T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

# PSİKOLOJİK SIKINTI ÖLÇEĞİ'NİN (KESSLER PSYCHOLOGICAL DISTRESS SCALE; K10) TÜRKÇE UYARLAMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

**Dr. Yasin ALTUN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANTALYA, 2018**

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

# PSİKOLOJİK SIKINTI ÖLÇEĞİ'NİN (KESSLER PSYCHOLOGICAL DISTRESS SCALE; K10) TÜRKÇE UYARLAMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

**Dr. Yasin ALTUN**

**Tez Danışmanı**
**Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANTALYA, 2018**

# TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca yanımda olan, hekimlik ve hekimlik dışı birçok konuda örnek olan sevgili hocalarım ve aynı zamanda tez danışmanım Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN'e ve Uzm. Dr. Zeynep AŞIK'a en içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Bilgi ve tecrübelerini her fırsatta bizimle paylaşan Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e, Kliniğimizde birlikte çalıştığımız Uzm. Dr. Ramazan VURAL, Uzm. Dr. Remziye Nur EKE ve Uzm. Dr. Mustafa Özcan ÖZ'e çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sırasında, bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan hocalarımızdan Doç. Dr Ayhan Hilmi ÇEKİN başta olmak üzere, kliniklerinde rotasyonlarımı tamamladığım; Doç. Dr. Aysel DERBENT UYSAL, Prof. Dr. Şakir ARSLAN, Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN, Doç. Dr. Metin SARIKAYA, Doç. Dr. İbrahim ASLAN ve Doç. Dr. Mehmet Tahir ORUÇ'a, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU'na ve Alanya Başkent Üniversitesi Hastanesi'ndeki değerli hocam Doç. Dr. Hüseyin LAKADAMYALI'ya yardım ve desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığımız tüm başasistan, uzman, asistan ve hemşire arkadaşlarım ile hayatım boyunca her konuda bana destek olan sevgili aileme teşekkür ederim.

**Dr. Yasin ALTUN**

Antalya, 2018

# İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR ..... i
İÇİNDEKİLER ..... ii
ÖZET ..... iv
ABSTRACT ..... v
ŞEKİL LİSTESİ ..... vi
TABLO LİSTESİ ..... vii
KISALTMALAR ..... viii
1. GENEL BİLGİLER ..... 1
1.1. Giriş ..... 1
1.2. Psikolojik Sıkıntı ..... 3
1.3. Depresyon ..... 5
1.4. Anksiyete ..... 8
1.5. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi ..... 10
1.6. Depresyon ve Anksiyete Birlikteliği ..... 15
1.7. Psikolojik Sıkıntının Ölçümünde Kullanılan Ölçekler ..... 16
1.7.1. Beck Depresyon Ölçeği ..... 17
1.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ..... 18
1.7.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ..... 18
1.7.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) ..... 18
1.7.5. Hasta Sağlık Anketi-9 (The Patient Health Questionnaire; PHQ-9) ..... 19
1.7.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ..... 19
1.7.7. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) ..... 19
1.7.8. Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire) ..... 20
1.7.9. Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (Kessler Pyschological Distress Scale) ..... 20
1.8. Araştırmanın Amacı ve Önemi ..... 21

2. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 23
2.1. Araştırma Grubu ..... 23
2.2. Veri Toplama Araçları ..... 23
2.3. Veri Analizi ..... 27
3. BULGULAR ..... 29
3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular ..... 29
3.2. Hastalık, Tanı, İlaç Kullanımı ve Aile Hekimine Başvuru Durumuna İlişkin Bulgular ..... 29
3.3. K10-PSÖ ve BDÖ-BB Sonuçları Analizi ..... 31
3.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri ..... 41
4. TARTIŞMA ..... 48
5. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 55
6. KAYNAKLAR ..... 57
7. ÖZGEÇMİŞ ..... 66
8. EKLER ..... 67
Ek 1. Etik Kurul Onayı (1. sayfa) ..... 67
Ek 2. Bilgilendirilmiş gönüllülük ve olur formu ..... 69
Ek 3. Demografik bilgi formu ..... 70
Ek 4. K10'un orijinali (1. sayfa) ..... 71
Ek 5. K10 uyarlaması için izin başvuru ve yanıt yazıları ..... 73
Ek 6. K10-Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ) (1. sayfa) ..... 75
Ek 7. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) ..... 78

# ÖZET


**Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'nin (Kessler Psychological Distress Scale; K10) Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**

**Amaç:** Psikolojik sıkıntı; depresyon ve anksiyete semptomları ile karakterize duygusal zarar görme hali olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada amacımız yaygın olarak kullanılan Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'nin (K10-PSÖ) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması ve toplumda psikolojik sıkıntı taramasında kullanılmasını sağlamaktır.

**Gereç ve Yöntem:** K10-PSÖ'nün Türkçeye çevirisi, World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) *Initiative Interview Translation Guidelines'a* uygun olarak yapılmıştır. Çalışmaya, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne muayene amacıyla başvuran 18-77 yaş aralığında 200 kişi katıldı. Katılımcılara, sosyo-demografik verileri içeren 10 soruluk anket, Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) ve K10-PSÖ yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Güvenilirlik çalışması için ise 55 katılımcıya K10-PSÖ bir ya da iki gün sonra tekrar uygulandı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 200 kişinin K10-PSÖ'ye verdiği yanıtlardan hesaplanan puan ortalaması 21,8±10,7 olarak bulundu. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's alfa katsayısı ile değerlendirildi ve 0,95 olarak bulundu. ROC eğrisi altında kalan alan 0,958 olarak hesaplandı. Spearman-Brown iki yarı test güvenilirliği 0,93 olarak bulunurken test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,89 ($p<0,001$) olarak bulundu. Çalışmada ölçüt geçerliliği eşzaman geçerliliği ile değerlendirilerek K10-PSÖ ile BDÖ-BB arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0.87 ($p<0,001$) olarak hesaplandı. Madde toplam puan korelasyonlarının 0,720 ile 0,887 arasında değiştiği görüldü. K10-PSÖ skoru >20 kesim noktası için %92 duyarlılık ve %90,4 seçicilik saptandı.

**Sonuç:** Bulgulara göre K10'un Türkçe versiyonu, psikolojik sıkıntı başta olmak üzere depresyon ve anksiyete bozukluklarının tespit edilmesinde, taranmasında ve tedavi izleminde geçerli ve güvenilir bir ölçektir.



**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak, psikolojik sıkıntı, K10, depresyon, anksiyete, geçerlilik, güvenilirlik

# ABSTRACT

## Turkish Adaptation of Kessler Psychological Distress Scale (K10): Validity and Reliability Study

**Aim:** Psychological distress is generally defined as a state of emotional suffering characterized by symptoms of depression and anxiety. Our aim in this study is to adapt the K10 scale to Turkish, to determine its validity and reliability and to use it in the screening of psychological distress in the community.

**Materials and Methods:** K10 was translated into Turkish in accordance with the WHO WMH Initiative Interview Translation Guidelines. Two hundred people participated in this study, between the ages of 18-77, who applied to Antalya Training and Research Hospital Family Medicine clinic. Participants were interviewed face-to-face by a 10-question questionnaire containing socio-demographic data, a Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) and a Kessler Psychological Distress Scale (Turkish K10). For the reliability study, Turkish K10 scale was applied to 55 participants again after one or two days.

**Results:** The mean score calculated from the responses of 200 participants to Turkish K10 was found as 21.8±10.7. The internal consistency of scale was assessed by Cronbach's alpha coefficient and was found to be 0.95. The area under the ROC curve was calculated as 0.958. Spearman-Brown two-tailed test reliability was 0.93 and test-retest correlation coefficient was 0.89 ($p<0.001$). In the study, criterion validity was assessed with concurrent validity, and the Pearson correlation coefficient between Turkish K10 and BDI-PC was 0.87 ($p<0.001$). Item total score correlations varied between 0,720 and 0,887. For Turkish K10, at the cut-off point of 20, the sensitivity and specificity were 92% and 90.4% respectively.

**Conclusion:** According to findings, Turkish version of K10 is a valid and reliable scale to detect, screen and follow-up of psychological distress and also depression and anxiety disorders.



**Key words:** Primary care, psychological distress, K10, depression, anxiety, validity, reliability

# ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil** **Sayfa**

Şekil 1.1. DSÖ bölgelerine göre ve dünya genelinde yaygın ruhsal hastalıkların prevalansı ..... 15

Şekil 3.1. Yaş ile BDÖ-BB puanları arasındaki ilişki ..... 38

Şekil 3.2. Tanı sayısı ile BDÖ-BB puanları arasındaki ilişki ..... 39

Şekil 3.3. Kullanılan ilaç sayısı ile BDÖ-BB puanları arasındaki ilişki ..... 39

Şekil 3.4. Yaş ile K10-PSÖ puanları arasındaki ilişki ..... 40

Şekil 3.5. Tanı sayısı ile K10-PSÖ puanları arasındaki ilişki ..... 40

Şekil 3.6. Kullanılan ilaç sayısı ile K10-PSÖ arasındaki ilişki ..... 41

Şekil 3.7. Başlangıç K10-PSÖ ile tekrar test K10-PSÖ arasındaki ilişki ..... 42

Şekil 3.8. Tekrar test K10-PSÖ ile BDÖ-BB arasındaki ilişki ..... 42

Şekil 3.9. K10-PSÖ ile BDÖ-BB arasındaki ilişki ..... 46

Şekil 3.10. K10-PSÖ ROC eğrisi ..... 47

# TABLO LİSTESİ

**Tablo** **Sayfa**

Tablo 1.1. Yeni Zelanda popülasyonunda 15 yaş ve üzeri yetişkinlerde K10 ile saptanan psikolojik sıkıntı sıklığı ..... 5

Tablo 2.1. K10'a verilen yanıtlara göre psikolojik sıkıntı düzeyleri yorumlanması ..... 24

Tablo 2.2. BDÖ-BB skoruna göre depresyon düzeyinin yorumlanması ..... 27

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı ..... 29

Tablo 3.2. Kronik hastalık bulunma durumu ve hastalıkların sistemlere göre dağılımı ..... 30

Tablo 3.3. Katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekimini tanıma ve psikolojik sıkıntı yaşadığında başvurma durumu ..... 31

Tablo 3.4. K10-PSÖ ve BDÖ-BB ölçekleriyle saptanan maddelere göre puanlar ..... 32

Tablo 3.5. BDÖ-BB maddeleri ile K10-PSÖ maddeleri arasındaki korelasyonlar..... 33

Tablo 3.6. Demografik özelliklere göre BDÖ-BB puanları ..... 34

Tablo 3.7. Demografik özelliklere göre K10-PSÖ puanları ..... 34

Tablo 3.8. Klinik özelliklere göre BDÖ-BB puanları ..... 35

Tablo 3.9. Klinik özelliklere göre K10- PSÖ puanları..... 36

Tablo 3.10. Aile hekimini tanıma ve başvuru durumuna göre BDÖ-BB puanları ..... 37

Tablo 3.11. Aile hekimini tanıma ve başvuru durumuna göre K10-PSÖ puanları ..... 38

Tablo 3.12. Cronbach's alfa ve Spearman Brown iki yarı test ve test-tekrar test güvenirliği ve K10-PSÖ ölçüt korelasyonu ..... 43

Tablo 3.13. Maddeler arası korelasyon ve faktör analizi sonuçları ..... 44

Tablo 3.14. K10-PSÖ madde analizi sonuçları ..... 44

Tablo 3.15. K10-PSÖ için duyarlılık ve özgüllük sonuçları ..... 45

# KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| AUC | : Area Under Curve |
| BAÖ | : Beck Anksiyete Ölçeği |
| BDI-PC | : Beck Depression Inventory for Primary Care |
| BDÖ | : Beck Depresyon Ölçeği |
| BDÖ-BB | : Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği |
| DASÖ | : Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği |
| DM | : Diyabetes mellitus |
| DSM-5 | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition |
| DSM-IV | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| EAH | : Eğitim ve Araştırma Hastanesi |
| HAD | : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği |
| HADÖ | : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği |
| HDDÖ | : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği |
| K10 | : Kessler Psychological Distress Scale-10 |
| K10-PSÖ | : K10 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği |
| OKB | : Obsesif-kompulsif bozukluk |
| PHQ-9 | : The Patient Health Questionnaire |
| SBÜ | : Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| SPSS | : Statistical Package for Social Sciences |
| TRSM | : Toplum ruh sağlığı merkezi |
| TSSB | : Travma sonrası stres bozukluğu |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| YAB | : Yaygın anksiyete bozukluğu |
| WHO | : World Health Organization |
| WMH | : World Mental Health |

# 1. GENEL BİLGİLER

## 1.1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (1). Ruhsal iyilik hali; kişinin toplumla uyumlu, kendisinden hoşnut, ilişkilerinde rahat ve mutlu olması, düşündüklerini ifade edebilmesi ve başkalarını anlayabilmesidir.

Ruhsal hastalıklar; DSÖ Avrupa bölgesinde hastalık yükünün neredeyse %20'sini oluşturmakta ve ruhsal sağlık sorunları yaşamın bir döneminde her dört kişiden birini etkilemektedir (2). Ruhsal bozukluklar, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde her yıl nüfusun yaklaşık %25'ini etkileyen en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, sosyoekonomik yönden yoksul insanlar arasında çok daha yaygındır. Ruhsal hastalıklar; yaygınlık, hastalık yükü ve yeti yitimi hesaba katılınca Avrupa Bölgesi'ndeki en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir. Depresyon, kaygı ve şizofreni dahil olmak üzere ruhsal hastalıklar, pek çok ülkede yeti yitiminin ve erken emekliliğin başlıca nedenidir ve ekonomilere büyük yük getirmektedir (3).

Avrupa Birliği ülkeleri, İzlanda, Norveç ve İsviçre'de yapılan toplum çalışmalarından elde edilen verilerin ve istatistiklerin sistematik incelemesine göre; yetişkin nüfusun (18-65 yaş) %27'si son bir yılda en az bir dizi ruhsal bozuklukları (madde kullanımı, psikoz, depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarından kaynaklanan sorunlar da dahil olmak üzere) yaşamıştır (4).

Çoğu Avrupa ülkesi genel pratisyen hekimlerinin yaygın ruhsal hastalıklarla uğraştığını bildirmektedir. Genel pratisyen hekimler ruhsal hastalıkların tespit edilmesi, teşhisi ve yönlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ancak çoğu ülkede ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının tedavi vermesi beklenmekte, genel pratisyen hekimler ise destekleyici rol oynamaktadır (4).

Ruhsal sağlık sorunları olan insanların büyük çoğunluğu için birinci basamak ilk erişim noktası olmaya devam etmektedir. Birinci basamağa başvurma çekincesi düşüktür,

hizmetlere kolay ulaşılabilir. DSÖ'ye göre özellikle anksiyete ve depresyon gibi yaygın ruhsal sağlık sorunları için kısa müdahaleler, birinci basamakta verimli bir şekilde sağlanabilir (3).

Sağlığın korunmasında en temel basamak, kişinin sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür. Aile hekiminin en önemli görevlerinden biri de bireylere sağlık eğitimi vermektir. Ayrıca sağlığın korunmasında en önemli faktörlerden biri de sağlıklı çevredir (5).

Aile hekimi, temel olarak tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve sürekli bakım vermekle yükümlü hekimlerdir. Kişilere aileleri, yaşadıkları topluluk ve kültürleri bağlamında sağlık hizmeti verirler. Topluma karşı sorumlulukları vardır. Hastalarıyla tekrarlayan görüşmelerinde elde ettikleri bilgi ve güveni kullanarak hastası hakkındaki fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri entegre ederler (6).

Aile hekimliğinin görevleri arasında; veri toplama ve kayıt tutma, koruyucu hekimlik, sağlık eğitimi, sağlık danışmanlığı ve yönlendirme, birinci basamak tanı ve tedavi, kronik hastalık izlemi ve rehabilitasyonu, periyodik muayene gibi görevler bulunmaktadır. Birincil koruma yani hastalığın oluşumunun önlenmesi en etkin biçimde birinci basamakta sunulabilir. Erken tanı ve tedavi açısından etkin aile hekimliği, sağlık sisteminin bütününü etkilemektedir. Ayrıca aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılı olabilir (7).

Aile hekiminin görevi sadece hastalıkların tedavisi olmayıp sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi de görevleri içindedir. Amacı erken tanı koymaktır. Psikiyatrik rahatsızlıkların birinci basamakta tespit edilip erken müdahale edilmesi ya da önlenmesi yönünden de aile hekimine büyük iş düşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon ve anksiyete en sık görülen psikiyatrik tanılardır. Psikolojik sıkıntı ise ruhsal hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Yüksek psikolojik sıkıntı düzeylerine sahip insanların anksiyete ya da depresif bozukluğa sahip olma olasılıklarının yüksek olduğu bilinmektedir.

Birinci basamak hekiminin ruhsal hastalıktan şüphelendiği durumlarda bunu destekleyecek nesnel bir değerlendirme aracına gereksinimi olabilmektedir. Birçok ölçekle psikolojik belirtiler ölçülebilse de bunların çoğu çok uzundur ve zaman alır. İyi bir ölçüm aracının net, anlaşılır, kullanımı kolay, araştırmacılar ve izlemi yapılan kişilerce kabul görmüş olması gerekmektedir. Bu amaca yönelik olarak Harvard Tıp Fakültesi'nden Kessler ve arkadaşları tarafından, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin desteğiyle "Kessler Psychological Distress Scale" (K10) adlı bir ölçek geliştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada birinci basamakta kullanılabilecek bir tarama testi olan K10'un Türkçeye kazandırılması hedeflenmiştir.

## 1.2. PSİKOLOJİK SIKINTI

Psikolojik sıkıntı; depresyon (örneğin; ilgi kaybı, hüzün, umutsuzluk) ve kaygı (örneğin; huzursuzluk, gerginlik hissi) semptomları ile karakterize duygusal acı çekme hali olarak tanımlanmaktadır (8, 9). Bilimsel literatüre daha yakından bakıldığında, "psikolojik sıkıntı" ifadesinin, sıklıkla, depresyon ve genel kaygı belirtilerinden, kişilik özelliklerine, işlevsel yetersizliklere ve davranışsal sorunlara kadar değişen belirtilerin farklılaşmamış kombinasyonları için kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca sıkıntı, bazı psikiyatrik bozukluklar (örneğin; obsesif kompulsif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu) ve günlük yaşamda bozulma ile giden diğer bozukluklar (örneğin; majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu [YAB]) için bir tanı kriteridir (9).

Psikolojik sıkıntının değişen tanımları, bu durumu tanımak, teşhis etmek ve yönetmek açısından klinisyenler ve yardımcı sağlık çalışanları için zorluğa neden olabilir ve bu nedenle psikolojik sıkıntı az tanınmaya ve yetersiz tedavi edilmeye devam etmektedir (10, 11). Geniş bir tanımı olması ve teşhis edilmesinin zorluğu sebebiyle etkili bir tarama ölçeğine ihtiyaç olduğu açıktır.

Psikolojik sıkıntı ile kronik hastalıklar arasındaki komorbidite sıktır ve sayısız ilişkili faktör, diğer tıbbi koşullarla psikolojik sıkıntı çeken hastalar arasında komorbiditeyi artırmaktadır (12). Kanıtlar, psikolojik sıkıntıya bağlı mortalitenin yüksek olduğunu ve tek başına ciddi psikolojik hastalık yaşayan bireylerin genel nüfusa göre 25 yıl daha erken öldüğünü göstermektedir (13).

Psikolojik sıkıntının eşlik ettiği diyabetli kişilerde, artan sakatlık ve ölüm riski, yaşam kalitesinin düşmesi ve sağlık hizmeti kullanımının artması dahil olmak üzere zayıf diyabetik kontrol ve artan komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir (14). Tek başına psikolojik sıkıntının, kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet ve astım gibi kronik sağlık koşulları riskini artırabileceği öne sürülmüştür (15-17).

Hem diyabet hem de depresyon veya anksiyeteden muzdarip olan hastalar, kötü glisemik kontrol ve daha fazla komplikasyona sahiptir, çünkü çoğu hastanın doktor önerilerine uyma ve sağlık hizmetlerini kullanma olasılığı daha düşüktür (18).

Kadın cinsiyet, bekar olmak, 18 yaşın altında çocuk sahibi olmak, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, düşük sosyoekonomik durum ve gelir, etnik köken psikolojik sıkıntıya yakalanma riskini artırdığı düşünülen sosyodemografik değişkenlerdir (9). Bu altta yatan demografik faktörler, fiziksel ve ruhsal sağlık durumları arasındaki gözlemlenen ilişkiyi açıklayabilir (19).

Psikolojik sıkıntı kesitsel çalışmalarda incelenmiştir ve epidemiyolojiye ilişkin bilgiler, psikolojik sıkıntı prevalansının %5-27 arasında değiştiği büyük ölçekli nüfus araştırmalarında toplanan verilere dayanmaktadır (9).

Yeni Zelanda popülasyonunda ciddi ruhsal hastalık sıklığını taramak için K10 kullanılarak 2015 yılında yapılan çalışmada 15 yaş ve üzeri yetişkinlerde psikolojik sıkıntı düzeyleri araştırılmış, tüm yaş gruplarında kadınlarda daha yüksek oranlar bulunmuştur. Aynı çalışmada etnik kökene göre sıkıntı düzeylerine bakıldığında Pasifik kökenlilerde ve yerli (Māori) halkında psikolojik sıkıntı değerleri diğer etnik gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 1.1) (20).

**Tablo 1.1. Yeni Zelanda popülasyonunda 15 yaş ve üzeri yetişkinlerde K10 ile saptanan psikolojik sıkıntı sıklığı**

| Popülasyon | | Psikolojik sıkıntı | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Erkek | Kadın | Toplam | Tahmini sayı[2] |
| | | Yüzde (%) | Yüzde (%) | Yüzde (%) | |
| Yaş grubu (yıl) | 15–24 | 6,0 | 11,7 | 8,8 | 58.000 |
| | 25–34 | 5,6 | 11,1 | 8,4 | 52.000 |
| | 35–44 | 5,3 | 10,7 | 8,1 | 47.000 |
| | 45–54 | 5,5 | 8,1 | 6,8 | 43.000 |
| | 55–64 | 4,6 | 5,8 | 5,2 | 28.000 |
| | 65–74 | 2,7 | 4,5 | 3,6 | 14.000 |
| | 75+ | 3,8 | 4,3 | 4,1 | 12.000 |
| Etnik köken [1] | Māori | 7,5 | 13,3 | 10,5 | 51.000 |
| | Pasifik | 7,9 | 14,0 | 11,3 | 25.000 |
| | Asya | 4,1 | 8,3 | 6,1 | 28.000 |
| | Avrupa/Diğer | 4,8 | 7,9 | 6,4 | 183.000 |
| Toplam | | 5,0 | 8,6 | 6,8 | 256.000 |

1) Kişiler birden fazla etnik grupta sayılabilir, bu nedenle etnik gruplar arasında toplanan sayılar toplamdan daha fazladır. 2) Tahmini sayılar 1000 ve katlarına yuvarlanmıştır.
**Kaynak:** Ministry of Health, New Zealand Health Survey 2015/16

## 1.3. DEPRESYON

Depresyon sözcüğü çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan "*depress*" sözcüğü ise, Latince "*depressus*"tan gelmektedir. Depresyon bir duygudurum bozukluğu olup, duygudurumun çökkün olması halini tanımlar. Depresyon hastaları; enerji kaybı, iştahsızlık, uyku düzeni bozulması, anksiyete, konsantrasyon azalması, kararsızlık, huzursuzluk, değersiz hissetme, suçluluk hissetme veya umutsuz hissetme, kendine zarar verme veya intihar düşünceleri gibi semptomlardan birkaçına sahiptir.

