

İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği Hastane Versiyonu-10'un Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Adaptation of the Hospital Version-10 of Stroke Aphasic Depression Questionnaire into Turkish: Validity and Reliability Study

Özlem OĞUZ^a, Memik YILDIZ^b

^aÜsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, İstanbul, Türkiye

^bDil ve Konuşma Terapisti, Gaziantep, Türkiye

ÖZET Amaç: Bu çalışmada, İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği Hastane Versiyonu-10'u [Stroke Aphasic Depression Scale Hospital Version-10 (SADQH-10)] Türkçeye uyarlamak ve geçerlik-güvenirlik düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada, amaca uygun olarak, inme sonucu afazi ile tanılanan 65 katılımcı yer almıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri, SPSS paket programı ile gerçekleştirilmiştir. **Bulgular:** Temel bileşenler faktör analizi sonucunda ölçeğin Türkçe versiyonunun faktör yapısının, orijinal ölçeğin faktör yapısı ile tutarlılık gösterdiği görülmüştür. Ölçeğin test puanları açısından alt ve üst gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Ölçeğin genelinden alınan puanlar ile alt alanlardan alınan puanlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki ve tüm alt alanlar arasında anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir. Ayrıca ölçeğin eş zamanlı geçerliliğini değerlendirmek üzere kullanılan Hamilton Depresyon Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon elde edilmiştir ($r=0,77$, $p<0,001$). Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,62 olarak, madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalamaları ise beklenen düzeyde bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği bağımlı katsayısı 0,85 olarak belirlenmiştir. SADQH-10-TR ölçek puanının yaş, cinsiyet, afazi tipi ve dil puanına göre değişiklik göstermediği bulgulanmıştır. İnme üzerinden geçen zaman faktörü ile ölçek puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. **Sonuç:** SADQH-10 Türkçe versiyonunun, inme sonrası afazi ile tanılanan bireylerde depresyon durumunu belirlemek üzere hem kliniklerde hem de hastanelerde farklı meslek uzmanları tarafından geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilceği düşünülmektedir.

ABSTRACT Objective: The goal of this research is to adapt the Stroke Aphasic Depression Scale Hospital Version-10 (SADQH-10) into Turkish and conduct validity and reliability analyses. **Material and Methods:** A total of 65 participants were participated in the study, all of whom had been diagnosed with aphasia after stroke. The validity and reliability analyzes of the scale were performed with the SPSS package program. **Results:** The factor structure of the Turkish version of the scale was found to be consistent with the factor structure of the original scale. Also, there was a considerable difference between the lower and upper groups. While there were positive and significant correlations between the scores obtained from the overall scale and the scores from the sub-domains, significant correlations were observed between all sub-domains. A significant correlation was found between SADQH-10-TR and the Hamilton Depression Scale, which was used to evaluate the concurrent validity ($r=0,77$, $p<0,001$). While the Cronbach's alpha internal consistency coefficient was 0,62, the averages of item-total score correlation coefficients were determined to be at the expected level. The correlation coefficient for test-retest reliability was found to be 0,85. While the SADQH-10-TR score did not differ with age, gender, aphasia type, or language score, it did reveal a strong negative correlation with stroke onset time. **Conclusion:** The Turkish version of the SADQH-10 is believed to be a valid and reliable measurement tool to determine the depression status of individuals who have aphasia after a stroke in clinics and hospitals.

Anahtar Kelimeler: İnme; afazi; depresyon; geçerlik; güvenilirlik

Keywords: Stroke; aphasia; depression; validity; reliability

İnme, beyni besleyen kan damarlarında kanama, trombus ve emboliye bağlı olarak motor kontrol kaybı, duyu ve denge bozukluğu, konuşma ve kogni-

tif fonksiyon kaybı gibi sonuçlar ortaya çıkaran klinik bir tablodur.¹ Akut inme hastalarının %21-38 oranında afazi tanısı aldığı bildirilmiştir.² Afazi, beynin

Correspondence: Özlem OĞUZ

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-mail: ozlem.oguz@uskudar.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

