

Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12

Dr. Hatice ÖZDEMİR¹, Dr. Murat REZAKİ²

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışma, psikiyatri kliniğine başvuran üniversite öğrencilerinde depresyon saptanmasında GSA-12'nin geçerliği ve uygun kesme noktasını araştırmak amacıyla düzenlendi.

Yöntem: Üniversite Öğrenci Sağlık Merkezi Psikiyatri Polikliniğine ardışık olarak başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 170 öğrenciye (115 kadın ve 55 erkek) görüşme öncesi bir sosyodemografik bilgi formu ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) verildi. Ardından DSM-IV tanıların belirlenmesi için DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılan- dırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandı.

Bulgular: Öğrencilerin % 49'u depresyon tanısı alırken, % 35 öğrenci herhangi bir psikiyatrik tanı almadı. Ortalama GSA puanı 7.5 ± 3.7 idi. (kadınlar için: 8.0 ± 3.6 ve erkekler için 6.4 ± 3.7 , $p < 0.05$). Depresyon için belirlenen duyarlılık ve özgüllük değerleri sırasıyla: % 83 ve % 65 (7/8 kesme noktası için); % 75 ve % 77 (8/9 kesme noktası için); % 62 ve % 88'ti (9/10 kesme noktası için). İç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha 0.88) yeterli idi. GSA'nin 8/9 kesme noktası ve depresyon tanısı için kappa katsayısı 0.52 olarak bulundu. Depresyon tanısı için, odds oranı en yüksek GSA maddesi günlük işlerden zevk alabilmeyi sorgulayan 9. madde olmuştur (OR(GA)= 11.84 (4,66-30,08)).

Tartışma: Bu çalışmanın bulguları GSA-12'nin depresyon saptanmasında yararlı bir tarama ölçeği olduğunu göstermiştir. Psikiyatriye başvuran öğrencilerin çalışmaya alınması ve öğrencilerin daha sık psikolojik yakınmalarda bulunması yüksek kesme noktasının (8/9) nedenleri arasında sayılabilir. Psikiyatri kliniğine başvuran öğrencilerde GSA'nin kesme noktasının yükseltilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: GSA, depresyon, tanı, üniversite öğrencileri, geçerlik

SUMMARY: General Health Questionnaire-12 for the Detection of Depression

Objective: The aim of this study was to assess the validity and the possible cut-off points of the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) in detecting depression in university students.

Methods: The study included 170 students (115 females and 55 males) that consecutively applied to a university student health center psychiatric clinic and who were asked to complete a sociodemographic data form and the GHQ-12 before their visit with the psychiatrist. DSM-IV psychiatric diagnoses were established using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I).

Results: Depression was the most prevalent DSM-IV diagnosis (49%) and 35% of the students did not have any psychiatric diagnosis. Mean GHQ-12 score was 7.5 ± 3.7 (8.0 ± 3.6 for females and 6.4 ± 3.7 for males, $p < 0.05$). Sensitivity and specificity for depressive disorder were 83% and 65% (for the cut-off point 7/8), 75% and 77% (for the cut-off point 8/9), and 62% and 88% (for the cut-off point 9/10), respectively. The internal consistency (Cronbach's alpha 0.88) was good. Kappa coefficient for agreement between DSM diagnosis for depression and GHQ (cut-off 8/9) was 0.52. Item 9, which inquired about pleasure, produced the highest odds ratio for the diagnosis of depression (OR(CI) = 11.84 (4.66-30.08)).

Conclusion: The results of this study revealed that GHQ-12 is a useful screening instrument for the detection of depression with a high cut-off point (8/9). The students' tendency to report more psychological symptoms and the administration of the instrument in a student psychiatric clinic could be the reasons for the high GHQ-12 cut-off points. We propose the use of high cut-off points for students who applied to a psychiatric clinic for more accurate detection of depression.

Key Words: GHQ, depression, diagnosis, students, validity

¹Uzm., Hacettepe Ü Öğrenci Sağlık Merkezi, Ankara. ²Doç., Hacettepe Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara.
Dr. Hatice Özdemir, e-posta: haticoezdemir@yahoo.de

GİRİŞ

Depresyon, yaygınlığı ve yol açtığı yeti yitimi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişmektedir (Noble 2005). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı son bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (Kılıç 1998). Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda tüm bozukluklar arasında en sık rastlanan tanılarının başında yer almaktadır (Katon 1982, Rezaki 1995b, Whooley ve ark. 1997). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre depresyonun 2020 yılına kadar zaman kaybına, yeti yitimine ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2020 yılında depresyonun hastalık yükü açısından gelişmiş ülkelerde ilk sırada, gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada olacağı bildirilmektedir (Murray ve Lopez 1997).

