

Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı

THE USE OF PSYCHOMETRIC SCALES IN PRIMARY CARE

Serpil Aydın

Özet

Tüm dünyada oldukça yaygın olan ruhsal sorunların erken tanısı, hastalıklara en kısa zamanda müdahale etmek açısından gereklidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ruhsal sorunları olan hastaların daha çok fiziksel belirtilerle hekime başvurduğu gözlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların tanısında büyük önem taşır. Ayrıca, ruhsal hastalıkları olan kişilerin gereksinimlerinin büyük bir kısmı birinci basamakta karşılanabilir. Yani, ruh sağlığı hizmetleri, temel sağlık hizmetleri içinde yer almalıdır. Toplumun çok büyük bir kısmına ulaşabilen birinci basamakta, ruhsal hastalıkların erken tanısı için kullanılacak ölçeklerin bilinmesi, zamanında müdahaleyi kolaylaştıracaktır. Bu makalede, ruh sağlığının birinci basamaktaki yeri ve birinci basamakta ruhsal hastalıkların tanısında kullanılacak tanı ve derecelendirme ölçekleri tartışılacaktır.

Anahtar sözcükler: Ruh sağlığı, ölçek, birinci basamak, tanı, ruhsal hastalık

Summary

Early diagnosis is very important for the early treatment of mental disorders. Mental disorders can show themselves as physical symptoms, especially in developing countries. Most of the needs of mentally ill patients can be met by the family physician, so mental care must be included in primary care. As primary care is available for the majority of the population, the use of psychiatric screening tools can be very useful in the early diagnosis of psychiatric disorders. In this article, we shall discuss the place of mental health in primary care, give information about suitable scales and mention their roles in the diagnosis of the mental disorders.

Key words: Primary care, mental health, scale, diagnosis, mental disorders

Sağlık bedensel, sosyal ve ruhsal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.¹ Akıl ve ruh sağlığı ise, günlük streslerle baş edebilme, hayatın çeşitli yönlerine karşın iyi hissedebilme, sosyal uyum, iş verimi ve yaşam kalitesini de içermektedir. Ruh sağlığı, toplumun sosyo-kültürel, ekonomik yönleri ve genel sorunlarıyla bağlantılıdır.²

Ruhsal sorunlar tüm dünyada oldukça yaygın olmakla birlikte, tanı ve tedavileri konusunda birçok zorluk yaşanmaktadır.³ 2000 yılında tüm hastalıklar arasında nöropsikiyatrik hastalıkların oranı tüm yıllarda %12, maluliyetle geçen yıllarda ise %31 olarak tespit edilirken, onbin psikiyatri hastasına düşen yatak sayısı Avrupa'da 9.3, Amerika'da 3.6, Doğu Akdeniz'de 0.8, Afrika'da 0.4, Güneydoğu As-

ya'da 0.3, Pasifik'te 1.0 gibi çok düşük oranlardadır.³ Yine 2000 yılında yüzbin kişiye düşen psikiyatrist sayısı çok az olup Rusya, ABD'nde 10'un üzerindeyken, Avrupa'da 5-10, Arap yarımadası'nda 1-5, Türkiye, Çin, Meksika, Japonya ve Afrika'da 0-1 arasındadır.³ Psikiyatrik hemşire sayısı da, biraz daha fazla olmasına rağmen çok farklı değildir. Ruh sağlığı ve hizmetleri dünya ülkelerinin yaklaşık yarısında yasalarla düzenlenmiştir; üçte birinde ise akıl ve ruh sağlığı için ayrılmış bir bütçe yoktur.³

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruhsal hastalığı olanların gereksinimlerini medikal, toplumsal, ailesel ve rehabilitasyonla ilgili olarak sınıflamıştır.³ Medikal gereksinimler, erken tanı, bilgilendirme, tıbbi bakım, psikolojik destek ve hos-

¹⁾ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta; Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

pitalizasyondur. Toplumsal olarak, ayırım ve damgalanmadan kurtularak paylaşım sağlanması, ailesel olarak ise bakım, bağlılık, ekonomik ve kriz desteği gereksinimi mevcuttur. Rehabilitasyon gereksinimi ise sosyal ve iş desteği, eğitim olanağı ve bakım ihtiyacından oluşur.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Ruh Sağlığı

