje yürütücüsüne yönlendirilmiştir. PY, olguların ailelerine ilk başvuru sırasında belirttikleri telefonda ulaşmaya çalışmış, Telefonla ulaşılabilen ebeveynlere, kurumumuza başvuru sırasında belirttikleri bulguların sürüp sürmediği, başvurularından sonra başka bir kurumdan psikiyatrik yardım alıp almadıkları ve kurumumuzdan yardım taleplerinin devam edip etmediği sorulmuştur. Ebeveynleri tarafından çocuklarının kurumumuza başvuru sırasında belirttikleri yakınmalarının kaybolması veya azalması nedeniyle kurumumuzdan yardım taleplerinin bulunmadığını belirtilmiş olanlar değerlendirmelere dahil edilmemişlerdir. Yapılan telefon görüşmesinde ebeveynleri tarafından, başvuru yakınmalarının ve kurumumuzdan yardım taleplerinin sürdüğü belirtilen olguların ailelerine ise çalışma konusunda bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden aileler değerlendirme görüşmeleri için kurumumuza davet edilmişlerdir.

Çalışma için kliniğe gelen olgular önce 2 çocuk ergen ruh sağlığı uzmanı tarafından klinik değerlendirme görüşmesine alınmıştır. Klinik değerlendirmede hekimin, olgunun kurumumuza ilk başvurusu sırasında tutulan dosya notları, yapılan öncelik değerlendirmesi özeti, ebeveynler ve gençlerin doldurduğu güçler ve güçlükler anketleri, tıbbi özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, sosyodemografik özellikleri, ilk görüşmedeki işlevsellik düzeyi puanları

ve düşünölen ön tanıları gibi bilgilerine erişimi sağlanılarak hekimlerden kendilerine ilk kez başvuran bir hastaya uyguladıkları standart görüşme formatını uygulayıp olguda kesin olarak bulunduğunu düşündükleri tanıları kaydetmeleri istenilmiştir. Bu yöntemle olguların klinik tanılarına ulaşılmıştır.

Klinik değerlendirmesi yapılan olgulardan 11 yaşın altında olanların ebeveynlerinden birisi, 11 yaş ve üzeri olanların ise kendileri ve ebeveynlerinden birisi klinik değerlendirmeyi takip eden bir hafta içerisinde DAWBA uygulaması için Anabilim Dalımıza yeniden davet edilmişlerdir. DAWBA ebeveyn uygulamaları, her biri uygulama konusunda birer günlük eğitimden geçirilen iyi düzeyde klinik deneyimi bulunan bir çocuk ergen ruh sağlığı araştırma görevlisi hekim, orta derecede klinik deneyimi olan çocuk ve ergenlerle çalışan bir psikolog ve hiç klinik deneyimi olmayan üniversite mezunu bir anketör tarafından, DAWBA'nın bilgisayar formu kullanılarak yapılmıştır. Görüşmeciler hasta bilgilerine kördür. DAWBA ergen görüşmelerinde ise 11 yaş ve üzerindeki gençlere uygulama konusunda bilgi verilmiş ve kendilerine ayrılan bir odada bilgisayar üzerinden formu doldurmaları istenilmiştir. Çalışmaya alınan tüm olguların ailelerinden çocuklarını en iyi tanıyan öğretmenlerinin telefon numaralarını çalışma ekibine ulaştırmaları istenmiş ve bu yolla ulaşılabilen öğretmenlere uygulama konusunda bilgi verilerek DAWBA öğretmen anketini on-line olarak doldurmaları talep edilmiştir.

DAWBA ebeveyn ve ergen görüşmeleri tamamlandıktan ve öğretmen anketleri için belirlenen son bekleme süresi dolduktan sonra tanılamaya geçilmiştir. Olguların DAWBA tanıları, ekip üyelerinin açık uçlu soruları simültane olarak tercüme ettiği on-line görüşmelerde R.Goodman tarafından konulmuştur.

Değerlendirme

Yapı geçerliliği: Olguların klinik tanıları ve DAWBA tanıları bozuklukların doğasına göre, emosyonel bozukluklar (Anksiyete bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları), hiperkinetik bozukluklar, davranış sorunlarıyla giden bozukluklar (Yıkıcı Davranım Bozuklukları) ve bu üç gruba girmeyen bozukluklar için oluşturulan 'diğer bozukluklar' olmak üzere 4 ana tanı grubundan uygun olanına dahil edilmiştir. Klinik görüşme altın standart kabul edilerek, DAWBA ile konulan tanıların klinik görüşme ile konulan tanılarla tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede 4

ana tanı grubu için her iki tanı aracı ile konulan tanıların korelasyonunun karşılaştırılmasının yanı sıra tanı araçlarının herhangi bir bozukluğu tespit etme durumlarının korelasyonu da değerlendirilmiştir. Ayrıca 5 alt grup için Duyarlılık, Seçicilik, Pozitif ve negatif öngörü değerleri, pozitif ve negatif olabilirlik oranları hesaplanarak görüşmenin her tanı grubu için hasta ve sağlamları ayırma gücünün yanı sıra konulan veya konulmayan tanıların öngörü değerleri test edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede SPSS 15 bilgisayar programı kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SONUÇLAR

4.1. Türkçe Uyarlamanın Eşdeğerliği:

Çalışmanın Türkçe'ye çeviri ve Türk toplumuna uyarlamayla ilişkili aşamaları yaklaşık 17 ay sürmüştür. Uygulanan 11 basamaklı yöntemle DAWBA'nın Türkçe uyarlamasının İngilizce orijinali ile 6 alanda eşdeğerliği sağlanmıştır.

A. Anlam Eşdeğerliği: Çalışma deseninin 11 basamağının dokuzu DAWBA'nın Türkçe uyarlamasının, orijinal İngilizce metinle anlamsal açıdan eşdeğer olmasına katkı sağlamakla birlikte bazı adımlar planlanırken direk olarak anlamsal eşdeğerliği sağlamak hedeflenmiştir. Örneğin metinlerin Türkçe çevirileri yapılırken çocuk ergen ruh sağlığı alanında deneyimli, alan terminolojisine hakim 2 ayrı çevirmen kullanılarak hem çeviri güvenilirliği artırılmış hem de alan bilgisine hakim olmamaktan kaynaklanabilecek anlam kayıpları önlenmeye çalışılmıştır. Yine sentez aşamalarında hem proje yürütücüsü hem de her iki kültüre hakim olan proje danışmanı tarafından metinler birlikte değerlendirilmiştir.

Bir metinde neyin ifade edilmek istendiğini en iyi bilecek kişinin metni hazırlayan kişi olduğu görüşünden hareketle çeviri sürecinde elde edilen ortak Türkçe metin, sürece kör, profesyonel bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve bu çevirinin aslına anlamsal açıdan uygun olup olmadığı, DAWBA'yı hazırlayan Robert GOODMAN'ın kendisi tarafından kontrol edilmiştir.

Son olarak her iki dile hakim, tüm çeviri sürecine kör bir dil uzmanı tarafından metinler anlamsal uygunluk ve Türkçe kullanımı açısından gözden geçirilmiş, böylece DAWBA Türkçe Uyarlaması'nın, çeviride en az sorun yaşanan cümleleri bile anlamsal uygunluk açısından en az 5 farklı ekip üyesi tarafından değerlendirilmiştir.