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü ile ortaklaşa yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda %11,6 oranında depresyon saptanmış ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir (Rezaki, 1995a). Buna karşın, yapılan çalışmalar birinci basamağa başvuran hastaların ancak % 30-50'sine depresyon tanısı koyulduğunu göstermektedir (Docherty 1997, Williams ve ark. 1999). Türkiye'de bu oran %15'e kadar düşmektedir (Sağduyu ve ark. 2000). Depresyonun özellikle birinci basamakta tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, depresyonun neden olduğu kayıpların azalmasına olanak sağlayacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetinde ruhsal bozuklukları tanımak için en yaygın kullanılan yöntem, tarama testlerinin günlük uygulanmasıdır. Bu şekilde depresyon tanısı koyma oranının 2-3 kat arttığı bildirilmiştir (Henkel ve ark. 2003). Valenstein ve arkadaşları (2001) tarama giderleri düşük tutulur ve uygun tedavi verilirse depresyon taramasının verimli olabileceğini göstermiştir.

Depresyon için geliştirilen veya modifiye edilen tarama ölçekleri ile yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Williams ve ark. 2002, Klinkman ve ark. 1997, Whooley 1997, Henkel ve ark. 2003). Bir tarama ölçeğinde aranan özellikler arasında, soruların kısa ve anlaşılır olması, uygulama süresinin kısa olması, uygulanacak grup için geçerlik çalışmasının yapılmış olması, kesme noktasının belirlenmiş olması, duyarlılık ve özgüllük oranlarının yüksek olması sayılabilir. Depresyon taramasında kullanılan ölçekler ayrıca depresyon belirtileri ile ilgili soruları içermelidir. Genel Sağlık Anketi (GSA) genel psikiyatrik rahatsızlığı ayırt etmek için geliştirildiği

halde, aralarında zevk alma, durgun hissetme, dikkat dağınıklığı ve uykusuzluk gibi temel depresyon belirtilerini sorgulayan maddeler de bulunmaktadır.

GSA (Goldberg ve Blackwell 1970) olgu ayırt etme ölçekleri arasında hem hasta sayısı, hem de çalışma sayısı olarak en sık kullanılan 2 ölçekten biridir; diğeri CES-D: Epidemiyolojik Araştırma Merkezi-Depresyon Ölçeği'dir (Williams ve ark. 2002). Orijinal 60 soruluk formundan sonra, 30, 28 ve 12 soruluk formları da geliştirilen ölçeğin, kısa formları da psikiyatrik bozuklukların taranmasında en az 60 soruluk orijinal formu kadar güvenilir bulunmuştur (Goldberg ve ark. 1997). GSA, duyarlılık ve özgüllük oranları 0.70-0.80 arası değişen geçerlik çalışmaları ile 50'den fazla ülkede 38 dile uyarlanmıştır. Goldberg ve Williams (1988) GSA için kullanıcı kılavuzunda, en iyi kesme noktasının GSA'nin uygulanacağı hasta grubu için belirlenmesini önermişlerdir. Örneğin Latin Amerika'da, yalancı pozitif vakaları önlemek için, İngiltere'ye oranla daha yüksek kesme noktasının uygulanması gerekmektedir (Lewis ve Araya 1995). Türkiye'nin de dahil olduğu Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile yürütülen 15 merkezli çalışmada, GSA-12 için önerilen kesme noktaları değişik ülkeler için 1/2 ile 6/7 arasında değişmektedir (Goldberg ve ark. 1998). Bu kesme noktaları, herhangi bir psikiyatrik bozukluk için hesaplanmıştır. Kültürel farklılıkların yanı sıra, bölgelere göre değişen psikiyatrik bozukluk yaygınlık oranı veya birden fazla psikiyatrik tanının varlığı, kesme noktalarındaki farklılığa neden olabilmektedir. PubMed kullanılarak yapılan taramada psikiyatri yazınında depresyon için önerilen bir kesme noktasına rastlanmamıştır.

Bir gözden geçirme yazısında 16 tarama ölçeğinin depresyon için hesaplanan ortalama özgüllük ve duyarlılık değerleri karşılaştırılmış ve GSA'nin performansı depresyon taramasında diğer ölçekler kadar başarılı bulunmuştur (Williams ve ark. 2002). Aynı yazıda, aralarında GSA'nin de bulunduğu, en çok kullanılan 4 ölçeğin ROC eğrileri karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. GSA, doğrudan depresyon taraması için geliştirilmediğinden, ölçeğin depresyon için psikometrik özelliklerini inceleyen araştırmalar az sayıdadır.

Depresyon taramasının sıklıkla yapıldığı ve gerekli olduğu gruplardan birini de öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilik döneminde stres etkenlerini ve bunların etkileyebildiği ruhsal rahatsızlıkları araştıran çalışmalar (Dahlin ve ark. 2005, Saipanish 2003), depresyonun öğrenmeyi olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalar öğrencilerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksekliğine işaret etmektedir (Dahlin ve ark. 2005,

TABLO 1. Sosyodemografik Değişkenler.

