

DOĞUM SONRASI DEPRESYON TARAMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'DE KESME NOKTALARININ HESAPLANMASI

Zekiye KARAÇAM*

Hatice ÖNER**

Kabul Tarihi: 21.03.2007

ÖZET

Araştırmanın amacı, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe'de majör ve minör depresyon için kesme noktaları, duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordama gücünü belirlemektir.

Araştırmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile 142 kadın alınmıştır. Araştırma verileri 01/04/2006 ve 22/09/2006 tarihleri arasında Aydın il merkezinde toplanmıştır. Araştırmanın verileri soru formu, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) ve Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) ile yapılandırılmış klinik görüşme ile toplanmıştır.

DDTÖ'nin doğum sonrası minör ya da majör depresyon için kesme noktasının 55 olduğu belirlenmiştir. Bu kesme noktasına göre, DDTÖ'nin minör ya da majör depresyonda olan bireyi belirlemedeki duyarlılığının %82, özgüllüğünün %85, pozitif yordama gücünün %63 ve negatif yordama gücünün %94 olduğu saptanmıştır. DDTÖ'nin doğum sonrası majör depresyon için kesme noktasının 65 olduğu görülmüştür. Bu kesme noktasına göre, DDTÖ'nin duyarlılığının %91, özgüllüğünün %89, pozitif yordama gücünün %42 ve negatif yordama gücünün %99 olduğu bulunmuştur.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, DDTÖ'nin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordama gücü ve ayırma fonksiyon analizi sonuçlarının memnuniyet verici düzeyde olduğu ve ülkemizde kullanılabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonrası depresyon, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, kesme noktası, tarama.

ABSTRACT

Calculation of Cut Off Points in The Turkish Version of Postpartum Depression Screening Scale

The purpose of this research was to determine the Turkish version of Postpartum Depression Screening Scale's (PDSS) cut off points, sensitivity, specificity, positive and negative predictive power for major and minor depression.

The research was conducted with 142 women who were determined by a nonrandomized sampling method. The research data were collected between the dates of 01/04/2006 and 22/09/2006 in Aydın province center. The research data were collected using a questionnaire, PDSS and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth edition (DSM-IV) with structured clinical interviews.

The PDSS's cut off point for postpartum minor and major depression was determined to be 55. Based on this cut off point the PDSS was found to have an 82% sensitivity, an 85% specificity, a 63% positive predictive power and a 94% negative predictive power in the determination of an individual with minor or major depression. The PDSS's cut off point for postpartum major depression was seen to be 65. Based on this cut off point the PDSS was found to have 91% sensitivity, 89% specificity, 42% positive predictive power, and 99% negative predictive power.

According to the study results, these cut off points with the PDSS's sensitivity, specificity, positive and negative predictive power and discriminant function analysis results are at satisfactory level and it can be used in our country.

Keywords: Postpartum depression, Postpartum Depression Screening Scale, cut off point, screening.

*Yrd. Doç. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu.

**Öğretim Görevlisi. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu.

GİRİŞ

Ülkemizde doğum sonrası dönemdeki kadınların yaklaşık %20-50'si depresyon belirtileri yaşamaktadır (Buğdaycı et al. 2004, Büyükkoca 2001, Ekuklu et al. 2004, İnandı et al. 2002, Kitiş ve Karaçam 2005). Doğum sonrası depresyon genellikle bebeğin doğumundan bir kaç hafta sonra yoğun umutsuzluk, keder, öfke, korku ve yetersizlik duygusu, sosyal izolasyon, iştahsızlık, kilo kaybı, huzursuzluk, ilgi kaybı, başa çıkamama, sık ağlama, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, dikkatini toplayamama, karar verme güçlüğü, değersizlik hissi, bir birey ve anne olarak kendini yetersiz hissetme belirtileri ile ortaya çıkmaktadır (Beck 2001, McMahon et al. 2005, O'Hara and Swain 1996, Olds et al. 2004). Amerikan Psikiyatri Birliği (1994)'ne göre; doğum sonrası depresyonun tanı kriteri majör depresyonunki ile aynıdır ve en az iki haftalık bir dönemde depresif ruhsal bir durum ve bütün aktivitelerde kayıp olarak tanımlanmaktadır.