B. Kapsam eşdeğerliği: Bir metnin içeriğinin farklı kültürdeki bireyler için aynı olması anlamına gelen kapsam eşdeğerliği sadece her iki dile hakim olmayla sağlanamaz; mutlaka ana metnin hazırlandığı kültür konusunda bilgi ve deneyimde gereklidir. Çalışmamızın sentez aşamalarını yürüten proje danışmanı, geri çeviri aşamasında görevli profesyonel çevirmen ve uzmanlar komitesi aşamasında görevli dil uzmanı her iki dile hakim olmalarının yanı sıra İngiliz kültürü konusunda deneyimli oldukları için, bu 3 ekip üyesinin

görevli olduğu toplam 6 çalışma aşamasında kapsam eşdeğerliği sağlanılmaya çalışılmıştır. Örneğin görüşmenin, çocuğun gelişimini sorgulayan bölümünde ‘*Ring a Ring a Roses, Round and Round the Garden, Peekaboo ve Peepo*’ oyunlarını oynayıp oynamadığı sorgulanmaktadır. Sorunun ‘kapsamı’nın korunarak çevirisinin yapılabilmesi için, sentez 1 aşamasında proje danışmanı İngiltere’de hangi yaş grubundan çocukların ne amaçla bu oyunları oynadığı bilgisi alınmış, oyunların video kayıtlarına ulaşılmaya çalışılmış ve toplumumuzda benzer yaşta çocukların benzer amaçlarla oynadığı oyunlar seçilerek kapsam eşitliği sağlanmıştır. Kapsam eşdeğerliği açısından diğer bir veri kaynağı da görüşmedeki maddelerin Türk toplumu tarafından nasıl anlaşıldığının gözlemlenmesine yardımcı olan pilot uygulamalar olmuştur.

C. Kavram Eşdeğerliği: Bu eşdeğerliğin sağlanması için çevirideki 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 hakim veya Türkçe yazından ulaşabilir olmak gibi avantajlara sahiptirler. Bu durum uyarılmanın kavram eşdeğerliğini güçlendirmektedir. Ayrıca çalışma ekibinin üyelerinin, üçü öğretim üyesi düzeyinde olmak üzere 7’sinin çocuk ergen ruh sağlığı alanında çalışıyor olması sentez ve ekip toplantısı aşamalarını, kavram eşdeğerliği açısından önemli kılmıştır. Karşılaştırma aşamasında kavram eşdeğerliği görüşme hazırlayıcısı tarafından yeniden gözden geçirilmiş ve bir çocuk ergen ruh sağlığı uzmanı tarafından yapılan pilot uygulamalar, aynı kuramsal temelin ölçülebilirliğini sınavan son aşama olmuştur. Çalışmamızda pilot çalışma verileri kavram ve kapsam eşdeğerlikleri açısından çok önemli kazanımlar sağlamıştır. Örneğin görüşmede ayrılık kaygısı sorgulanırken ‘attachment ve attachment figures’ terimleri kullanılmış ve çeviri de bu terimlerin karşılığı, DSM IV’ün Türkçe çevirisine paralel olarak ‘bağlanma ve bağlandığı kişi’ olarak belirlenmiştir. Ancak Pilot uygulama sırasında bu terimlerin ‘bağımlılık’ ile özdeş kabul edildiği bu nedenle ebeveynler ve gençlerin bağlanma ile ilgili sorulara ‘hayır’ cevabı verme eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Bu sorunu gidermek için, İngilizce orijinalinden farklı olarak Türkçe metinde bağlanma ve ayrılık kaygısı iki ayrı başlık altında incelenmiş, ayrıca bağlanma tanımına ‘Çoğu insan, kendileri için önemli olan birkaç yetişkinle, sıradan insanlardan daha farklı, daha yakın bir ilişki kurar. Bu özel ilişkiye ‘bağlanma’ denir.’ ibaresi eklenerek ‘bağlanma’ konusunda kavram ve kapsam eşdeğerliği sağlanmıştır.

D. Uygulama Eşdeğerliği: Görüşmenin farklı kültürlerde, uygulama tekniğinden kaynaklanan güçlükler nedeni ile farklı sonuçlar vermesinin engellenmesi için uygulama eşdeğerliğinin sağlanması gereklidir. DAWBA'nın İngilizce online uygulanabilen versiyonu, İngiltere'de halkın bilgisayar kullanımının ve eğitim düzeyinin yüksekliği nedeniyle, ebeveyn ve gençlerin 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 ebeveynlerin farklı eğitim düzeyleri ve internet erişiminin kısıtlılığı nedeniyle görüşmelerin çoğu kez bir görüşmeci tarafından uygulanması gerekeceği ve DAWBA'nın başlangıç için bilimsel çalışmalarda kullanılacağı düşünülmektedir. Yaklaşık bir saat boyunca sürekli olarak 'özel korkuların 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 tartışılmıştır. Yapılan bu görüşme sonunda yapılandırılmış bir görüşme olmasına rağmen, Türk toplumu için görüşmecilerin soruları konuşma formatında, örneğin 'özel korkuların olup olmadığını merak ediyorum' şeklinde sormaları ve görüşmenin matbu formunun tamamının, bilgisayar formundan farklı olarak, direk görüşülen kişiyi hedef alacak şekilde oluşturulması konusunda izin alınmış ve uygulama eşdeğerliği sağlanılmıştır.

E. Ölçüt Eşdeğerliği: Bir davranışın patolojik olarak algılanma sınırının toplumlar arasında gösterebileceği farkın yanlış tanılamalara yol açmasını engellemek için ölçüt eşdeğerliğinin sağlanması gereklidir. Çalışma ekibimizin yedi üyesinin, çocuk ergen ruh sağlığı alanında çalışıyor olması, pilot uygulamaların bir çocuk ergen ruh sağlığı uzmanınca yapılması ve geçerlik aşamasında DAWBA görüşmelerinin yorumlanmasında bir çocuk ergen ruh sağlığı uzmanının bulunması ölçüt geçerliliğini sağlayan etmenlerdir. Çalışmamızda özellikle işlevselliğin ve sorunun şiddetinin değerlendirildiği soruların çeviri ve uyarlanmasında ölçüt geçerliliğinin daha fazla önem kazandığı gözlenmiştir. Örneğin bozukluğun şiddetini ve aileye getirdiği yükü sorgulamak için kullanılan '*put a burden*' teriminin karşılığı pilot uygulama aşamasına kadar olan çeviri aşamaları sonucunda 'yük getirmek' olarak belirlenmiştir. Ancak bu aşamada ailelerin bu terimi 'fazla ağır' buldukları

veya maddi bir yük olarak algıladıkları için ciddi düzeyde bozukluğu olan çocuklarının bile kendilerine ‘yük getirmediğini’ söyledikleri fark edilerek bu terim ‘zorluk yaşatmak ve yük getirmek’ şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Ölçüt eşdeğerliğinin sağlandığı bir başka noktada geçerlilik çalışması yapılırken DAWBA ile tanı konulması sırasında olmuştur. Bu aşamada tanılama açık uçlu soruların ekip üyelerince İngilizce’ye tercüme edilmesi yoluyla, Robert Goodman tarafından yapılmıştır. Ancak agorafobi’nin sorgulandığı bölümdeki ‘tek başına yolculuk yapmaktan korkar ya da kaçınır mısın’ şeklindeki sorunun, toplum normları baz alınarak değerlendirilmesi gerekmiş ve bu aşamada ekip üyeleri Türk toplumunda bu durumun nasıl yorumlanması gerektiği konusunda R.Goodman’ı bilgilendirerek bu soru için ölçüt geçerliliği sağlanabilmiştir.

F. Madde Eşdeğerliği: Çalışmamızda genel olarak anlam eşitliğinin 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’te verilmiştir.