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	115	67,5
Erkek	55	32,4
Fakülte		
Tıp	48	28,2
Diş hekimliği/eczacılık	22	12,9
Diğer sağlık bilimleri*	52	30,6
Meslek yüksekokulları	18	10,6
Diğer fakülteler**	30	17,6
Öğrencilik süresi (yıl)		
İlk yıl	35	20,6
2-4 yıl	92	54,1
4 yıldan uzun	43	25,3
Yıl kaybı		
Var	52	30,6
Yok	118	69,4
Mezun oldukları lise		
Normal lise	60	35,3
Meslek lisesi	36	21,2
Fen/Anadolu/özel lise	73	42,9
Kaldıkları yer		
Yurt	63	37,1
Ailesiyle beraber	55	32,4
Arkadaşları ile evde	52	30,6
Baba mesleği		
İşsiz	4	2,4
Memur/işçi	62	36,5
Emekli	46	27,7
İşveren/kendi işini yapan	54	31,8
Öğrencinin aylık geliri		
0-150 YTL	59	34,7
151-250 YTL	49	28,8
251- YTL	62	36,5
Önceki sağlık merkezi başvurusu		
Var	135	79,4
Yok	34	20,0
Önceki psikiyatrist başvurusu		
Var	79	46,2
Yok	90	52,9

* Hemşirelik YO, Sağlık İdaresi, Sağlık Teknolojisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Çocuk Gelişimi, Beslenme Teknolojisi.

** Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesi.

ve Sakihara 2001, Wight ve ark. 2004). Schoenbach ve arkadaşları (1983) ergenlerin erişkinlere göre daha sık geçici psikolojik belirtileri dile getirdiklerini bildirmiştir. CES-D ile yapılan bir çalışmada ergenler, erişkin kesme noktası ile değerlendirildiğinde depresyon oranlarının arttığı, ergenlere daha yüksek kesme noktası uygulanması gerektiği ileri sürülmüştür (Radloff 1991). Bu nedenle ölçeklerin kesme noktalarını farklı gruplar için belirlemek önemlidir.

Bu çalışmanın amacı psikolojik danışmanlık ve/veya psikiyatrik yardım için sağlık merkezine başvuran öğrencilerde depresyon oranını, depresyon tanısı için GSA'nın geçerliğini/uygun kesme noktasını, GSA'nın ve depresyonun bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini, pozitif GSA maddelerinin depresyon için olası risklerini incelemektir.

YÖNTEM

Üniversite Öğrenci Sağlık Merkezi Psikiyatri Polikliniğine 2002-2003 öğretim yılı boyunca Eylül 2002- Mayıs 2003 tarihleri arasında ilk başvurusunu yapan 170 öğrenci (115 kadın, 55 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden öğrenci olmamıştır. Öğrenciler bu üniteye herhangi bir birimden sevk edilmeden doğrudan başvurabilmektedir. Tüm öğrenciler araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere görüşme öncesi, kendilerinin doldukları bir sosyodemografik bilgi formu ve 12 soruluk Genel Sağlık Anketi verilmiştir. Ardından DSM-IV tanılarının belirlenmesi için bir psikiyatri uzmanı (HÖ) tarafından GSA sonuçlarına kör olarak SCID-I'nin tümü uygulanmıştır. Sosyodemografik bilgi formu ve GSA'nın doldurulması yaklaşık 20 dakika, SCID-I'nin uygulanması ortalama olarak 45 dakika sürmüştür. Çalışmayı yapan hekime ilk kez başvuran öğrenciler çalışmaya dahil edilmiş, daha önceden izlemde olanlar çalışmaya alınmamıştır.

Ölçme araçları

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Belirtilerin var veya yok şeklinde değerlendirildiği ölçekte duygudurum belirtileri ve psikotik belirtilerin sorgulandığı bölümler sonrasında, uygun DSM-IV tanısı kodlanmaktadır. Aynı kodlamalar, alkol ve diğer maddelerin kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar bölümleri değerlendirildikten sonra da tekrarlanmaktadır. Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Guthrie ve ark. 1995). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, ergen ve genç erişkinlerdeki depresyon yaygınlığının erişkinlerde görülene benzediğini, ancak ergenlerin daha sık depresif belirti bildirdiklerini göstermiştir (Takamura

TABLO 2. DSM-IV Tanıları ve Ortalama GSA Puanları.

DSM-IV Tanıları	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	Ortalama GSA±SS
Depresyon	63 (% 54,8)	21(% 38,2)	84 (% 49,4)	9,5±2,4
Anksiyete boz.	4 (% 3,5)	5 (% 9,1)	9 (% 5,3)	4,1±3,1
Somatoform boz.	2 (% 1,7)	2 (% 3,6)	4 (% 2,4)	7,0±3,9
Psikoz	1 (% 0,9)	6 (% 10,9)	7 (% 4,1)	4,7±5,3
Distimi	2 (% 1,7)	2 (% 3,6)	4 (% 2,4)	7,5±3,8
Diğer	3 (% 2,8)	0	3 (% 1,8)	7,3±5,6
Tanı almayanlar	40 (% 34,8)	19 (% 34,5)	59 (% 34,7)	5,3±3,3
Toplam	115	55	170	7,5±3,7

Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12): Hasta tarafından doldurulan ve özellikle birinci basamakta ruhsal rahatsızlığı ayırt etmek üzere Goldberg (1972, 1978) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bugüne kadar birçok farklı dil ve kültüre uyarlanmıştır. 60 soruluk formu sonrasında geliştirilen 30, 28, 12 soruluk kısa formları aynı şekilde güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan GSA, 12 soru içermektedir. Her soru hiçbir zaman-her zamanki kadar- her zamankinden sık-çok sık olmak üzere 4 şıktan oluşmaktadır. Yanıtlar likert (0-1-2-3) ölçeği şeklinde veya GSA el kitabında önerildiği şekilde (0-0-1-1) puanlanabilir. Katılımcılar ölçeği doldurduktan sonra seçilen puanlama yöntemi uygulanabilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.84 olarak hesaplanan GSA-12'nin sağlık ocağına herhangi bir bedensel yakınma ile başvuran hastalar için önerilen kesme noktası 1/2'dir, toplam GSA puanının 1-2 arasında olmasıdır (Kılıç 1996).

Çalışmada ayrıca yaş, cinsiyet, anne/baba mesleği, öğrencinin aylık geliri, okuduğu fakülte, kaldığı yer, sosyal güvencesi olup olmadığı, önceki psikiyatri veya sağlık merkezi başvurusunun değerlendirildiği sosyodemografik bilgi formu verildi.

İstatistikler: Grupların karşılaştırıldığı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için t testi uygulandı. GSA maddelerinin depresyon için odds oranları (OR), depresyon riskini en fazla artıran maddeleri ayırt etmek amacıyla hesaplandı. Değişik kesme noktalarının, GSA ölçeği ile DSM tanısı arasındaki uyumunu değerlendirmek için kappa değerleri hesaplandı. Ölçeğin performansının değerlendirildiği ROC eğrisi hem 0-1 tipi, hem de likert puanlamaya göre hesaplandı.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler

Çalışmaya katılan 170 öğrencinin 115 (% 68)'i kadın, 55'i (% 32) erkekti. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,9±2,2 olarak hesaplandı. % 97,6'sı bekar olan öğrencilerin diğer sosyodemografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

DSM-IV tanıları ve GSA-12 sonuçları

Öğrencilerin % 34'ü herhangi bir tanı almazken, % 66 öğrencinin aldığı DSM-IV tanılarının dökümü Tablo 2'de verilmiştir. Bu tabloda yer alan 'Diğer' kategorisinde yeme bozukluğu, uyum bozukluğu ve alkol kötü kullanım bozukluğu; 'psikoz' kategorisinde şizofreni, şizoafektif bozukluk ve psikotik özellikli mani nöbeti bulunmaktadır.

Depresyon tanısı alan 84 öğrencinin 13'ünün (% 15) ektanisi bulunmaktadır: 3 obsesif kompulsif bozukluk, 3 konversiyon bozukluğu, 5 alkol veya madde kötü kullanımı, 2 yeme bozukluğu. Ektanisi olmayan grubun GSA ortalama puanı (9,6±2,3) ile tüm depresyon grubunun GSA ortalama puanı (9,5±2,4) arasında fark saptanmamıştır.

Tanıların ortalama GSA puanları Tablo 2'de verilmiştir. Ortalama GSA puanı 7.5±3.7 (kadınlar için 8.0±3.6 ve erkekler için 6.4±3.7; p<0.05) dir. Depresyonu olan ve olmayanların GSA yanıt yüzdeleri Tablo 3'te görülmektedir.

Sosyodemografik değişkenlerle toplam GSA puan ortalaması arasında ilişki saptanmamıştır. Yıl kaybı olan öğrencilerde (% 61.5) yıl kaybı olmayanlara göre (% 43.2) daha sık depresyon görülmüştür (χ^2 : 4.847;

TABLO 3. Depresyonu Olanların ve Olmayanların GSA Maddelerine Pozitif Yanıt Verme Oranları.

GSA (0/1)	Depresyon (+)	Depresyon (-)	Toplam
1. Endişeler nedeniyle uykusuzluk	% 59,5	% 31,4	% 45,3
2. Zor altında hissetme	% 83,1	% 52,9	% 67,9
3. Yaptığı işe dikkatini verememe	% 90,5	% 54,7	% 72,4
4. İşe yaradığını düşünme	% 70,2	% 32,9	% 51,5
5 Sorunlarla uğraşabilme	% 79,8	% 38,8	% 59,2
6. Karar vermekte güçlük	% 83,1	% 43,5	% 63,1
7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissetme	% 84,5	% 54,7	% 69,4
8. Mutlu hissetme	% 84,5	% 46,5	% 65,3
9. Günlük işlerden zevk alabilme	% 92,9	% 52,3	% 72,4
10. Keyifsiz durgun hissetme	% 90,5	% 62,8	% 76,5
11. Güven kaybı	% 79,8	% 53,5	% 66,5
12. Kendini değersiz görme	% 60,7	% 20,9	% 40,6

$p<0.05$). Depresyon oranı ayrıca kızlarda (% 54,8) erkeklere göre (% 36,4) daha yüksek bulunmuştur (χ^2 : 5,052; $p<0.05$).