Anne karnında başlayan biyo-psiko-sosyal sorunlar, sağlığın temel belirleyicileridir.² Ülkemizdeki gibi akraba evliliklerinin ve göçün yüksek oranda olması, eğitim ve danışmanlığın yetersizliği, gebelik ve sonrasında takibin az olması, beslenme bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları ve perinatal ölümlerin sıklığı, anne ve bebek bakımının tam anlamıyla yapılamaması, kadının hala toplumda tam olarak bir yer kazanamaması nedeniyle ruh sağlığı programları, ana-çocuk sağlığı ve aile sağlığını da kapsamalıdır.⁴ Yani ruh sağlığı hizmetleri, temel ve genel sağlık hizmetleriyle iç içe olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine (BBSH) fiziksel belirtilerle başvuran hastaların en az %40'ının direkt olarak bir biyomedikal hastalığa bağlı olmadığı göz önüne alınırsa, BBSH'nin bu konudaki önemi daha da iyi anlaşılacaktır.⁵ Ayrıca her yıl yaklaşık beş yetiştikten birinde mental bozukluk görülmesine rağmen, birinci basamakta, bu rahatsızlıkların %30-80'ine tanı konamamaktadır.^{2,5} Bu durumun çeşitli nedenleri olabilir. Ruhsal hastalıkların tanısının zorluğu yanında, tıp fakültelerindeki eğitiminin yalnızca psikiyatri kliniklerinde yapılması da, tanıyı ve hekimin bilgiye ulaşmasını zorlaştıran bir etken olabilir. Ayrıca mevcut eğitim sistemi, hekim adaylarını bedensel hastalıkları daha kolay tanıyacak, ama onlara eşlik eden ruhsal bozuklukların tanınmasını kolaylaştırmayacak şekildedir.² Dal uzmanı, daha az sayıda hastaya daha çok zaman ayırıp, bir görüşmede yalnız bir sorunla uğraştığı halde, birinci basamak (BB) hekimi ortalama altı sorunla uğraşmaktadır.⁶ Birinci basamakta tanısal zorluğun diğer bir nedeni de, psikiyatriste başvuran hastada belirtiler daha ayrılmış, şiddetli ve ciddi iken, BB'a başvurduğunda belirtilerin daha hafif olmasıdır.⁶

DSÖ'nün 2001 yılı raporunda, BB'a başvuran ruhsal rahatsızlığı olan hasta sayısının çok olması ve birçoğunun sadece BB'a başvurabilmesi nedeniyle, ruh sağlığının genel sağlıktan ayrı tutulmaması ve birinci basamak çalışanlarının bu konuda eğitilmesi gereği belirtilmiştir.³ Bu raporda, ruh sağlığı hizmetlerinin BB'a entegre edilmesiyle; hasta korkularının azaltılması, daha ekonomik, devamlı ve yaygın hizmet, erken tanı ve tedavi, alkol bağımlılığının azaltılmasında daha çok başarı sağlanabileceği vurgulanarak

ruh sağlığı çalışanlarının sayıca az olmasının getirdiği dezavantajların giderilebileceği bildirilmiştir. Bunların başrılabilmesi için, öncelikle genel sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklı kişiyi yönetecek ve tedavi edecek bilgi, birikim ve motivasyona sahip olması ve bu amaçla BB çalışanlarının, ruh sağlığı uzmanlarınca bilgilendirilmesi ve desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca raporda BB'a psikotrop ilaç yazımı bilgisi ve yetkisinin verilmesi, temel psikotrop ilaçların birinci ve ikinci basamağa sağlanması, basamaklar arasında etkin çalışan bir ağ olması, bütçe dağılımının üçüncü basamaktan BB'a kaydırılması ve kayıt sistemleri ile sürekli gözlem yapılarak değerlendirme ve bilgi yenilenmesi şart koşulmuştur.