Tablo 3. Bir madde eşdeğerliği örneği

İngilizce asıl metin	Türkçe uyarlama
Every now and then	Arada sırada
Most weeks	Ayda birkaç gün (Ayda birkaç hafta?)
Most days	Ayda birkaç hafta (Ayda birkaç gün?)
Many times a day	Günde birçok kez

Bu maddelerin birebir çevirilerinde anlamsal eşitlik sağlanabilmişse de şıklar arası istenen zamansal artış anlamı sağlanamamıştır. Bunun üzerine konu ekip toplantısında tüm

ekip tarafından ele alınarak zamansal artım ve şıklar arası mesafeler göz önünde bulundurularak madde eşitliği sağlanmıştır. Çalışmanın farklı aşamalarının görüşmenin Türkçe uyarlamasının İngilizce aslı ile eşdeğerliğinin hangi bölümüne katkı yaptığı tablo 4'te gösterilmiştir.

G. Ölçüm Eşdeğerliği: DAWBA'nın Türkçe Uyarlaması'nın ölçüm eşdeğerliği eş zaman geçerliliği sınanarak değerlendirilmiştir. Geçerlik çalışmasından elde edilen sonuçlar aşağıda detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 4 Çalışmanın farklı aşamalarının görüşmenin Türkçe uyarlamasının İngilizce aslı ile eşdeğerliğine katkısı

<i>Uyarlama Adımı</i>	<i>Eşdeğerlikler</i>						
	<i>Anlam</i>	<i>Kavram</i>	<i>Kapsam</i>	<i>Uygulama</i>	<i>Ölçüt</i>	<i>Madde</i>	<i>Ölçüm</i>
Çeviri 1-2	X	X			X	X	
Geri Çeviri	X		X			X	
Sentez 1-2-3	X	X	X		X	X	
Karşılaştırma	X	X				X	
Uzmanlar komitesi	X		X		X		
Pilot Uygulama		X		X	X	X	
Geçerlik Çalışması					X		X

4.2. Geçerlik Çalışması

4.2.1. Uygulama ile ilgili bulgular ve demografik veriler:

Çalışma kriterlerine uyduğu düşünülen 50 olgunun dosyaları triajdan sorumlu hekim tarafından proje yürütücüsüne iletilmiş, bu olguların 49'unun ailelerine telefonla ulaşılmış, bir olguya kayıtlarımızdaki telefon numaralarından ulaşılamamıştır. Telefonla ulaşılabilen 49 olgunun ebeveynlerine, kurumumuza başvuru sırasında belirttikleri bulguların sürüp sürmediği, başvurularından sonra başka bir kurumdan psikiyatrik yardım alıp almadıkları ve kurumumuzdan yardım taleplerinin devam edip etmediği sorulmuştur. Olgulardan 10'unun ebeveynleri, çocuklarının kurumumuza başvuru sırasında belirttikleri yakınmalarının kaybolması veya azalması nedeniyle kurumumuzdan yardım taleplerinin bulunmadığını belirtmiş ve bu olgular uygulama aşamasına dahil edilmemişlerdir. Yapılan telefon görüşmesinde ebeveynleri tarafından, başvuru yakınmalarının ve kurumumuzdan yardım taleplerinin sürdüğü belirtilen 39 olgunun ailelerine çalışma konusunda bilgi verilmiştir. Ailelerin tümü çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve değerlendirme görüşmeleri için kurumumuza davet edilmişlerdir.

Çalışmanın geçerlik ayağının örneklemini oluşturan bu 39 olgunun yaşları 5-17 arasında değişmektedir. Olguların yaş ortalaması 10.5 (± 3.2) yıldır. Örneklemin %74.4'ünü (n=29) erkekler, %25.6' sını (n=10) kızlar oluşturmuştur. Olguların %46'sı (n=18) 11 yaş ve üzerindedir. Olguların biri dışında tamamı örgün eğitime devam etmektedir. Ebeveyn DAWBA görüşmeleri için olguları iyi tanıyan ebeveyninin kliniğe gelmesi istenmiş ve kliniğimize görüşme için 37'olgunun annesi, bir olgunun babası ve bir olgunun da ablası gelmiştir. Ebeveynlerin yaklaşık olarak %30'unun (n=12) ilköğretim, %17'sinin (n=7) ilköğretim, %30'unun (n=12) lise ve %20'sinin de (n=8) üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Görüşülen ebeveynlerin yaş ortalaması 37 olarak tespit edilmiştir.

Kliniğe gelen olgular önce uzman düzeyinde 2 klinisyen tarafından klinik değerlendirme görüşmesine alınmıştır. Klinik değerlendirmede hekimin, olgunun kurumumuza ilk başvurusu sırasında tutulan dosya notları, yapılan öncelik değerlendirmesi özeti, ebeveynler ve gençlerin doldurduğu güçler ve güçlükler anketleri, tıbbi özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, sosyodemografik özellikleri, ilk görüşmedeki C-GAS puanları ve düşünülen ön tanıları gibi bilgilerine erişimi sağlanmıştır. Hekimlerden kendilerine ilk kez başvuran bir hastaya uyguladıkları standart görüşme formatını uygulayıp olguda kesin olarak

bulduğunu düşündükleri tanıları kaydetmeleri istenilmiştir. Bu yöntemle olguların klinik tanılarına ulaşılmıştır.

Klinik değerlendirmesi yapılan olgulardan 11 yaşın altında olanların ebeveynlerinden birisi, 11 yaş ve üzeri olanların ise kendileri ve ebeveynlerinden birisi klinik değerlendirmeyi takip eden bir hafta içerisinde DAWBA uygulaması için Anabilim Dalımıza yeniden davet edilmişlerdir. DAWBA ebeveyn uygulamaları, her biri uygulama konusunda birer günlük eğitimden geçirilen iyi düzeyde klinik deneyimi bulunan bir çocuk ergen ruh sağlığı araştırma görevlisi hekim, orta derecede klinik deneyimi olan çocuk ve ergenlerle çalışan bir psikolog ve hiç klinik deneyimi olmayan üniversite mezunu bir anketör tarafından yapılmıştır. Ebeveyn görüşmeleri ortalama 74.5(±24) dakika sürmüştür, ebeveynler uzun görüşme süresine rağmen çocuklarının sorunlarını detaylı bir şekilde konuşabilmekten memnun olduklarını ifade etmişler, görüşmeciler ise ebeveynlerin yapılandırılmış görüşme formatı dışına çıkıp süreyi çok fazla uzattığı ve 100 dakikanın üzerinde süren 4 görüşme dışında sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

DAWBA ergen görüşmelerinde ise 11 yaş ve üzerindeki 18 gence uygulama konusunda bilgi verilmiş ve kendilerine ayrılan bir odada bilgisayar üzerinden formu doldurmaları istenilmiştir. Gençlerin tamamı uygulamayı doldurmayı kabul etmiş, biri dışında tüm gençler bilgisayar üzerinden bilgi vermeyi daha eğlenceli ve etkin bulduklarını belirtmişlerdir. DAWBA ergen formu uygulamalarının yaklaşık 30-45 dakika sürdüğü gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan olguların ebeveynlerinden ve kendilerinden, çalışma kapsamında olguyu en iyi tanıyan öğretmenlerinden bilgi alabilmek üzere izin istenilmiş ve öğretmenlerinin telefon numaralarını proje yürütücüsüne iletmeleri istenilmiştir. Bu yolla olguların 26 sınıfın (%70.3) öğretmenlerine telefonla ulaşılmış ve DAWBA öğretmen anketi konusunda bilgi verilerek internet üzerinden öğrencileri için oluşturulan anketi telefon görüşmesini takip eden iki gün içerisinde doldurmaları istenilmiştir. Öğretmenlerin tamamı DAWBA öğretmen anketini doldurmuştur. Çalışmamızda 11 yaşın altındaki çocukların öğretmenlerinin %90.5'ine erişebilmemize rağmen 11 yaş ve üzeri olguların öğretmenlerinin ancak %50'sine ulaşılabilmiştir.