Received: 15 Aug 2021

Received in revised form: 27 Oct 2021

Accepted: 13 Nov 2021

Available online: 23 Nov 2021

2536-4391 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

sol hemisferinde dille ilişkili alanların hasarlanmasından kaynaklanan, bireyin alıcı ve ifade edici dil becerilerini olumsuz olarak etkileyebilen edinilmiş bir dil bozukluğudur.³ Afazili bireyler, dil ve iletişim problemleri yanı sıra kısmi paralizi, apraksi, disfaji, epilepsi, bellek ve dikkat problemleri gibi durumları da tecrübe edebilmektedirler. Bu problemlerle birlikte bireylerin iletişim becerilerinde olumsuz anlamda değişiklikler yaşanmakta olup, sosyal iletişimde azalma, fiziksel bağımlılık, kısıtlanma ve yalnızlık gibi sonuçlarla karşılaşmaktadır.⁴ Sjöqvist Nätterlund, afazili bireylerin yaşadıkları iletişim sorunlarına bağlı olarak işlerini, iş arkadaşlarını ve yakın arkadaşlarını kaybedebiliyor olduklarını bildirmiştir.⁵ Afazili bireylerin, afazili olmayan bireylere göre sosyal aktivitelere daha az katılım sağladığı ve katılım sağladıklarında eskiye göre daha az keyif aldıkları belirtilmektedir.^{6,7} Afazili bireylerin yaşamlarındaki bu etkilerin duygusal boyutlarının ise korku, anksiyete, şaşkınlık, umutsuzluk, öfke, izolasyon, şok, utanma ve depresyon olduğu belirtilmektedir. Kauhanen ve ark. tarafından inme sonrası afazi olan bireylerin büyük çoğunluğunun (%60), birinci yıl sonunda depresyon ile tanılandığı bildirilmiştir.⁸ Bu oran, afazili bireylerin, inme sonrası afazi ile tanılanmayan ya da sağlıklı bireylere göre daha fazla olumsuz psikolojik etki yaşadıklarını göstermektedir.^{6,7} Afazi tanısının, bireyler üzerindeki en büyük olumsuz duygusal etkisi ise depresyondur.

Depresyon, bireyin yaşamında genel olarak mutsuzluğun zirve yaptığı, kalıcı bir hüzün ile karakterize, bazı belirtilerle ortaya çıkan ve zaman zaman değişken özelliklere de sahip olan psikolojik rahatsızlıktır.⁹ Depresif belirtiler, inme sonrası afazinin neden olduğu iletişimsel bozukluklar ve bilişsel hasarlarla ilişkilidir.^{10,11} Depresyon, inme sonrası hastaların yaşam kalitesini, iyileşmesini ve hayatta kalmasını etkileyen önemli bir komplikasyondur.^{12,13} İnme sonrası depresyon, tanılanmamış, teşhis edilmemiş veya yeterince tedavi edilmemiş olabilir.¹⁴ Depresyonun getirdiği üzüntü ve isteksizlik hâli, bireylerin rehabilitasyon sürecine katılımını olumsuz etkilemekte ve bu durum depresif bireylerde motor ve fonksiyonel gelişimin daha yavaş olmasına yol açmaktadır.¹⁵ Bu nedenle depresyonun erken teşhisi ve yönetimi oldukça önem arz etmektedir.¹⁶

İnme yönetimine ilişkin çeşitli kılavuzlar, tüm inmeli bireylerde depresyon taraması yapılmasını önermektedir.^{11,17} Fakat afazili bireylerde, inme sonrası depresyonun birey üzerinden değerlendirilmesi dil bariyeri nedeniyle oldukça zordur. Depresif belirtilerin değerlendirilmesinde kullanılan standartlaştırılmış araçların çoğu bireyin iletişim kurma becerisine bağlıdır.¹⁸ Depresyonu taramak veya teşhis etmek için dil temelli değerlendirmeye bağımlılık, afazili bireyler için bir engel oluşturmaktadır.¹⁹ Afazili bireyler, dil bariyeri nedeniyle genellikle duygularını bildiremez veya standart değerlendirmeleri tamamlayamazlar.²⁰ Bu yüzden inme sonrası depresyonu araştıran birçok çalışmada, afazili bireyler dışlanmıştır.²¹ Fakat afazili bireylerde, depresyonu değerlendirmek için uyarlanabilir yöntemlerle geliştirilen araçlar da vardır. Bu araçlar, gözlemcili araçlar ve görsel analog ölçeklerdir.^{19,22,23} Afazi Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Benaim ve ark., 2004; *Aphasic Depression Rating Scale*), Klinik Global İzlenim Ölçeği (Guy, 1976; *Clinical Global Impression Scale*) ve Görsel Analog Ruh Hali Ölçeği (Folstein ve Luria, 1973; *Visual Analogue Mood Scale*) alanyazında afazili bireylerin depresyonunu değerlendirmek için kullanılan araçlardan bazılarıdır.²⁴⁻²⁶ İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği Hastane Versiyonu-10'u [Stroke Aphasic Depression Scale Hospital Version-10 (SADQH-10)] afazili bireylerde depresyon düzeyini belirlemeyi amaçlayan gözlemci tarafından doldurulan ölçeklerden arasında yer almaktadır.²⁷