Aile Hekimliği ve Ruh Sağlığı

İnsan sağlığında biyopsikososyal yaklaşım, hastaların bir bütün içinde biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu anlayış ile yetişen aile hekimlerinin, diğer hekimlere oranla biraz daha ilerde olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.⁶ Bu yaklaşım, aile hekimliğinde görülebilen tüm rahatsızlıklar için geçerlidir. Aile hekimlerinin rutin öykü ve muayenelerinde, daima ruh sağlığını değerlendirmeleri, erken tanı ve tedavi oranını arttırabilecektir. Hasta ve yakınlarının eğitilmesi de, aile hekimlerinin görevleri arasındadır.⁷ Psikiyatrik rahatsızlıklar, genelde fiziksel veya organik belirtilerle kendini gösterdiğinden, hastasını bir bütün olarak değerlendiren aile hekiminin, hastaların belirtileri konusunda oldukça dikkatli davranması gerekmektedir.⁸ ABD'de, anksiyete ve depresyonların çoğunun tanı ve tedavisi aile hekimlerince yapılmakta ve ruh sağlığı tanılarının yarısı aile hekimlerince yazılmaktadır.⁷ İngiltere'de, BB konsültasyonlarının %25-40'ının ruhsal hastalıklara ait olduğu ve psikiyatriste yönlendirilen hastaların %80'inin de aile hekimlerince gönderildiği saptanmıştır.⁹ 1 yıllık depresyon tedavisinde psikolojik tedavinin normal bir aile hekimi bakımına göre daha üstün olmadığı gösterilmiştir.¹⁰

Son yıllarda, hastaların hastanelerden çok, toplum içinde yaşamlarını sürdürmeleri görüşü benimsenmektedir.^{3,11} Bu nedenle, bakım, tedavi sürekliliği ile rehabilitasyon konusunda da aile hekimlerine büyük görevler düşecektir. Kıscası aile hekimlerinin psikiyatrik hastalıkların tanısı, tedavisi, birincil, ikincil ve üçüncül önlemlerin her birinde de etkin görevleri vardır. Hastayı, ailesi ve sosyal çevresiyle bir bütün olarak ele alması da, aile hekimlerinin koruyucu ve sosyal psikiyatride önemli bir rol oynamalarına neden olmaktadır.⁷

Birinci Basamakta En Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar ve Tanı Zorlukları

BB' ta en sık karşılaşılan ruhsal sorunların başında depresyon gelmektedir.^{3,12,13} Ayrıca anksiyete bozukluğu, alkol bağımlılığı ve somatoform bozukluğun oldukça yaygın olmasının yanında, cinsel işlev ve uyku bozuklukları, ergen ve genç erişkinde yeme ve kişilik bozuklukları da sık olarak görülebilmektedir.⁸ Yaş dönümlerinde veya hayatta karşılaşılan sorunlara ilişkin duygusal zorlanmalar da, BB hekiminin sık karşılaştığı durumlardandır.

Organik hastalıklardaki objektif kriterler ruhsal rahatsızlıklar için söz konusu olmadığından, tanı, hastadan alınan bilgiler doğrultusunda görüşmeyi yapan kişiye göre değişebilir. Zira her görüşmecinin bilgisi, görgüsü, hastayı gözlemi sırasında edindiği düşünce ve duygular, dolayısıyla yorumu farklı olacaktır. Hastanın değerlendirilmesinde öznel kavramlar işin içine girmekte, böylece tanılar da farklı olabilmektedir. Bu tür zorluklar, psikiyatri alanında tanısız standardizasyon çalışmalarının önünü açmıştır.¹⁴ Öncelikle, nesnel kriterlerle belirlenen tanıları koymaya yardımcı olacak çeşitli yapılandırılmış görüşme formları oluşturulmuştur. Bu çizelgelerde hangi belirtilerin ne şekilde araştırılacağı, standart sorularla belirlenmiştir. Ancak bu formlarda belli soruların sorulmasının bazı hastalarda yetersiz kalması ve psikiyatrik rahatsızlıkların klinik belirtilerinin fizyolojik parametrelerle ölçülememesinden dolayı, klinik görüntüyü nesnel ve ölçülebilen bir hale dönüştüren değerlendirme ölçeklerine ihtiyaç duyulmuştur.¹⁴ Bu ölçekler, hastanın ruhsal durumunun, davranışlarının, insanlar ve toplumla olan ilişkilerinin ölçülebilmesine olanak sağlayarak klinik gözlemlerin karşılaştırılmasını mümkün kılmaktadır. Bu sayede, hem psikiyatrik hastalıklar daha iyi tanımlanabilir, hem de hastalığın gidişi daha iyi belirlenebilir. İngiltere'de değişik ölçeklerin BB' ta depresyon tanısını %14-40, anksiyete tanısını %19-32 oranında arttırdığı saptanmıştır.¹⁵