Depresif bozukluklar iki ana alt kategori içerir:

**Majör depresif bozukluk / depresif dönem**, depresif ruh hali, ilgi ve zevk kaybı ve azalmış enerji gibi belirtileri içerir; semptomların türüne ve şiddetine bağlı olarak, depresif dönem hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilebilir (21).

Majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak bulunmuştur. Majör depresyon insidansı, birinci basamakta %10, yatan

hastalarda ise %15'tir. Depresyon altı aylıktan yaşamın son noktasına kadar yaşamın herhangi bir döneminde başlayabilir (22).

**Distimi**, hafif depresyonun kalıcı veya kronik bir şeklidir; distimi semptomları depresif atağa benzer, ancak daha az yoğun ve daha uzun sürme eğilimindedir (21).

**Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik Kitabı DSM-5'e (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) göre depresif bozukluklar (23):**

- Yıkıcı duygudurum disregülasyon bozukluğu
- Majör depresif bozukluk
- Persistan depresif bozukluk (distimi)
- Premenstrual disforik bozukluk
- Madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk
- Bir başka tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- Diğer tanımlanmış depresif bozukluk
- Ayırt edilememiş depresif bozukluk

**Majör depresif epizot için DSM-5 tanı ölçütleri:**

**a**. Aşağıdakilerden en az beşinin en az iki hafta süre ile gün boyu bulunması (1. veya 2. ölçüt mutlaka bulunmalı)

1. Depresif duygudurum
2. Anhedoni (ilgi, istek azalması)
3. İştah azalması ya da artması
4. Uyku azalması ya da artması
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6. Enerji azalması, yorgunluk
7. Suçluluk, değersizlik hissi
8. Konsantrasyon güçlüğü
9. İntihar eğilimi

**b**. İşlev kaybı vardır.

**c**. Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.

**d**. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

**e**. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

Depresyon, dünya genelinde bozulmuş sağlık ve engellilik durumunun önde gelen nedenlerinden biridir. Küresel düzeyde, dünya nüfusunun %4,4'üne denk gelen 300 milyondan fazla kişinin, depresyondan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada depresyon ile yaşayan toplam kişi sayısı 322 milyon civarındadır. Bu insanların neredeyse yarısı Güneydoğu Asya Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesi'nde yaşamaktadır. 2005 ile 2015 yılları arasında %18,4 gibi bir artış göstermiştir. Depresyon kadınlarda (%5,1) erkeklerden (%3,6) daha sık görülmektedir (21).

2016 yılında ABD'de yaklaşık 16,2 milyon yetişkin en az bir majör depresif dönem geçirmiştir. Bu sayı, tüm ABD yetişkinlerinin %6,7'sini temsil etmektedir. Majör depresif dönem prevalansı erişkin kadınlarda (%8,5) erkeklere göre (%4,8) daha yüksektir. Majör depresif atak geçiren yetişkinlerin prevalansının 18-25 yaş arası bireylerde en yüksek (%10,9) olduğu belirlenmiştir. Majör depresif atak prevalansı, erişkinlerde iki ya da daha fazla ırklı olan erişkinlerde en yüksektir (%10,5) (24).

DSÖ'nün 2017 yılında yayımlanan Depresyon ve Diğer Yaygın Ruhsal Bozukluklara İlişkin Global Sağlık Tahminlerine göre 2015 yılı için ülkemizde depresif hastalıklara sahip kişi sayısı 3.260.677, bu sayının toplam nüfusa oranı %4,4 olarak verilmektedir (21). TÜİK tarafından 2015 yılında yayımlanan 2014 verilerine göre; depresyon ülkemizde 15 yaş üzeri bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı ilk beş hastalık/sağlık sorunları arasında beşinci sırada olup kadınlarda %14, erkeklerde %7,4 olmak üzere toplamda %11 sıklığında görülmektedir (25).

Depresyon, her yaştan insanı etkileyebilecek olmasına ve etkilemesine rağmen, her yaş grubundan depresyona maruz kalma riski, yoksulluk, işsizlik, sevilen birinin ölümü ya da bir ilişki sonlanması, fiziksel hastalık ve alkol ve uyuşturucu kullanımından kaynaklanan sorunlar gibi yaşamsal olaylar ile artmaktadır (21). Tanımlayıcı çalışmalar, diyabetli hastalarda depresyon sıklığının diyabetli olmayan insanlara göre 2-3 kat fazla olduğunu göstermiştir (18).

Depresyon intihara yol açabilmektedir ve intihar için en önemli risk faktörü olarak bildirilmiştir (26). Her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. İntihar,

15-29 yaşları arasındaki ölümlerin önde gelen ikinci nedenidir. Depresyon için bilinen etkili tedaviler olmasına rağmen, etkilenen insanların yarısından azı bu tedavileri almakta, hatta çoğu ülkede bu oran %10'dan daha azdır. Etkili tedavinin önündeki engeller; kaynak yetersizliği, eğitimli sağlık hizmeti verenlerin olmaması ve ruhsal hastalıklarla ilgili sosyal çekincelerin olmasıdır. Diğer bir engel ise yanlış değerlendirmedir. Tüm gelir düzeyindeki ülkelerde, depresyondaki insanlara genellikle doğru teşhis konulmaz ve rahatsızlığı olmayanlarda ise sıklıkla yanlış teşhis konulup antidepresanlar reçete edilmektedir (27).

Depresyon hastalarında semptomların kapsamlı değerlendirilmesi ve tedavinin etkilerinin izlenebilmesi için belirtileri derecelendiren ölçekler kullanılması önemlidir ve oldukça yararlıdır. Başlangıç değerlendirmesi sonrası skorlarda %50 ve üzeri düzelme olması tedavi yanıtını göstermektedir. Her ölçek için ayrı tanımlanmış skor değerlerine inilmesi hastalığın remisyona ulaştığını göstermektedir ve tedavinin ilk hedefidir (28, 29).

Birinci basamak sağlık hizmetinde depresyon tanısını sağlamak için iki yaklaşım önerilmektedir. Yaklaşımlardan biri belirti taramasını günlük uygulamaya koymak, diğeri de sadece depresyonu düşündürecek yakınma ve belirti sergileyen hastaları değerlendirmek biçimindedir (30).

ABD Koruyucu Servis Hizmetleri, gebelik ve doğum sonrası kadınlar da dahil olmak üzere genel yetişkin popülasyonunda depresyon taramasının; doğru tanı, etkili tedavi ve uygun takip sağlamaya yeterli sistemlerle yapılmasını önermektedir (31).

## 1.4. ANKSİYETE

Kaygı bozuklukları, aşırı korku ve kaygı ve buna bağlı davranış bozukluklarının özelliklerini paylaşan bozuklukları içerir. Korku, gerçek veya algılanan yakın tehdide duygusal tepki verirken, kaygı gelecekteki tehdidin öngörüsüdür. Açıkçası bu iki durum çakışmaktadır. Ancak, korku; acil tehlike düşüncesi, kaçma davranışlarıyla ilişkiliyken, kaygı ise gelecek tehlikelere karşı temkinli olma veya kaçınma davranışlarıyla ilişkilidir (23).

Anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabı DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) anksiyete bozukluklarının sınıflaması aşağıda tanımlanan alt başlıklar şeklinde yapılmıştır (32).

**Anksiyete bozukluklarının sınıflaması (DSM-IV):**

1. Yaygın anksiyete bozukluğu
2. Panik bozukluk
   a. Agorafobi ile birlikte
   b. Agorafobi ile birlikte olmayan
3. Özgül fobi
4. Sosyal fobi
5. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)
6. Post-travmatik stres bozukluğu (PTSB)
7. Akut stres bozukluğu
8. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
9. Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
10. Başka türlü adlandırılamayan anksiyete bozukluğu

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabı DSM-5'te bu sınıflama değişmiştir (23):

1. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu
2. Seçici mutizm
3. Özgül fobi
4. Sosyal anksiyete bozukluğu (Sosyal fobi)
5. Panik bozukluk
6. Panik atak
7. Agorafobi
8. Yaygın anksiyete bozukluğu

9. Madde/İlacın neden olduğu anksiyete bozukluğu
10. Diğer tıbbi nedenlere bağlı anksiyete bozukluğu
11. Diğer tanımlanmış anksiyete bozukluğu
12. Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

DSM-5'te yaygın anksiyete bozukluklarının tanı kriterleri ise şöyle sıralanmıştır (23):

- En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak aşırı anksiyete ve endişe duyma
- Kişi, endişesini kontrol etmekte zorlanır
- Anksiyete ve endişeye, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha fazlası) eşlik eder
  - ✓ Huzursuzluk ya da gergin ya da diken üstünde olma hissi
  - ✓ Kolay yorulma
  - ✓ Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin boşalmış gibi olması
  - ✓ Kolay kızma
  - ✓ Kas gerginliği
  - ✓ Uyku bozukluğu
- Önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. Bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

## 1.5. ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Anksiyete bozuklukları, genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi, kaygı ve korku duygularıyla karakterize edilen bir grup ruhsal rahatsızlıktır. Depresyonda olduğu gibi semptomlar hafiften ağır dereceye kadar değişebilir (21).

Anksiyete bozukluklarına sahip küresel nüfus oranı 2015 yılında %3,6 olarak tahmin edilmiştir. Dünyada anksiyete bozukluğu yaşayan kişi sayısı 264 milyon dolayındadır ve 2005'ten 2015'e kadar %14,9 artış göstermiştir. Depresyonda olduğu gibi anksiyete bozuklukları da kadınlarda (%4,6) erkeklerden (%2,6) daha yaygındır. Yaygınlık oranları, yaş grupları arasında önemli oranda farklılık göstermemekle birlikte, daha yaşlı yaş grupları arasında daha düşük prevalansa doğru gözlemlenebilir bir eğilim vardır.

DSÖ verilerine göre ülkemizde anksiyete hastalıklarına sahip kişi sayısı 3 milyona yakındır, yaygınlık oranı %4'tür (21).

ABD'de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin yaklaşık %19,1'inin bir önceki yıl herhangi bir anksiyete bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir. Herhangi bir anksiyete bozukluğu prevalansı kadınlarda (%23,4) erkeklere (%14,3) göre daha yüksek bulunmuştur (33). ABD'li yetişkinlerin tahmini olarak %31,1'i yaşamlarında herhangi bir anksiyete bozukluğu yaşamaktadır (34).

**Yaygın anksiyete bozukluğu:** Sıklıkla gözden kaçan ve yeterince tanınmayan bir ruhsal bozukluktur. Hastalar, öncelikle birinci basamak hekimleri ve psikiyatri dışındaki hekimlere başvurduklarından, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Klinisyenler ise, çoğu zaman hastalığın ciddiyeti ve kronik gidişatının farkında değildir. YAB, sadece "endişeli" olmaktan ibaret değildir; anksiyete her zaman hissedilmektedir. Tanı kriterlerindeki değişiklikler nedeniyle, prevalans çalışmalarının sonuçları %2,8 ve %8,5 arasında değişmektedir, ortalama prevalans ise %5.8'dir. Birinci basamaktaki hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığı %8 oranındadır. YAB'nin görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Orta yaşlar ve ileri yaşlarda prevalans artarken, ergenlikte daha düşüktür (35).

Eşlik eden mental bozuklukların yüksek sıklığı, klinik seyri ve prognozu tahmin etmeyi güçleştirmektedir. Hastaların yaklaşık %25'i kadarında panik bozukluk, %50-80'sinde majör depresif bozukluk da görülür. Depresyon ile birlikteliği intihar riskini artırır. Yaşam boyu sürebilir (36).

**Panik bozukluğu:** Aniden ortaya çıkan ve zaman zaman tekrarlayan yoğun sıkıntı ya da korku nöbetleri temel özelliğidir. Genellikle genç yaşta başlamakta, ve ortalama ilk atak yaşı 25 civarındadır. Kadınlarda 2-3 kat daha sık görülmekte, ırka göre bir fark görülmemekte ancak yakın dönemde boşanma ya da ayrılık etkili olmaktadır (37). Panik bozukluğu yaşayan hastalar birinci basamak sağlık kurumlarına da sıklıkla başvurabilmektedir. DSÖ tarafından yayımlanan "Genel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Hastalıklar" başlıklı, ICD-10'a göre tanı konulan uluslararası çalışmada; panik bozukluğunun birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar arasındaki yaşam boyu prevalansının %3,4 olduğu belirtilmiştir (38).

ABD’de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin yaklaşık %2,7'sinin bir önceki yıl bir panik bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir. Panik bozukluğu prevalansı kadınlarda (%3,8) erkeklere (%1,6) göre daha yüksek bulunmuştur (33). ABD’li yetişkinlerin tahmini olarak %4,7’si yaşamlarında panik bozukluk yaşamaktadır (34).

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre, panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %1,5-2,5 olarak bulunmuştur. Panik ataklarının yaşam boyu prevalansı ise, tanı ölçütlerine göre değişmekle beraber, çeşitli ülkelerde %7 ila %9 arasında bulunmuştur (39, 40).

**Panik bozukluğu tanı ölçütleri (DSM-5’e göre) (23):**

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları
B. Ataklardan en az biri sonrasında, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi en az bir ay süreyle olur.
   - Yeni ataklar gelişmesinden ya da onların sonuçlarından ısrarlı bir tasa ya da endişe duyma
   - Ataklarla ilgili olarak uyuma yönelik olmayan belirgin davranış değişiklikleri gösterme (örn. egzersizden ya da alışık olunmayan durumlardan kaçınma gibi davranışlar)
C. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı olamaz.
D. Bu rahatsızlık, başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

**Agorafobi:** Kaçmanın zor olabileceği herhangi bir yerin veya durumun yoğun bir korku ve endişesini içeren bir endişe bozukluğudur. Agorafobi, evin dışında yalnız kalmak, araba, otobüs veya uçakta seyahat etmek ya da kalabalık bir bölgede olmak gibi durumlardan kaçınmayı kapsar (41).

ABD’de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin yaklaşık %0,9’unun agorafobisi olduğu tespit edilmiştir. Yetişkinler arasında agorafobinin yaygınlığı kadınlarda (%0,9) ve erkeklerde (%0,8) benzer bulunmuştur (33). ABD’li yetişkinlerin tahmini %1,3’ü hayatlarının bir döneminde agorafobi yaşamaktadır (34).

**Sosyal anksiyete bozukluğu:** Eskiden, sosyal fobi olarak tanımlanan bu bozukluk; kişinin tanımadığı insanlara maruz kaldığı veya başkaları tarafından muhtemel bir incelemeye tabi tutulduğu bir veya daha fazla sosyal ya da performans durumunun devam eden korkusu ile karakterizedir. Birey, utanç verici ve aşağılayıcı olacak bir şekilde (ya da endişe belirtileri gösteren) hareket edeceğinden korkar (41).

ABD'de yapılan bir çalışmada yetişkinlerin yaklaşık %7,1'i sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur. Erişkinler arasında sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığı kadınlarda (%8) erkeklere (%6,1) göre daha yüksek tespit edilmiştir (33). ABD'de yetişkinlerin tahmini %12.1'i hayatlarının bir döneminde sosyal anksiyete bozukluğu yaşamaktadır (34).

Yaşam boyu prevalansı %13,3, bir yıllık prevalans %7,9 olarak bulunmuştur. Yalnız yaşayan, evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde daha sıklıkla görülmektedir. Sıklıkla yaşamın ikinci on yılında, tipik olarak 13-20 yaşlarında başlamaktadır (36).

**Özgül fobi:** Özgül fobi, çok az ya da hiç gerçek tehlike teşkil etmeyen bir şeyin yoğun, mantıksız bir korkusudur. Her ne kadar fobileri olan yetişkinler, bu korkuların akıl dışı olduğunu fark etseler de, korkulan nesne veya durumla yüzleştiğini düşünmek bile, ağır anksiyete belirtileri gösterir (41).

ABD'de 2007'de yapılan çalışmada yetişkinlerin tahminen %9,1'inin bir önceki yıl özgül fobisi olduğu bildirilmiştir. Bir önceki yıl erişkinler arasında özgül fobinin yaygınlığı kadınlarda (%12,2) erkeklere (%5,8) göre daha yüksek bulunmuştur (33). ABD'li yetişkinlerin tahmini %12,5'i hayatlarında bir süre özgül fobi yaşamaktadır (34).

**Obsessif-kompulsif bozukluk:** OKB, kişinin kontrol edilemeyen, tekrar eden düşüncelerini (obsesyon) ve davranışlarını (kompulsiyon) sürekli tekrar etme dürtüsünü hissettiği yaygın, kronik ve uzun süreli bir hastalıktır (41). DSM-5'te "Obsessif-kompulsif ve ilişki bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır (23).

ABD'de 2007'de yapılan çalışmada yetişkinlerin tahminen %1,2'sinin son bir yılda OKB'si olduğu tespit edilmiştir. Bir önceki yıl OKB prevalansı kadınlarda (%1,8)

erkeklere (%0,5) göre daha yüksek tespit edilmiştir (33). ABD'de yetişkinlerin arasında yaşam boyu OKB prevalansı %2,3 olarak bulunmuştur (34).

Bir başka çalışmaya dayanarak yaşam boyu prevalansı tahminen %2-3 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %25'inde semptomlar çocuklukta, %29'unda ergenlik döneminde başlamaktadır. Sinsi başlayıp ortalama 20 yaş dolayında klinik sendrom düzeyinde ortaya çıkmaktadır. Nadiren tetikleyici olay saptanmakta, ama stresli durumlar semptomlarda alevlenmelere yol açmaktadır (42).

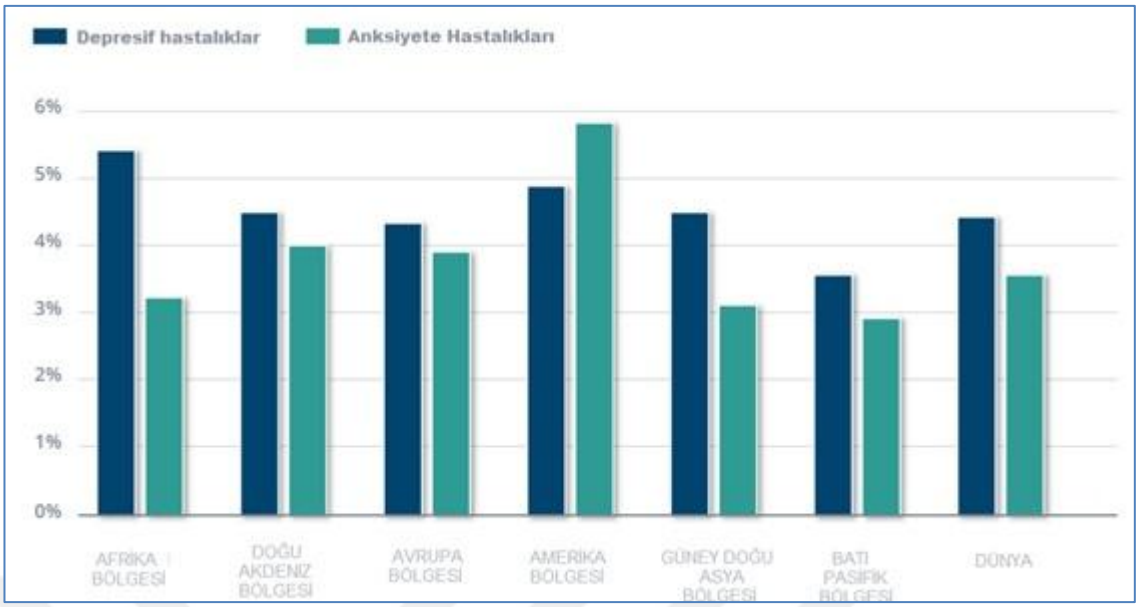
OKB, diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülebilir; %46,5 fobi, %31,7 major depresyon, %13,8 panik bozukluk, %24,1 alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, %12,2 şizofreni, %1,3 şizofreniform bozukluk, %17,6 diğer ilaç kötüye kullanımı ve bağımlılığı OKB'ye eşlik etmektedir (36).

**Travma sonrası stres bozukluğu:** DSM-IV'te, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma, bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir durumla karşılaşması, böyle bir duruma tanık olma gibi ağır travmatik olaylardan sonra ortaya çıkabilen, özgül semptomlarla kendini gösteren bir tablo olarak tanımlanmaktadır (43). DSM-5'te "Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır (23).

Genişletilmiş Ulusal Komorbidite Araştırması (NCS-R) 2007 tanısal görüşme verisine göre, ABD'de bir önceki yıl yetişkinlerin tahmini %3,6'sı TSSB geçirmiştir. Erişkinlerde TSSB yaygınlığı kadınlarda (%5,2) erkeklere (%1,8) göre daha yüksek bulunmuştur (33). Yaşam boyu TTSB prevalansı %6,8 olarak tespit edilmiştir (34).

Bir başka çalışmada ise yaşam boyu yaygınlığı %1-3 olarak tahmin edilmektedir, %5-15'i bozukluğun subklinik formlarını yaşayabilmektedir. Travmatik olaylar yaşamış, yüksek riskli kişilerde yaşam boyu yaygınlık %5-75 arasında değişmektedir. En sık genç erişkinlerde görülür. Bekar, boşanmış, dul, ekonomik olarak sorunlu ya da sosyal çekilmesi olanlarda bozukluk daha sıktır (36, 42).

Psikolojik sıkıntı, depresyon ve anksiyete gibi yaygın ruhsal hastalıklar dünyada en sık görülen psikiyatrik hastalıkların başında gelmektedir. DSÖ bölgelerine göre ve dünya genelinde yaygın ruhsal hastalıkların prevalansı Şekil 1.1'de görülmektedir (44).




**Şekil 1.1. DSÖ bölgelerine göre ve dünya genelinde yaygın ruhsal hastalıkların prevalansı** (Kaynak: Global Burden of Disease Study 2015)

## 1.6. DEPRESYON VE ANKSİYETE BİRLİKTELİĞİ

Anksiyete ve depresyonun, ortak genetik, nörobiyolojik ve nöroendokrin risk etkenlerine sahip olduğu düşünülmektedir. Küey ve arkadaşları, depresyon ve anksiyete belirtilerinin dağılımlarını inceledikleri bir çalışmada, örtüşmenin yönünün anksiyete bozukluğundan depresif bozukluğa doğru olduğunu ve ayrışmayı sağlayan belirtilerin ise depresyon belirtileri olduğunu belirtmişlerdir (45).

ABD'de gerçekleştirilen büyük ölçekli bir çalışmada, majör depresyonu olan hastaların %58'inde ek olarak anksiyete bozukluğuna sahip olduğu, aynı şekilde anksiyete bozukluğu olan hastaların ise %68'inde ikincil bir majör depresyon görüldüğü saptanmıştır (46).

Birinci basamakta anksiyete ve depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmekle birlikte bu hastaların ön plana getirdikleri yakınmalarının davranışsal ve ruhsal olmaktan çok bedensel olduğu görülmektedir. Birinci basamakta bu tür hastalar tipik olarak bedensel yakınmanın yanı sıra yaşam sorunlarıyla iç içe geçmiş anksiyete ve depresyon belirtileri ve beraberinde psikolojik içgörünün çok az olmasıyla karakterizedirler. Bu nedenle yeterli bir bedensel inceleme yapıldıktan sonra tam olarak açıklanamayan sırt ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, uyku iştah sorunu

ve yorgunluk yakınmaları olan hastalarda depresyon ya da anksiyete bozukluğu olabileceği düşünülerek sorgulanmaları önerilmektedir (47).