Olguların DAWBA tanıları, açık uçlu soruların ekip üyeleri tarafından İngilizce'ye simultane çevirisinin yapıldığı on-line görüşmelerde Robert Goodman tarafından konulmuştur.

4.2.2. Geçerlikle ilgili bulgular:

Olguların klinik tanıları ve DAWBA tanıları bozuklukların doğasına göre, emosyonel bozukluklar (Anksiyete bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları), hiperkinetik bozukluklar, davranış sorunlarıyla giden bozukluklar (Yıkıcı Davranım Bozuklukları) ve bu üç gruba girmeyen bozukluklar için oluşturulan 'diğer bozukluklar' olmak üzere 4 ana tanı grubundan uygun olanına dahil edilmiştir. Klinik görüşme altın standart kabul edilerek, DAWBA ile konulan tanıların klinik görüşme ile konulan tanıların tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede 4 ana tanı grubu için her iki tanı aracı ile konulan tanıların korelasyonunun karşılaştırılmasının yanı sıra tanı araçlarının herhangi bir bozukluğu tespit etme durumlarının korelasyonu da değerlendirilmiştir. Ayrıca 5 alt grup için Duyarlılık, Seçicilik, Pozitif ve negatif öngörü değerleri, pozitif ve negatif olabilirlik oranları hesaplanarak görüşmenin her tanı grubu için hasta ve sağlamları ayırma gücünün yanı sıra konulan veya konulmayan tanıların öngörü değerleri test edilmiştir. Elde edilen sonuçlar tablo 5'te, kappa katsayılarının değerlendirilebilmesi için önerilen referans aralıkları tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 5: Kappa katsayısı için 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

Tablo 6: Geçerlik çalışması verileri

Tanı grupları	Prevalans %	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)	Kappa (k)
Herhangi bir bozukluk	89 (74-96)	91 (75-97)	75 (21-98)	96 (82-99)	50 (13-86)	3.6 (0.6-20)	0.1 (0.01-0.3)	0.544
Emosyonel bozukluklar	38 (23-55)	100 (74-100)	87 (66-96)	83 (57-95)	100 (80-100)	8 (2.7-23)	0 (0- Na**)	0.843
Hiperkinetik bozukluklar	41 (25-57)	75 (47-91)	100 (82-100)	100 (69-100)	85 (65-95)	∞	0.25 (0.1- 0.5)	0.780
Davranım bozuklukları	12 (4.8- 28)	100 (46-100)	79 (61-90)	41 (16-71)	100 (84-100)	4.8 (2.5-93)	0 (0- Na)	0.497
Diğer tanılar	28 (15-45)	27 (7-60)	96 (79-99)	75 (21-98)	77 (59-88)	7.6 (0.8-65)	0.7 (0.5- 1.08)	0.294

- GA: Güven Aralığı
- ** Na: Hesaplanamamıştır

Sonuçlar incelendiğinde, klinik görüşmelerde tüm örneklemin %89'unun (n=35) bir psikiyatrik bozukluğu olduğunun düşünüldüğü ve DAWBA görüşmelerinde bu olguların 33'ünün % 89 duyarlılıkla tanılandığı görülmektedir. DAWBA klinik olarak herhangi bir bozukluğu bulunmadığı düşünülen 4 olgudan 3'ünü %75 seçicilik oranıyla saptanmıştır Her ne kadar bozukluğun gerçekte bulunma veya bulunmama olasılığını değerlendiren pozitif ve negatif tahmin edicilik oranları DAWBA için yüksek görünüyorsa da (%96- %50) toplum örnekleminde kullanılması düşünülen bu görüşmenin prevelanstan daha az etkilenen pozitif ve negatif olabilirlik oranlarının değerlendirilmesi çok daha sağlıklı görünmektedir. Bu oranlar değerlendirildiğinde DAWBA ile herhangi bir tanı alan olguların, tanısının doğru olma olasılığının olmama olasılığına göre 3.6 kat yüksek olduğu, bir başka deyişle yaklaşık olarak DAWBA ile tanı alan her 10 hastadan 8'inin tanısının doğru çıkma olasılığı olduğu söylenebilir. Negatif olabilirlik oranına bakılarak da DAWBA'nın sağlam olguları ayırt etme gücünün oldukça yüksek olduğu düşünülebilir. buna göre yapılacak bir çalışmada DAWBA ile herhangi bir tanı almayan her 10 olgudan, 7'sinin (1- seçicilik≈ 0.25) gerçekte bir bozukluğunun olmayacağı, sadece 3'ünün (1-özgüllük≈0.1) bozukluğu olmadığı halde yanlışlıkla tanı alabileceği tahmini yapılabilir. DAWBA ve klinik görüşmenin herhangi bir bozukluğu olan çocuk ve gençleri tanılama açısından tutarlılığını karşılaştıran Kappa katsayısı

($\kappa=0.544$) DAWBA'nın orta derece'de güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Ancak sadece DAWBA görüşmesinde kapsanan tanıların korelasyonuna bakıldığında görüşmenin iyi derecede güvenilirliğe ($\kappa=0.720$) sahip olduğu görülmektedir.

Emosyonel bozukluklar, DAWBA'nın klinik tanı ile tutarlılığının en yüksek olduğu bozukluk grubu olarak görünmektedir. Bu alanda neredeyse mükemmel bir tutarlılık olduğundan söz edilebilir ($\kappa= 0.843$), DAWBA ile bu alanda bozukluğu olan olgular %100 duyarlılıkla tanılanmış ve %87 seçicilik ile bu alanda bozukluğu olmayan olgular ayırt edilebilmiştir. Pozitif ve negatif olabilirlik oranları değerlendirildiğinde DAWBA ile emosyonel bozukluk tanısı alan bir olgunun tanısının doğru olma olasılığının yanlış olma olasılığından 8 kat fazla olacağı ve yanlış negatif tanı olasılığının sifıra yakın olacağı tahmini yapılabilir.

Hiperkinetik Bozukluklar için iki tanı aracının tutarlılığı, iyi düzeyde bulunmuştur ($\kappa=0.780$). Bu alanda özgülük değeri % 75, seçicilik %100 olarak hesaplanmıştır. Yine pozitif ve negatif olabilirlik oranları DAWBA'nın hiperkinetik bozukluğun bulunması ya da bulunmaması konusundaki öngörüsünün yüksek güvenilirliği bulunduğunu göstermektedir (Hiperkinetik Bozuklukların Pozitif olabilirlik oranının matematiksel hesaplanmasında, bu alanda seçiciliğin %100 olması nedeni ile numerik sonuç elde edilememiştir. Seçicilik %99 kabul edildiğinde bu oran 75 olarak bulunmaktadır). Yani DAWBA ile hiperkinetik bozukluk tanısı alan bir olgunun tanısının doğru olma olasılığı olmama olasılığındanyaklaşık olarak en az 75 kat daha fazladır.