Bu ölçekler sayesinde tanı konabilir (DSMIV-SCID/DISC), belirli hastalıkların ciddiyeti ve zaman içindeki değişiklikleri ölçülebilir (Hamilton Depresyon Ölçeği, Kısa Mental Durum İncelemesi), genel olarak ruhsal belirtiler tanımlanabilir (Belirti Tarama Listesi-90-R), hastalığın gidişi veya tedavinin yararları ölçülebilir (Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği) ve ruhsal rahatsızlıklar taranabilir (Zung Depresyon Ölçeği). Yani, tanı, belirti ve bulgu, hastalığın şiddet ve ciddiyeti, işlevsel bozulma, yaşam kalitesi, yan-etki, kişilik özellikleri, bilişsel ve sosyal durum gibi parametreler değerlendirilebilir ve epidemiyolojik çalışmalar yapılabilir.¹⁶ Ancak, hangi durum ve hasta için hangi ölçeğin ne şekilde kullanılacağı iyi bilinmelidir. Ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliğinin ölçülmüş ve standardize olması, o

toplum için uygun normların oluşturulması zorunludur.^{14,17,18} Her ölçeğin özellikleri farklı olduğundan ölçek seçiminde değişikliğin derecelendirilmesi, değerlendirmeyi yapacak ve bilgi alınacak kişinin bilinmesi ve ölçülen özelliklerin tanımının yapılması önemlidir. En güvenilir ölçekler, değerlendirilmesi nesnel kriterlere dayanan, yani, görüşme sırasında klinik değerlendirmeyi yapan kişinin yardımına en az gereksinim duyulanlardır.¹⁴ Ölçeklerin özellikleri açık ve anlaşılır bir ifadeyle anlatılmalı, derecelendirme basamaklarının neyi anlattığı iyice belirtilip açıklanmalı ve ölçeği kullanan herkesin okuyup anlayabilmesi sağlanmalıdır.

Ölçek Türleri

Ölçek türlerinden önce, görüşme formlarından bahsetmek uygun olacaktır. Bu yapılandırılmış değerlendirme formları, hastaya belli tanı kriterlerini standart olarak sorar. Avantajı tanı atlanmasını önlemektir. Ancak bu formların psikiyatrik görüşmeyi tam olarak sağlamadığı düşünülerek ek soru sormaya da olanak veren yarı-yapılandırılmış görüşme formları oluşturulmuştur: Araştırma Tanı Ölçütleri, Afektif Bozukluklar ve Şizofreni için Çizelge, Tanısal Görüşme Çizelgesi, Şimdiki Durum Muayenesi, DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi ve Birleşik Uluslararası Tanı Görüşmesi gibi.^{14,18}

Ölçekler ise, uygulanış şekillerine göre, kendini değerlendirme ölçekleri, yakınının değerlendirdiği ölçekler, klinisyenin değerlendirdiği ölçekler ve klinisyen tarafından yapılan doğal ortam gözlemleri olarak ayrılabilir.¹⁷

Kendini değerlendirme ölçekleri, hastanın kendisinin doldurduğu ölçeklerdir. Diğer tür ölçeklere göre, hafif depresyon gibi düşük ölçekli patolojileri saptamada daha duyarlıdır. Fazla zaman ve masrafa neden olmaz, hastanın düşüncelerinin daha kolay ve görüşmecinin yorumu olmadan öğrenilmesini sağlar. Ancak okuma-yazma bilmeyenler, şiddetli hastalığı olanlar, bellek veya dikkat kusuru olanlarda güvenilir değildir. Ayrıca hastanın sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyinden etkilenebilir. Uygulayıcıda özellik aranmaz.

Yakınının değerlendirdiği ölçekler ile, hastaların kişiler arası ve işlevsel niteliklerini ortaya koyması ve hastalık öncesi hakkında bilgi vermesi nedeniyle şimdiki durumuyla ilgili daha kesin bir yargıya varılabilir. Ancak yakınlarına bağımlı olması da, bu ölçeği sınırlamaktadır.

Klinisyenin değerlendirdiği ölçeklerin dezavantajı, görüşmeciye bağımlı olmasıdır. Deneyimi az görüşmeciler, daha güvenilir olmakta, ölçekler doldurulurken klinik yargılarını daha az yansıtmaktadırlar.