Afazili bireylerin rehabilitasyon süreçleri, kişinin sadece fiziksel yetersizliklerinin iyileştirilmesi ve dil bozukluklarına müdahale edilmesiyle sınırlı kalmamalıdır. Bireylerin psikolojik durumunun, tedavi-tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini şekillendiren ve müdahale sonuçlarına etki eden önemli bir faktör olması dolayısıyla bireyin psikolojik durumunun da göz önüne alınması ve rehabilitasyon sürecine dâhil edilmesi bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hâlihazırda ülkemizde kullanılmakta olan afazi değerlendirme araçlarına bakıldığında, afazili bireyi ve yakınlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş veya uyarlanmış sınırlı sayıda araç vardır ve bu ölçekler genellikle fiziksel, psikososyal, iletişim ve enerji alt alanlarında hastaların yaşam

kalitesini değerlendirmektedir. Fakat afazili bireylerde spesifik olarak depresyon durumunu değerlendiren bir araç, Türkçe alanyazında bulunmamaktadır. Ülkemizde kliniklerde kullanılan bazı depresyon ölçekleri mevcuttur ve afazili bireylerin sahip oldukları dil ve iletişim bozuklukları, depresyonu değerlendirirken bu ölçeklerin kullanılması önünde engeller oluşabilmektedir. Bu nedenle afazili bireylerde, özel olarak depresyon durumunu değerlendiren araçlara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Afazili bireylerin yaşam kalitesini ve terapilerin etkililiğini artırmak, rehabilitasyon sürecini başarıyla yürütebilmek için depresyonun erken dönemde saptanarak, bu durumun göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir. Ülkemizde afazili bireylerde depresyonu değerlendiren aracın bulunmaması nedeniyle araştırmacılar tarafından bir ölçek uyarlama ihtiyacı duyulmuştur. Bu çalışma ile SADQH-10 Türkçeye kazandırılması ve afazili bireylerin depresyon düzeylerinin geçerli ve güvenilir bir biçimde değerlendirilmesine olanak sağlanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

KATILIMCILAR

Araştırmanın katılımcılarını, Üsküdar Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Araştırma ve Uygulama Merkezine değerlendirme ya da terapi amacıyla başvurmuş olan afazili bireyler ve alanda çalışmakta olan meslek elemanlarının yönlendirdiği afazili bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın katılımcıları, ölçüt bağımlı örneklem yöntemi ile seçilmişlerdir. Aşağıda bulunan katılımcı dâhil etme kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

- Afazili katılımcılar için;
 - Çalışmaya katılmak için onay verebilmek,
 - Dil ve konuşma terapisti tarafından afazi tanısı konuşmuş olması,
 - İnme üzerinden en az 3 ay geçmiş olması,
 - 18 yaşından büyük olmak,
 - Tıbbi raporlara göre ileri derecede işitsel ve görsel bozukluklar sahibi olmamak,
 - Ana dilin Türkçe olması.

- Afazili bireye birincil bakım veren yakını;
 - Çalışmaya katılmak için onay verebilmek,
 - 18 yaşından büyük olmak,
 - İleri derecede işitsel ve görsel bozuklukları olmamak,
 - Ana dilin Türkçe olması,
 - Son 1 haftadır afazili bireyin yanında ve afazili birey ile ilgileniyor olmak.

Bu çalışma; İstanbul, İzmir, Balıkesir, Bursa, Trabzon, Sivas, Karabük, Kocaeli, Gaziantep, Kayseri, Samsun ve Aksaray illerindeki bazı özel kurum ve hastanelerdeki afazili bireyler ve afazili bireylere birincil bakım veren yakınlarıyla gerçekleştirilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Demografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan demografik bilgi formunda, afazili birey için yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, inme zamanı, afazi tipi, felç varlığına dair bilgiler belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Afazili bireye birincil bakım veren yakını için ise yaş, yakınlık derecesi ve eğitim durumuna ilişkin soruların olduğu bölüm yer almaktadır.

İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği-10 (SADQ-10) İnmeye Bağlı Afazide Depresyon Ölçeği (Stroke Aphasic Depression Questionnaire [SADQ]), 1998 yılında Sutcliffe ve Lincoln tarafından 21 soru olarak geliştirilmiştir.²⁰ Bu ölçek ile inmeye bağlı olarak ortaya çıkan afazide, depresyon düzeyini belirlemek amaçlanmaktadır. Ölçek, depresif duygudurum ile ilişkili olduğu düşünülen gözlemlenebilir davranışlara dayalı olarak geliştirilmiştir. Ölçekte, a) sosyal etkileşim ve fiziksel ağrı (SEFA), b) üzgün-ağlamaklı (ÜA) ve c) ilgi ve motivasyon kaybı (İMK) olmak üzere 3 farklı alanda sorular bulunmaktadır. Bu ölçekte cevap seçenekleri, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiç” şeklindedir. Lincoln ve ark. tarafından 2000 yılında ölçeğin hastane versiyonu yayımlanmıştır.²⁷ Bu versiyonda, ölçeğin geçerlik ve iç tutarlılığını artırmak amacıyla için 21 olan ölçek madde sayısı 10’a düşürülmüştür. Cevap seçenekleri ise bu hafta içinde “her gün”, “4-6 gün”, “1-3 gün” ve “hiçbir zaman” olarak revize edilmiştir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Cobley ve ark. tarafından 2012 yılında tamamlanmıştır.²⁸ Yüz altmış beş afazili bireyin yer aldığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, SADQ-H-10 ölçeğinin, inmeye bağlı olarak afazi ile tanılanan bireylerde depresif belirtilerin belirlenebilmesi için geçerli ve güvenilir bir gözlemsel tarama ölçeği olduğu bildirilmiştir. Ölçek, hastanın son 1 haftaki durumuna göre bakım veren tarafından doldurulmaktadır. Sırasıyla 0-3 arasında puanlanan seçeneklerden elde edilen toplam puanın (minimum=0, maksimum=30), 14 ve üzeri olması depresyon varlığını göstermektedir. Ayrıca toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Son 1 haftada kişide bulunan depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla klinisyenler tarafından kullanılan bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 1996 yılında HAM-D adıyla Akdemir ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.²⁹