Davranım Bozuklukları alanında ise DAWBA tanıları ile- Klinik tanıların tutarlılığı orta düzeyde bulunmuş olmasına rağmen ($\kappa= 0.497$) Pozitif ve negatif olabilirlik oranları baz alınarak DAWBA'nın bu alanda da tahmin gücünün yüksek olduğu söylenebilir.

Emosyonel, hiperkinetik ve davranım bozuklukları dışındaki tanıların bulunduğu 'diğer tanı kategorisinde her ne kadar pozitif ve negatif olabilirlik oranları iyi değerlerdeyse de (7.6- 0.7) tanı korelasyonu düşüktür ($\kappa= 0.294$). Bu durum yüksek oranda, DAWBA ölçeği kapsamında olmayan bozukluk tanılarının da klinisyenlerce konulabilmesi nedeniyle oluşmaktadır. Diğer tanı grubu altında klinisyenlerin tanıladığı ve DAWBA tarafından kapalı ve açık uçlu sorularla direk olarak sorgulanan tek bozukluk grubu tik bozuklukları olmuştur. Bu bozukluk ayrı olarak incelendiğinde klinisyenler tarafından tik bozukluğu tanısı konulan 3 olgunun tamamının DAWBA tarafından da tanılanmış olduğu gözlenmiştir ($\kappa= 1$).

Elde ettiğimiz sonuçlara göre DAWBA'nın klinik görüşme ile tanı tutarlılığının görüşmecilerin klinik deneyimlerinden etkilenmediği söylenebilir. İyi derecede klinik deneyimi olan görüşmecinin yaptığı görüşmeler (n=15) sonucunda herhangi bir bozukluğu olduğu DAWBA ile tanılanan olguların, klinik görüşme tanıları ile tutarlılığı için kapa değeri 0.634 iken, bu oran hiç klinik deneyimi olmayan görüşmecimizin yaptığı görüşmeler (n=14) için 0.632 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca ergen görüşmesi yapılan olguların herhangi bir bozukluğu bulunma grubu için kapa değeri 0.684 olarak hesaplanmıştır.

BESİNCİ BÖLÜM

5. TARTISMA

Bu çalışmanın en önemli amacı ülkemizde çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve politikalarının geliştirilmesi amacıyla yapılacak epidemiyolojik çalışmalarda kullanılacak bir tanı aracını dilimize kazandırmak olarak belirlenmiştir. Ülkemizde çocuk ergen ruh sağlığı alanında yapılan en önemli epidemiyolojik çalışma Sağlık Bakanlığı tarafından 1996 yılında gerçekleştirilen ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’ nın çocuk ve ergenlerin değerlendirildiği bölümüdür (35). Bu araştırma kapsamında Ülkemiz tabakalama yöntemiyle 5 bölgede değerlendirilerek, kümeleme yöntemi ile bu 5 bölgeden 2133 haneye ulaşılmıştır. Bu çalışmada 2-18 yaş aralığında 4525 çocuk ve gence ve bunların ebeveynlerine ulaşılmış, ulaşılan ebeveynlere ve gençlere kendilerinin veya uygulamalar konusunda yardımcı sağlık personelinin doldurması yoluyla ruhsal bozukluk bulgularının tarandığı anketler uygulanmıştır. Oysa aynı çalışma kapsamında, yaklaşık aynı maliyet ve yöntemle ulaşılan erişkinlere, uygulama konusunda bir haftalık bir eğitim alan pratisyen hekimler tarafından yapılandırılmış bir görüşme uygulanmıştır. Böylece sağlık hizmeti organizasyonu açısından çok daha yol gösterici olan ruhsal bozuklukların sıklığı ve bölgesel dağılımı gibi verilere ulaşılabilmektedir. Bu çalışma ülkemizdeki çocuk ergen ruh sağlığı çalışanları için çok değerli bilgiler vermekle birlikte, DAWBA’nın Türkçe’ye kazandırılmasının ülkemiz için önemini net bir biçimde ortaya koymaktadır.

Diğer ülkelerde çocuk ergen ruh sağlığı alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve bu çalışmalarda kullanılan tanısal araçlar gözden geçirildiğinde klinik deneyimi olan kişilerce uygulanabilen görüşmeciler tabanlı görüşmelerin epidemiyolojik çalışmalarda kullanımlarında sorunlarla karşılaşıldığı gözlenmektedir.(1) Bu görüşmelerin kullanıldığı epidemiyolojik çalışmalar, uygulamaları klinisyenlerin yapmasının gerekliliği ve iki fazlı araştırma desenlerine gereksinim duyulması nedeniyle yüksek maliyetler doğurmakta üstelik çalışmaların ikinci fazlarında kesin tanısı konulan olguların sayısının kısıtlı kalması nedeniyle sonuçların topluma genellenmesi zorlaşmaktadır (1,12). Bu nedenle K-SADS yapılandırılmış görüşmesinin, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak daha önce dilimize kazandırılmış olmasına rağmen (21),, gerek oluşacak yüksek maliyet, gerekse ülkemizde bu uygulamayı yapabilecek çocuk ergen ruh sağlığı uzmanlarının sayısının kısıtlı olması nedeniyle bu araç kullanılarak geniş örneklemlerle epidemiyolojik çalışmalar yapmanın çok fazla zorluğa yol açabileceği görülmektedir. Yazında da epidemiyolojik çalışmalar için cevaplayan kişi tabanlı

görüşmelerin daha elverişli olduğu belirtilmektedir (10) Bu görüşmeler arasında en yaygın kullanılanlar DISC IV ve DAWBA olarak göze çarpmaktadır. Ancak DAWBA, DISC IV'e oranla uygulamasının daha kolay olması, uygulama süresinin daha kısa olması ve tanı güvenilirliğini arttıran açık uçlu sorular içermesi gibi avantajlara sahiptir. Ayrıca DAWBA'nın İngiltere'de çocuk ergen ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonu amacıyla yapılan, yazındaki en geniş örneklemlerle epidemiyolojik çalışmada kullanılabilirliğinin denenmiş olması ülkemiz için DISC IV'ten daha uygun bir tanı aracı olduğunu düşündürmektedir. Ancak DAWBA ile yapılacak çalışmalarda, görüşmenin somatizasyon bozuklukları ve dışa atım bozukluklarını kapsamadığı göz ardı edilmemelidir. Her ne kadar diğer bozukluklar başlığı altında tanılanma ihtimalleri varsa da, bu alanların direk olarak sorgulanmaması DAWBA'nın en önemli kısıtlılığı olarak göze çarpmaktadır (12).

Çalışmamızda, bilimsel yazındaki örnekler, ekibimiz ve anabilim dalımızın imkanları ve kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak 11 adımlı özgün bir çeviri ve adaptasyon modeli kullanılmıştır. 130 sayfadan oluşan 2 yapılandırılmış görüşme ve bir anketin, böyle bir modelle Türkçe'ye adapte edilmesi yaklaşık 17 aylık bir çalışma gerektirse de DAWBA Türkçe Uyarlamasının İngilizce orijinali ile anlam, kavram, kapsam, madde, ölçüt, uygulama ve ölçüm eşdeğerlikleri sağlanmıştır. Eşdeğerlik sağlanmadan yapılacak bir geçerlilik çalışmasında kullanılan çeviri ölçeğin, korelasyon katsayıları yüksek ve anlamlı bulunsa da orijinal ölçekle aynı şeyleri sorgulayıp sorgulamadığı bir başka deyişle, aynı ölçek olup olmadığı bilinemeyecektir(29). Bu durum eşdeğerliği sağlanmadan geçerliliği yapılmış ölçeklerle yapılacak çalışmaların sonuçlarını da 'şüpheli' hale getirmektedir.