Klinisyen tarafından kaydedilen doğal ortam gözlemlerinde (video görüntüleri, uğraş tedavisi gibi) yansızlık fazla-

dır. Bu teknik, çocuklarda veya kendisinden yeterince bilgi alınamayan veya ölçek dolduramayan hastalarda uygulanabilir. Dezavantajı, belirtilerin açık ve belirgin olmasına ve daha fazla zamana gerek duyulmasıdır.

Daha yansız ve kesin sonuç alabilmek için, mümkünse hem hastanın, hem de klinisyenin doldurduğu iki ölçek birlikte kullanılmalıdır.

Birinci Basamakta Kullanılabilecek Ölçekler

Birinci basamakta kullanılabilecek ölçekler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tanı Amaçlı Kullanılabilecek Formlar

Psikiyatrik hastalıkların tanısında oldukça yaygın olarak kullanılan rehber DSM-IV’ ün BB versiyonu DSM-IV-PC (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition-Primary Care) ve Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), BB’ta tanı amacıyla kullanılabilir.⁸ Ancak bu formların yayımlanmış Türkçe çevirisi henüz yoktur.

Belirti ve Değişiklikleri Derecelendirme Amacıyla Kullanılan Ölçekler

Bu gruptakiler, tanı amaçlı değil, rahatsızlığın düzeyini, belirtilerin risk, şiddet ve dağılımını, değişimini ve tedaviye cevabı ölçmek amaçlı formlar olup hastalık takibinde kullanılmalarıdır. Burada, Türkçe çevirileri ve bu çevirilerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları mevcut olan ölçeklerden bahsedilecektir.

- **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği:** Klinisyen tarafından depresyon belirtileri olanlara uygulanan bir ölçektir. Türkçe’ye Akdemir ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır.¹⁹

- **Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:** Anksiyete düzeyini ve şiddetini belirlemede kullanılan ölçek, Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır.²⁰

- **Beck Depresyon Envanteri:** Kendini değerlendirme ölçeği olup depresyon riski, şiddeti ve değişimini ölçer. Sağlıklı kişilere de uygulanabilir. Türkçe formunu uyarlayan Hisli’dir.¹⁹

- **Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği:** Kendini değerlendirme ölçeğidir ve doğum sonrası depresyon riskini belirlemede kullanılır. Türkçe formu Engindeniz ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur.¹⁹

- **Mevsimsel Gidiş Değerlendirme Formu:** Normal popülasyonda mevsimlere bağlı olarak ortaya çıkan duygudurum ve davranış değişikliklerini araştırmada, duygudurum bozukluğu olan hastalarda ise mevsimsel seyri tanıma amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Demografik bilgileri, mevsimsel değişikliklerin şiddetini, aylara bağlı değişiklikleri, günlük havaya bağlı değişiklikleri, kilo değişiklikleri, uyku süresi ve sorunun şiddetini araştıran sorular içerir. Türkçe çalışmaları Noyan ve Elbi tarafından yapılmıştır.¹⁹