Doğum sonrası depresyonu olan kadınların çoğu, kendilerini başarısız hissetme, utanma duygusu, ruhsal hastalıklı olarak damgalanma ve bebeklerinden ayrı kalma korkusu nedeni ile yardım aramamakta ve tedavisiz kalmaktadırlar (Beck 2001, Matthey et al. 2004, Riecher-Rössler and Hofecker Fallahpour 2003). Doğum sonrası depresyon kadını, eşinin ve büyük çocuklarının hastalığını, anne-bebek ilişkisini ve bebeğin büyüme-gelişmesini olumsuz etkilemektedir (Diego et al. 2005, Milgrom et al. 2004, Peindla et al. 2004, Pinheiro et al. 2006, Roberts et al. 2006, Righetti-Veltima et al. 2002). Bu annelerin bebeklerinde bilişsel gelişmede daha fazla bozulma, eğitim başarısında düşme, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığında ve fiziksel şiddete maruz kalma olasılığında artış olduğu bildirilmektedir (Candzow and Armstrong. 1999, Hay et al. 2001, Weier and Beal 2004).

Doğum sonrası depresyonun erken belirlenmesi ve tedavisi ciddi depresyon riskini azaltmak, anne, çocuk ve aile sağlığını geliştirmek için önemlidir. Bu nedenle doğum sonrası bakım veren ebelerin ve hemşirelerin, güvenilir bir tarama aracı kullanarak doğum sonrası depresyon için tarama yapmaları, yüksek riskte olan kadınları belirleyerek ileri inceleme ve tedavi için sevk etmeleri önemli bir sorumluluklarıdır (Davies et al. 2003, Tezel 2006).

Doğum sonrası depresyon için tarama bu konuda bilgi ve deneyimi olan ebeler ve hemşireler tarafından yapılabilir. Ebeler ve hemşireler başta doğum sonrası kontrollerde, bebeklerini aşıya getirdiklerinde ve ev ziyaretinde olmak üzere anneler ile iletişim kurdukları her yerde doğum sonrası depresyon için tarama yapabilirler (Alice-Evcimen and Sudak 2003, Beck and Indman 2005, Davies et al. 2003, Tezel 2006).

Doğum sonrası depresyonun tanısını oluşturmada kesme noktaları belirlenmiş kendini bildirim ölçeklerinin güvenilir bir şekilde kullanılabileceği bildirilmektedir (Goodman 2004). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği doğum sonrası depresyonu taramada önerilen güçlü tarama araçlarıdır (Munoz et al. 2006, Sanders 2006). Ülkemizde Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Engindeniz 1996). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nin ise, Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği yakın zamanda yapılmış olup (Karaçam ve Kitiş 2007), doğum sonrası majör ve minör depresyon için kesme noktaları da bu çalışmada sunulmaktadır.

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ)

Beck ve Gable (2000) tarafından geliştirilen DDTÖ; 35 maddeli, 7 alt ölçekli ve her alt ölçeğinde 5 madde

bulunan, 5 dereceli (1-5), Likert tipi bir kendini bildirim ölçeğidir. Her madde, annenin bebeğinin doğumundan sonraki duygularının nasıl olduğunu tanımlamaktadır. Ölçeğin yanıtlanmasında kadından, her madde için, son iki haftadan beri yaşadığı duyguları en iyi tanımlayan durumu 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi ve belirlediği yanıtı (sayıyı) daire içine alması istenmektedir. İşaretlenen sayılar toplanarak bireyin toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 35-175 arasındadır (Beck and Gable 2000).

DDTÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği Karaçam ve Kitiş (2007) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında grup çevirisi, uzman görüşü yöntemleri kullanılmıştır. DDTÖ'nin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerliği, doğum sonrası 2-13 haftalarında olan 445 Türk kadını ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada DDTÖ'nin iç tutarlık katsayısının (Cronbach Alfa değeri) .94; alt ölçeklerinin ise, .58-.89 arasında değiştiği bildirilmiştir. DDTÖ'nin Türkçe'de test-tekrar test kararlılık katsayısı $r=.86$ ve iki-yarım test için eşdeğerlik katsayısı $r=.91$ olarak bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'de açıklayıcı faktör analizi sonucunda öz değeri 1'in üstünde olan ve toplam varyansa ortak katkıları %54.69 olan 6 faktörden oluştuğu bildirilmektedir. DDTÖ'nin Türkçe'de bütün maddelerinin .34-.77 arasında pozitif yük ile bir faktöre ait oldukları; madde-toplam test korelasyon katsayılarının .35 ve .68 arasında ve madde-toplam alt ölçek korelasyon katsayılarının .31 ve .71 arasında ve yeterince ayırt edici oldukları bildirilmektedir. DDTÖ ile Beck Depresyon Envateri ($r=.71$) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ($r=.71$) arasında güçlü bir pozitif ilişkinin bulunduğu belirtilmektedir (Karaçam ve Kitiş 2007).