Uyarlamada kullandığımız model yazındaki adaptasyon kılavuzları ile bazı açılardan farklar içermektedir. Pek çok model, 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 (24,29). Çalışmamızda ise tercüme çocuk ergen ruh sağlığı uzmanı olan ilk çevirmen tarafından yapılmış ve yine çocuk ergen ruh sağlığı uzmanı olan ikinci çevirmene gönderilmiştir. İkinci çeviri metin orijinal metinle ilk çevirinin birlikte değerlendirilmesi ile oluşturulmuş, yani bağımsız bir çeviri yapılmamıştır. Her ne kadar 4 ayrı çevirmenin yapacağı bağımsız çeviriler, eşdeğerliğin sağlanmasını güçlendirse de 130 sayfalık bir metnin profesyonel çevirmenlerce çevrilmesinin getireceği maliyet, bu önerilerin ülkemiz şartlarında uygulanabilirliğini engellemektedir. Ekip içerisinde 3 ayrı kişinin bağımsız çeviriler yapması

ise klinikte görevleri devam eden ekip üyelerinin zaman kısıtlılığı nedeniyle mümkün olmamıştır. Bu kısıtlılığı gidermek üzere uyarılama, bir çok çeviri modelinden daha fazla basamaklı olarak planlanmış ve çevirinin her noktasının, en az 5 ekip üyesi tarafından kontrol edilmesi sağlanmıştır. Çalışma modelimizin diğer adaptasyon modellerine en önemli üstünlüğü geri çeviri metnin, bizzat görüşmeyi geliştiren kişi tarafından orijinaliyle uygunluğunun kontrol edilmiş olmasıdır. Birçok çeviri modelinde ölçeği geliştiren kişilerle irtibat halinde çalışmak önerilse de geri çevirinin bu kişi tarafından kontrol edilmesini içeren bir modele rastlanılamamıştır. Çalışmamızın bu adımı eşdeğerlik açısından güçlü bir kanıt oluşturmaktadır. Çalışmanın çok aşamalı deseninin görüşmede geçen bir maddenin eşdeğerliğine nasıl katkı yaptığı şekil 2’de gösterilmiştir.

Pilot uygulamalar tüm bilimsel çalışmalarda kritik öneme sahiptir (36). Çalışmamızda da 10 ebeveyn ve 3 ergen, 3 ayrı görüşmeci tarafından ve 4 ebeveyn ile 3 ergen klinikte on-line kendilerinin görüşmeyi doldurması şeklinde DAWBA pilot uygulamalarına tabi tutulmuş, 5 öğretmene telefonla ulaşılarak öğretmen anketini, sorun yaşadığını düşündükleri bir öğrencilerini baz alarak internet üzerinden doldurmaları talep edilmiştir. Toplumun her kesiminin görüşmenin tamamını anlamasını temin etmek amacıyla ebeveynler genellikle ilkokul mezunları arasından seçilmiştir. Görüşmeci tarafından yapılan uygulamalarda, yazına paralel şekilde, ebeveynler ve gençlere görüşmenin tümü uygulanmış, anlaşılmayan yerler not edilmiş, ebeveyn ve gence bu cümlelerin içeriği anlatılarak ‘kendisi arkadaşlarına bu soruyu sorsa, nasıl soracağı’ konuşulmuştur. Ayrıca uygulama biçimi hakkında genel izlenimleri ve uygulama ile ilgili önerileri sorgulanmıştır. Görüşmeci kullanılmayan uygulamalarda, ise anlaşılmayan yerler ve eleştirilerin, ebeveynler ve gençler tarafından not edilmesi istenilmiştir. Pilot uygulamaları yapan kişilerden de geri bildirim alınmış ve tüm bu geri bildirimler doğrultusunda görüşmenin bazı bölümleri yeniden şekillendirilmiştir. Örneğin, pilot uygulama sonucunda bağlanma bölümü yeniden yapılandırılmış, anlaşılmadığı yönünde birden fazla geri bildirim alınan cümleler değiştirilmiştir. Pilot uygulamalar çalışma desenini de doğrudan etkilemiş gelen geri bildirimler doğrultusunda, ergenlerin görüşmeleri kendilerinin doldurmasının, ebeveyn görüşmelerinin ise bir görüşmeci tarafından yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Pilot uygulamanın çalışmamıza ve DAWBA Türkçe uyarılmasının aslı ile eşdeğerliğine yaptığı katkı göz önüne alındığında ülkemizde yapılacak ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında mutlaka yer verilmesi gereken bir adım olduğu düşünülmüştür.

alınan bu kararın gençlerin uygulamayı kabul etme oranını arttırdığı söylenebilir. Öğretmen anketlerinin yüksek geri dönüş oranları konusunda ise internet üzerinden görüşlerinin alınmasına olanak tanıyan bir uygulamanın öğretmenlerde uyandırmış olabileceği merakın sebep olmuş olabileceği düşünülmüştür. Öğretmen formlarının açık uçlu sorularına yapılan uzun açıklamalar, bu görüşü desteklemektedir. İngiltere çalışmasından farklı olarak çalışma desenimizde, klinikte takip edilen olgular yerine kliniğe ilk kez başvuran olguların seçilmiş olmasının nedeni, bazı olguların klinik görüşme ile DAWBA görüşmesi arasında geçecek zaman diliminde aldıkları bir tedavi ile semptom profili ve şiddetinin değişmesi olasılığıdır. Örneğin hiperkinetik bozukluğu olan çocuklara başlanabilecek bir stimulan tedavi, kısa sürede işlevsellik düzeyini etkileyerek olgunun ikinci görüşmede tanı almasını zorlaştırabilir. Bir süredir değerlendirilip tedavi alan hastaların tercih edilmemesinin çalışmamız açısından olumsuz yanı ise tek görüşmede tanısı kesinleştirilemeyen olguların getirdiği tanı karmaşasıdır. Belli semptomları bulunan ancak bir bozukluğu karşılayıp karşılamadığı konusunda emin olunamayan olgular için tanı odaklı görüşme yapması istenilen bir hekimin önünde iki seçenek bulunmaktadır. Hekim, ya emin olamadığı bu bulguları, şüphelendiği bozukluk adı altında kodlayacak ya da bozukluk düzeyinde olduğundan emin olmadığı hiçbir semptomu bir tanı kategorisine sokmayacaktır. Hekimleri emin olmadıkları tanıları konusunda düşebilecekleri ikilemden kurtarmak için, olguların kliniğimize ilk başvurusu sırasında yapılan ön değerlendirmesinde, değerlendirmeyi yapan hekim tarafından sadece psikiyatrik bozukluğu bulunduğu kuvvetle muhtemel olan olgular çalışmamıza yönlendirilmiş ve klinik tanıyı koyacak hekime olgunun ilk başvurusundaki değerlendirme notları ulaştırılmıştır. Ancak yine de tek görüşmede kesin emin olunmadan konulacak tanıların, altın standart kabul ettiğimiz klinik görüşmenin tanı güvenilirliğini etkilemesini engellemek için hekimlerden sadece kesinlikle emin oldukları tanıları çalışma ekibine bildirmeleri istenilmiştir. Benzer şekilde DAWBA ile konulan ‘muhtemel’ tanılarda çalışmaya dahil edilmemiştir. ‘Muhtemel’ tanıların dahil edilmemesi tercihi, aslında bir tanısı bulunan fakat bu durumun ancak izleme saptanabileceği olguların atlanmasına yol açmış olabilir. Oysa İngiltere çalışmasında takipteki olgular kullanıldığından her iki tanı yöntemi ile elde edilen muhtemel tanılarda çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmada bir bozukluk için var, yok ve muhtemel gibi ordinal veriler elde edilmiş ve korelasyon analizinde istatistiksel yöntem olarak Kendall Tau-b yöntemi tercih edilmiştir. Bir bozukluk için var veya yok şeklinde nominal verilere ulaşılan çalışmamızda ise Cohen’in Kappa katsayılarının hesaplanması daha uygun bulunmuştur. Ancak İngiltere