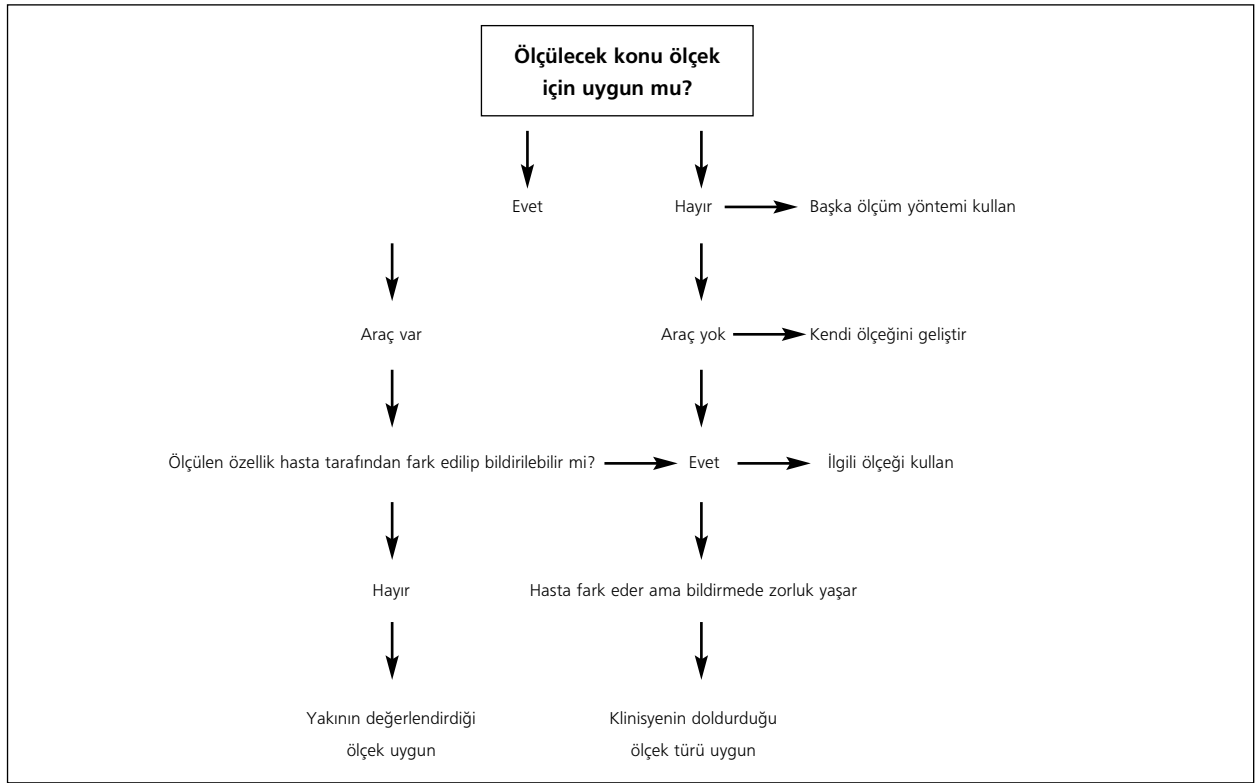
- **Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri:** Duruma ait ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla, 14 yaş üstü okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek nitelikteki tüm bireylere uygulanabilen bir testtir.¹⁹

Ruhsal Sorunları Tarama Amacıyla Kullanılan Ölçekler

Tarama amacıyla kullanılan, genellikle kendini değerlendirme ölçeği türünde formlardır. Normal popülasyonda ruhsal hastalıkların belirtilerini saptamak amacıyla uygulanırlar. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması olan Belirti Tarama Listesi-90- R ve Genel Sağlık Anketi bu gruptaki BB’ta uygulanabilecek iki önemli ölçektir.

Tablo 1
Birinci basamakta kullanılabilecek ölçekler

Tanı amaçlı kullanılan formlar	Belirti ve değişiklikleri derecelendirme amacıyla kullanılan ölçekler	Ruhsal sorunları tarama amacıyla kullanılan ölçekler	Bilişsel durumu değerlendiren formlar
- DSM-IV-PC - PRIME-MD	- Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği - Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği - Beck depresyon ölçeği - Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği - Mevsimsel gidiş değerlendirme formu - Durumluk / Sürekli kaygı envanteri	- Belirti tarama listesi-90-R - Genel sağlık anketi	- Kısa mental durum incelemesi - Kısa kognitif muayene çizelgesi



Şekil 1

Ölçek kullanım algoritması (Kaynak 19'da yer alan Aydemir Ö. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 2000, Hekimler Yayın Birliği, Ankara sf. 29'daki şekilden esinlenerek hazırlanmıştır.)

- **Belirti Tarama Listesi-90-R**: Psikiyatrik belirtileri ölçen bir kendini değerlendirme testidir. Normal popülasyonun 17 yaş üstünde, en az orta öğretimden geçmiş bölümüne uygulanabilir. Somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve diğer sorulardan oluşan bir alt ölçek mevcuttur. Türkçe formun norm, geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁹

- **Genel Sağlık Anketi**: Normal popülasyonda anksiyete ve depresyon belirtilerinin araştırılması amacıyla yapılan kendini değerlendirme ölçeğidir. BB'a başvuran kişilere ve bedensel hastalığı olanlara uygulanır. Türkçe form, Kılıç tarafından, varolan iki formun birleştirilmesiyle elde edilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bunlar üzerinden yapılmıştır.¹⁹

Bilişsel Durumu Değerlendirenler

Kısa Mental Durum İncelemesi ve Kısa Kognitif Muayene Çizelgesi bu grupta sayılabilecek Türkçe geçerlik ve güvenilirliği olan iki ölçektir.¹³ Kısa sürede uygulanabilen, yönelim, dikkat, bellek gibi fonksiyonları değerlendirerek organik rahatsızlıklar hakkında da bilgi veren formlardır.