Afazi Dil Değerlendirme (ADD) Testi

Afazi Dil Değerlendirme (ADD) testi, Toğram ve Maviş (2012) tarafından geliştirilmiştir.³⁰ ADD, afazi tanısı koyma ve afazinin tipini belirlemeye yönelik bilgi verme, bireye uygun terapi hedeflerini seçmeye yardımcı olma ve afazili bireyin tüm dil alanlarındaki performansını belirleme amacıyla kullanılabilir.

HAM-D ölçeği ölçüt bağımlı geçerlik amacıyla ADD ise afazi tanısı koymak amacıyla kullanılmıştır.

İşlem

SADQH-10'un Türkçeye uyarlama çalışması için testin geliştiricilerinden biri olan Dr. Shirley Thomas'dan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için ise Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 28.10.2020 tarihinde yapılan 13 no.lu toplantısında 61351342/2020-506 dosya numarası ile onay alınmıştır. Araştırmanın her aşaması Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler, bilgilendirilmiş gönüllü onam belgesini imzalayarak yazılı onay vermişlerdir.

dirilmiş gönüllü onam belgesini imzalayarak yazılı onay vermişlerdir.

SADQH-10'un çeviri ekibinde alanları lisans alanları "dil ve konuşma terapisi", "fizik tedavi ve rehabilitasyon", "İngilizce öğretmenliği", "dil bilim" ve "sınıf öğretmenliği" olan 6 uzman dil ve konuşma terapisti yer almıştır. Çeviri çalışmaları sonucunda, orijinal diline çevrilen ölçek formu ile orijinal form karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda, ölçeğin orijinali ile Türkçeden geri çevirme yöntemi ile elde edilen form arasında önemli düzeyde bir farklılık tespit edilmediği için ölçeğe son şekli verilmiştir.

Veriler Kasım 2020-Nisan 2021 tarih aralığında yüz yüze toplanmıştır. Verilerden 49'u araştırmacılar tarafından, 16'sı ise çalışmaya yardımcı olmak isteyen dil ve konuşma terapistleri aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecinde, yardımcı olmak isteyen dil ve konuşma terapistlerine araştırmanın geneline ve veri toplama sürecine yönelik olarak detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmaya gönüllü olan katılımcılara, öncelikle çalışmanın amacı anlatılmış ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Afazili bireylere ise afazi tanısı koymak ve afazi tipini belirlemek amacıyla ADD uygulanmıştır. Afazili bireyin yakını tarafından "Katılımcı Bilgi Formu", "HAM-D" ve "SADQH-10-TR" tamamlanmıştır.

VERİ ANALİZİ

Çalışmaya katılan 65 afazili bireyin demografik verilerini özetlemek için tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi ise IBM SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences, IBM, ABD-Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin geçerlik analizinde, yapı geçerliği ve ölçütsel geçerlik türlerinden yararlanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği analizi için uç grupların ölçek puanları arasındaki farklılığın, ölçek puanı ile alt alan puanlarının korelasyonlarının ve alt alanlar arası korelasyonunun incelenmesi ile faktör analizi olmak üzere 4 farklı analiz kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizleri için ise iç tutarlılık ve istikrarlılık türlerinden faydalanılmıştır. İç tutarlılık alt analizlerinde, madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması ve iç tutarlılık katsayısı belirlenmiştir. İstikrarlılık alt ana-

lizinde ise test-tekrar test yöntemi kullanılmış ve çevirisi yapılan ölçek, katılımcılara 5 gün sonra tekrar uygulanarak 1 ve 2. uygulama sonuçları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Beş gün ara sonrası test-tekrar test uygulamasına, benzer nitelikteki ölçeklere ilişkin olarak yayımlanmış olan makaleler incelenerek karar verilmiştir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