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe'de majör ve minör depresyon için kesme noktalarını, duyarlılığını, özgüllüğünü, pozitif ve negatif yordama gücünü belirlemektir.

YÖNTEM

Bu araştırma metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırmaya olasılıksız örnekleme yöntemi ile, ortalama doğum sonrası 8.08 (Standart Sapma [SS]:2.96, aralık 2-13) haftasında olan 142 kadın alınmıştır. Araştırmada 18 yaş ve üstünde, sağlıklı bebeğe sahip ve en az ilkokul mezunu olmak, kadınlar için belirlenmiş örneklem seçim kriterleridir. Veri toplama aracının kendini bildirim bölümünün bulunması nedeni ile en az ilkokul mezunu olan kadınlar araştırmaya alınmıştır. Ayrıca araştırma verilerinin toplanması için, depresyon belirtilerinin daha çok ortaya çıktığı bir dönem olan doğum sonrası 2-13 haftalar tercih edilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Chandran et al. 2002, Kennedy et al. 2002). Erken doğum yapan, ikiz bebeği olan, bebeğinin herhangi bir sağlık sorunu bulunan kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

Araştırma Aydın il merkezinde bulunan üç sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Araştırma verileri 01/04/2006 ve 22/09/2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasına ayrılan zaman, araştırmacıların resmi çalışma programlarına göre planlanmıştır. Çalışmaya ayrılan zamanda, sözü edilen sağlık ocaklarının kayıtlarından araştırma kriterlerine uygun olan 284 kadının adresleri belirlenmiştir. Bu kadınların 139'u ziyaret yapıldığı sırada evinde bulunmadığı ve üçü de araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmamıştır. Evde bulunmama oranının yüksek olmasının çalışmanın daha çok yaz döneminde yapılmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bu mevsimde Aydın'ın çok sıcak olması ve mevsimlik iş olanakları nedeni ile

ailelerin deniz kıyısı yerleşim yerlerine ya da köylere göç ettikleri bilinmektedir. Bu nedenle ilk ziyarette evinde bulunmayan kadınlara tekrar ziyaret planlanmamıştır.

Veri toplama araçları:

Araştırmanın verileri, kadınları tanıtıcı bilgilerin sorgulandığı soru formu, DDTÖ ve DSM-IV ile yapılandırılmış klinik görüşme ile toplanmıştır. Soru formunda; annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, obstetrik öyküsü, evlilik durumu, gelir düzeyi, gebeliğin planlı ve istenen bir gebelik olma durumu, bu gebelikten önce ve bu gebelik süresince depresyon yaşama durumu, annelik hüznü yaşama durumu, bebeğin doğum tarihi, doğum şekli ve cinsiyetini belirleyici sorular yer almıştır. Soru formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği bir önceki çalışmada belirlenmiştir (Karaçam ve Kitiş 2007).

Verilerin toplanması: Araştırma verileri ölçeği uygulamada deneyimli biri Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora eğitimi almış ve diğeri klinik deneyimi olan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitimi almış iki hemşire tarafından toplanmıştır. DSM-IV (Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı) ile yapılandırılmış klinik görüşme, bu konuda eğitim almış deneyimli ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri tarafından yapılabilir (Beck and Gable 2001). Araştırma verileri ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Birinci aşamada; doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşiresi, kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile tanıtıcı bilgi formunu doldurduktan sonra, kadınların DDTÖ'ni doldurmalarını sağlamıştır. Bu aşamada ölçek ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresine gösterilmemiş ve ölçek puanı hesaplanmamıştır. İkinci aşamada; ölçek puanının farkında olmayan ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresi, DSM-IV'e göre görüşme yaparak kadınların minor ya da majör depresyon kriterlerini karşılayıp

karşılamadıklarını belirlemiştir. Görüşmenin birinci bölümü yaklaşık 10-30 dakikada, ikinci bölümü de 5-10 dakikada tamamlanmıştır. Ardından DSM-IV'e göre minor ya da majör depresyonda olan kadınlara araştırmacı hemşireler tarafından danışmanlık yapılmış, doğum sonrası depresyonu önlemede ve depresyon geliştiğinde başa çıkmalarına yardımcı olabilecek bazı önerilerin açıklandığı yazılı eğitim materyali (Karaçam ve ark. 2004) verilmiş, ileri inceleme ve tedaviye yönlendirilmiştir.