Sonuç

BBSH'leri, birçok rahatsızlıkta olduğu gibi, ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavisinde oldukça büyük önem taşımaktadır. Bu hastalıkların tanısı BB' ta önemli ama bir o kadar da zor olduğundan, psikiyatrik ölçeklerden yararlanılabilir. Ölçekler tanı, derecelendirme, fonksiyon değerlendirme, taramada yardımcı olabilirler. Ölçülme istenen konunun önce ölçüme uygun olup olmadığının değerlendirilmesi, daha sonra da o toplum için uygun olan, normları belirlenmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçeklerin seçilmesi gerekmektedir. Unutulmaması gereken bir konu da, her ölçeğin avantajı ve dezavantajları olduğu; bir testin uygun kişilerce uygun popülasyona doğru bir şekilde uygulanmasının ve ölçek sonuçlarının hastanın kliniği ile uyumlu olmasının gerektiğidir.

Kaynaklar

1. **Declaration of Alma Ata**. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf adresinden 04/02/2002 tarihinde erişilmiştir.
2. **Öztürk O**. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2. Basım. İstanbul, Evrim Yayınları, 1989; 485-92.
3. **Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılı raporu**. <http://www.who.int/whr/2001/en> adresinden 04/02/2002 tarihinde erişilmiştir.
4. **Akın A, Özvarış ŞB**. Ana sağlığı ve aile planlaması. Halk Sağlığı Temel Bilgiler'de. Ed. Bertan M, Güler Ç. 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997; 119-55.

5. **Saultz JW.** Contextual care. Textbook of Family Medicine'de. Ed. Saultz JW. USA, McGraw-Hill Company, 2000; 143-65.
6. **AAFP policies on health issues:** Mental health care services by family physicians (position paper). <http://www.aafp.org/x6928.xml> adresinden 01/02/2003 tarihinde erişilmiştir.
7. **Birgül E.** Aile hekimliğinin görevleri. Ed. Haluk Çağlayaner. Aile Hekimliği- II'de. İstanbul, İletişim Yayıncılık, 1996; 35-47.
8. **Early detection of mental illness:** Psychiatric disorders in medical patients. http://www.aafp.org/earlydetection_mono.pdf adresinden 01/02/2003 tarihinde erişilmiştir.
9. **Craig TKJ, Boardman AP.** ABC of mental health: common mental health problems in primary care. *BMJ* 1997; 314: 1609.
10. **Ward E, King M, Lloyd M ve ark.** Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 321: 1383-8.
11. **Elpers JR.** Public psychiatry. Kaplan's and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume II'de. Ed. Sadock BJ, Sadock VA. 7. baskı. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 3185-99.
12. **Davies T.** ABC of mental health: mental health assessment. *BMJ* 1997; 314: 1536.
13. **Ögel K.** Toplumsal psikiyatri. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2'de. Ed. Güleç C, Köroğlu E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998; 1322-25.
14. **Sorias O.** Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1'de. Ed. Güleç C, Köroğlu E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997; 81-93.
15. **Gilbody SM, House AO, Sheldon TA.** Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 406-9.
16. **Blacker D.** Psychiatric Rating Scales. Kaplan's and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume I'de. Ed. Sadock BJ, Sadock VA. 7. baskı. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 755-83.
17. **Okyavuz Ü.** Psikolojik Testler. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı'nda. Ed. Işık Sayıl. ANTIP A.Ş. Ankara, 1996; 75-7.
18. **Aydemir Ö.** Psikiyatride değerlendirme araçları: özellikleri, türleri, kullanımını. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler'de. Ed. Aydemir Ö, Köroğlu E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000; 21-30.
19. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** Klinik ölçekler. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler'de. Ed. Ömer Aydemir, Ertuğrul Köroğlu. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000; 36-163.

Geliş tarihi: 20.03.2003
Kabul tarihi: 13.10.2004

İletişim adresi:

Dr. Serpil Aydın
PK 112

09000 AYDIN

Tel: (0246) 211 26 07

Faks: (0246) 237 02 40

e-posta: serpilaydin@e-kolay.net
sdaydin@med.sdu.edu.tr