Tedavi edilmeyen depresyon ve anksiyetenin bedensel işlev kabiliyeti üzerindeki etkisi, kalp rahatsızlığı veya artrit gibi diğer yaygın sağlık sorunlarınınkinden daha yüksek veya eşit olduğu rapor edilmiştir (48).

Tarama araçlarının rutin kullanımı, doktorların depresyon ve anksiyete bozukluklarını tanımasını önemli ölçüde artırabilir (48). Bu da hızlı tanı konularak tedaviye başlanabilmesi için hem hasta hem de doktor açısından büyük avantaj sağlamaktadır.

## 1.7. PSİKOLOJİK SIKINTININ ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN ÖLÇEKLER

Depresyon ve anksiyete sık karşılaşılan tanılar olduğundan dünyada ve ülkemizde bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Araştırmalarda, psikolojik belirtilerin saptanmasında çok çeşitli ölçekler kullanılır. İyi bir ölçüm aracının net, anlaşılır, kullanımı kolay, araştırmacılar ve izlemi yapılan kişilerce kabul görmüş olması gerektiği bildirilmektedir. DSÖ'nün yayımladığı "Hastalık Taraması İlkeleri ve Uygulamaları" kitabında Wilson ve Jungner tarafından tarama aracında olması gereken kriterler oluşturulmuştur (49):

1. Araştırılan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Teşhis edilen hastalığa sahip hastalar için kabul edilmiş bir tedavi olmalıdır.
3. Tanı ve tedavi için imkanlar mevcut olmalıdır.
4. Teşhis edilebilir bir latent veya erken semptomatik evre olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene olmalıdır.
6. Test, toplum için kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın latent evresinden ortaya çıktığı zamana kadar gelişimi de dahil doğal seyri yeterince anlaşılmalıdır.
8. Hasta olarak tedavi edilecekler üzerinde anlaşmaya varılmış yol haritası bulunmalıdır.
9. Vaka tarama maliyeti (teşhis edilen hastaların tanı ve tedavisi de dahil olmak üzere), olası tıbbi bakım harcamaları ile tümüyle ekonomik olarak dengelenmelidir.
10. Vaka tarama, bir kerelik bir proje değil, sürekli bir süreç olmalıdır.

Bir ölçeğin gelişimi uzun bir süreçtir. Kısaca, dört ana adımdan oluşur. Birincisi, mevcut ölçeklerden ya da çalışılan yapının ve hedeflenen popülasyonda bu yapıyı destekleyen kavramsal çerçevenin tanımına dayanarak formüle edilen bir dizi öğe seçilir. Örneğin, ergenlerde ve yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi farklı kavramsal çerçeve gerektirecektir, çünkü bu iki yaş grubundaki yaşam kalitesinin ana bileşenleri önemli ölçüde farklılık göstermektedir. İkincisi, öğelerin başlangıç havuzundan, bu öğelerin hedeflenen popülasyonun temsil eden daha küçük bir grup belirlenir. Üçüncüsü, bu daha küçük grupları, ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliğini doğrulamak için birkaç istatistiksel analize (örneğin; faktör analizi, duyarlılık ve özgüllük analizleri, alıcı çalışma eğrisi - ROC analizi, test-tekrar test analizi) gönderilir. Dördüncüsü, ölçeğin nihai bir versiyonu, doğrulama analizlerinden elde edilen bulgulara dayanarak inşa edilir. Bu süreç doğrusal görünmekte, ancak bir adımda hayal kırıklığı yaratan sonuçlar, önceki adımlara geri gitmeyi gerektirebilir (9).

Aşağıda depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntı tanısı tespitinde yardımcı olan ve dünyada sıklıkla kullanılan ölçekler verilmiştir:

### 1.7.1. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. Yirmi bir belirti kategorisini içeren, 0'dan 3'e kadar değişen dört puanlama sistemi ile kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler depresyonun açık davranışsal belirtileri ile ilişkileri temelinde seçilmiştir ve depresyondaki etiyolojiye veya altta yatan psikolojik süreçlere ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Belirlenen semptom-tutum kategorileri şunlardır: Ruh hali, kötümserlik, başarısızlık duygusu, memnuniyet eksikliği, suçluluk duygusu, cezalandırılma hissi, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma isteği, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, beden imajı, çalışma isteksizliği, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, bedensel uğraşı, libido kaybı. Bu 21 kategoriden alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) (50) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli tarafından yapılmıştır (51).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Dördüncü Basımının (DSM-IV) Tanısal ve Elkitabını yayınladıktan sonra, 1996 yılında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), majör depresif bozukluk için tanı ölçütlerindeki değişiklikleri yansıtacak şekilde revize edilerek BDÖ-II ortaya çıkarılmıştır. BDÖ-II de 0'dan 3'e kadar puanlanmış 21 sorudan oluşmaktadır (52).

### 1.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendi kendine değerlendirme ölçeğidir. BAÖ, özellikle depresyonla ilişkisini en aza indirmek için geliştirilen anksiyete şiddetini ölçmek için kullanılan 21 maddelik bir öz bildirim aracıdır. Beck ve arkadaşları (53) tarafından 1988'de geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998'de yapılmıştır (54). BAÖ'yü kullanırken, katılımcılar her semptomun şiddetini 0'dan 3'e kadar değişen dört puanlık bir skalada derecelendirir.

### 1.7.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton ve arkadaşları tarafından 1961 yılında depresif hastaların incelenmesi ve belirtilerinin faktör analizi sonucunda geliştirilen (55) ve 1967'de aynı araştırmacı tarafından gözden geçirilerek bir takım değişikliklerle son şekli verilen HDDÖ, depresif hastalarda belirtilerin şiddetini saptamak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (56). Derecelendirmede Likert tipi bir puanlama sistemi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (57).

### 1.7.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek, anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ruhsal ve somatik anksiyete kadar depresif semptomları da ölçmektedir. 14 maddeden oluşmuş bu ölçekte, belirti varlığı ve şiddeti, görüşme anında görüşenin kanaatine dayanmaktadır. Derecelendirme her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0 ile 4 arasında bir puanlama sistemi yardımıyla yapılmaktadır (58). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır (59).

### 1.7.5. Hasta Sağlık Anketi-9 (The Patient Health Questionnaire; PHQ-9)

PHQ-9, depresyonun şiddetini taramak, teşhis etmek, izlemek ve ölçmek için kullanılan çok amaçlı bir araçtır. DSM-IV depresyon tanı ölçütlerini içermektedir. Ölçek, skorlama şiddeti endeksine etki eden semptomların sıklığını derecelendirir. PHQ-9 klinik pratikte yararlı ve kısadır. PHQ-9 hasta tarafından dakikalar içerisinde tamamlanır ve klinisyen tarafından hızlı bir şekilde puanlanır. PHQ-9, tekrar tekrar uygulanabilir, bu da tedaviye yanıt olarak depresyonun iyileşmesini veya kötüleşmesini yansıtabilir. PHQ-9'un tanısal geçerliliği sekiz birincil bakım ve yedi obstetrik kliniğinin katıldığı çalışmalarda belirlenmiştir. On ve üzerinde bulunan PHQ skorunun, majör depresyon için %88'lik bir duyarlılığa ve % 88'lik bir özgüllüğe sahip olduğu bulunmuştur (60).

### 1.7.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Zigmond ve Snaith tarafından 1983'de geliştirilerek geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Uzun zamandır kullanılagelen ve yatarak tedavi gören hastaların psikolojik durumlarını değerlendirmedeki etkinliği değişlik çalışmalarla gösterilmiş olan 14 sorudan oluşmuş bir anket formudur. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. HAD ölçeğinin kesme puanı ≥8 olup Aydemir ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği kanıtlanmıştır (61).

### 1.7.7. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ), Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilen 42 maddelik, anksiyete, depresyon ve stres ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Depresyon ve anksiyetenin kategorik değil boyutsal yapıları temsil ettiği temelinde, ölçek geliştirmek için ağırlıklı olarak klinik olmayan örnekler kullanmıştır (62).

Uncu ve ark. tarafından Türkçeye çevrilen DASÖ, son bir hafta içinde depresyon, anksiyete ve stres belirtilerini ölçer. Üç ölçekten oluşur, her biri 0-3 arasında puanlanan 14 maddeden oluşmaktadır ve her ölçek için olası puan aralığı 0–42'dir. Normal aralıkta değerlendirilen skorlar depresyon için 0-9, anksiyete için 0-7 ve stres için 0-14'tür. Bu

aralıkların üzerindeki puanlar problemin derecesini orta değerden aşırıya doğru gidişi gösterir (63).

### 1.7.8. Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire)

Genel Sağlık Anketi, birinci basamakta, genel tıbbi uygulamalarda, minor ve psikotik olmayan psikiyatrik durumları tespit etmek için toplum araştırmalarında bir ruhsal sağlık tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Hızlı bir tarama aracı olarak kullanılan kısa bir ölçektir. On iki maddelik olup Likert formatındadır ve yanıt aralığı 0-1-2-3 veya 0-0-1-1'dir. Birçok dile tercüme edilmiş, doğrulanmış ve iyi madde-toplam korelasyonuna sahiptir (64).

### 1.7.9. Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (Kessler Pyschological Distress Scale)

Kısaca K10 adıyla bilinen Kessler Pyschological Distress Scale, spesifik olmayan psikolojik sıkıntı ve ciddi ruhsal hastalık için tarama yapmak üzere geliştirilmiş olsa da, birincil bakım ve ruhsal sağlık düzenlemelerinde tarama ve sonuç ölçütleri olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır. Genel nüfusta ciddi psikolojik sıkıntıyı belirleyen hassas maddeler kullanılarak oluşturulmuştur. K10, katılımcıların sinirlilik, umutsuzluk, hüzün, değersizlik ve yorgunluk gibi belirtileri görme sıklığını ölçer. Spesifik olmayan psikolojik sıkıntı hakkında 10 sorudan oluşmaktadır ve bir kişinin görüşme öncesindeki dört hafta içinde yaşadığı mevcut ve depresif belirtilerin düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yanıt seçenekleri, 1'den (hiçbir zaman) 5'e (her zaman) kadar değişen beş puanlı Likert tipi ölçek üzerine kurulmuştur. En düşük 10, en yüksek 50 puan elde edilmektedir. Yüksek puanlar daha fazla psikolojik sıkıntıya işaret eder (65).

K10 için maddeler, Zung Depresyon Skalası, Beck Depresyon Ölçeği ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi - Depresyon Ölçeği gibi tanınmış araçlar da dahil olmak üzere 18 mevcut araçtan türetilen 612 sorudan seçilmiştir (66). Çalışmalar, K10'un ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde mükemmel bir araç olduğunu göstermiştir (67).

## 1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Günümüzde ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve iş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaları nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır. Birinci basamak bu önemli halk sağlığı sorununda korunma ve tedavi yönünden, ilk başvuru yeri olması nedeni ile önemli bir konuma sahiptir. Bu nedenle birinci basamakta uygulanabilir, kısa süren, kolay anlaşılır ve yeterli bilgiyi sağlayan bir tarama yönteminin kullanımı yararlı olacaktır. Bu araştırmada Kessler ve arkadaşları tarafından geliştirilen K10 adlı ölçeğin Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerde tarama testi olarak kullanılabilmesi için "Psikolojik Sıkıntı Ölçeği" adıyla Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Birçok hastalıkta olduğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların da önemli bir bölümü ilk başvuru yeri olan birinci basamakta çözümlenebilir. Gültekin ve arkadaşlarının üçüncü basamakta yaptığı bir çalışmada, ruhsal sorunlar dışındaki sebepler ile birinci basamağa başvuru oranı %66,3 olmasına rağmen ruhsal sorunlar için birinci basamak sağlık birimine başvuru oranını %17,7 olarak saptamıştır. Psikiyatrik hastalıklar için birinci basamak hekimine güvenmeyen katılımcıların güvenmeme nedenleri arasında en sık "Sadece uzman hekim anlar" düşüncesi olduğu görülmüştür (68).

Özilice ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, katılımcıların psikiyatrik sorunlar dışında birinci basamağa başvuru oranının %65,5 olmasına rağmen, psikiyatrik sorunları nedeniyle birinci basamağa başvurunun çok az (%3,8) ve psikiyatrik sorunları nedeniyle yaşamları boyunca en az bir kez birinci basamağa başvurunun oldukça az (%13,7) olduğu belirlenmiştir. Aile hekimine başvuran katılımcıların yarıdan fazlası (%52), psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde aile hekimine güvenmediğini belirtmişler ve güvenmeme nedenleri arasında en sık olarak "Psikiyatrik hastalıkların sadece uzman hekim tarafından tedavi edilebileceği" ve "Aile hekimlerinin yetersiz eğitimi" olduğu saptanmıştır (69). Dolayısıyla hastaların psikolojik sıkıntı yaşadıklarında aile hekimlerine başvurmama nedenlerine bakılınca hastaların aile hekimlerine bu konuda güvenmemesi, aile hekimlerinin yetersiz psikiyatrik görüşme becerisine sahip olması ve psikiyatrik rahatsızlara önem vermemesi ön plana çıkmaktadır.

Birinci basamağın kolay ulaşılabilir olduğu ve aile hekimi-hasta ilişkisinin uzun süreli ve yakın olduğu düşünülürse ruh sağlığı hastalarının tanı ve tedavi hizmetlerinin birinci basamakta verilmesi ve gerekli durumlarda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesi daha uygun olacaktır. Ayrıca ülkemizde mevcut erişkin ve çocuk ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman sayısının yetersiz olmasının yanı sıra psikiyatrik hastalıkların toplumda sık görülmesi ve hastalık yükünün fazla olması göz önüne alınırsa, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesi daha etkili ve uygun olacaktır (70).

Psikolojik sıkıntı; çevreye, diğer kişilere ve kişinin kendisine yönelik olumsuz görüşlere neden olabilir. Hüzün, kaygı, dikkat dağılması ve mental hastalık semptomları psikolojik sıkıntıların belirtileridir. Birçok ölçekle psikolojik belirtiler ölçülebilse de bunların çoğu çok uzundur ve zaman alır. İyi bir ölçüm aracının net, anlaşılır, kullanımı kolay, araştırmacılar ve izlemi yapılan kişilerce kabul görmüş olması istenmektedir (49). Kessler ve arkadaşları tarafından, ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin desteğiyle geliştirilen K10 adlı ölçek, klinik olarak psikolojik sıkıntının hassasiyetini ve duyarlılığını optimize etmek, cinsiyet ve yaş gruplarında tutarlı bir hassasiyet sağlamak için tasarlanmıştır. Çeşitli çalışmalarla K10’un cinsiyet, eğitim veya yaşla ilgili taraf tutmadığı gösterilmiştir. Bu çalışma ile birinci basamakta rutin olarak kullanılabilecek bir tarama testi olan K10’un Türkçeye kazandırılması hedeflenmiştir.

# 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile yapıldı. Çalışma öncesi SBÜ Antalya EAH İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 23.06.2017 tarih ve 11/04 karar no ile etik kurul onayı alındı (Ek 1).

## 2.1. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırma evrenini Antalya EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri kişi sayısının günde ortalama 50 olduğu dikkate alınarak araştırmanın uygulanacağı 2017 yılı Ağustos, Eylül, Ekim aylarında yaklaşık 3000 kişinin polikliniğe başvuracağı tahmin edildi. 2015 yılı TUİK verilerine göre Türkiye'de depresyon görülme sıklığı %11 olarak bildirilmektedir (25). Güvenilirlik seviyesi %99, güven aralığı %95 ve örneklem hatası 0.05 alınarak ulaşılması gereken örneklem sayısı EpiInfo 7.2.0.1 programı ile en az 143 olarak hesaplandı.

Ağustos – Ekim 2017 aylarında SBÜ Antalya EAH Aile Hekimliği ve Psikiyatri polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri 200 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. On sekiz yaşından küçük, katılmak istemeyenler, demans veya benzeri bir hastalığa bağlı iletişim sorunu olanlar, konuşma bozukluğu olanlar, şahsen olur veremeyecek durumda olanlar ve acil olgular araştırmaya dahil edilmedi.

## 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma dönemi içinde polikliniğe başvuran ve dahil etme kriterlerine uyan kişilere çalışma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü onam alındıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllülük ve Olur Formu (Ek 2) doldurulup imzalatılarak yazılı onam alındı. Çalışmada katılımcıların demografik bilgilerinin sorgulandığı bir anket formu (Ek 3) ile Türkçeye uyarladığımız K10 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ) ve referans test olarak kullanılan Birinci Basamak İçin Beck

Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) uygulandı. Formlar katılımcılarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

**K10-PSÖ:** K10-PSÖ'nün orijinali olan K10, Harvard Tıp Fakültesi'nden Kessler ve arkadaşları tarafından, ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin desteğiyle geliştirilmiştir. K10, DSÖ'nün Dünya Akıl Sağlığı Girişimi'ndeki tüm ulusal anketlerin kapsamına dahildir (71). K10, klinik olarak psikolojik sıkıntının hassasiyetini ve duyarlılığını optimize etmek ve cinsiyet ve yaş gruplarında tutarlı bir hassasiyet sağlamak için tasarlanmıştır. Çeşitli çalışmalar, K10'un cinsiyet, eğitim veya yaştan bağımsız sonuç verdiğini göstermiştir. K10, insanların son dört hafta boyunca sinirlilik, ajitasyon, psikolojik yorgunluk ve depresyon düzeyleri hakkında 10 sorudan oluşan, psikososyal sıkıntı boyutunu ölçmek için geliştirilen bir ankettir (Ek 4). K10, beş seçenekli 10 sorudan oluşmaktadır. 1'den 5'e kadar bir derecelendirme içermekte, en düşük 10 puan, en yüksek 50 puan alınabilmektedir. K10'dan elde edilen puana göre psikolojik sıkıntı düzeyleri yorumlanmaktadır (Tablo 2.1)

**Tablo 2.1. K10'a verilen yanıtlara göre psikolojik sıkıntı düzeyleri yorumlanması**

| K10 Toplam Skoru | Psikolojik Sıkıntı Düzeyi |
|---|---|
| 10 – 19 | Muhtemel iyi |
| 20 – 24 | Muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık |
| 25 – 29 | Muhtemel orta ruhsal rahatsızlık |
| 30 – 50 | Muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık |

K10-PSÖ'nün uyarlamasında; gerekli izinler (Ek 5) alındıktan sonra, DSÖ Çeviri Protokolü'ne uygun olarak aşağıdaki adımlar izlendi (72):

**İleri çeviri:** K10 ölçeği, ana dili Türkçe olan, Amerikan-İngiliz kültürünü iyi bilen profesyonel tercüman tarafından Türkçeye çevrildi. Kelime kelime çeviri yerine, sözcüklerin anlamsal karşılığı kullanıldı. Tıbbi terimler yerine yaygın kullanılan sözcükler yeğlendi.

**Uzman panel:** Sorumlu araştırmacı tarafından uzman panel toplanarak çeviri incelendi. Uzman panelde bir tercüman, bir psikiyatri uzmanı, bir aile hekimliği uzmanı ve bir aile

hekimliği asistanı bulunmaktadır. Çeviri incelenip değerlendirilerek ilk Türkçe versiyon oluşturuldu.

**Geri çeviri:** Oluşturulan ilk Türkçe versiyonun geri çevirisi, anadili Amerikan İngilizcesi olan ve daha önce ölçek hakkında bilgisi olmayan profesyonel tercüman tarafından yapıldı. Geri çeviri, panelde görüşülerek orijinal ölçek ile karşılaştırıldı, K10'un orijinali ile uyumlu olduğu görülerek değişikliğe gerek duyulmadı.

**Uluslararası uyumlaştırma:** Ölçeğin bu versiyonu, sadece Türkiye için uyarlanacağından ve ülkede resmi dil Türkçe olmasından dolayı uluslararası uyumlaştırmaya gerek kalmadı.

**Pre-test ve bilişsel görüşmeler:** Türkçe çevirisi yapılan ölçek, 20 kişiye pre-test şeklinde uygulandı. Bu 20 kişi farklı cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik grupları kapsamaktadır. Pre-test ile birlikte madde madde geri bildirim alındı. Bu geri bildirimde;

1. Anket hakkında genel görüşleriniz nelerdir?
2. Açıklamalarla ilgili görüşleriniz nelerdir?
3. Bu anketi doldurmanız ne kadar sürdü?
4. Soruların sayısı kabul edilebilir mi?
5. Soruların sırası mantıklı mı?
6. Cevap vermede zorlandığınız veya anlayamadığınız sorular oldu mu? (Herhangi bir kelimenin kabul edilemez veya saldırgan bulunup bulmadığı, kendi sözleriyle soruyu tekrarlayıp tekrarlayamayacakları soruldu)
7. Genel olarak anketin anlaşılabilirliği ve sadeliği nasıldır?
8. Soruların derecelendirmesiyle ilgili problem yaşadınız mı, bu konuda başka bir öneriniz var mı?
9. Anketle ilgili herhangi başka bir öneriniz var mı?
10. Anketi doldurmak için yardıma ihtiyaç duydunuz mu? Kim yardım etti?

şeklinde 10 soru soruldu.

Bu sorulara verilen yanıtlar genel olarak;

1. S2-S6 soruları dışında anlaşılır bir anket
2. Açıklamalar yeterli

3. Anketi doldurma süresi 2-10 dakika arası, ortalama 4.8 dakika
4. Soruların sayısı; kabul edilebilir
5. Soruların sırası; mantıklı
6. S2, S3, S4 sorularına cevap vermede zorlandım. Saldırgan kelime bulmadım.
7. Genel olarak anket sade ve anlaşılabilir.
8. Soruların derecelendirmesinde sorun yaşamadım
9. Anket ile ilgili önerim yok
10. Anketi doldurmak için kimseye ihtiyaç duymadım

şeklindedir.

Verilen bu yanıtlar, uzman panel tarafından incelendi. S2, S3, S4 soruları daha anlaşılabilir ve sade olması için yeniden düzenlendi.

**Son versiyon:** Bu çalışmalar sonucunda Türkçe çevirinin son versiyonu ortaya çıkarıldı (Ek 6).

**BDÖ-BB:** Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği, yalancı pozitif depresyon oranlarını azaltan bir tarama testidir (73). BBÖ-BB'nin orijinali olan Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) ölçeği, Aktürk ve ark. tarafından Türkçeye çevirisi yapılmış, geçerlilik ve güvenirliği gösterilmiştir (Ek 7), (74). BDÖ-BB, üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlıklar, kendini beğenmeme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapar. Kullanılan başlıklar DSM-IV'e göre depresyonu yansıtan Beck Depresyon Ölçeği'nden (75) alınmıştır. Her başlıkta 0'dan 3'e kadar bir derecelendirme vardır; BDÖ-BB puanı her başlıkta verilen en yüksek puanların toplanmasıyla hesaplanır. Toplamda en fazla 21 puan elde edilebilir. BDÖ-BB skorunun 4 ve üzerinde olması, majör depresyon hastalığı tanısı olan ve olmayan hastaları tespit etmede %97 duyarlılık ve %99 özgüllüğe sahiptir. BDÖ-BB'nin iç tutarlılığının yüksek olduğu (alfa katsayısı 0,85) ve birinci basamak hastalarında majör depresyon taraması için etkili bir olgu bulma aracı olduğu saptanmıştır (76). BDÖ-BB'den elde edilen skora göre depresyon düzeyinin yorumlanması Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.2. BDÖ-BB skoruna göre depresyon düzeyinin yorumlanması**

| Toplam BDÖ-BB Skoru | Depresyon düzeyi |
|---|---|
| 0 – 3 | Minimal depresyon semptomları |
| 4 – 6 | Hafif depresyon semptomları |
| 7 – 9 | Orta depresyon semptomları |
| 10 – 21 | Ağır depresyon semptomları |

## 2.3. VERİ ANALİZİ

İstatistik analizleri SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş, 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama (Ort.), standart sapma (SS) ve medyan (ortanca), minimum (min), maksimum (maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Normallik testinde gruptaki örneklem sayısı 50'den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda Student t testi kullanılmıştır. İkiden fazla grubun parametrik olmayan karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda ise ANOVA testi ve ikili karşılaştırmalar için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Sıralı (ordinal) veya normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon testi, normal dağılıma uyan sürekli değişkenler için Pearson korelasyon testi yapılmıştır. Psikolojik rahatsızlığı olan ve olmayan hastaları K10 ölçeğine göre ayırt etmek ve kesim noktası belirlemek için ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapılmış ve sonuçlar eğri altında kalan alan (AUC), kesim (cut-off) noktaları, duyarlılık, seçicilik, PPV (positive predictive value), NPV (negative predictive value) değerleri ile sunulmuştur.