Verilerin analizi: Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5. ile analiz edilmiştir. Kadınların tanıtıcı bilgileri tanımlayıcı istatistikler ile açıklanmıştır. DDTÖ'nin Türkçe'de kesme noktalarının hesaplanmasında ROC Eğrisi Yöntemi (Receiver Operating Characteristic Curve) kullanılmıştır (Özdamar 2003). DDTÖ'nin Türkçe'de minör ve majör depresyon için kesme noktaları, duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordama gücü hesaplanmasında, DSM-IV ile yapılandırılmış klinik görüşme referans yöntem olarak alınmıştır. Ayrıca kadınların depresyonu olan ya da olmayan grupta olup olmadıklarının tahmin edilmesinde DDTÖ'nin Türkçe'de kapsamını belirlemek için ayırma fonksiyon analizi (discriminant function analysis) yapılmıştır (Akgül 2003).

Etik varsayımlar: Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)'in Türkçe'ye çevrilmesi ve çoğaltılması için Western Psychological Services (WPS)'ten lisans alınmıştır. Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu Başkanlığı tarafından uygun bulunmuştur. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı'ndan yasal izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve kadınların tercihine göre, yazılı

(%94.4) ya da sözel (%5.6) onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma örnekleme alınan kadınların yaş ortalaması 27.26 (SS:5.64, aralık:18-43)'dir. Kadınların %88.0'inin sağlık güvencesinin bulunduğu, %76.8'inin gelir durumunu orta düzey olarak algıladıkları, %97.6'sının evli ve resmi nikahlı yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların ortalama gebelik sayıları 2.20 (SS:1.33, aralık:1-7)'dir.

Doğum sonrası depresyonda risk faktörleri arasında daha çok; gebelikte anksiyete ve depresyon yaşama, ruhsal hastalık öyküsü, annelik hüznü, boşanma ve işsizlik gibi yaşamsal zorluklar, sosyal destek eksikliği, eş ile iletişim zorlukları, bebeğin bakımı ile ilgili zorluklar, düşük sosyoekonomik düzey, istenmeyen ve planlanmayan doğumlar, eğitim düzeyinin düşük olması, annelik rolüne

hazır olmama ve bazı toplumlarda kız bebeğe sahip olma gibi özellikler bildirilmiştir (Beck 2001, Ekuklu et al. 2004, Munoz et al. 2006, Robertson et al. 2004, Tezel 2006). Bu çalışmada kadınların yarısına yakınının (%42.3) ilkökul eğitime sahip oldukları, büyük bir bölümünün (%70.4) gelir getiren bir işte çalışmadıkları, önemli bir bölümünün gebeliğini planlamadığı (%33.8) ve istemediği (%19.0) belirlenmiştir. Yine bu çalışmada kadınların önemli bir bölümü gebeliğinden önce (%14.1) ve gebeliği sırasında (%31.7) depresyon belirtileri, ve annelik hüznü (%39.4) yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 1). Bu sonuçlar, örnekleme alınan kadınların doğum sonrası depresyon için önemli düzeyde risk altında kaldıklarını düşündürmüştür. Araştırmaya katılan kadınlar ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Bilgileri

Değişkenler	Sayı (%)
Eğitim Düzeyi	
İlkokul	60 (42.3)
Ortaokul	19 (13.4)
Lise	41 (28.9)
Yüksekokul ve Lisansüstü	22 (15.5)
Çalışma Durumu	
Gelir getiren bir işte çalışan	42 (29.6)
Ev hanım olan	100 (70.4)
Sağlık Güvencesi	
Olan	125 (88.0)
Olmayan	17 (12.0)
Kadının Bildirdiği Gelir Durumu	
Düşük	27 (19.0)
Orta	109 (76.8)
Yüksek	6 (4.2)
Evlilik Durumu	
Evli ve resmi nikahlı	139 (97.6)
Evli ve resmi nikahı yok	2 (1.4)
Eşinden ayrı yaşayan	1 (0.7)
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	
Olan	94 (66.2)
Olmayan	48 (33.8)
Gebeliğin İstenme Durumu	
İstenen	115 (81.0)
İstenmeyen	27 (19.0)