GSA'nın likert puanlama için iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha) 0,91; 0-1 tipi puanlama için 0,88 bulunmuştur. Hem likert hem de 0-1 tipi puanlamaya göre hesaplanan ROC eğrileri Şekil 1'de verilmiştir. ROC eğrilerinin altında kalan alanlar birbirlerine çok yakındır; 0-1 kodlamasına göre 0,82, likert kodlamasına göre 0,81.

Depresyon tanısı için 0-1 tipi puanlamaya göre hesaplanan duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordama güçleri, odds oranları, güven aralığı ve kappa değerleri Tablo 2'de verilmiştir. Duyarlılık ve özgüllük oranlarının cinsiyetlere göre nasıl değiştiği incelendiğinde; kızlarda 8/9 kesme noktası için duyarlılık % 81,0, özgüllük % 75,0; erkeklerde 6/7 kesme noktası için duyarlılık % 85,7, özgüllük % 61,8 olduğu görülmektedir.

GSA maddelerinin pozitif olmaları halinde depresyon riskini ne kadar artırdıklarını gösteren odds oranları Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre hayattan zevk alabilmeyi sorgulayan sorudan 1 puan alanların, 0 puan alanlara göre depresyon riski 11, 44 (Güven aralığı: 4,51-29,03) kez daha fazladır. Dikkat bozukluğundan yakınanların depresyon riski, bu soruya olumsuz yanıt

verenlere göre 7,62 (Güven aralığı: 3,28-17,69) kez daha fazladır. Cinsiyetlere göre bu maddeler ve OR'leri şu şekilde değişmektedir: Kızlarda değersiz hissetme [10,27 (4,21-25,10)], zevk alabilme [9,94 (3,43-28,81)], dikkat bozukluğu [8,51 (2,93-24,71)] ve keyifsiz durgunluk [7,16 (2,23-23,01)] maddeleri; erkeklerde zevk alabilme [20,00 (2,41-17,27)] ve mutlu hissetmeme [10,69 (2,15-53,21)] (maddelerinin OR ve % 95 güven aralığı değerleri parantez içinde verilmiştir).

TARTIŞMA

Bu çalışmada ele alınan örnekleme, psikiyatri birimine başvuran öğrencilerde depresyon sıklığının % 49,4 olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin depresyon oranlarını inceleyen çalışmalardan bazıları genel toplum taramalarında bulunan değerlerden daha yüksek depresyon oranları bildirmektedir: % 32-35 (Dahlin ve ark. 2005, Allgoewer ve ark. 2001, Doğan ve ark. 1994). Hooper ve arkadaşları (1984) buna karşın, genel bir GSA taramasında öğrencilerin daha az psikiyatrik tanı aldıklarını bildirmiştir. Bizim çalışmamızdaki yüksek depresyon oranı, çalışmaya psikiyatrik yardım için başvuran öğrencilerin alınmış olması ile açıklanabilir.

Cinsiyetler arasında hem psikiyatriye başvuru oranı, hem ortalama GSA puanları, hem de depresyon oranları açısından fark görülmüştür. Kız öğrencilerde depres-

TABLO 4. GHQ Puanlamaya Göre, Depresyon Tanısı İçin Farklı Kesim Noktalarının Duyarlılık, Özgüllük, Pozitif ve Negatif Yordama Güçleri, Odds Oranları, Güven Aralığı ve Kappa Değerleri.

GSA	Duyarlılık	Özgüllük	PPV	NPV	Odds Oranları	Güven Aralığı	Kappa
1 / 2	% 98,8	% 18,6	% 54,2	% 94,1	18,97	2,45-146,66	0,17
2 / 3	% 98,8	% 27,9	% 57,2	% 96,0	32,13	4,23-243,94	0,27
3 / 4	% 96,4	% 33,7	% 58,7	% 90,6	13,74	3,99-47,28	0,30
4 / 5	% 95,2	% 44,2	% 62,5	% 90,5	15,83	5,32-47,12	0,39
5 / 6	% 91,7	% 51,2	% 64,7	% 86,3	11,54	4,77-27,83	0,43
6 / 7	% 88,1	% 55,8	% 66,1	% 82,8	9,35	4,26-20,51	0,44
7 / 8	% 83,3	% 65,1	% 70,0	% 80,0	9,33	4,52-19,27	0,48
8 / 9	% 75,0	% 76,7	% 75,9	% 75,9	9,90	4,90-20,00	0,52
9 / 10	% 61,9	% 88,4	% 83,9	% 70,4	12,35	5,59-27,29	0,50
10/11	% 42,9	% 89,5	% 80,0	% 61,6	6,42	2,84-14,49	0,33

yon oranı (% 54,8) erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü sık tekrar eden bir bulgudur. Epidemiyolojik çalışmalar kadınların yaşam boyu hastalanma risklerinin depresyon için % 20-25 olduğunu göstermiştir; bu değer erkekler için % 8-12'dir (Noble 2005). Kız öğrencilerin tarama ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları ve daha sık depresif belirti bildirdikleri, yapılan birçok çalışmada görülmüş-