K10-PSÖ ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin analizinde ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmış, verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi yapılarak incelenmiştir. Ölçüt geçerliliğinin

belirlenmesinde ise, benzer özellikleri ölçen “Beck Depresyon Ölçeği” aynı gruba aynı zamanda uygulanmış ve elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile kontrol edilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında; Cronbach alfa katsayısı, Spearman Brown iki yarı test korelasyonu, madde toplam korelasyonu ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır.

# 3. BULGULAR

## 3.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya Antalya EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne çeşitli nedenlerle başvuran, 18 yaş ve üzeri 200 hasta dahil edildi. Bu 200 kişinin 112'si (%56) kadın, 88'i (%44) erkekti. Ortalama yaş 31,3±12,1 idi. Katılımcıların 110'u (%55,0) bekar, 82'si (%41,0) evli ve 8'i (%4,0) dul, ayrı yaşayan ya da boşanmış idi. Eğitim durumlarına bakıldığında büyük bir kısmı (%69) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipti. Katılımcıların meslekleri sorgulandığında; çoğunlukla işçi (%29,5), öğrenci (%24,5) ve serbest meslek (%18) olarak bulundu (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı**

| Demografik özellikler | | Sayı | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 112 | 56 |
| | Erkek | 88 | 44 |
| Eğitim | Okur-yazar değil | 3 | 1,5 |
| | İlkokul mezunu | 20 | 10 |
| | Ortaokul mezunu | 39 | 19,5 |
| | Lise mezunu | 80 | 40 |
| | Üniversite mezunu | 49 | 24,5 |
| | Yüksek lisans mezunu | 9 | 4,5 |
| Meslek | İşçi | 59 | 29,5 |
| | Öğrenci | 49 | 24,5 |
| | Serbest meslek | 36 | 18 |
| | Ev hanımı | 21 | 10,5 |
| | Memur | 20 | 10 |
| | İşsiz | 9 | 4,5 |
| | Emekli | 6 | 3 |

## 3.2. HASTALIK, TANI, İLAÇ KULLANIMI VE AİLE HEKİMİNE BAŞVURU DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

"Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığı olup olmadığı" sorulan katılımcıların 62'si (%31,0) en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtti. Ortalama tanı

sayısı 0,5±0,8 idi (min: 0, maks: 4). Sahip olunan kronik hastalıkları (n=112) sistemlere göre incelediğimizde ise psikiyatrik hastalığı olan kişi sayısı 24 (%12,0), kardiyolojik hastalığı olan kişi sayısı 23 (%11,5), endokrin hastalığı olan kişi sayısı 22 (%11), idi. Katılımcıların kronik hastalıklarının sistemlere göre dağılımı Tablo 3.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.2. Kronik hastalık bulunma durumu ve hastalıkların sistemlere göre dağılımı**

| Özellik | | Sayı | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| Herhangi bir kronik hastalığı | olanlar | 62 | 31,0 |
| | olmayanlar | 138 | 69,0 |
| Nörolojik hastalık | | 7 | 3,5 |
| Psikiyatrik hastalık | | 24 | 12,0 |
| Solunum sistemi hastalığı | | 4 | 2,0 |
| Ortopedik-romatolojik hastalık | | 6 | 3,0 |
| Endokrin hastalık | | 22 | 11,0 |
| Kardiyolojik hastalık | | 23 | 11,5 |
| Gastrointestinal sistem hastalığı | | 2 | 1,0 |
| Üriner sistem hastalığı | | 1 | 0,5 |
| Malignite | | 2 | 1,0 |
| Diğer hastalıklar | | 21 | 10,5 |

Katılımcılara "düzenli olarak kullandığı ilaç olup olmadığı" soruldu; düzenli ilaç kullanan kişi sayısı 54 (%27) idi. Ortalama kullanılan ilaç sayısı ise 0,5±1'dir (min: 0, maks: 4). Bu kişilerden psikiyatrik ilaç kullanan sayısı 26 (%13,0) olarak bulundu.

Katılımcılara kayıtlı olduğu aile hekimini tanıyıp tanımadığı sorulduğunda ise 56 kişi (%28,0) aile hekimini tanımadığını, 19 kişi (% 9,5) sadece adını bildiğini, 30 kişi (%15,0) sadece aile hekiminin hizmet verdiği aile sağlığı merkezinin yerini bildiğini ve 95 kişi (%47,5) ise hem aile hekiminin adını hem de görev yerini bildiğini belirtti. Psikolojik sıkıntı yaşadıklarında kişilerin aile hekimlerine başvurma durumları ve ne sıklıkla başvurduğu sorgulanmış olup 172 kişi (%86,0) aile hekimine başvurmadığını, 25 kişi (% 12,5) bazen başvurduğunu ve 3 kişi (%1,5) ise sıklıkla başvurduğunu belirtti (Tablo 3.3).

**Tablo 3.3. Katılımcıların kayıtlı olduğu aile hekimini tanıma ve psikolojik sıkıntı yaşadığında başvurma durumu**

| Aile hekimini tanıma ve başvurma durumu | | Sayı | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|
| Kayıtlı olduğu aile hekimini | Tanımıyor | 56 | 28,0 |
| | Adını biliyor | 19 | 9,5 |
| | Yerini biliyor | 30 | 15,0 |
| | Adını ve yerini biliyor | 95 | 47,5 |
| Psikolojik sıkıntı yaşadığında aile hekimine başvurma durumu | Hiç | 172 | 86,0 |
| | Bazen | 25 | 12,5 |
| | Sıklıkla | 3 | 1,5 |

## 3.3. K10-PSÖ VE BDÖ-BB SONUÇLARI ANALİZİ

K10-PSÖ, beşer seçenekli 10 sorudan oluşan ve en düşük 10, en yüksek 50 puan alınabilen bir ölçek olup bu çalışmada 200 kişinin verdiği sonuçların ortalaması 21,8±10,7 olarak bulunmuştur. K10-PSÖ'ye verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip soruların 2,8 puanla son 30 gün içinde herhangi bir sebep olmadan aşırı yorgunluk ve sinirli hissedip hissetmediği ile ilgili olan 1. ve 2. sorular olduğu ve en düşük ortalamaya sahip soruların ise 1,7 puanla son 30 gün içinde yerinde duramayacak kadar huzursuz ve hiçbir şekilde neşelenemeyecek kadar çökkün hissedip hissetmediği ile ilişkili 6. ve 8. sorular olduğu görülmüştür (Tablo 3.4).

BDÖ-BB ise dört seçenekli yedi sorudan oluşan ve en düşük 0, en yüksek 21 puan alınabilen bir ölçektir. Verilen yanıtlar doğrultusunda hesaplanan puan ortalaması 3,8±4,3 olarak bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip sorunun "üzüntü" ile ilgili olan 1. soru, en düşük ortalamaya sahip sorunun ise "intihar düşüncesi veya isteği" ile ilgili 7. soru olduğu görülmüştür (Tablo 3.4).

**Tablo 3.4. K10-PSÖ ve BDÖ-BB ölçekleriyle saptanan maddelere göre puanlar**

| Ölçek | Madde | Ortalama Puan | Standart Sapma |
|---|---|---|---|
| **K10-PSÖ** | 1 | 2,8 | 1,4 |
| | 2 | 2,8 | 1,3 |
| | 3 | 1,9 | 1,1 |
| | 4 | 2,2 | 1,3 |
| | 5 | 2,4 | 1,3 |
| | 6 | 1,7 | 1,1 |
| | 7 | 2 | 1,4 |
| | 8 | 1,7 | 1,1 |
| | 9 | 2,3 | 1,4 |
| | 10 | 1,8 | 1,3 |
| | **Toplam** | **21,8** | **10,7** |
| **BDÖ-BB** | 1 | 0,88 | 0,949 |
| | 2 | 0,52 | 0,919 |
| | 3 | 0,56 | 0,748 |
| | 4 | 0,46 | 0,788 |
| | 5 | 0,58 | 0,926 |
| | 6 | 0,63 | 0,871 |
| | 7 | 0,19 | 0,541 |
| | **Toplam** | **3,8** | **4,3** |

Her iki ölçekteki maddelere verilen yanıtlar arasındaki korelasyon incelenerek sonuçları Tablo 3.5'te verilmiştir. Buna göre en yüksek korelasyon K10-PSÖ Madde 4 ile BDÖ-BB Madde 1 arasında bulunmuştur. Ayrıca BDÖ-BB'nin ilk üç maddesi K10-PSÖ Madde 4 ile yüksek korelasyon gösterirken, son üç maddesi de K10-PSÖ Madde 8 ile yüksek korelasyon göstermektedir.

**Tablo 3.5. BDÖ-BB maddeleri ile K10-PSÖ maddeleri arasındaki korelasyonlar**

| Ölçek/Madde | | K10-PSÖ | | | | | | | | | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| **BDÖ-BB** | 1 | 0,604 | 0,624 | 0,607 | 0,719 | 0,691 | 0,670 | 0,697 | 0,708 | 0,661 | 0,673 | <0,001 |
| | 2 | 0,479 | 0,455 | 0,393 | 0,615 | 0,495 | 0,524 | 0,588 | 0,592 | 0,586 | 0,544 | |
| | 3 | 0,412 | 0,396 | 0,282 | 0,508 | 0,505 | 0,364 | 0,444 | 0,416 | 0,499 | 0,433 | |
| | 4 | 0,554 | 0,575 | 0,555 | 0,650 | 0,625 | 0,597 | 0,665 | 0,660 | 0,670 | 0,685 | |
| | 5 | 0,483 | 0,486 | 0,487 | 0,583 | 0,505 | 0,494 | 0,557 | 0,610 | 0,603 | 0,574 | |
| | 6 | 0,481 | 0,440 | 0,465 | 0,600 | 0,551 | 0,570 | 0,595 | 0,630 | 0,581 | 0,567 | |
| | 7 | 0,412 | 0,419 | 0,515 | 0,467 | 0,463 | 0,520 | 0,515 | 0,585 | 0,467 | 0,530 | |

Çalışmaya katılan 200 kişinin BDÖ-BB'ye verdiği yanıtlar, demografik özellikleriyle karşılaştırılarak incelendiğinde; kadınların yanıtlarının ortalama puanı (3,9±4,1) erkeklerin vermiş olduğu yanıtların ortalama puanından (3,6±4,6) daha yüksek bulundu. Medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında ise bekar kişilerin ortalaması (2,7±3,7), dul, ayrı yaşayan veya boşanmış (7±5,8) ve evli (5±4,5) kişilere göre anlamlı şekilde daha düşük bulundu (p<0,001). Aynı şekilde eğitim düzeylerine göre verilen yanıtlara bakıldığında ilköğretim ve altı eğitim alan kişilerde ortalama puan (5,1±5,2), lise (3,1±3,8) ve üniversite (3,4±3,7) mezunlarının ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu görüldü (p=0,041). Meslek grupları açısından incelendiğinde ise ortalaması en yüksek (6,9±4,2) grubun herhangi bir işte çalışmayan kişiler olduğu, ortalaması en düşük (2,2±3) grubun ise öğrenciler olduğu görülmektedir; aradaki farklar istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0,001) (Tablo 3.6).

Katılımcıların K10-PSÖ'ye verdiği yanıtlar, demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında, kadınların verdiği puanların ortalaması (23,1±10,6), erkeklerin ortalamasından (20,1±10,6) daha yüksek çıktı. Bekar kişilerin ortalaması (18,5±8,5) ise dul, ayrı yaşayan, boşanmış (32±13,6) ve evli (25,3±11,3) kişilere göre daha düşük bulundu (p<0,001). Eğitim düzeylerine göre verilen yanıtların ortalamasında ise ilköğretim ve altı eğitim alan kişilerin 24,8±12,4, üniversite ve üstü mezunların 21,4±9,3 ve lise mezunlarının 19,7±9,7 puan ortalaması vardı (p=0,017). En yüksek puan ortalamasına sahip meslek grubu çalışmayan (30,7±10), en düşük ise öğrenciler (17,6±6,8) olarak bulundu (p<0,001), (Tablo 3.7).

**Tablo 3.6. Demografik özelliklere göre BDÖ-BB puanları**

| Demografik özellikler | | BDÖ-BB puanı | | p |
|---|---|---|---|---|
| | | Ort±SS | Medyan (min – maks) | |
| **Cinsiyet** | Kadın | 3,9±4,1 | 2 (0 – 16) | 0,304 |
| | Erkek | 3,6±4,6 | 2 (0 – 21) | |
| **Medeni durum** | Bekar | 2,7±3,7 | 1 (0 – 21) [a] | <0,001 |
| | Evli | 5±4,5 | 3,5 (0 – 19) [b] | |
| | Dul/ayrı yaşayan/boşanmış | 7±5,8 | 7,5 (0 – 16) [b] | |
| **Eğitim** | İlköğretim ve altı | 5,1±5,2 | 3,5 (0 – 21) [b] | 0,041 |
| | Lise | 3,1±3,8 | 2 (0 – 17) [a] | |
| | Üniversite/Y. lisans/Doktora | 3,4±3,7 | 2 (0 – 12) [a, b] | |
| **Meslek** | Memur | 3,3±3,3 | 2,5 (0 – 10) [a] | <0,001 |
| | İşçi | 2,9±4 | 1 (0 – 21) [a] | |
| | Öğrenci | 2,2±3 | 1 (0 – 12) [a] | |
| | Çalışmıyor | 6,9±4,2 | 7 (1 – 17) [b] | |
| | Serbest | 4,5±5,4 | 2 (0 – 19) [a] | |

a: Grup içinde diğerlerine göre daha düşük farklı , b: Grup içinde diğerlerine göre daha yüksek farklı, a, b: Grup içinde diğerlerine göre fark yok.

**Tablo 3.7. Demografik özelliklere göre K10-PSÖ puanları**

| Demografik özellikler | | K10-PSÖ puanı | | p |
|---|---|---|---|---|
| | | Ort±SS | Medyan (min – maks) | |
| **Cinsiyet** | Kadın | 23,1±10,6 | 19 (10 – 46) | 0,012 |
| | Erkek | 20,1±10,6 | 16,5 (10 – 50) | |
| **Medeni durum** | Bekar | 18,5±8,5 | 16 (10 – 50) [a] | <0,001 |
| | Evli | 25,3±11,3 | 24 (10 – 47) [b] | |
| | Dul/ayrı yaşayan/boşanmış | 32±13,6 | 37 (11 – 44) [b] | |
| **Eğitim** | İlköğretim ve altı | 24,8±12,4 | 21,5 (10 – 50) [b] | 0,017 |
| | Lise | 19,7±9,7 | 17 (10 – 48) [a] | |
| | Üniversite/ Yüksek lisans/Doktora | 21,4±9,3 | 20 (10 – 44) [a, b] | |
| **Meslek** | Memur | 22,8±10,5 | 21 (11 – 40) [a] | <0,001 |
| | İşçi | 19,5±10,5 | 15 (10 – 50) [a] | |
| | Öğrenci | 17,6±6,8 | 15 (10 – 35) [a] | |
| | Çalışmıyor | 30,7±10 | 30 (11 – 48) [b] | |
| | Serbest | 21,8±11,2 | 18,5 (10 – 47) [a] | |

a: Grup içinde diğerlerine göre daha düşük farklı , b: Grup içinde diğerlerine göre daha yüksek farklı, a, b: Grup içinde diğerlerine göre fark yok.

Katılımcıların varlığını beyan ettikleri klinik tanılarına göre ölçeklere verdiği yanıtlar karşılaştırıldı. Herhangi bir kronik hastalığı olan kişilerin BDÖ-BB puanları, olmayanlara göre yüksek olduğu görülmektedir (p<0,001). Kişinin hastalığının hangi sistemle ilgili olduğuna göre yapılan değerlendirmede de tüm gruplarda hastalığı olanların olmayanlara göre BDÖ-BB puanları yüksek idi. Aradaki farkın anlamlı olduğu hastalıklar ise; Psikiyatrik (p<0,001), Endokrin (p=0,004), Kardiyak (p=0,002) ve diğer (p<0,001) hastalıklar olarak saptandı. Benzer şekilde düzenli ilaç kullananların BDÖ-BB puan ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksek saptandı (p<0,001). Psikiyatrik ilaç kullananlarda da BDÖ-BB puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (p<0,001). Klinik özelliklere göre BDÖ-BB puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 3.8'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.8. Klinik özelliklere göre BDÖ-BB puanları**

| **Klinik özellik** | | **Sayı** | **BDÖ-BB puanı** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Ort±SS** | **Medyan (min – maks)** | |
| Kronik hastalık tanısı | Yok | 138 | 2,5±3,3 | 1 (0 – 15) | <0,001 |
| | Var | 62 | 6,8±4,9 | 6 (0 – 21) | |
| Nörolojik hastalık | Yok | 193 | 3,7±4,4 | 2 (0 – 21) | 0,185 |
| | Var | 7 | 5,1±3,4 | 5 (0 – 11) | |
| Psikiyatrik tanı | Yok | 176 | 3,2±4 | 2 (0 – 21) | <0,001 |
| | Var | 24 | 7,9±4,5 | 8 (0 – 19) | |
| Solunum sistemi hastalığı | Yok | 196 | 3,7±4,3 | 2 (0 – 21) | 0,138 |
| | Var | 4 | 8±5,6 | 9,5 (0 – 13) | |
| Ortopedik/Romatolojik hastalık | Yok | 194 | 3,7±4,3 | 2 (0 – 21) | 0,065 |
| | Var | 6 | 7,2±4,9 | 9,5 (1 – 11) | |
| Endokrin sistem hastalığı | Yok | 178 | 3,5±4,2 | 2 (0 – 21) | 0,004 |
| | Var | 22 | 6,2±4,8 | 5,5 (0 – 16) | |
| Kardiyolojik hastalık | Yok | 177 | 3,5±4,3 | 2 (0 – 21) | 0,002 |
| | Var | 23 | 6±3,8 | 6 (0 – 13) | |
| GİS hastalığı | Yok | 198 | 3,7±4,2 | 2 (0 – 19) | -* |
| | Var | 2 | 13,5±10,6 | 13,5 (6 – 21) | |
| Üriner sistem hastalığı | Yok | 199 | 3,8±4,3 | 2 (0 – 21) | -* |
| | Var | 1 | 12 (12) | 12 (12) | |
| Malignite | Yok | 198 | 3,7±4,3 | 2 (0 – 21) | -* |
| | Var | 2 | 9±2,8 | 9 (7 – 11) | |
| Diğer hastalıklar | Yok | 179 | 3,4±4 | 2 (0 – 19) | <0,001 |
| | Var | 21 | 7,5±5,1 | 7 (0 – 21) | |
| Düzenli ilaç kullanımı | Yok | 146 | 2,6±3,4 | 1 (0 – 15) | <0,001 |
| | Var | 54 | 6,9±5,1 | 6 (0 – 21) | |
| Psikiyatrik ilaç kullanımı | Hayır | 174 | 3,2±4 | 2 (0 – 21) | <0,001 |
| | Evet | 26 | 7,8±4,6 | 8 (0 – 19) | |

*Veri sayısı yetersiz olmasından dolayı p değerleri hesaplanamamıştır.

Katılımcıların klinik özelliklerine göre K10-PSÖ puanları incelendiğinde herhangi bir kronik hastalığı olanların K10-PSÖ puanlarının, olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü (p<0,001). Hastalıkların hangi sistemle ilgili olduğuna göre yapılan değerlendirmede de tüm gruplarda hastalığı olanların olmayanlara göre K10-PSÖ puanları yüksek idi. Aradaki farkın anlamlı olduğu hastalıklar ise; Psikiyatrik (p<0,001), Ortopedik/Romatolojik (p=0,040), Endokrin (p=0,002), Kardiyak (p<0,001) ve diğer (p<0,001) hastalıklar olarak saptandı. Benzer şekilde düzenli ilaç kullananların K10-PSÖ puan ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksek saptandı (p<0,001). Psikiyatrik ilaç kullananlarda da K10-PSÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (p<0,001). Klinik özelliklere göre K10-PSÖ puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri Tablo 3.9'da gösterilmiştir.

**Tablo 3.9. Klinik özelliklere göre K10- PSÖ puanları**

| **Klinik özellik** | | **Sayı** | **K10- PSÖ** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Ort±SS** | **Medyan (min – maks)** | |
| Kronik hastalık tanısı | Yok | 138 | 18,4±8,6 | 15,5 (10 – 45) | <0,001 |
| | Var | 62 | 29,4±10,9 | 30 (10 – 50) | |
| Nörolojik hastalık | Yok | 193 | 21,6±10,6 | 17 (10 – 50) | 0,235 |
| | Var | 7 | 26,6±11,6 | 27 (10 – 46) | |
| Psikiyatrik tanı | Yok | 176 | 20,4±10,1 | 17 (10 – 50) | <0,001 |
| | Var | 24 | 32,1±9,1 | 32,5 (14 – 48) | |
| Solunum sistemi hastalığı | Yok | 196 | 21,6±10,5 | 17,5 (10 – 50) | 0,133 |
| | Var | 4 | 31,8±14,7 | 35 (13 – 44) | |
| Ortopedik/Romatolojik hastalık | Yok | 194 | 21,5±10,5 | 17,5 (10 – 50) | 0,040 |
| | Var | 6 | 32±12,9 | 39 (14 – 42) | |
| Endokrin sistem hastalığı | Yok | 178 | 21±10,5 | 17 (10 – 50) | 0,002 |
| | Var | 22 | 28,5±9,9 | 29 (12 – 43) | |
| Kardiyolojik hastalık | Yok | 177 | 20,8±10,2 | 17 (10 – 50) | <0,001 |
| | Var | 23 | 29,2±11,3 | 30 (10 – 46) | |
| GİS hastalığı | Yok | 198 | 21,6±10,5 | 17,5 (10 – 48) | -* |
| | Var | 2 | 38±17 | 38 (26 – 50) | |
| Üriner sistem hastalığı | Yok | 199 | 21,7±10,6 | 18 (10 – 50) | -* |
| | Var | 1 | 42 | 42 (42) | |
| Malignite | Yok | 198 | 21,6±10,5 | 17,5 (10 – 50) | -* |
| | Var | 2 | 42±5,7 | 42 (38 – 46) | |
| Diğer hastalıklar | Yok | 179 | 20,7±9,9 | 17 (10 – 48) | <0,001 |
| | Var | 21 | 31,5±12,2 | 33 (10 – 50) | |
| Düzenli ilaç kullanımı | Yok | 146 | 19±9 | 16 (10 – 45) | <0,001 |
| | Var | 54 | 29,3±11,1 | 30 (10 – 50) | |
| Psikiyatrik ilaç kullanımı | Hayır | 174 | 20,4±10,1 | 17 (10 – 50) | <0,001 |
| | Evet | 26 | 31,2±9,5 | 32 (14 – 48) | |

* Veri sayısı yetersiz olmasından dolayı p değerleri hesaplanamamıştır.