çalışması ile sonuçların karşılaştırılabilmesi için Kendall Tau-b yöntemi ile bir inceleme daha yapılmıştır. Buna göre İngiltere çalışmasında değerlendirme kategorilerini oluşturan hem emosyonel bozukluklar (Bizim çalışmamız için Kendall Tau-b: 0.85 İngiltere çalışması için: 0.52), hem hiperkinetik bozukluklar (Bizim çalışmamız için Kendall Tau-b: 0.79 İngiltere için 0.70, hem de davranım bozuklukları (Bizim çalışmamız için Kendall Tau-b: 0.57 İngiltere için 0.47) alt grupları için görüşmenin Türkçe uyarlamasında da İngiltere çalışmasına paralel sonuçlar elde edildiği söylenilebilir. Kendall Tau-b ile elde edilen sonuçlar 1 ve -1 değerleri arasında değişmekte ve değerler 1'e ne kadar yakınsa korelasyon o kadar yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçümle değerlendirildiğinde de çalışmamızda her 3 alt grup içinde DAWBA'nın klinik tanı ile korelasyonunun yüksek olduğu görülmektedir.

Her ne kadar örneklem büyüklükleri ve tanı kategorileri tam olarak örtüşmüyorsa da DAWBA'nın çeşitli dillerdeki uyarlamalarının geçerlik çalışmaları, çalışmamızda elde ettiğimiz tutarlılık değerleri ile paralellik göstermektedir. Arapça uyarlamanın geçerlik çalışmasında klinik tanı ile DAWBA tanıların kappya korelasyon katsayıları emosyonel bozukluklar için 0.64, dışa yönelim bozuklukları için ise 0.69 olarak bulunmuştur (37). Yine Bangladeş'te yapılan geçerlik çalışmasında ise kappya korelasyon katsayıları emosyonel bozukluklar için 0.94, hiperkinetik bozukluklar için 0.63, davranım bozuklukları için 0.63 olarak hesaplanmıştır.(28) Bangladeş çalışmasında da, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara paralel olarak emosyonel bozukluklar için tanı korelasyonunun çok yüksek olduğu gözlenmektedir.

Ülkemizde kullanılan tek yapılandırılmış görüşme olan K-SADS geçerlilik çalışması ile DAWBA Türkçe uyarlaması geçerlik çalışması benzer metodoloji ve örneklem büyüklüklerine sahiptir. K-SADS geçerlik çalışmasında kliniğe ilk kez başvuran ve yaş ortalaması 9.6 olan 52 çocuk ve ergenin klinik tanıları ile K-SADS ile elde edilen tanıları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada Klinik ve K-SADS tanıların Kappa korelasyon katsayıları Anksiyete bozuklukları için 0.51, hiperkinetik bozukluklar için 0.72, duygudurum bozuklukları için,0.56, tik bozuklukları için 0.63 ve Karşıt olma karşı gelme bozukluğu için 0.45 olarak hesaplanmış, çalışmada herhangi bir bozukluk için tanı alma durumunun korelasyonundan söz edilmemektedir (21). DAWBA Türkçe Uyarlaması geçerlik çalışmasında bu oranlar emosyonel bozukluklar için 0.84, hiperkinetik bozukluklar için 0.78 ve davranım bozuklukları için 0.49 olarak bulunmuştur. Bu veriler ışığında DAWBA'nın bu üç alanda da klinik tanı ile korelasyon değerlerinin K-SADS Türkçe versiyonuna göre daha iyi

olduğu yorumu yapılabilir. K-SADS geçerlilik çalışmasında elde edilen bu korelasyon değerleri nedeniyle geçerlik çalışmamızda K-SADS Türkçe Uyarlaması yerine klinik görüşme altın standart tanı yöntemi olarak belirlenmiştir.

DAWBA, cevaplayan kişi tabanlı bir görüşme olduğu için görüşmeciler arası güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Ancak görüşmecilere göre tanı korelasyonları hesaplandığında, hiç klinik deneyimi olmayan görüşmecinin yaptığı görüşmelerle (n=14, $\kappa=0.632$) iyi derecede klinik deneyimi olan görüşmecinin yaptığı görüşmeler (n=15, $\kappa=0.634$) sonucu elde edilen tanı korelasyon değerlerinin çok yakın olduğu gözlenmiştir. Bu veri klinik deneyimi olmayan ancak uygulama konusunda eğitilmiş kişilerin, DAWBA uygulaması sonucu elde edilecek tanılarının güvenilir olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca ergen görüşmesi yapılan olguların tanı korelasyonunun artması literatürde farklı bilgi kaynaklarının elde edilecek bilgilerin tanı güvenilirliğini arttıracak bilgisi ile örtüşmektedir. Örneklemin küçük olmasının çalışmadan elde edilecek sonuçları genelleştirmesini engellemesini önlemek üzere hesaplanan pozitif olabilirlik oranları 3.6-8 ve negatif olabilirlik oranları da 0-0.7 değerleri arasında değişmektedir. Bu oranlar DAWBA ile tanı alanların gerçekten bir bozukluğu olma ve tanı almayanların gerçekten tanısı bulunmama ihtimalinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, DAWBA Türkçe uyarlamasının İngilizce orijinali ile eşdeğer olduğu ve gerek klinik tanılarla korelasyon değerlerinin iyi olması gerekse yüksek pozitif ve negatif olabilirlik oranları nedeniyle, bu görüşme kullanılarak elde edilecek sonuçların tanısız açıdan geçerli olacağı düşünülmüştür. DAWBA Türkçe uyarlamasının 'diğer' tanı kategorisi dışındaki yüksek duyarlılık oranları(%75-100), geliştirilme amacına uygun olarak saha çalışmalarında kullanılmak için uygun bir tanı aracı olabileceğini göstermektedir Bununla birlikte, tüm alanlarda seçicilik oranlarının da oldukça yüksek olması (%75-100) DAWBA'nın klinikte kullanım içinde elverişli olduğuna işaret etmektedir. Bir klinisyenin 14 farklı bozukluğu tüm detayları ile sorgulaması yerine, ebeveynlerin, öğretmenlerin ve gençlerin kliniğe gelmeden bu alanların tamamında vereceği bilgilere, tanı koyma açısından yol gösterici bir bilgisayar programı desteği ile, sahip olması, hekimlere hem deskriptif tanılama için kanıtlar hem de zamansal kazanımlar sağlayacaktır.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı örneklem büyüklüğünün dar olmasıdır. Buna ekip üyelerinin özel şartları ve ülke koşullarının getirdiği süre kısıtlaması yol açmıştır. Ancak halen devam eden bir çalışmada daha geniş bir örnekleme DAWBA'nın geçerliği sınanmaktadır.

Çalışma ile ilgili bir diğer kısıtlılık ise, görüşmenin güvenilirlik çalışmasının yapılmamış olmasıdır. Her ne kadar geçerlik değerleri, güvenilirlik için dolaylı kanıtlar olarak kabul edilebilirse de DAWBA'nın geniş örneklemlerde ve çok sayıda uygulayıcı ile yapılacak çalışmalarda kullanımı için, görüşmenin güvenilirlik çalışmasının yapılması faydalı olacaktır.