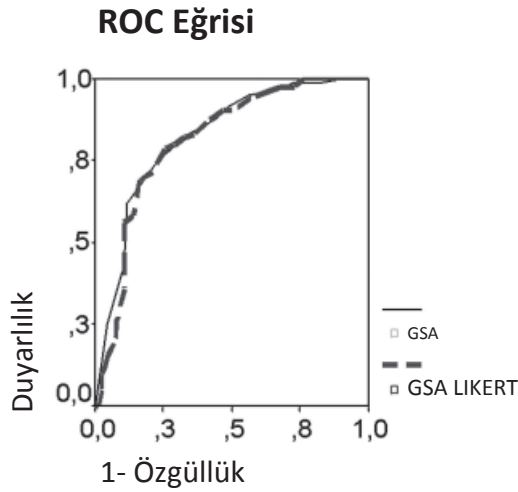
tür (Schraedley ve ark. 1999, Tait ve ark. 2003, Akman 1995, Doğan ve ark. 1994). Bu anlamda cinsiyetler arasında bulunan fark, önceki çalışma sonuçları ile örtüşmektedir.

Bu çalışmanın diğer bir bulgusu, yıl kaybı ile depresyon arasındaki pozitif ilişkidir. Depresyon ile yıl kaybı arasındaki zamansal ilişki bilinmediği için bu bulgu

TABLO 5. GSA Maddelerinin Depresyon Tanısı İçin Odds Oranları (OR).

GSA (0-1)	OR (% 95 GA)	Kızlarda n:115	Erkeklerde n:55
1. Endişeler nedeniyle uykusuzluk	3,214 (1,71-6,04)	3,02 (1,41-6,48)	2,96 (0,92-9,49)
2. Zor altında hissetme	4,38 (2,14-8,96)	4,02 (1,68-9,64)	4,50 (1,24-16,28)
3. Yaptığı işe dikkatini verememe	7,88 (3,39-18,32)	8,51 (2,93-24,71)	6,00 (1,49-24,21)
4. İşe yaradığını düşünme	4,80 (2,51-9,21)	5,00 (2,25-11,11)	4,18 (1,31-13,30)
5 Sorunlarla uğraşabilme	6,21 (3,12-12,36)	5,76 (2,45-13,50)	6,00 (1,81-19,93)
6. Karar vermekte güçlük	6,39 (3,12-13,10)	6,12 (2,50-14,99)	5,87 (1,72-19,99)
7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissetme	4,53 (2,19-9,38)	4,54 (1,91-10,83)	4,74 (1,17-19,16)
8. Mutlu hissetme	6,28 (3,04-13,00)	5,52 (2,36-12,89)	10,69 (2,15-53,21)
9. Günlük işlerden zevk alabilme	11,84 (4,66-30,08)	9,94 (3,43-28,81)	20,00 (2,41-166,27)
10. Keyifsiz durgun hissetme	5,63 (2,41-13,17)	7,16 (2,23-23,01)	3,36 (0,93-12,10)
11. Güven kaybı	3,43 (1,74-6,77)	3,20 (1,36-7,53)	3,17 (0,99-10,14)
12. Kendini değersiz görme	5,84 (2,96-11,52)	10,27 (4,21-25,10)	1,71 (0,53-5,48)

GA: Güven aralığı



ŞEKİL 1. GHQ Tipi ve Likert Puanlamaya Göre Depresyon Tanısı İçin ROC Eğrileri.

farklı şekillerde yorumlanabilir. Yıl kaybı, bir stres etkeni olarak depresyonu tetiklemiş olabileceği gibi; depresyon ders başarısında düşüşe neden olmuş olabilir. Bizim verilerimizle bunu ayırt etmek mümkün görünmemektedir. Ders başarısı kötü olan öğrencilerin daha çok psikiyatrik tanı aldıkları başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Özkürkçügil Çorapçıoğlu 1999).

GSA'nin depresyon taramasındaki geçerliği bu çalışmanın temel sorusudur. Hem GSA tipi hem de likert puanlamaya göre hesaplanan ROC eğrileri (Şekil 1) ölçeğin depresyon taramasındaki performansının iyi olduğunu göstermiştir.