BDÖ-BB'ye yanıt verenlerin puan ortalaması aile hekimini tanıyıp tanımadıkları ve psikolojik sorunlarında aile hekimine başvuru durumları ile karşılaştırıldığında; aile hekimini tanımayanların BDÖ-BB puanı ortalaması 4±4,8 bulunmuş olup, hem adını hem de yerini bilenlerin ortalaması ise 3,8±4,5 olarak hesaplanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,986). Psikolojik sorunlarında aile hekime başvuranların (4,5±4,7) ortalaması ise başvurmayanlara (3,7±4,3) göre daha yüksek bulundu, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,478) (Tablo 3.10).

**Tablo 3.10. Aile hekimini tanıma ve başvuru durumuna göre BDÖ-BB puanları**

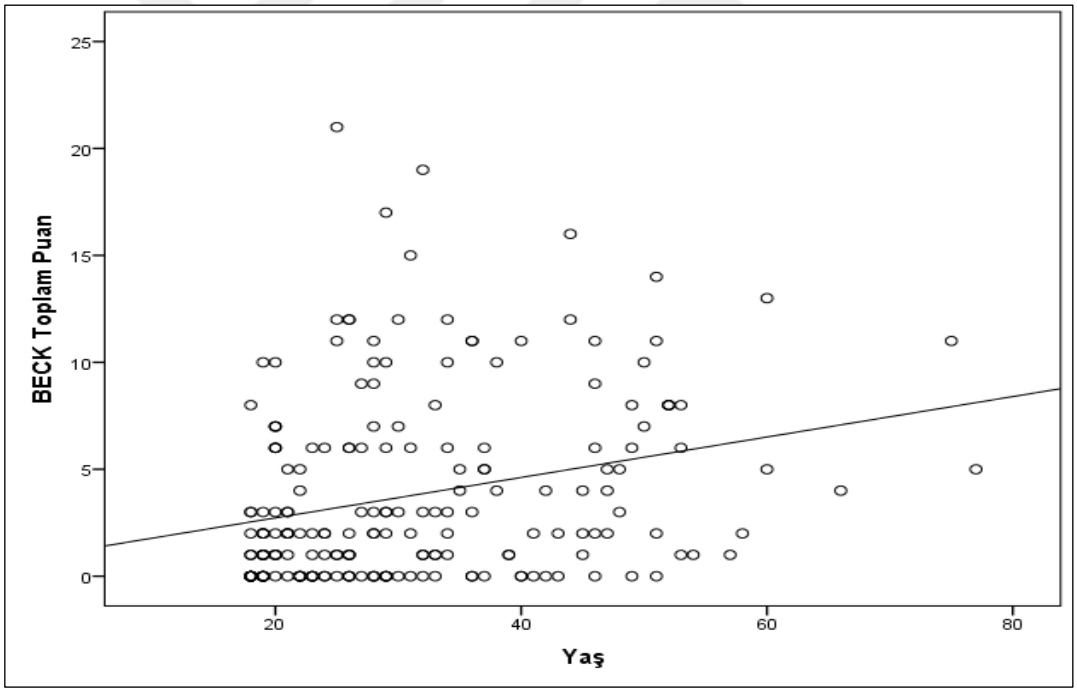
| **Aile hekimini tanıma ve başvuru durumu** | | **BDÖ-BB puanı** | | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | Ort±SS | Medyan (min – maks) | |
| **Kayıtlı olduğu aile hekimini** | Tanımıyor | 4±4,8 | 2 (0 – 21) | 0,986 |
| | Adını biliyor | 3,6±3,3 | 2 (0 – 10) | |
| | Yerini biliyor | 3,3±3,7 | 2 (0 – 12) | |
| | Adını ve yerini biliyor | 3,8±4,5 | 2 (0 – 17) | |
| **Psikolojik sorunlarında aile hekimine** | Başvurmuyor | 3,7±4,3 | 2 (0 – 21) | 0,478 |
| | Başvuruyor | 4,5±4,7 | 2 (0 – 14) | |

K10-PSÖ'ye yanıt verenlerin puan ortalaması aile hekimini tanıyıp tanımadıkları ve psikolojik sorunlarında aile hekimine başvuru durumları incelendiğinde, aile hekiminin tanımayanların ortalaması 22,3±11,6, sadece adını bilenlerin puan ortalaması 23,3±10,5, yerini bilenlerin ortalaması 19,1±8,2, hem adını hem yerini bilenlerin ise 22,1±10,8 olarak bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,599). Psikolojik sorunlarında aile hekimine başvurmayanların K10-PSÖ ortalama puanı (22±10,7), başvuranların puan ortalamasına göre (20,8±10,5) yüksek bulundu, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,536), (Tablo 3.11).

**Tablo 3.11. Aile hekimini tanıma ve başvuru durumuna göre K10-PSÖ puanları**

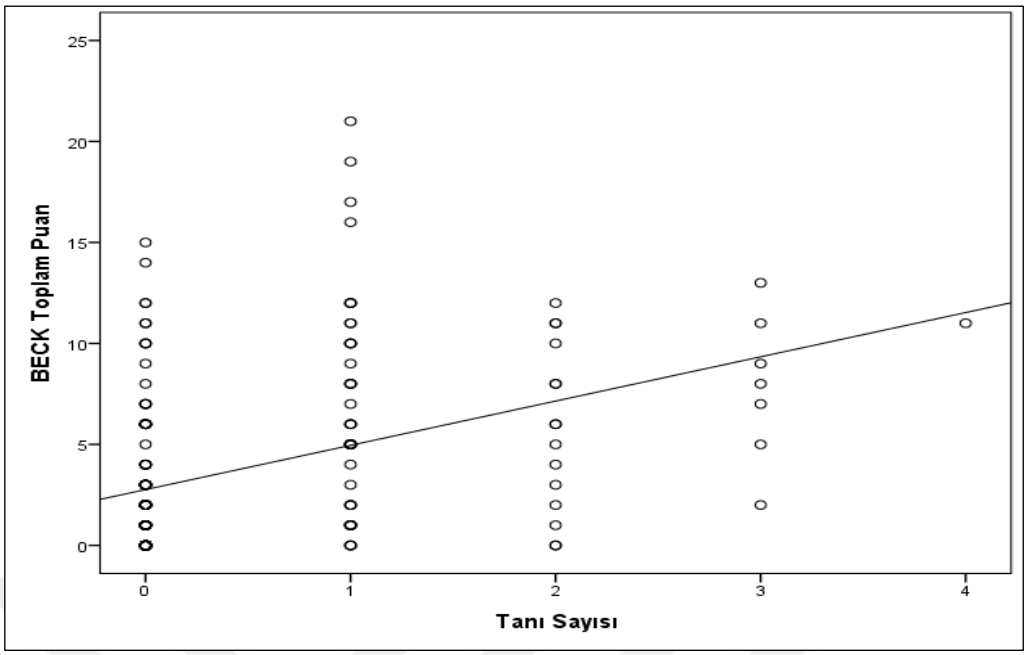
| Aile hekimini tanıma ve başvuru durumu | | K10-PSÖ puanı | | p |
|---|---|---|---|---|
| | | Ort±SS | Medyan (min – maks) | |
| **Kayıtlı olduğu aile hekimini** | Tanımıyor | 22,3±11,6 | 18(10-50) | 0,599 |
| | Adını biliyor | 23,3±10,5 | 19(10-42) | |
| | Yerini biliyor | 19,1±8,2 | 17(10-40) | |
| | Adını ve yerini biliyor | 22,1±10,8 | 17(10-48) | |
| **Psikolojik sorunlarında aile hekimine** | Başvurmuyor | 22±10,7 | 18(10-50) | 0,536 |
| | Başvuruyor | 20,8±10,5 | 15,5(10-44) | |

Katılımcıların yaşları ile BDÖ-BB'den aldıkları toplam puanları arasında korelasyon olup olmadığı araştırıldı. Yaş ile BDÖ-BB toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif bir korelasyon olduğu görüldü (r=0,265; p<0,001; n=200), (Şekil 3.1).



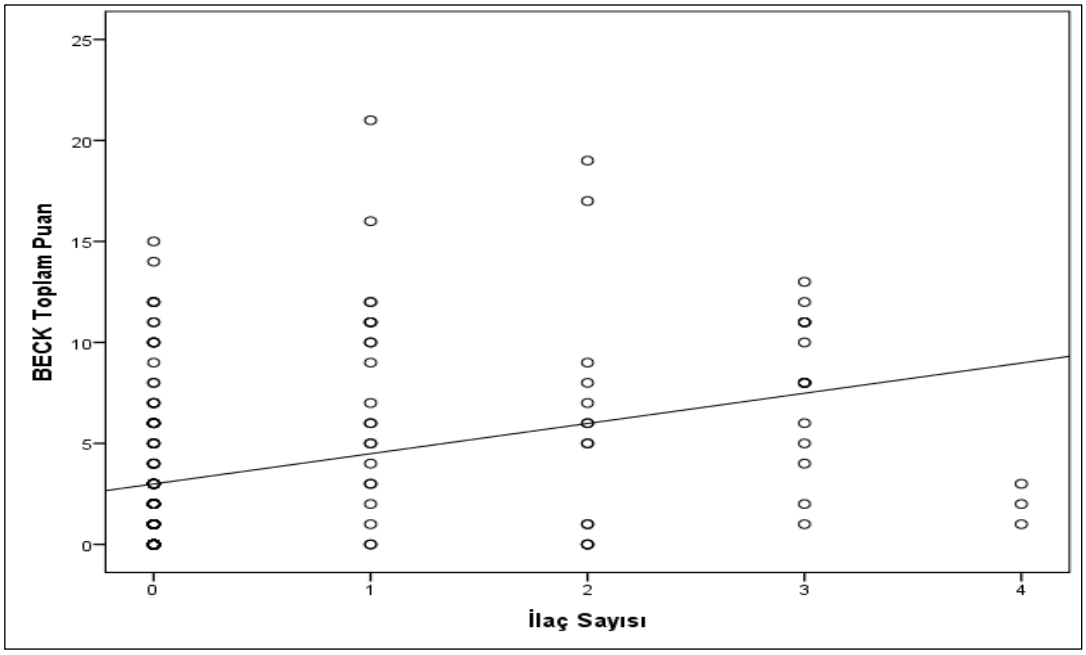

**Şekil 3.1. Yaş ile BDÖ-BB puanları arasındaki ilişki**

Katılımcıların sahip oldukları hastalık tanılarıyla, BDÖ-BB toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon olduğu saptandı (r=0,450; p<0,001; n=200), (Şekil 3.2).



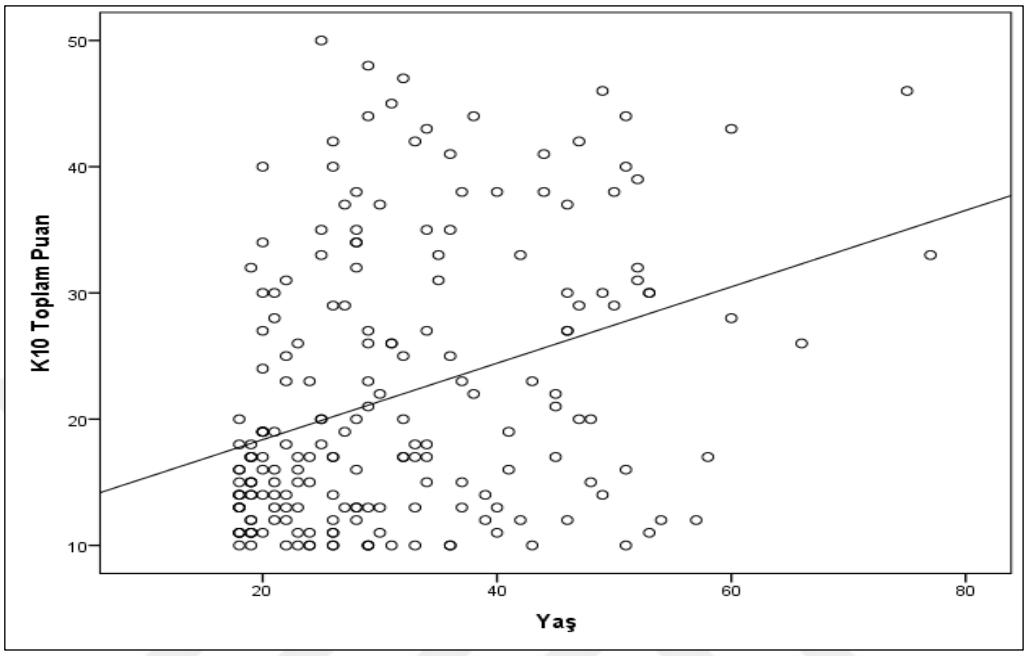

**Şekil 3.2. Tanı sayısı ile BDÖ-BB puanları arasındaki ilişki**

Ayrıca katılımcıların düzenli olarak aldıkları ilaç sayısı ile BDÖ-BB toplam puanları arasında da pozitif bir korelasyon bulundu (r=0,403; p<0,001; n=200), (Şekil 3.3). Buna göre; yaş, tanı sayısı ve alınan ilaç sayısı arttıkça BDÖ-BB puanı yükselmektedir.



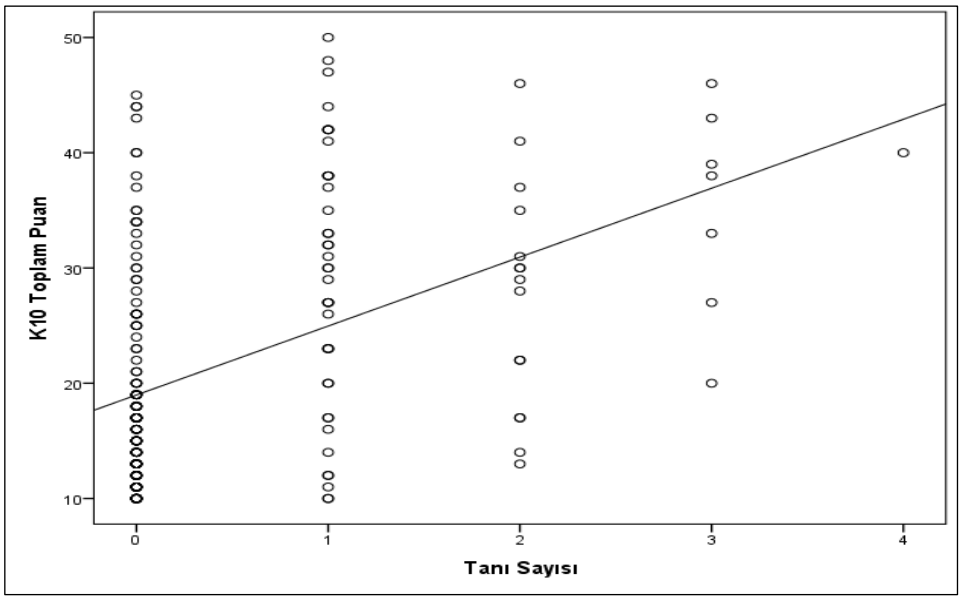

**Şekil 3.3. Kullanılan ilaç sayısı ile BDÖ-BB puanları arasındaki ilişki**

Katılımcıların yaşları ile K10-PSÖ'den aldıkları toplam puanları arasında korelasyon olup olmadığı araştırıldı. Yaş ile K10-PSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon tespit edildi (r=0,344; p<0,001; n=200), (Şekil 3.4).



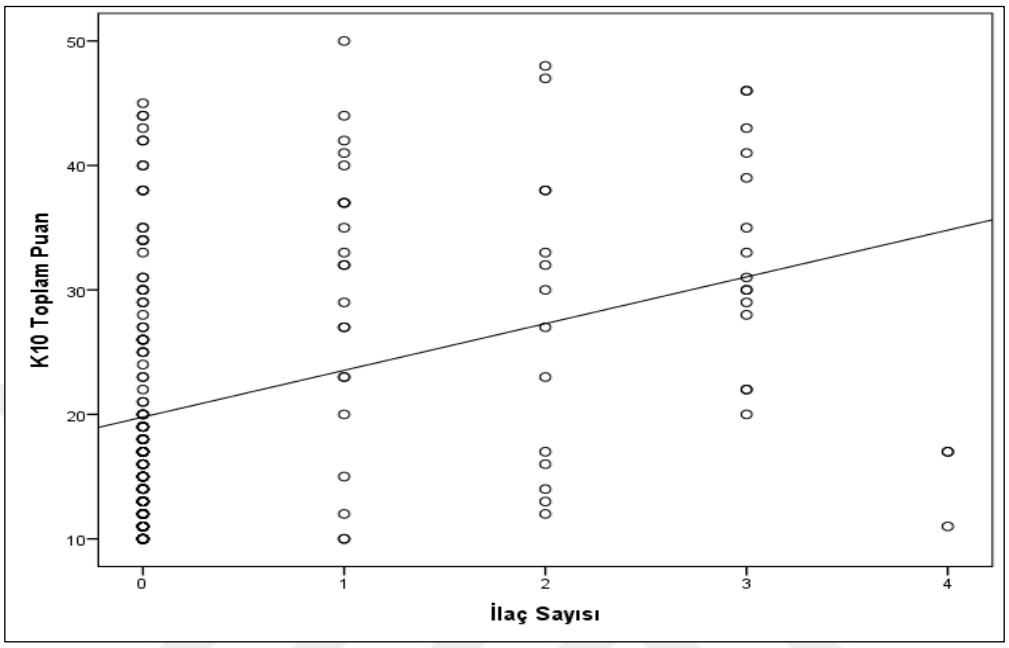

**Şekil 3.4. Yaş ile K10-PSÖ puanları arasındaki ilişki**

Katılımcıların sahip oldukları hastalık tanısı sayılarıyla, K10-PSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon olduğu saptandı (r=0,461; p<0,001; n=200), (Şekil 3.5).




**Şekil 3.5. Tanı sayısı ile K10-PSÖ puanları arasındaki ilişki**

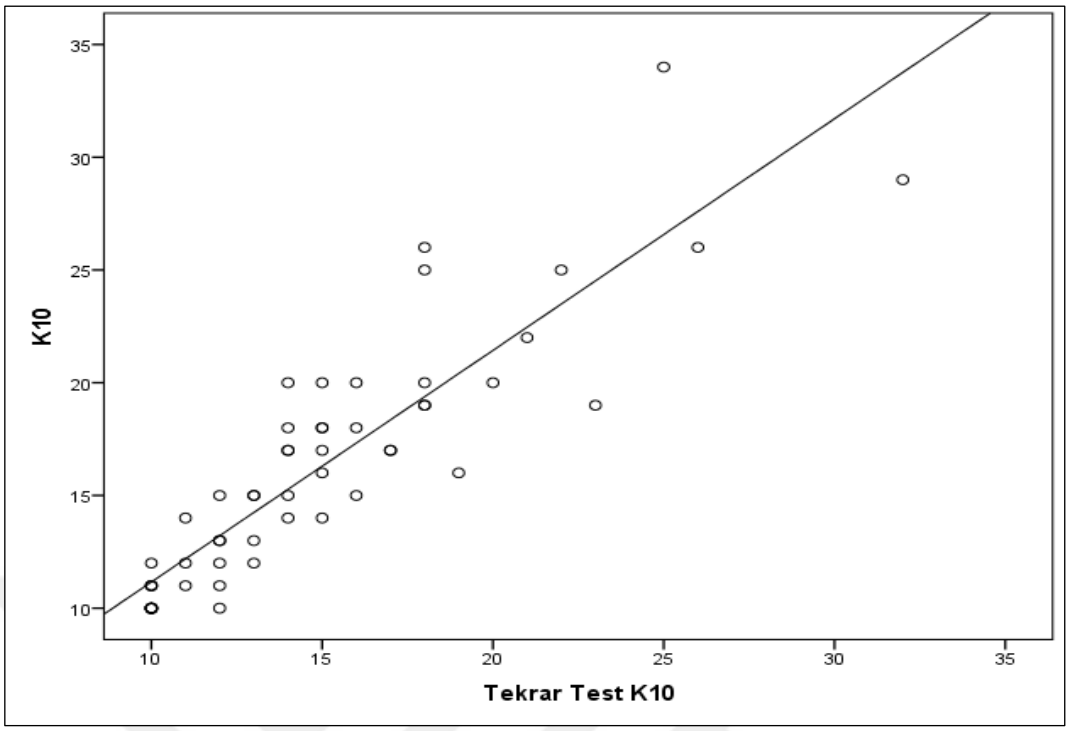
Katılımcıların düzenli olarak aldıkları ilaç sayısı ile K10-PSÖ toplam puanları arasında da pozitif bir korelasyon bulundu (r=0,395; p<0,001; n=200), (Şekil 3.6). Buna göre; yaş, tanı sayısı ve alınan ilaç sayısı arttıkça K10-PSÖ puanları da yükselmektedir.




**Şekil 3.6. Kullanılan ilaç sayısı ile K10-PSÖ arasındaki ilişki**

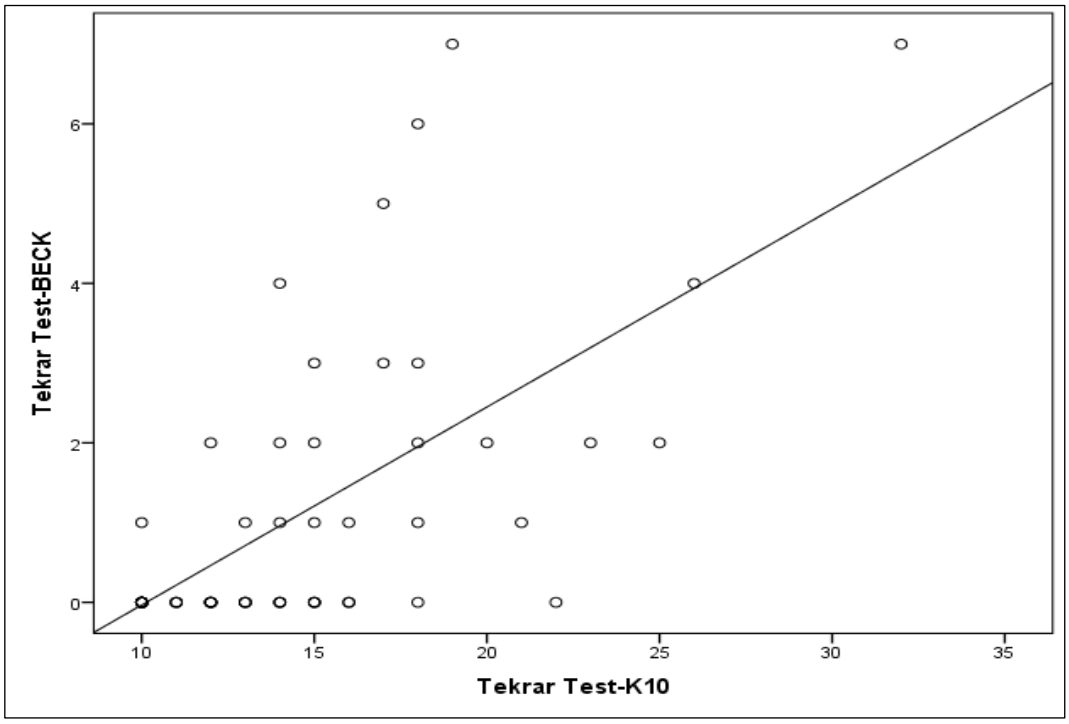
### 3.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

K10 ölçeğinin güvenilirlik çalışması için 55 katılımcıya K10-PSÖ bir ya da iki gün sonra tekrar uygulandı. K10 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasında; Cronbach alfa katsayısı, Spearman Brown İki Yarı Test Korelasyonu, madde toplam korelasyonu ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı hesaplandı. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's alfa katsayısı ile değerlendirildi ve 0,95 olarak bulundu. Bu katsayı, ölçeğin mükemmel derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iki yarı test güvenilirliği 0,93 olarak bulunurken test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,89 (p<0,001) olarak bulundu. Bu sonuçlar da ölçeğin iç tutarlılık ve kararlılığının çok yüksek olduğunu göstermektedir. Tekrar testte yapılan K10-PSÖ ile başlangıç K10-PSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon vardır (r=0,915; p<0,001; n=55), (Şekil 3.7).