İnme sonrası afazi ile tanılanan bireylerde depresyonun sıklıkla görülmesi nedeniyle hekimler tarafından hastalara depresyon ilaçları verilmektedir. Bu çalışmada elde edilen veriler arasında bireylerin depresyon ilacı kullanıp, kullanmadığı veya kullanıyorsa ilacın dozaj rejiminin ne olduğuna dair bilgiler yer almamaktadır. Bireysel tedavi şekillerinin farklı olmasından dolayı ölçeklerden elde edilen puanların da etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca veri toplama sürecinde koronavirüs salgınının devam ediyor olması ve bunun sonucu olarak bireylerin sosyal, ekonomik ve psikolojik yönden olumsuz etkilenmesinin, uygulanan depresyon ölçeklerinin sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Son olarak katılımcıların, dil ve konuşma terapisi hizmeti alma durumlarına ilişkin yeterli bilgi alınamamıştır. Koronavirüs hastalığı-19 nedeniyle terapilere ara verilmesi, sokağa çıkma yasağının uygulanması ya da kurumların kapanması düzenli terapi katılımını etkilemiştir. Bu nedenle terapiye katılım bir değişken olarak belirlenmemiştir.

BULGULAR

1. KATILIMCILARA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmada yer alan 65 katılımcıya ilişkin detaylı bilgiler Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%67,7) İstanbul ilinden katılım sağlamıştır. Katılımcılara düzenli ilaç ya da kontrol kullanımını gerektiren veya tanı aldıkları bir hastalık/rahatsızlıkları bulunup bulunmadığına ilişkin bir soru yönlendirilmiş ve %36,9 oranında “hayır” yanıtı alınmıştır. “Evet” yanıtını vermiş olanların %41,5’inde tansiyon ve %32,2’sinde ise kalp hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmaya afazili bireyin yakını olarak katılanlardan %44,6’sı afazili bireylerin eşleri, %23,1 ise çocuklarıdır.

TABLO 1: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri.

		Ortalama±SS	Minimum-maksimum
Yaş (yıl)		56,31±13,257	21-82
İnme üzerinden geçen süre (ay)		23,95±33,431	3-166
		n (65)	%
Cinsiyet	Kadın	27	41,5
	Erkek	38	58,5
Eğitim durumu	Okuryazar değil	3	4,6
	İlkokul	31	47,7
	Ortaokul	6	9,2
	Lise	16	24,6
	Üniversite	9	13,8
Medeni durum	Bekâr	9	13,8
	Eveli	53	81,5
	Dul-boşanmış	3	4,6
Afazi tipi	Tutuk	43	66,2
	Akıcı	22	33,8
Felç	Yok	19	29,2
	Var	46	70,8

SS: Standart sapma.

2. KATILIMCILARIN ELDE ETTİĞİ PUANLARA İLİŞKİN BULGULAR

SADQH-10-TR ölçeğinin toplam puanı ve alt bölümlerin toplam puanlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, SEFA alt alanından alınan toplam puanların ortalaması 4,51 (±2,83), ÜA alt alanından alınan toplam puanların ortalaması 1,14 (±1,694) olup, İMK alt alanından alınan toplam puanların ortalaması ise 1,78 (±1,408) idi. Tüm bu alt alanların verileri değerlendirildiğinde, ölçek genelinde katılımcıların aldıkları toplam puanların en düşük 0, en yüksek 19,00 ve ortalama 7,43 (±4,496) olduğu görülmüştür.

3. ÖLÇEĞİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Uç grupların ölçek puanları arasındaki farklılığına ilişkin bulgular

Katılımcıların puanları yüksek olandan düşük olana doğru sıralandıktan sonra alt %27’lik (n=17) dilimdeki katılımcılarla, üst %27’lik (n=18) dilimde yer alan katılımcılar arasında toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir.

tir. Gerçekleştirilen “bağımsız 2 grup t-testi” sonuçlarına göre test puanları açısından, alt %27 ile üst %27’lik dilimdeki katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür [t (33)=-13,036, p<0,001]. Üst dilimde yer alan katılımcıların toplam puan ortalamaları 13,16 (\pm 3,03) iken, alt dilimde bulunan katılımcıların toplam puan ortalamalarının 3,47 (\pm 1,46) olduğu görülmüştür.

Ölçek puanı ile alt alan puanlarının korelasyonlarına ilişkin bulgular

SADQH-10-TR ölçeğinin alt alanlardan alınan puanlar ile toplam puan arasındaki korelasyon, Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. “SEFA” için yüksek ($r=0,866$), “ÜA” için orta ($r=0,665$) ve “İMK” için ise orta düzeyde ($r=0,654$) pozitif yönlü anlamlı korelasyon elde edilmiştir ($p<0,001$).