GSA ile bugüne kadar yapılmış geçerlik çalışmaları arasında bulunan ortalama duyarlılık ve özgüllük değerleri 0,70-0,80 arasındadır. Türkiye'de yapılan geçerlik çalışmasında GSA'nin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık için duyarlılığı 0,74 ve özgüllüğü 0,84 olarak bulunmuştur (Kılıç 1996). Bu çalışmada duyarlılık ve özgüllük değerleri benzer oranlarda bulunmuştur; sırasıyla % 74,7 ve 75,9 (8/9 kesme noktası için). Kesme noktası 7/8'e düşürüldüğünde duyarlılık % 83,1'e yükselmiş, özgüllük % 64,4'e düşmüştür. Depresyon taraması için kullanılan ve aralarında GSA'nin de bulunduğu 16 ölçek için belirlenen medyan değerler şu şekildedir: duyarlılık % 85, özgüllük % 74 (Williams ve ark. 2002). Diğer depresyon tarama araçlarından farklı olarak GSA özel olarak depresyon belirtilerini sorgulamak üzere geliştirilmemiş, genel psikiyatrik bozuklukları ayırt etmek için geliştirilmiştir. Ancak buna rağmen GSA depresyonu tanımada diğer tarama ölçekleri ile karşılaştırıldığında, ölçek performansı benzer bulunmuştur (Mulrow ve ark. 1995).

Ayrıca GSA'nin hem 0/1 hem de likert puanlamaya göre hesaplanan iç tutarlılıkları yüksek bulunmuştur. Koeter (1992) anksiyete ve depresyon hastaları ile yaptığı bir çalışmada, GSA'nin kullanılan diğer tarama ölçeklerine göre daha kısa olması nedeniyle tercih edilebileceğini bildirmiştir. Değişik kesme noktaları için Kappa katsayılarına bakıldığında (Tablo 4) 8/9 kesme noktası için hesaplanan Kappa değerinin (0.52) en yüksek olduğu görülmektedir. Bu değer tanı ile GSA değeri arasında orta derecede bir uzlaşmayı gösterir ve kabul edilebilir sınırlardadır.

Bu çalışmada dikkati çeken bir bulgu ortalama GSA puanının ve dolayısıyla kesme noktasının yüksekliği (8/9). Bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğu herhangi bir bedensel yakınma ile birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerle yapılmıştır. Bu çalışmalarda önerilen kesme noktaları 1/2 ile 6/7 arasında değişmektedir (Kılıç 1996, Goldberg ve Lecrubier 1995, Goldberg ve ark. 1998). Bizim çalışmamızda ise özellikle psikiyatrik yakınmalarla gelen öğrenciler değerlendirmeye alınmıştır. Bu durum, GSA ortalamasının ve kesme noktasının yüksek olmasını açıklayan bir neden olabilir.

Birçok çalışmada bildirildiği gibi ergenler ve genç erişkinlerde geçici depresif belirtilere daha sık rastlanmaktadır (Takamura ve Sakihara 2001, Wight ve ark. 2005). Bu durum ortalama GSA puanlarındaki yüksekliği açıklayan diğer bir neden olabilir. Radloff (1991) da benzer şekilde kesme noktasının ergen/genç erişkinlerde yükseldiğini ortaya koymuştur. Finlay-Jones ve arkadaşları (1979) GSA ile yaptıkları çalışmada yalnızca pozitif vakaların yalnızlık, yaşam olayları ve fiziksel rahatsızlık ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Goldberg ve arkadaşları (1998) kesme noktalarındaki farklılıkların kültürel nedenler dışında mevcut etkenler nedeniyle olduğunu ileri sürmektedir. Bizim çalışmamızda depresyonu olan öğrencilerin % 15'i ikinci bir DSM-IV tanısı almıştır, ancak etkanısı olan hastaların GSA puan ortalamaları olmayanlardan yüksek değildir.

Tek tek maddelere verilen pozitif yanıtın depresyona girme riskini nasıl artırdığına bakıldığında, 'zevk alabilme, dikkat bozukluğu, karar vermekte güçlük, mutlu hissetmeme' sorularından alınan puanların odds oranlarını artırdığı görülmektedir. Bu sorular DSM-IV'te depresyon için sorgulanan ölçütlere benzerlik göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

SONUÇ

Bu çalışmada öğrenci sağlık merkezine psikiyatrik yakınmalarla başvuran öğrencilerde GSA'nin depresyon

taramasında kullanılabileceği görülmüştür. GSA özelikle depresyon taramasında kullanılmak üzere geliştirilmediği halde bazı temel depresyon belirtileri sorgulamaktadır. Sorularının kısa, anlaşılır olması, uygulama süresinin uzun olmaması, psikometrik özelliklerinin iyi olması GSA'nın tarama ölçeği olarak tercih edilmesinin en önemli nedenlerindendir. Onlarca dile çevrilmiş olan

ve dünyanın birçok merkezinde yaygın şekilde kullanılan GSA'nın, özellikle psikiyatri uzmanı bulunmayan öğrenici sağlık merkezlerinde depresyon taraması için kullanılmasının yararlı olduğu görüşündeyiz. Dikkat edilmesi gereken konu, kesme noktasının daha yüksek tutulması gerekliliğidir; bu örneklem için 8/9.

KAYNAKLAR

Akman Y (1995) Cinsiyetlerine, sınıflarına, yüksek öğrenimleri sırasında kaldıkları yerlere ve bazı aile özelliklerine göre üniversite öğrencilerinin uyumları. 3P Dergisi, 3(2):20-7.

Allgöwer A, Wardle J, Steptoe A ve ark. (2001) Depressive symptoms, social support, and personal health behaviours in young men and women. Health Psychology, 20(3):223-227.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA American Psychiatry Association) (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), Washington DC, APA.

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12(4):33-36.

Dahlin M, Joneborg N, Runeson B ve ark. (2005) Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. Medical Education, 39:594-604.

Docherty JP (1997) Barriers to the diagnosis of depression in primary care. J Clin Psychiatry 58 (Suppl 1), 5-10.

Doğan O, Doğan S, Çorapçıoğlu A ve ark. (1994) Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. C.Ü. Tıp Fak. Dergisi, 16(2):148-151.

Finlay-Jones RA, Murphy E (1979) Severity of psychiatric disorder and the 30-item general health questionnaire. Br J Psychiatry, 134:609-16.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington DC, American Psychiatry Press.

Goldberg DP (1972) Detecting psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, Oxford.

Goldberg DP (1978) Manual of the General Health Questionnaire. Slough: NFER-Nelson.

Goldberg DP, Blackwell B (1970) Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. Br Med J, 2:438-43.

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N ve ark. (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med, 27:191-97.

Goldberg DP, Lecrubier Y (1995) Form and frequency of mental disorders across centres. Mental Illness in General Health Care. An International Study, TB Üstün, N Sartorius (Ed), John Wiley Sons Chichers, s. 326.

Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J ve ark. (1998) Why GHQ threshold varies from one place to another. Psychol Med, 28:915-921.

Goldberg DP, Williams P (1988) The User's Guide to the General Health Questionnaire, 1 edn, Windsor, NFER-NELSON.

Guthrie EA, Black D, Shaw CM ve ark. (1995) Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. Med Educ, 29(5):337-41.

Henkel V, Mergl R, Kohnen R ve ark. (2003) Identifying depression in

primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ, 326:200-201.

Hoeper EW, Nycz GR, Kessler LG ve ark. (1984) The usefulness of screening for mental illness. Lancet, 1:33-5.

Katon W (1982) Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. Comprehensive Psychiatry, 23(3):274-287.

Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7:3-11.

Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.

Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S ve ark. (1997) Can case-finding instruments be used to improve physician detection of depression in primary care? Arch Fam Med. Nov-Dec, 6(6):567-73 negatif sonuç.

Koeter MWJ (1992) Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study. J Affect Disord, 24: 271-280.

Lewis G, Araya R (1995) Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 30:20-25.

Mulrow CD, Williams JW Jr, Ramirez G ve ark. (1995) Case-Finding Instruments for Depression in Primary Care Settings. Annals of Internal Medicine, 122(12):913-21.

Murray C, Lopez A (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Golden burden of disease study. Lancet, 349:1498-1504.

Noble RE (2005) Depression in women. Metabolism; 54(5 Suppl 1):49-52.

Özkürkçügil Çorapçıoğlu A (1999) Bir mediko-sosyal merkeze genel sağlık sorunları ile başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(2):115-122.

Radloff LS (1991) The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. J Youth Adolesc, 20:149-66.

Rezaki M (1995a) Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):13-20.

Rezaki M (1995b) Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir alan araştırması Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):3-11.

Sağduyu A, Ögel K, Özmen E ve ark. (2000) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 11:3-16.

Saipanish R (2003) Stress among medical students in a Thai medical school. Med Teacher, 25(5):502-6.

Schoenbach VJ, Kaplan BH, Wagner EH ve ark. (1983) Prevalence of self-reported depressive symptoms in young adolescents. Am J Public Health, 73:1281-7.

Schraedley PK, Gotlib IH, Hayward C ve ark. (1999) Gender Differences in Correlates of Depressive Symptoms in Adolescents. J Adolesc Health, 25:98-108.

Tait RJ, French DJ, Hulse GK ve ark. (2003) Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian

adolescents Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2003; 37:374-381.

Takakura M, Sakihara S (2001) Psychosocial Correlates of Depressive Symptoms Among Japanese High School Students. J Adolesc Health, 28:82-89.

Valenstein M, Vijan S, Zeber JE ve ark. (2001) The cost-utility of screening for depression in primary care. Ann. Intern. Med, 134: 345-360.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J ve ark. (1997) Case-finding instruments for depression. J Gen Intern Med, 12:439-445.

Wight RG, Sepúlveda JE, Aneshensel CS ve ark. (2004) Depressive symptoms: how do adolescents compare with adults? J Adolesc Health. Vol, 34(4):314-323.

Williams JW Jr, Mulrow CD, Kroenke K ve ark. (1999) Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. Am J Med, 106:36-43.

Williams JW Jr, Pignone M, Ramirez G ve ark. (2002) Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. General Hospital Psychiatry, 24:225-237.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye’de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**’ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
 - i. Özgünlük
 - ii. Yöntemsel yetkinlik
 - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
 - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.