**Şekil 3.7. Başlangıç K10-PSÖ ile tekrar test K10-PSÖ arasındaki ilişki**

Tekrar testte yapılan K10-PSÖ ile BDÖ-BB toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon vardır (r=0,63; p<0,001; n=55), (Şekil 3.8).




**Şekil 3.8. Tekrar test K10-PSÖ ile BDÖ-BB arasındaki ilişki**

Ölçüt geçerliliğinin belirlenmesinde ise, benzer özellikleri ölçen "BDÖ-BB" aynı gruba aynı zamanda uygulandı ve elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile kontrol edildi. Çalışmada ölçüt geçerliliği eşzaman geçerliliği ile değerlendirildi ve K10-PSÖ ile BDÖ-BB arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0.87 ($p<0,001$) olarak hesaplandı ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 3.12).

**Tablo 3.12. Cronbach's alfa ve Spearman Brown iki yarı test ve test-tekrar test güvenirliği ve K10-PSÖ ölçüt korelasyonu**

| | **Ölçek Toplam Puan** |
|---|---|
| **Cronbach's alpha** | 0,95 |
| **Spearman Brown iki yarı test korelasyonu** | 0,93 |
| **Test-tekrar test korelasyonu** | 0,89 |
| **BDÖ-BB Toplam puan korelasyonu** | 0,87 |

K10-PSÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinin analizinde ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi yapıldı, verilerin faktör analizi için uygunluğunun test edilmesinde Kaiser-Meier-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik (sphericity) testi kullanıldı. KMO=0,935 olarak bulundu ve verilerin yapısının faktör analizi için uygun olduğu görüldü. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği Barlett testi ile değerlendirildi ve hesaplanan ki-kare istatistiği ($X=1882,3$; $p<0,001$) ile değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli ilişki olduğu sonucuna varıldı. Faktör yükleri hesaplanırken herhangi bir döndürme yöntemi kullanılmadan temel bileşenler analizi uygulandı. Analiz sonucunda test edilen 10 maddenin öz değeri 1'den büyük olan tek bir faktör altında toplandığı görüldü. Tek faktör ile maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansın %71,2'sinin açıklandığı tespit edildi. Açıklanan varyans oranının yüksekliği, geliştirilen ölçeğin faktör yapısının gücünü gösterir. Elde edilen değer, ölçülmek istenen özelliğin çok iyi ölçüldüğünün göstergesidir. Maddelerin faktör yüklerine bakıldığında 0,766 ve üzerinde değerler aldığı belirlendi. Faktör yük değeri (FYD), maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Elde edilen değer "mükemmel" olarak sınıflandırılmaktadır. Maddeler arası korelasyon katsayıları incelendiğinde katsayıların 0,524 ile 0,870 arasında değiştiği gözlendi (Tablo 3.13).

**Tablo 3.13. Maddeler arası korelasyon ve faktör analizi sonuçları**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Loadings | Eigen values |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **M1** | 1 | 0,699 | 0,631 | 0,656 | 0,692 | 0,600 | 0,688 | 0,637 | 0,647 | 0,589 | 0,808 | 7,118 |
| **M2** | | 1 | 0,708 | 0,646 | 0,608 | 0,535 | 0,622 | 0,539 | 0,636 | 0,524 | 0,766 | 0,733 |
| **M3** | | | 1 | 0,551 | 0,548 | 0,627 | 0,650 | 0,663 | 0,620 | 0,579 | 0,774 | 0,477 |
| **M4** | | | | 1 | 0,749 | 0,665 | 0,786 | 0,720 | 0,773 | 0,708 | 0,863 | 0,417 |
| **M5** | | | | | 1 | 0,783 | 0,764 | 0,730 | 0,716 | 0,669 | 0,864 | 0,317 |
| **M6** | | | | | | 1 | 0,761 | 0,777 | 0,680 | 0,659 | 0,843 | 0,250 |
| **M7** | | | | | | | 1 | 0,870 | 0,778 | 0,771 | 0,916 | 0,224 |
| **M8** | | | | | | | | 1 | 0,756 | 0,763 | 0,889 | 0,186 |
| **M9** | | | | | | | | | 1 | 0,723 | 0,872 | 0,163 |
| **M10** | | | | | | | | | | 1 | 0,831 | 0,114 |

Açıklanan toplam varyans: %71,2; KMO=0,935; Barletts : Chi square=1882,3; p<0,001

K10-PSÖ'nün madde analizi sonucunda elde edilen madde toplam puan korelasyonu ve madde çıkarıldığında Cronbach's alfa değerleri hesaplandı. Buna göre madde toplam puan korelasyonlarının 0,720 ile 0,887 arasında değiştiği görüldü. Elde edilen sonuçlar, maddelerin madde ölçme gücünün çok iyi olduğu, her maddenin oldukça katkı sağladığını göstermektedir (Tablo 3.14).

**Tablo 3.14. K10-PSÖ madde analizi sonuçları**

| K10-PSÖ maddeleri | Madde-toplam korelasyonu | Madde silme Cronbach's alpha |
|---|---|---|
| **M1** | 0,766 | 0,951 |
| **M2** | 0,720 | 0,952 |
| **M3** | 0,726 | 0,952 |
| **M4** | 0,828 | 0,948 |
| **M5** | 0,826 | 0,948 |
| **M6** | 0,799 | 0,949 |
| **M7** | 0,887 | 0,945 |
| **M8** | 0,853 | 0,947 |
| **M9** | 0,836 | 0,947 |
| **M10** | 0,785 | 0,949 |

K10-PSÖ’nün duyarlılık ve özgüllük hesaplamalarını yapmak amacıyla, dört grup sınıflamadan oluşan her iki anket sonuçları karşılaştırıldı. BDÖ-BB’de “Minimal depresyon semptomları” olarak bulunan 125 kişiden 107’si K10-PSÖ’de de “Muhtemel iyi” olarak bulundu. Yine BDÖ-BB'de “ciddi depresyon semptomları” olarak bulunan 28 kişiden 26’sı K10-PSÖ’de de “Muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık” olarak bulundu. Bu değerler ışığında K10-PSÖ'nün duyarlılığı %85,6 iken özgüllüğü %92,9 olarak hesaplandı; yani K10-PSÖ'nün hem minimal/normal hem de ciddi ruhsal rahatsızlığı saptamada duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek düzeyde bulundu (Tablo 3.15).

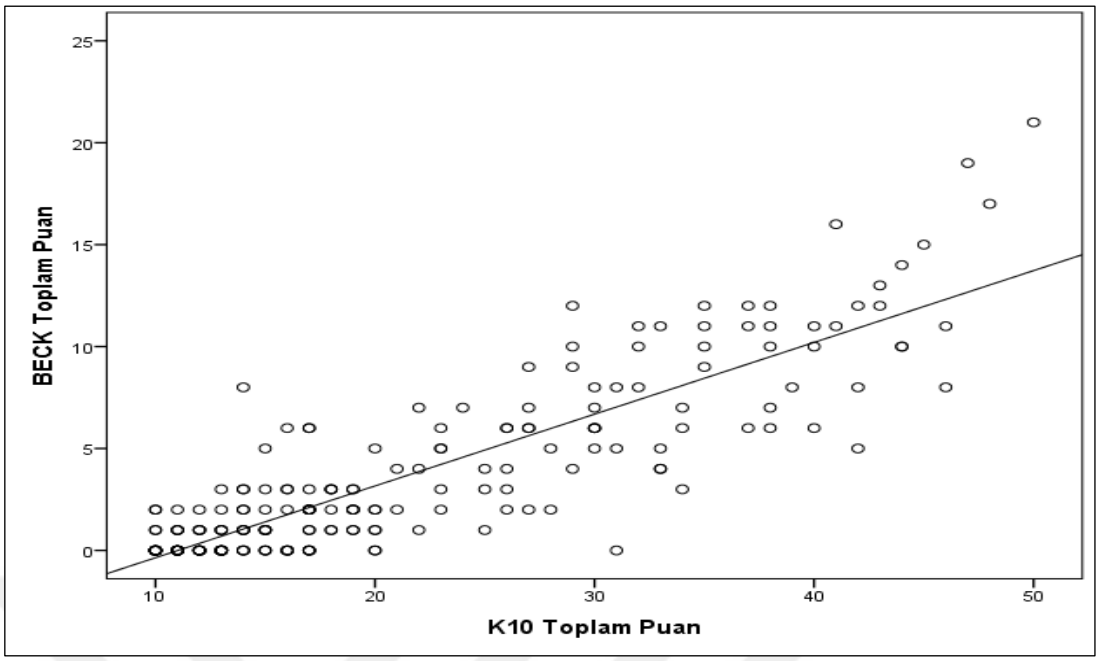
**Tablo 3.15. K10-PSÖ için duyarlılık ve özgüllük sonuçları**

| **K10-PSÖ sonucuna göre sıkıntı düzeyi** | **BDÖ-BB sonucuna göre depresyon düzeyi** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Minimal n (%)** | **Hafif n (%)** | **Orta n (%)** | **Ciddi n (%)** | **Toplam n (%)** |
| **Muhtemel iyi** | 107 (85,6) | 4 (12,9) | 1 (6,2) | 0 (0) | 112 (56) |
| **Hafif ruhsal rahatsızlık** | 10 (8) | 6 (19,4) | 2 (12,5) | 0 (0) | 18 (9) |
| **Orta ruhsal rahatsızlık** | 6 (4,8) | 8 (25,8) | 3 (18,8) | 2 (7,1) | 19 (9,5) |
| **Ciddi ruhsal rahatsızlık** | 2 (1,6) | 13 (41,9) | 10 (62,5) | 26 (92,9) | 51 (25,5) |
| **Toplam** | 125 (62,5) | 31 (15,5) | 16 (8) | 28 (14) | 200 (100) |

Spearman korelasyon katsayısı=0,835; p<0,001; Kappa katsayısı=0,511; p<0,001

Kappa katsayısı kategorik maddelerin değerlendirmesinde iki veya daha fazla gözlemci arasındaki uyumu ölçen istatistiktir. Bu denetleme tipinde şansa dayalı olarak beklenen uyum ile gözlenen uyum değerleri arasında bir bağıntı irdelemesi yapılmaktadır. Bu çalışmada Kappa katsayısı 0.511 olarak bulunmuştur. Bu değer, iki ölçek arasında iyi uyum olduğunu göstermektedir. Kappa değerinin değişkenin kategori sayısından da etkilendiği unutulmamalıdır. Kategori sayısı ne kadar küçük olursa (en iyi durum iki kategori olmasıdır) hesaplanan Kappa değeri de o kadar büyük olmaktadır. Bir başka dikkat edilecek durum ise incelenecek durum çok nadir karşılaşılan bir durum ise uyumun göstergesi olarak bulunan Kappa değeri de küçük olmaktadır.

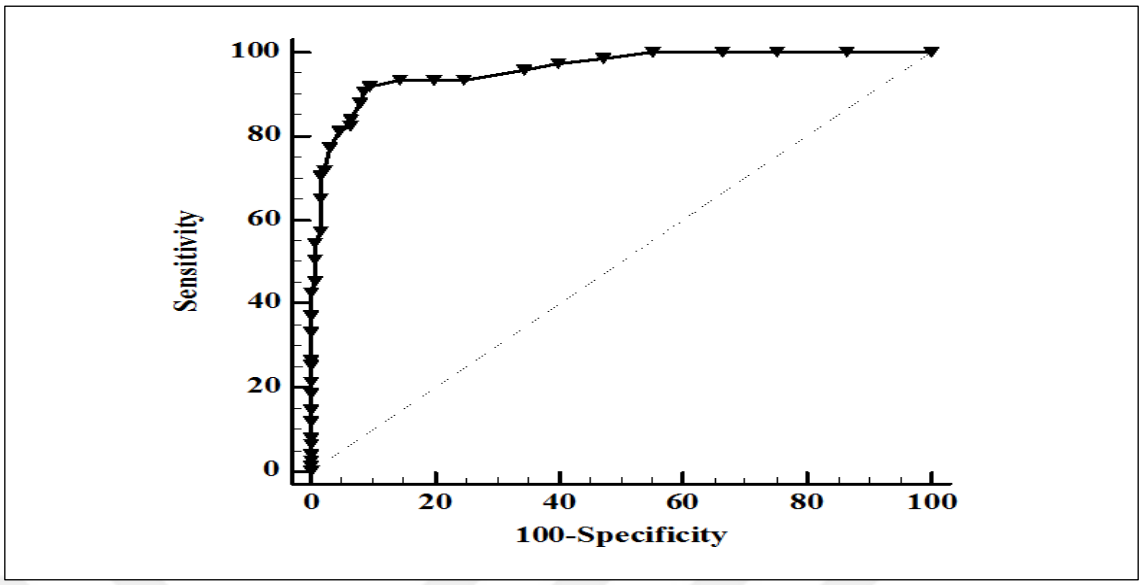
K10-PSÖ ile BDÖ-BB toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon vardır (r=0,87; p<0,001; n=200), (Şekil 3.9).




**Şekil 3.9. K10-PSÖ ile BDÖ-BB arasındaki ilişki**

Çalışmamızda hastaların psikolojik sıkıntısı olup olmadığına ilişkin tanının konulmasında BDÖ-BB altın standart olarak kullanıldı ve ≥4 olan bireyler hasta olarak kabul edildi. K10-PSÖ'nün psikolojik sıkıntısı olan ve olmayan hastaların ayırt edilmesinde iyi bir ölçüt olup olmadığını değerlendirmek için ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapıldı. Analiz sonucunda K10-PSÖ için AUC=0,958 (GA%95:0,921-0,981) p<0,0001 olarak bulundu.

ROC eğrisinin altında kalan alan (area under curve; AUC), tanı testlerinin üstünlüğü için bir karşılaştırma ölçeği olarak kullanılır. AUC ne kadar büyük ise söz konusu test, hastalık durumunun tahmin edilmesinde o kadar iyi bir tanı testidir (77). Bu çalışmada ROC eğrisi altında kalan alan 0,958 olarak bulunmuş olup (Şekil 3.10), bu değer K10-PSÖ'nün mükemmel bir tanı testi olduğunu göstermektedir (78).




**Şekil 3.10. K10-PSÖ ROC eğrisi**

Youden endeksi, gerçek pozitif değer ile yanlış pozitif değer arasındaki farktır. ROC eğrisinin sık kullanılan bir özet ölçüsüdür. Her ikisi de, bir tanı belirtecinin (markır) etkinliğini ölçer ve belirteç için optimal bir eşik değerinin (kesme noktası) seçilmesini sağlar. Bu çalışmada Youden indeks J skoru 0,8240 (0,7280 - 0,8907) ve K10-PSÖ skoru >20 kesim noktası için duyarlılık %92 (GA%95:83,4-97), seçicilik %90,4 (GA%95:83,8-94,9), pozitif tahmini değer %85,2 (GA%95:75,6-92,1) ve negatif tahmini değer %95 (GA%95:89,3-98,1) olarak hesaplandı.

# 4. TARTIŞMA

Bu çalışma ile K10 ölçeğinin Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri incelendi ve 200 katılımcıdan alınan verilere dayanarak psikolojik sıkıntı için tarama aracı olarak geçerliliği ve güvenirliliği değerlendirildi.

K10 başlangıçta ABD'de toplumda DSM-IV bozukluklarını taramak için geliştirilmiştir. K10 ölçeği, bugüne kadar birçok dile çevrilmiş ve çeşitli çalışmalarda sıklıkla kullanılan kısa ve basit bir araçtır (71).

Sunderland ve ark. K10 ölçeğinin yaşlı bireylerde ve değişik yaş grupları arasında güvenle kullanılabileceğini göstermişlerdir (79). Sri Lanka'da yapılan çalışmada, K10 anketinin Sinhala versiyonunun, Sri Lanka'daki Sinhalese konuşan nüfus arasında, özellikle depresyon olmak üzere, psikotik olmayan psikiyatrik hastalıklar için iyi bir tarama aracı olduğu gösterilmiştir (80).

Spies ve ark. K10'un gebe kadınlarda majör depresyon için yararlı bir tarama ölçütü olduğunu saptamışlardır. Ölçek, mevcut majör depresyon olgularının %66'sını saptayabilmiş ve vakaların %73'ünde majör depresyonu dışlayabilmiştir (81).

Fassaert ve ark. Hollandalı, Türk ve Faslı katılımcılara uygulanan K10'un, iyi psikometrik özelliklere sahip olan uygun bir araç olduğunu göstermişlerdir. Sonuçlar, K10'un etnik Hollandalılar arasında olduğu gibi Türk ve Faslı katılımcıların engellilik durumunu tahmin etmede iyi olduğunu göstermektedir (66). Thelin ve arkadaşları ise, K10'un Danimarkaca versiyonunun orijinal İngilizce versiyonuyla benzer iyi psikometrik özelliklere sahip olduğunu doğrulamışlardır (82).

Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's alfa katsayısı ile değerlendirilmiş ve 0,95 olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda; K10'un Farsça çevirisi ve güvenirlilik çalışmasında (83) Cronbach's alfa değeri 0.84 olarak bulunmuş olup K10 daha yüksek güvenilirlik puanlarıyla farklı dillere tercüme edilmiştir. Örneğin, Hollandalı, Faslı ve Türk katılımcılar arasında (Cronbach's alfa = 0.93) (66), Hollandaca (Cronbach's alfa = 0.94) (66), Amerikan (Cronbach's alfa = 0.93) (84),

Japon (Cronbach's alfa = 0.91) (85) ve Burkina Faso çevirisi (Cronbach's alfa = 0.87) olarak bulunmuştur (86).

K10'un Arapça geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ise Cronbach α değeri 0.88 olarak bulunurken, bu sonuç ölçek güvenilirliğinin güçlü olduğunu göstermiştir (87).

Cornelius ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, K10 için Cronbach α değeri 0.919 bulunmuş olup, optimal kesme değeri 24 olarak hesaplanmıştır. K10, engellilik başvurusunda bulunan kişilerin mevcut durum DSM-IV bozukluğunu taramak için güvenilir ve geçerli bulunmuştur (88). Ataei ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise K10 ölçeğinin Farsça versiyonunun geçerlik ve güvenirliğine (CVR>0.62, CVI>0.79), GHQ-12 ile korelasyonuna (r=0.63, p<0.001), Cronbach's alfa katsayısına (0.84) dayanarak diyabetli hastalarda ruhsal bozuklukların taranması için uygun bir araç olduğu gösterilmiştir (83).

Diğer K10 çalışmalarında Cronbach's alpha değeri 0.82-0.94 arasında iken (89) K10'un Danimarkaca versiyonu 0.95 Cronbach's alpha değeriyle mükemmel iç tutarlılık göstermiştir (82).

Çalışmamızda elde ettiğimiz Cronbach's alfa katsayısı (0,95), diğerlerine kıyasla oldukça yüksek bulunmuş olup bu değer ölçeğin Türkçe çevirisinin "mükemmel" derecede iç tutarlığa sahip olduğunu göstermektedir. K10-PSÖ'nün maddelerinin kısa ve anlaşılır olmasının, katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksek olmasının güvenirliliğin yüksek olmasında etkili olduğu söylenebilir.

Fassaert ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, K10 iç tutarlılığı 0.93 Cronbach α değeri bulunmuştur. K10 maddeleri birbirleriyle oldukça yüksek korelasyonlu bulunmuş; en yüksek korelasyonlu ikinci ile üçüncü maddeler ve yedinci ile sekizinci maddeler olup ek olarak madde toplam korelasyonları da yüksek (0.61-0.79) saptanmıştır. Ayrıca AUC değeri, 0.80 ile 0.88 arasında değişen oranlarda yüksek bulunmuştur (66). Bizim çalışmamızda ise en yüksek korelasyonlu maddeler yedinci ile sekizinci maddeler ve dördüncü ile yedinci maddeler olarak bulundu. Madde toplam puan korelasyonları da 0,720 ile 0,887 arasında değişmektedir. AUC değeri de 0,921-0,981 değerleri arasında oldukça yüksek bulundu.

Yeni Zelanda’da yapılan çalışmada ciddi ruhsal hastalığın belirleyicisi olarak, K10’un AUC değeri 0.85 olarak bulunmuştur. Bu değer, tahmin edilen 0.89 AUC değerine çok yakındır. Bu sonuçlar, K10’daki uygun seçilmiş kesme puanlarının veya K10 puanlarının dağılımının, toplum sağlığı araştırmalarından ciddi ruhsal hastalık, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları düzeylerini tahmin etme yönüyle uygun olduğunu göstermektedir (90).

Depresyon ve anksiyete toplumda en sık görülen hastalık gruplarındandır. Bu kadar yaygın gözükmesindeki etkenler araştırılmalıdır. Bu iki tanıyı saptarken kişinin bulunduğu toplum ve çevre şartlarını da göz önünde bulundurmak gereklidir.

Çalışmamıza katılanların %56’sı kadın olup, ortalama K10-PSÖ puanları 23,1±10,6 olarak bulundu. Bu değer, hafif derecede psikolojik sıkıntıyı göstermektedir ve erkek katılımcılara kıyasla daha yüksektir.

Byles ve ark.’nın çalışmasında, eşinden ayrı olan kadınların %16,7’si ve boşanmış kadınların %12,7’si yüksek / çok yüksek K10 puanı alırken, evli kadınlarda bu oran %6,9 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal faktörlerin psikolojik sıkıntı riskini nasıl artırabileceğini göstermektedir (19).

Japonya'da yapılan çalışmada ise genç yaştaki kişilerin, yaşlılara göre daha yüksek psikolojik sıkıntı riski ile alakalı olduğu görülmüştür. Ayrıca eğitim düzeyinin psikolojik sıkıntıyla ilişkisi anlamlı bulunmuştur (48).

Yeni Zelanda'da yapılan çalışmada kadın deneklerin erkek deneklere göre anlamlı derecede yüksek K10 skorları saptanmıştır. Eğitim seviyesi için genel olarak anlamlı farklılıklar vardır ve en eğitimli grubun en düşük sıkıntı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. K10, genç insanlarda, daha düşük hane gelire sahip olanlarda ve sosyoekonomik olarak daha yoksun bölgelerde yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur (91).

Akdeniz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir derleme sonucuna göre kadınların erkeklere göre 2 kat daha fazla depresyon tanısı aldığı, fakat erkeklerin depresyonu farklı yaşadığı, farklı semptomlar gösterdiği, dolayısıyla somatik yakınma ile başvuran erkeklerde atipik depresyon bulguları olabileceğinin düşünülmesi önerilmektedir (92).

Bizim çalışmamızda ise, dul/ayrı yaşayan/boşanmış kişilerin evli veya bekar kişilere göre hem BDÖ-BB hem de K10-PSÖ puanı daha yüksek bulundu. Aynı şekilde işsiz kişilerin de çalışanlara göre puanı daha yüksek bulundu. Eğitim düzeylerine bakıldığında ise ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip kişilerin ölçeklere verdikleri puanlar diğerlerine göre yüksek bulundu. Bu sonuç da bize sosyal faktörlerin ve eğitim düzeyinin psikolojik sıkıntı riskine etkisini doğrulamaktadır.