6. KAYNAKLAR

1. Roberts R, Attkisson C, Rosenblatt A, Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(6):715–726
2. Muris P, Meesters C, Berg F, The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2003;12:1–8
3. Ford T, Goodman R, Meltzer H, The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM 4 disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(10):1203-1211
4. Bilyk B., Goodman R, Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
5. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. World Health Organization, (2005)
6. E.J. Costello, E. Egger, A. Angold (2005) 10 year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: 1- methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44-972
7. N. Erol, Z. Şimşek, K. Münir Çocuk ve ergen ruh sağlığı epidemiyolojisi, Çocuk ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2008, S: 782
8. Atlas. Child and adolescent mental health resources, World Health Organisation (2005)

9. Angold A., Costello E., Egger H, Structured interviewing. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* Ed: Martin A, Volkmar F 4th edition Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia. 2007;344-357
10. Angold A. Diagnostic interviews with parents and children, *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Ed: Rutter M and Taylor E. Blackwell Publishing 2002. P 32-51
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
12. Goodman R 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 Vol. 41, No. 5, pp. 645-655,
13. Offord DR. Ontario Child Health Study: correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989 Nov; 28(6):856-60
14. Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology. 1982 Sep;10(3):307-24.
15. Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries the most weight? Acta Psychiatrica Scandinavica. 1997 Jul;96(1):75-81.
16. Goodman, R., Yude, C., Richards, H., & Taylor, E. Rating child psychiatric caseness from detailed case histories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996, 37, 369-379.
17. Bird, H. B., Canino, G Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45, 1120-1126

18. Simonoff, E., Pickles, A The Virginia twin study of adolescent behavioral development: Influences of age, gender and impairment on rates of disorder. Archives of General Psychiatry, 1997, 54, 801-808.
19. Angold A. Diagnostic interviews with parents and children, Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Ed: Rutter M and Taylor E. Blackwell Publishing 2002. P 32-51
20. King R, Practice parameters for the psychiatric assestment of children and adolescent. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997;36(10 suppl):4S-20S
21. Gökler B, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi, şimdi ve yaşam boyu şekli. Türkçe uyarlamasının geçerlik güvenilirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004, 11 (3)
22. Angold A.,Costello E.,Egger H, Structured interviewing. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook Ed: Martin A, Volkmar F 4th edition Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia. 2007;344-357
23. Shaffer, D., Fisher, P The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3) : Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. Journalof the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996, 35, 865-877.
24. Canino G. The adaptation and testing of diagnostic and outcome measures for cross-cultural research.International Review of Psychiatry; 1994, Vol. 6 Issue 4, p281, 6p
25. Giel d, de Arango MV Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. Pediatrics. 1981 Nov; 68(5): 677-83.

26. Draft Guidance for Industry. Patient-Reported Outcomes Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Docket 2006D-0044, Rockville, MD: FDA Federal Register, 2006.
27. Goodman R. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* (2005) 40: 11–17
28. Mullick M. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* (2005) 40: 663-671
29. Acquadro C., Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials, *Value in Health* 2008, Volume 11 Number 3
30. Baydur H, Eser E, Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi *Sağlıkta Birikim* 2006;1(2):99-123
31. Mullick M. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* (2005) 40: 663-671
32. EMEA/CHMP/EWP/139391/2004. Reflection Paper on the Regulatory Guidance for the Use of Health- Related Quality of Life (HRQL) Measures in the Evaluation of Medicinal Products. London: EMEA,2006
33. Bowden A. 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* 57 2003 1289–1306

34. Gilliam W.S. The Clinical Assessment of Infants and Toddlers, Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook Ed: Martin A, Volkmar F 4th edition Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia. 2007; 309-322
35. Dorcas E. Beaton B, Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures Spine 2000 Volume 25, Number 24, 3186–3190
36. Alyahri A,.Goodman R Validation of the Arabic Strengths and Difficulties Questionnaire and the Development and Well-Being Assessment Eastern Mediterranean Health Journal, 2006Vol. 12 (Supplement 2),

7. EKLER

EK-1: Etik Kurul raporu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Tarih ve Sayı: 26.12.2008/ 439

Etik Kurul Üyeleri

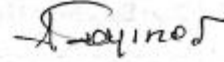
Prof.Dr.A.Arzu SAYINER
Prof.Dr.Tunç ALKIN
Prof.Dr.Mustafa SEÇİL
Doç.Dr.M.Hakan ÖZDEMİR
Doç.Dr.Vesile ÖZTÜRK
Doç.Dr.Murat DUMAN
Doç.Dr.Güven ASLAN
Doç.Dr.Servet AKAR
Yard.Doç.Dr.Murat ÖRMEN
Ö Gör.Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN
Yunus KARSLI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Etik Kurulumuzun 25 Aralık 2008 tarih ve 14/24/2008 no.lu toplantısında; 440/2008 Protokol numaralı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard.Doç.Dr.Taner GÜVENİR'in proje yöneticisi ve Araş.Gör.Dr.Onur Burak DURSUN'un sorumlusu olduğu, "**Gelişim ve ruhsal sağlık değerlendirmesi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanma ve geçerlik-güvenirlik çalışması**" isimli projenin okullarda yapılması nedeniyle Milli Eğitim Müdürlüğü'nden onay alındıktan sonra projenin uygulanmasında etik açıdan sakınca yoktur.

Katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.



Prof. Dr.A.Arzu SAYINER
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları
Etik Kurul Başkanı

NOT: Projede yapılan düzeltmelerin metin içinde **bold** karakter kullanılarak yapılması projenin incelenmesi açısından sağlıklı olacaktır.

Etik Kurul Sekreteri
Hatice İGCI

Tel: 0232 412 22 54

Ek-2 : İl Millî Eğitim Müdürlüğü Onayı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

22 MAY 2009

Sayı : B.08.4.MEM.4.35.00.03.1/ 35581
Konu : Onur Burak DURSUN'un
Araştırma İzni


DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)
İZMİR

İlgi: a) 28/02/2007 tarihli ve B.08.4.EGD.0.33.03.311-311/1084 sayılı Makam Onayı.
b) Dokuz Eylül Üniversitesi, Personel Daire Başkanlığı'nın 31/03/2009 tarihli ve 010182 sayılı yazısı.
c) Valilik Makamı'nın 06/05/2009 tarihli ve 32114 sayılı Makam Onayı.

Üniversiteniz, Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda ihtisas yapmakta olan Dr. Onur Burak DURSUN'un "Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanma ve Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması" adlı tez çalışmasını Balçova İlçesi'ne bağlı ekli listede belirtilen tüm ilköğretim ve ortaöğretim kurumlarında 11 yaş ve üstü öğrencilere (5., 6., 7., 8., 9., 10., 11. ve 12. sınıf öğrencilerine), sınıf öğretmenlerine ve 5-11 yaş grubu öğrenci velilerine uygulaması Valilik Makamının ilgi (c) onayı ile uygun görülmüştür.

Araştırmacı tarafından yapılan araştırmanın tamamlanmasından itibaren en geç iki hafta içinde, ilgi (a) Makam Onayı ile yürürlüğe giren Yönerge kapsamında "Araştırmanın Teslimine İlişkin Taahhütname Tutanağı" doldurularak araştırmanın iki örneğinin CD'ye aktararak Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Zahide MUTLUKAN
Vali a.
Şube Müdürü