Alt alanlar arası korelasyona ilişkin bulgular

Alt alanlardan alınan puanlar arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için Pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır ve aşağıda yer alan korelasyon değerleri elde edilmiştir:

- SEFA-ÜA=0,318 ($p<0,01$)
- SEFA-İMK=0,373 ($p<0,002$)
- ÜA-İMK=0,281 ($p<0,02$)

Buna göre tüm alt alanlar arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

Faktör Analizine ilişkin bulgular

SADQH-10-TR ölçeğinin alt alanlarından alınan puanlar, temel bileşen faktör analizi ile incelenmiştir. Varimax tekniği kullanılarak yapılan faktör analizi sonuçlarına göre toplam varyansın %53,067’sini açıklayan 3 faktör belirlenmiştir. Birinci faktör toplam varyansın %25,084’ünü (Eigen: 2.508), ikinci faktör toplam varyansın %14,987’sini (Eigen: 1.499) ve üçüncü faktör ise toplam varyansın %12,996’sını (Eigen: 1.300) açıklamaktadır. Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktörler ve bu faktörleri meydana getiren sorulara ait faktör ağırlıkları **Tablo 2’de** verilmiştir.

Ölçeğin eş zamanlı ölçüt geçerlik düzeyini belirlemek amacıyla katılımcıların HAM-D kullanılmıştır. HAM-D ölçeğinden alınan puanlar ile SADQH-10-TR ölçeğinden alınan puanların korelasyon değeri Pe-

arson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Korelasyon katsayısı 0,772 olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Bu değer, 2 ölçek arasında pozitif yönlü yüksek bir korelasyon olduğunu göstermektedir.

Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalamasına ilişkin bulgular

Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalaması her bir alt alan için hesaplanmıştır. SEFA alt alanının madde-toplam puan korelasyon katsayısı ortalaması 0,423, ÜA 0,627 ve İMK 0,459 olarak bulunmuştur ($p=0,001$). Bu değerler yeterli güvenirlik düzeyi olduğunu göstermektedir.

İç tutarlılık katsayısına ilişkin bulgular

SADQH-10-TR ölçeğinin alt alanlarının ve ölçek genelinin Cronbach alfa katsayıları **Tablo 3’te** verilmiştir.

Test- tekrar test güvenirlik çalışmasında ölçek, toplam katılımcı sayısının (65) %20’sine (13) 2. kez uygulanmıştır. Alınan puanlar arasında hesaplanan korelasyon katsayısı 0,858 olarak bulunmuştur

TABLO 2: Faktör analizi sonucu ortaya çıkan faktörler ve bu faktörleri meydana getiren sorulara ait faktör ağırlıkları.

	Soru no	Faktör ağırlığı
Sosyal etkileşim ve fiziksel ağrı	S2	0,582
	S3	0,295
	S5	0,495
	S6	0,647
	S7	0,562
	S8	0,720
Üzgün-ağlamaklı	S1	0,913
	S4	0,870
İlgi ve motivasyon kaybı	S9	-0,702
	S10	-0,461

TABLO 3: SADQH-10-TR ölçeğinin alt alanlarının ve ölçek genelinin Cronbach alfa katsayıları.

Ölçek	Cronbach alfa
Sosyal etkileşim ve fiziksel ağrı	0,437
Üzgün-ağlamaklı	0,878
İlgi ve motivasyon kaybı	-0,145
SADQH-10	0,626

TABLO 4: SADQH-10-TR ölçeğinin alt alanlarının ve ölçek genelinin Cronbach alfa katsayıları.

Grup	Nokta sayısı	n	Ortalama	SS	t değeri	p değeri
Cinsiyet	Kadın	27	7,96	4,902	0,802	0,426
	Erkek	38	7,05	4,210		
Afazi tipi	Tutuk	43	7,77	4,157	0,842	0,403

SS: Standart sapma.

($p < 0,001$). Bu değer test- tekrar test arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

4. BELİRLENEN DEĞİŞKENLER VE SADQH-10 PUANLARININ İLİŞKİSİ

Gerçekleştirilen bağımsız 2 grup t-testi sonucunda, SADQH-10-TR ölçek puan ortalamasının cinsiyete ($t=0,802$) ve afazi tipine ($t=0,842$) göre değişmediği bulgulanmıştır ($p > 0,05$). Analiz sonuçları **Tablo 4**'te yer almaktadır.

SADQH-10-TR ölçek puanı ile yaş arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($r=0,066$, $p=0,601$), ölçek puanı ile inme üzerinden geçen süre arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,259$, $p=0,037$) elde edilmiştir. Buna göre inme üzerinden geçen zaman arttıkça, SADQH-10-TR ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır. SADQH-10-TR ölçeğinden alınan puan ile afazili bireyler için geliştirilmiş bir dil değerlendirme ölçeği olan ADD'den alınan toplam puan arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0,130$, $p=0,30$) elde edilmemiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, SADQH-10'un Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır. Çalışmada geçerlik analizi için yapı ve ölçüt geçerliği yöntemlerine başvurulmuştur. Yapı geçerliği için uç grupların ölçek puanları arasındaki farklılık incelenmiş, ölçeğin test puanları açısından alt ve üst gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu bulgu testin yapı geçerliği için kanıt oluşturmaktadır. Faktör yapısını araştırmak için yapılan temel bileşen faktör analizi sonucunda ortaya çıkan faktör yapılarının, özgün ölçekle benzer olması nedeniyle alt ölçek isimlendirmeleri özgün ölçeğin alt ölçeklerinin çevirisi şeklinde yapılmıştır.²⁸ Alanyazında da faktör ağırlığının 0,30 ve üzerinde olması önerilmekte olup, bu

ölçekte elde edildiği üzere 0,50 ve üzerindeki ağırlıklar ise oldukça iyi olarak kabul edilmektedir.³¹ Ölçeğin eş zamanlı ölçek geçerliğini ölçmek amacıyla ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve gözlemci tarafından doldurulan HAM-D kullanılmıştır. İki ölçekten alınan puanlar arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ölçekler arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olması, ölçeklerin benzer niteliği ölçtüğünü, yani ölçüt bağımlı geçerliğin sağlandığını göstermektedir. Güvenirlik analizlerinde, iç tutarlılık için yapılan madde-toplam puan korelasyon katsayıları ortalamaları ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Madde-toplam puan korelasyonunun negatif olmaması ve genel olarak 0,30'un üzerinde olması durumu ölçeğin güvenilirlik koşullarını karşılamaktadır.³² SADQH-10-TR ölçeğinin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0,626 olarak bulunurken; bu değer, orijinal ölçekte 0,77 olarak bulunmuştur. Alanyazında, Cronbach alfa katsayısının 0,60-0,70 arasında olduğunda, ölçeğin yeterli güvenilirlik düzeyine sahip olduğu ve toplum taramalarında kullanabileceği belirtilmektedir.³³ Test-tekrar test puanları arasındaki uyum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Test-tekrar test uygulamasından elde edilen korelasyon değerinin yüksekliği test-tekrar test güvenirliliğinin sağlandığını göstermektedir.³⁴ Elde edilen bulgular SADQH-10-TR'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu desteklemektedir.

Bu çalışmada, SADQH-10-TR ölçeğinden alınan puan ile ADD testinden alınan toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde, Cobley ve ark. da ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçek puanı ile dil puanı arasında anlamlı bir korelasyon elde etmemişlerdir.²⁸ Bu araştırmada, SADQH-10-TR ölçek puanı ile inme üzerinden geçen süre arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Buna göre inme üye-

rinden geçen zaman arttıkça elde edilen puanlar azalmaktadır. Mitchell ve ark. da benzer bulgular elde etmişler, inme sonrası geçen zamanın depresyon için bir risk faktörü olmadığını bildirmişlerdir.³⁵ Wang ve ark. tarafından SADQ kullanılarak yürütülen bir çalışmada da elde edilen puanların başlangıç (*baseline*) ve de 3 ay sonraki değerlendirmelerde farklılaştığı, 3 ay sonra yapılan değerlendirmede elde edilen puanların azaldığı görülmüştür.³⁶ Kauhanen ve ark.'nın çalışmasında da benzer sonuçlar ile karşılaşılmaktadır.³⁷ Çalışmanın sonuçlarına göre afazili bireylerde uzun vadede depresyon yaygınlığı azalmaktadır. Afazili bireyin erken dönemde yaşamış olduğu olumsuz duygulanımın, zaman içerisinde durumun kabullenilmesi ve alışılması sebebiyle depresyon belirtilerinde azalma ile değişime gittiği düşünülmektedir.

SADQH-10-TR ölçek puan ortalamasının cinsiyete ve afazi tipine göre değişmediği görülmüştür. Ancak Kauhanen ve ark., tutuk afazili bireylerde majör depresyon oranının daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır.³⁷ Katılımcı sayısının sınırlı olması ve çalışmanın korona pandemisi zamanında yürütülmüş olmasının sonuçlar arasında paralellik olmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Analizleri yapılmış olan ölçeğin, Türkçede geçerlik ve güvenilirlik bulgularının yeterli düzeyde olduğu gö-

rülmektedir. SADQH-10'un Türkçe alanyazında, inme sonrasında afazi tanısı alan bireylerin depresyon durumlarını belirlemek üzere geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Özlem Oğuz; **Tasarım:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız; **Denetleme/Danışmanlık:** Özlem Oğuz; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız; **Analiz ve/veya Yorum:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız; **Kaynak Taraması:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız; **Makalenin Yazımı:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız; **Eleştirel İnceleme:** Özlem Oğuz; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız; **Malzemeler:** Özlem Oğuz, Memik Yıldız.

KAYNAKLAR

1. Çevikol A, Çakıcı A. Inme rehabilitasyonu. Oğuz H, Çakırbay H, Yanık B, editörler. Tıbbi Rehabilitasyon. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2015. p.419-48. [Link]
2. Engelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, et al. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. Stroke. 2006;37(6):1379-84. [Crossref] [PubMed]
3. Ardila A. Aphasia Handbook. Miami, FL: Florida International University; 2014. p.102-35. [Link]
4. Ross K, Wertz R. Quality of life with and without aphasia. Aphasiology. 2003;17(4):355-64. [Crossref]
5. Sjöqvist Nätterlund B. A new life with aphasia: everyday activities and social support. Scand J Occup Ther. 2010;17(2):117-29. [Crossref] [PubMed]
6. Cruice M, Worrall L, Hickson L. Quantifying aphasic people's social lives in the Context of non-aphasic peers. Aphasiology. 2006;20(12):1210-25. [Crossref]
7. Hilari K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? Disabil Rehabil. 2011;33(3):211-8. [Crossref] [PubMed]
8. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllylä VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81(12):1541-6. [Crossref] [PubMed]
9. Türkçapar H. Depresyon. 1. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınları; 2018. [Link]
10. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression: a review. Can J Psychiatry. 2010; 55(6):341-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
11. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. Stroke. 2010;41(10):2402-48. [Crossref] [PubMed]

12. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekeley C, Szalai JP. The sunnybrook stroke study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*. 1998;29(3): 618-24. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
13. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*. 1993;150(1):124-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
14. El Husseini N, Goldstein LB, Peterson ED, Zhao X, Pan W, Olson DM, et al. Depression and antidepressant use after stroke and transient ischemic attack. *Stroke*. 2012;43(6): 1609-16. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
15. Dilek A, Karataş M, Erkan H, Çetin N, Akman M. İnme sonrası gelişen depresyonun fonksiyonel bozukluk ve rehabilitasyon sonuçlarına etkileri [Post-stroke depression; relationship to functional impairment and rehabilitation outcome]. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 2005;51(4):120-2. [[Link](#)]
16. Andersen G. Post-stroke depression: Diagnosis and incidence. *Eur Psychiatry*. 1997;12 Suppl 3:255s-60s. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
17. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):e100-43. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
18. van Dijk MJ, de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ. Identifying depression post-stroke in patients with aphasia: a systematic review of the reliability, validity and feasibility of available instruments. *Clin Rehabil*. 2016;30(8):795-810. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
19. Townend E, Brady M, McLaughlan K. A systematic evaluation of the adaptation of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. *Stroke*. 2007; 38(11):3076-83. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
20. Sutcliffe LM, Lincoln NB. The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clin Rehabil*. 1998;12(6):506-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
21. Hilari K, Northcott S, Roy P, Marshall J, Wiggins RD, Chataway J, et al. Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clin Rehabil*. 2010;24(2):181-90. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
22. Bennett HE, Thomas SA, Austen R, Morris AM, Lincoln NB. Validation of screening measures for assessing mood in stroke patients. *Br J Clin Psychol*. 2006;45(Pt 3):367-76. Erratum in: *Br J Clin Psychol*. 2007;46(Pt 2):following 251. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
23. Salter K, Bhogal SK, Foley N, Jutai J, Teasell R. The assessment of post-stroke depression. *Top Stroke Rehabil*. 2007;14(3):1-24. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
24. Benaim C, Cailly B, Perennou D, Pelissier J. Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*. 2004;35(7):1692-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
25. Guy W. Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised (DHEW Publ No. ADM 76-338). National Institute of Mental Health, Rockville, MD; 1976. p.218-22. [[Crossref](#)]
26. Folstein MF, Luria R. Reliability, validity, and clinical application of the Visual Analogue Mood Scale. *Psychol Med*. 1973;3(4):479-86. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
27. Lincoln NB, Sutcliffe LM, Unsworth G. Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire for use with patients in hospital. *Clinical Neuropsychological Assessment*. 2000;1:88-96. [[Link](#)]
28. Copley CS, Thomas SA, Lincoln NB, Walker MF. The assessment of low mood in stroke patients with aphasia: reliability and validity of the 10-item Hospital version of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10). *Clin Rehabil*. 2012;26(4):372-81. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
29. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği- güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996; 4(4): 251-9.
30. Toğram B, Maviş İ. Afazi Dil Değerlendirme Testi'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Standardizasyon Çalışması. *Turkish Journal of Neurology*. 2012;18:96-103. [[Crossref](#)]
31. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1998. [[Link](#)]
32. Hilari K, Byng S, Lampin ED, Smith S. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) evaluation of acceptability, reliability and validity. *Stroke*. 2003;34(8):1944-50. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
33. Özdamar K. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. 8. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitapevi; 2011.
34. Seçer İ. *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci*. SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2018. [[Link](#)]
35. Mitchell AJ, Sheth B, Gill J, Yadegarfar M, Stubbs B, Yadegarfar M, et al. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;47:48-60. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
36. Wang S, Wang CX, Zhang N, Xiang YT, Yang Y, Shi YZ, et al. The association between post-stroke depression, aphasia, and physical independence in stroke patients at 3-month follow-up. *Front Psychiatry*. 2018;9:374. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
37. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Määttä R, Mononen H, Brusin E, et al. Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebro vasc Dis*. 2000;10(6):455-61. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]