Fiziksel hastalık varlığı psikolojik sıkıntı ve depresyon ile yakından ilişkilidir. Ancak, bu ilişki diğer komorbid koşullarla, fonksiyonel sakatlık ve kısıtlılıkların günlük yaşam aktivitesine etkileriyle ve cinsiyet, yaş, sosyoekonomik ve medeni durum gibi demografik değişkenlerle kısmen açıklanmıştır. Bunlara ek olarak, düşük gelirli, yüksek düzeyde özürlülüğü ve işlevsel bozukluğu olan, evlenmemiş, boşanmış veya ayrılmış kişiler ile işsiz olanlar, 45 yaşından sonra yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı riski altındadır (19). Sistematik bir derlemede, diyabetes mellituslu (DM) hastalarda majör depresyon prevalansı %12 civarında (%8-18 arasında değişmekte), daha hafif tip depresyon veya yüksek depresif belirtilerin genelde %15-35 oranında olduğu bildirilmiştir (91).

Kuloğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; DM'de uzun süreli kan şekeri kontrolünün önemli bir biyolojik göstergesi olan glikolize hemoglobin (HbAl) düzeyine göre, kan şekeri kontrol altında olan ve olmayan hastaların başta depresif belirtiler ve anksiyete olmak üzere, psikiyatrik belirtiler ve aleksitimi düzeyleri yönünden karşılaştırılması ve psikiyatrik belirtilerin kan şekeri kontrolüyle ilişkisi incelenmiş; hastalara SCL-90-R, Hamilton Depresyon Değerlendirme, Hamilton Anksiyete ve Toronto Aleksitimi ölçekleri uygulanmıştır. HbAlc düzeyine göre kan şekeri kontrol altında olmayanlarda ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete, depresif belirtiler ve aleksitimik özelliklerin kan şekeri kontrolünü belirgin düzeyde bozduğu sonucuna varılmıştır (93).

Bir çalışmada, tüberküloz hastalarında psikolojik sıkıntı seviyesi tedavi sırasında yüksek bulunmuş, bununla birlikte, tedavi süresi boyunca azalma göstermiştir. Son noktadaki psikolojik sıkıntının azalması, tüberküloz ile ilişkili semptomların kaybolmasına ya da azalmasına neden olabilecek tüberküloz tedavisinin etkisine bağlı olabilir (12).

DM’ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar hastalığın şiddeti, seyri, tedaviye verilen yanıt ve kan şekeri kontrolünü etkileyebilir. Diyete ve düzenli egzersiz programına uyumu bozabilir. Diyabetli hastanın bütüncül olarak ele alınması, hastalığa eşlik eden psikiyatrik tabloların da tanı ve tedavisi gereklidir. Tip 2 diyabetli hastalar arasında depresyonun taranması önemlidir ve bunu yapmak için basit ve güvenilir bir ölçeğe sahip olmak gereklidir. Çalışmamızda, kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan bireylerin K10-PSÖ skoru yüksek bulundu. Fiziksel hastalık varlığının psikolojik sıkıntı üzerine olumsuz etkisi olduğu görülmüştür.

Searle ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, asker olarak görev yapmakta olan kişilerde optimal kesme değerleri (K10 için 19), yüksek hassasiyet ve iyi özgüllük göstermiş olup sivil nüfus için önerilenlerden biraz düşük olsa da benzer bulunmuştur. K10, tanımlanan kesme değeri kullanarak, askeri personelin depresif bozukluğunun tespitinde geçerli bulunmuştur (94). Kore'de yapılan bir çalışmada K10, Koreli yaşlılarda ciddi ruhsal hastalık için geçerli ve güvenilir bir tarama aracı olabileceğini gösterilerek kesme değeri olarak 20/21 önerilmiştir (95). Çalışmamızda ise K10-PSÖ skoru >20 kesim noktası için duyarlılık %92, seçicilik %90,4 olarak saptandı.

K10’un intihar eğilimini belirleme aracı olarak kullanımı araştırılmış ve K10 ortalama puanları, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya son bir yıl içinde intihar düşüncesi bildiren katılımcılar için anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (96). Aborjin halkıyla yapılmış bir çalışma ise bu sonuçlarla tutarlı olarak bulunmuştur. K10 ölçeği, tek bir skor olarak ve 2012 Aborjin Halkı Çalışması'na dayanarak Métis ve Inuit'de yaşayan insanlar için spesifik olmayan psikolojik sıkıntının geniş bir ölçüsü olarak kullanılması açısından psikometrik olarak uygun görünmektedir (97).

ROC eğrisi yöntemi; testin ayırt etme gücünün belirlenmesine, uygun pozitiflik eşiğinin belirlenmesine olanak sağlar. ROC eğrisi, tanı testinin kendi doğruluğunu tanımlaması ve testler arasında güvenilir bir karşılaştırma yapmaya olanak sağlaması açısından sıklıkla kullanılmaktadır. ROC eğrisinin altında kalan alanın büyüklüğü, üzerinde çalışılan tanı testinin ayırma yeteneğinin istatistiksel olarak önemini gösterir. Bu alan 1'e yaklaştıkça tanı ayrım yeteneği yükselir (98). Çalışmamızda ROC eğrisi altında kalan alan 0,958 olarak bulunmuş olup bu değer K10-PSÖ'nün mükemmel bir tanı testi olduğunu göstermektedir (78).

Çalışmamızda hastalara psikolojik sıkıntı yaşadığında aile hekimlerine başvurma durumu sorulduğunda %86 gibi yüksek bir oranda "Hayır" yanıtı alındı. Özilice ve ark. yaptığı bir çalışmada, katılımcıların psikiyatrik sorunlar dışında birinci basamağa başvuru oranının %65,5 olmasına rağmen, psikiyatrik sorunları nedeniyle birinci basamağa başvurunun çok az (%3,8) ve psikiyatrik sorunları nedeniyle yaşamları boyunca en az bir kez birinci basamağa başvurunun oldukça az (%13,7) olduğu belirlenmiştir (69). Gültekin ve ark. üçüncü basamakta yaptıkları çalışmada, benzer olarak, ruhsal sorunlar dışındaki nedenler ile başvuru oranı %66,3 olmasına karşın ruhsal sorunlar için birinci basamak sağlık birimine başvuru oranını %17,7 olarak saptamıştır (68).

Birinci basamak hekimlerine psikiyatrik rahatsızlıklar nedeniyle başvuruların az olmasının sebepleri araştırılmalıdır. Birçok hastalıkta olduğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda da ilk başvuru yeri birinci basamak olmalıdır. Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, her beş hastadan sadece birinin birinci basamak hekimlerine güvendiği ve psikiyatrik hastalıklar için birinci basamak hekimine güvenmeyen katılımcıların güvenmeme nedenleri arasında en sık “Sadece uzman hekim anlar” düşüncesi olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalar, birinci basamakta kendilerine ayrılan süreden ve verilen hizmetin niteliğinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. (68). Diğer bir çalışmada ise aile hekimine başvuran katılımcıların yarıdan fazlası (%52), psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde aile hekimine güvenmediğini belirtmişler ve güvenmeme nedenleri arasında en sık olarak “Psikiyatrik hastalıkların sadece uzman hekim tarafından tedavi edilebileceği” ve “Aile hekimlerinin yetersiz eğitimi” olduğu saptanmıştır (69). Dolayısıyla hastaların psikolojik sıkıntı yaşadıklarında aile hekimlerine başvurmama nedenlerine bakılınca hastaların aile hekimlerine bu konuda güvenmemesi, aile hekimlerinin yeterli psikiyatrik görüşme becerisine sahip olmaması ve başvuranların psikiyatrik rahatsızlıklarına yeterince önem vermemesi olarak düşünülebilir.

Birinci basamağın kolay ulaşılabilir olduğu ve aile hekimi-hasta ilişkisinin uzun süreli ve yakın olduğu düşünülürse ruh sağlığı hastalarının tanı ve tedavi hizmetlerinin birinci basamakta verilmeye başlanması ve gerekli durumlarda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesi daha uygun olacaktır. Ayrıca ülkemizde mevcut erişkin ve çocuk ergen ruh

sağlığı ve hastalıkları uzman sayısının yetersiz olmasının yanı sıra psikiyatrik hastalıkların toplumda sık görülmesi ve hastalık yükünün fazla olması göz önüne alınırsa, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesi daha etkili ve uygun olacaktır (70).

Avrupa ülkelerinde hastane temelliden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş vardır. Bu modelde her 100-300 bin nüfus bölgesine bir toplum ruh sağlığı merkezi planlanmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin (TRSM) ilgili bölgede ağır ruhsal rahatsızlığı bulunan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, terapi gibi yardımcı yöntemlerin kullanılarak hastayı topluma kazandırmayı hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile koordineli çalışan ve gerektiği durumda hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olması planlanmaktadır. Bu sayede TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kontrol merkezi ve ana hizmet düzenleyicisi olması düşünülmektedir (70).

# 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon ve anksiyete bozuklukları, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardır. Diğer tıbbi hastalıklarla çok sık birliktelik gösterirler. Bu psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı, var olan tıbbi hastalığın seyrini ve tedavi yanıtını olumsuz olarak etkileyebilirler. Tüm hekimler, özellikle birinci basamakta hizmet veren hekimler psikiyatrik rahatsızlıklara karşı duyarlı olmalıdır, tanı koymada ve tedavisi için hızlı bir şekilde hareket etmelidir. K10-PSÖ, 10 sorudan oluşan kısa sürede yanıtlanan, anlaşılabilir ve kolay uygulanan bir ölçek olması nedeniyle psikiyatrik rahatsızlıkları saptamada uygulanabilirliği oldukça yüksektir.

Yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz, Cronbach alpha 0.95, AUC 0.958 değeri, Pearson Korelasyon katsayısı 0.87 ($p<0,001$), iki yarı test güvenilirliği 0,93 ve test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,89 ($p<0,001$) değerleri, K10-PSÖ'nün psikolojik sıkıntıyı ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu kanıtlamaktadır. Ayrıca iç tutarlılık ve kararlılığının yüksek olduğu ve BDÖ-BB ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bununla birlikte tek faktör ile maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansın %71,2'sinin açıklandığı dolayısıyla ölçülmek istenen özelliğin çok iyi ölçüldüğünü, madde toplam puan korelasyonlarının 0,720 ile 0,887 arasında değiştiği dolayısıyla maddelerin madde ölçme gücünün çok iyi olduğunu, her maddenin ölçeğe oldukça katkı sağladığını ve 0.551 kappa katsayısı ile K10-PSÖ ve BDÖ-BB arasında iyi uyum olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi, hastalar psikiyatrik rahatsızlık yaşadıklarında aile hekimleri yerine daha çok ikinci ve üçüncü basamağı tercih etmektedirler. Ayrıca diğer çalışmalarda hastaların psikolojik sıkıntı yaşadıklarında aile hekimlerine başvurmama nedenlerinin başında aile hekimlerine güvenilmemesi ve aile hekimlerinin psikiyatrik rahatsızlara önem vermemesi olduğu görülmektedir. Oysaki bazı ruh sağlığı hastalıklarının birinci basamakta tespiti ve takibi, gerek olduğunda ikinci veya üçüncü basamağa sevki hasta yükünün azaltılması, etkin şekilde tedavisinin uygulanması ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi bakımından oldukça önemlidir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin tarama, tanı ve yönetim becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarına, ruh sağlığı sorunları

olan kişileri uygun şekilde tespit etmek, tanı koymak, tedavi etmek ve gerektiğinde ilgili uzmana yönlendirmek için yeterli eğitim verilmesi uygun olacaktır.

Ayrıca ruhsal problem yaşayan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmeti veren, hastaların takip ve tedavilerin yapılmasını sağlayan, etkin ve ulaşılabilir bir hizmet sunan TRSM'lerin mevcut sayılarının artırılması ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi ile hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması sağlanabilir. Bu bağlamda aile hekimleri ile bu merkezlerin koordineli çalışmalarının sağlanması gerekmektedir.

Bu araştırma ile Türkçeye kazandırılan K10-PSÖ'nün özellikle psikolojik sıkıntı başta olmak üzere depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha iyi ve kolay tespit edilmesinde, taranmasında ve tedavi takibinde özellikle birinci basamakta yararlı olacağı gösterilmiştir. Sonuçta, K10'un Türkçe versiyonu olan K10-PSÖ, psikolojik sıkıntıyı ölçmede ve toplumda taranmasında geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir.

# 6. KAYNAKLAR


1. WHO. Constitution of the World Health Organization: Principles. Available from: www.who.int/about/mission/en/ Access date: 02.05.2018
2. European Health Informatıon Gateway. Mental Health. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/themes/mental-health/ Access date: 02.05.2018
3. WHO. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2015.
4. WHO. Mental Health: Data and Resources. Available from: www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics Access date: 02.05.2018
5. Taylor RB. Family Medicine: Current Issues and Future Practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherger JE (Eds). Family Medicine, Principles and Practice, 5th ed. New York: Springer-Verlag Pres, 1998;1-6.
6. Görpelioğlu S. Aile Hekimliğinde Tanımlar, Kavramlar ve Türkiye'ye Özgü Durumlar. İçinde: Bozdemir N, Kara İH (Eds). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1. baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2010; 2-8.
7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27:412-8.
8. Mirowsky J, Ross CE. Selecting outcomes for the sociology of mental health: Issues of measurement and dimensionality. Journal of Health and Social Behavior, 2002; 43:152-70.
9. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prevost D. Epidemiology of Psychological Distress. In: L'Abate L (Ed). Mental İllnesses - Understanding, Prediction and Control. Rijeka, Croatia: InTech Europe; 2012:105-34.
10. Shih M, Hootman JM, Strine TW, Chapman DP, Brady TJ. Serious psychological distress in U.S. adults with arthritis. J Gen Intern Med 2006; 21(11):1160-6.
11. Moore JL, Elliott JO, Lu B, Klatte ET, Charyton C. Serious psychological distress among persons with epilepsy based on the 2005 California Health Interview Survey. Epilepsia, 2009; 50(5): 1077-84.

12. Tola HH, Shojaeizadeh D, Garmaroudi G, Tol A, Yekaninejad MS, Ejeta LT, et al. Psychological distress and its effect on tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia. Global Health Action, 2015;8:1, 29019, DOI: 10.3402/gha.v8.29019
13. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. Morbidity and mortality in people with serious mental illness, thirteenth in a series of technical reports; NASMHPD, US, Washington DC, 2006.
14. Egede L, Dismuke C. Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. Curr Psychiatry Rep 2012;14(1):15–22.
15. Rasul F, Stansfeld SA, Hart CL, Davey Smith G. Psychological distress, physical illness, and risk of coronary heart disease. J Epidemiol Community Health 2005; 59(2):140-5.
16. Mommersteeg PM, Herr R, Zijlstra WP, Schneider S, Pouwer F. Higher levels of psychological distress are associated with a higher risk of incident diabetes during 18 year follow-up: results from the British household panel survey. BMC Public Health, 2012; 12:1109.
17. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. J Am Coll Cardiol 2008;52(25): 2156–2162.
18. Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. Psychosom Med 2007; 69(6): 543-50.
19. Byles JE, Robinson I, Banks E, Gibson R, Leigh L, Rodgers B, Curryer C, Jorm L. Psychological distress and comorbid physical conditions: disease or disability? Depression and Anxiety, 2014; 31(6):524-32.
20. Ministry of Health of New Zealand. Prevalence of psychological distress. In: New Zealand Social Indicators. March 2017. Available from: http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/snapshots-of-nz/nz-social-indicators/Home/Health/prevalence-psych-distress.aspx Access date: 03.05.2018
21. WHO. Depression and Other Mental Disorders, Global Health Estimates 2017 Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1 Access date: 03.05.2018

22. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. baskı. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 447-59.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Available from: https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596 Access date: 02.05.2018
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017. Available from: www.samhsa.gov/data/ Access date: 02.05.2018
25. TÜİK, İstatistiklere Türkiye 2015. Erişim adresi: https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/yayinGoruntuleme.zul?yayin_no=358 Erişim tarihi: 02.05.2018
26. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. J Psychosom Res 2002; 53(4):849-57.
27. WHO. Depression. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ Access date: 02.05.2018
28. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, ShoresWilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M (STAR*D Study Team). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. Am J Psychiatry 2006; 163(1): 28-40.
29. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011; 45(2):65-74.
30. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ, 2003; 326:200-1.

31. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA, 2016; 315(4):380-7.
32. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed). 8. baskı, İstanbul: Güneş Kitabevleri, 2007.
33. Harvard Medical School. National Comorbidity Survey (NCS), 2007: 12-month prevalence DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Available from: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/NCS-R_12-month_Prevalence_Estimates.pdf Access date: 02.05.2018
34. Harvard Medical School. National Comorbidity Survey (NCS), 2007: Lifetime prevalence DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Available from: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php Access date: 02.05.2018
35. Ünsalver BÖ, Balcıoğlu İ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 2006; 37:115-20.
36. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock’s Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 3. Baskı. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 236-71.
37. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 25: Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008:25-30.
38. Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester: Wiley, 1995; 158.
39. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP (Eds). Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms. London: Martin Dunitz, 1999.
40. Tükel R. Panik bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 2002; Ek 3:5-13.
41. National Institute of Mental Health. Agoraphobia. Available from: www.nimh.nih.gov/health/statistics/agoraphobia.shtml Access date: 06.05.2018
42. Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988; 338(Suppl.): S24-S32

43. American Psychiatric Assosiation: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Assosiation, 1994
44. IHME. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Population Estimates 1970-2015. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016.
45. Küey L, Aydemir Ö. Majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve eştanılı durumlarda ayrışan ve örtüşen özellikler-1. Turk Psikiyatri Derg 1996; 7:257-65.
46. Kessler RC, Nelson CB, Mc Gonagle KA, et al. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry, 1996; 30(Suppl):17-30
47. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 4:12-6.
48. Fushimi M. Relationships among the Kessler 10 Psychological distress scale, socio-demographic status, employment-related variables, and internality-externality in Japanese employees. New York: Nova Publishers, 2012, [E-book]. Available from: www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=39546 Access date: 03.05.2018
49. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968
50. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961; 4:561-71.
51. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 1989; 7(23):3-13.
52. Kapci EG, Uslu R, Turkcapar H, Karaoglan A. Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. Depression And Anxiety, 2008; 25:E104–E110.
53. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 1988; 56(6):893-7.
54. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998; 12:163-72.

55. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960; 23:56-62.
56. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol, 1967; 6: 278-96.
57. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1996; 4:251-9.
58. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol, 1959; 32:50-55.
59. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. () Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998;9:114-117.
60. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric annals, 2002; 32(9), 509-515.
61. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışlması. Türk Psikiatri Dergisi 1997; 8: 280-7
62. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation, 1995
63. Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. Eur J Public Health 2006; 17:514-9.
64. Mann RE, Paglia-Boak A, Adlaf EM, Beitchman J, Wolfe D, Wekerle C, Hamilton HA, Rehm J. Estimating the prevalence of anxiety and mood disorders in an adolescent general population: An evaluation of the GHQ12. International Journal of Mental Health and Addiction, 2011; 9:410-20.
65. Wooden M. Use of the Kessler Psychological Distress Scale in the HILDA Survey. HILDA Project Discussion Paper Series No. 2/09. Melbourne Isntitute of Applied Economic and Social Research; February 2009.
66. Fassaert T, de Wit MAS, Tuinebreijer WC, et al. Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler psychological distres scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2009; 18:159-68.

67. Baillie AJ. Predictive gender and education bias in Kessler's psychological distress Scale (k10). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40(9): 743-8. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00127- 005-0935-9 Access date: 02.05.2018
68. Gültekin BK, Söylemez A, Arslantaş H, Dişçigil G, Dereboy F. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Ayaktan Başvuran Hastaların Birinci Basamak Deneyimleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 12:25-30.
69. Özilice Ö, Uçku R, Akdede BB. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2017; 31(2):63-9.
70. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı; 2011-2023. Erişim adresi: https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/9a9dd52e9b6d42d3b0b3f821b8b2c0c5.pdf Erişim Tarihi: 03.05.2018
71. WHO. World Mental Health Initiative. National Comorbidity Survey. List of studies that use the K6 or K10 [Online]. Available from: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php Access date: 02.05.2018
72. WHO. World Mental Health Initiative. Interview Translation Guidelines: Abridged Version, March 2003.
73. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Behav Res Ther 1997; 35: 785-91
74. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. Birinci basamak için Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe çeviriminin geçerlilik ve güvenirliği. Türk Aile Hek Derg 2005; 9(3):117-22
75. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1996.
76. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to Screen for Major Depression Disorders. General Hospital Psychiatry, 1999; 21:106-11.
77. Tomak L, Bek Y. İşlem karakteristik eğrisi analizi ve eğri altında kalan alanların karşılaştırılması. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2010; 27(2): 58-65.

78. Tape TG. Interpreting Diagnostic Tests: The Area Under an ROC Curve. Available from: http://darwin.unmc.edu/dxtests/ROC3.htm Access date: 02.05.2018
79. Sunderland M, Hobbs MJ, Anderson TM, et al. Psychological distress across the lifespan: examining age-related item bias in the Kessler 6 Psychological Distress Scale. Int Psychogeriatr 2012; 24(2):231-42.
80. Wijeratne LT, Williams SS, Rodrigo MDA, Peris MUPK, Kawamura N, Wickremasinghe AR. Validation of the Kessler's psychological distress scale among the Sinhalese population in Sri Lanka. South Asian J Psy 2011; 2:21-5.
81. Spies G, Stein D, Roos A, Faure S, Mostert J, Seedat S, et al. Validity of the Kessler 10 (K-10) in detecting DSM-IV defined mood and anxiety disorders among pregnant women. Arch Womens Ment Health 2009; 12(2):69-74.
82. Thelin C, Mikkelsen B, Laier G, Turgut L, Henriksen B, Olsen LR, Larsen JK, Arnfred S. Danish translation and validation of Kessler's 10-item psychological distress scale–K10. Nordic Journal of Psychiatry, 2017; 71(6):411-6.
83. Ataei J, Shamshirgaran SM, Iranparvar M, Safaeian A, Malek A. Reliability and validity of the Persian version of the Kessler psychological distress scale among patients with type 2 diabetes. J Anal Res Clin Med, 2015, 3(2), 99-106.
84. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(2): 184-9
85. Sakurai K, Nishi A, Kondo K, Yanagida K, Kawakami N. Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 2011; 65(5):434-41.
86. Baggaley RF, Ganaba R, Filippi V, Kere M, Marshall T, Sombié I, et al. Short communication: Detecting depression after pregnancy: the validity of the K10 and K6 in Burkina Faso. Tropical Medicine and International Health 2007; 12(10): 1225-9.
87. Easton SD, Safadi NS, Wang Y, HassonRG. The Kessler psychological distress scale: translation and validation of an Arabic version. Health and Quality of Life Outcomes (2017) 15:215

88. Cornelius BLR, Groothoff JW, Van der Klinik JJL, Brouwer S. The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants. BMC Public Health 2013, 13:128
89. Stolk Y, Kaplan I, Szwarc J. Clinical use of the Kessler psychological distress scales with culturally diverse groups. Int J Methods Psychiatr Res 2014; 23:161-83.
90. Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA (New Zealand Mental Health Survey Research Team). The Kessler psychological distress scale in Te Rau Hinengaro: the New Zealand mental health survey. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2010; 44(4):314-22.
91. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. Hippokratia 2012; 16(3):205-14.
92. Akdeniz M, Oğuz N, Arı A. Erkeklerde Depresyon. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2016;7(4):72-9
93. Kuloğlu M, Karaoğlu A, Atmaca M, Özkan Y, Tezcan AE. Tip II diabetik hastalarda psikiyatrik belirtiler ve kan şekeri kontrolü. Düşünen Adam, 2000; 13(1):19-23.
94. Searle AK, Van Hooff M, McFarlane AC, Davies CE, Tran T, Hodson SE, Benassi HP, Steele NM. Screening for Depression and Psychological Distress in a Currently Serving Military Population: The Diagnostic Accuracy of the K10 and the PHQ9. Assessment, 2017; 1073191117745124.
95. Min JW, Lee SH. Validation of the K6/K10 scales of psychological distress and their optimal cutoff scores for older Koreans. The International Journal of Aging and Human Development 2015; 80(3):264-82.
96. O'Connor SS, Beebe TJ, Lineberry TW, et al. The association between the Kessler 10 and suicidality: a cross-sectional analysis. Comprehensive Psychiatry 2012; 53:48-53.
97. Bougie E, Arim RG, Kohen DE, Findlay LC. Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey. Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X, Health Reports, 2016; 27(1):3-10.
98. Dirican A. Tanı testi performansının değerlendirilmesi ve kıyaslanması. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2001; 32:25-30.