Bu Gebeliğinde Fiziksel Rahatsızlık Öyküsü		
Var		83 (58.5)
Yok		59 (41.5)
Bu Gebeliğinden Önce Depresyon Öyküsü		
Var		20 (14.1)
Yok		122 (85.9)
Bu Gebeliğinde Depresyon Öyküsü		
Var		45 (31.7)
Yok		97 (68.3)
Annelik Hüznü Öyküsü		
Var		56 (39.4)
Yok		86 (60.6)
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız		74 (52.1)
Erkek		68 (47.9)
Bebeğin Doğum şekli		
Vajinal		86 (60.6)
Sezaryen		56 (39.4)
Obstetrik Öykü	Ortalama (Standart Sapma)	Aralık
Gebelik sayısı	1.33 (2.20)	1-7
Canlı doğum	1.74 (0.89)	1-6
Yaşayan çocuk sayısı	1.73 (0.89)	1-6

DDTÖ'nin Türkçe'de minör ya da majör ve majör depresyonu kesme noktaları ROC eğrisi yöntemi ile belirlenmiştir. Tablo 2'de DDTÖ'nin farklı kesme noktalarına göre minör ya da majör ve majör depresyonu belirlemedeki duyarlılık, ve özgüllük, pozitif ve negatif yordama gücü verilmektedir. Bir ölçüm aracının kesme noktasının belirlenmesi, o ölçüm aracının duyarlılık ve özgüllüğünü yakından etkilemektedir. Kesme noktası düşük seçildiği durumda çok sayıda normal kişi de hasta tanısı alabilir, ancak tüm hastalar saptanmış olabilir. Bu durumda testin duyarlılığı yüksek ve özgüllüğü de düşüktür. Aksine, kesme noktası yüksek seçildiğinde, tüm sağlam olan bireyler saptanabilir, ancak gerçekten hasta olanların bir bölümü de sağlam tanısı alabilir. Bu durumda testin duyarlılığı düşük ve özgüllüğü de yüksektir. Bu nedenle hasta ve sağlam bireylere birbirine yakın oranlarda yanlış tanı (yanlış pozitif ve yanlış negatif) konulması, yani tarama testinin duyarlılık ve özgüllüğünün birbirine yakın oranda etkilendiği kesme noktasının seçilmesi uygun olmak-

tadır (Tezcan 1992). Bu çalışmada minör ya da majör depresyonda olan bireylerin, en az hata ile belirlenebileceği duyarlılık ve özgüllük değerinin DDTÖ'nin 55 kesme noktasında olduğu görülmektedir. Bu kesme noktasına göre, DDTÖ'nin minör ya da majör depresyonda olan bireyi belirlemedeki duyarlılığı %82, özgüllüğü %85, pozitif yordama gücü %63 ve negatif yordama gücü %94 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Yine Tablo 2'de majör depresyonda olan bireylerin, en az hata ile belirlenebileceği duyarlılık ve özgüllük değerinin DDTÖ'nin 65 kesme noktasında olduğu bildirilmektedir. Bu kesme noktasına göre, DDTÖ'nin majör depresyonda olan bireyi belirlemedeki duyarlılığının %91, özgüllüğünün %89, pozitif yordama gücünün %42 ve negatif yordama gücünün %99 olduğu görülmektedir.

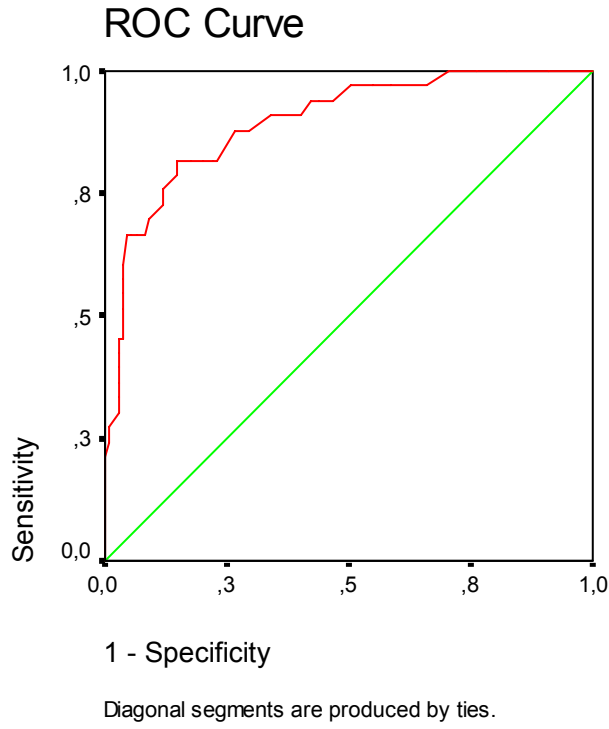
Özgün ölçekte ise, kesme noktasının minör ya da majör depresyon için 60 (duyarlılık %91, özgüllük %72, pozitif yordama gücü %59 ve negatif yordama gücü %95) ve majör depresyon için 80 (duyarlılık %94, özgüllük %98, pozitif

yordama gücü %90 ve negatif yordama gücü %99) olduğu bildirilmiştir (Beck ve Gable 2001). Bu sonuçlara göre DSDÖ'nin Türkçe'de minör ya da majör ve majör depresyon için kesme noktalarının orijinal ölçeğe göre daha düşük olduğu; yine duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordama gücünün bazı değerlerinin biraz düşük olduğu, fakat yeterli düzeyde olduğu söylenebilir. Ölçeğin

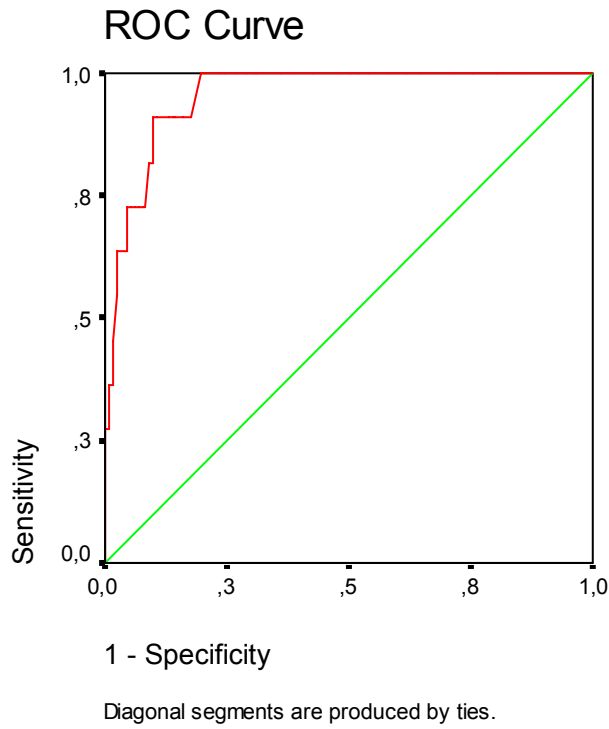
İspanyolca versiyonunda ise, sadece minör ya da majör depresyon için kesme noktasının hesaplandığı, kesme noktasının (60) özgün ölçek ile aynı olmasına rağmen duyarlılık (%84), özgüllük (%84), pozitif yordama gücü (%75) ve negatif yordama gücünün (%90), özgün ölçeğe göre biraz düşük olduğu bildirilmiştir (Beck ve Gable 2005).

Tablo 2. DSM-IV Depresyon Kriterine Göre Majör ve Minör yada Depresyon İçin DSDÖ'nin Türkçe'de Kesme Noktaları, Duyarlılık ve Özgüllük İle Pozitif ve Negatif Yordama Gücü

DSM-IV'e Göre Minör ya da Majör Depresyon				
DSDÖ'nin Kesme Noktası	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Pozitif Yordama Gücü (%)	Negatif Yordama Gücü (%)
40	97	41	31	97
45	94	58	39	97
50	82	77	50	95
55	82	85	63	94
60	67	94	71	90
65	61	96	83	89
70	46	97	79	85
DSM-IV'e Göre Sadece Majör Depresyon				
DSDÖ'nin Kesme Noktası	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Pozitif Yordama Gücü (%)	Negatif Yordama Gücü (%)
40	100	35	11	100
45	100	50	14	100
50	100	69	19	100
55	100	76	26	100
60	91	85	32	99
65	91	89	42	99
70	73	92	42	98
75	73	95	57	98
80	55	98	67	96
85	36	99	80	95
90	27	99	75	94



Şekil 1. Doğum Sonrası Minör ya da Majör Depresyon için DDTÖ'nin Türkçe'de ROC Eğrisi. Alan=0.896 (Standart Hata [SH]=0.031, $p=0.000$, Güven Aralığı=0.835-0.958)



Şekil 2. Doğum Sonrası Majör Depresyon için DDTÖ'nin Türkçe'de ROC Eğrisi. Alan=0.956 (SH=0.020, $p=0.000$, Güven Aralığı=0.916-0.996)

Şekil 1 ve Şekil 2’de DDTÖ’nin Türkçe’de minör ya da majör ve majör depresyon için ROC eğrileri görülmektedir. Eğri altında kalan alanın yüksekliği kesme noktası ile testin en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerlerine ulaştığını ve belirlenen değerlerin parametrik değer olan duyarlılık=0.50 ve özgüllük 0.50 değerlerinden önemli düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (Özdamar 2003). Şekil 1’de eğri altında kalan alan=0.896, $P<0.001$ önemli düzeyde yüksek alan ve Şekil 2’de eğri altında kalan alan=0.956, $P<0.001$ önemli düzeyde yüksek alan ifade etmektedirler.

Kadınların depresyonu olan ya da olmayan grupta olup olmadıklarının tahmin edilmesinde, DSDÖ’nin Türkçe’de kapsamını belirlemek için, ayırma fonksiyon analizi yapılmıştır. Ayırma fonksiyon analizi sonuçlarına göre, DDTÖ’i 55 kesme noktası ile, DSM-IV’ün minör ya da majör depresyonu olan (n=33/142) ve olmayan (n=109/142) olarak ayırdığı vakaların %84.5’ini doğru olarak

gruplandığı saptanmıştır. DDTÖ’i 55 kesme noktası ile, DSM-IV’e göre minör ya da majör depresyonu olan olguların %81.8’ini (n=27/33) “minör ya da majör depresyon var” ve depresyonu olmayan olguların %85.3’ünü (n=93/109) “minör ya da majör depresyon yok” olarak tahmin edebildiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Yine DDTÖ’i 65 kesme noktası ile, DSM-IV’ün majör depresyonu olan (n=11/142) ve olmayan (n=131/142) olarak ayırdığı olguların %89.4’ünü doğru olarak gruplandığı bulunmuştur. DDTÖ’i 65 kesme noktası ile, DSM-IV’e göre majör depresyonu olan olguların %90.9’unu (n=10/11) “majör depresyon var” ve majör depresyonu olmayan vakaların %89.3’ünü (n=117/131) “majör depresyon yok” olarak tahmin edebildiği saptanmıştır (Tablo 3). DDTÖ’inin özgün yapısında (%84.7) (Beck ve Gable 2001) ve İspanyolca versiyonunda da (%83.3) (Beck ve Gable 2005), minör ya da majör depresyon ile ilgili benzer sonuçlar bildirilmektedir.

Tablo 3. Ayırma Fonksiyon Analizi Bulguları

Gerçek Grup (DSM-IV’e göre)	Vakaların sayısı	Tahmin Edilen Grup Üyeleri*	
		Depresyon yok	Minör ya da Majör depresyon
Grup 1			
Depresyon yok	109	93 (%85.3)	16 (%14.7)
Grup 2			
Minör ya da majör depresyon	33	6 (%18.2)	27 (%81.8)
Gerçek Grup (DSM-IV’e göre)	Vakaların sayısı	Tahmin Edilen Grup Üyeleri**	
		Depresyon yok	Majör depresyon
Grup 1			
Depresyon yok	131	117 (%89.3)	14 (%10.7)
Grup 2			
Majör depresyon	11	1 (%9.1)	10 (%90.9)

*%84.5 oranında gerçek grup vakaları doğru bir şekilde sınıflanmıştır.

**%89.4 oranında gerçek grup vakaları doğru bir şekilde sınıflanmıştır.

Sonuç olarak, DDTÖ’i 55 kesme noktası ile doğum sonrası minör ya da majör depresyonu olan ve olmayan kadınların %84.5’ini ve 65 kesme noktası ile doğum sonrası majör depresyonu olan ve olmayan kadınların %89.4’ünü doğru

olarak tahmin edebilmektedir. DDTÖ’i ülkemizde doğum sonrası depresyonu taramada ve bilimsel çalışmalarda kullanılabilir. Alanda çalışan ebeler ve hemşireler bu ölçek ile doğum sonrası depresyon için tarama yapabilirler ve

toplam ölçek puanı 55 ve üstünde olan kadınları (doğum sonrası minör ya da majör depresyonda olma olasılıkları çok yüksek olduğundan) ileri izlem ve tedaviye sevk edebilirler. Ayrıca DDTÖ'nin Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi farklı örneklem gruplarında tekrarlanabilir.

KAYNAKLAR

- Akgül A** (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. 2. baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti., s. 424-439.
- Alici-Evcimen Y, Sudak DM** (2003). Psychiatry update: postpartum depression. Primary Care Update for Obstetrics/Gynecology 10: 210-216.
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (1994). Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Beck CT** (2001). Predictors of postpartum depression, an update. Nursing Research 50: 275-285.
- Beck CT, Gable RK** (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing, Nursing Research 49: 272-282.
- Beck CT, Gable RK** (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale, Nursing Research 50: 155-164.
- Beck CT, Gable RK** (2005). Screening performance of the postpartum depression screening scale-spanish version. Journal of Transcultural Nursing, 16: 331-338.
- Beck CT, Indman P** (2005). The many faces of the Postpartum Depression. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 34: 569-576.
- Bugdaycı R, Sasmaz, CT, Tezcan H** (2004). A cross-sectional prevalence study of depression at various times after delivery in Mersin province in Turkey. Journal of Women's Health 13: 63-68.
- Büyükkoça M** (2001). Algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişki. Yüksek Lisans (Yayınlanmamış) Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Cadzw SP, Armstrong KL** (1999). Stressed parents with infants: reassessing

Teşekkür

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenmiştir. Çalışmamıza katılmayı kabul eden bütün kadınlara katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

physical abuse risk factors. Child Abuse & Neglect 23: 845-853.

Chandran M, Tharyan P, Muliyl J et al. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors, British Journal of Psychiatry 181: 499-507.

Davies BR, Howells S, Jenkins M (2003). Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. Journal of Advanced Nursing 44: 248-255.

Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. Infant Behavior & Development 28: 132-44.

Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M (2004). Prevalance of postpartum depression in Edirne, Turkey, and related factors. Journal of Reproductive Medicine 49: 908-914.

Engindeniz N (1996). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ege Üniversitesi, İzmir.

Goodman JH (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. Journal of Advanced Nursing 45: 26-35.

Hay DF, Pawlby S, Sharp D et al. (2001). Intellectual problems shown by 11-years-old children whose mothers had postnatal depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 42: 871-889.

İnandı T, Elci OC, Öztürk A et al. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. International Journal of Epidemiology 33: 1201-1207.

Karaçam Z, Kitiş Y (2007). Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi (Baskıda).

Karaçam Z, Öz F, Taşkın L (2004). Postpartum depresyon: Önleme, erken tanı ve

hemşirelik bakım. Sağlık ve Toplum 14(3): 14-24.

Kennedy HP, Beck CT, Dricoll JW (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health* 47: 318-330.

Kitiş Y, Karaçam Z (2005). Postpartum depresyon ve oluşumunu etkileyen faktörler. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., s. 238.

Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P et al. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders* 79: 113– 126.

McMahon C, Barnett B, Kowalenko N et al. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders* 84: 15–24.

Milgrom J, Westley DT, Gemmill AW (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior & Development* 27: 443–454.

Munoz C, Agruss J, Haeger A et al. (2006). Postpartum depression: detection and treatment in the primary care setting. *The Journal for Nurse Practitioners* 247-253.

Olds SB, London ML, Ladewing PW et al. (2004). *Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Care*. 7. baskı, New Jersey: Pearson Education, Inc., p. 1100-1107.

O'Hara M, Swain A (1996). Rates and risks of postpartum depression-a meta analysis. *International Review of Psychiatry* 8: 3-14.

Özdamar K (2003). *SPSS İle Biyoistatistik*. Yenilenmiş 5. baskı, Kaan Kitabevi Eskişehir, s. 461-472.

Peindl KS, Wisnerb KL, Hanusac BH (2004). Identifying depression in the first

postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorders* 80: 37–44.

Pinheiro RT, Magalhaes PVS, Horta BL et al. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 230–232.

Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108 (Suppl. 418): 51–56.

Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A et al. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders* 70: 291–306.

Roberts SL, Bushnell JA, Collings SC et al. (2006). Psychological health of men with partners who have post-partum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 704–711.

Robertson E, Grace S, Wallington et al. (2004). Antenatal risk factors for depression. A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 26: 289-295.

Sanders LB (2006). Assessing and managing women with depression: A midwifery perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51: 185-192.

Tezcan S (1992). *Epidemiyoloji: Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No 92/1, Üçbilek Matbaası Ankara, s. 114-118.

Tezel A (2006). Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin ve ebelerin sorumlulukları. *New/Yeni Symposium Journal* 44 (1): 49-52.

Weier KM, Beal MW (2004). Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49: 96-104.