# 7. ÖZGEÇMİŞ

**I. Bireysel Bilgiler**

| | |
|---|---|
| Adı-Soyadı | : Yasin ALTUN |
| Doğum yeri ve tarihi | : Konya, 1988 |
| Uyruğu | : T.C. |
| Medeni durumu | : Bekar |
| Askerlik durumu | : Tecilli |
| İletişim adresi ve telefonu | : yasin.altun@saglik.gov.tr +90(555)5871997 |
| Yabancı dili | : İngilizce |

**II. Eğitimi**

Ayşe Tümer İ.Ö.O, 23 Nisan Egemenlik İ.Ö.O 1994-2002

Karatay S.D.M.P Anadolu Lisesi, 2002-2006

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi 2006-2012

**III. Unvanları:**

Pratisyen Hekim 2012-2014

Aile Hekimi 2014-2015

Aile Hekimliği Asistanı 2015-2018

**IV. Mesleki Deneyimi**

Konya Derebucak İlçe Devlet Hastanesi 2012-2014

Konya Karatay 068 Nolu Kızören Aile Sağlığı Merkezi 2014-2015

SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2015-2018

**V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar**

**VI. Bilimsel İlgi Alanları**

- Bir Eğitim Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniğine Başvuran Hastaların Ailelerinin Pnömokok Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi Ve Tutumları, 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 10-13 Mayıs 2018 Bildiri No:656

**VII. Bilimsel Etkinlikleri**

- Altun Y, Şahin S. Primary Health Care in Turkey. VdGM WONCA Europe Pre-Conference Exchange in Krakow, Poland, 23-24 May 2018, Oral Presentation
- 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 10-13 Mayıs 2018

**VIII. Diğer Bilgiler**

İş Yeri Hekimliği Sertifikası 2015

Sigara Bırakma Yardımı Kursu ve Sertifikası 2018

RİA Uygulama Kursu ve Sertifikası 2018

# 8. EKLER

**Ek 1. Etik Kurul Onayı** (1. sayfa)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | **"Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (Kessler Psychological Distress Scale; K10) Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" 2017-143** |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | |

| | | |
|---|---|---|
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | ETİK KURULUN ADI | S.B.Ü. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |
| | AÇIK ADRESİ: | Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. Muratpaşa /ANTALYA |
| | TELEFON | 0242 2494400 - 4217 |
| | FAKS | |
| | E-POSTA | etik.kurul.07@gmail.com |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BAŞVURU BİLGİLERİ** | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Aile Hekimliği | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | SBÜ Antalya SUAM | | | |
| | VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI | | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ | FAZ 1 | ☐ | | |
| | | FAZ 2 | ☐ | | |
| | | FAZ 3 | ☐ | | |
| | | FAZ 4 | ☐ | | |
| | | Gözlemsel ilaç çalışması | ☐ | | |
| | | Tıbbi cihaz klinik araştırması | ☐ | | |
| | | İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | ☐ | | |
| | | İlaç dışı klinik araştırma | ☐ | | |
| | | Diğer ise belirtiniz: Ölçek uyarlama çalışması | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ ☒ | ÇOK MERKEZLİ ☐ | ULUSAL ☒ | ULUSLARARASI ☐ |

| | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|---|---|---|---|---|
| **DEĞERLENDİRİLEN BELGELER** | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐ |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐ |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐ |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐ |
| **RİLENDİĞİ** | **Belge Adı** | | **Açıklama** | |

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY
İmza:

***Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.***

Etik Kurul Onayı (2. sayfa)

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | **"Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (Kessler Psychological Distress Scale; K10) Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" 2017-143** |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SİGORTA | ☐ | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | ☒ | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | ☐ | |
| | İLAN | ☐ | |
| | YILLIK BİLDİRİM | ☐ | |
| | SONUÇ RAPORU | ☐ | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | ☐ | |
| | DİĞER: | ☐ | |
| **ÇKARAR BİLGİLERİ** | **Karar No: 11/04** | **Tarih: 23/06/2017** | |
| | Çalışmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | | |

| **KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU** | |
|---|---|
| **ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI** | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |
| **BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:** | **Uzm.Dr.Özlem GİRAY** |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Uzm.Dr .Özlem GİRAY | Tıbbi Farmakoloji | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Doç.Dr. Özkan KÖSE | Ortopedi | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Doç.Dr. Esin YILMAZ | Tıbbi Biyokimya | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☐ | H ☒ | KATILMADI |
| Doç.Dr. Osman Zekai ÖNER | Genel Cerrahi | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☐ | H ☒ | KATILMADI |
| Doç.Dr. Aysel DERBENT UYSAL | Kadın Doğum | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Uz.Dr.Belkıs KOÇTEKİN | Fizyoloji | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Sos.Hiz.Uz.Ayten KAYA KILIÇ | Sosyal Hizmetler | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☐ | H ☒ | KATILMADI |
| Uzm.Dr. İshak Abdurrahman IŞIK | Çocuk Gastroenteroloji | S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Uz.Dr.Hülya KARAKILINÇ | Halk Sağlığı | Antalya İl Sağlık Müdürlüğü | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Dr.Ecz. Özlem BATU | Eczacı | Serbest Eczacı | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Av. Mehmet ORAKÇI | Hukuk | Antalya İl Sağlık Müdürlüğü | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY
İmza:

***Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.***

## Ek 2. Bilgilendirilmiş gönüllülük ve olur formu

| | | |
|---|---|---|
| T.C. Sağlık Bakanlığı<br>Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu | **Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'nin** (Kessler Psychological Distress Scale; K10) **Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**<br>**ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU** | **Doküman Adı:** KADB-F.23-R.00<br>**Yayın Tarihi:** 18.04.2013<br>**Sayfa No:** 1/1<br>**Onaylayan:** Daire Başkanı |

**Sayın Katılımcı,**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık terimini hastalığın olmaması durumundan ziyade fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Buna göre ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Psikolojik sıkıntı, depresyon ve kaygı belirtileri ile karakterize duygusal zarar görme hali olarak tanımlanır. Psikolojik sıkıntı, işlevsel düzeyi etkileyen hoş olmayan duygular veya duyguları tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir. Başka bir deyişle, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen psikolojik rahatsızlıktır. Psikolojik sıkıntı çevreye, diğer kişilere ve kişinin kendisine yönelik negatif görüşlere neden olabilir.

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, en az şeker hastalığı, yüksek tansiyon ve romatizma gibi bedensel hastalıklar kadar önemlidir. İş gücü-iş günü kayıplarına neden olmaktadır. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri'nde bir bilim adamı olan Kessler ve arkadaşları tarafından "Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği" (K10) adlı bir anket geliştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışma ile Türkçeye çevirisi yapılmış olan K10'un, daha önceden kullanılmakta olan Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği ile karşılaştırılarak Türkiye'de kullanılabilirliği araştırılacaktır.

Yaklaşık 150 gönüllünün katılması planlanan bu çalışma, katılımcılar yönünden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırma kapsamında size sorulacak sorularda kimliğiniz ile ilgili herhangi bir bilgi alınmayacaktır. Sizden alınacak tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak, çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri, verilerin tamamı araştırmacı tarafından gizlilik ilkesine göre saklanacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan istediğiniz zaman çıkma hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili sormak istediğiniz, merak ettiğiniz bir konu olması halinde aşağıda numarasını verdiğimiz Hastane santralinden bize 24 saat ulaşabilirsiniz.

**Katılımcı Onamı:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla, aşağıda imzası olan ben "*Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'nin (Kessler Psychological Distress Scale; K10) Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*" başlıklı araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı Soyadı:** **İmzası:** **Tarih:** ..... **/**..... **/ 201**...

**Yasal temsilcisinin Adı Soyadı:** **İmzası:** **Tarih:** ..... **/**..... **/ 201**...

**Doktorun Adı Soyadı: Dr. Yasin ALTUN** **İmzası:** **Tarih:** ..... **/**..... **/ 201**...
**Adresi:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kliniği, Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. 07100 Antalya **Telefon:** 0242.2494400/4219 **(Hastane santrali aracılığıyla 24 saat ulaşabilirsiniz)**

**Varsa Tanığın Adı Soyadı:** **İmza:** **Tarih:** ..... **/**..... **/ 201**...

Versiyon 01

**Ek 3. Demografik bilgi formu**

**Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (Kessler Psychological Distress Scale; K10)**
**Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**

## Demografik Bilgi Formu

**1.** Adı Soyadı: .....

**2.** Yaşı: .....

**3.** Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

**4.** Medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul / Ayrı / Boşanmış

**5.** Eğitim düzeyi:

☐ Okur-yazar değil
☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu
☐ Yüksek lisans / doktora mezunu

**6.** Mesleği:

☐ Memur
☐ İşçi
☐ Öğrenci
☐ İşsiz
☐ Ev hanımı
☐ Emekli
☐ Serbest
☐ Çiftçi
☐ Diğer (.....)

**7.** Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığı var mı?
(örn. tansiyon, şeker, kalp yetmezliği, böbrek hastalığı, psikiyatrik, nörolojik, romatizmal hastalık, vb.)

☐ Yok
☐ Var (belirtiniz) .....

**8.** Düzenli olarak kullandığı ilaç/lar var mı?

☐ Yok
☐ Var (belirtiniz) .....

**9.** Kayıtlı olduğu aile hekimini tanıyor mu? ☐ Tanımıyor

☐ Adını biliyor ☐ Yerini biliyor ☐ Adını ve yerini biliyor

**10.** Psikolojik sıkıntı yaşadığında aile hekimine başvuruyor mu?

☐ Hayır ☐ Bazen ☐ Sıklıkla ☐ Her zaman

**Ek 4. K10'un orijinali** (1. sayfa)

Binding margin – do not write

MENTAL HEALTH

**Date completed:** __ __ / __ __ / __ __ __ __

**K10+**

**Provider:** _____

**Provider ID:**

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Please use gummed label if available

Patient or Client Identifier:

Surname:

Other names:

Date of Birth: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Sex: Male ☐1 Female ☐2

Address:

The following questions ask about how you have been feeling during the **past 30 days**. For each question, please circle the number that best describes how often you had this feeling.

| **Q1. During that month, how often did you feel …** | **All of the time** | **Most of the time** | **Some of the time** | **A little of the time** | **None of the time** |
|---|---|---|---|---|---|
| **a.** … tired out for no good reason? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b.** …nervous? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c.** …so nervous that nothing could calm you down? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **d.** …hopeless? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **e.** …restless or fidgety? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **f.** …so restless that you could not sit still? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **g.** …depressed? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **h.** …so depressed that nothing could cheer you up? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **i.** …that everything was an effort? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **j.** …worthless? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Please turn over the page to continue**

K10+ SELF–REPORT MEASURE (1 of 2)

K10'un orijinali (2. sayfa)

MENTAL HEALTH

**Q2.** The last ten questions asked about feelings that might have occurred during the past 30 days. Taking them altogether, did these feelings occur More often in the past 30 days than is usual for you, about the same as usual, or less often than usual? (If you never have any of these feelings, circle response option "4.")

| More often than usual | | | About the same as usual | Less often than usual | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **A lot** | **Some** | **A little** | | **A little** | **Some** | **A lot** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |

The next few questions are about how these feelings may have affected you in the past 30 days. You need not answer these questions if you answered "None of the time" to **all** of the ten questions about your feelings.

**Q3.** During the past 30 days, how many days out of 30 were you totally unable to work or carry out your normal activities because of these feelings?

_____ **(Number of days)**

**Q4.** **Not counting the days you reported in response to Q3**, how many days in the past 30 were you able to do only half or less of what you would normally have been able to do, because of these feelings?

_____ **(Number of days)**

**Q5.** During the past 30 days, how many times did you see a doctor or other health professional about these feelings?

_____ **(Number of times)**

| | | All of the time | Most of the time | Some of the time | A little of the time | None of the time |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Q6.** | During the past 30 days, how often have physical health problems been the main cause of these feelings? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**Thank you for completing this questionnaire.**

© World Health Organization [YEAR]
All rights reserved. Based on the Composite International Diagnostic Interview © 2001 World Health Organization. All rights reserved. Used with permission. Requests for permission to reproduce or translate — whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Professor Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (fax: +011 617-432-3588; email: ronkadm@hcp.med.harvard.edu).

**Acknowledgements**
Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee by [NAME], [DEGREE], [ORGANIZATION], [COUNTRY].

K10+ SELF–REPORT MEASURE (2 of 2)

Binding margin – do not write

**Ek 5. K10 uyarlaması için izin başvuru ve yanıt yazıları**

Subject: The Kessler Psychological Distress Scale (K1o) Turkish Translation Permission

From: yasinaltun42@yahoo.com
To: ronkadm@hcp.med.harvard.edu; kessler@hcp.med.harvard.edu; Kitsakos@hcp.med.harvard.edu
Date: Friday, March 17, 2017, 3:19:58 PM GMT+3

**Dear Dr Kessler,**

I am Dr Yasin Altun, MD, writing to you from Antalya, Turkey.
I am working as a resident doctor in Department of Family Medicine, Antalya Training and Research Hospital.
I would like to apply a doctor-patient relationship questionnaire to our patients.
My adviser is Dr Mehmet Ozen, MD (Head of the Department of Family Medicine). ( ozenmemo@yahoo.com )
We have read your article that titled " Screening for serious mental illness in the general population". Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):184-9
We want to translate your " The Kessler Psychological Distress Scale (K1o) " to Turkish and apply our patients.
We controlled the K10 is translated to Turkish or not, checked on https://www.hcp.med.harvard. edu/ncs/k6_scales.php, result of our search is the K10 does not exit in Turkish.
So, we request your official permission for your "The Kessler Psychological Distress Scale (K1o)" to translate to Turkish. We make quarantee that we will use the questionnaire only for academic purposes.
Thank you very much for your interest and cooperation.
Best regards,

Dr Yasin ALTUN, MD.

Resident Doctor in Department of Family Medicine
Antalya Training and Research Hospital
Antalya / Turkey
Phone: +90.242.2494400
E-mail: yasinaltun42@yahoo.com

Subject: Re: The Kessler Psychological Distress Scale (K1o) Turkish Translation Permission

From: kessler@hcp.med.harvard.edu
To: yasinaltun42@yahoo.com
Cc: ronkadm@hcp.med.harvard.edu; Kitsakos@hcp.med.harvard.edu
Date: Friday, March 17, 2017, 4:14:36 PM GMT+3

Yasin - You have my permission to use the K6?and K10 scales in the way you describe. Good luck with your work.
Ron Kessler

Sent from my iPhone

On Mar 17, 2017, at 8:23 AM, Yasin Altun <yasinaltun42@yahoo.com> wrote:

**Dear Dr Kessler,**

I am Dr Yasin Altun, MD, writing to you from Antalya, Turkey.
I am working as a resident doctor in Department of Family Medicine, Antalya Training and Research Hospital.
I would like to apply a doctor-patient relationship questionnaire to our patients.
My adviser is Dr Mehmet Ozen, MD (Head of the Department of Family Medicine). ( ozenmemo@yahoo.com )
We have read your article that titled " Screening for serious mental illness in the general population". Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):184-9
We want to translate your " The Kessler Psychological Distress Scale (K1o) " to Turkish and apply our patients.
We controlled the K10 is translated to Turkish or not, checked on https://www.hcp.med.harvard. edu/ncs/k6_scales.php, result of our search is the K10 does not exit in Turkish.
So, we request your official permission for your "The Kessler Psychological Distress Scale (K1o)" to translate to Turkish.
We make quarantee that we will use the questionnaire only for academic purposes.
Thank you very much for your interest and cooperation.
Best regards,

Dr Yasin ALTUN, MD.

Resident Doctor in Department of Family Medicine
Antalya Training and Research Hospital
Antalya / Turkey
Phone: +90.242.2494400
E-mail: yasinaltun42@yahoo.com

Subject: FW: The Kessler Psychological Distress Scale (K1o) Turkish Translation Permission

From: Gorman@hcp.med.harvard.edu
To: yasinaltun42@yahoo.com
Date: Friday, March 17, 2017, 6:57:36 PM GMT+3

Dear Dr. Altun,

Thank you for contacting Dr. Kessler's office about the K10 scale.

No formal request is needed, but we would appreciate it if you cited the article by Kessler et al (2010) in *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (attached above) when you use the scale and if you would send us citations to all publications that use the scale.

While we do have a Turkish translation of the K6 scale, we do not have a Turkish version of K10. I am sending the WHO translation protocol that would need to be followed in order to certify your translation as the official WHO translation of the instrument. Also attached are the appropriate version of the /K10 to translate, evaluation sheet, and copies of methodological papers about its use.

In short, as described in full detail in the Translation Guidelines, this is what is needed for the translations to be approved:

1. Original forward translation
2. Linguistic Evaluation sheets (see attached)
3. Notes/summary from the Expert Panel stage & changes made to the instrument due to suggestions from the Expert Panel
4. Notes on interviewing stage--This can be brief and can be done in list or outline form, making sure that it identifies specific problems with the translation that were evident from the interviewing stage.
5. (If necessary) Updated forward translation/back translation based on the Expert Panel and the interviewing stage
6. Final forward translation and back translation

At this point, I, along with a colleague, will review the translation and back translation. If there are any problems or concerns, we will send it back to you with our questions, which will need to be formally answered, and, if necessary, the forward and back translations will be revised. Please note that the translations might need to be sent back and forth multiple times until it is approved.

If you have any questions, please let me know.

Best regards,

Teresa Gorman

**Ek 6. K10-Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ)** (1. sayfa)

Kenar sınırı - buraya yazmayınız

**Form doldurma tarihi:** __ __ / __ __ / __ __ __ __

**K10+**

**Anketi yapan** _____

**Anketi yapanın Kimlik No:**

|__|__|__|__ |__|__|__|__|__|__|__|

Lütfen mümkünse yapışkan etiket kullanınız

Hasta Kimlik No

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Soyadı:

Adı:

Doğum tarihi: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Cinsiyet: Bay ☐1 Bayan ☐2

Adres:

Aşağıdaki sorular **son 30 gün içinde** kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Lütfen her soruda söz konusu duyguyu hangi sıklıkta hissettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı yuvarlak içine alınız.

| **S1.** | **Bu ay içerisinde kendiniz ile ilgili olarak aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiniz?** | **Sürekli olarak** | **Çoğu zaman** | **Arada sırada** | **Seyrek olarak** | **Hiç olmadı** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **a.** | ... herhangi bir sebep olmadan aşırı yorgunluk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **b.** | ... sinirli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **c.** | ... hiçbir şekilde sakinleşemeyecek kadar sinirli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **d.** | ... umutsuz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **e.** | ... huzursuz veya tedirgin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **f.** | ... yerinde duramayacak kadar huzursuz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **g.** | ... çökkün | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **h.** | ... hiçbir şekilde neşelenemeyecek kadar çökkün | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **i.** | ... her şeyin çok zor gelmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **j.** | ... değersiz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Lütfen sayfanın arkasını çevirerek devam ediniz**

AKIL SAĞLIĞI

K10+ ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (1/2)

K10-Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ) (2. sayfa)



**S2.** Yukarıda sorulan 10 soruda, son 30 günde hissetmiş olabileceğiniz duygu durumları sorulmuştur. Tümünü birlikte ele alırsak, bu duygular geçen 30 günde, her zamankinden daha fazla mı, her zamanki gibi mi, yoksa her zamankinden daha az mı ortaya çıktı? (eğer bu duyguları hiç hissetmediyseniz, seçenek "4"ü yuvarlak içine alınız.)

| **Normalden daha sık** | | | **Her zamanki gibi** | **Normalden daha seyrek** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bir hayli** | **Biraz** | **Az bir miktar** | | **Az bir miktar** | **Biraz** | **Bir hayli** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |

Aşağıdaki sorular, son 30 gün içinde bu duyguların sizi nasıl etkilemiş olabileceği ile ilgilidir. Eğer duygularınız ile ilgili on sorunun hepsine "Hiç olmadı" yanıtını verdiyseniz, bu soruları yanıtlamanıza gerek yoktur.

**S3.** Son 30 gün boyunca, bu duygular yüzünden hiç çalışamadığınız veya normal faaliyetlerini yapamadığınız kaç gün oldu?

_____ **(Gün sayısı)**

**S4.** **Soru 3'e yanıtladığınız günleri saymazsak**, son 30 gün içinde bu duygular yüzünden, normalde yapabildiğiniz şeylerin yarısını veya daha azını yapabildiğiniz kaç gün oldu?

_____ **(Gün sayısı)**

**S5.** Son 30 gün içinde bu duygularla ilgili olarak kaç kez doktora ya da diğer sağlık uzmanına gittiniz?

_____ **(Başvuru sayısı)**

| | **Sürekli olarak** | **Çoğu kez** | **Arada sırada** | **Seyrek olarak** | **Hiç olmadı** |
|---|---|---|---|---|---|
| **S6.** Son 30 gün içinde fiziksel sağlık problemleri ne kadar sıklıkta bu duyguların sebebi olarak ortaya çıktı? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**Bu anketi tamamladığınız için teşekkür ederiz.**



Kenar sınırı - buraya yazmayınız

K10-Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ) (3. sayfa)

© World Health Organization 2017
All rights reserved. Based on the Composite International Diagnostic Interview © 2001 World Health Organization. All rights reserved. Used with permission. Requests for permission to reproduce or translate —whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Professor Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (fax: +011 617-432-3588; email: ronkadm@hcp.med.harvard.edu)

**Acknowledgements**
Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee by Yasin Altun, MD, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey, Mehmet Ozen, MD, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey and M. Murat Kuloglu, MD, Professor, Akdeniz University, Antalya, Turkey.

## Ek 7. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB)

**Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği**

Hastanın yaşı: _____ Cinsiyeti: _____ Öğrenim durumu: _____

**Açıklama**

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere **son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü
   - 0 Üzgün değilim.
   - 1 Zaman zaman üzgünüm.
   - 2 Her zaman üzgünüm.
   - 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.
2. Kötümserlik
   - 0 Gelecekten umutsuz değilim.
   - 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
   - 2 Gelecekten çok umutsuzum.
   - 3 Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geçmişteki başarısızlıklar
   - 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
   - 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
   - 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
   - 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.
4. Kendini beğenmeme
   - 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
   - 1 Kendime olan güvenim azaldı.
   - 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
   - 3 Kendimden nefret ediyorum.
5. Kendini suçlama
   - 0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum.
   - 1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
   - 2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
   - 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
6. İlgi kaybı
   - 0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
   - 1 İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.
   - 2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
   - 3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.
7. İntihar düşüncesi veya isteği
   - 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
   - 1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
   - 2 Kendimi öldürmek isterdim.
   - 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan