T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN TÜRK ERKEKLERİNDE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

DR. ÇİĞDEM ALKAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR- 2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN TÜRK ERKEKLERİNDE GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

DR. ÇİĞDEM ALKAN

TEZ DANIŞMANI:
PROF. DR. VİLDAN MEVSİM

İZMİR- 2017

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **ix**
KISALTMALAR ..... **x**
TEŞEKKÜR ..... **xi**

ÖZET **1**
SUMMARY **3**

1. GİRİŞ **5**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 5
1.2. Araştırmanın Amacı 6
1.3. Hipotezler 7

2. GENEL BİLGİLER **8**
2.1. Depresyon 8
2.1.1. Depresyon Tanımı 8
2.1.2. Depresyon Yaygınlığı Ve Önemi 8
2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi 10
2.1.4. Birinci Basamakta Depresyonun Yeri 12
2.1.5. Depresyon Sınıflandırması 13
2.1.5.1. Major Depresif Bozukluk 13
2.1.5.2. Distimik Bozukluk 14
2.1.5.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu 14
2.1.5.4. Premenstruel Disforik Bozukluk 14
2.1.5.5. Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk 15
2.1.5.6. Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk 15
2.1.5.7. Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk 15
2.1.5.8. Tanımlanmamış depresif bozukluk 15
2.1.6. Depresyon Tanısı Ve Tedavisi 16
2.2. Postpartum Duygudurum Düzensizlikleri ve Postpartum Depresyon 16

2.2.1. Annelik Hüznü (Baby Blues) 17
2.2.2. Doğum sonrası Psikoz (Puerperal Psychosis) 17
2.2.3. Postpartum Depresyon 17
2.2.3.1. Postpartum Depresyon Tanımı 17
2.2.3.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi 18
2.2.3.3. Postpartum Depresyon Yaygınlığı Ve Önemi 18
2.2.3.4. Birinci Basamakta Postpartum Depresyonun Yeri 19
2.2.3.5. Postpartum Depresyon Belirtileri, Teşhisi, Tarama ve Tanı Testleri 19
2.2.3.6. Postpartum Depresyon Tedavisi 20
2.3 Paternal Postpartum Depresyon 21
2.3.1. Paternal Postpartum Depresyon Tanımı 21
2.3.2. Paternal Postpartum Etiyolojisi 22
2.3.2.1. Biyolojik Faktörler 22
2.3.2.2. Psikolojik Faktörler 23
2.3.2.3. Sosyoekonomik Faktörler 23
2.3.3 Paternal Postpartum Depresyon Yaygınlığı 24
2.3.4. Paternal Postpartum Depresyonun Önemi 24
2.3.5. Birinci Basamakta Paternal Postpartum Depresyon Tanısının Önemi 25
2.3.6. Paternal Postpartum Depresyon Bulguları 26
2.3.7. Paternal Postpartum Tarama ve Tanı Testleri 27
2.3.7.1. Gotland Erkek Depresyon Ölçeği 27
2.3.7.2. Beck Depresyon Ölçeği 28
2.3.7.3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi 28
2.3.7.4. Epidemiyolojik Çalışmalar Depresyon Ölçme Merkezi'nin Kısa Formu 28
2.3.7.5. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) 29
2.3.7.6. Diğer Ölçekler 29
2.3.8 Paternal Postpartum Depresyon Tedavisi 29
2.4. Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları 30
2.4.1. Ölçme ve Ölçek Geliştirme 30
2.4.2. Bir Ölçekte Olması Gereken Özellikler 31

2.4.2.1. Standardizasyon....32
2.4.2.2. Geçerlik ve Güvenirlik....32
2.4.2.2.1. Geçerlik (Validity) 33
2.4.2.2.2. Eş Zamanlı Geçerlik 35
2.4.2.2.3. Güvenirlik (Reliability) 41
2.5. ROC Eğrisi Yöntemi (Receiver Operating Characteristics) 48

3. GEREÇ VE YÖNTEM 51
3.1. Araştırmanın Deseni 51
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri....51
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi 52
3.4. Veri Toplama Araçları Ve Araçlarının Tanıtımı....53
3.4.1 Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu 53
3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)....54
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDS) 55
3.4.4. Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) 57
3.5. Verileri Toplama Yöntemi 58
3.6. Araştırma Ön Uygulaması 58
3.7. Uygulama 58
3.8. Çalışma Zaman Planı 60
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 60
3.9.1 Sosyo-Demografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi ...60
3.9.2. Ölçeğin Geçerlik Güvenirlik Analizleri....60
3.9.2.1. Geçerlik Analizleri....60
3.9.2.1.1. Yapı Geçerliği....61
3.9.2.1.2. Ölçüt- Bağımlı Geçerlik 61
3.9.2.2. Güvenirlik analizleri 61
3.9.2.2.1. Cronbach Alpha Çözümlemesi 62
3.9.2.2.2. Madde İstatistikleri....62
3.9.2.2.3. Yarı Test Güvenirlikleri 62
3.9.3. Roc Analizi....62

3.10. Araştırmanın Etiği 63

4. BULGULAR 64

4.1. Tanımlayıcı Çalışma Bulguları 64

4.2. Analitik Çalışma Bulguları 68

4.2.1. Katılımcıların Bazı Değişkenler Açısından Paternal Postpartum Depresyon Durumları 68

4.3. Geçerlik Güvenirlik Bulguları 71

4.3.1. Geçerlik Bulguları 71

4.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları 72

4.3.1.2. Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Bulguları 75

4.3.2. Güvenirlik Bulguları 77

4.3.2.1. İç Tutarlık Analiz Bulguları 77

4.4. Kesme (cut-off) Puanının Hesaplanması ile İlgili Bulgular 78

5. TARTIŞMA 81

5.1. Geçerlik 82

5.1.1. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi) 82

5.1.2. Madde- Alt Boyut Toplam Puan Analizi 86

5.1.3. Alt Boyut-Toplam Puan Analizi 87

5.1.4. Ölçüt Geçerliği 87

5.2. İç Tutarlılık 88

5.2.1. Cronbach Alfa 88

5.2.2. İki Yarım Test (Split-Half) 89

5.3. ROC Analizi 90

6. SONUÇLAR 91

6.1. Geçerlik Sonuçları 91

6.1.1. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi) Sonuçları 91

6.1.1.1. Madde Analizi İle İlgili Sonuçlar 91

6.1.1.2. Alt Boyutların Madde Analizi İle İlgili Sonuçlar 92

6.1.2. Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Sonuçları 92

6.2. Güvenirlik Sonuçları 92

6.2.1. İç Tutarlılık Analizi İle İlgili Sonuçlar 92
6.3. ROC Analizi Sonuçları 92

7. ÖNERİLER 94

KAYNAKLAR 95

EKLER 105
Ek 1. Etik Kurul İzni 105
Ek 2 Pediatri Bölüm İzni 108
Ek 3. EPDS Kullanım İzni (N. Engindeniz) 109
Ek 4. Katılımcı Onam Formu 110
Ek 5. EPDS Anket 111
Ek 6. BDS Anket 113
Ek 7. M.I.N.I Nöropskiyatrik Yapılandırılmış Görüşme Formu Türkçe Versiyon 116
Ek 8. Anne Katılımcı Sosyodemografik Form 140
Ek 9. Baba Katılımcı Sosyodemografik Form 143

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Geçerlik ve Güvenirliği Belirleme Yöntemleri....32
Tablo 3.1. Çalışma Zaman Planı....60
Tablo 3.2. Geçerlik Analizleri....61
Tablo 3.3. Güvenirlik Analizleri....62
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Dağılım Durumu....65
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Sorunu ve Madde Kulanım Durumuna Göre Dağılımları....66
Tablo 4.3. Katılımcıların Evlilik Özellikleri ve Dağılım Durumu....66
Tablo 4.4. Katılımcıların Çocuklarının Özellikleri ve Dağılım Durumu....67
Tablo 4.5. Katılımcıların Depresyon Açısından Özellikleri ve Dağılım Durumu....67
Tablo 4.6. Katılımcıların BDS ve M.I.N.I'ye Göre Depresyon Durumu ve Dağılımları....68
Tablo 4.7. Katılımcıların Bazı Değişkenler Açısından Depresyon Durumları....70
Tablo 4.8. Araştırmada Kullanılan Geçerlik Güvenirlik ve İstatiksel Analiz Yöntemleri....71
Tablo 4.9. Geçerlik Analizleri....71
Tablo 4.10. Açıklanan Toplam Varyans Analizi....72
Tablo 4.11. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi....73
Tablo 4.12. EPDS'nin Açıklayıcı Faktör Analizi....74
Tablo 4.13. EPDS'nin Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Analizi....74
Tablo 4.14. EPDS'nin Alt Boyutları ile Toplam Puan Analizi....75
Tablo 4.15. EPDS'nin Alt Boyutları, Madde Özellikleri, En Düşük ve En Yüksek Puanları....75
Tablo 4.16. EPDS Anksiyete ve Depresyon Alt Grupları Puan Ortalaması....76
Tablo 4.17. BDS-EPDS Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları....76
Tablo 4.18. M.I.N.I-EPDS Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları....76
Tablo 4.19. Güvenirlik Analizleri....77
Tablo 4.20. EPDS Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri....78
Tablo 4.21. EPDS Alt Boyutları için Güvenirlik Katsayıları....78
Tablo 4.22. EPDS'nin Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları....78

Tablo 4.23. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne Katılımcıların Verdiği Cevaplar 79
Tablo 4.24. EPDS Kesme Puan Değerleri 80

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. ROC Eğrileri 49
Şekil 4.1. Faktör analizi sonuçlarının scree plot değerleri. 72
Şekil 4.2. Araştırma Sonucunun Roc Eğrisi. 80

KISALTMALAR

BDS : Beck Depresyon Ölçeği

DEÜTF : Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

DSM-V : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V

EPDS : Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

F1 : Faktör 1

F2 : Faktör 2

KMO : Kaiser- Meyer- Olkin

M.I.N.I : Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme

PPD : Postpartum Depresyon

PPPD : Paternal Postpartum Depresyon

ROC : Receiver Operating Characteristics (Alıcı İşlem Karakteristikleri)

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenen, uzmanlık eğitimi sürecimde beni tamamlayan ve kişisel gelişimimde desteğini esirgemeyen, bizlere balık tutmayı öğreten, enerjisiyle bizlere çalışma azmi aşılayan, şimdiye değil geleceğe bakmayı öğreten, tecrübelerinden faydalandığım değerli ve sevgili hocam Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e,

Mesleki, etik ve insani değerlerini her zaman örnek alacağım, engin tecrübe, bilgi ve desteğiyle yetişmemde büyük emeği geçen, birinci basamağı yaşamımızın bir parçası kılarak birinci basamağı daha iyiye daha ileriye taşımak için bize emeklememiz değil koşmamız gerektiğini her daim hatırlatarak bizlere rehber olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Dilek GÜLDAL'a,

Bilimsel ve mesleki gelişimimiz için her zaman yanımızda olan, bilgilerini, tecrübelerini, hoş görülerini, desteklerini, ön görülerini bizlerden esirgemeyen ve DEUTF Aile Hekimliği A.D'nı bizler için bir aile kılan ve bu ailenin bir parçası olduğumuzu her zaman bizlere hissetttiren Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a, Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a ve Uzm. Dr. Neslişah TAN'a,

Bu çalışmanın multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması ve ortaya konmasında desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Tunç ALKIN'a, Doç. Dr. İrfan YURDABAKAN'a, Uzm. Dr. Nur ENGİNDENİZ'e

Bu zorlu yolda benimle aynı süreci paylaşan, tecrübelerini paylaşarak bana destek olan tüm DEUTF Aile Hekimliği A.D mezunu arkadaşlarıma ve asistanlığı halen devam etmekte olan arkadaşlarıma ve tüm Anabilim Dalı çalışanlarına,

Hayatım boyunca desteklerini hep yanımda hissettiğim, varlıklarıyla mutlu olduğum ANNEME, BABAMA, SEVGİLİ İKİZİME VE DEĞERLİ EŞİME VE BİRİCİK KIZIMA EN İÇTEN DİLEKLERİMLE TEŞEKKÜR EDERİM.

Dr. Çiğdem ALKAN

ÖZET

EDİNBURGH POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN ERKEKLERDE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dr. Çiğdem Alkan, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. İnciraltı/İzmir

Amaç: Postpartum depresyon doğumdan sonra başlayan olguların kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissettiği, majör depresyon semptomlarına benzer duyguları yaşadığı depresyon durumudur. Ailelerinin hayatını, yaşam kalitesini, bebeklerinin gelişimini etkileyen önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Çalışmalarda postpartum depresyonun annelerde olduğu gibi babalarda da görüldüğü ortaya konmuş, benzer şekilde olumsuz etkileri tespit edilmiştir. Bu çalışmanın amacı kadınlar için postpartum depresyon risk durumunu tespit etmeye yönelik geliştirilmiş Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin (EPDS; Cox, 1987) Türk erkeklerine uyarlamasını gerçekleştirmek, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Yöntem: Metadolojik araştırma modelinde yürütülen çalışma, 2 haftalık - 12 aylık bebeği olan DEÜTF yeni doğan ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran 295 babaya birebir yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri toplama araçları olarak, demografik veri formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDS) uygulanmış, ardından her bir baba katılımcıya klinisyen tarafından tam yapılandırılmış Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Mini International neuropsychiatric interview: M.I.N.I) uygulanmıştır. Verilerin analizi; ölçeğin güvenirliği Cronbach alpha iç tutarlık ve test-yarı yöntemine, yapı geçerliği açımlayıcı faktör analizine ve ölçüt geçerliği ise benzer ölçekler ve ölçüt gruplar yöntemine göre yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı M.I.N.I tanı değerleri ölçüt alınarak ROC analiziyle hesaplanmıştır.

Bulgular: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği 10 maddelik ve 4 dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türk erkekleri için yapılan geçerlik güvenirlik uyarlama çalışmasında cronbach α iç tutarlık katsayısı 0,83 ve iki yarı-test korelasyonu r=0,78 olarak bulunmuştur. EPDS'nin yapı geçerliği açımlayıcı faktör analiziyle sınanmıştır. Faktör analizi bulguları, EPDS maddelerinin toplam varyansın % 55,28'ini açıklayan iki boyutlu yapıyı göstermiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliği EPDS-BDS korelasyonuyla (r=0,89 p<0.001) değerlendirilmiştir, ayrıca ölçüt guruplar yöntemiyle de M.I.N.I ile tanı alan ve tanı almayan babaların EPDS puan ortalamaları karşılaştırılmış aralarındaki korelasyon r= - 0,71 p< 0,001olarak bulunmuş

sonuç istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark tanı alan babalar lehine anlamlı çıkmıştır. Kesme puanını belirleyebilmek için ROC analizi yapılmış olup kesme puanı 9/10 olarak alndığında %95 (0,92-0,97) güven aralığında eğri altında kalan alan için $p < 0,00$ olarak bulunmuştur.

Sonuç: EPDS erkeklerde postpartum depresyon riskini tespit etmeye yönelik araştırmalarda kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Anahtar Kelimeler: erkek, postpartum depresyon, edinburgh postpartum depresyon ölçeği, türkçe, geçerlik güvenirlik.

SUMMARY

VALIDITY AND RELABILITY OF EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESSION SCALE FOR TURKISH MEN

Dr. Çiğdem Alkan, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine. İnciraltı / İzmir

Aim and Background: Postpartum depression is a depressive condition in which feelings that are similar to the symptoms of major depression are felt when the events that started after birth feel sad, anxious, hopeless and lonely. It is an important mental health problem that affects the lives of their parents, their quality of life, and the development of their babies. Studies have shown that postpartum depression is seen in mothers as well as in fathers, and similar adverse effects have been identified on men. The aim of this study is to perform the adaptation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS; Cox, 1987) developed to diagnose postpartum depression risk for women to Turkish men, to test for validity and reliability.

Methods: The study conducted in the metadological research model was applied to face to face interviews of 295 fathers who were admitted to the newborn and intact child polyclinic of Dokuz Eylül University Faculty of Medicine and had babies that 2 weeks to 12 months of age. The demographic data form, the Edinburgh Postpartum Depression Self Report Scale (EPDS) and the Beck Depression Scale (BDS) were administered as data collection tools, followed by the structured neuropsychiatric clinical interview as Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) to father participants. Analysis of data; Cronbach alpha as internal consistency and test-quasi-method was used for relability analysis, as validity analysis explanatory factor analysis for construct validity, and similar scales and criterion groups method was used for criterion validity. The cut-off score of the scale was calculated by ROC analysis by considering M.I.N.I diagnostic values as a criterion.

Results: The Edinburgh Postpartum Depression Scale is a 10 item and 4 point likert type scale. In this study cronbach alpha internal consistency coefficient of the scale was found as (.83) and two half test correlations was found as (.78). The construct validity of the EPDS was tested by an exploratory factor analysis. The factor analysis findings showed that the two-dimensional structure of the EPDS accounts for 55.28% of the total variance. Confirmatory

factor analysis was also carried out and the values of fit were found to be significant and higher than the original structure. The correlation between EPDS and BDS was meaningful (r=0.89 p<0.001) for the validity, and the EPDS score averages were also compared by the criteria groups and diagnosed with M.I.N.I. (r= - 0.71 p< 0.001). The difference between the averages was significant in favor of the diagnosed fathers .The cut-off point calculated by ROC analysis is 9/10 (CI%95:0, 92-0.97 , p < 0.00).

Conclusion: EPDS is a valid and reliable measure that can be used in research to detect postpartum depression risk in men.

Key words: male, postpartum depression, edinburgh postpartum depression scale, turkish, validity, reliability.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon, her yaşta görülebilen, kişinin biyopsikososyal yaşam alanlarını olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Bilişsel yetiler, duygulanım ve davranış alanlarında etkilenme gözlenmektedir. Yaygın görülmesi ve oluşturulduğu iş gücü kaybı nedeniyle toplumsal, ekonomik sorunlar oluşturmaktadır. Güncel tahminler, tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyonun 2030 yılına kadar küresel hastalık yükünün önde gelen nedeni olacağına işaret etmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından; depresyonun tanı ve tedavisinin birinci basamak hekimi tarafından sağlanabilir olduğu, birinci basamak tedavilere yanıt vermeyen veya komplike depresyonu olan bireyler için uzman bakımına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Depresyonun giderek yaygınlaşma tehlikesine karşı mücadelede, birinci basamak hekiminin depresyon konusunda öncelikle hazır ve tetikte olması gerekmektedir. Depresyon hastalarının tanınabilmesi için; depresyonu tetikleyen risk etkenlerinin ve hastalık belirti, bulgularının farkında olmak önemlidir (2).

Rehberlerde depresyondan şüphelenildiğinde tarama araçlarının kullanılması önerilmektedir. Bu amaçla kullanılabilecek pek çok depresyon ölçeği bulunmaktadır. Erişkinlerde, yaşlılarda, gebelerde kullanılabilecek farklı ölçekler mevcuttur. Depresyon ölçeğine göre depresyon saptanan hastalarda tanı amaçlı yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler yapılması gerekmektedir (3).

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrasında majör depresyon semptomlarının sergilendiği duygudurum bozukluğudur. Postpartum depresyon, yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %13'ün de görülen; özellikle düşük gelir düzeyli genç ve bekar anneleri; pek çok kadının ve ailelerinin hayatını, yaşam kalitesini, bebeklerinin gelişimini etkileyen önemli bir ruh sağlığı sorunudur (4).Güncel araştırmalarla PPD'nin annelerde olduğu gibi babalarda da görülebildiği ortaya konmuştur. Güncel kaynaklarda henüz paternal postpartum depresyonun (PPPD) net bir tanımı yapılmamış olsa da birçok araştırma maternal postpartum depresyonun tanımı üzerinden PPPD'yi şekillendirmeye çalışmaktadır (5,6). Postpartum depresyon taramasında Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)'nin annelerde etkinliği gösterilmiş ve ağırlıklı olarak kullanılmaktadır (7).

Henüz babalarda doğum sonrası depresyon için resmi tanı kriterleri konulamamıştır ve bu yüzden, babalarda postpartum depresyon çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Şimdiye kadar yapılan araştırmalarda, PPPD maternal postpartum depresyon için geliştirilen ölçütler kullanılarak değerlendirilmiştir (8,9).

Paternal postpartum depresyon taramasında şu an için en çok kullanılan ölçek Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'dir (EPDS). Erkeklerde kullanılmak üzere bu ölçeğin araştırılmasına 1990'ların başlarında başlanmıştır. Uluslararası alanda yapılan çalışmalarda paternal postpartum depresyon için araştırılan testlerin hiçbirinin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin verdiği sonuçlar kadar ideal sonuç vermediği belirtilmiştir (10,11). Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin pek çok dilde erkeklerde geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak depresyon için kullanılabileceği gösterilmiştir.

Henüz Türkiye'de postpartum dönemde babalar için "paternal postpartum depresyon" (PPPD) olabileceğini düşünen sağlık çalışanlarının kullanabilecekleri bir ölçeğe rastlanamamıştır. Bu çalışma ile babalarda doğum sonrası dönemde görülen depresyonu belirlemek için kullanılabilecek olduğu gösterilmiş "Edingburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin, babalar için Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. EPDS'nin babalar için Türkçe'ye uyarlanması, babalardaki depresyonun saptanmasını, erken dönemde tedavi edilmesini böylece baba depresyonuna bağlı babada, annede ve çocuklarda ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin, ekonomik ve sosyal sorunların yaşanmasını önleyecektir.

Bu ölçeğin, Türkçe'ye uyarlanmasından sonra yapılacak olan çalışmalarla elde edilen bulguların, Türkiye'yi yansıtması bakımından dünya literatürüne de katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kadınlar için geliştirilmiş olan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin Türk erkeklerine uyarlanmasını gerçekleştirmek, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

1.3. Hipotezler

Çalışmanın amacına yönelik olarak hipotez geliştirilmiştir.

Çalışma Ana Hipotezi

H0 hipotezi: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) Türk toplumundaki erkek bireylerde Türkçe geçerli ve güvenilir bir ölçek değildir.

H1 hipotezi: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) Türk toplumundaki erkek bireylerde Türkçe geçerli ve güvenilir bir ölçekdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyon Tanımı

Depresyon, bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık ve intihar düşüncesinin olduğu bir duygu durum ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin yaşandığı bir sendromdur (2).

2.1.2. Depresyon Yaygınlığı Ve Önemi

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her 4 kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamı boyunca en az bir kez depresif dönem geçirmektedir (12). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) major depresyonu bütün hastalıklar arasında en sık dördüncü ve iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak tanımlamıştır (13). 2020 yılı civarında, depresif hastalığın dünyada iş görmezliğin önde gelen ikinci nedeni olması beklenmektedir (14).

Depresyon ve anksiyeteden dünyada bir yılda 1 trilyon dolar üretim kaybı oluştuğu hesaplanmıştır. Depresyon ve anksiyete hastalarının çoğunluğu tedavi almamaktadır. Dünyada toplam kamu harcamalarının %3'ü mental hastalıklara harcanmaktadır. Depresyon ve anksiyete tedavisi için yapılan 1 dolar harcama karşılığında, 4 dolarlık üretim artışı ve sağlıklı birey kazancı oluşmaktadır. Kadınlarda erkeklerden daha fazla depresyon görülmekte olup, her yıl 800,000 kişi depresyona sonucu intihar ederek ölmektedir. 2012 yılında tahminen 804,000 kişi intihar sonucu kaybedilmiştir. Yaşa göre standardize edildiğinde intihar hızı yüzbinde 11,4 dür (erkeklerde 15,0, kadınlarda 8,0'dır). 15-29 yaş grubunda intihar 2. ölüm nedenidir. Depresyon tedavi edilebilir, intihar eylemi önlenebilir bir durumdur (3,7). Dünyada 350 milyondan fazla kişinin depresyonla mücadele ettiği düşünülmektedir. Ancak depresyona bağlı etiketlenme nedeniyle daha az depresyon tanısı konulmaktadır. Aynı nedenle; hastanın profesyonel yardım almaktan ve tedavi görmekten kaçınması söz konusudur (15,16).

Türkiye'de ilk psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları kurum istatistiklerine dayanmıştır. 1980'li yıllarda hastalıkların dağılımını saptamak için genel toplum araştırmaları yapılmıştır (18). 1990'lı yıllardan sonra ise uluslararası geçerliği olan yöntem ve araçların kullanıldığı araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Sonuçları 1998 yılında bir rapor olarak da yayınlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması ülkemizde bugüne kadar yapılmış ilk ve tek genel nüfus örneklemli araştırma olma özelliğini korumaktadır (19). Bu araştırma ile hem çocukluk yaş grubuna hem de erişkinlik yaş grubuna dair birçok psikiyatrik hastalık için uluslararası karşılaştırmalara uygun yaygınlık hızları elde edilmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi önde gelen kurumlarla iş birliği geliştirilmiştir. Sonraki yıllarda ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması çapında herhangi bir araştırma planlanarak risk etkenlerini ya da koruyucu özellikleri inceleyen genel toplum araştırmaları yapılmamıştır (19). Ülkemizde depresyonla ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda karşılaşılan bazı eksiklikler ise alan araştırmalarının olmaması, ülke genelini temsil eden çalışmalar olmaması, yapılandırılmış tanı görüşmeleri yerine özbildirim ölçekleri kullanılmış olması ve elde edilen sonuçların depresif bozukluktan çok depresif belirtilerin yaygınlığına ilişkin olması şeklinde sıralanabilir (17) .

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak değerlendirilmiştir. Bu oran distimik bozukluk için yaklaşık %6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemlerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (20,21). Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (22,23). Türkiye'de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç (1993)'in tespit ettiği sonuçlara göre: a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır; b) Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir; c) Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8,8), hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir (20).

Çocukluk döneminde ortalama %2-5, ergenlerde %6-15, erişkin toplumda ise ortalama %10 oranında görülmektedir. Yaşlılarda depresyon yaygınlığı, alınan grubun özelliği, yapılan

çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre %1 ile %60 arasında değişmektedir (22,24).

2.1.3. Depresyonun Etiyolojisi

İnsanlık tarihi kadar eski olan depresif bozukluğun etiyolojisini açıklamaya yönelik görüşler Hippocrates'a (M.Ö. 460-357) kadar gider ancak depresyon etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun nedeni depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olması, farklı alt gruplarının var oluşu ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol almasıdır (25).

Depresyonun oluş nedenleri arasında birden çok etken bulunmaktadır. Bunları kabaca, biyokimyasal, genetik, psikodinamik, toplumsal, çevresel etkenler diye gruplandırabiliriz.

20. yüzyılın ikinci yarısında biyolojik psikiyatride önemli gelişmeler olmuştur. Biyojenik aminler, norepinefrin, serotonin, dopamin, asetilkolin, gaba, nöropeptidler, somatostatin, trombosit mao aktivitesi gibi nörotransmitterler ve reseptörlerle ilgili çok sayıda araştırma yapılmış olup biyolojik aminlerdeki ve nörotransmitterlerdeki değişimlerin depresyona neden olabileceği belirtilmiştir (26,27).

Çalışmalarda; glukokortikoidler, beta blokerler, rezerpin ve metildopa depresif belirtiler ile ilişkilendirilmiştir. Barbitüratlar, flunarizin, topiramat, vigabatrin, meflokin, interferon-alfa gibi ilaçların bazı hastalarda depresyon nedeni olarak görülmektedir (28).

Kronik hastalığı olanlarda normal kontrollere göre birkaç kat fazla depresyon bulunduğu çok sayıda kaynakta bildirilmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde fonksiyonel güçsüzlük ve genel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırır ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Depresyon; genellikle romatoid artrit, ankilozan spondilit, hipotiroidi, diyabet, kanser, kardivasküler, nörolojik hastalıklar gibi kronik durumlarda daha sık görülmektedir (29).

Psikiyatrik hastaların etiyopatogenezinde genetik geçişin de rol oynaması, bugün tartışılmaz bir konudur. İkiz araştırmalarını ele alan meta analizlerde depresyonda genetik geçişin olduğu ve bu durumun bipolar bozukluğa bağlı depresyonda daha belirgin olduğu belirtilmiş, aile ve evlat edinme çalışmalarında major depresive bozukluk (MDB) hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon

olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (30).

Depresyonla ilgili pek çok psikodinamik görüş mevcut olmakla birlikte bunlardan en bilinenleri arasında bireyin oral dönemde saplanma, buna bağlı olarak güçlü bağımlılık duyguları, sevgi isteği, ayrılığa karşı aşırı duyarlılığı depresyonla ilişkilendiren klasik psikonalitik görüş (S. Freud), depresyonun ortaya çıkmasında anne ve çocuk ilişkisinin niteliğinin ve anne-çocuk ayrılığının önemini vurgulayan görüşler (K. Horney, Fairbain), depresyona yol açan çatışmanın salt benlik içinde de olabileceğini vurgulayan benlik psikolojisi görüşleri (E.Bilring), erken yaşlardan itibaren olumsuz hayat olayları ile karşılaşan sürekli engellenen ve bu durumlarla baş edemeyen kişilerin depresyona girdiğini savunan öğrenilmiş çaresizlik görüşü (Seligman), Beck'in savunduğu öğrenilmiş çaresizlik görüşü sayılabilir (31).

Depresyon öncesinde genellikle tetikleyici stresörler ve stresli yaşam olayları gibi faktörler gözlenmektedir. Çocukluk çağındaki anksiyete ve depresyonun erişkin psikopatolojisinin temel belirleyicisi olduğu düşünülmektedir. Özellikle, çocukluk çağında istismar ve kötü muamele gibi travmatik yaşantılar depresif bozuklukların ortaya çıkışına katkıda bulunmaktadır (32,33). Çocuk ve ergenlerde; ebeveynlerin boşanması, aile içi şiddet, sevdiği birinin veya hayvanın ölümü, ailede depresyon tanısı almış ebeveyn varlığı, tutarlı olmayan ebeveyn tutumları, diyabet gibi kronik hastalıklar, gelir düzeyinin düşük olması, okul değiştirme, taşınma, akademik veya sosyal başarısızlık faktörlerinin bir ya da birkaçının varlığı depresyona yol açabilir (34). Erişkinlerde de önemli yaşam olayları; yakın zamanda yaşanmış kayıplar, ilişki problemleri, işsizlik, taşınma, iş yaşamında stresler ve mali sorunlar depresyonu tetikleyen faktörler olabilir (35). Önceden geçirilmiş depresyon veya ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığının depresyon için önemli bir risk etkeni oluşturduğu, erken başlangıçlı depresyonlarda; ailede depresyon öyküsünün daha fazla olduğu görülmüştür (36-40).

Kişilik özellikleri de depresyon için risk etkeni olabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içedönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı, karamsar kişilik özellikleri üzerinde depresyonun daha çok geliştiği bildirilmektedir (41). Major depresyon her yaşta görülebilen bir bozukluk olmasına rağmen başlangıç yaşı yirmili yaşlar olarak belirtilmektedir. Depresyon her yaş grubunda görülebilen bir bozukluktur ancak, tipik olarak başlangıç yaşı 27-35 yaş arasında

olmakla birlikte erişkinlerde depresyon en sık 40-59 yaş arasında görülmektedir (42). Çalışmalar major depresyon riskinin bekarlarda, dul ve boşanmış olanlarda, ayrı yaşayanlarda evlilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (22,43). Yapılan çalışmaların ortak sonuçlarından birisi de, depresyonun kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğüdür, çeşitli çalışmalarda kadınlarda depresyon riski erkeklerin 1,5-3 katı olarak saptanmıştır (42). Düşük gelir düzeyi ile artmış depresyon riski arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (44). Alkol ve madde kullanımı olan bireylerde depresif belirtilerin daha fazla görülmesi de, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyon riskinin arttığı görüşünü desteklemektedir (45,46).

2.1.4. Birinci Basamakta Depresyonun Yeri

Depresyon birinci basamağı, psikologları, ruh sağlığı guruplarını ilgilendirmesiyle, ayaktan tedaviye ya da serviste yatışa gerek olmasıyla, giderek artan maliyeti nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından; depresyonun tanı ve tedavisinin birinci basamak hekimi tarafından sağlanabilir olduğu, birinci basamak tedavilere yanıt vermeyen veya komplike depresyonu olan bireyler için uzman bakımına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (1).Depresyonun giderek yaygınlaşma tehlikesine karşı mücadelede, birinci basamak hekiminin depresyon konusunda öncelikle hazır ve tetikte olması gerekmektedir (2).

Depresyon hastalarının tanınabilmesi için; depresyonu tetikleyen risk etkenlerinin ve hastalık belirti, bulgularının farkında olmak önemlidir. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hekimlerin depresif bulguların depresif bozukluk göstergesi mi yoksa başka tıbbi durumlarda görülen depresif bulgular mı olduğu ayrımını yapması gerekmektedir (47). Depresyon ayırıcı tanısında anksiyete, somatik bozukluklar, uyum bozuklukları, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ayırt edilmelidir (48). Depresyon tanısı ancak yapılandırılmış görüşme sonrasında konur. Psikiyatrik hastalıklar için birinci basamakta kullanılabilecek pek çok yapılandırılmış klinik görüşmeler vardır (49). Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alan hastaların yaklaşık %40'ının birinci basamak veya ikinci basamakta tedavi ile tam remisyon gösterdiği bildirilmektedir. Birinci basamakta sık MDB tanısı konulduktan sonra, akılcı ilaç uygulama ilkelerine göre antidepresan bir ilaç ile tedaviye başlanmalıdır. Birinci basamakta tedaviye kısmen yanıt alındığında ya da yanıt alınamadığında birinci basamak hekimi, tanıyı tekrar gözden geçirerek gerekirse hastayı bir ileri basamaktaki sağlık kuruluşuna yönlendirmelidir (50).

2.1.5. Depresyon Sınıflandırması

Depresyon farklı klinik tablolarla karşımıza çıkmaktadır. DSM-V'e göre depresif bozukluk alt grupları şu şekilde sıralanmaktadır (51):

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

Psikiyatrik tanı sistemlerinde her ne kadar postpartum depresyon başlığı altında ayrı bir klinik tanı bulunmasa da (DSM-V ve ICD–10) gebelikte ve postpartum dönemde görülen depresyon, majör depresif bozukluk başlığı altında yer almaktadır (51).

2.1.5.1. Major Depresif Bozukluk

Major depresyon, en temelde kendini; en az 2 hafta süre ile hakim olan depresif ruh hali veya neredeyse tüm aktivitelere karşı ilgi ve istekte azalma ile gösterir. Depresyon tanısı konulabilmesi için; "Gün boyu hakim depresif mod" veya "ilgisizlik-isteksizlik" semptomlarından birini içermek üzere aşağıdaki semptomlardan 5'inin en az iki haftalık dönemde gözlenmesi gerekir (51):

A-

1.Her gün, gün boyu süren depresif mizaç (Üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı mod)

2. Her gün ve gün boyunca; ilgi ve istekte azalma, yapılan aktivitelerden eskisi kadar zevk alamama.

3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı

4. İnsomnia ya da hipersomnia

5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme)

6. Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması

7.Değersiz hissetme, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının hissedilmesi

8. Odaklanmada zorlanma ya da kararsızlık

9. Yineleyen ölüm düşünceleri, intihar planları veya teşebbüsleri

B- Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçülerini karşılamamalıdır.

C- Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır.

D- Bu semptomlar, bir madde kullanımının (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun(hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalıdır.

E- Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz.

2.1.5.2. Distimik Bozukluk

En az 2 yıl boyunca kronik olarak günün önemli bir kısmında çökkün duygudurum varlığı olarak tanımlanmaktadır. Çökkün duygudurum dönemleri; iştahsızlık veya aşırı iştah, uykusuzluk veya aşırı uyuma, yorgunluk, özgüven eksikliği, konsantre olamama veya karar vermede zorluk çekme, çaresizlik durumlarından en az ikisini içerir. 2 Yıllık dönemde bir seferde 2 aydan daha uzun süren semptomsuz dönem yoktur. Manik, hipomanik dönem yoktur ve kriterler siklotimik bozukluğu karşılamaz. Psikotik bir bozukluk sırasında ortaya çıkmamıştır. Madde/genel tıbbi duruma bağlı değildir. Sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (51).

2.1.5.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

En az bir yıldır devam etmek üzere, 10 yaşından önce başlayan, süreğen, irritabl ve sinirli duygudurum bozukluğudur, haftada en az üç kez yineleyen öfke nöbetleri söz konusudur (51).

2.1.5.4. Premenstruel Disforik Bozukluk

Düzenli olarak luteal fazın son haftasında başlayan, belirgin çökkün duygudurum, anksiyete,emosyonel labilite, ilgi kaybının mevcut olduğu, menstruasyon başladıktan bir kaç gün sonra sona eren bozukluktur (51).

2.1.5.5. Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk

Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin ve inatçı çökkün duygudurumdur. Madde/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğunda majör depresyondaki bulgular görülür, ancak bu bulgular bir madde alımı, enjeksiyonu veya inhalasyonu sonucunda ortaya çıkar ve maddenin fizyolojik etkileri, intoksikasyon ya da yoksunluk dönemi boyunca devam eder (51).

2.1.5.6. Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk

Vasküler hastalıklar (inme), demans, depresyon, diabet, koroner arter hastalıkları, kanser tanısı, kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji ve hipotiroidi gibi tıbbı rahatsızlıklar ve ilaçlara bağlı (rezerpin, b blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ace inhibitörleri ,antikolesterol ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, kortikosteroidler,oral kontraseptifler, antiepileptikler, antineoplastik ilaçlar, antihistaminikler, antibiyotikler, tbc tedavisi, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, antidepresan ilaçların kesilmesi) oluşan depresif bozukluk olarak tanımlanabilir (51).

2.1.5.7. Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, depresyon bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların depresyon bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.Tanımlanmış diğer bir adı kullanılarak belirlenebilecek görünümler için; yineleyen kısa depresyon, kısa süreli depresyon dönemi, yeterli belirtisi olmayan depresyon dönemi olarak özel adlar yazılabilmektedir (51).

2.1.5.8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, depresyon bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların depresyon bozuklukları tanı kümesindeki

herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış diğer depresyon bozukluğu kategorisi, depresyon bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamamasının özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istemediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (51).

2.1.6. Depresyon Tanısı Ve Tedavisi

Toplumlarda sıklığı giderek artan psikiyatrik hastalıkların olabildiğince erken evrede sistematik bir yaklaşımla bireyin alıştığı ortamda (ev veya sosyal çevresi) etkin tedavisi, başarıyı arttırmaktadır (50,52). Tüm depresyon türlerinde, ilaç tedavileri ve yapılandırılmış psikoterapiler etkili olup, iki tedavi birlikte uygulandığında etkinlik daha yüksektir. Hafif şiddetteki depresyonda kişiler arası psikoterapi, bilişsel-davranışçı psikoterapi ya da sorun çözme terapileri ilaç tedavileri kadar etkili olabilir. Orta ve ağır şiddetteki depresyonda antidepresan ilaç tedavisi gereklidir. Bugün için kanıta dayalı tıp verilerine göre birinci basamakta işbirlikçi bir bakım yaklaşımının çok etkin tedavi sonuçları verdiği bilinmektedir. Tedavinin belirlenmesi sürecinde tedavi olasılıklarının hasta ve ailesi ile tartışılarak ortak karar çerçevesinde hareket edilmesi önemlidir. Tedavinin etkinliğinin izlenmesi ise başka bir öncelik konusudur. Günümüzde kabul edilen depresyon tedavisinin bireysel olması gerektiğidir (53). En başarılı tedavi sonuçları biyopsikososyal yaklaşımla planlanan tedavilerden sağlanmaktadır (52).

2.2. Postpartum Duygudurum Düzensizlikleri ve Postpartum Depresyon

Postpartum duygudurum düzensizlikleri annelik hüznü (baby blues), postpartum depresyon ve doğum sonrası psikoz olmak üzere yaygın olarak 3 formda gözlenir. Bunların içinden psikotik olmayan postpartum depresyon, çocuğu dünyaya getirdikten sonra en sık rastlanılan komplikasyondur (54).

2.2.1. Annelik Hüznü (Baby Blues)

Annelik hüznü, doğum sonrasında en sık rastlanan duygudurum değişikliğidir. Prevalansı %30-%75 arasında değişmektedir. Semptomlarını genelde üçüncü veya dördüncü günde olmak üzere doğumu izleyen ilk birkaç gün içerisinde gösterir. Ruh durumunda dengesizlik, irritabilite, endişe, uyku-iştah bozukları ve ağlamaklı hal saatler ile günler arasında etkin olabilmektedir. Bütün bu özellikleriyle Blues dönemi, kısıtlı bir sürede, hafif seyreden ve tedavi gerektirmeyen bir durumdur. Birkaç gün içerisinde hafifleyerek, etkisini yitirir. Blues dönemindeki kadınların 20%'sinde annelik hüznünün devamında postpartum depresyon geliştiği gözlemlenmektedir (54).

2.2.2. Doğum sonrası Psikoz (Puerperal Psychosis)

Postnatal psikoz, doğum sonrasında gözüken en şiddetli ve en seyrek duygudurum düzensizliğidir. 1000 doğumda yaklaşık 1-2 vakada gözlemlenir. Çok şiddetli psikotik depresyon ile karakterize olur. Ancak etiyolojisi, semptomları, tedavisi ve yarattığı sonuçlar ile postpartum depresyondan ayrılır. Postpartum psikoz için en güçlü risk faktörlerinden birisi genetik yatkınlıktır. Bu dönemde gözlemlenen çeşitli yetersizlikler, halüsinasyonlar ve çocuğu reddetme hastane ortamında tedaviyi zorunlu kılar (54).

2.2.3. Postpartum Depresyon

2.2.3.1. Postpartum Depresyon Tanımı

Postpartum depresyon doğumdan sonraki dönem içerisinde başlayan olguların kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissettiği, majör depresyon semptomlarına benzer duyguları yaşadığı depresyon durumudur (6,66).Duygular, düşünceler ve davranışlar üzerindeki kontrolün azaldığı bu dönemi, Beck "anneliği çalan bir hırsız" olarak nitelendirmektedir. (65).Postpartum major depresyon vakalarının %50'si ise doğumdan önce baş göstermektedir. Bu yüzden postpartum depresyon, doğum öncesi dönemi de kapsayacak şekilde "peripartum" olarak ele alınabilir (51).

2.2.3.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi

Depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştıran ve engelleyen birden çok etken bulunmaktadır. Bunları kabaca, biyokimyasal, genetik, psikodinamik ve toplumsal- çevresel etkenler diye gruplandırabiliriz. Depresyon ve postpartum depresyon için risk faktörleri toplumdan topluma değişkenlik göstermekle birlikte Türkiye örnekleminde postpartum depresyon için; gebelikte geçirilmiş depresyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal anksiyete, doğum sonrası ilk haftalarda eşin zayıf desteği, evlilikteki uyumsuzluk, sağlık güvencesinin olmaması, kontraseptif yöntem kullanılmaması, sigara, düşük gelir düzeyi, sosyal ilişkilerden memnuniyetsizlik, gebelik kaybı, kız bebek doğurmuş olmak, olumsuz düşünme eğilimi, önemli yaşam olayları ve istismar öyküsü risk faktörleri olarak bildirilmiştir (55, 56). Psikiyatrik hastalıklar, etiyolojik olarak değerlendirilirken tek bir risk faktörü etkili değildir bu yüzden postpartum depresyonun gelişimde yukarıda tanımlanmış olan ve halen araştırılmakta olan birçok etkenin rol aldığı söylenebilir.

2.2.3.3. Postpartum Depresyon Yaygınlığı Ve Önemi

Bugüne kadar doğum yapmış kadınlar ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı tanı yöntemleri, kullanılan ölçekler, çalışmanın yöntemi, örneklem hacmi ve yerel farklılıklarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Amerika ve Avrupa toplumlarında, standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının %3,5-17,5 (57) ve tarama ölçekleri ile yapılan çalışmalarda %3-42 olduğu bildirilmektedir (58). Türkiye'de ise, ölçekler ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının %21,2- 54,2 arasında değiştiği görülmektedir (59).

Postpartum depresyon kendi haline bırakıldığında hastaneye yatışı gerektirecek kadar ağırlaşabilir (60), çocuğun bakımını ihmal etme söz konusu olabilir, aile içinde sıkıntılara neden olabilir. Tedavi edilmeyen bireylerin çocuklarında ileri dönemde uyku, yeme bozuklukları, hiperaktivite ve davranış problemleri, dil gelişiminde yetersizlik gözlenebilir. Postpartum depresyon geçirmiş annelerin çocuklarının IQ derecelerinin göreceli olarak daha düşük olduğu ve diğer çocuklara oranla dikkat problemlerinin daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir. Bebekken postpartum depresyona maruz kalmış, okul öncesi ve anaokulu

yaşındaki çocukların, antisosyal olmaya, agresif ve çeldirici davranışlar göstermeye daha yatkın olduklarını gösteren bir çok araştırma bulunmaktadır (61). Postpartum depresyon tedavi edilmediği takdirde kronik bir hal alarak, tekrarlayan depresyon ataklarına dönüşebilir ve ciddi fonksiyon kaybına yol açar. Tedavi edilmediği durumlarda yukarıda tanımlanan olumsuz durumların yanı sıra genel sağlıkta bozulma ve hatta intiharla sonuçlanabilir oysa ki depresyon tedavi edilebilir, intihar eylemi önlenebilir bir durumdur (61) .

2.2.3.4. Birinci Basamakta Postpartum Depresyonun Yeri

Ülkemizde doğum öncesi ve doğum sonrası anne takipleri her ne kadar ikinci basamakta takip edilse de genel olarak birinci basamak hekimleri tarafından yapılmaktadır. Psikolojik olarak zorlayıcı bir dönem olan gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlara psikiyatrik destek ise standarda bağlı değildir oysa ki bu dönemin yaratacağı hasar en az anne kadar bebeğe de zarar vermektedir. Postpartum depresyon, gerek risk grubundaki gebeleri zamanında fark etmek, gerekse uygun yaklaşımı doğru zamanda gösterebilmek için dikkate alınması gereken bir hastalıktır. Bu bağlamda aile hekimlerinin ve diğer sağlık personellerinin bu konudaki bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve farkındalık yaratılması önemlidir. Doğumdan sonra anne, kendisi için gitmese bile çocuğuna aşı yaptırmak için yılda beş-altı kez aile hekimine başvurmaktadır. Bu başvurular esnasında aile hekiminin anneyi gözlemlemesi, sorgulaması ve gerekli ipuçları yakalandığında uygun tarama ölçeğiyle tanı koyması çok yerinde bir karar olacaktır. Gelen hasta profili hakkında bilinçlenmek, postpartum depresyon adayı olan anneleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi amaçlı yönlendirmek birinci basamakta görev yapan hekimin primer sorumluluğudur.

2.2.3.5. Postpartum Depresyon Belirtileri, Teşhisi, Tarama ve Tanı Testleri

Postpartum depresyonun belirtileri yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif atağa benzer. Postpartum depresyonun başlıca belirtileri değişken duygu durumu, aşırı yorgunluk, enerji kaybı, bebeğimi yeterince sevemiyorum endişesi, bebeğin beslenmesiyle uykusuyla ilgili endişeler, ya bebeğe şiddet uygularsam takıntısı, intihar düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, psikomotor hareketlilikte artma, anksiyete, panik atak, iştah değişiklikleri, kilo kaybı ya da aşırı kilo alma, uyku bozuklukları, bebeğe karşı

anksiyete, bebeğe yeterli ilgi ve şefkat gösterememe, bebeği öldürme isteği, suçluluk düşünceleri, ilgi istek kaybı, sosyal izolasyon, yetersizlik hissi şeklinde sıralanabilir (60,62).

Yeni doğum yapan kadınlarda, güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak postpartum depresyon (PPD) belirlenmesi oldukça önemlidir. PPD'yi belirlemek için ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDS), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI) kullanılabilir, ayrıca yurt dışında Annelik Deneyiminin Bağlamsal Değerlendirilmesi (CAME/ADBD), Brisbane Doğum Sonrası Depresyon İndeksi (BPDI/BDDİ) postpartum depresyon riskini tespit etmeye yönelik kullanılmakta olan ölçeklerdendir ancak henüz ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmamış olup ülkemizde kullanılmamaktadır. Bu ölçekler, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Bu ölçeklerden alınan puanlar ile beraber hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilebilir (63,64).

2.2.3.6. Postpartum Depresyon Tedavisi

Tarama testleriyle postpartum depresyonun değerlendirmesi çok kısa bir sürede yapılabilmektedir. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde en az bir kez depresyon taramasının yapılması, tedavi ve tedavi sonrası bakım için gerekli imkanların sağlanabilmesi için önerilir. Çünkü tarama testleri sonucunda depresyonun psikotik ya da intihara meyilli özellikleri içerdiği belirlenirse, hastanın psikiyatrik olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi zorunludur.

Postpartum depresyonunun tedavisinde kullanılan etkin tedavi yöntemleri; bireysel psikoterapi, grup terapisi, ev ziyaretleri ve medikal tedaviyi kapsar. Egzersizin de olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Tedavide aile desteği ve geniş anlamda sosyal destek de önemli bir faktördür, özellikle ilk doğumunu yapmış annelerin bu konuda bilinçlendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir. Bireysel, evlilik, aile ve grup psikoterapileri başlıca anneliğe geçiş üzerine odaklanmalı; evlilik ilişkisi, sosyokültürel beklentiler ve sosyal destek ağı da ihmal edilmemelidir ayrıca eşlerin tedavi planına katılmaları desteklenmelidir. Hatta belki de en önemli ve acil ihtiyaç, babaların etkili olarak depresif eşlerini desteklemek ve onlara bebek bakımında yardım etmek için en iyi yolu bulmak olacaktır. Postpartum depresyondan

korunmada eşlere önemli görev düşer. Annenin çocuğuyla birlikte yaşamaya başladığı bu hassas dönemde eşlerin kadınlara yardımcı olmaları çok önemlidir. Çocuğuyla ve eşiyle ilgilenen babalar, annenin bu gerilimlerini hafifletebilir, depresyonu daha çabuk atlatmasına yardımcı olur (65).

2.3 Paternal Postpartum Depresyon

2.3.1. Paternal Postpartum Depresyon Tanımı

Güncel kaynaklarda henüz paternal postpartum depresyonun net bir tanımı yapılmamış olsa da birçok araştırma maternal postpartum depresyonun tanımı üzerinden PPD'nu şekillendirmeye çalışmaktadır (5,6). Son zamanda yapılan çalışmalar ile sadece annelerin değil babalarında pospartum dönemde depresif semptomlar sergilediği gösterilmiştir (66,67). Peripartum dönemde, erkeklerin duygusal sağlığı göz ardı edilebilmektedir. Çalışmalar, babaların da anneler kadar postpartum depresyondan ve dünyaya gelen bebeğin yarattığı stresten etkilendiklerini ancak babaların kadınlar kadar sosyal destek alamadıklarını ortaya koymaktadır. Babalar, aileye güvenlik ve uygun yaşam koşullarını sağlamanın gerektirdiği sorumluluk ile birlikte yeni rollerine, yaşam tarzlarında ve ailenin işleyişindeki yeni değişikliklere adapte olmayı öğrenmek zorunda bırakılmaktadır. Bulgular, erkeklerdeki postpartum depresyonun kadınlardan farklı olarak daha geç ve daha kademeli baş gösterdiğini, çoğunlukla annenin postnatal depresyonunu takiben geliştiğini ve ilk bir yıl içerisinde oluşma oranın giderek artığını göstermektedir (68). Postpartum depresyon tanısı koyabilmek için; depresif-üzgün mod, fiziksel aktivitelerde azalış, bitkinlik ve enerjisizlik, ilgisizlik-isteksizlik, kayda değer seviyede kilo kaybı veya alımı, uyku süresinde azalış veya artış, psikomotor işlevlerde aksamalar, değersiz veya suçlu hissetme, konsantrasyon eksikliği ve tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi semptomlardan en az 5'inin etkin olması ve bu semptomların içerisinden "ilgisizlik-isteksizlik" veya "depresif-üzgün mod" dan herhangi birini içermesi gerekmektedir. Ancak bu kriterler maternal postpartum depresyon için geçerlidir. Paternal postpartum depresyon için tam teşhis kriterleri daha geliştirilmemiştir. Bu yüzden benzer bir şekilde geçerli olacak paternal postpartum depresyon kriterlerinin oluşturulması, babalardaki depresyonu daha iyi teşhis etmek ve araştırmak için önemli bir adım olacaktır (68). Çünkü erkeklerde major depresif bozukluklar ve postpartum depresyon, kadınlarda görülen üzgünlük veya

duygusuzluktan farklı olarak kendini öfke, sinir ve zıtlaşmalar ile göstermektedir. Buna ek olarak erkekler, içki, kumar, spor ve iş gibi faktörler ile depresyonlarını bastırmaya çalışabilmektedirler. Ancak üzgün görünmeseler bile babalar, annelerin yaşadığı birçok stresi ve değişikliği yaşamaktadır (69). Bu bakımdan postpartum dönemde, erkeklerin hayatlarının diğer dönemlerine oranla depresyon oluşum riski daha fazladır. Paternal postpartum depresyonun tedavi edilmemesi ise erkeğin, partnerine ve çocuğuna sağladığı duygusal desteği sınırlandırmaktadır (70).

2.3.2. Paternal Postpartum Etiyolojisi

Paternal postnatal depresyonun ortaya çıkmasından sorumlu faktörler; biyolojik, mental ve sosyoekonomik olarak sınıflandırılmıştır.

2.3.2.1. Biyolojik Faktörler

Erkeklerdeki testosteron seviyelerinin, doğumdan önceki birkaç ay içerisinde azalmaya başladığı ve doğumu izleyen birkaç ay içerisinde düşük seviyelerde kaldığı görülür. Testosteron seviyesindeki bu düşüşün erkeklerin daha az agresif olmasına yol açarak, yenidoğanla daha güçlü bir bağ kurulmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (68). Paternal depresyonda risk faktörü olduğu düşünülen bir diğer etken düşük östrojen düzeyidir. Erkeklerin östrojen seviyeleri, partnerlerinin hamileliklerinin son aylarında, partnerlerine uyum gösterir ve doğumdan önce erkeklerin östrojen seviyeleri yükselir. Östrojen seviyelerindeki bu artışın babalarda bebek doğduktan sonra daha çok babasal aktivite isteğine sebep olduğu ve muhtemel dengesiz östrojen seviyelerinin paternal depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu kabul görmektedir (68). Paternal postpartum depresyonun oluşumunda düşük kortizol seviyesinin rolü araştırılmaktadır. Kortizol stresli deneyimlerde psikolojik aktiviteyi düzenleyen bir hormondur. Yüksek kortizol genelde yüksek stresle ilgilidir. Dolayısıyla bazı babalarda gözlenebilecek düşük kortizol seviyeleri çocuğa uyum göstermekte karşılaşılan zorluklara ve düşük ruh haline neden olabilir. Doğumdan sonraki ilk ayda babaların beyinlerindeki prefrontal kortekste vazopressin reseptörleri hızlı büyümeye başlar. Beyindeki bu özel bölüm ve vazopressin ebeveynlerin davranışlarının planlama ve organizasyonunda önemlidir. Düşük vazopressin seviyesi olan babalar, babalık davranışında

zorluklara sahip olur ve depresyona daha yatkın olur. Paternal depresyon prolaktin konsantrasyonundaki değişimlerle de ilgili olabilir. Prolaktin ebeveynlik davranışını besler. Dolayısıyla düşük prolaktin seviyesi babalığa adapte olmada zorluğa sebep olur. Yüksek olması da ruh halini olumsuz etkiler (68,71).

2.3.2.2. Psikolojik Faktörler

Temelde babalar, postpartum dönemde aşırı yorulma, sinirlilik, insomnia gibi şiddetle hissedilen somatik semptomlardan şikayet etmektedirler. Erkeklerde somatik semptomların yol açtığı düşük ruh hali; korku, çevreyi tanımama, eşi için sürekli kaygılanma, hüsran, sinirlilik, yarın için belirsizlik, yardımsızlık, rahatsız aile, sosyal ilişkilerinde zayıflık ve finansal problemler gibi durumları takip etmektedir (72). Bunların haricinde pek çok baba; babalık ve evlilik ilişkisinde üstlendikleri yeni sorumluluklar ile özgürlüklerini kaybediyormuş gibi hissettiklerini ifade etmektedir (68,72). Postpartum periyod sırasında kendini gösteren yeni sosyal beklentiler ve büyüyen sorumluluklar, psikolojik sıkıntı katsayısını artırarak depresyonun oluşmasına yol açar.

2.3.2.3. Sosyoekonomik Faktörler

Postpartum depresyondaki babaların, depresyonda olmayan hemcinslerine oranla partnerleriyle ilişkilerinden memnuniyetsizliklerini daha sık belirttikleri görülmektedir. Erkeklerin beklentilerinin doğum öncesi ve doğum sonrası dönem arasında zıt bir şekilde değiştiği gözlemlenmektedir(72). Bütün bu değişimlere rağmen çalışmalar, doğum sonrasında erkeklerin duygusal dengesizlik skorları arasında önemli derecede farklılıkların olmadığını göstermektedir. Bulgular daha kötü finansal desteğe sahip olan babalarda postpartum depresyonunun daha sık gözlendiğini ortaya koymaktadır. Ailenin finansal yükünü taşımak çoğunlukla erkeğin görevi olarak sayılmaktadır. Bebekle birlikte büyüyen sorumluklar ve artan beklentiler ile babalar, bu yük altında ezilebilmektedir (73). Bütün bunlara ek olarak günlük rutindeki büyük değişiklikler, partnerler arasındaki ikili ilişkide değişimler ve bebekle uyum kurma süreci gibi birçok çeşitli faktör eklenince postpartum dönem, erkeklerin hayatlarının diğer periyodlarına oranla depresyon görülme riskinin daha fazla olduğu bir dönem olmaktadır (71).

2.3.3 Paternal Postpartum Depresyon Yaygınlığı

Babalar her ne kadar maternal postpartum depresyondan haberdar olsalar da pek azı aynı durumun kendileri için de geçerli olabileceğinin farkındadır (69). Literatüre bakıldığında kaynaktan kaynağa farklılık göstermekle birlikte PPD'nin sıklığı doğumdan sonraki bir yıl içerisinde %4-%25 arasında değişmektedir (70,72). Goodman tarafından yapılan bir derlemede, ilk bir yıl içerisinde ki PPD insidansının %1,2 -25 arasında değiştiği, maternal postpartum depresyonun bu duruma eşlik etmesi halinde insidansın %24-50'lere çıktığı saptanmıştır (70). Yine bir meta analizde, erkeklerde postpartum depresyonun prevalansı %10,4 olarak saptanmıştır, bu oranın kadınlardaki riske benzer bir oran olduğu belirtilmiştir (70). Ancak yapılan çalışmalarda değişik ölçeklerin kullanılması, toplumlar arası farklılıklar, tanıya ait kriterlerin uygulanış yöntemi dikkate alındığında çalışmalardaki prevalanslar değişkenlik gösterebilmektedir (74). Bu geniş istatiksel aralığın nedeni olarak henüz bu yeni konuya dair araştırmalarda farklı prosedürler uygulanması, ana hatlarıyla bu konuya dair standart bir rehberin eksikliği, klinik heterojinite düşünülmektedir (75). Literatürde yeni baba olmuş erkeklerin depresyon oranlarının yaşıtlarındaki erkeklere göre daha yüksek olduğu gösterilmektedir (65,75).Türkiye'de ise bu durumla ilgili yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

2.3.4. Paternal Postpartum Depresyonun Önemi

Doğum sonrası depresyon sağlıklı yaşamı, yaşam kalitesini ve güvenliğini ciddi bir şekilde tehdit etmesi nedeni ile çok önemlidir (76,77). Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamı olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Maternal depresyona benzer şekilde postanatal dönemde paternal depresyon babanın ebeveynliğini, çocuk ile ilişki kurma becerisini olumsuz etkilediği gözlemlenmiştir. (75,78). Araştırmalarda PPPD'nin çocuğun fizyolojik ruhsal gelişimi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu, PPPD'nin çocukta hiperaktiviteye, anksiyeteye, depresyona ve dil problemlerine, iletişim problemlerine yol açabileceği belirtilmiştir (70,78). Ramchandani ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada PPPD'nin uzun dönemde çocuklar üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (72). Ramchandani ve arkadaşları tarafından PPPD'nin çocuk üzerindeki etkilerini araştırmaya yönelik yapılan kohort çalışmasında prenatal dönemden itibaren 7 yıl boyunca aileler ve çocuklar gözlemlenmiştir. Postpartum 8 haftalık süreç içerisinde PPPD yaşayan

ebeveynlerin çocuklarında bazı psikolojik rahatsızlıklar saptanmıştır (72,78,79). Çalışmaya dahil olan ve PPPD kaydedilen ebeveynlerin çocuklarında %12 oranında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete belirtileri, depresif semptomlar, iletişim problemleri saptanmıştır. Bu oran aynı süreç içerisinde PPPD saptanmayan ebeveynlerin çocuklarında %6 olarak bulunmuş, iletişim bozuklukları en sık saptanan rahatsızlık olmuştur (79). Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre PPPD ile antisosyal davranış problemleri arasında güçlü bir ilişkinin olduğu, babanın çocuğun sosyalleşmesi üzerinde ki etkisi saptanmıştır. Yine Ramchandani'nin daha önce yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde erkek çocukların kız çocuklarına göre bu problemlerden daha çok etkilendiği belirtilmiştir. Van Den Berg, paternal postpartum depresyon ile aşırı ağlayan çocuklar arasındaki ilişkiyi incelemiştir (79). Babalar annenin depresif olması halinde çocukları postpartum depresyonun olumsuz etkilerinden koruma da anahtar role sahiptir, PPPD olması halinde bu koruyuculuk ortadan kalkmaktadır (80,81).

2.3.5. Birinci Basamakta Paternal Postpartum Depresyon Tanısının Önemi

İstatiksel değişkenliğe rağmen PPPD, birinci basamağı, psikologları, ruh sağlığı guruplarını ilgilendirmesiyle, ayaktan tedaviye ya da serviste yatışa gerek olmasıyla, giderek artan maliyeti nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (82). Ayrıca hem maternal hem de paternal postpartum depresyonun çocuklar üzerinde uzun dönemde birçok olumsuz etkiye neden olduğu çeşitli çalışmalarla açıklığa kavuşmuştur. Doğum sonrası kontroller, doğum sonrası depresyonun belirtilerini taramak için çok önemli bir fırsattır ve maliyet etkin bir yöntemdir (82). Doğum sonrası depresyon belirtileri, standart tarama araçları ile, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebeler ve hemşirelerin doğum sonrası ev ziyaretleri esnasında taranmaktadır (83). Edoka ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile paternal depresyonun sağlık giderlerinde yüksek maliyete neden olduğu ve kaynakların maliyet etkin kullanımı için postnatal paternal depresyona yönelik çalışmaların artırılması gerektiği vurgulanmıştır (82). Birinci basamakta çalışan aile hekimleri ve yardımcı sağlık personeli hasta ve sağlıklı birey izleminde önemli bir yere sahiptir (69,70). Yukarıda belirtilen risk etmenleri göz önünde bulundurularak hastaların kliniğine göre postpartum depresyon vakalarının titizlikle takip edilmesi, gerektiğinde hem psikolojik hem de medikal destek sağlanması, ciddi vakaların profesyonel destek için psikiyatri kliniklerine yönlendirilmesi

gerekmektedir. Doğum sonrası depresyonun saptanması toplum sağlığı ve korunması açısından önemlidir. Erken tanı ve tedavi; hem çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesini hem de kişinin depresyon şiddetinin artması sonucu kendisine ve çevresindekilere zarar vermesini önlemektedir (69,70).

2.3.6. Paternal Postpartum Depresyon Bulguları

Babalar için bebeğin dünyaya gelmesi ile başlayan değişim süreci oldukça stresli olabilir (48). Erkeklerdeki depresif semptomlar doğumdan sonraki dönemde beklenen doğal endişelerle maskelenebilir (61). Erken dönemde belirlenen semptomlar arasında güçsüzlük, üzüntü, alınganlık, kaygı, hüsran ve olumsuz benlik algısı sayılabilir (84). Babalar sosyal konumlarından uzakta kalabilirler, kin, öfke nöbetleri sergileyebilirler, çekingen, özeleştirici, alıngan, haddinden fazla katı tutum içerisinde bulunabilirler (85). Olumsuz ebeveyn davranışlarına örnek olarak azalan pozitif duygular: sıcaklık, duyarlılık, geri çekilme, düşmansı tavırlar gözlenebilir (86). Artan alkol tüketimi, uyuşturucu madde kullanımı, aile içi şiddet, eşle artan tartışmalar da erkeklerde ki depresif semptomların belirtileri arasındadır (75). Erkeklerin depresif duygu durumunda daha çok alınganlık ve kızgınlık duygusu hakimdir (75). Davis ve arkadaşları 1 yaşında bebekleri olan depresif babalar ile ebeveyn davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır (86). Çalışma da depresif babaların çocuklarına şaplak attığı ve onlara alçak sesle kitap okumayı tercih ettikleri belirtilmiştir. İlginç olarak bu depresif babaların %77 sinin çocuğuna sağlık hizmeti veren sağlık elemanı ile iletişim içinde olduğu belirlenmiştir (86). Aslında bu karşılaşmalar PPPD'yi taramak için fırsat olarak ön görülmelidir. Babalarda PPPD'nin varlığı değerlendirilirken, geçirilmiş depresyonun varlığı, 25 yaşından küçük babalar, düşük sosyoekonomik düzey, geçimsiz aile düzeni, yetersiz destek gibi durumlarda paternal postpartum depresyon açısından baba dikkatlice değerlendirilmelidir (81,82,86). PPPD saptandığı takdirde babaya destek alması için, olumlu ebeveyn davranışları geliştirmesine yardımcı olmak için yönlendirmelerde bulunulmalıdır.

2.3.7. Paternal Postpartum Tarama ve Tanı Testleri

Normalde, doğum sonrası depresyonun tanısı klinik görüşme gerektirmektedir. Ancak hastaların tamamı ile klinik görüşme yapılması zaman alıcıdır. Bazı standart kendini bildirim tarama araçları, ölçekleri bulunmaktadır. Depresyon belirtilerini ölçmeyi amaçlayan bu tarama ölçekleri psikolojik sıkıntının derecesi hakkında bilgi verebilmektedir.

Henüz babalarda doğum sonrası depresyon için resmi tanı kriterleri konulamamıştır ve bu yüzden, babalarda postpartum depresyon çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Şimdiye kadar yapılan araştırmalarda, paternal postpartum depresyon maternal postpartum depresyon için geliştirilen ölçütler kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu bakımdan uygun tarama ölçütlerinin belirlenmesi, paternal postpartum depresyonun tanımlanabilmesi ve tanısı için anahtar noktayı oluşturacaktır. Erkeklerde major depresyon kadınlardan farklı şekillerde kendini gösterebildiği gibi paternal postpartum depresyon, maternal postpartum depresyondan biraz daha farklı tezahür etmektedir. Bu yüzden erkeklere özgü semptomlar dikkate alınarak özel tarama araçları kullanılmalıdır. Bu doğrultuda erkekler için spesifikleşmiş çeşitli testler üzerinde çalışmalar yapılmıştır.

2.3.7.1. Gotland Erkek Depresyon Ölçeği

Bunlardan ilki Gotland Erkek Depresyon Ölçeği (GMDS)'dir. GMDS doğum sonrası dönem için spesifik olarak hazırlanmış olmamasına rağmen, soruları erkeklerdeki depresyona özgü belirtilere dikkate alarak tasarlanmıştır. GMDS, EPDS gibi kişinin kendi kendine uyguladığı ve kullanımı nispeten kolay olan bir testtir. Kesme puanı için >13 kullanımı, depresyon için olumlu sonuç verdiği önerilmiştir. 2007 yılında Danimarka'da yapılan bir çalışmada EPDS ve GMDS kullanılarak ilk 6 haftada postpartum depresyon belirtilerinin yaygınlığı hesaplanmaya çalışılmıştır. Doğum sonrası depresyon için risk altında olan tüm babalar teste tabi tutulmasına rağmen GMDS'ye göre sadece 18 erkek risk altındayken, EPDS'ye göre ise 27 erkek risk altında bulunmuştur. Bu verilere göre EPDS, paternal postpartum depresyon yaygınlığını %5,0 ve GMDS ise %3,4 olarak saptamaktadır. GMDS sorularında 'stresli', 'psikolojik olarak yıpranmış've 'başkalarına acınası görünen'gibi erkeksi ifadeler kullanılır ancak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sınırlıdır ve soruları postpartum depresyona özgü değildir (87).

2.3.7.2. Beck Depresyon Ölçeği

Bir araştırmada, 551 Çinli erkek, EPDS ve diğer iki depresyon ölçeği olan Beck Depresyon Ölçeği ve Hasta Sağlık Anketi 9 ile doğum sonrası ilk 8 hafta değerlendirilmiştir ve sonuç olarak EPDS, diğer iki tarama testinden daha güvenilir bulunmuştur. Araştırmacılar tarafından Beck Depresyon Ölçeği'nin, doğum sonrası depresyonu ölçmek için kullanılabilir olmasına rağmen doğum sonrası yaşamın olağan yönleri olan uyku eksikliği, halsizlik ve kilo değişikliklerinde depresyon puanlarını şişirdiği ve hafif ya da subklinik depresyonda göz ardı edilebilir olduğu kaydedilmiştir (88). Beck Depresyon Ölçeği'ne dair detaylı bilgiler çalışmamızda veri toplama araçları kısmında belirtilmiştir.

2.3.7.3. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

Erkekler için kullanılabilecek bir diğer test Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT)'tir. Brezilya'da alkol kullanımını belirlemek için bir araç olan Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT) ile annelerin %26,3 ve babaların %11,9'unun doğum sonrası 6-12 haftalar içerisinde depresyon eşiğinin üzerinde puan aldığı tespit edilmiştir. AUDIT, aşırı alkol tüketiminin baba depresyonunda gösterge olması ve yeni babaların riskte olduğunu tanımlamada etkilidir ama AUDIT alkol kullanımı haricinde depresyonun herhangi başka bir belirtisini ölçmemektedir (89).

2.3.7.4. Epidemiyolojik Çalışmalar Depresyon Ölçme Merkezi'nin Kısa Formu

Epidemiyolojik Çalışmalar Depresyon Ölçme Merkezi'nin Kısa Formu (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) tanısı konmamış toplumlarda topluluk araştırmalarında depresyonu değerlendirmek için birinci aşama tarama ölçeği olarak geliştirilmiştir (90) ve özellikle kronik hastalık durumlarında depresyon tespiti için yararlıdır ancak soruları doğum sonrası deneyimine özgü oluşturulmamıştır.

2.3.7.5. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)

Paternal postpartumun taramasında şu an için en çok kullanılan ölçek Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'dir (EPDS). EPDS paternal depresyonu taramaya yönelik olarak katılımcının kendi kendine uygulayabileceği uygun görülmüş bir ölçektir (91,92). Erkeklerde kullanılmak üzere bu ölçeğin araştırılmasına 1990'ların başlarında başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ndeki sonuçlar, kadınlara göre daha düşük limit puanlarla değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda paternal postpartum depresyon için araştırılan testlerin hiçbirinin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin verdiği sonuçlar kadar ideal sonuç vermediği belirtilmiştir (91).

EPDS ile ilgili bilgiler veri toplama araçları kısmında deteylı bir şekilde anlatılmıştır.

2.3.7.6. Diğer Ölçekler

Paternal pospartum depresyon için spesifik olmasa da erkeklerde depresyon risk durumunu ölçmeye yönelik kullanılabilir olduğu belirtilen ölçekler arasında Zung Depresyon ölçeği (SAS), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI), Genel Sağlık Anketi Uzun Formu (General Health Questionnaire GHQ-12) yer almaktadır.

2.3.8 Paternal Postpartum Depresyon Tedavisi

Major depresyon için uygulanan standart tedavi; antidepresanları, psikoterapiyi veya her ikisini birden kapsamaktadır. Şiddetli hastalık ve geçmiş depresyon öyküsü olan kişilerde antidepresan ilaçlar, ilk tedavi yöntemi olarak kullanılabilmektedir. Ancak, genelde psikoterapi daha ılımlı bir yaklaşım yolu olarak tedavinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Major depresyonun altında yer alan paternal postpartum depresyon da bu tedavi yöntemlerine bir istisna oluşturmamaktadır ancak babaları yardım aramaya ikna etmek kolay olmamaktadır. Bu durumun üstesinden gelebilmek ve insanları bilinçlendirmek için Avusturalya ve İngiltere'de paternal postpartum depresyon hakkında erkekler için broşürler, erkek eğitmenler tarafından paternal postpartum depresyon sınıfları ve erkeklerin postpartum depresyonlarını danışabilmeleri için telefon hatları denenmiştir (84,93) . Postpartum depresyon için diğer bir

yenilikçi örnek Avusturalya Aile Çalışma Enstitüsü'nün babalar için psikoeğitim programıdır. Bu program babalar, anneler ve bebekleri için mental sağlık desteği vermektedir. Bu ve buna benzer programların ülkemizde de geliştirilebilmesi konunun öneminin, gerekliliklerinin anlaşılmasıyla ve zamanında tespit-etkin müdahale yöntemlerinin belirlenmesiyle mümkün olabilir. Anne, bebek ve baba arasındaki ilişkinin sağlıklı bir zemin üzerinde gelişmesi biz birinci basamak sağlık çalışanlarının görevleri arasındadır.

Postpartum depresyon açısından ebeveynlerin değerlendirilmesi, gerekli önlemlerin erken dönemde alınması önem arz etmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının hastanın doğumdan sonraki adaptasyonunu değerlendirmesi, postpartum sosyal ve psikolojik iyileşmeyi değerlendirebilmesi için Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği olan değerlendirme araçlarına gereksinimi vardır.

2.4. Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları

2.4.1. Ölçme ve Ölçek Geliştirme

Ölçek kelimesi çeşitli anlamlarda kullanılmaktadır. Ölçek terimi bazen birim yerine, bazen de belli birimde bölümlenmiş bir ölçme aracı anlamında kullanılmaktadır. Her ölçme işleminde, ölçülmek istenen bir özellik ile bu özelliğin ölçülmesine yarayan bir ölçek vardır. Ölçme işleminin sonunda bir ölçüm elde edilmektedir (94).

Belli bir kültürde belli bir dilde geliştirilmiş testler o kültüre ve dile özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtmaktadır. Aynı testin diğer kültürlere uyarlanması için sistematik şekilde incelenmesi, üzerinde çalışılması gerekmektedir. Bu tür çalışmaya "ölçek uyarlaması" denilmektedir (95,96).

Literatürde ölçek uyarlaması çalışmalarının artmasından dolayı bu konuda bir model geliştirilmiştir. "Uyarlama modeli" bir anlamda ideali önermektedir. Üç aşamalı olan bu modelin ilk aşamasında test maddelerinin çevirisi yapılmakta böylece testin "dil eşdeğerliliği" sınanmaktadır. (95) Eğer çeviri iyi yapılmış, maddeler açık ve anlaşılır ise bunların örneklem için anlamlı ifadeler oluşturduğu kanısına ulaşılır. İkinci aşamada, dil eşdeğerliliği saptanmış olan çeviri formunun psikometrik nitelikleri incelenmektedir. Burada çeviri test maddelerinin güvenirliği ve geçerliği sınanmaktadır. Özellikle bu modelin ilk iki aşamasını uygulamak önem arz etmektedir (95,96). Genel olarak bir ölçek, standart koşullarda yapılan gözlem

ve/veya görüşme anlamını taşımaktadır. Ölçekler bireylerin yetenekleri, becerileri, güdüleri, tutumları vb. hakkında bilgi verecek soruların sorulmasına ortam ve olanak sağlayan sistemli yaklaşımlardır. Ölçek maddesi olarak isimlendirilen soruların içeriği, şekli, dizilişi ve sunuluşu standart hale getirilmiş olduğunda uygulama koşulları bireyden bireye veya kısa zaman aralıklarında değişmemektedir. Böylece yanıt farklılıklarının ölçme koşullarından değil, ölçülen davranıştaki bireysel farklılıklardan kaynaklandığı söylenebilmektedir (96).

Ölçeklerle çalışmanın avantajları:

1. Kullanımı basit olduğundan verimlilik sağlamaktadırlar.
2. Pahalı olmaması, uygulama ve puanlama kolaylıkları kullanıcıya ve cevaplayıcıya rahatlık sağlamaktadırlar.
3. Diğer veri toplama yöntemlerine göre daha kesin ölçümler almaya olanak sağlamaktadırlar.
4. Ölçümlerin tekrarlanabilmesine olanak sağlamaktadırlar
5. Yapılacak işlemlerde sistematik bir yaklaşıma olanak sağlamaktadırlar.
6. Kavram, yapı gibi soyut kavramların ölçümü açısından uygun niteliktedirler (94).

Ölçeklerle çalışmanın dezavantajları:

1. Ölçekler, daha önceden belirlenmiş bazı soru ve problemler üzerinde çalışmak için oluşturulduğundan, karşılaşılan problem tüm yönleriyle kavranamamış olabilmektedir.
2. Çok geniş aralıklı tepkilere göre oluşturulma eğilimi söz konusudur.
3. Tepki kurulumu etkisine açıktır.
4. Hangi özelliklerin daha önemli olduğu varsayımlara dayalıdır (94).

2.4.2. Bir Ölçekte Olması Gereken Özellikler

Anlamlı ve doğru sonuçlar verecek bir testin seçiminde, öncelikle aranacak nitelikler arasında standardizasyonun yapılmış, normların saptanmış, güvenilir ve geçerli olması sayılmaktadır (96).

2.4.2.1. Standardizasyon

Standardizasyon, testin uygulama ve puanlama işlemlerinin aynılığını belirlemektedir. Testin aynı bireylerin değişik zamanlarda aldıkları puanlar ya da değişik bireylerin belirli zamanlarda aldıkları puanlar karşılaştırılmak isteniyorsa, test uygulama ve puanlama koşul ve standartlarının hiç değişmemesi gerekmektedir. Standardizasyonda evreni oluşturacak bireyler yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey vb türden belirli değişkenlere göre sınıflandırılmaktadır ve bireyler her sınıfı eşit düzeyde temsil edecek şekilde örnekleme dahil edilmektedir (96).

2.4.2.2. Geçerlik ve Güvenirlik

İyi bir ölçme aracında olması gereken vazgeçilmez diğer iki temel özellik geçerlik ve güvenirliktir. Geçerlik, bir testin, sadece o testle ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi, başka değişkenlerle karıştırmamasıdır (97). Güvenirlik ise, aynı bireyler üzerinde yapılan, bir niteliğe ait ölçmelerin benzer şartlarda tekrar elde edilebilirliği olarak tanımlanmaktadır (97). Geçerlik ve güvenirliği belirleme yöntemleri Tablo 2.1'de verilmektedir.

Tablo 2.1. Geçerlik ve Güvenirliği Belirleme Yöntemleri

GEÇERLİK		**GÜVENİRLİK**
A. Kapsam Geçerliği	**B. Yapı Geçerliği**	**1. Değişmezlik Katsayısı**
1. Yüzeyel Geçerlik - Uzman Görüşü	**1. Faktör Analizi** - Açıklayıcı Faktör Analizi - Doğrulayıcı Faktör Analizi	a. Test- Tekrar Test Güvenirliği
2. Uygulama Geçerliliği a. Tahminsel Geçerlik b. Eş zamanlı Geçerlik	**2. Birleşen ve Ayırt eden Geçerlik** **3. Bilinen Grupların Karşılaştırılması**	**2. Eş Değerlik Katsayısı** a. Paralel Form Güvenirliği b. Bağımsız Gözlemler Arası Uyum
	4. Hipotezin Test Edilmesi	**3. İç Tutarlılık Katsayısı** a. Madde Analizi b. Croncbach Alfa Katsayısı/ Kuder Richarson 20 c. İki Yarım Test/Yarıya Bölme

2.4.2.2.1. Geçerlik (Validity)

Geçerlik, farklı disiplinlerin bilimsel yaklaşım biçimlerine göre literatür de farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Geçerlik kavramının tek bir tanımı veya değişik disiplinlerden bilim adamlarının üzerinde anlaştıkları ortak bir tanımı yoktur. Geçerlikle ilgili tanımlamalarda genel olarak üç tema vurgulanmaktadır. Birinci tema, kullanılan ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliğe uygun olmasıdır. İkinci tema, ölçümün kurallara uygun olarak doğru yapılıp yapılmadığıdır. Üçüncü tema ise, ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtıp yansıtmadığıdır (98). Klasik tanımı ile geçerlik, bir testin, sadece o testle ölçülmek istenen değişkeni ölçmesi, başka değişkenlerle karıştırmamasıdır (97). Bir başka deyişle geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru olarak ölçebilme becerisi (99), ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği doğru ve tam olarak ölçebilmesidir (100,101). Geçerlik bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığımız kuramı kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derece kapsadığını ya da yansıttığını yargıladığımız önemli bir niteliktir (102). Test ile ölçülmek istenen davranışın/niteliğin ne denli isabetli ölçüldüğünün göstergesi geçerlik katsayısıdır (103). Geçerlik, bir ölçme aracı için yapılması zorunlu ancak ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir, yani ölçeğin her kullanımında yeniden sınanması demektir (95). Ölçüm verilerinin doğrulamasını yapmak için geçerlik analizinden önce güvenirlik analizleri yapılması gerekmektedir. Yeni geliştirilen bir ölçek veya test, güvenirlik ve geçerlik analizi yapılmadan ve bu analiz sonuçları hakkında bilgi verilmeden yayımlanamaz. Geçerlik; kapsam/içerik geçerliği ve yapı geçerliği olarak değerlendirilmektedir (98).

- İçerik (Kapsam) Geçerliği

Kapsam/içerik geçerliği, örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyi temsil etme derecesidir. Bu nedenle "örneklem geçerliği" olarak da isimlendirilmektedir (98). Bir ölçeğin geçerli olması için içerik geçerliğinin yapılması gerekmektedir. Testi oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen davranışı (özelliği) ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının gösterilmesi gerekmektedir. İçerik/kapsam geçerliğinde ölçme aracında bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığı, "Ölçme aracının maddeleri ölçülen özellik alanını, amaçlanan düzeyde

temsil ediyor mu?", "Ölçme aracının maddelerinin içeriği ve niteliği ölçülmesi amaçlanan özelliği yansıtıyor mu?" sorularının yanıtı aranmaktadır (101). Önce ölçülmek istenen kavrama/özelliğe uygun maddeler hazırlanmakta burada her bir maddenin içerik ve nitelik olarak anılan davranışı ölçmede yeterli ya da uygun bir soru olup olmadığına bakılmaktadır. Ölçekteki maddelerin test amaçlarına ne denli hizmet ettiği, diğer bir deyişle maddelerin yeterliliği yüzeysel geçerlik/ görünüm geçerliği (uzman görüşü alma) ve uygulama geçerliği/ölçüte bağlı geçerlik çalışmaları ile değerlendirilmektedir (104).

a. Yüzeyel Geçerlik (Uzman Görüşü)

İçerik/Kapsam geçerliğini test etmede kullanılan yollardan biri, uzman görüşüne başvurmaktır. Uzmandan beklenilen, testin taslak formunda yer alan maddelerin kapsam geçerliği bakımından değerlendirilmesidir. Kapsam geçerliğini belirlemek için en az 3 uzmana gerek duyulmaktadır, 10'dan fazla uzmanın gereksiz olduğu belirtilmektedir (101).

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde İçerik Geçerlik İndeksi (İ.G.İ) kullanılabilir. Uzmanların görüşüne sunulan maddelerin bir ile dört arasında puanlanması önerilmektedir. Bu nedenle uzman görüşüne sunulan her bir madde dörtlü likert şekline dönüştürülür. Maddeler, 1: uygun değil, 2: biraz ilgili 3: oldukça ilgili, 4: son derece ilgili şeklinde planlanarak uzmanlardan değerlendirmeleri istenir. İçerik geçerlik indeksi hem maddeler için ayrı ayrı hem de tüm ölçek için hesaplanmaktadır (106).

Madde İçerik Geçerlik İndeksi (M-İGİ): (The Content Valıdıty Index For Items (I-CVI)):

Her madde için M-İGİ: üç ya da dört puan veren uzman sayısı / Toplam Uzman Sayısı formulü kullanılarak hesaplanmaktadır. Beş veya daha az uzman varsa M-İGİ inin 1,00 olması, eğer altı veya daha fazla uzman varsa M_İGİ inin 0,78'den düşük olmaması önerilmektedir (106).

Ölçeğe Bağlı İçerik Geçerlik İndeksi (Ö-İGİ) (The Content Valıdıty Index For Scale (S-CVI)):

- Birinci adımda her uzman ayrı ayrı değerlendirilmektedir.
- Her uzmanın değerlendirmesi için; Onay verdikleri (3 ya da 4) madde sayısı / toplam madde sayısı hesaplanmaktadır.

- İkinci adımda birinci adımda hesaplanan oranlar toplanır ve toplam uzman sayısına bölünmektedir.
- Ö-İGİ nin en az 0,90 olması önerilmektedir.

b. Uygulama Geçerliği/Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Geçerliği bir ölçüte göre belirleme yaklaşımı oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Burada araştırmacı herhangi bir kuramsal özelliğin ne kadar başarılı olarak yansıtıldığını saptamak çabasında değildir. Burada yapılmak istenen ölçüm aracı ile başka bir ölçüt arasında ilişki kurmaktır. Ölçüte bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır (102).

Bu geçerlik tekniği eşzaman geçerliği ve tahminsel (yordama) geçerliği olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Her ikisinde de geliştirilen ölçme aracından bireylerin aldıkları puanlar bir dış ölçütle karşılaştırılarak ilişki düzeyine bakılmaktadır (94). İki çeşit ölçüt geçerliği bulunmaktadır:

Tahminsel Geçerlik

Yordama geçerliğinde geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlar ile gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanmkta ölçme aracının ölçmek istediği davranışı ne düzeyde yordayabileceği saptanmaktadır (94).

2.4.2.2.2. Eş Zamanlı Geçerlik

Eşzaman geçerliğinde geliştirilen ölçme aracı puanları ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliği yüksek olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı puanları arasında korelasyon katsayıları karşılaştırılmaktadır. Aynı zamanda uygulanan bu iki ölçüm aracı arasındaki yüksek korelasyon katsayısı yeni aracın eş zaman geçerliğini göstermektedir. Eşzaman geçerliği, halihazır geçerliği, benzer ölçekler geçerliği ve uyum geçerliği olarak da bilinmektedir (104) .

- Yapı Geçerliği

Testin ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı (faktörü) doğru bir şekilde ölçebilme derecesini göstermektedir. Yapı geçerliğinde bireyin tutum, güdü, performans, yetenek gibi psikolojik özelliklerini ölçmek amacıyla çok sayıda ölçülebilir, gözlenebilir sorular oluşturulmaktadır. Hazırlanan bu soruların belirtilen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü sorunu, yapı geçerliğiyle ilgilidir. Yapı geçerliğini incelemek amacıyla faktör analizi, birleşen ve ayırt eden geçerlik, bilinen grup karşılaştırması ve hipotez testi tekniklerinden yararlanılmaktadır (104).

a. Faktör Analizi

Bir testte bir veya daha çok yapı bulunabilmektedir. Başka bir deyişle, bir test, bir tek değişkeni ölçmeye yönelik olduğu gibi, birden çok değişkeni de ölçmesi söz konusu olabilmektedir. Testin ölçtüğü değişkenlerin sayısı ve bunların her birinin testin bütününden elde edilen toplam puanlara katkısı; testin ölçtüğü yapı veya yapıları ortaya çıkarmada kullanılabilmektedir. Faktör analizine çok çeşitli amaçlarla başvurulmaktadır. Bunlardan bazıları değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması, verilerin özetlenmesi, verilerin ölçeklenmesi ve dönüştürülmesi, hipotez testi, sebep sonuç ilişkileri analizidir. Bunlar değişken sayısını azaltmakta ve değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktadır (107). Diğer bir değişle faktör analizi birçok değişkenin birkaç başlık altında toplanması tekniğidir (108).

Faktör analizi uygulanırken dikkat edilmesi gereken önemli nokta örneklem büyüklüğüdür. Örneklem büyüklüğü ölçme aracındaki madde sayısının 5- 10 katı olarak hesaplanmaktadır. Örneklem hacmi, değişken başına en az beş vaka düşecek kadar büyük olmalıdır. Bilim adamlarının büyük çoğunluğu 100'ün altındaki rakamları faktör analizi için yetersiz ve güvenilmez bulmaktadırlar. Literatürde yöntem bilimcilerin örneklem büyüklüğü için değişik kurallar önerdikleri görülmektedir. Bunlardan biri "10 kuralı" dır. Buna göre değişken başına en az 10 katılımcı bulunmalıdır. Bir diğeri "100 kuralı" dır. Değişken başına ya 5 katılımcı olması veya en az 100 kişiye ulaşılmasıdır (98,107).

Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü, normallik ve doğrusallık özelliklerine dikkat edilmelidir;

Örneklem büyüklüğü

Küçük örneklemlerden hesaplanan korelasyon katsayıları daha az güvenilir olma eğilimindedir. Örneklem büyüklüğünün korelasyon güvenirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir. Örneklemden elde edilen verilerin yeterliğinin saptanması için Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. KMO değeri; 0,90-1,00 ise mükemmel, 0,80-0,90 arasında çok iyi, 0,70-0,79 iyi, 0,60-0,69 arasında olduğunda orta, 0,50-0,59 arasında zayıf, 0,50'nin altında kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (94).

Normallik

Faktör analizinde evrendeki dağılımın normal olması gerekmektedir. Bu varsayım bütün değişkenler ve değişkenlerin bütün doğrusal kombinasyonları içindir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği Barlett testi ile test edilmektedir. Barlett testinin sonucu ne kadar yüksekse anlamlı olma olasılığı o kadar yüksektir. Sözü edilen iki test; gerek KMO gerekse Barlett faktör analizi için korelasyon matriksinin uygun olup olmadığını göstermektedir.

Doğrusallık

Değişkenlerin her bir çifti ve değişkenlerle faktörler arasındaki ilişkinin doğrusal olması gerekmektedir (94).

Maddelerin faktörlerle olan ilişkisi faktör yük değeri ile açıklanır. Faktör yükleri standardize edilmiş regresyon katsayılarıdır ve değişkenle faktör arasındaki korelasyona işaret eder (98). Bir maddenin kavramsal yapıyla ilgili olup olmadığına bakmak için o maddenin faktör yüküne bakmak gerekir (98). Faktör örüntüsünün oluşturulmasın da 0,30 ile 0,40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (94). Ölçümün türüne göre değişmekle birlikte bazı bilim adamları faktör yükü için 0,40 değerinin temel alınabileceğini ancak bir madde içerik olarak çıkarılan faktörle yakın bir ilişki içindeyse faktör yükünü 0,30 gibi bir değere düşürülebileceğini belirtmektedirler (98). Bazı kaynaklarda bu değer 0,35 olarak kabul edilmektedir. Genel olarak 0.30 ve üstü olması istenmektedir (109).

Faktör analizi uygulanış biçimine ve uygulama amacına göre farklı isimlerle anılmaktadır. Faktör analizi (exploratory) ve doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi olarak ikiye ayrılmaktadır (95,96).

i. Açıklayıcı Faktör Analizi:

Ölçme aracının sayısı hakkında bir bilgi olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine ölçme aracılığıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinilmeye çalışıldığı inceleme türü açıklayıcı faktör analizidir (94). Çok sayıda değişkenin altında yatan temel yapıları ya da faktörleri ortaya çıkarmak için yapılır (109). Faktör analizinde dört temel aşama söz konusudur. Bunlar; veri setinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi, faktörlerin elde edilmesi, faktörlerin rotasyonu ve faktörlerin isimlendirilmesi (110).

ii. Veri setinin Faktör Analizine Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu belirlemek için KMO testi yapılır. Veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Barlett testi yapılır (110).

iii. Faktörlerin Elde Edilmesi

Bu aşamada amaç, değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmektir. Bununla ilgili çeşitli kriterler söz konusudur (110). Bu kriterler;

Özdeğer (Eigenvalues) istatistiği: Özdeğer istatistiği 1'den büyük faktörler anlamlı kabul edilir.

Scree Test: Scree test grafiği her faktörle ilişkili toplam varyansı gösterir. Grafiğin yatay şekli aldığı noktaya kadar olan faktörler, elde edilecek maksimum faktör sayısı olarak kabul edilir.

Toplam Varyansın Yüzdesi Yöntemi: Her ilave faktörün toplam varyansın açıklamasına katkısı %5 'in altına düştüğünde maksimum faktör sayısına ulaşılmış demektir.

Joliffe Kriteri: 0,7 'nin altındaki tüm faktörler modelden çıkartılır.

Açıklanan Varyans Kriteri: Varyansın %90'ını açıklayan faktör sayısı yeterli kabul edilir.

Faktör Sayısının Araştırmacı Tarafından Belirlenmesi: Araştırmacının faktör sayısına kendisinin karar vermesidir (110).

iv. Faktörlerin Rotasyonu:

Faktör rotasyonunda amaç, isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörler elde etmektir. Rotasyonda en çok kullanılan yöntem orthogonal rotasyondur. Orthogonal rotasyonda elde

edilen faktörler birbirleri ile korelasyon içinde değillerdir. Orthogonal olmayan (obligue) rotasyonda ise faktörler birbirleri ile korelasyon içerisindedirler. Başka bir değişle birbirinden bağımsız değillerdir. Orthogonal rotasyonda üç teknik kullanılır. Bunlar; varimax (en çok kullnılan teknik), equamax ve quartimax'dır. Promax ve Direct Oblimin yöntemleri ise oblique rotasyon yapılmak istendiğinde kullanılan tekniklerdir (110).

v. Faktörlerin İsimlendirilmesi:

Faktörleri isimlendirebilmek için, bir faktör altında faktör yükleri büyük olan maddeler gruplandırılır. Her bir faktöre kapsadığı maddelerin içerdiği anlamlara göre isim verilir (110).

vi. Doğrulayıcı Faktör Analizi:

Araştırmacının kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi test etmeye yönelik incelmelerde kullanılan analiz türüdür (94). Bu yöntemde, yapı ile gözlenen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığı test edilir (107). Doğrulayıcı faktör analizinin en önemli yanı kestirilen ölçme modellerinin tutarlılığının istatiksel olarak anlamlı olup olmadığının test edilebilmesidir (111). Maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediğini, belirlenen alt boyutların ölçeğin orijinal yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığını değerlendirmek için yapılır. Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörlerle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir (95,98,112). Doğrulayıcı faktör analizinin hesaplanmasında farklı programlar kullanılmaktadır. En çok bilinenler; Linear Structural Relations (LISREL), Analysis of Moment Structures (AMOS), programlarıdır (107). Yurdagül'ün (111) belirttiği gibi doğrulayıcı faktör analizinde kullanılan uyum indeksleri (goodness fitting) ve uyum eksikliği (lack of fitting) üzerine çok çeşitli çalışmalar söz konusudur. Bununla birlikte uyum indeksi ve/veya uyum eksikliği indeksi olarak geliştirilmiş 30'dan fazla indeks bulunmaktadır. Ancak bu indeksler her zaman birbiriyle tutarlı sonuçlar vermediğinden dolayı "en iyi uyum indeksi" konusunda görüş ayrılıkları vardır. Bu nedenle model kestirimi içeren çalışmalarda; Jaccard ve Wan (1996) en az üç indeksin, Kline (1998) ise en az dört indeksin rapor edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (111).

Yapısal Eşitlik Modeli'nde (YEM) uyumun değerlendirilmesinde kullanılan istatiksel yazılım programına göre değişebilir (107). Örneğin LİSREL yazılım programında, önerilen

modelin veriye uyumunun farklı yönlerini, farklı ölçümler temelinde değerlendiren 15 farklı uyum istatistiği verilmektedir (109).

Uyum istatistiklerinin özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Ki-kare serbestlik derecesi oranı (x2/df)

Uyum istatistiklerinden birisi olan ki-kare sonucunda eğer veri ile model arasında uyum mükemmel ise elde edilen değerin 0'a yakın olması ve anlamlılık değerinin anlamlı olmaması gerekir (109). Ki-kare testi sonucunda görülen anlamsızlık, model ile gözlenen değişkenlerin maksimum uyumunu ifade eder. (x2/df) oranının 3/1'den küçük değer olması modelin iyi bir model olduğunu, beş veya beşin altında olması ise kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir (113). (http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk).

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA, YHOK);

Örneklemde gözlenen değişkenle arasındaki kovaryansla modelde önerilen parametreler arasındaki farkın, diğer bir değişle hatanın, derecesi temelinde geliştirilmiş olan bir uyum indeksidir. YHOK'nün değerinin 0,05'den küçük olması iyi bir model olduğunu gösterir. Bu değer için 0,08'e kadar olan değerlerde kabul edilebilir olarak nitelendirilmektedir (http://www.yapisalesitlik.com/yem.php?gln=ortuk) (109,112).

Bunların dışında en yaygın olarak kullanılan uyum indeksleri;

İyilik Uyum İndeksi (Good of fit indeks, GFI); örneklemdeki varyans kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir (109).

Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of fit indeks (AGFI); örneklem genişliği dikkate alınarak düzeltilmiş olan bir GFI değeridir.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative fit index, CFI); bağımsızlık modelinin ürettiği kovaryans matrisi ile önerilen YEM'nin üettiği kovaryans matrisini karşılaştırır (109).

Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed fit indeks, NFI); KUİ'ye benzer ancak Ki-kare dağılımının gerektirdiği sayılara uyma zorunluluğu olmaksızın karşılaştırma yapar (109).

Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-normed fit indeks, NNFI) NUİ'ye benzer ancak model karmaşıklığını dikkate alarak bir değer verir. Bunu da karşılaştırdığı modellerin serbestlik derecesini hesaba katarak yapar (109).

İUİ, DİUİ, KUİ, NUİ, NNUİ değerleri 0 ile 1 arasında değişir. Örneklem büyüklüğüne duyarlı olup 0,90 ve üzeri kabul edilebilir bir uyum iyiliği değerini, 0,95 ve üzeri iyi bir uyum iyiliği değerinin göstergesi olarak kabul edilir (112).

vii. Birleşen ve Ayırt eden Geçerlik

Araştırmada ilgilenilen iki ya da fazla farklı kavramın (örneğin; iyilik hali ile kaygı düzeyi) ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlik; her kavram için iki ya da daha fazla farklı ölçüm yoluyla (örneğin; yukarıdaki iki kavram için hem fizyolojik ölçümler, hem de anket vb. kullanılabilir) elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse, benzer sonuçlu geçerlik doğrulanmış olmaktadır (95).

b. Bilinen Gruplar Karşılaştırması

Araştırmacı, yapının dayandığı kurama bağlı olarak, bir testten anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupları belirleyerek, ölçme aracını her iki gruba uygular ve gruplar arası farkı değerlendirir. Ölçme sonucunda, özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasında fark olması beklenmektedir (95).

c. Hipotezin Test Edilmesi

Ölçeğin, diğer ölçüm araçlarıyla ilişkisine bakılır. Bilinen grup karşılaştırılmasına benzer bir yöntemdir. Burada araştırıcı, ilgili kaynaklar doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle değerlendirerek test etmektedir. Bu geçerlik ölçütü, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir (95).

2.4.2.2.3. Güvenirlik (Reliability)

Güvenirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer deyişle, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır 17; ölçülmek istenen belli bir değişkenin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır; aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır; ölçmenin rastlantısal yanılgılardan arınmış olmasıdır. Bir gruba ya da bireye uygulanan testten bireylerin aldıkları puanların, testin her uygulamasında kararlı yani benzer olması beklenir. Test her defa aynı

koşullarda uygulandığında elde edilen puanlar önemli düzeyde farklılık gösteriyorsa, testin güvenirlik derecesinin düşük olduğu anlaşılır. Kavramsal ve istatiksel olarak güvenirlik, bir testteki gerçek farklılıkların, toplam farklılığa oranıdır (99,101).

Güvenirlik katsayısı, paralel ölçümler arasındaki korelasyon katsayısıdır. Güvenirlik katsayısı negatif değerler alamaz ve 0 – 1 aralığında değişir. Güvenirlik bir korelasyon katsayısı (correlation coefficient) (r) ile belirlenir ve korelasyon değeri bir "1"e yaklaştıkça güvenirliğin yüksek olduğu benimsenir (102).

- Ölçeğin Güvenirliğini Bulma Yöntemleri

Bir ölçeğin güvenirlik katsayısının bulunmasında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler; hata kaynaklarından hangisinin dikkate alınıp alınmadığında, içinde bulunulan koşullara, ölçeğin tekrar uygulama olasılığının bulunup bulunmamasına, ölçeğin paralel formunun varlığına ya da yokluğuna, ölçeğin bir güç ya da hız testi oluşuna göre seçilip kullanılmaktadır (99,101,114,115). Temelde güvenirlik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle (içindeki maddelerin birbiriyle) olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi sınamada kullanılan korelasyon formülleri; Pearson Momentler çarpımı, Spearman-Brown ve Kuder Richardson 20 ya da Cronbach alfa ve çift seri (bi-serial) teknikleriyle belirlenmiştir. Güvenirlik ölçütü üç ana başlık altında toplanmaktadır (15,116):

I. Değişmezlik (Stability)

II. Bağımsız Gözlemciler Arası ve İçindeki Uyum (Inter-rater and intra-rater consistency)

III. İç Tutarlılık (Internal consistency) / Tutarlılık (Homogenity)

Herhangi bir ölçek uyarlama çalışmasında bunlardan hangisinin kullanılması gerektiğine kolayca verilen bir yanıt yoktur. Aynı durumda kullanılabilecek çeşitli güvenirlik katsayıları olabilir. Araştırmacı; araştırma problemi, kullanılacak ölçek, toplanacak veri türü ve yanıtlardaki olası objektifliğe göre birden fazla, çeşitli güvenirlik sınamalarını gerçekleştirmelidir (117).

a. Değişmezlik

Bu güvenirlik, aracının değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilidir. (102).

Test- tekrar testi (test- retest) güvenirliği

Test- tekrar testi güvenirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (99,101,114,115). Bu yöntem, ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanır. Testin ölçtüğü niteliğin sürekli değişkenlik gösterdiği durumlarda kullanılmaz. Testin tekrarı yönteminde, iki farklı yol izlenir (114):

- **Aralıksız Yöntem:** Test bir gruba aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır.
- **Aralıklı Yöntem:** Test iki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulanır (117).

Geliştirilen ya da uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenirliğini bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki kolerasyon hesaplanır. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı (interval) ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliğin bulunmasında pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmalıdır. Hesaplanan korelasyon katsayısı, testin zamana bağlı olarak ne derece kararlı ölçümler verdiğini yorumlamak amacıyla kullanılır (104). Test tekrar test korelasyon katsayısı en az 0,80 olması gerektiği belirtilmektedir. Bazı bilim adamları 0,70 güvenilirlik katsayısının da yeterli olabileceğini belirtmişlerdir. Bu hesaplama için, SPSS gibi istatistik paket programları kullanılabilir. Sonuçlar (kolerasyon katsayısı) doyurucu olsa bile, ileri analiz yapılmalıdır. Bunun için her iki testin ortalamaları ve standart sapmaları incelenmelidir. (118). Değişken gerçekten stabil ise, her iki ölçeğin ortalama ve standart sapma değerleri yakın olmalıdır. İkinci ölçümdeki varyans artışı kişilerin duyarlılığının arttığını (test etkisi) gösterir (99,101,114,115).

Test tekrar test uygulamasının dezavantajları;

1. Ezberleme/öğrenme etkisi: test veya ölçeği alan kişiler eğer aradan belirli bir zaman geçmemişse test sorularını ezberleyebilirler. Eğer kendilerine tekrar bir test uygulanacağı bildirilmişse böyle bir durumda teste hazırlık yapabilirler veya görüşlerini gözden geçirebilirler.

2. Uygulama etkisi: ilk uygulama ile birlikte testin nasıl uygulanacağı, hangi aşamalardan geçileceği, yanıtların nasıl verileceği konusunda bilgi sahibi olurlar. Bir sonraki uygulama, öncekine göre daha kolay gerçekleşir. İkinci uygulamada puanların daha yüksek çıkması testin istikrarlılığını değil, uygulamaya aşina olunduğunu gösteriyor olabilir

3. Zaman aralığı: zaman aralığının kısa olması halinde ezberleme ve öğrenme etkisi ortaya çıkar, uzun olması halinde ise gelişme etkisi ile karşılaşılır. Uzun zaman diliminde fiziksel, zihinsel ve duygusal olgunlaşma etkisi ortaya çıkar.

4. Zorluk düzeyi: test maddeleri çok kolaysa veya çok zorsa böyle bir durumda test tekrar test güvenilirliği yüksek çıkar. Kolay olması halinde katılımcılar testi her uyguladıklarında kolay bir şekilde çözeceklerdir.

5. Katılımcılar: katılımcıların niteliği test tekrar test uygulamalarını etkiler eğer klinik bulgular gösteren bir grupta uygulanmışsa ikinci kez yine aynı grupta denenmelidir (98).

b. Eş değerlik Katsayısı

i. Paralel Form Güvenirliği

Alternatif ya da eşdeğer form güvenirliği olarak da anılan bu güvenirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntem olup; iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ay da iki oturumda uygulanmasından elde edilen puanlar arası korelasyonlardır, pearson momentler çarpımı formülüyle hesaplanır. Test-tekrar test sınamasındaki test etkisini azaltmak için kullanılır. Testlerden alınan sonuçların ortalama ve standart sapmaları olabildiğince benzer ve ayrıca gruptan elde edilen üçüncü bir değişkenin değerleri ile olabildiğince ilişkili; yani hesaplanan korelasyon katsayısı yüksek olmalıdır. Eşdeğer test formları geliştirmek güç olduğu için fazla kullanılmayan bir güvenirlik ölçütüdür (99,119). Ölçek uyarlamasında bu yöntem; ancak, daha önce aynı amaçlar için geliştirilmiş bir ölçeğin (referans test) varlığında kullanılabilir ve bu iki ölçek arasındaki korelasyonun düzeyine bakılır. Bu güvenirlik katsayısı aynı zamanda ölçeğin eşzaman (concurren) geçerliğine yönelik veri sağlar (99,119,120).

ii. Bağımsız Gözlemler Arası Uyum

Bu güvenirlik ölçütü, araştırmacının bağımsız ölçümler arasındaki eşitlik aradığı durumlar için uygulanan bir güvenilirliktir (102).

Ölçümcü Güvenirliği (Bağımsız gözlemciler arasındaki uyum)

Gözlemciler arasındaki uyumu belirleyen güvenirlik ölçütü, özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemci, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız

olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. (102). Bu tür ölçmelerde gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalaması alınarak, her bir durum için tek değer bulunur. Ayrı ayrı gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise, sonuçta elde edilen ortalama değerin güvenirliği de o kadar yüksek olur (99,115). Birden fazla ölçümcü arasında %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenirlik sınaması için uygundur. Ölçek kategorik bir ölçüm yapıyorsa (evet/hayır gibi) iki araştırmacının uygulamasında ne kadar uyum olduğuna bakılır. Aralarındaki uyum (örn. %82) rapor edilir. Ölçek nümerik bir ölçüm yapıyorsa iki araştırmacının uygulamasının ne kadar korelasyon (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) gösterdiğine bakılır. Phi (basit korelasyon), Kappa (rastlantı açısından düzeltme yapılmış) ve Kendall's tau (sıralı veriler için) katsayıları hesaplanabilir (120). Ancak, tutarlılık yüzdesinin, şansa bağlı tutarlılığın yüksek olması nedeniyle yüksek çıkabileceği dikkate alınmalıdır. Bunun için yalnızca şansa bağlı olmayan beklenen uyumu gösteren Cohen Kappa istatistiği kullanılır (115). Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için korelasyon, t-testi ya da ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumlarda özel varyans çözümlemeleri ve Cronbach alfa kullanılır (99,115).

Gözlemciler içi uyum

Gözlemci içi (intra-rater) güvenilirlik aynı değerlendiricinin yaptığı birden fazla ölçümün arasındaki uyum derecesidir. Aynı gözlemcinin aynı ölçüm araç ve gereçlerini kullanarak yaptığı ölçümler birbirinden farklılık gösterebilir. Anlaşılacağı gibi bu kullanılan ölçüm araçlarına değil, araştırmacıya bağlı bir durumdur. Ölçümün numerik olduğu durumlarda sınıf içi korelasyona (intraclass correlation), kategorik olduğu durumda ise Cohen'in kappa katsayısına bakılarak değerlendirme yapılabilir (120).

c. İç Tutarlılık

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek, bir bütünü oluşturmak üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip oluğu varsayımıdır (102). İç tutarlılık güvenirliğinde, tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir kez ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır (98). Bir ölçeğin içi tutarlılığını değerlendirmek üzere birçok eşitlik formülü geliştirilmiştir.

i. Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

Ölçüm aracının iç tutarlılığını belirlemede iki tür hesaplama tekniği kullanılmaktadır. Ölçüm aracı likert tipi bir ölçeklendirme yapıyor ise Cronbach Alfa katsayısı; var-yok, doğru yanlış gibi ikili seçenekler içeren nitelikte ölçüm yapıyor ise Kuder & Richardson 20,21 (KR-20, 21) yöntemi kullanılmaktadır. Bu formüller ölçekteki her bir maddenin aynı değişkeni ölçtüğü, ölçülen özelliğin homojen olduğu varsayımını desteklemektedir. Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında bir dağılım gösterir. Cronbach alfa değerinin negatif çıkması, ölçme aracının homojen bir yapıyı ölçmediğini göstermektedir. Cronbach alfa, yanıtların en az 3'lü kategorik olduğu durumlarda uygulanabilmektedir (107).

- $\leq\alpha < 0{,}40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0{,}40 \leq\alpha < 0{,}60$ ise ölçek düşük güvenirliktedir.
- $0{,}60 \leq\alpha < 0{,}80$ ise ölçek oldukça güvenirliktedir.
- $0{,}80 \leq\alpha < 1{,}00$ ise ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir (107).

ii. Ölçeğin İki Yarım Test/Yarıya Bölme Güvenirliği

Yarıya bölme, testin iç tutarlılığını ölçmekte yararlanılan bir yöntemdir. Likert ölçeklerde ve psikometrik testlerde bu yönteme başvurulabilir. Test veya ölçek cevaplayıcılara uygulandıktan sonra belirli bir sisteme bağlı olarak iki eşit yarıya bölünür. Bu işlemde maddeler; a) rasgele, (b) tek-çift sıralaması içinde, (c) birinci yarı-ikinci yarı şeklinde, (ç) her bir yarı alt boyutları/faktörleri eşit ölçüde içerecek şekilde veya (d) kolaylık ve zorluk açısından maddeler her iki yarıda dengeli olacak şekilde bölünür. Her bir yarının toplam puanları bulunur. İki yarı arasındaki korelasyon analizi, toplam puanlara göre veya kullanılan ölçüm aracında belirli değişkenlere cevap verilmemişse aritmetik ortalama değerlerine göre yapılır. Elde edilen korelasyon katsayısı, yarıya bölme güvenirliği katsayısı olarak isimlendirilir (98). Korelasyon katsayısı testin yarısına ilişkin bir katsayısı olduğu için testin bütününe ilişkin güvenirlik katsayısını elde etmek amacıyla Spearman-Brown katsayısı kullanılmalıdır. Ayrıca Stanley, Flanagan, Mossier ve Hoyt Formülü gibi yöntemler kullanılarak iki yarım test güvenirlik katsayısı bulunur. Yarıya bölme güvenirlik katsayısı en az 0,70 olmalıdır. Yarıya bölme güvenirlik katsayısının büyüklüğü testin uzunluğu ile yakından ilgilidir. Az sayıda maddeden oluşan ölçeklerde (8 madde) sağlıklı sonuçlar alınmaz. Testte en az 10 madde bulunmalıdır (98). Gutman Split-half ve Spearman-Brown güvenirlik katsayısı test yarılama yöntemidir (split-half tecnique). Bu yöntem motivasyon,

yorgunluk ya da zaman içerisinde performansı etkileyebilecek diğer psikolojik etkenler konularında ve özellikle de uzun testlerde kullanılır. Bu yöntemde, test gruba bir kez uygulanmakta ve puanlamadan önce iki yarıya ayrılmaktadır. Bunun için en çok tercih edilen yarılama yöntemi, tek numaralı (1–3–5 gibi) soruları bir grup, çift numaralı soruları (2–4–6 gibi) bir grup yaparak ayırmaktadır (21,38). Ölçeğin iki yarım test güvenirlilik katsayılarını elde etmek için; "Gutman Split-half ve Spearman-Brown güvenirlik katsayısı" farklı yöntemlerle yapılan güvenirlik analizler uygulanır (99,101,116). Bu tekniğin temelindeki sayıtlı, iki yarımdan oluşan her bir testin içeriğinin eşit olduğudur 22. Diğer bir deyişle, testin bir yarısında yer alan maddelerin diğer yarısındaki maddelerle aynı davranışı örneklediği kabul edilir (121).

iii. Madde Analizi

A. Madde-Madde Puan Analizi

Ölçek maddelerinin ne ölçüde birbiriyle ilişkili olduğu hakkında bilgi verir. Maddeler arası korelasyon analizinde ilişki negatif gözüküyorsa maddelerin aralarında ters bir ilişki var demektir. Bu maddelerden biri veya duruma göre her ikisi de ölçekten çıkarılabilir (98).

B. Madde-Toplam Puan Analizi

Bu korelasyon, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde-toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2011). Madde-toplam puan korelasyon analizlerinin yapılabilmesi için 100 ile 200 arasında katılımcı olması gerekmektedir (98). Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde- toplam korelasyonu, Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanmaktadır (104). Eğer yanıtlar kategorik olarak iki değişkenli ise, hesaplamada bi-serial; likert tipi ise, point-bi-serial teknikleri uygulanır (95,98). Madde analizlerinde pearson korelasyon katsayı değerleri; 0,26-0,49: zayıf, 0,50-0,69: orta, 0,70-0,89: yüksek, 0,90-1,00: çok yüksek olarak değerlendirilmektedir (108). Madde toplam puan korelasyonları negatif olmamalı ve 0,25 in üstünde olmalıdır. Genel olarak, madde-toplam korelasyonu 0,30 ve daha yüksek olan maddelerin, bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, 0,20-0,30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda teste alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi

gerektiği, 0,20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği belirtilmektedir (104). Düşük korelasyon gösteren maddeler envanterden çıkarılmalıdır. Ancak buna karar verirken madde silindiğinde alfa katsayındaki ve ortalamadaki değişime bakarak karar verilmelidir (122).

Her bir test maddesinin varyansı test puanının varyansıyla karşılaştırılarak, aralarındaki ilişkiye bakılır. Bu ilişki Pearson Momentler Çarpımı korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile saptanır. Bu düzeltme tekniği, madde çıkartma korelasyonu olarak da gerçekleşir. Eğer test yanıtları "evet/hayır","doğru/yanlış" gibi kategorik iki seçenekli ise hesaplamada (bi-serial) ya da seçenekler derecelendirmeli (kesintisiz ve eşit aralıklı) ise nokta çift-seri (point bi-serial) teknikleri uygulanır (121).

Ölçmenin Standart Hatası

Test güvenirliğinin bir başka göstergesi de testin hata payıdır. Standart hata puanının küçük olması, test güvenirliğinin yüksek olduğu anlamına gelir. Testin standart hatası küçük ise elde edilmiş olan test puanı gerçek ölçüme yakındır diye düşünülür (121).
Güvenirliği arttırmak için yapılması gerekenler şunlardır:

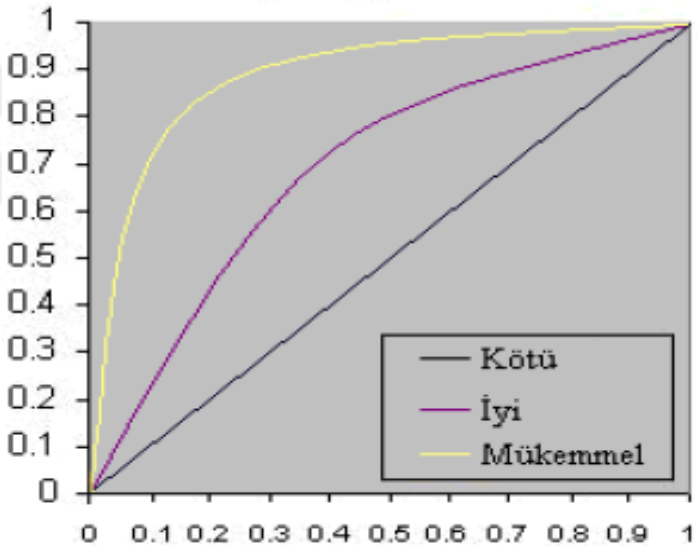
- Kullanılan araç-gereçler bozuk olmamalıdır,
- Ölçme yöntemleri standart olmalıdır,
- Ölçeğin ön uygulaması yapılmalıdır,
- Gözlemcilerin çalışma öncesi eğitilmesi ve ön uygulamaları yapılmalıdır,
- Gözlemcilerin uygulama sırasında denetimleri yapılm

2.5. ROC Eğrisi Yöntemi (Receiver Operating Characteristics)

Klinik çalışmalarda, çeşitli teşhis yöntemlerinden ve laboratuvar testlerinin sonuçlarından yararlanılarak hasta ve sağlıklı bireylerin ayrımının yapılması amaçlanır. Bu durumda bir testin, hasta bireyleri sağlıklılardan ne kadar doğrulukla ayırt edebildiğinin bilinmesi çok önemlidir. Tıbbi karar verme sürecinde, testin ayırt ediciliğini belirlemek amacıyla kullanılan yöntemlerden biri de ROC (Alıcı işlem karakteristikleri, Receiver Operating Characteristic) eğrisi yöntemidir (123).

Günümüzde ROC analizi ile ilgili yayınlanmış birçok makale bulunmaktadır. Tanısal testlerin doğruluğunu analiz etmede, pozitif ve negatif test sonuçları arasında ayrım için en iyi eşik veya 'cut-off'değerini belirlemek için kullanılır.

ROC eğrisi çeşitli klinik durumlarda en uygun eşik değerini ve yapısında var olan değerlendirme dışı bırakılacak olan değerleri (duyarlılık ve özgüllük arasında yer alan) belirler. ROC eğrisinin grafiksel yaklaşımı ölçümlerin duyarlılığı ve özgüllüğü arasındaki ilişkileri kavramayı kolay kılar. ROC eğrisinin oluşturulacağı koordinat sisteminde, Y ekseninde tanı testinin gerçek pozitif değeri (duyarlılık), X ekseninde ise yanlış pozitif değeri (1-özgüllük) yer alır. Her kesim noktasındaki doğru pozitif ve yanlış pozitife karşılık gelen noktalar birleştirilerek ROC eğrisi çizilir. İdeal ve kötü performans gösteren testlere ilişkin ROC eğrileri Şekil 2.1'de verilmiştir.



Şekil 2.1. ROC Eğrileri

ROC eğrisinin altında kalan alan, testin hastalar ile hasta olmayan bireyleri ayırmadaki doğruluk oranını belirler. Pozitifler negatiflerden kusursuz bir şekilde ayrılmış ise AUC (ROC Eğrisi Altında Kalan Alan) değeri 1, herhangi bir pozitif değerin bulunamamasında ise bu değer 0 olur. Bu alan ne kadar büyükse, tanı testi o denli ayrım yeteneğine sahiptir. AUC değeri için literatürde aşağıdaki gibi değerlendirmeler yapılmaktadır.

0,90-1,00 = mükemmel

0,80-0,90 = iyi

0,70-0,80 = orta

0,60-0,70 = zayıf

0,50-0,60 = başarısız

Sonuç olarak ROC analizi; tanı sürecinin uzun zaman alacağı, maliyetin yüksek, özel yöntem-ekipman ve nitelikli insan gücüne gereksinim duyulacak durumlarda; kısa zamanda, düşük maliyetle, kolay elde edilebilen belirteçler için uygun kesim noktalarını belirleyerek klinik karar verme sürecine önemli katkı sağlayacak bir analiz yöntemidir (124).

Bu çalışmada ROC analizi duyarlılık ve belirleyicilik arasında optimal bir ilişki ile en yüksek doğruluk veren kesim (cut-off) noktasını belirlemek için kullanılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma geçerlik güvenirlik araştırması (metadolojik araştırma) olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlam Çocuk ve Yenidoğan Polikliniklerinde Ağustos 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Sağlam çocuk polikliniğine gün içinde herhangi bir yakınması-sağlık sorunu bulunmayan, rutin çocuk sağlığı kapsamında periyodik izlem ve muayene dönemleri içinde bulunan 30 günlük – 7 yaş aralığında bulunan çocuklar ve yenidoğan polikliniğine de yeni dünyaya gelmiş 1. ayından henüz gün almamış bebekler kabul edilmektedir, 1 adet sağlam çocuk polikliniği ve 1 adet yenidoğan polikliniği mevcuttur. Sağlam çocuk polikliniğine günlük ortalama 30 ± 10 poliklinik girişi yapılmakta olup sağlam çocuk polikliniğine başvuranlarda herhangi bir sağlık sorunu tespit edilmesi halinde genel çocuk polikliniğine yönlendirme yapılmaktadır. Yenidoğan polikliniğinin günlük ortalama poliklinik sayısı ise 20 ± 10 arasında değişmekte olup sağlık sorunu tespit edilmesi durumunda takip sıklığı artırılmakta, lüzum halinde vakaların yatarak tedavi alınması sağlanmaktadır. Üniversite hastanesi olması nedeniyle her sosyoekonomik düzeyde hastaya bakım verilmektedir.

Sağlam çocuk ve yenidoğan poliklinikleri diğer polikliniklerden ayrıştırılmış bir fiziksel alana sahip olup, alan içerisinde ilgili öğretim üyelerinin muayene, danışmanlık hizmeti verdiği odalar ile araştırma görevlilerinin hizmet verdiği polikliniklerin yanı sıra ailelere bebek çocuk sağlığı hakkında detaylı ve kapsamlı bilgilendirme yapmak, eğitim vermek için kullanılan 1 adet aile-eğitim odası ve araştırma görevlileri-öğretim görevlilerinin eğitim-öğretim toplantıları için kullanılmakta olan 1 adet seminer salonu bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ağustos 2015- Mayıs 2016 tarihleri arasında yeni doğan ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran tüm babalar oluşturmuştur.

Örnekleme ise; 2 haftalık - 12 aylık bebeği olan DEÜTF yeni doğan ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya katılmayı sözel ve yazılı onam formu (ek-4) ile kabul eden toplam 300 baba dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

1. 2 hafta-12 ay arası bebekleri olan babalar,
2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi yeni doğan ve sağlam çocuk polikliniğine başvurmak
4. 18 yaş ve üzerinde olmak
5. Okur yazar olmak

Dışlama kriterleri:

1. Bebeğin doğuma kadarki zamanda tanı almış psikiyatrik hastalığının olması
2. Bebeğin doğuma kadarki zamanda psikiyatrik ilaç kullanması
3. Kronik hastalığının bulunması
4. Yas sendromunda olmak

Araştırma kriterlerine uygun tüm babaların çalışmaya davet edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden ve araştırmaya katılmak için yeterli zamanı olmadığını ifade eden babalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında sıklıkla taslak ölçeğin madde sayısı göz önüne alınarak madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması istenir (121). Diğer bir yaklaşıma göre ise; ölçekle ilgili analizlerin yapılabilmesi için istatistiksel olarak gerekli vaka sayısı dikkate alındığında 100 kişilik örneklem zayıf, 200 kişilik örneklem orta, 300 kişilik örneklem iyi, 500 kişilik örneklem çok iyi ve 1000 kişilik örneklem mükemmel olarak sınıflandırılmıştır. Ortalama 10 maddelik bir ölçek için 50-100 kişilik örneklemin yeterli olacağı bildirilmektedir (108) Buna göre,

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin Türk babalara uyarlama, geçerlik güvenirlik çalışması için 300 kişinin çalışma için yeterli olacağı kabul edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları Ve Araçlarının Tanıtımı

Araştırmada; veri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır:

- Sosyodemografik Veri Formu
- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)
- Beck Depresyon Ölçeği (BDS)
- The M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview)

3.4.1. Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu

Baba katılımcılardan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini tanımlayabilmek için 51 soruluk sosyodemografik veri formunu tamamlamaları istenmiştir.

Demografik veriler bölümünde baba katılımcıya ait özelliklerden yaş, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum, sağlık durumu, ilaç madde kullanımı, aile yapısına dair veriler sorgulanmıştır.

Aile yapısına dair verilerde evlilik şekli, kaçıncı evliliği olduğu, evlilik süresi, çocuk sayısı, evde kimlerle birlikte yaşadığı, bebeğin cinsiyeti, planlanan gebelik olup olmadığı, hamilelik süresince ve sorasında eşlerin birbirlerine destek olma düzeyleri, hamilelik süresince sağlık muayenelerine - ebeveynlik kurslarına katılımı, bebek bakımına katılım düzeyi, bakım için destek alıp almadıkları, bebeğin sağlık durumu değerlendirilmiştir.

Katılımcının eşi ve yakınlarıyla olan ilişkilerini, günlük yaşamlarını, iş performanslarını, hamilelikten önce-hamilelik süresince-bebek doğduktan sonra olmak üzere üç dönemde değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca katılımcıların son 6 ay içerinde birinci derece yakınını kaybedip kaybetmediği, onları derinden sarsan üzücü bir olay yaşayıp yaşamadıkları, yakınlarında depresyon öyküsü olup olmadığı sorgulanmıştır (Ek 5).

3.4.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS)

Edinburgh postpartum depresyon ölçeği (EPDS), Cox ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (7). Kısa ve hasta tarafından doldurulacak bir ölçekle, postpartum depresyon açısından riskli hastaları tanımak amaçlanmıştır. Standart depresyon ölçme araçları postpartum depresyonlu hastalarda kısıtlılık göstermektedir. Birçok ölçek postpartum hastalarında geçerli olmayan somatik yakınmaları ölçmektedir; çocuğun ihtiyaçlarından dolayı oluşan uyku düzensizliği ve anemiye ikincil gelişen letarji ve yorgunluğu standart depresyon ölçekleri yanlış ölçmektedir. EPDS'deki maddeler, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)'nin bazı bölümlerinin bir araya getirilmesi ve postpartum depresyonlu kadınlarda görülen problemlerin eklenmesi ile oluşturulmuştur.

EPDS 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1,2 ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3,5,6,7,8,9 ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EPDS'nin kesme noktası 12 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir.

EPDS'nin Türkçe uyarlaması 1996'da Engindeniz ve ark. tarafından yapılmıştır (127). Engindeniz'in yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, bu ölçeğin cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,88, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur ayrıca EPDS ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon r= 0,7 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. EPDS'nin kesme noktası 12 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir.

Erkeklerde kullanılmak üzere bu ölçeğin araştırılmasına 1990'ların başlarında başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ndeki sonuçlar, kadınlara göre daha düşük limit puanlarla değerlendirilmiştir. Matthey'in 2001 yılındaki çalışması doğum sonrası 6.-7. haftalarda yapılmış ve çalışmaya 208 erkek katılmıştır (11). Bu çalışma sonucunda yazarlar; EPDS'nin, erkeklerde doğum sonrası sıkıntıyı saptamak için güvenilir ve geçerli olduğu sonucuna varmıştır. Tüm yeni anneler ile kullanılması tavsiye edildiği gibi tüm yeni babalarda da düzenli olarak kullanılması tavsiye edilmiştir. Yurt dışında EPDS'nin erkekler için güvenirlik ve geçerliğinin çalışıldığı birçok araştırma vardır

(88,91,92). Çalışmalardan elde edilen bulgular ölçeğin erkekler için de kullanılabileceğini göstermiştir. Edmondson ve arkadaşlarının İngiltere'de yapmış olduğu çalışmada baba adayları için EPDS'de 10 puan ve üzeri %89,5 duyarlılık ve %78,2 özgüllük ile depresyon için anlamlı kabul edilmiştir (92). Matthey ve arkadaşlarının Avusturalya'da yapmış olduğu çalışmada da depresyon ve anksiyeteyi tarama aracı olarak EPDS'nin hem erkekler hem de bayanlar için geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmiş, erkekler için kesme noktası 5/6, bayanlar için 7/8 olarak belirlenmiştir. Babalarda ki kesme puanının annelerin kesme değerinden iki puan düşük olduğu belirtilmiştir (91). Hwang ve arkadaşlarının İsveç toplumunda yaptığı çalışmada ise EPDS'nin depresyondan ziyade anksiyete, kaygı ve hüzün durumunu saptadığı, oldukça duyarlı ve özgül olmasına rağmen majör depresyon için düşük düzeyde pozitif kestirici değere sahip olduğu, EPDS'den elde edilen puanın en az 12 ve üzerinde olması durumunda majör depresyon için anlamlı olduğu belirtilmiştir (127). Tran ve Fisher'ın Vietnamlı baba adaylarında depresyonu taramaya yönelik üç ölçeği karşılaştırdığı çalışmada ise EPDS'nin klinik olarak önemli semptomlar için kesme puanı 4/5, duyarlılığı değeri % 68,3, özgüllük değeri %77,4 olarak belirtilmiştir (88). Lee, Yip, Chung ve arkadaşlarının Çinli baba adaylarında postnatal depresyonu taramaya yönelik üç ölçeği: Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS), Beck Depresyon Ölçeği (BDS), Hasta Sağlık Anketi –Depresyon Modulü (PHQ-9) karşılaştırdığı çalışmada EPDS'nin diğer ölçeklere oranla postpartum depresyonu ölçmede daha belirleyici olduğu bildirilmiştir. Çalışmada erkeklerde postpartum depresyon EPDS kesme puanı 10 ve üzeri kabul edilmiş, EPDS'nin erkeklerde postpartum depresyon için %91 duyarlı, %97 oranında özgül olduğu belirtilmiştir. EPDS'nin pozitif kestirim değeri %57 ve negativ kestirim değeri %99 olarak belirtilmiştir (128).

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDS)

Beck depresyon ölçeği (BDS), Beck ve ark. tarafından ergen ve yetişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (126). Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDS'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların

bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre dörtlü Likert formunda hazırlanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Alt ölçek skorları kognitif afektif faktör ve somatik performans faktör ile hesaplanmaktadır (126). Ölçeği doldurmak ortalama 15 dakika sürmektedir ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişebilmektedir.

Ölçek Türkçe'ye Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDS) adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (129,130).Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (129,130). BDS ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. Psikiyatrik hastalarda, depresyonun klinik ölçümü ile BDS arasındaki korelasyon r=0,55-0,96 aralığında (ortalama r= 0,72) iken psikiyatrik olmayan hastalarda ise korelasyon r=0,55-0,73 (ortalama r= 0,60) arasındadır. BDS ile Hamilgton-Depresyon Ölçeği (HAM-D) arasındaki ortalama korelasyon 0,73 olarak bulunmuştur (129). Hisli ve ark. tarafından 1980 yılında ölçeğin güvenirlik analizi sonucu cronbach α:0,80 ve iki yarım test güvenirliği r=0,74 olarak bulunmuştur. Teğin'in yaptığı çalışmada ise cronbach α değeri 0,61 olarak saptanmıştır.

BDS'nin avantajları arasında hasta tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve puanlamanın kolay olması sayılmakta iken dezavantaj olarak; kadınlarda, yaşlılarda, gençlerde, düşük eğitim düzeyinde ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında olduğundan yüksek skorların işaretlendiği bildirilmiştir (130).

Bu çalışmada; Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin uygulama geçerliğinde eş zamanlı geçerlik çalışması ve EPDS'nin güvenirlik çalışmasında paralel form güvenirliğinden faydalanmak amacıyla kullanılmıştır.

3.4.4. Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Sheehan ve ark. tarafından (1998) DSM-IV ve ICD-10'da yer alan temel birinci eksen psikiyatrik bozuklukları alt başlıklar halinde değerlendiren klinisyen tarafından tam yapılandırılmış kısa nöropisikiyatrik görüşme formu olarak tasarlanmıştır. Form altın standart olarak kabul edilen tanı koyma aracıdır, form uygulanarak temel birinci eksen psikiyatrik ruh hastalıklarından on yedisi taranmakta ve tanı konmaktadır (131). MINI, SCID-I ve WMH-CIDI ile karşılaştırılmış, yüksek düzeyde güvenilir olduğu daha kısa sürede uygulanabileceği gösterilmiştir (ort. 18.7+-11.6 dk. ortanca 15dk.). Kısa bir eğitim sonunda klinisyenler tarafından kullanılabilmektedir. MINI Plus, MINI'nin daha ayrıntılı bir baskısıdır. MINI'nin Türkçe'ye çevirisi Engeler tarafından yapılmıştır (132). DSM-5'e göre güncellenen MINI 6 kullanılmaktadır.

Bu çalışmanın tasarı-kurgu-uygulama aşamalarında multidisipliner bir yaklaşım sergilenmiş olup Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D öğretim üyelerine araştırma hakkında bilgi verilerek nöropsikiyatrik hastalıkların taranması ve tanınması için çalışmamızın yöntemine dair görüş alınmıştır. Aynı zamanda EPDS'nin Türk kadınları için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan N.Engindeniz'de çalışmaya davet edilmiş, tecrübelerinden, önerilerinden yararlanılmıştır. Ruh ve sinir hastalıklarında konunun uzmanları tarafından çalışmada altın standart değerinde tanı aracının kullanım gerekliliği vurgulanmış olup uygulama süresinin kısa olması katılımcıların araştırmaya nitelikli katılımının sağlanması hedeflenerek the M.I.N.I altın standart değerinde ölçme aracı olarak veri toplama araçlarına dahil edilmiştir. Araştırmacı klinisyen tarafından tam yapılandırılmış nöropsikiyatrik görüşme formunu kullanmak ve uygulamak için bu konuda eğitim almıştır.

Çalışmamızda M.I.N.I sonuçları, EPDS ve BDS'den alınan toplam puanlar arasındaki ilişkinin araştırılmasında, EPDS'nin pozitif prediktif ve negatif prediktif değerinin hesaplanmasında ve ROC analizi ile EPDS'nin kesme puanının hesaplanmasında kullanılmıştır.

3.5. Verileri Toplama Yöntemi

Verileri toplama yöntemi olarak birebir yüz yüze görüşme yöntemi uygulanmıştır. Her bir katılımcı tarafından veri toplama formu, kendini bildirim ölçekleri tamamlandıktan sonra katılımcıların tümüyle klinisyen tarafından yapılandırılmış görüşme yapılmıştır.

3.6. Araştırma Ön Uygulaması

Araştırma ön uygulaması Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlam Çocuk ve Yenidoğan Poliklinikleri'ne başvuran 20 çifte yapılmıştır. Babalara sosyodemografik veri formu, EPDS, BDS tek tek okunarak formları cevaplamaları istenmiştir ardından M.I.N.I uygulanmıştır. Babaların cevaplamakta zorluk çektiği ya da cevapsız bıraktıkları demografik veri formundaki bazı maddeler yeniden revize edilmiştir. Anne katılımcıdan da veri formunu tamamlaması ve EPDS'yi doldurması istenmiştir. Soruların cevaplanması, formların ve nöropsikiyatrik görüşmenin tamamlanması 40±20 dk. sürmüştür, her ne kadar anne katılımcıların formları tamamlama süreleri daha kısa olsa da anne, baba ve bebeğin aynı odada bulunmalarının katılımcıların dikkat düzeylerinde azalmaya yol açtığı gözlemlenmiş olup tek tek odalara alınmaları gerekliliği tespit edilmiştir, bu durum uygulama süresinin artmasına günlük toplanan veri sayısının hedeflenenden az olmasına dolayısıyla araştırmanın planlanan tamamlanma süresinde uzamaya neden olmuştur.

3.7. Uygulama

2 haftalık-12 aylık bebeği olan babalar araştırmaya katılmaları için davet edilirken Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler sağlam çocuk ve yenidoğan polikliniklerinin karşısında bulunan aileler için ayrılmış aile eğitim odasında okunmuş ve onamları alınmıştır (Ek 4). Ankete rahat yanıt verebilmeleri için hastaların kimlik bilgileri alınmamıştır.

Baba katılımcılardan öncelikle birebir yüz yüze görüşme yöntemi ile baba katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini içeren 51 soruluk sosyodemografik veri formunun ardından kendini bildirim ölçeği olan 10 soruluk EPDS ve 21 soruluk BDS'yi tamamlamaları istenmiştir. Baba katılımcı veri formlarını tamamlarken araştırmacı da katılımcı ile aynı odada bulunmuştur. Katılımcıya anlayamadıkları soru olması durumunda araştırmacıya bildirmeleri, kendilerine

açıklama yapılacağı belirtilmiştir, araştırmacı katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlara müdahil olmamıştır. Baba katılımcıların sorulara daha rahat yanıt verebilmesi için anne ve bebeğinin aynı ortamda bulunmaması koşulu gözetilmiştir. Katılımcının sosdemografik veri formunu EPDS ve BDS'yi tamamlamalarının ardından DSM-IV versiyonuna göre tanımlanmış 17 alt başlıkta sunulmuş 1. eksen nöropsikiyatrik hastalıkların tespiti için klinisyen tarafından tam yapılandırılmış nöropsikiyatrik görüşme bu konuda eğitim almış, uygulamada deneyimli araştırmacı tarafından baba katılımcıların tümüne, EPDS'den ya da BDS'den aldıkları toplam puan bilinmeksizin uygulanmıştır. Baba katılımcılara ait formlar her bir katılımcıya özel dosyada muhafaza edilmiştir. Baba katılımcılarla yapılan görüşme sonlandıktan sonra eşleri olan 300 anne çalışmaya davet edilmiş, gönüllü olur formu okunarak onamları alınmış, aile eğitim odasında baba katılımcıyla aynı odada olmama koşulu gözetilerek anne katılımcılar için oluşturulmuş 40 soruluk sosyodemografik veri formunu tamamlamaları ardından eşi olan baba katılımcının depresyon durumuyla annenin depresyon durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için EPDS'yi cevaplamaları istenmiştir. Anne katılımcılara da anlayamadıkları soru olması halinde araştırmacıya bildirmeleri, kendilerine açıklama yapılacağı belirtilmiştir. Araştırmacı anne katılımcının yanıtlarına müdahil olmamıştır. Anne katılımcılara BDS ve M.I.N.I uygulanmamıştır. Her bir çiftin veri formu eşler için oluşturulmuş klasörlerde analiz işlemleri için korunmuştur.

Bütün anketlerin doldurulması ve yapılandırılmış klinik görüşmenin tamamlanması ortalama 80 ± 20 dakika sürmüştür. Uygulamada katılımcılar açısından zaman sınırı olmayıp formların eksiksiz doldurulması hedeflenmiştir. Araştırma günde ortalama 2-3 çifte uygulanarak tamamlanabilmiş, bu durum veri toplama süresinde uzamaya neden olmuştur. Toplam 300 çift çalışmaya katılmış olsa da dışlama kriterleri göz önüne alınarak, klinisyen tarafından yapılandırılmış nöropsikiyatrik görüşme sonrasında tanı alan 4 katılımcının ve kronik hastalığı nedeni ile ilaç kullanımı olan 1 katılımcının olmak üzere toplam 5 katılımcı çiftin verileri analiz dışı bırakılmıştır.

3.8. Çalışma Zaman Planı

Tablo 3.1. Çalışma Zaman Planı

İş Listesi	Aylara Göre İş Dağılımı														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Literatür taraması	X	X													
Araştırma planı önerisi	X	X													
Etik kurul başvurusu	X	X													
Gerekli izinlerin alınması			X	X	X										
Verilerin toplanması toplanması					X	X	X	X	X	X					
Verilerin analizi analizi											X	X	X		
Tez yazımı												X	X	X	X

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15 paket programı kullanılmıştır**.**

3.9.1 Sosyo-Demografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler için sayı ve yüzde dağılımı yapılmıştır, $p< 0,01$/ $p< 0,05$ olasılıkla değerlendirilmiştir

3.9.2. Ölçeğin Geçerlik Güvenirlik Analizleri

3.9.2.1. Geçerlik Analizleri

Çalışmamızda geçerlik; yapı geçerliği ve ölçüt bağımlı geçerlikle değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği analizleri için açımlayıcı faktör analizi ve KMO- Barlett test, ölçüt bağımlı geçerliği için ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Geçerlik Analizleri

Geçerlilik Yöntemi	Geçerlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler
Yapı Geçerliği	• Açımlayıcı faktör analizi • KMO-Barlett test
Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği	• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi

3.9.2.1.1. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek, örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

3.9.2.1.2. Ölçüt- Bağımlı Geçerlik

Geçerlik analizlerinden ölçüt geçerliği (Yurdabakan, 2008) uygulanmış olup EPDS'ye eş değer nitelikte bulunan BDS'nin aynı gruba uygulanmasından elde edilen puanlar arası korelasyonlar Pearson Momentler Çarpımı formülüyle hesaplanmıştır. Ayrıca klinisyen tarafından tam yapılandırılmış nöropsikiyatrik görüşme formu M.I.N.I uygulanarak tanı alan depresyonlu katılımcıların EPDS'den diğer katılıcılara oranla daha yüksek puanlar aldığı, EPDS'nin depresyon riskini araştırmada kullanılabilecek geçerli bir envanter olduğu tespit edilmiştir.

Ölçeğin içerik ve yapı geçerlikleri N.Engindeniz ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmış olup postpartum depresyon riskini tespit etmek amacıyla Türk kadınlarına uygulanan formun yapısı korunarak Türk erkeklerine uygulanmıştır. Yurt dışında EPDS'nin erkekler için geçerlik güvenirlik çalışmalarında kadınlara uygulanan EPDS formlarına sadık kalınmış olup erkeklere uygulanıldığında içerik ve yapı geçerliğini koruduğu ortaya konmuştur.

3.9.2.2. Güvenirlik analizleri

Çalışmamızda güvenirlik iç tutarlık yöntemleriyle değerlendirilmiştir. İç tutarlık yöntemlerinden madde istatistiği için pearson momentler çarpımı korelasyon analizi; yarı test güvenirliği için cronbach alpha, spearman-brown katsayıları, guttman split-half analizleri; cronbach alpha için ise cronbach alpha güvenirlik analizi yapılmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik Yöntemi **İç Tutarlık**	**Güvenirlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler**
Madde İstatistikleri	• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Düzeltilmiş Formülü (Point bi-serial) hesaplama
Yarı Test Güvenirliği	• Cronbach Alpha Katsayısı • Guttman Split-half • Spearman-Brown katsayıları
Cronbach Alpha Katsayısı	• Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi

3.9.2.2.1. Cronbach Alpha Çözümlemesi

Cronbach alpha çözümlemesi, madde toplam puan korelasyon tekniği, split-half ve spearman-brown güvenirlik katsayıları kullanılarak analiz edilmiştir

3.9.2.2.2. Madde İstatistikleri

Araştırmada EPDS'nin maddeleri için madde toplam puan korelasyon (point bi-serial) katsayısı hesaplanarak tek tek bütün maddelerin toplam ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir.

3.9.2.2.3. Yarı Test Güvenirlikleri

Araştırmada ölçeğin iki yarım test güvenirlik katsayılarını elde etmek için; Gutman Split-half güvenirlik katsayısı ölçeğin ilk ve son yarısı, Spearman-Brown güvenirlik katsayısı tek ve çift numaralar şeklinde ayırarak ve her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları her iki uygulama için hesaplanmıştır.

3.9.3. Roc Analizi

Geçerlik güvenirlik çalışması haricinde Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin Türk erkeklerinde kesme puanını hesaplayabilmek için ROC analizi yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etiği

- Araştırmanın etik kurul izni İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.08.2015 tarih ve 2154-GOA protokol numaralı karar numarası ile alınmıştır (Ek 1).
- Ayrıca DEUTF pediatri ana bilim dalından da çalışmanın sağlam çocuk ve yenidoğan polikliniklerinde yapılabilmesi için izin alınmıştır (Ek 2).
- EPDS'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan N.Engindeniz ve ark.'dan Türkçe formun erkeklere uygulanabilmesi için izin alınmıştır (Ek 3).
- Gönüllülük esasına dayanan bu çalışma için her bir katılımcıya aydınlatılmış onam formu okunmuştur ve katılımcıların izinleri alınmıştır. (Ek 4).

4. BULGULAR

Çalışmamızın bulguları tanımlayıcı bulgular, analitik bulgular ve ölçek geçerliği-güvenirliği bulguları olmak üzere 3 ana başlık altında yer verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Çalışma Bulguları

Dahil olma ve hariç bırakılma kriterleri göz önünde bulundurulduğunda 5 katılımcıdan 2'si geçirilmiş majör depresif epizod, 2'si kronik depresif epizod (distimi) ölçütlerini karşılaması ve 1 katılımcı da tedavi gördüğü ve mevcut kronik hastalığı (Tip 1DM) nedeniyle çalışmadan çıkartılmış, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yeni doğan ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran 295 katılımcı ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin Türk erkeklerinde geçerlik güvenirlik çalışması tamamlanmıştır.

Katılımcıların %19,0'ı 19-25 yaş, %33,2'si 26-30yaş , %33,2'si 31-35 yaş ve %14,2'si 36 yaş ve üstünde olarak saptanmıştır (Tablo 5.). Yaş ortalaması 30,50± 4,9 yıl (min=20, maks=45) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %93,6'sı lise ve üzeri eğitime sahiptir. Katılımcıların tümü (%100) çalışıyor iken; memur olarak çalışanların oranı %45,1, özel sektörde çalışanların oranı %52,2 ve işçi olarak çalışanların oranı ise %2,7'dir. Katılımcıların %93,2'sinin sosyal güvencesi mevcutken, %6,8'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Katılımcılardan ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istenildiğinde %6,4'ü ekonomik durumunu çok iyi ve iyi düzeyde, %31,2'si orta düzeyde ve %62,4'ü ekonomik durumunu kötü ve çok kötü düzeyde olarak değerlendirmiştir. (Tablo 4.1)

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Dağılım Durumu

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Yaş Grupları		
19-25	56	19,0
26-30	98	33,2
31-35	98	33,2
36 yaş ve üzeri	43	14,6
Eğitim Düzeyleri		
İlk-ortaöğretim	19	6,4
Lise	92	31,2
Üniversite-yüksekokul	184	62,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	295	100
Çalışmıyor	0	0
Meslek		
Memur	133	45,1
Özel sektör	154	52,2
İşçi	8	2,7
Sosyal Güvence		
Var	275	93,2
Yok	20	6,8
Ekonomik Durum		
Çok iyi ve iyi	19	6,4
Orta	92	31,2
Kötü ve çok kötü	184	62,4
Toplam	295	100,0

Katılımcıların %99,7'sinde herhangi bir sağlık sorunu saptanmamıştır, yalnızca 1kişi (%0,3) disk hernisi tanısı almış olduğunu belirtmiştir, ayrıca katılımcıların hiç birinin sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Madde kullanım durumları sorguladığında %46,8'inin sadece sigara, %13,6'sının sigara ve alkol tüketimi olduğu, %39,7'si ise herhangi bir madde tüketiminin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Sorunu ve Madde Kulanım Durumuna Göre Dağılımları

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Sağlık Sorunu		
Var	1	0,3
Yok	294	99,7
Madde Kullanım Durumu		
Hiçbiri	117	39,7
Sadece Sigara	138	46,8
Sigara+Alkol/Diğerleri	40	13,6
Toplam	295	100,0

Katılımcıların evlilik hayatı sorgulandığında %20,3'ü görücü usulüyle, %79,7'si ise anlaşarak evlendiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların evlilik süreleri yıl olarak değerlendirildiğinde %39,3'ünün 1-2 yıl, %28,1'inin 3-4 yıl, %22,7'sinin 5-9 yıl, %9,8'inin ise 10 yıl ve üzeri olarak saptanmıştır. Katılımcıların %65,1'inin yalnızca 1 çocuğu varken, %35,9'unun ise çocuk sayısı 2 ve üzeridir. Katılımcıların %55,3'ü evde yaşayan kişi sayısını 3, %44,7'si ise 4 ve üzeri olarak belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Evlilik Özellikleri ve Dağılım Durumu

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Evlilik Şekli		
Görücü Usulü	60	20,3
Anlaşarak	235	79,7
Evlilik Süresi (yıl)		
1-2 yıl	116	39,3
3-4 yıl	83	28,1
5-9 yıl	67	22,7
10 yıl ve üzeri	29	9,8
Çocuk Sayısı		
1	192	65,1
2 ve üzeri	103	34,9
Evdeki Kişi Sayısı		
3	163	55,3
4 ve üzeri	132	44,7
Toplam	295	100,0

Katılımcıların %13,5'inin bebeği 1 aylık, %54,6'sının 2-6 aylık, %31,9'unun bebeği ise 7-9 aylıktı ve %54,6'sının kız bebeği, %45,4'ünün erkek bebeği dünyaya gelmişti. Katılımcılara gebeliğin planlı olup olmadığı sorulduğunda, %61,0'ı planlanan bir gebelik

olduğunu, %39,0'ı ise plansız bir gebelik olduğunu belirtti, bebeklerin %11,9'unun sağlık sorunu mevcutken, %88,1'inin ise herhangi bir sağlık sorunu olmadığını beyan etmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Çocuklarının Özellikleri ve Dağılım Durumu

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Bebeğin Yaşı		
1 aylık	40	13,5
2-6 aylık	161	54,6
7-12 aylık	94	31,9
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	161	54,6
Erkek	134	45,4
Gebelik Planlaması		
Planlı	180	61,0
Plansız	115	39,0
Bebeğin Sağlık Sorunu		
Var	35	11,9
Yok	260	88,1
Toplam	295	100,0

Katılımcıların %1,7'si geçmişte depresyona benzer duygu durum değişikliği yaşadığını, birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü sorgulandığında ise %6,4'ü yakınlarında depresyon öyküsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların eşleri postpartum depresyon riski açısından EPDS ile değerlendirildiğinde %9,8 katılımcının eşi riskli saptanmıştır. Katılımcıların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puan ve depresyon risk durumu değerlendirildiğinde %9,8 katılımcı riskli olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Depresyon Açısından Özellikleri ve Dağılım Durumu

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Depresyon Öyküsü		
Var	5	1,7
Yok	290	98,3
Eşlerinin Edinburgh Ölçeğine Göre Depresyon Risk Durumu		
Var (≥13puan)	29	9,8
Yok (< 13puan)	266	90,2
Akrabalarında Depresyon Öyküsü		
Var	19	6,4
Yok	276	93,6
Toplam	295	100,0

Tablo 4.6. Katılımcıların BDS ve M.I.N.I 'ye Göre Depresyon Durumu ve Dağılımları

Özellileri	n (sayı)	% (yüzde)
Katılımcıların Beck Depreyon Ölçeğine Göre Risk Durumu		
Var (0-17puan)	15	71,9
Yok(18-63puan)	280	23,4
MINI Depresyon Durumu		
Var	12	4,1
Yok	283	95,9
Toplam	295	100,0

4.2. Analitik Çalışma Bulguları

4.2.1. Katılımcıların Bazı Değişkenler Açısından Paternal Postpartum Depresyon Durumları

Katılımcıların yaş gruplarına göre depresyon durumları değerlendirildiğinde, 36 yaş ve üzeri grupta (%11,5) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda depresyon görülmüş olup yaş değişkeni ile depresyon arasında fark istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p= 0,044).

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre depresyon durumları değerlendirildiğinde eğitim düzeyi ilk-orta öğretim olan grupta (%15,8) daha yüksek oranda depresyon görülmüş olup eğitim düzeyi ile depresyon değişkeni arasında fark istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,023).

Sosyal güvencesi olan gurupta (%15,9) sosyal güvencesi olmayan gruba göre depresyon görülme durumu daha yüksek olup, sosyal güvence değişkeni ile depresyon arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0,04) .

Ekonomik durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendiren katılımcı grubunda (%18,2) diğer ekonomik düzeydeki katılımcılara göre daha yüksek oranda depresyon görülmüş olup ekonomik düzey ile depresyon arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,002).

Katılımcıların evlilik şekli sorgulandığında görücü usulü ile evlendiğini beyan edenlerde (%11,7) anlaşarak evlendiğini beyan edenlere göre daha yüksek oranda depresyon tespit edilmiş olup evlilik şekli değişkeniyle depresyon arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,004).

Katılımcıların evlilik süresi sorgulandığında 10 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu beyan eden gruptaki katılımcılarda (%13,8) diğer katılımcılara göre daha yüksek oranda depresyon

saptanmış olup evlilik süresi değişkeni ile depresyon arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,020).

2 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan katılımcılarda (%7,8) daha çok sayıda depresyon saptanmış olup çocuk sayısı ve depresyon değişkenleri arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (p= 0,023).Benzer şekilde evde birlikte yaşanılan kişi sayısı artıkça 4 ve üzeri sayıda kişiyle aynı evi paylaştığını beyan eden katılımcılarda (%7,6) daha yüksek oranda depresyon saptanmış olup evdeki kişi sayısı ile depresyon arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p= 0,006).

Öykü de daha önce depresyon geçirip geçirmediği sorguladığında daha önce depresyon geçirdiğini beyan eden katılımcılarda (%40,0) hiç depresyon geçirmediğini beyan edenlere göre daha yüksek oranda depresyon saptanmış olup öykü varlığı ile depresyon arasında istatiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (p= 0,014)

Eşlerinin depresyon risk durumu EPDS'ye göre yüksek tespit edilenlerde (%27,6) daha yüksek oranda depresyon saptanmış olup bu fark istatiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=0,000). Katılımcıların BDS'den aldıkları toplam puana göre depresyon açısından risk durumu yüksek olanlarda (%73,3) daha yüksek oranda depresyon tanısı konmuştur, bu fark istatiksel olarak anlamlı saptanmıştır(p= 0,000)

Tablo 4.7. Katılımcıların Bazı Değişkenler Açısından Depresyon Durumları

	M.I.N.I Tanısı		Toplam	p
	Depresyon Yok	Depresyon Var		
	% Sayı	% Sayı	% Sayı	
Yaş Grupları				,044*
19-25 yaş	98.2 (55)	1.8 (1)	19,0 (56)	
26-30 yaş	95,9 (94)	4,1 (4)	33,2 (98)	
31-35 yaş	98,0 (96)	2,0 (2)	33,2 (98)	
36 yaş ve üzeri	88,4 (38)	11,6 (5)	14,6 (43)	
Eğitim Düzeyleri				,023*
İlk-ortaöğretim	84,2 (16)	15,8 (3)	6,4 (19)	
Lise	95,7 (88)	4,3 (4)	31,2 (92)	
Üniversite-yüksekokul	97,3 (179)	2,7 (5)	62,4 (184)	
Sosyal Güvence				,04*
Var	85,0 (266)	15,0 (9)	93,2 (275)	
Yok	96,7 (17)	3,3 (3)	6,8 (20)	
Ekonomik Durumu				,002**
çok iyi ve iyi	96,2 (16)	3,8 (3)	6,4 (19)	
orta	97,6 (88)	2,4 (4)	31,2 (92)	
kötü ve çok kötü	81,8 (179)	18,2 (5)	62,4 (184)	
Evlilik Şekli				,004**
görücü usulü	88,3 (53)	11,7 (7)	20,3 (60)	
anlaşarak	97,9 (230)	2,1 (5)	79,7 (235)	
Evlilik Süresi(yıl)				,020*
1-2 yıl	98,3 (114)	1,7 (2)	39,3 (116)	
3-4 yıl	97,6 (81)	2,4 (2)	28,1 (83)	
5-9 yıl	94,0 (63)	6,0 (4)	22,7 (67)	
10 yıl ve üzeri	86,2 (25)	13,8 (4)	9,8 (29)	
Çocuk Sayısı				,023*
1	97,9 (188)	2,1 (4)	65,1 (192)	
2 ve üzeri	92,2 (95)	7,8 (8)	34,9 (103)	
Evdeki Kişi Sayısı				,006**
3	98,8 (161)	1,2 (2)	55,3 (163)	
4 ve üzeri	92,4 (122)	7,6 (10)	44,7 (132)	
Babanın Depresyon Öyküsü				,014**
var	60,0 (3)	40,0 (2)	1,7 (5)	
yok	96,6 (280)	3,4 (10)	98,3 (290)	
Eşlerinin depresyon durumu				,000**
risk var	72,4 (21)	27,6 (8)	9,8 (29)	
risk yok	98,5 (262)	1,5 (4)	90,2 (266)	
BDS'ye göre risk durumu				0,000**
risk var (0-17puan)	26,7 (4)	73,3 (11)	5,0 (15)	
risk yok(18-63puan)	99,6 (279)	0,04 (1)	95,0(280)	
Toplam	95,9 (283)	4,1 (12)	100 (295)	

4.3. Geçerlik Güvenirlik Bulguları

Çalışmamızda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik bulguları aşağıdaki yöntemler ve istatiksel analizler kullanılarak saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırmada Kullanılan Geçerlik Güvenirlik ve İstatiksel Analiz Yöntemleri

Geçerlik Yöntemleri	**Geçerlilik Yöntemi için Yapılan İstatistikler**
Yapı Geçerliği	• Açımlayıcı faktör analizi
Ölçüt/Bağımlı Geçerlik	
Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği	• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi
Güvenirlik Yöntemleri	**Güvenirlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler**
İç Tutarlık	
Madde Test Korelasyonları	• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Düzeltilmiş Formülü (Point bi-serial) hesaplama
Test Yarı Güvenirliği	• Guttman Split-half • Spearman-Brown katsayıları
Cronbach Alpha Katsayısı	• Cronbach Alpha Katsayısı

4.3.1. Geçerlik Bulguları

Bu çalışmada ölçeğin geçerliği, yapı ve ölçüt bağımlı geçerlikle sınanmıştır. Yapı geçerliği analizleri için açımlayıcı faktör analizi, ölçüt bağımlı geçerlik için ise eldeki ölçeğin puanları ile ölçüt olarak alınan diğer ölçeklerin puanları arasında pearson momentler çarpımı korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Geçerlik Analizleri

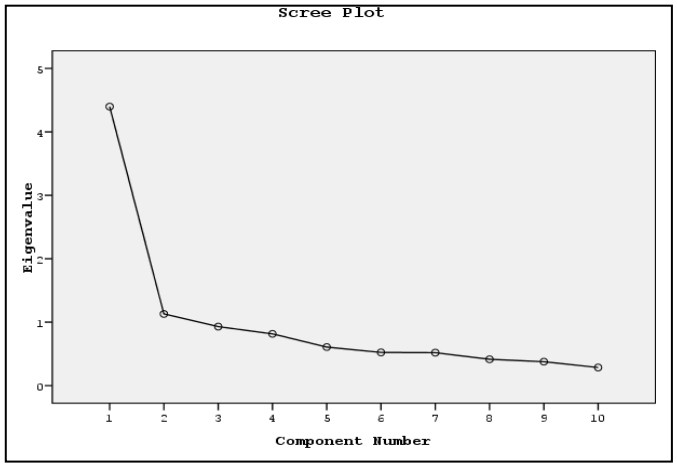
Geçerlik Yöntemi	**Geçerlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler**
Yapı Geçerliği	• Açımlayıcı faktör analizi • KMO-Barlett test
Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği	• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi

4.3.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek, örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,87 (çok iyi) olarak saptanmıştır. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini değerlendirmek amacıyla yapılan Barlett testi sonucu ($\chi 2$=1847.86 p=0,000) olarak saptanmış olup bu sonuç ileri düzeyde anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanılarak ölçeği oluşturan faktör yapısının açıklanmıştır daha sonra ortaya çıkan faktörlerin çalışmanın başında belirlenen teorik yapı ile uyumu değerlendirilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Açıklanan Toplam Varyans Analizi

Açıklanan toplam varyans						
Madde	Başlangıçtaki özdeğerler			Extraction sums of squared loadings		
	Toplam	Varyans yüzdesi (%)	Kümülatif %	Toplam	Varyans yüzdesi(%)	Kümülatif %
1	4,399	43,986	43,986	4,399	43,986	43,986
2	1,130	43,986	55,284	1,130	11,297	43,986
3	0,930	9,298	64,581			
4	0,815	8,153	72,734			
5	0,607	6,072	78,807			
6	0,523	5,230	84,036			
7	0,519	5,192	89,228			
8	0,415	4,150	93,378			
9	0,377	3,769	97,146			
10	0,285	2,854	100,000			



Şekil 4.1. Faktör analizi sonuçlarının scree plot değerleri.

Geçerlik güvenirlik çalışmamız da ölçeğin orjinal yapısı korunmakla birlikte faktör analizi varimax rotasyon yöntemiyle yapılmıştır. Döndürülmüş bileşenler matrisi sonucunda 10 maddelik ölçek, orijinal yapısına benzer şekilde "depresyon" (Faktör1;F1) ve "anksiyete" (Faktör2;F2) olmak üzere iki alt boyutlu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda 5.madde" İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum" depresyon boyutunda ve 6.madde "her şey giderek sırtıma yükleniyor" hem depresyon hem de anksiyete alt boyutları olmak üzere iki faktörde yer almıştır. Madde 6'nın faktör yük değeri "depresyon" alt boyutunda 0,361 ve "anksiyete" alt boyutunda 0,389 olarak bulunmuştur. Aşağıdaki tabloda döndürülmüş bileşenler matrisi ve faktör yük değerleri verilmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

BİLEŞENLER MATRİSİ	**Bileşenler**	
	Faktör 1	**Faktör 2**
Madde 10 Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu	0,889	
Madde 9 Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum	0,848	
Madde 8 Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	0,889	
Madde 7 Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum	0,742	
Madde 5 İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	0,717	
Madde 1 Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	0,591	
Madde 2 Geleceğe hevesle bakıyorum.	0,590	
Madde 3 Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum		0,804
Madde 4 Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum		0,754
Madde 6 Her şey giderek sırtıma yükleniyor.		0,389

Her bir faktör tarafından açıklanan varyans yüzdeleri F1 için % 43,9 ve F2 için % 11,2 olup, iki faktör tarfından toplam varyansın % 55,2'si açıklanmaktadır. Aşağıdaki tabloda her bir maddenin yer aldığı faktör, maddelerin faktör yükü, iki alt boyutun öz değeri ve her bir faktörün açıkladığı varyans yüzdesi verilmektedir. (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. EPDS'nin Açıklayıcı Faktör Analizi

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Maddelerin Faktör Yükü	Özdeğer	Açıkladığı Varyans %
Depresyon (F1)	M1 Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	0,59	4,39	43,98
	M2 Geleceğe hevesle bakıyorum.	0,59		
	M5 İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	0,71		
	M7 Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	0,74		
	M8 Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum	0,88		
	M9 Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	0,84		
	M10 Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	0,88		
Ansiyete (F2)	M3 Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	0,80	1,13	11,29
	M4 Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	0,75		
	M6 Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	0,38		

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan her bir alt boyut (alt ölçek/alt test), kendi içinde madde–alt boyut toplam puan korelasyonları açısından değerlendirilmiştir. EPDS'nin alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla her bir madde açısından incelendiğinde "depresyon" alt boyutunda r= 0,62 - 0,79 aralığında olup "anksiyete" alt boyutundaki her madde için ise r= 0,64 – 0,77 arasında değişmektedir. Bu değerler istatiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p=0,000) bulunmuştur (Tablo 4.13).

Alt Boyutların Madde Analizi

Tablo 4.13. EPDS'nin Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Korelasyonları (n:295)

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	r	p
Depresyon (F1)	M1 Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	0,66	0,000
	M2 Geleceğe hevesle bakıyorum.	0,62	0,000
	M5 İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	0,78	0,000
	M7 Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	0,78	0,000
	M8 Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum	0,77	0,000
	M9 Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	0,75	0,000
	M10 Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	0,79	0,000
Ansiyete (F2)	M3 Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	0,77	0,000
	M4 Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	0,64	0,000
	M6 Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	0,74	0,000

Bu çalışmada her bir alt boyutun ölçeğin bütünü ile uyumuna bakmak için alt boyutların toplam puanı ile ölçeğin toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Korelasyon katsayıları sırasıyla F1 alt boyutu için r=0,78 ve F2 alt boyutu için ise r=0,92 olarak saptanmış ve bu değerler pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı (p=0,000) olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. EPDS'nin Alt Boyutları ile Toplam Puan Korelasyonları (n: 295)

Ölçek Alt Boyutları	Alt boyut Toplam Puan Korelasyonu	
	r	p
Depresyon (F1)	0,92	0,000
Anksiyete (F2)	0,78	0,000

4.3.1.2 Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Bulguları

Ölçüt bağımlı geçerlik yöntemleri yordama (kestrim) ve eş zamanlı benzer ölçekler geçerliği olmak üzere iki yöntemle yapılmakta olup bizim çalışmamızda eş zamanlı benzer ölçekler geçerliği yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmamızda ölçüt geçerliği depresyonu değerlendirebildiği daha önceki çalışmalarda gösterilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği ve Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I) ile değerlendirilmiştir.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığımız Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin alt boyutlarındaki madde sayısı, hangi maddelerin hangi alt boyutlarda yer aldıkları madde numaralarıyla, alt boyutlardan alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar, alt boyut puan ortalamaları standart sapma değerleri ile birlikte tablo tabloda sunulmuştur (Tablo 4.15, 4.16).

Tablo 4.15. EPDS'nin Alt Boyutları, Madde Özellikleri, En Düşük ve En Yüksek Puanları

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alınabilecek En Düşük Puan	Alınabilecek En Yüksek Puan
Depresyon Alt Boyutu	7	1,2,5,7,8,9,10	0	21
Anksiyete Alt Boyutu	3	3,4,6	0	9
Toplam Ölçek	**10**		**0**	**30**

Tablo 4.16. EPDS Anksiyete ve Depresyon Alt Grupları Puan Ortalaması

	EPDS depresyon alt boyut puanı	**EPDS anksiyete alt boyut puanı**
Ortalama±SD	8,160±4,343	6,422±3,316
Min	0	0
Max	9	21

Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan toplam puanlarla- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden alınan toplam puan arasında ve Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I) sonucu depresyon tanısı alma durumu ile- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasındaki korelasyon değerleri pearson momentler çarpımı korelasyon analiziyle hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği arasında yapılan pearson korelasyon analizinde yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r= 0,899; p= 0,001) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. BDS-EPDS Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

Beck Depresyon Ölçeği		**Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği**		**r**	**p**
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	,899	0,000
7,31	6,817	3,13	3,317		

Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği arasında yapılan pearson korelasyon analizinde de yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r= 0,717; p = 0,001) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. M.I.N.I-EPDS Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme		**Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği**		**r**	**p**
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,717	0,000
1,96	0,198	3,13	3,317		

4.3.2 Güvenirlik Bulguları

Çalışmamızda güvenirlik iç tutarlık yöntemleriyle değerlendirilmiştir. İç tutarlık yöntemlerinden madde istatistiği için pearson momentler çarpımı korelasyon analizi; yarı test güvenirliği için cronbach alpha, spearman- brown katsayıları, guttman split- half analizleri; cronbach alpha için ise cronbach alpha güvenirlik analizi yapılmıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik Yöntemi	**Güvenirlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler**
İç Tutarlık	
Madde Test İstatistikleri	• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Düzeltilmiş Formülü (Point bi-serial) hesaplama
Test Yarı Güvenirliği	• Guttman Split-half • Spearman-Brown katsayıları
Cronbach Alpha Katsayısı	• Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi

4.3.2.1 İç Tutarlık Analiz Bulguları

Yapılan ölçek güvenirlik analizlerinde Split half Spearman-Brown değeri 0,77 Cronbach's alpha 0,83 olarak bulunmuştur. Her iki değerde istatiksel açıdan anlamlı p=0,00 olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada ölçeğinin her bir maddenin çıkarılması durumunda hesaplanan cronbach alpha değerlerinin 0,80 ile 0,83 arasında değiştiği ve toplam iç tutarlılığın yüksek olduğu (cronbach alfa= 0,83) saptanmıştır. (Tablo 4.20).

Ölçeğin alt boyutlarında da hesaplanan cronbach alpha değerlerinin 0,66 ile 0,78 arasında değiştiği ve toplam iç tutarlılığın çok yüksek olduğu (cronbach alfa= 0,83) görülmüştür. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin iç tutarlılığını değerlendirilen cronbach alfa güvenirlik katsayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir. (Tablo 4.21).

Tablo 4.20. EPDS Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri

EPDS Ölçek Alt Maddeleri	Madde silindiğinde ölçek aritmetik ortalaması	Madde silindiğinde cronbach alfa değeri
M1 Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	3,02	0,81
M2 Geleceğe hevesle bakıyorum.	3,00	0,81
M5 İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	2,37	0,83
M7 Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	2,77	0,83
M8 Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum	2,86	0,80
M9 Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.	2,42	0,82
M10 Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	2,85	0,80
M3 Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.	2,85	0,80
M4 Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.	3,00	0,80
M6 Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	3,03	0,80

Tablo 4.21. EPDS Alt Boyutları için Güvenilirlik Katsayıları

Alt Boyutlar	Ölçek Cronbach α
Depresyon (F1)	0,66
Ankisyete (F2)	0,78
Toplam Ölçek	0,83

4.4. Kesme (cut-off) Puanının Hesaplanması ile İlgili Bulgular

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni oluşturan maddelerin ortalamaları, standart sapma ve min-max dağılımları hesaplanmıştır.(Tablo 4.22).Katılımcıların verdiği cevaplar % değerleriyle birlikte incelenmiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.22. EPDS'nin Madde Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları

Maddeler	Minimum	Maximum	X	SS
Madde 1	0	2	,11	,347
Madde 2	0	2	,13	,11
Madde 3	0	3	,76	,13
Madde 4	0	3	,36	,76
Madde 5	0	3	,27	,36
Madde 6	0	3	,72	,27
Madde 7	0	3	,28	,55
Madde 8	0	3	,28	,53
Madde 9	0	3	,13	,41
Madde 10	0	3	0,10	,35

Tablo 4.23. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ne Katılımcıların Verdiği Cevaplar

	0		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	265	89,8	27	9,2	3	1,0	0	0
2 Geleceğe hevesle bakıyorum.	263	89,2	26	8,8	6	2,0	0	0
3 Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum	106	35,9	127	53,2	29	9,8	3	1,0
4 Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum	203	68,8	79	26,8	12	4,1	1	,3
5 İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.	230	78,0	54	18,3	7	2,4	4	1,4
6 Her şey giderek sırtıma yükleniyor.	126	42,7	131	44,4	34	11,5	4	1,4
7 Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.	227	76,9	56	19,0	10	3,4	2	0,7
8 Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.	223	75,6	64	21,7	6	2,0	2	0,7
9 Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum	264	89,5	26	8,8	3	1,0	2	0,7
10 Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.	269	91,2	23	7,8	2	,7	1	0,3

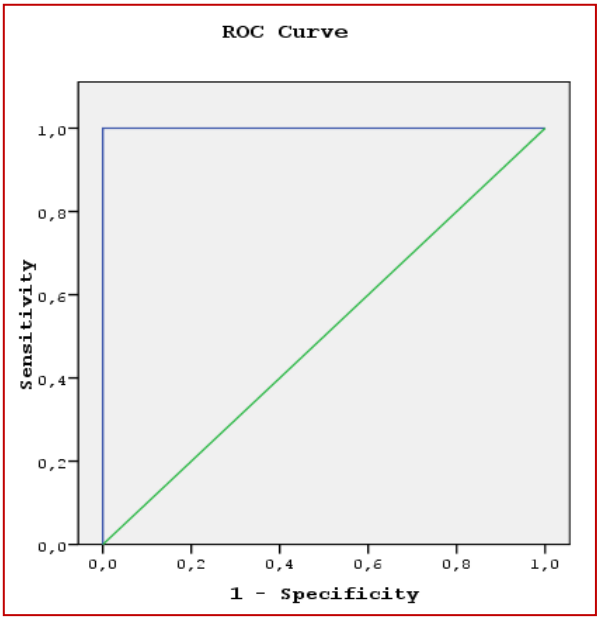
Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin kesme noktasının hesaplanmasında Roc analizi kullanılmıştır. Araştırmada 10 maddelik ölçek için 295 gözlem modele alınmıştır. Herbir puana karşılık gelen duyarlık özgüllük değerleri tespit edilmiş, her iki unsur için en ideal kesme puanı saptanmaya çalışılmıştır. (Tablo 4.24)

Tablo 4.24. EPDS Kesme Puan Değerleri ve Karşılık Gelen Özgüllük Duyarlılık Değerleri

EPDS Puanı	(Sensivite)	(1-Spesifite)
-1,00	1,00	1,00
-1,00	1,00	0,80
1,50	1,00	0,68
2,50	1,00	0,46
3,50	1,00	0,28
4,50	1,00	0,16
5,50	1,00	0,13
6,50	1,00	0,07
7,50	1,00	0,02
8,50	1,00	0,00
9,50	**1,00**	**0,00**
10,50	0,75	0,00
12,50	0,58	0,00
14,50	0,41	0,00
17,50	0,25	0,00
20,50	0,16	0,00
23,50	0,08	0,00
26,00	0,00	0,00

Kesme noktası 9/10 alındığında %95 (0,92-0,97) güven aralığında eğri altında kalan alan için p = 0,00 olarak bulunmuştur. (Şekil 4.2).

Tanı testinin major depresyon riskini saptama açısından mükemmel bir ayırım yeteneğine sahip olduğu görülmektedir.



Şekil 4.2. Araştırma Sonucunun Roc Eğrisi.

5. TARTIŞMA

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nin Türk erkeklerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması olarak yürütülen bu araştırma 295 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmanın örneklemini üniversite hastanesine Ağustos 2015 ve Mayıs 2016 tarihinde yenidoğan ve sağlam çocuk polikliniğine kontrol amacıyla başvuran aileler oluşturmuştur, katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmıştır. Araştırmanın kurgu aşamasında en yüksek sayıda katılımcıya erişilmesi planlanmış olup yurt dışındaki katılımcı sayılarındaki kısıtlılıklar göz önüne alınmış, çalışan babalara ulaşmada güçlük ve ebeveyn okullarının ülkemizde yaygın olmayışı nedeniyle yine yurt dışındaki çalışmalar dikkate alınarak üniversite hastanesinde yapılması planlanmıştır. Bu çalışmanın diğer çalışmalara oranla yüksek sayıda katılımcıyla tamamlanması çalışmanın evrenini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda babaların yaş ortalaması 30,50± 4,9 yıl (min=20, maks=45) olarak bulunmuş %65,1'inin ilk kez baba olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeylerine bakıldığında %93,6'sının lise ve üzeri eğitime sahip olduğu görülmektedir. Bu değerler Türkiye ortalamasının üzerinde olup Hwang ve arkadaşları tarafından 2012'de İsveç'te 262 katılımcıyla tamamladığı sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Hwang'in çalışmasında katılımcılar ebeveynlik okullarından seçilmiş olup yaş ortalaması 33,0 (min=20, maks=51), eğitim düzeyleri %95 oranında yüksekokul, %46'sının ilk kez baba olduğu tespit edilmiştir (127). Babaların bebekleri 3-30 ay aralığında olup bizim çalışmamızda bu değer aralığı 2 hafta-12 ay olarak sınırlandırılmıştır. Yurt dışında yapılan diğer çalışmalar doğum sonrası ortalama 6-8 haftalık bebeğe sahip olan katılımcılarla gerçekleştirilmiş olup paternal postpartum depresyon araştırmalarının daha geniş zaman dilimini kapsaması hatta doğumdan sonra 2 yıla kadar süreyi de içerecek şekilde tasarlanması önerilmiştir (127).

Bu çalışmada katılımcılardan ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istenildiğinde %6,4'ü ekonomik durumunu çok iyi ve iyi düzeyde, %31,2'si orta düzeyde ve %62,4'ü ekonomik durumunu kötü ve çok kötü düzeyde olarak değerlendirmiştir. Ekonomik durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendiren katılımcı grubunda (%18,2) diğer ekonomik düzeydeki katılımcılara göre daha yüksek oranda depresyon görülmüş olup Tran ve arkadaşlarının Vietnemlı 231 babayla yaptığı araştırmada %16,4 katılımcının çalışmadığı %79'unun gelir düzeyini orta ve düşük olduğu belirtilmiş çalışmamızdakine benzer şekilde

ekonomik durumu orta ve alt gelir olan grupta daha yüksek %17,8 oranda depresyon tespit edilmiştir (88).

Edmonson ve ark. tarafından İngiltere'de yapılan yapılan çalışmada ön çalışma yapılmış olup katılımcılara doldurmaları için EPDS ve araştırmada kullanacak oldukları diğer envanterler posta yolu ile önceden gönderilmiş bu envanterlerden belli bir puanın (ortalama 10 ve üzeri) üzerinde alanlara ortalama 4,8 hafta sonra yapılandırılmış klinik görüşme olarak (Diagnostic Interview Schedule IV (DIS-IV)uygulanmış, %10'unda (n=19) depresyon durumu tespit edilmiş olup katılımcıların EPDS puan ortalaması 14,79, standart sapma 3,41 olarak saptanmıştır (92). Araştırmamızda ön çalışma yapılmamış EPDS'den aldıkları puan bilinmeksizin katılımcıların tümü psikiyatrik görüşmeye alınmıştır. Ayrıca yapılandırılmış nöropsikiyatrik görüşme, katılımcıların EPDS ve diğer envanterleri doldurmalarının peşi sıra uygulanmış olup katılımcının duygu durumunda envanterler ve klinik görüşme arasında tutarlılığın sağlanması hedeflenmiştir. Yurt dışında yapılan araştırmalarda farklı yapılandırılmış nöropsikiyatrik görüşmeler kullanılmış olsa da çalışmamızda DSM IV'e göre 1.eksen nöropsikiyatrik hastalıkları en kapsamlı şekilde değerlendirebilmemizi ve kısa zamanda uygulanabilir olan M.I.N.I kullanılmıştır, %4,1 (n=12) oranında depresyon tanısı konmuştur. Çalışmamızda depresyon öyküsü olan (%1,7) ve eşlerinde EPDS'ye göre postpartum depresyon riski bulunanlarda (%9,8) daha yüksek oranda depresyon tespit edilmiş olup bu sonuç yurt dışındaki çalışmalarla uyum göstermektedir.

5.1. Geçerlik

5.1.1. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi)

Yapı geçerliği ölçeğin kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini ve ne derece doğru ölçtüğünü gösterir. Kuramsal yapı ya da kavramlar bir çerçeve içinde tanımlanır. Çeşitli yapı geçerliği sınama teknikleri olmakla birlikte en fazla kullanılan yaklaşım faktör analizidir. Faktör analizi ölçekteki maddelerin farklı alt boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Aralarında yüksek ilişki gösteren maddelerin öbekleşmesi ile toplam test puanını etkileyen temel boyutlar ortaya çıkar. Faktör analizi sonucunda altında değişkenler seti olan ve faktör olarak adlandırılan genel değişkenler oluşturulur (95,102,104,121)Bu çalışmada ölçeğin faktör yapısının

incelenmesinde açıklayıcı faktör analizi yöntemlerinden Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Örneklem büyüklüğünün yeterliliği faktör analizinin uygulanabilmesi için önemli bir kriterdir. Kaiser Meyer Olkin (KMO) faktör analizinde örneklem yeterliliği ölçütü olarak kullanılan bir indekstir (104,108). Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek için açıklayıcı faktör analizi yapıldı. On madde ile yapılan faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi yapılmıştır. KMO değeri; 0.90-1.00 ise mükemmel, 0.80-0.90 arasında çok iyi, 0.70-0.79 iyi, 0.60-0.69 arasında orta, 0.50-0.59 arasında zayıf, 0.50'nin altında kabul edilemez olarak değerlendirilir (94). Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nde Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısının 0,87 olması bu çalışmadaki 300 katılımcıdan oluşan örneklemin faktör analizi için yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Örneklem sayısının yeterli olmaması durumunda çalışma sonuçlarının topluma genellenemeyeceği ve elde edilen sonuçların güvenirliklerinin farklı yöntemlerle desteklenmesi, daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Nitekim EPDS'nin geçerlik ve güvenirliğinin sınandığı yurtdışı çalışmalarından 2010 yılında Birleşik Devletlerde Edmandson ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada 189 baba katılımcı ile araştırma tamamlanmış olup sonuçların topluma genellenemeyeceği, geçerlik güvenirlik analizleri için örneklem sayısının artırılması gerekliliği vurgulanmıştır (92).

Matthey ve arkadaşlarının 2001 yılında Avustralya'da 291 baba ile gerçekleştirmiş olduğu çalışmanın örneklem sayısı ise bizim çalışmamıza en yakın örneklem sayısı olup her iki çalışmanın sonuçları birbirini destekler niteliktedir (91).

Hwang ve arkadaşlarının 2013 yılında İsveç'te yapmış oldukları geçerlik güvenirlik çalışması ise 262 katılımcıyla tamamlanmıştır. Hedeflenen baba katılımcı sayısına ulaşmada belirtilen güçlükler içerisinde en büyük pay baba katılımcıların çalışıyor olması nedeni ile araştırmayı tamamlayamaması ve bu nedenle çalışma dışı bırakılması gösterilmiştir (127). Bu nedenle babalara ulaşmada yeterli örneklem sayısını elde etmede farklı yollara başvurulmuştur. Çalışmalardaki katılımcıların çoğu ebeveynlik okullarına başvuranlar arasından yahut belli bir miktar ödeme karşılığında çalışmaya katılmayı kabul etmiş kişilerden oluşmuştur (91,127). En yüksek katılımcı sayısıyla tamamlanmış bir araştırmaya Lee ve ark.'larının 2009 yılında Hong Kong'da üniversite hastanesinin kadın doğum bölümünde

doğum sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden 551 katılımcıyla tamamlanmış çalışma örnek gösterilebilir (128). Bu çalışma gönüllülük esasına dayanmış olup katılımcılara herhangi bir ödeme yapılmamıştır. Türkiye'de ebeveynlik okullarının yaygın bir şekilde bulunmaması ve buradan sağlanabilecek örneklem sayısının kısıtlı olabileceği öngörülerek evrenimizi yurt dışında yapılan diğer araştırmalara benzer şekilde hastaneye başvuranlar oluşturmuştur (92,127,128).

Sonuç olarak çalışmamızdaki örneklem sayısının diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında çok iyi düzeyde olduğu sonucuna varılabilir.

Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmede, örneklem yeterliliğinin yanı sıra ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matriksinin anlamlılığını belirleyen Barlett's Sphericity Test değerlendirilir (104,108). Faktör analizi ile ortaya çıkan faktörler yalnızca ölçek geliştirmenin kavram çatısını kurma aşamasında belirlenen teorik yapı ile uyumlu olduğu durumlarda anlam taşır ve ölçeğin yapı geçerliğini onaylar. Eğer uyumlu değilse analizin kullanımı veya ölçeğin kavramsal yapısının tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir (106,116). Faktör analizinde evrendeki dağılımın normal olması gerekmektedir. Bu varsayım bütün değişkenler ve değişkenlerin bütün doğrusal kombinasyonları içindir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği Barlett testi ile test edilmektedir (94). Bu çalışmada Barlett's Sphericity Test sonucunun ileri düzeyde anlamlı olduğu ([1847,86 ($p < .01$)]) saptanmış olup ölçeğin faktör analizine uygun olduğu söylenebilir.

Tran ve ark.'larının 2011 yılında Vietnamlı 231 katılımcıyla EPDS, PHQ-12, Zung SAS, SCID envanterlerini kullanarak tamamladıkları çalışma sonucunda bazı maddelerin "madde 6" ve "madde10" faktör yükü saptanamamıştır, bu nedenle ölçekteki bazı kavramsal yapıların tekrar gözden geçirilmesi önerilmiştir (88). Benzer şekilde Hwang ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada da "madde 6"nın faktör yükü saptanamamıştır (127). Çalışmamızda ise Tran ve ark.'ları tarafından faktör yükü saptanamayan "madde 6"nın faktör yükü saptanabilmiş olmasına rağmen "madde 6" her iki faktör altında yer almıştır. Bu çalışmada "madde 6"nın anksiyete (F2) alt boyutunda daha yüksek bir faktör yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir.

Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede özdeğer (eigen value) katsayısı kullanılır. Çalışmamızda faktör sayısı Cox ve ark.'larıyla uyumlu şekilde iki olarak belirlenmiştir (7). Ayrıca çalışmamızda

ölçek maddelerinin en uygun olarak toplandığı iki faktörün özdeğerleri F1 için 1,13 ve F2 için 4,39 olup her iki özdeğer de 1'in üzerindedir. Her bir faktör tarafından açıklanan varyans ise 11,2 ile 43,9 arasında olup, iki faktörün toplam varyansın %55,2'sini açıkladığı saptanmıştır. Önemli faktörlerin açıkladıkları ortak faktör varyansın 1,00 (%100)'e yakın ya da 0,66 (%66)'nın üzerinde olmasının iyi bir sonuç olduğu, ancak uygulamada bunu karşılamanın zor olduğu bildirilmektedir (104). Elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı o kadar güçlü olmaktadır. Ancak %40 ile %60 arasındaki varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (98). Bu çalışmada açıklanan toplam varyansın % 55,2 olması, ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğu görüşle uyumludur.

Maddelerin faktörlerle olan ilişkisi faktör yük değeri ile açıklanır (98,111). Bir maddenin kavramsal yapıyla ilgili olup olmadığına bakmak için o maddenin faktör yüküne bakmak gerekir (98). Faktör örüntüsünün oluşturulmasın da 0,30 ile 0,40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (94). Bazı kaynaklarda bu değer 0,35 olarak kabul edilmektedir (109). J.Cox 1987 tarafından geliştirilen 10 maddelik EPDS ölçeği "depresyon" ve "anksiyete" başlığı altında iki alt boyut olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin orijinal yapısında "depresyon" alt boyutunda sırasıyla 1,2,6,7,8,9,10 numaralı maddeler ve "anksiyete" alt boyutunda ise 3,4,5 numaralı maddeler yer almaktadır. N.Engindeniz ve ark.'larının 1997 de Türk kadınları için uyarlama çalışmaları ölçeğin orijinal yapısıyla benzerlik göstermiş maddeler orijinal yapıdaki iki boyut altında yer almıştır (125).

Çalışmamızda verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanılarak ölçeği oluşturan faktör yapısının açıklanması istenmiştir. Daha sonra ortaya çıkan faktörlerin çalışmanın başında belirlenen teorik yapı ile uyumu değerlendirilmiştir. Geçerlik güvenirlik çalışmamız da ölçeğin orijinal yapısı korunmakla birlikte uygulama aşamasından sonra faktör analizi sonucunda 10 maddenin ölçeğin orijinal yapısına benzer şekilde depresyon ve anksiyete olmak üzere 2 alt boyutta toplandığı sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda 5. madde" İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum" ölçeğin J.Cox 1987 ve Engindeniz .ark (1997)'ının belirtmiş oldukları anksiyete alt boyutu yerine depresyon boyutunda yer almıştır. 6. madde "Her şey giderek sırtıma yükleniyor" maddesi birçok çalışmada depresyon alt boyutunda yer alsa da bizim çalışmamızda iki alt boyutta; hem depresyon hem de anksiyete alt boyutunda yer almıştır. Bu çalışmada 6.maddenin faktör yük değeri "depresyon" alt boyutunda 0,361 ve

“anksiyete” alt boyutunda 0,389 olarak bulunmuştur, her ne kadar iki alt boyutta faktör yük değeri 0,40’ın altında kalmış olsa da iki faktör yük değerinin arasındaki farkın 0,10 dan büyük olması sebebiyle madde 6 çıkartılmamıştır; toplam madde sayısında orijinal yapıya sadık kalınmak istenmiştir. Çalışmamızda ayrıca iç tutarlık analizinde madde 6 silindiğinde cronbach α değerinin aynı alt boyuttaki madde 3 ve madde 4 silindiğinde hesaplanan cronbach α değeri sonuçları ile benzerlik göstermesi bu maddenin ölçeğin yapısında önemli bir madde olarak yer aldığını, bu nedenle “madde 6”nın ölçekte yer alması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Maddelerin kültürler arası çalışmalarda beklenilenden farklı alt boyutlarda yer alması mümkündür, toplumdan topluma bazı maddelerin hiç işlemediği hatta farklı alt boyutlarda yapıya dahil edilmesi gerekliliği saptanırken bu durum birden fazla geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ihtiyacını doğurmaktadır. Nitekim Hwang ve ark.’larının İsveç’te yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde Tran ve ark.’larının Vietnam’da yapmış oldukları çalışmada “madde 6” için farklı şekilde sorulması önerilmiş mevcut haliyle işlemediği belirtilmiştir (127). Edmandson ve ark.’larının 2010’da İngiltere’de tamamladıkları çalışmalarda da bizim çalışmamızdakine benzer şekilde ölçek iki alt boyutlu olarak değerlendirilmiştir (92).

5.1.2. Madde- Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan her bir alt boyut (alt ölçek/alt test), kendi içinde madde-alt boyut toplam puan korelasyonları açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ölçek için tüm alt boyutlarda madde- alt boyut toplam puan korelasyon katsayıları >0,62 olup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Bu sonuç, alt boyutları oluşturan maddelerin alt boyuta ait teorik yapı ile korelasyonunun anlamlı düzeyde olduğunu destekler niteliktedir. Alt boyutları bulunan bir ölçüm aracında madde analizleri, her bir alt boyut toplam puanı ile bu ölçeğe ait maddeler arasında yapılmaktadır (98). Bu çalışmada EPDS’nin alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla, “depresyon” alt boyutunda 0,62-0,79, ‘anksiyete’alt boyutunda 0,64-0,77 arasında değişmektedir ve bu değerler istatiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p<0, 00) bulunmuştur. Ölçeğin pearson korelasyon katsayısı değerleri göz önüne alındığında maddelerin tüm alt boyutlarda kendi içinde benzer özellikleri ölçtüğü, her bir madde puanının toplam puana hizmet ettiği söylenebilir.

5.1.3. Alt Boyut-Toplam Puan Korelasyonu

Alt boyut puanları ile toplam test puanları arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları iç tutarlılık göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (121). Matthey ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada ise madde- toplam puan korelasyonu r=0,45-0,65 aralığında saptanmıştır. Bu çalışmada ise her bir alt boyutun ölçeğin bütünü ile uyumuna bakmak için, alt boyutların toplam puanı ile ölçeğin toplam puan korelasyonları incelendiğinde korelasyon katsayılarının r= 0,78-0,92 aralığında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde oldukları saptanmıştır, bu sebeple ölçek alt boyutları ile ölçek arasında tutarlılık vardır sonucuna ulaşılabilir.

5.1.4. Ölçüt Geçerliği

Ölçüt geçerliğinde geliştirilen ölçme aracı puanları ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliği yüksek olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı puanları arasında korelasyon katsayıları karşılaştırılır, burada yapılmak istenen ölçüm aracı ile başka bir ölçüt arasında ilişki kurmaktır. Ölçüte bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır (102).

Ölçüt bağımlı geçerlik yöntemleri yordama (kestrim) ve eş zamanlı benzer ölçekler geçerliği olmak üzere iki yöntemle yapılmakta olup, bizim çalışmamızda eş zamanlı benzer ölçekler geçerlik yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla çalışmamızda ölçüt geçerliği depresyonu değerlendirebildiği daha önceki çalışmalarda gösterilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği, Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I)- Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. EPDS-BDS ve EPDS-M.I.N.I arasındaki korelasyon pearson momentler çarpımı korelasyon analiziyle incelenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği arasında yapılan pearson korelasyon analizinde yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r= 0,899; p=0,001). Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği arasında yapılan pearson korelasyon analizinde de yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r= 0,717; p=0,001). Bu bulgular ölçeklerin birleşen geçerliğini gösterirken aynı zamanda EPDS'nin paternal postpartum depresyonu değerlendirmede kullanılabileceğini doğrulamaktadır.

Yurt dışında farklı çalışmalarda EPDS'nin depresyon açısından geçerlik ve güvenirlikleri kanıtlanmış farklı ölçeklerle olan korelasyonları istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Matthey ve ark. tarafından EPDS-CES D arasındaki Spearman Brown korelasyon katsayısı r=0,62 p<0,001, Lai ve ark.'larının yaptığı çalışmada EPDS-PHQ9 arasında korelasyon katsayısı r=0,78 p< 0,00 olarak bulunmuştur. Başka çalışmalarda benzer şekilde BDS, CES-D, PHQ12, HAD-A gibi envanterler de kullanılmıştır, ardından katılımcılara altın standart olarak yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmıştır.

Bu çalışmada Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM IV'e göre 1. eksen nöropsikiyatrik hastalıkların tanınmasında altın standart olarak kullanılan klinisyen tarafından tam yapılandırılmış kısaltılmış uluslararası nöropsikiyatrik görüşme (M.I.N.I) baba katılımcıların tümüne, EPDS'den almış oldukları toplam puan bilinmeksizin uygulanmış olup analizler sonucunda M.I.N.I'ye göre depresyon tanısı almış katılımcıların EPDS'den de ortalamaya göre yüksek puanlar almış oldukları saptanmıştır. Farklı çalışmalarda M.I.NI. (131.) yerine DIS, SCID, PRIME MD gibi altın standart yöntem olarak değerlendirilen yapılandırılmış klinik görüşmeler de kullanılmış olup bu çalışmada uygulama süresinin kısa olması ve DSM –IV'e göre 1. eksen nöropsikiyatrik rahatsızlıklar başlığı altından bulunan rahatsızlıkları diğer yapılandırılmış klinik görüşmelere göre daha kapsamlı ele alması nedeni ile tercih edilmiştir.

5.2. İç Tutarlılık

5.2.1. Cronbach Alfa

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek ve bir bütünü oluşturmak üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu, bunların bir bütün içinde bilinen ve birbirine eşit ağırlıkta sahip olduğu varsayımıdır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Bu nedenle alt ölçeklerin de güvenirliğinin hesaplanması önerilmektedir (95). Günümüzde en sık kullanılan yöntemlerden biri cronbach alfa katsayısıdır. Maddelerin varyansları toplamının genel varyansa ortalanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değer alan alfa katsayısıyla ölçekte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır (108).

Cronbach alfa katsayısının 1'e yakın olması tercih edilir. Bu değer <0 ,40 ise güvenilir değil; 0,40-0,59 arasında ise düşük güvenirlikte; 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir; 0,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (108). İlk kez geliştirilmiş bir ölçek için güvenirlik katsayısı olarak 0,70 yeterli iken, olgunlaştırılmış bir ölçek için katsayının 0,80'i aşması istenir (95,102).

Bu çalışmada ölçeğinin alt boyutlarında cronbach alfa katsayısının 0,80 ile 0,83 arasında saptanması ölçekte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturduklarını destekler niteliktedir, toplam ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğu (cronbach alfa= 0,83) söylenebilir.

Çalışmamızı destekler nitelikte Lai'nin yapmış olduğu çalışma da cronbach α= 0,87, Tran ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada 0,65, Hwang ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada 0,81, Matthey ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada da 0,81olarak bulunmuştur (91,127). Bu değerler bizim çalışmamamızdaki iç tutarlık katsayısıyla örtüşmektedir.

5.2.2. İki Yarım Test (Split-Half)

Ölçeğin güvenirliği iki yarım test yöntemiyle de sınanmıştır. Yarıya bölme, testin iç tutarlılığını ölçmekte yararlanılan bir yöntemdir. Likert ölçeklerde ve psikometrik testlerde bu yönteme başvurulabilir. Yarıya bölme güvenirlik katsayısı en az 0,70 olmalıdır (98). EPDS'nin iki yarım test güvenirlik analizi sonucuna göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon değeri 0,77 olarak belirlenmiştir bu değer ölçeğin birbiriyle tutarlı olarak, aynı şeyi ölçmekte ve birbiriyle yüksek ilişki gösterdiğini destekler niteliktedir. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılığının sağlandığı, ölçeğin birbiriyle tutarlı olarak, aynı şeyi ölçmekte ve birbiriyle yüksek ilişki gösterdiği sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada ölçeğin güvenirliği iki yarım test yöntemi kullanılarak da değerlendirilmiştir. İki yarım test güvenirlik (split half Spearman-Brown) analizi sonucuna göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon değeri (r= 0,77; p<0,00) olarak belirlenmiştir. Bu değer ölçeğin birbiriyle tutarlı olarak, aynı şeyi ölçmekte ve birbiriyle yüksek ilişki gösterdiğini destekler niteliktedir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda testin iki yarım test güvenirliği 0,81, bir başka çalışmada ise 0,84 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar da bizim çalışmamızdaki sonuçları

desteklemekte, ölçeğin birbiriyle tutarlı aynı şeyi ölçtüğü görüşünü güçlendirmektedir. (91,128)

5.3. ROC Analizi

Bir ölçeğin kesme puanı toplumdan topluma farklılık gösterebilmekte olup bunun en bilinen örneklerinde birisi de tüm dünyada yaygın olarak postpartum depresyon riskini tespit etmeye yönelik kullanılması önerilen Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'dir. Bugüne kadar pek çok farklı toplumda kadınlar için postpartum depresyonu tarama ölçeği olarak kullanılmış olup her toplum için farklı bir kesme noktası saptanmıştır. Barnett ve ark.'ları tarafından arap toplumu için 1999 yılında yapılan araştırmada kadınlar için kesme noktası 9/10 saptanmış (133), Vietnamlı kadınlar için 1997'de Glubash ve ark.'ları tarafından kesme noktası 11/12 olarak, Barnett ve ark.'ları tarafından yürütülen araştırmada kesme noktası İsveç kadınları için 9/10 olarak (133), Fransız kadınları için ise kesme noktası Wickberg ve ark.'ları tarafından 11/15 olarak (127), Çinli kadınlar için Lee ve ark.'ları tarafından 1998'de yapılan araştırmada kesme noktası 6/7 olarak (128). Görüldüğü gibi EPDS kesme noktaları toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Benzer şekilde yurt dışında erkeklerde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarında toplumdan topluma EPDS kesme puanları da farklı saptanmıştır. Hwang Japon erkekleri için EPDS kesme noktasını >12 olarak, Tran Vietnemlı babalarda yürüttüğü çalışma da kesme noktasını 4/5 (88), Çinli babalarda yapılan çalışmada Lee EPDS kesme noktasını 10/11 (128), Avusturyalı babalarda ise Matthey ve ark.'larının kesme noktasını 9/10 olarak (91), Edmonson ve ark. ise Birleşmiş Krallık'ta erkekler için ölçeğin kesme noktasını 10 puan ve üzeri olarak saptamışlardır (92). Erkekler için saptanan kesme puanlarının o toplumdaki kadınlar için hesaplanmış olan EPDS kesme değerlerine göre 1-2 puan daha düşük olduğu görülmektedir. 295 katılımcıyla tamamlanan bu araştırmada Türk erkekleri için EPDS kesme noktası %95 güven aralığında 9/10 olarak alındığında postpartum depresyonu tespit etmede istatiksel olarak anlamlı $p<0,00$ bulunmuştur. Çalışmamızda Türk erkekleri için saptanan kesme noktası literatürde bu konuda yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir.

6. SONUÇLAR

6.1. Geçerlik Sonuçları

6.1.1. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi) Sonuçları

Edinburgh Postpartumm Depresyon Ölçeği'nde Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısının 0,87 olması bu çalışmadaki örneklemin faktör analizi için yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu değerlendiren Barlett's Sphericity Test sonuçlarının ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. ($\chi 2$=1847,86 p=0,000). Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra Temel Bileşenler Analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanılarak ölçeği oluşturan faktör yapısının açıklanması istenmiştir.

Ölçeğin açıklanan orijinal yapısıyla örtüşen şekilde faktör analizi ile maddelerin "depresyon" ve " anksiyete" olmak üzere 2 faktör (alt boyutlar) altında toplandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda ölçeğin orijinal halinde "anksiyete" alt boyutunda tanımlanan 5.madde" İyi bir nedeni olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum" "depresyon" at boyutunda yer almıştır ve ölçeğin orijinal yapısında "depresyon" alt boyutunda yer alan 6.madde "her şey giderek sırtıma yükleniyor" bu çalışmada hem depresyon hem de anksiyete alt boyutları olmak üzere iki faktörde yer almıştır. Madde 6'nın faktör yük değeri "depresyon" alt boyutunda 0,361 ve "anksiyete" alt boyutunda 0,389 olarak bulunmuştur.

Ölçekteki her bir faktörün özdeğeri (eigenvalue) 1'in üzerinde bulunmuştur. Madde faktör yük değerlerinin 0,30'ten yüksek yeterli faktör yüküne sahip olduğu belirlenmiştir. Açıklanan toplam varyans her iki ölçek için yaklaşık %55,2'dir.

6.1.1.1. Madde Analizi İle İlgili Sonuçlar

Ölçekteki maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayıları incelendiğinde "depresyon" alt boyutundaki maddeler için madde-toplam puan korelasyonu= 0,62 - 0,79 aralığında, "anksiyete" alt boyutundaki her madde için ise r= 0,64 – 0,77 arasında saptanmıştır. Bu değerler istatiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p=0,000) bulunmuştur.

6.1.1.2. Alt Boyutların Madde Analizi İle İlgili Sonuçlar

Alt boyutların toplam puanı ile ölçeğin toplam puan korelasyonları incelendiğinde korelasyon katsayıları F1 alt boyutu için r=0,78 ve F2 alt boyutu için ise r=0,92 olarak saptanmış ve bu değerler pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı (p=0,000) olarak değerlendirilmiştir.

6.1.2. Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Sonuçları

Çalışmamızda ölçüt geçerliği depresyonu değerlendirebildiği daha önceki çalışmalarda gösterilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği ve Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I) ile değerlendirilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği arasında yapılan pearson korelasyon analizinde yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r= 0,899; p= 0,001).

Kısaltılmış Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (M.I.N.I) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği arasında yapılan pearson korelasyon analizinde de yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (r= 0,717; p = 0,001).

6.2. Güvenirlik Sonuçları

6.2.1. İç Tutarlılık Analizi İle İlgili Sonuçlar

Yapılan ölçek güvenirlik analizlerinde Split half Spearman-Brown değeri 0,77 Cronbach's alpha 0,83 olarak bulunmuştur. Her iki değerde istatiksel açıdan anlamlı p=0,00 olarak değerlendirilmiştir.

6.3. ROC Analizi Sonuçları

Kesme noktası 9/10 alındığında %95 (0,92-0,97) güven aralığında eğri altında kalan alan için p = 0,00 olarak bulunmuştur**.**

Sonuç olarak Edinburgh Postpartumm Depresyon Ölçeği erkeklerin postpartum depresyon durumunu değerlendirmek üzere kullanılabilecek, Türk kültürüne ve günümüz uygulamalarına uygun, geçerli ve güvenirlik düzeyi yüksek bir araçtır.

7. ÖNERİLER

Bu çalışma ile "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği"nin Türk erkeklerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türk erkekleri için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu çalışma bulguları ile belirlenmiştir. Tüm sonuçlar doğrultusunda ölçeğin;

- Erkeklerde paternal postpartum depresyonu saptama için kullanılması,
- Ölçeğin farklı örneklem gruplarında kullanılması ve test edilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Depression: A Global Crisis. http:// www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_ 20 12.pdf (Erişim tarihi: 26.02.2016)
2. Depression. World Health Organization. http://www.who.int/topics/depression/en/ (Erişim tarihi: 20.02.2016)
3. Association D-AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Abrams LS, Curran L. Not just a middle-class affliction: crafting a social work research agenda on postpartum depression. Health Soc Work 2007;32(4):289-96.
5. Pilyoung K, Swain JE. Sad dads. Psychiatry 2007;4(2):35-47.
6. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth related paternal depression to the fore. Women and Birth 2008;21:65-70.
7. Cox JL, Holden JM. Detection of postnatal depression: Development of the 10 – item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry 1987: 150: 782–786
8. Pilyoung K, Swain JE. Sad dads. Psychiatry 2007;4(2):35-47.
9. Veskrna, L. (2010). Peripartum depression - does it occur in fathers and does it matter? JMH 7(4):420-430.
10. Beatrice PY, Lai a, Alan KL. Tang b, Dominic TS, Lee c, Alexander SK, Tony KH, Chung. Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. Psychiatry Research 2010:180, 80–85
11. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison, Y of item endorsement with their partners. Journal of Affective Disorders 2001:64, 175–184
12. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and cor- relates of mental disorders. Bulletin of World Health Organization, 78(4):413-426.
13. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Genava: Word Health Organization 2001; p. 30.

14. Piognone MP, Gaynes BN et al. Screen-Screening for depression in adults: summery of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 136:765-776.
15. WHO/Europe. Mental Health Data and Statistics. http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health /data-and-statistics (Erişim tarihi: 06.05.2016) 4.
16. World Bank Group of WHO. Out of the shadows: making mental health a global development priority. WHO 20.04.2016
17. Küey L (1998) Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası,1:5-12.
18. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. (1998) Türkiye Ruh SağlığıProfili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
19. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. Turkish Journal of Psychiatry 2014. 10.
20. Güleç C (1981) Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konuda- ki tutumlar üzerine sağlık örgütlerininin etkisini araştıran bir çalışma. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
21. Yalvaç HD. Depresyonun epidemiyolojisi. Türkiye klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2012;5(2):7-13. 12.
22. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Derg 2006;16(1): 21-6
23. Levenson JL, ed. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing: Washington, 2005.
24. Doğan O (2000) Depresyonun epidemiyolojisi, Duygudurum Dizisi, 1: 29-38.
25. Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri dünyası. Depresyon 1. Cilt: 2, Sayı: 1 Yıl: 1998.
26. Bayraktar E, Sağlığı R. Depresyonun Biyokimyası-Depresyon Monografları Serisi 4. E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993; 157-174.
27. Ceylan E, Albay E. Nörotransmitterler ve Depresyon. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1988.

28. Çevik A, Vokan V. Depresyonun Psikodanimak Etiyolojisi. Depresyon Monografları Serisi 3. E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993; 109-122.
29. Doğan O. Depresyonun Etiyolojisi. Depresyon. M. Bekaroğlu (Ed). İnkilap Matbaacılık, Trabzon, 1995
30. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografları Serisi 4. E. Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993; 175-200.
31. Balcıoğlı İ, İ.Ü. Cerrahpşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 19-28.
32. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. Depress Anxiety 2007;24(4):256-63. 19.
33. Erol A, Ersoy B, Mete L. Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(1):1-6. 20.
34. Toros F. Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. Turkiye Klinikleri J Psychiatry 2002;3(2):75-9. 21.
35. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. Am J Psychiatry 1999;156(6):837-41. 22.
36. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry 2003;4:208-19.
37. Durukan E, İlhan M, Bumin MA, Aycan S. 2hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. Balkan Med J 2011;28:385-93.
38. Najim H, Omer AA. Sociodemographic and clinical features of patients with depressive disorder in Khartoum, Sudan. Psychiatr Danub 2015;27 Suppl 1:S240-2.
39. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life. a comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. Br J Psychiatry 1995;167(5):649-52.
40. Eneç Can FN, Aydemir İ, Dağdeviren N, Set T, Aktürk Z. Ailesel faktörler depresyonda ne kadar etkili? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2005;9(1):15-9.
41. Jylha P, Isometsa E. The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. Depress Anxiety 2006;23(5):281-9.
42. South P, Matheny SC, Lewis EL. Current Diagnosis & Treatment Family Medicine. 3rded. McGraw Hill.

43. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). J Affect Disord 2000;59(2):127-3.
44. Kroll LE, Müters S, Lampert T. Unemployment and health: an overview of current research results and data from the 2010 and 2012 German Health Update. 2016;59(2):228-37. 37.
45. Güleç M, Bakir B, Ozer M, Uçar M, Kiliç S, Hasde M. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. Psychiatry Research 2005;134(3):281-6. 38.
46. Pacek LR, Martins SS, Crum RM. Bidirectional relationships between alcohol, cannabis, cooccurring alcohol and cannabis use disorder first postpartum year: the risk profile of a community sample. Public Health Nurs 2007;24(2):176-83. 13.
47. Team DG. UMHS Depression Guideline Update. August 2011.
48. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. Archives of General Psychiatry 1999;56(12): 1109-15.
49. Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D, et al. Adult depression in primary care. Institute for Clinical Systems Improvement. Updated September 2013.
50. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006;166:231421. 5.
51. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5thed. Washington, DC/London, England: 2013.
52. WHO ve WONCA Dünya Aile Hekimleri Birliği Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara yaklaşım bildirgesi 2008.
53. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Depression. 2nded. 2010.
54. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. Duygu Durum Dizisi 2000; 2:64-70.
55. Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2010;202(1):5-14. 9.

56. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during after pregnancies ending in live births. Am J Psychiatry 2007;164(10):1515-20. 10.
57. Evins GG, Theofrastous JP.Postpartum depression: A review of postpartum screening. Prim Care Update Ob/Gyns,1997; 4: 241-6.
58. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP ve ark. Population- Based Screening for Postpartum Depression. Obstet Gynecol,1999; 93: 654-7.
59. İnandı T, Elci OC, Öztürk A ve ark. Risk factors for depression in postnatal firt year, in eastern Turkey. Int J Epidemiol,2002; 33: 1201-7.
60. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. Duygu Durum Dizisi 2000; 2:64-70.
61. M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Can J Psychiatry 2004;49(11):726-35.
62. Danacı AE, Dinç G, Deveci A et al. Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and Cultural Aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37(3):125-129.
63. Nazareth I. Should Men Be Screened and treated for postnatal depression. Expert Reviews 2011;11:1-3. 9.
64. Goodman J. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health. Journal of Advanced Nursing 2004: 45(1): 2635.
65. Evins GG, Theofrastous JP.Postpartum depression: A review of postpartum screening. Prim Care Update Ob/Gyns,1997: 4: 241-6.
66. Escriba-Agüir V, Artazcoz L. Gender Differences in postpartum depression a longitudinal cohort study. J Epidemiol Community Health 2011;65(4):320-6. 4.
67. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A metaanalysis. Journal of the American Medical Association (JAMA) 2010; 303(19):1961-9.
68. Sarah J, Breese M. Postpartum depression in men, issues in mental health nursing. InTech 2012;33:445-57.
69. Wilson S, Durbin E. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors a meta-analytic review. Clinical Psychology Review 2010;30:167.

70. Goodman J. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health. Journal of Advanced Nursing 2004: 45(1): 2635.
71. Tuszyńska W, Nawra K. PPPD A review. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2014. 8.
72. Ramchandani P, Stein, A, O'Connor T, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology a population cohort S study. The Lancet 2005; 365: 2201-5.
73. Paulson J, Dauber S, Leiferman J. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. Pediatrics 2006;118:659-68.
74. Mann R, Gilbody S, Adamson J. Prevalence and incidence of postnatal depression: What can systematic reviews tell us?, Arch Womens Ment Health 2010;13(4):295-305. 14.
75. Madsen SA, Juhl T. Paternal depression in The postnatal period assessed with traditional and male depression scales. International Journal Mens Health Gender 2007;4: 26-31.
76. Beck CT. Predictors of postpartum depression. Nurs Res 2001;50:275-85.
77. Cantwell R, Cox JL. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. Curr Obstet Gynaecol 2003;13:7-13. 17.
78. Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomesis marital conflict the missing link?, Child Care Health Develpotion 2011;19:520-9.
79. Berg M, Van Der Ende J, Crijnen A, Jaddoe V, Moll H, Mackenbach J, et al. Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. Pediatrics 2009; 124(1): 96-103.
80. Melrose S. Paternal postpartum depressionhow can nurses begin to help. Contemporary Nurse 2010; 34(2): 199-210. 24.
81. Ramchandani P, Stein A, O'Connor T, HeronJ, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population Cohort Study. Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry 2008; 47(4): 390-8.
82. Edoka IP, Petrou S, Ramchandani PG.Healthcare Costs of paternal depression in the postnatal period. Journal of Affective Disorders 2011;133:356-60.

83. Kennedy HP, Beck CT, Dricoll JW. A Light inthe fog caring for women with postpartum depression. J Midwifery Womens Health 2002; 47: 318-30. 28.
84. Sherri M. How can nurses begin to help?, Centre for Nursing and Health Studies, Athabasca University. Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession.
85. Genesoni L, Tallandini M. Men's psychological transition to fatherhood an analysis of the literature. Birth 2009;36:305-17.
86. Davis RN, Davis M, Freed GL, Clark SJ. Father's depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. Pediatrics 2011;127:612-8.
87. Stromberg, R., Backlund, L.G., Lofvander, M., 2010. A comparison between the Beck's Depression Inventory and the Gotland Male Depression Scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. Nordic J. Psychiatry 64, 258–264
88. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of three psychometric instruments for screening for perinatal common mental disorders in men in the north of Vietnam. Journal of Affective Disorders 136 (2012) 104–109.
89. Kim JS, Oh MK, Park BK, Lee MK, Kim GJ. Screening criteria of alcoholism by alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Korea. J Korean Acad Fam Med. 1999;20:1152–1159.
90. Radloff LS. The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. Applied psychological measurement. 1977; 1(3):385–401.
91. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale for men and comparison of item endorsement with their partners. Journal of Affective Disorders 2001;64:175-84.
92. Olivia JH, Edmondson A, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani A. Depression in fathers in the postnatal period assessment of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening measure. Journal of Affective Disorders 2010;125:365-8.
93. Sarah J, Breese M. Postpartum depression in men, issues in mental health nursing. InTech 2012;33:445-57.
94. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, 4. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2010

95. Aksayan S,Gözüm S.(2002).Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması için Rehber I, Hem Ar-Ge Dergisi;4(1), 9-14.
96. Eser E.(2004).Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültüre Uyarlanması 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Emek Matb. 8-10 Nisan İzmir.
97. Baykul Y. Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması, 2. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2010.
98. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.
99. Karasar N.(1999).Bilimsel Araştırma Yöntemi 9. Basım, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara.;136-151.
100. Ergin DY.(1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik, MÜ Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi.;7:125-148
101. Tezbaşaran A.(1997).Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu.Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara.;45-51.
102. Erefe İ.(2002).Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Edit: Erefe İ, Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul.;169-188.
103. Turgut MF.(1992).Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme,8.Baskı,Saydam Matbaacılık, Ankara.
104. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum, 14. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2011.
105. Sönmez V.(1999).Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlışlıklar, Hemşirelikte Araştırma Dergisi.;1:13-27.
106. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in Nursing &Health, 2006; 29: 489-497.
107. Eser E ve Baydur H. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kogresi (Kongre Öncesi Kurslar Kitabı), İzmir, 5-7 Nisan 2007; 2-40.
108. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları, 3. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti, 2005; 384.
109. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. Türk Psikoloji Yazıları, 2000; 3: 49-74.

110. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri, 5. Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, 2010; 321-331.
111. Yurdagül H. Çoktan seçmeli test sonuçlarından elde edilen farklı korelasyon türlerinin birinci ve ikinci sıralı faktör analizlerindeki uyum indeklerine etkisi. İlköğretim (online), 2007; 6(1): 160-185.
112. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Ankara, Cem Web Ofset, 2007; 12-8.
113. Yılmaz V, Çelik HE, Ekiz HE. Kuruma bağlılığı etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modelleriyle araştırılması: özel ve devlet bankası örneği. Sosyal Bilimler Dergisi, 2006; 2: 171- 177.
114. Özgüven İE.(2000).Psikolojik Testler. PDREM Yayınları,Sistem Ofset. 4.Baskı, Ankara.; 83-120.
115. Peirce AG.(1995).Measurement, Principles and Practice of Nursing Research, St. Louis, Mosby- Year Book, Inc.;265-290.
116. Wood LG,Haber J.(2002).Reliability and Validity, Nursing Research Methods,Critical Appraisal and Ulitiazon,Fifth Edition,Printed in USA.
117. Portney LG,Watkins MP.(1993).Foundations of Clinical Research. Application to Practice, Norwalk, Connecticut, Appleton Lange.;53-85,505-527.
118. Hupcey JE.(1998).Social Support: Assessing comceptual coherence, Qualitative Health Research.;8:304-318.
119. McLaughlin FE,Marasculio LA.(1990).Advanced Nursing and Health Care Research: Quantification Approaches, Philadephia,W.B.Saunders Company.;35-37.
120. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi, 2012; 39: 316-319.
121. Öner N.(1997).Türkiye'de kullanılan Psikolojik Testler için bir başvuru kaynağı,3.Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.İstanbul.
122. Özdamar K.(2002).Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir;661-673.
123. Ertorsun AD, Bağ B, Uzar G, Turanoğlu MA. ROC (Receiver operating characteristic) Eğrisi Yöntemi ile Tanı Testlerinin Performanlarının Değerlendirilmesi.
124. Kılıç S. Klinik karar vermede ROC analizi. Journal Of Mood Disorders.2013;3(3):135-40.

125. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 1996:s: 51- 52.
126. Beck, A.T, Ward, C.H., Mendelson, M. Et al., 1961. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry 4,561-569.
127. Wickberg, B., Hwang, C.P., 1996. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. Depression Scale. Acta Psychiat. Scand. 94, 181–184.
128. Lee, D.T.S., Yip, S.K., Chiu, H.F.K. et al., 1998. Detecting postnatal depression in Chinese women. Br. J. Psychiatry 172, postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. Br. J. 433–437.
129. Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterı'nın Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 7 (23) 3-13.
130. Teğin B (1980) Depresyonde bilişsel bozukluklar Beck modeline göre bir inceleme Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.
131. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The miniinternational neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of Clinical Psychiatry 1998.
132. Sheehan D, Janavs J, Baker Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M, Lecrubier Y, et al. Engeler A, çeviri editörü. MINI Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe Versiyon 5.0. 0. İstanbul: Glaxo Smith Kline; 2004.
133. Barnett, B., Matthey, S., Gyaneshwar, R., 1999. Screening for Matthey, S., Barnett, B.E.W., Elliott, A., 1997. Validity of thepostnatal depression in women of non-English speaking backDiagnostic Interview Schedule (depression) for Vietnamese andground. Arch. Womens' Mental Health 2, 67–74.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

03.08.2015

Konu: Karar hk.- 622

Sayın Prof.Dr.Vildan MEVSİM,

Kurulumuz tarafından 30.07.2015 tarih ve 2154-GOA protokol numaralı 2015/18-37 karar numarası ile görüşülen **"Erkeklerde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler "** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

	Belge Adı	Tarihi	Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2154-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Erkeklerde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	**Prof.Dr.Vildan MEVSİM** **Aile Hekimliği A.D**	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA ILE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/18-37	Tarih: 30.07.2015
	Prof.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu olduğu **"Erkeklerde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 2. Pediatri Bölüm İzni

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

DOKUZEYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

03.06.2015*006580

..../..../2015

Sayı : 82010743-302.14
Konu :Tez Çalışması

197 AH/2015

Prof.Dr.Vildan MEVSİM
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi: 25.05.2015 sayılı yazınız..

"Edinburg Postpartum Depresyeon Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Erkeklerde Postpartum Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Risk Faktörleri " adlı planlanmış tez çalışmasının Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında ve Yenidoğan ve Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran hastalara uygulanması Başhekimliğimiz tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Refik MAS
Başhekim

Mithatpaşa Cad. No:1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR
Telefon: +90(232)4123541 Faks: +90(232)4129797
E-Posta: aylin.celep@deu.edu.tr Elekronik Ağ: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Aylin CELEP
Bilgisayar İşletmeni

Ek 3. Nur Engindeniz EPDS İzni

Kimden: Nur Engindeniz <nengindeniz@hotmail.com>
Tarih: 21 Ocak 2015 13:02:19 GMT+2
Kime: vildan mevsim <vmevsim@gmail.com>
Konu: Ynt: EPDS izin

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda elbette sorun yoktur. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla
Dr.Nur Engindeniz

From: vmevsim@gmail.com
Subject: EPDS izin
Date: Tue, 20 Jan 2015 23:52:56 +0200
CC: dr.cigdemnarin@hotmail.com
To: nengindeniz@hotmail.com

Sayın Nur Engindeniz,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan doktorum. Tezim olarak danışman hocam Prof.Dr.Vildan Mevsim ile İzmir ilinde yaşayan 18 yaş üstü babalarda Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğini ve oluşturduğumuz sosyodemografik veri anketini kullanarak postpartum depresyon prevelansını ve etkileyen faktörleri inceleyeceğiz. Bu araştırmada sizin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Edinburg Postpartum Depresyon ölçeğini kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanabilme konusunda müsadelerinizi rica ediyoruz.
Saygılarımızla.
Araş. Gör. Dr. Çiğdem NARİN
Prof. Dr. Vildan MEVSİM

Ek 4. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı doğum sonrası dönemde birçok anne baba gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlarken, evlilik ilişkilerinde değişmeler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili birçok sorun yaşayabilir.Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ,stres oluşturur ve ebevenynlerin bir bölümünde depresyona neden olabilir. Doğum sonrası depresyon durumunun baba adaylarında da görülebileceği, anneler gibi babaların da bu durumdan etkilendiği bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur.

Biz bu çalışmamızla toplumumuzdaki baba adaylarının durumunu, erkekler için doğum sonrası depresyon durumuna neden olabilecek risk faktörlerini tespit etmeyi amaçladık.

Uygulanacak anketteki kişi ve kuruluş ismi bilimsel amaçlar dahil üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı:

Soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

Ek 5. EPDS Anket

EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDS) (ÖRNEK FORM)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
0. Her zaman olduğu kadar
1. Artık pek o kadar değil
2. Artık kesinlikle o kadar değil
3. Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.
0. Her zaman olduğu kadar
1. Her zamankinden biraz daha az
2. Her zamankinden kesinlikle daha az
3. Men hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Çok sık değil
0. Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
0. Hayır, hiçbir zaman
1. Çok seyrek
2. Evet, bazen
3. Evet, çoğu zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.
3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum
0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Çok seyrek
0. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

3. Evet, oldukça sık
2. Bazen
1. Hemen hemen hiç
0. Asla

11. Öylesine mutsuzum ki içimden ağlamak geliyor, ağlamak istiyorum ama ağlayamıyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Çok seyrek
0. Hayır, hiçbir zaman

Ek 6. BDS Anket

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	**Toplam**
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Ek 7. M.I.N.I.

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

HASTANIN ADI: _____ PROTOKOL NO: _____

DOĞUM TARİHİ:: _____ Görüşmenin Başlangıç Zamanı:_____

GÖRÜŞMECİNİN ADI: _____ Görüşmenin Bitiş Zamanı_____

GÖRÜŞMENİN TARİHİ _____ Toplam Süre :_____

ZAMAN ÇERÇEVELERİ

BOZUKLUK	GÖRÜŞMENİN ZAMAN ÇERÇEVESİ
A1 MAJOR DEPRESİF EPİZOD	ŞİMDİKİ (GEÇEN 2 HAFTA) + HAYAT BOYU
A2 Melankolik özelli[illegible] MAJOR DEPRESİF EPİZOD	ŞİMDİKİ (GEÇEN 2) HAFTA
B DİSTİMİ	ŞİMDİKİ (GEÇEN 2 YIL)
C İNTİHAREĞİLİM..	ŞİMDİKİ (GEÇEN AY)
D HİPOMANİK EPİZOD	HAYAT BOYU + ŞİMDİKİ
E PANİK BOZUKLUK	ŞİMDİKİ (GEÇEN AY) + HAYAT BOYU
F AGORAFOBİ	ŞİMDİKİ
G SOSYAL FOBİ	ŞİMDİKİ (GEÇEN AY)
H OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	ŞİMDİKİ (GEÇEN AY)
I TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	ŞİMDİKİ (GEÇEN AY)
J. ALKOL BAĞIMLILIĞI/KÖTÜYE KULLANIMI	ŞİMDİKİ (GEÇEN 12 AY)
K. MADDE BAĞIMLILIĞI/KÖTÜYE KULLANIMI (Alkol dışında)	ŞİMDİKİ (GEÇEN 12 AY)
L. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	HAYAT BOYU + ŞİMDİKİ
M. ANOREKSİYA NERVOZA	ŞİMDİKİ (GEÇEN 3 AY)
N. BULİMİYA NERVOZA	ŞİMDİKİ (GEÇEN 3 AY)
O. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	ŞİMDİKİ (GEÇEN 3 AY)
P. ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU	HAYAT BOYU

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

UYARI
Hastada, belirtileri şiddetlendiren açık bir yaşam zorlanımı olsa bile, önce yukarıdaki diğer tanıları inceleyin. Eğer belirtiler yukarıdaki bozuklukların herhangi birisinin ölçütlerine uymaktaysa, asla bir uyum bozukluğu tanısı koymayın.

GENEL YÖNERGELER

K.U.N.G. DSM-IV ve ICD-10'da yer alan temel 1. eksen psikiyatrik bozuklukların kısa yapılandırılmış görüşmesi olarak tasarlanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları SCID-P ve CIDI ile karşılaştırılarak yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları K.U.N.G.'un geçerlilik ve güvenilirlik skorlarının yüksek olduğunu göstermiştir, fakat yukarıda belirtilen araçlardan çok daha kısa zamanda uygulanabilmektedir. (ortalama 18.7 ± 11.6 dakika, ortanca 15 dakika). Kısa bir eğitim süresi sonunda klinisyenler tarafından kullanılabilir. İlgili görüşmeciler daha yoğun eğitime ihtiyaç duyabilirler.

Görüşme :

Görüşmeyi mümkün olduğunca kısa tutmak için, hastayı yanıtı evet veya hayır olan, psikolojik problemlerle ilgili çok kesin soruların sorulacağı, alışılagelenden daha yapılandırılmış bir görüşme olacağı hakkında bilgilendirin.

- **Genel biçim :**
  K.U.N.G. her biri tanısal kategorilere denk gelen, harflerle belirtilmiş modüllere ayrılmıştır.
  - Her modülün başında (psikotik bozukluklar modülü hariç), bozukluğun temelölçütlerine denk gelen **tarama soruları, gri kutularda** bulunur.
  - Her modülün sonundaki **tanı kutucukları,** klinisyenin tanı ölçütlerinin karşılanıp karşılanmadığını işaret etmesini sağlar.
- **uygulama :**

  <normal yazı karakteri> *ile yazılan cümleler* tanı ölçütlerinin değerlendirilmesinin standardize edilmesi açısından hastaya aynen yazıldığı gibi okunmalıdır.
  « BÜYÜK HARF » ile yazılan cümleler hastaya okunmamalıdır. Bunlar görüşmeciye tanı algoritmalarını skorlamak için yardımcı olan yönergelerdir.
  « **koyu** » yazılan cümleler o sırada araştırılan zaman dilimini işaret eder. Görüşmeci bunları gerektiği kadar sık okumalıdır. Sadece belirtilen zaman diliminde ortaya çıkan belirtiler yanıtları skorlamada dikkate alınmalıdır.
  (parantez içindeki) cümleler belirtilerin klinik örnekleridir. Bunlar soruyu açıklamak için hastaya okunabilir.
  Üzerinde bir ok bulunan cevaplar (→) tanı(lar) için gerekli bir ölçütün karşılanmadığını belirtir. Bu durumda, görüşmeci modülün sonuna gitmelidir, tüm tanı kutucuklarındaki HAYIR seçeneğini yuvarlak içine alıp bir sonraki module geçmelidir.
  Eğer terimler taksim (/) ile ayrılmışsa, görüşmeci sadece hastada var olduğu bilinen belirtileri okumalıdır. (örneğin soru A3)
- **Puanlama yönergeleri:**

  Okunan tüm sorular puanlanmalıdır. Puanlama her sorunun sağındaki EVET veya HAYIR seçeneğini yuvarlak içine alarak yapılmalıdır. Görüşmeci sorunun her boyutunun hasta tarafından dikkate alındığından emin olmalıdır. (ör, Zaman dilimi, sıklık, şiddet, ve/veya alternatifleri).

Organik sebep veya alkol veya madde kullanımı ile daha iyi açıklanan belirtiler pozitif olarak kodlanmamalıdır.

K. U. N. G. Ekstra bu konuları da araştıransorular içerir.

Herhangi soru, öneri, eğitim gereksinimi ya da K.U.N.G.'un yeni ekleri hakkında bilgi için lütfen temasa geçin :

David SHEEHAN, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa , FL USA 33613-4788
tel : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.A.
Hôpital de la Salpétrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS - FRANCE
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, I.L. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y. urgan

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI: BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN, HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

MAJOR DEPRESİF EPİZOD

A1	Geçtiğimiz iki hafta boyunca, hemen her gün, gün boyunca kendinizi hep çökkün ya da kederli hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	1
A2	Geçtiğimiz iki hafta içinde, hemen herşeyle daha az ilgili ya da önceden hoşlandığınız şeylerden hoşlanmaz hale geldiniz mi ?	HAYIR EVET	2
	A1 YA DA A2 EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	→ HAYIR EVET	

A3 Geçen son iki hafta içinde, kendinizi çoğu zaman üzgün ya da ilgisiz hissettiğinizde :

a	Hemen her gün iştahınızda artma ya da azalma oldu mu ya da kilonuz isteğiniz dışında arttı veya azaldı mı? (+/- %5 beden ağırlığı; örn. 70 kg.lık birisi için 3,5 kg/ayda) Herhangi biri için **EVET** ise, **EVET** kodlayınız.	HAYIR EVET	3
b	Hemen her gece uyku bozukluğu oldu mu (uykuya dalmakta güçlük, gece uyanmaları, sabah çok erken uyanmak ya da çok fazla uyumak) ?	HAYIR EVET	4
c	Konuşmanız ya da hareketleriniz normale göre yavaşladı mı ya da yerinizde duramaz, hep kıpırtılı ya da rahat oturamaz hale geldiniz mi?	HAYIR EVET	5
d	Hemen her gün yorgun ya da enerjisi tükenmiş hissettiniz mi?	HAYIR EVET	6
e	Hemen her gün değersiz ya da suçlu hissettiniz mi?	HAYIR EVET	7
f	Hemen her gün düşüncenizi toplamakta ya da karar vermekte güçlük çektiniz mi?	HAYIR EVET	8
g	Tekrar tekrar kendinize zarar vermeyi, intihar etmeyi düşündünüz mü ya da ölmüş olmayı dilediniz mi ?	HAYIR EVET	9

A4 3 DAHA FAZLA **A3** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ? (YA DA **A1** VEYA **A2** **HAYIR** OLARAK KODLANDIYSA **A3**'TEN 3 MADDE **EVET** Mİ?)

HAYIR	EVET
MAJOR DEPRESİF EPİZOD ŞİMDİKİ	

A5 EĞER HASTA MAJOR DEPRESIF EPIZOD KRITERLERINI O AN IÇIN DOLDURUYORSA :

a	Hayatınız boyunca iki hafta veya daha uzun süre kendinizi çökkün ya da pek çok şeye karşı ilgisiz hissettiğiniz ve sözünü ettiğimiz problemlerin çoğunu yaşadığınız başka dönemler oldu mu ?	→ HAYIR EVET	10
b	Bir önceki ve şu anki çökkünlük dönemi arasında çökkünlük ve/veya ilgi azlığının olmadığı en az iki ay süren bir dönem oldu mu ?	HAYIR EVET	11
	A5b EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?		

HAYIR	EVET
MAJOR DEPRESİF EPİZOD GEÇMİŞTE	

I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
ubler, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, I.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) ; D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp. M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE HAYIR SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

A'. MELANKOLİK ÖZELLİKLİ MAJOR DEPRESİF EPİZOD (opsiyonel)

EĞER HASTA MAJOR DEPRESIF EPIZOD IÇIN OLUMLU KODLANDIYSA (**A4 = EVET**), AŞAĞIDAKINE GEÇIN :

A6 a	**A2 EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	HAYIR EVET	12
b	Son çökkünlük durumunun en ağır döneminde, daha önceden size haz veren ya da neşelendiren şeylere tepki verme yetinizi yitirdiniz mi? **HAYIR ISE** : İyi bir şey olduğunda bu, en azından geçici bir sure için sizi daha iyi hissettirir mi ?	HAYIR EVET	13
	A6a YA DA **A6b EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	→ HAYIR EVET	

Çökkün ve ilgisiz hissettiğiniz geçen iki hafta süresince :

A7 a	Size yakın biri öldüğünde yaşadığınız histen farklı bir şekilde çökkünlük hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	14
b	Hemen her ğün, düzenli olarak sabahları daha kötü hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	15
c	Hemen her gün, her zamanki kalkış saatinizden en az iki saat daha erken uyandığınız ve tekrar uyumakta güçlük çektiğiniz oldu mu ?	HAYIR EVET	16
d	**A3a EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR (sadece iştahsızlık veya kilo kaybı)?	HAYIR EVET	17
e	**A3c EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	HAYIR EVET	18
f	Gerçek durumla orantısız, aşırı suçluluk duygusu hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	19

3 YA DA DAHA FAZLA **A7** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR	EVET

Melankolik Özellikli MAJOR DEPRESİF EPİZOD

ŞİMDİKİ

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, I.I. Bonora, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y. Vaoğlan

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

DİSTİMİ

ASTANIN BELİRTİLERİ MAJOR DEPRESIF EPİIZOD ÖLÇÜTLERİNİ HALEN KARŞILIYORSA BU MODÜLÜ

RAŞTIRMAYINIZ.

B1	Son iki yılın büyük bölümünde kendinizi üzgün, neşesiz veya çökkün hissettiniz mi?	HAYIR	EVET	20
B2	Bu dönem kendinizi iyi hissettiğiniz iki ay ya da daha uzun sürelerle kesintiye uğradı mı?	→ HAYIR	EVET	21
B3	**Kendinizi çoğu zaman çökkün hissettiğiniz bu dönem boyunca:**			
a	İştahınızda belirgin bir değişiklik oldu mu ?	HAYIR	EVET	22
b	Uyumakta güçlük çektiğiniz ya da aşırı uyuduğunuz oldu mu ?	HAYIR	EVET	23
c	Kendinizi yorgun ya da enerjisiz hissettiniz mi ?	HAYIR	EVET	24
d	Kendinize güveninizi kaybettiniz mi ?	HAYIR	EVET	25
e	Konsantre olmak ya da karar vermekte güçlük çektiniz mi ?	HAYIR	EVET	26
f	Kendinizi ümitsiz hissettiniz mi ?	HAYIR	EVET	27
	2 YA DA DAHA FAZLA **B3** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	→ HAYIR	EVET	
B4	Çökkünlük belirtileri sizi belirgin derecede bunalttı mı ? İşinizdeki, sosyal ilişkilerinizdeki ya da diğer önemli etkinliklerinizdeki işlevselliğinizi bozdu mu ?	→ HAYIR	EVET	28
	B4 EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	**HAYIR**	**EVET**	
		DİSTİMİ ŞİMDİKİ		

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp. M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y. Yazgan

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

C. İNTİHAR EĞİLİMİ

Geçtiğimiz ayda :

C1	Ölmüş olsanız daha iyi olacağını düşündünüz ya da ölmüş olmayı dilediniz mi ?	HAYIR	EVET	1
C2	Kendinize zarar vermeyi istediniz mi ?	HAYIR	EVET	2
C3	İntihar etmeyi düşündünüz mü ?	HAYIR	EVET	3
C4	Bir intihar planı yaptınız mı ?	HAYIR	EVET	4
C5	İntihar girişiminde bulundunuz mu ?	HAYIR	EVET	5

Hayatınızda:

C6	Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu ?	HAYIR	EVET	6

YUKARIDAKİLERDEN EN AZ 1'i EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

EVET İSE, İNTİHAR RİSKİ DERECESİNİ AŞAĞIDAKİ GİBİ BELİRLEYİNİZ :
C1 veya C2 veya C6 = EVET : DÜŞÜK
C3 veya (C2 +C6) = EVET : ORTA
C4 veya C5 veya (C3 + C6) = EVET : YÜKSEK

HAYIR	EVET
İNTİHAR RİSKİ ŞİMDİKİ	
DÜŞÜK	☐
ORTA	☐
YÜKSEK	☐

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
: Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, I.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y. ergan

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI: BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN, HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

(HİPO) MANİK EPİZOD

a	Kendinizi bir süre için 'aşırı iyi', 'uçmuş' ya da size sorun yaratacak kadar enerji dolu hissettiğiniz veya başkalarının sizin her zamanki gibi olmadığınızı düşündükleri bir dönem oldu mu ? (Sarhoş olduğunuz ya da madde/ilaç etkisi altında olduğunuz zamanları dikkate almayınız.) EĞER HASTA 'AŞIRI İYİ' YA DA 'UÇMUŞ' İLE NE KASDETTİĞİNİZİ ANLAYAMAMIŞ, KAVRAYAMAMIŞSA ŞU AYDINLATMAYI YAPINIZ : 'Aşırı iyi' ya da 'Uçmuş' ile şunu demek istiyorum; neşeli bir ruh hali, enerji artışı, uyku ihtiyacının azalması, hızlı düşünce akışı, fikirlerle dolu olmak, üretkenlikte, yaratıcılıkta, motivasyonda ya da fevri davranışlarda artış.)	HAYIR	EVET	1
	EVET İSE :			
b	Şu anda kendinizi 'aşırı iyi', 'uçmuş' hissediyor musunuz ?	HAYIR	EVET	2
a	Kendinizi birkaç gün boyunca sürekli olarak sinirli ve gergin hissedip, bu yüzden tartışmalara, sözlü veya fiziksel kavgalara girdiğiniz ya da aileniz dışındaki kişilere bağırdığınız oldu mu ? Haklı olduğunuz durumlarda bile başkalarından daha gergin ya da aşırı tepkili olduğunuz sizin ya da başkalarının dikkatini çekti mi ? (Sarhoş olduğunuz ya da madde/ilaç etkisi altında olduğunuz zamanları dikkate almayınız.)	HAYIR	EVET	3
	EVET İSE :			
b	Şu anda kendinizi sürekli olarak sinirli hissediyor musunuz ?	HAYIR	EVET	4
	→ **D1a VEYA D2a EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	HAYIR	EVET	

D1b VEYA D2b=EVET : YALNIZ **ŞİMDİKİ** EPİZODU ARAŞTIRINIZ
D1b VE D2b = HAYIR : GEÇİRİLMİŞ **EN ÇOK BELİRTİNİN BULUNDUĞU** EPİZODU ARAŞTIRINIZ

Kendinizi 'uçmuş', enerji dolu ve/veya sinirli ve gergin hissettiğiniz zaman(lar)da :

a	Başkalarının yapamayacağı şeyleri yapabileceğinizi ya da özel bir önemi olan biri olduğunuzu hissettiniz mi ?	HAYIR	EVET	5
b	Uykuya daha az ihtiyaç hissettiğiniz (yalnızca birkaç saat uykudan sonra kendinizi dinlenmiş hissettiğiniz) oldu mu?	HAYIR	EVET	6
c	Durmaksızın, çok fazla konuştuğunuz ya da insanların anlamakta güçlük çekeceği kadar hızlı konuştuğunuz oldu mu ?	HAYIR	EVET	7
d	Düşüncelerinizin yarışırcasına birbirini kovaladığı oldu mu ?	HAYIR	EVET	8
e	En ufak bir kesintide dikkatinizin çelindiği oldu mu ?	HAYIR	EVET	9
f	Başkalarının da sizin için endişelenmesine neden olacak kadar hareketli ya da yerinde duramaz oldunuz mu ?	HAYIR	EVET	10

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
for: E. Weiller, F. Bonora, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp. M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

→ ANLAMI: BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GİDİN, HEPSİNDE **HAYIR** SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN VE SONRAKİ MODÜLE GEÇİN.

9) Haz verici etkinlikler içinde olmayı risklerini ya da sonuçlarını görmezden gelecek kadar istediniz mi ? (Örn. Çılgınca para harcamak, pervasızca araba kullanmak, ya da düşüncesizce cinsel ilişkiler kurmak) ? HAYIR EVET 11

3 YA DA DAHA FAZLA D3 YANITI EVET
YA DA D1a = HAYIR (GEÇİRİLMİŞ EPİZOD) YA DA D1b = HAYIR (ŞİMDİKİ EPİZOD) İSE D3 YANITLARINDAN 4 TANESİ EVET Mİ? → HAYIR EVET

4) Bu belirtiler en az bir hafta sürdü mü ve evde, işte veya okulda belirgin sorunlar yarattı mı **ya da** bu sorunlar yüzünden hastaneye yatırıldınız mı ? HAYIR EVET 12
İKİSİNDEN BİRİ EVET İSE, EVET OLARAK KODLAYINIZ.

D4 EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR	EVET
HİPOMANİK EPİZOD	
ŞİMDİKİ	☐
GEÇMİŞTE	☐

EVET İSE, SORGULANAN EPİZODUN GEÇİRİLMİŞ YA DA ŞİMDİKI EPİZOD OLDUĞUNU BELİRTİNİZ.

D4 EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR	EVET
MANİK EPİZOD	
ŞİMDİKİ	☐
GEÇMİŞTE	☐

EVET İSE, SORGULANAN EPİZODUN GEÇİRİLMİŞ YA DA ŞİMDİKİ EPİZOD OLDUĞUNU BELİRTİNİZ.

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI: BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GİDİN, HEPSİNDE **HAYIR** SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN VE SONRAKİ MODÜLE GEÇİN.

ANİK BOZUKLUK

Bir kereden daha fazla olmak üzere, çoğu kimsenin öyle hissetmediği durumlarda bile kendinizi **aniden** endişeli, korkmuş, rahatsız ve huzursuz hissettiğiniz bir kriz ya da nöbet geçirdiniz mi ? Bu krizler 10 dk. içinde doruk noktasına ulaştı mı? YALNIZCA KRİZLER 10 DK. İÇİNDE DORUK NOKTASINA ULAŞIYORSA EVET OLARAK KODLAYINIZ.	HAYIR	EVET	1

E1 = EVET İSE, E5'TE HAYIR'I İŞARETLEYEREK F1'E GEÇİNİZ

Geçmişte herhangi bir zamanda bu tür krizler ya da nöbetler beklenmedik bir anda ya da kendiliğinden geldi mi ya da önceden kestirilemeyen veya nedensiz bir şekilde ortaya çıktı mı ?	HAYIR	EVET	2

E2 = HAYIR İSE, E5'TE HAYIR'I İŞARETLEYEREK F1'E GEÇİNİZ.

Sonrasında bir ay ya da daha uzun bir süre, yeni bir atak geçireceğinize dair sürekli bir korku veya atağın sonuçları hakkında endişeler duyduğunuz bir atak geçirdiniz mi?	HAYIR	EVET	3

E3 = HAYIR İSE, E5'TE HAYIR'I İŞARETLEYEREK F1'E GEÇİNİZ

Hatırlayabildiğiniz en kötü kriz sırasında :

Kalp atışlarınızda tekleme, hızlanma, ya da şiddetlenme oldu mu ?	HAYIR	EVET	4
Elleriniz terli veya nemli ve soğuk oldu mu ?	HAYIR	EVET	5
Titreme ya da sarsılma oldu mu ?	HAYIR	EVET	6
Nefesinizin kesildiği ya da nefes almakta güçlük çektiğiniz oldu mu ?	HAYIR	EVET	7
Boğulacakmış gibi oldunuz mu ya da boğazınızda bir yumru varmış gibi hissettiniz mi ?	HAYIR	EVET	8
Göğsünüzde ağrı, basınç ya da rahatsızlık hissi oldu mu ?	HAYIR	EVET	9
Bulantı, mide sorunları ya da aniden ishal olduğunuz oldu mu ?	HAYIR	EVET	10
Sersemlediniz mi, dengeniz bozuldu mu, başınız döndü mü ya da bayılacakmışsınız gibi oldunuz mu ?	HAYIR	EVET	11
Etrafınızdaki şeylerin garip, gerçek dışı, kopuk ya da yabancı geldiği veya vücudunuzun bir parçasından ya da tümünden kopmuş, uzaklaşmış hissettiniz mi ?	HAYIR	EVET	12
Kontrolünüzü kaybetmekten ya da çıldırmaktan korktunuz mu ?	HAYIR	EVET	13
Öleceğinizden korktunuz mu ?	HAYIR	EVET	14
Vücudunuzun bazı yerlerinde karıncalanma ya da uyuşma oldu mu ?	HAYIR	EVET	15
Sıcak basmaları ya da ürpermeler oldu mu ?	HAYIR	EVET	16

4 YA DA DAHA FAZLA **E4** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	HAYIR	EVET	

E5 = HAYIR İSE, E7'YE GEÇİNİZ

Panik Bozukluk Hayat Boyu

Geçen ay başka bir atak geçirme korkusunun takip ettiği 2 ya da daha fazla atak geçirdiniz mi ?	HAYIR	EVET	17

E6 = EVET İSE, F1'E GEÇİNİZ.

Panik Bozukluk Şimdiki

1, 2 YA DA 3 **E4** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	HAYIR	EVET	18

Sınırlı Belirtili Ataklar Hayat Boyu

S.C.I.D.-O Turkish version / DSM-IV / current
M. Gelder, T. Hergüner, P. Amorim, L.I. Hamers, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) Uluslararası İlaç Tarihleri İç Y.

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

AGORAFOBİ

F1) Kaçmanın güç olduğu ya da panik atak geçirmeniz durumunda yardım alınamayacak yerler veya durumlarda özellikle endişeli ya da huzursuz oluyor musunuz ? Örn.: Kalabalık içinde, bir sırada beklerken, evde ya da evden uzakta yalnız kaldığınızda, bir köprüden geçerken ya da otobüs, tren, otomobil yolculukları sırasında ? HAYIR EVET 19

F1 = HAYIR İSE, F2'DE HAYIR'I İŞARETLEYİNİZ

F2) Bu durumlardan, onlardan kaçınacak kadar korkuyor, bu durumların içindeyken ızdırap duyuyor ya da bu durumları göğüslemek için yanınızda birisinin olmasına ihtiyaç duyuyor musunuz? ? HAYIR EVET
Agorafobi Şimdiki

F2 (AGORAFOBİ ŞİMDİKİ) **HAYIR** OLARAK
Ve
E6 (PANİK BOZUKLUK ŞİMDİKİ) **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR **EVET**
PANİK BOZUKLUK
Agorafobi Olmaksızın
ŞİMDİKİ

F2 (AGORAFOBİ ŞİMDİKİ) **EVET** OLARAK
Ve
E6 (PANİK BOZUKLUK ŞİMDİKİ) **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR **EVET**
PANİK BOZUKLUK
Agorafobi İle Birlikte
ŞİMDİKİ

F2 (AGORAFOBİ ŞİMDİKİ) **EVET** OLARAK
Ve
E5 (PANİK BOZUKLUK HAYAT BOYU) **HAYIR** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR **EVET**
AGORAFOBİ
Panik Bozukluk Öyküsü
Olmaksızın
ŞİMDİKİ

I.Y.S.O Turkish version / DSM-IV / current
, Wittler, F. Hergüner, P. Amarien, I.J. Benara, I.P. Lépine (UNIVERSITE PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

G. SOSYAL FOBİ

G1	Geçen ay içinde izleniyor olmaktan, dikkatlerin sizin üzerinizde toplanmasından korktunuz ya da rahatsız oldunuz mu ya da küçük düşmekten korktunuz mu? Bu durum topluluğa konuşma yapmayı, topluluk içinde ya da başkalarıyla yemek yemeyi, birisi bakarken yazı yazmayı ya da sosyal bir ortam içinde olmayı kapsamaktadır.	→ HAYIR EVET	1
G2	Bu korku aşırı ya da mantıksız mıdır.?	→ HAYIR EVET	2
G3	Bu durumlar sizi oradan kaçınacak veya orada iken ızdırap verecek kadar korkutuyor mu?	→ HAYIR EVET	3
G4	Bu korku, normal çalışmanızı veya toplumsal işlevinizi aksatıyor mu ya da belirgin bir sıkıntıya yol açıyor mu ?	HAYIR EVET	4

G4 EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR?

HAYIR	EVET
	SOSYAL FOBİ ŞİMDİKİ

→ ANLAMI: BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN, HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN VE SONRAKİ MODÜLE GEÇİN.

H. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

H1 Geçen ay içinde, istemediğiniz, tatsız, uygun olmayan, zorla aklınıza takılan ya da aşırı sıkıntı veren tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler ya da görüntüler sizi rahatsız etti mi? (kirlendiğiniz ya da mikrop bulaştığı düşüncesi ya da başkalarına bulaştırma korkusu ya da istemeden birilerine zarar verme korkusu ? HAYIR EVET
ya da bazı dürtülerin eyleme geçirileceğinden korku ya da yanlış giden şeyler için sorumlu olduğunuza dair hurafe, korku ya da cinsel içerikli düşünceler, görüntüler, dürtüleri içeren takıntılar ya da istifleme, biriktirme ya da dinsel saplantılar) (GERÇEK YAŞAM SORUNLARINA İLİŞKİN OLAĞAN AŞIRI KAYGILARI KATMAYINIZ. YEME BOZUKLUKLARI, CİNSEL SAPKINLIKLAR, PATOLOJİK KUMAR OYNAMA YA DA ALKOL YA DA MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU İLE DOĞRUDAN BAĞLANTILI SAPLANTILARI KATMAYINIZ. ÇÜNKÜ HASTA BUNLARDAN KEYİF ALMAKTADIR VE BUNLARA YALNIZCA OLUMSUZ SONUÇLARI YÜZÜNDEN DİRENMEK İSTEYEBİLMEKTEDİR.)

H1 E YANIT HAYIR İSE H4 E GEÇİNİZ

H2 Aldırmamaya ya da aklınızdan çıkarmaya çalıştığınız halde, bu saplantılar tekrar zihninize takılıyorlar mıydı ? HAYIR EVET
H2 YE YANIT HAYIR İSE H4 E GEÇİNİZ

H3 Bu takıntıların kendi zihninizin ürünü olduğunu ve dışarıdan bir etkilenme ile olmadığını düşünüyor musunuz ? HAYIR EVET

H4 Geçen ay içinde, aşırı yıkama, sayma, tekrar tekrar gözden geçirme veya bir şeyleri tekrar tekrar söyleme, biriktirme, düzenleme ya da diğer batıl adetler gibi karşı koyamadığınız yineleyici davranışlarınız oldu mu ? HAYIR EVET

H3 YA DA H4 E YANIT EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR? → HAYIR EVET

H5 İster saplantılı düşünceler, ister yapmak istemediğiniz halde yaptığınız hareketler olsun, bunların aşırı ya da mantık dışı olduklarını farkettiniz mi ? → HAYIR EVET

H6 Bu saplantılı düşünceler ve/veya yapmak istemediğiniz halde yaptığınız hareketler günlük yaşamınızı, mesleki işlevlerinizi, olağan sosyal etkinliklerinizi ya da ilişkilerinizi engelledi mi ya da bu durum günde bir saatten fazla zamanınızı aldı mı ? HAYIR EVET

H 6 YA YANIT EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR?

HAYIR EVET

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ŞİMDİKİ

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (opsiyonel)

I1	Sizin ya da başka birinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi içinde olduğu ya da ciddi bir şekilde yaralandığı bir durum yaşadınız mı ya da tanık oldunuz mu ? TRAVMATİK OLAYLAR İÇİN ÖRNEKLER: CİDDİ KAZA, CİNSEL YA DA FİZİKSEL SALDIRI, TERÖRİST BİR SALDIRI, REHİNE OLMA, KAÇIRILMA, GASP, YANGIN, CESET BULMAK, BEKLENMEDİK BİR ÖLÜM, SAVAŞ, DOĞAL AFET...	→ HAYIR EVET	1
I2	Geçen ay boyunca bu olayı sıkıntı verici bir şekilde tekrar tekrar yaşıyormuş gibi oldunuz mu ? (Örn: Rüyalar, yoğun hatırlamalar, geriye dönüşler veya bedensel tepkiler şeklinde)	→ HAYIR EVET	2

B) Geçen ay içinde :

a	Olayla ilgili düşünmekten veya olayı anımsatan şeylerden kaçındınız mı ?	HAYIR EVET	3
b	Geçmişte olanların bazı önemli kısımlarını anımsamakta zorluk çekiyormuydunuz ?	HAYIR EVET	4
c	Hobileriniz ya da sosyal etkinliklerle daha az mı ilgiliydiniz ?	HAYIR EVET	5
d	Başkalarına karşı kopuk ya da yabancı hissediyormuydunuz ?	HAYIR EVET	6
e	Duygularınızın adeta köreldiğini hissettiğiniz oldu mu ?	HAYIR EVET	7
f	Bu travmadan dolayı ömrünüzün kısalacağı hissine kapıldınız mı ?	HAYIR EVET	8
	3 VEYA DAHA FAZLA I3 YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	→ HAYIR EVET	

I4) Geçen ay içinde :

a	Uykuya dalmakta zorlandınız mı?	HAYIR EVET	9
b	Çok sinirli, gergin miydiniz ya da öfke patlamaları yaşadınız mı ?	HAYIR EVET	10
c	Dikkatinizi toplamakta güçlük çektiniz mi ?	HAYIR EVET	11
d	Gergin ya da her an tetiktemiydiniz ?	HAYIR EVET	12
e	Kolayca irkiliyor muydunuz ?	HAYIR EVET	13
	2 VEYA DAHA FAZLA I4 YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	→ HAYIR EVET	

I5	Geçen ay boyunca bu sorunlar iş ya da sosyal uğraşlarınızı anlamlı derecede engelledi mi ya da belirgin bir sıkıntıya sebep oldu mu ?	HAYIR EVET	14
	I5 EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?	HAYIR EVET	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ŞİMDİKİ

.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
... E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y. ...

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞİNI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI

J1 Son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla kez, 3 saat içinde, 3 ya da daha çok alkollü içki içtiniz mi ? → HAYIR EVET 1

J2 **Son 12 ay içinde :**

İlk içkiye başladığınızdaki ile aynı derecede etkiyi alabilmek için alkol miktarını arttırmanız gerekti mi ? HAYIR EVET 2

İçkiyi kestiğinizde elleriniz titredi mi, terlediniz mi ya da sinirli oldunuz mu? Ya da bu belirtileri ya da akşamdan kalmalığı, örneğin 'titremeleri', terlemeyi ya da sinirliliği geçirmek için içki içtiniz mi ?
İKİ SORUDAN BİRİNE BİLE YANITINIZ EVETSE 'EVET'İ KODLAYINIZ. HAYIR EVET 3

İçki içtiğiniz zamanlarda, niyet ettiğinizden daha fazla mı içtiniz ? HAYIR EVET 4

İçkiyi azaltmak ya da bırakmak için çaba gösterdiğiniz fakat başarısız olduğunuz oldumu ? HAYIR EVET 5

İçki içtiğiniz günlerde içkiyi bulmak, içmek ve etkilerinden kurtulmak için uzun bir zaman harcadımız mı ? HAYIR EVET 6

İçki içmek yüzünden işinize, hobilerinize ya da başkalarıyla birlikte olmaya daha az zaman ayırır oldunuz mu ? HAYIR EVET 7

İçkinin fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açtığını bilmenize rağmen içki içmeye devam ediyor muydunuz ? HAYIR EVET 8

3 YA DA DAHA FAZLA J2 YANITI 'EVET' OLARAK MI KODLANMIŞTIR ? **HAYIR EVET**

ALKOL BAĞIMLILIĞI ŞİMDİKİ

HASTA ALKOL BAĞIMLILIĞI İÇİN POZİTİF Mİ KODLANMIŞTIR ? → HAYIR EVET

J3 **Son iki ay içinde :**

Okulda, işte, evde sorumluluklarınız varken bir kezden fazla olmak üzere akşamdan kalma olacak, ya da kafayı bulacak kadar sarhoş oldunuz mu? Bu durum herhangi bir sorun çıkardı mı?
(YALNIZCA SORUNLARA NEDEN OLMUŞSA EVET OLARAK KODLAYINIZ.) HAYIR EVET 9

Fiziksel tehlikelere maruz kalacak kadar (araba, motorsiklet, tekne, makine kullanırken) sarhoş oldunuz mu ? HAYIR EVET 1

.I. S.O.O Turkish version / DSM-IV / current
Writter, F. Hergueta, P. Amerio, L.I. Benora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, E. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by T.

Scanned by CamScanner

→ ANLAMI:BU MODÜLÜN SONUNDAKI TANI KUTUCUKLARINA GIDIN,HEPSINDE **HAYIR** SEÇENEĞINI IŞARETLEYIN VE SONRAKI MODÜLE GEÇIN.

c İçki içmeniz yüzünden kural dışı bir davranış ya da bir tutuklanma gibi yasal sorunlarınız oldu mu ? HAYIR EVET 11

d Aile içinde ya da başkalarıyla sorunlara yol açmasına rağmen içki içmeyi sürdürdünüz mü? HAYIR EVET 12

BİR YA DA DAHA FAZLA J3 MADDESİ EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR ?

HAYIR	EVET
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI ŞİMDİKİ	

MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

ALKOL DIŞI PSİKOAKTİF MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Şimdi size sokakta satılan maddelerin ya da ilaçların bir listesini göstereceğim (MADDELERİN OLDUĞU KARTI GÖSTER) ve size onu okuyacağım (AŞAĞIDAKİ LİSTEYİ OKU) ve son 12 ay içinde, bir kezden fazla olmak üzere, uçmak, kendinizi daha iyi hissetmek ya da ruh halinizi değiştirmek için bunlardan herhangi birini kullandınız mı ? → HAYIR EVET

KULLANILMIŞ OLAN HER BIR MADDEYI DAIRE IÇINE ALINIZ:

Uyarıcılar: amfetaminler (speed), deedrine, ritalin, zayıflama ilaçları, ice (buz, kristal)
Kokain: buruna çekme (kok), damar yolu, crack (taş, şaşal)
Narkotikler: eroin (eyç, toz, beyaz), morfin, dolantin, afyon, metadon, kodein, dormicum
Halüsinojenler: LSD (asit), mesc nitşz aline, peyote (kaktüs), PCP (melek tozu), psylocibin (mantar), ecstasy (beyaz kumrular), MDA
Uçucular: Bali, diğer yapıştırıcılar, tiner, nitrous oxide, (« kahkaha gazı »)
Esrar: (ot, joint, marijuana, kova)
Trankilizanlar: diazem, nervium, Xanax, Librium, Ativan, rohypnol (roş, roş1, papik), rivotril (roş2), nembutal (sarı bomba)
Diğerleri: akineton, tantum, felden flash, lomotil, maradona dopingi
EN ÇOK KULLANILMIŞ OLAN MADDE(LER)İ BELİRTİNİZ:----------

AŞAĞIDAKILERE GÖRE HANGISININ ARAŞTIRILACAĞINI BELIRTINIZ:
*EĞER ÇEŞITLI MADDELER BIRLIKTE YA DA ARDARDA KULLANILMIŞSA:

TEK TEK KULLANILAN HER BIR MADDE YA DA MADDE SINIFI ——— ☐

YALNIZCA EN SIK KULLANILMIŞ MADDE YA DA MADDE SINIFI ——— ☐

*EĞER TEK BIR MADDE KULLANILMIŞSA:

YALNIZCA O MADDE YA DA MADDE SINIFI ——— ☐

Son 12 ay içinde, [SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINı belirtin] kullanımınızı dikkate alarak:

Onu almaya başladığınız zaman duyduğunuz etkiyi aynı derecede duymak için (SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SİNIFININ ADINI BELİRTİN) miktarını arttırmaya gerek duydunuz mu ? HAYIR EVET 1

(SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullanımını azalttığınız ya da kestiğiniz zaman ortaya yoksunluk belirtileri ağrılar, titreme, ateş, halsizlik, ishal, bulantı, terleme, kalp çarpıntısı, uyku sızlığı, ya da yerinde duramama, kaygı, sinirlilik, gerginlik ya da bunaklık) çıktı mı? Ya da bu rahatsızlıklardan (YOKSUNLUK BELİRTİLERİ) korunmak ya da kendinizi daha iyi hissetmek için herhangi bir madde(ler) kullandınız mı? HAYIR EVET 2
Bunlardan birine bile yanıt **'EVET'** ise **'EVET'i** kodlayınız.

(SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullandığınızda, sıklıkla, bunları önceden niyet ettiğiniz miktardan daha fazla mı kullandınız mı? HAYIR EVET 3

... 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
Translated into Turkish by Y.

Scanned by CamScanner

→ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

d) (SEÇILEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) azaltmaya ya da bırakmaya çalıştığınız fakat başarısız olduğunuz oldu mu ? HAYIR EVET 4

e) (SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullandığınız günlerde, onu bulmaya, kullanmaya, etkilerinden kurtulmaya ya da onu düşünmeye önemli bir (2 saatten fazla) zaman harcıyor muydunuz? HAYIR EVET 5

f) Madde kullanımı yüzünden, işinize, hobilerinize, ailenizle ya da arkadaşlarınızla birlikte olmaya daha az zaman ayırır duruma geldiniz mi? HAYIR EVET 6

g) (SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullanmanın fiziksel ya da zihinsel sorunlara neden olduğunu bilmenize rağmen madde kullanmaya devam etmiş miydiniz ? HAYIR EVET 7

3 YA DA DAHA FAZLA **K4** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR?
MADDE(LER)İ BELİRTİNİZ _____

HAYIR EVET
MADDE BAĞIMLILIĞI ŞİMDİKİ

→
HASTA MADDE BAĞIMLILIĞI İÇİN POZİTİF Mİ KODLANMIŞTIR? ? HAYIR EVET

K3 Son iki ay içinde :

a Okulda, işte, evde sorumluluklarınız varken, bir kezden fazla olmak üzere, (SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) yüzünden akşamdan kalma olacak ya da kafayı bulacak kadar sarhoş oldunuz mu ? Bu herhangi bir sorun yarattı mı? (YALNIZCA EĞER SORUN YARATMIŞSA EVET İ KODLAYIN) HAYIR EVET 8

b (SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullanmanız yüzünden, fiziksel tehlikelere maruz kalacak kadar (örn., araba, tekne, bir makine vb. kullanma), kafayı buldunuz mu ya da sarhoş oldunuz mu ? HAYIR EVET 9

(SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullanmanız yüzünden tutuklanma ya da kuraldışı davranış gibi yasal sorunlarınız oldu mu ? HAYIR EVET 10

c Ailenizle ya da başkalarıyla sorunlara yol açmasına rağmen, (SEÇİLEN MADDE YA DA MADDE SINIFININ ADINI BELİRTİN) kullanmayı sürdürdünüz mü? HAYIR EVET 11

d 1 YA DA DAHA FAZLA **K3** YANITI **EVET** OLARAK MI KODLANMIŞTIR?

KULLANILAN MADDE(LER):_____

HAYIR EVET
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI ŞİMDİKİ

MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

KÖTİK BOZUKLUKLAR

.U YANITLANAN HER SORU İÇİN BİR ÖRNEK VERİLMESİNİ İSTEYİN. ÖRNEKLER SADECE DÜŞÜNCE YA .GI BOZUKLUĞUNU AÇIKÇA GÖSTERİYORSA VEYA KÜLTÜREL OLARAK UYGUN DEĞİLSE **EVET** K KODLAYIN.

MADAN ÖNCE, SANRILARIN 'GARİP' NİTELİKTE OLUP OLMADIĞINI ARAŞTIRINIZ.

LAR EĞER: AÇIKÇA AKIL DISI, SAÇMA, ANLAŞILMAZ VE SIRADAN YAŞAM DENEYİMLERİNDEN İYORLARSA 'GARİPTİRLER'.

ANILAR EĞER: KİŞİNİN DÜŞÜNCELERİNİ YA DA YAPTIKLARINI YORUMLAYAN BİR SES, YA İRBİRLERİYLE KONUŞAN İKİ YA DA DAHA FAZLA SES ŞEKLİNDE İSE, 'GARİP' OLARAK TİLİRLER.

Şimdi size, bazı kimselerin yaşayabildiği alışılmadık deneyimler hakkında orular soracağım.

			GARİP	
L4a) Hiç birilerinin sizi izlediğine, komplo kurduğuna ya da size zarar vermeye alıştığına inanmış mıydınız?	HAYIR	EVET	EVET	1
b) EĞER EVET İSE: Şimdi de bunlara inanıyor musunuz?	HAYIR	EVET	EVET → L6a	2
L2a) Hiç birinin sizin zihninizdekileri okuduğuna, düşüncelerinizi işitebileceğine ya da gerçekten sizin bir başkasının düşündüğünü okuduğunuza ya da işittiğinizi inanmış mıydınız? zihnini	HAYIR		EVET	3
b) EĞER EVET İSE: Bunlara şimdi de inanıyor musunuz?	HAYIR		EVET → L6a	4
L3a) Hiç birinin ya da sizin dışınızda bazı güçlerin, size ait olmayan düşünceleri zihninize soktuğuna ya da alıştığınızın dışında davranmaya zorladığına inanmış mıydınız ? İçinize cin, şeytan girdiğini hissettiğiniz olmuş muydu ?	HAYIR		EVET	5
b) EĞER EVET İSE: Bunlara şimdi de inanıyor musunuz?	HAYIR		EVET → L6a	6
L5a) Hiç TV, radyo ya da gazete yoluyla size özel mesajlar gönderildiğine ya da şahsen tanımadığınız birisinin sizinle özel olarak ilgilendiğine inanmış mıydınız?	HAYIR	EVET	EVET	7
b) EĞER EVET İSE: Bunlara şimdi de inanıyor musunuz?	HAYIR	EVET	EVET → L6a	8
L6a) Arabalarınız ya da arkadaşlarınız herhangi bir inancınızı garip ya da gerçek dışı buldular mı? DEN L4'E KADAR OLAN SORULARDA SORGULANMAYAN IYÜKLÜK, HARABOLMUŞLUK, SUÇLULUK YA DA POKONDRİYAZİS GİBİ SANRISAL FİKİRLER ,...	HAYIR	EVET	EVET	9
b) EĞER EVET İSE: Bu insanlar şimdi de inandıklarınızı garip buluyorlar mı?	HAYIR	EVET	EVET	10
L8a) Arkadaşlarının işitemedikleri (insan sesi gibi) sesleri hiç işittiniz mi? SANRILAR YALNIZCA, HASTA AŞAĞIDAKİLERİ 'EVET' ARAK YANITLARSA 'GARİP' OLARAK İŞARETLENECEKTİR. düşüncelerinizi ya da davranışlarınızı yorumlayan sesler ya da birbirleriyle konuşan iki ya da daha fazla ses işittiniz mi?	HAYIR	EVET	EVET	11
b) EĞER EVET İSE: Bunları geçen ay içinde işittiniz mi ?	HAYIR	EVET	EVET → L8b	12

S.C.I.D Turkish version / DSM-IV / current
r, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

Scanned by CamScanner

→ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

a) Uyanıkken bazı görüntüler ya da başkalarının hiç göremediği şeyleri gördünüz mü? HAYIR EVET 13

GÖRÜNTÜLER SADECE KÜLTÜREL OLARAK UYGUNSUZSA EVET İŞARETLEYİNİZ

b) **EĞER EVET İSE,** bunları geçen ay içinde de gördünüz mü? HAYIR EVET 14

GÖRÜŞMECİNİN DEĞERLENDİRMESİ

HASTA ŞU ANDA KONUSMADA TUTARSIZLIK, DAINIKLIK YA DA ÇAĞRIŞIMLARDA GEVŞEME GÖSTERİYOR MU? HAYIR EVET 15

HASTA ŞU ANDA DAGINIK YA DA KATATONIK DAVRANIŞ GÖSTERIYOR MU? HAYIR EVET 16

SIZOFRENININ NEGATİF BELIRTILERI,(ÖRNEGIN : DUYGULANIMDA BELİRGİN DÜZLEŞME, KONUSMA FAKİRLİĞİ (ALOGIA) YADA HEDEFE YÖNELİK HAREKETLERİ BAŞLATMA YA DA SÜRDÜRMEDE YETERSİZLİK (İSTENÇ KAYBI) BU GÖRÜŞME SÜRESİNCE GÖZE ÇARPIYOR MU? HAYIR EVET 17

L1 İLE L10 ARASINDAKİ SORULARDAN
? 1 YA DA DAHA ÇOK ' b ' SORUSU **EVET GARİP** OLARAK MI KODLANIYOR
YA DA
? 2 YA DA DAHA ÇOK ' b ' SORUSU **EVET** OLARAK MI (EVET GARİP YERİNE) KODLANIYOR?

HAYIR	EVET
	PSİKOTİK SENDROM ŞİMDİKİ

L1 İLE L7 ARASINDAKİ SORULARDAN :
? 1 YA DA DAHA ÇOK **' a '** SORUSU **EVET GARİP** OLARAK MI KODLANMIŞTIR
YA DA
? 2 YA DA DAHA ÇOK **' a '** SORUSU **EVET** OLARAK MI (EVET GARİP'TEN FAZLA OLMAK ÜZERE) KODLANMIŞTIR ?
(BU 2 SEMPTOMUN AYNI ZAMAN PERİYODUNDA OLDUĞUNU KONTROL EDİN.)
YA DA
? L11 ' EVET' OLARAK MI KODLANMIŞTIR?

HAYIR	EVET
	PSİKOTİK SENDROM HAYATBOYU

EĞER **L12** EVET OLARAK KODLANIYORSA YADA **L1 – L7** ARASINDA EN AZ 1 **EVET** KODLANIYORSA :

HASTA AŞAĞIDA BELİRTİLEN 2 DURUMDAN BİRİNDE POZİTİF Mİ KODLANMIŞTIR
MAJÖR DEPRESİF EPİZOD (ŞİMDİKİ YA DA GEÇMİŞTE)
YADA
MANİK EPİZOD (ŞİMDİKİ YA DA GEÇMİŞTE) → HAYIR EVET

Daha önce çökkün/ uçmuş/ sürekli bir biçimde sinirli gergin olduğunuz dönemleriniz olduğunu söylediniz.
Biraz önce tanımladığınız inançlar ve deneyimler (**L1 – L7 ARASI EVET** KODLANMIŞ SEMPTOMLAR) sadece bu çökkün/ uçmuş/ sinirli gergin hissettiğiniz zamanlarla sınırlı mıydı? HAYIR EVET 18

L13b EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR?

HAYIR	EVET
	PSİKOTİK ÖZELLİKLERİ *OLAN DUYGUDURUM BOZUKLUĞU* ŞİMDİKİ

r, F. Herguta, P. Amarien, L.I. Benora, I.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Giorelum (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

→ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

M1 ANOREXIA NERVOSA

M1a Boyunuz ne kadar? ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ cm ☐

b Son 3 ay içindeki en düşük kilonuz ne kadardı? ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Kg ☐

c HASTANIN KİLOSU BOYUNA KARŞILIK GELEN EŞİK DEĞERDEN DAHA MI AZ? (AŞAĞIDAKİ TABLOYA BAKINIZ) → HAYIR EVET 1

Son üç ay içinde,

M2 Bu düşük kiloya rağmen, kilo almamaya çalışmış mıydınız? → HAYIR EVET 2

M3 Normal kilonuzun altında olmanıza rağmen, kilo almaktan ya da şişmanlamaktan korkuyor muydunuz? → HAYIR EVET 3

M4a Kendinizi şişman ya da bedeninizin bir kısmını fazla şişman buluyor musunuz? HAYIR EVET 4

b Kilonuz ya da vücut biçiminiz, kendinizi nasıl hissettiğinizi önemli derecede etkiler mi? HAYIR EVET 5

c Şimdiki düşük kilonuzun normal veya aşırı olduğunu düşünüyormusunuz? HAYIR EVET 6

M5 M4'DEN 1 YA DA DAHA ÇOK MADDE EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR? → HAYIR EVET

M6 YALNIZ KADINLAR İÇİN: Geçen son üç ay içinde olmasını beklediğiniz halde (hamile olmamanıza rağmen) adetten kesildiniz mi? → HAYIR EVET 7

KADINLAR İÇİN: **M5** VE **M6** EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR?
ERKEKLER İÇİN: **M5** EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR?

HAYIR **EVET**

ANOREXIA NERVOSA
ŞİMDİKİ

ABLO BOY / KİLO EŞİK TABLOSU (BOY-AYAKKABISIZ ; KİLO-KIYAFETSİZ)

BOY(cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
KİLO (kg)	Kadınlar	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Erkekler	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

ARIDAKI KİLO İÇİN EŞİK DEĞERLER, HASTANIN DSM-IV TARAFINDAN BELİRLENEN NORMAL BOY VE CİNSİYET İLİMİNİN %15 EKSİĞİ OLARAK HESAPLANMIŞTIR.

...-IV Turkish version / DSM-IV / current
...

Scanned by CamScanner

MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

LIMIA NERVOSA

Geçen son 3 ay içinde, tıkınırcasına ya da 2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda yediğiniz oldu mu?	→ HAYIR EVET	8
Geçen son 3 ay içinde, haftada en az iki kez tıkınırcasına yediğiniz oldu mu?	→ HAYIR EVET	9
Bu tıkınmalar sırasında yemenizi kontrol edemediğinizi hissettiniz mi ?	→ HAYIR EVET	10
Bu tıkınmalardan kaynaklanan kilo alımını önlemek yada telafi etmek için kusmak, perhiz yapmak, egzersiz yapmak ya da barsak boşaltıcıları almak, (lavman), idrar söktürücüler almak gibi çarelere ya da diğer tıbbi yollara başvurdunuz mu?	→ HAYIR EVET	11
Kilonuz ya da vücut biçiminiz, kendinizi nasıl hissettiğinizi büyük ölçüde etkiliyor mu?	→ HAYIR EVET	12
HASTANIN BELİRTİLERİ ANOREXIA NERVOSA'YI KARSILIYOR MU?	HAYIR EVET	13
N6 = HAYIR İSE, N8 ' e GEÇİNİZ		
Bu tıkınmalar yanlızca _____kg/boy altında iken mi ortaya çıkıyor * ? * EŞİK KILOYU ANOREKSİYA NERVOSA MODÜLÜNDEKİ BOY / KİLO TABLOSUNA GÖRE DEĞERLENDİRİNİZ	HAYIR EVET	14

N5 EVET OLARAK **N7 HAYIR** OLARAK MI KODLANDI (YA DA GEÇİLDİ Mİ)?

HAYIR **EVET**

BULIMIA NERVOSA ŞİMDİKİ

N7 EVET OLARAK MI KODLANDI?

HAYIR **EVET**

ANOREXIA NERVOSA Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma ŞİMDİKİ

...-IV Turkish version / DSM-IV / current
I. Wells, F. Bergeret, P. Jeanrie, L.L. Romero, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

GIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (M.I.N.I. Plus)

Son altı ay içinde günlük yaşamınızda iş, ev ya da yakın çevrenizde çeşitli eylerle ilgili aşırı kaygılandığınız ya da kendinizi endişeli hissettiğiniz oldu mu ?	→ HAYIR EVET	1
NKSİYETENİN NEDENİ PANİK ATAK (PANİK BOZUKLUK), TOPLULUK ÇİNDE UTANMAK (SOSYAL FOBİ), KİRLENMEK (OKB), KİLO ALMAK ANOREKSİYA NERVOSA) GİBİ DAHA ÖNCE ARAŞTIRILAN OZUKLUKLARDAN HERHANGİ BİRİ İLE İLİŞKİLENDİRİLİYORSA EVET'İ ODLAMAYINIZ.		
Günlerin çoğunda bu kaygılar mevcut mu ?	→ HAYIR EVET	2
Kaygılarınızı kontrol etmekte güçlük çekiyor musunuz ya da bu kaygılar aptığınız işe odaklanabilmenizi etkiliyor mu?	→ HAYIR EVET	3
EMPTOMLAR BU NOKTADAN ÖNCEKİ HER HANGİ BİR BOZUKLUĞUN ÖZELLİKLERİ İLE SINIRLI İSE O3A'DAN O3F'YE KADAR HAYIR KODLAYINIZ.		
Son 6 ay içinde kaygılı olduğunuz zamanlarda hemen hergün :		
Kendinizi yerinde duramaz, içi içini kemirir gibi hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	4
Bergin hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	5
Kendinizi kolayca yorgun, güçsüz ya da tükenmiş hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	6
Konsantre olma güçlüğü çektiniz mi veya zihninizi boşalmış gibi hissettiğiniz ldu mu ?	HAYIR EVET	7
Kendinizi sinirli ve gergin hissettiniz mi ?	HAYIR EVET	8
Uyku bozukluğunuz (uykuya dalmakta güçlük, gece yarısında uyanma, abahları erken uyanma veya aşırı uyuma) oldu mu ?	HAYIR EVET	9
O3 ÖZETİ: 3 VEYA DAHA FAZLA O3 CEVABI **EVET** OLARAK KODLANMIŞ MI?	→ HAYIR EVET	
Anksiyete semptomları sizde önemli sıkıntıya neden oldu mu veya işte, sosyal , aşamda veya sair önemli bir şekilde işlev yeteneğinizi zayıflattı mı?	→ HAYIR EVET	
Bu semptomlar başlamadan hemen önce herhangi bir uyuşturucu veya ilaç lıyor muydunuz?	HAYIR EVET	
u semptomlar başlamadan hemen önce herhangi bir tıbbi rahatsızlığınız ldu mu?	HAYIR EVET	
ÖRÜŞMECİNİN YARGISINA GÖRE? BUNLARIN HERHANGİ BİRİSİ HASTANIN GENELLEŞMİŞ ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN DOĞRUDAN NEDENLERİ OLABİLİR Mİ?		
O5 (ÖZET): ORGANİK BİR NEDEN OLAMAYACAĞINA KARAR VERİLDİ Mİ?	HAYIR EVET	
O5(ÖZET) EVET OLARAK KODLANMIŞ MI?	**HAYIR EVET** *YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU ŞİMDİKİ*	

M.I.N.I. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current
...ller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Banora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

Scanned by CamScanner

→ MEANS : GO TO THE DIAGNOSTIC BOX(ES) OF THIS MODULE, CIRCLE NO IN ALL OF THEM AND MOVE TO THE NEXT MODULE

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU (opsiyonel)

P1 15 yaşından önce bunlar oldu mu:

a Tekrar tekrar okuldan kaçmak ya da geceyi ev dışında geçirmek?	HAYIR EVET	1
b Tekrar tekrar yalan, hile, dolandırıcılık ya da hırsızlık?	HAYIR EVET	2
c Kavga çıkarmak ya da zorbalık, tehdit, ya da başkalarını korkutup sindirmek?	HAYIR EVET	3
d Kasıtlı olarak eşyalara zarar vermek ya da yangın çıkarmak?	HAYIR EVET	4
e Kasıtlı olarak hayvanlara ya da insanlara eziyet etmek?	HAYIR EVET	5
f Birisini cinsel ilişkiye zorlamak?	HAYIR EVET	6
2 YADA DAHA FAZLA **P1 EVET** OLARAK MI KODLANIYOR ?	→ HAYIR EVET	

P2 AŞAĞIDAKİ DAVRANIŞLAR YALNIZCA DİNİ YADA POLİTİK ETKİLENMELERE BAĞLI İSE EVET OLARAK KODLAMAYINIZ.

15 yaşından beri :

a Kasıtlı olarak fevri davranmak, borçlu olduğunuz şeyleri ödememek, veya kasden kendi gereksinimlerinizi karşılamak için çalışmamak gibi başkalarının sorumsuzluk sayacağı şekilde tekrar tekrar davrandığınız oldu mu ?	HAYIR EVET	7
b Yakalanmamış bile olsanız yasadışı işler yaptınız mı ? (örn., mülke zarar verme, mağazadan eşya çalma, hırsızlık yapma, madde satma ya da ağır suç işleme)?	HAYIR EVET	8
c Başkalarıyla fiziksel olarak kavgaya girdiniz mi ? (eşiniz ve çocuklarınızla olan fiziksel kavgalar da dahil)	HAYIR EVET	9
d Sık sık eğlence amacıyla veya para için a başka insanları dolandırdığınız veya yalan söylediğiniz oldu mu ?	HAYIR EVET	10
e Umursamadan başkalarını tehlikeye attığınız oldu mu?	HAYIR EVET	11
f Başkalarına zarar verme, kötü muamele, yalan söyleme ya da hırsızlık, ya da özel mülke zarar verme sonrasında hiç suçluluk duymadığınız olmuş mudur?	HAYIR EVET	12

P2 MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ **EVET** OLARAK KODLANIYOR MU ?

HAYIR **EVET**

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU HAYATBOYU

S.C.I.D. Turkish version / DSM-IV / current
riller, T. Hergüner, P. Amarios, L.L. Benoro, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Turkish by Y.

ANSLAR
, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric interview a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 224-231.
V, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; II.
IV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International hiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical* , 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.
, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International hiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.
.I. was developed simultaneously into French and English. The French and English original versions of the M.I.N.I. for DSM-IV were und can be asked to the authors (see page 3). An ICD-10 version is also available into French, English and Danish.

	M.I.N.I. 4.4 or earlier versions	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. Plus 5.0, M.I.N.I. screen 5.0
		R. Emsley
		O. Osman, E. Al-Radi
		In preparation
		H. Banerjee, A. Banerjee
	P. Amorim	In preparation
		L.G. Hranov
		In preparation
kya	P. Zvolsky	P. Zvolsky
		L. Caroll, K-d Juang
		In preparation
ı	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
nish	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
		J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
		K. Khooshabi, A. Zomorodi
	M. Heikkinen, M. Lijestrõm, O. Tuominen	M. Heikkinen
	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
		M. Patel, B. Patel
	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
		C. Mittal, K. Batra, S. Gambir
	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
		J. Stefanson
	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
		T. Otsobo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, S. Leganger, E. Malt, U. Malt
ilinde	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
:	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
		A. Gahunia, S. Gambhir
		O. Driga
		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
	I. Timotijevic	I. Timotijevic
		K. Ketlogetswe
	M. Kocmur	M. Kocmur
ı	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert. Adaptation for South and Central America: G. Heinze
	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, M. Humble, S. Andersh
	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
		A. Taj, S. Gambhir
le		In preparation

in geçerlilik çalışmaları, bir ölçüde, SmithKline Beacham, the Caisse Nationale d'Assurance Maladie ve Avrupa Birliği'nin bağışları leştirilmiştir.
AnoreksiyaNervosa ve Bulimiya Nervosa modülleri için önerilerinden dolayıDr. Pauline Powers'a şükranlarını sunarlar.
.Kasım.2001

.X. 5.0.0 Turkish version / DSM-IV / current

Scanned by CamScanner

Ek 8. Anne Katılımcı Sosyodemografik Form

ANKET

Annelerde doğum sonrasında depresyon görülebilmektedir. Aynı durumun babalarda da olabildiği son çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı babalarda ki depresyonu ve nedenlerini saptamaktır. Türkiye de bu konuda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle son derece önemlidir. Vereceğiniz cevaplar toplumumuzu temsil etmesi nedeniyle çok değerlidir. Verdiğiniz yanıtlar sadece bu araştırma için kullanılacak olup hiç bir şekilde kimliğiniz belli olmayacaktır. Anketimizi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Araş. Gör. Dr. Çiğdem ALKAN
Prof. Dr. Vildan MEVSİM
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Aşağıdaki sorularda size uygun olan kutucuğu işaretleyiniz		
1	Doğum tarihiniz? (gün/ ay/yıl)olarak belirtiniz lütfen	.../.../...
2	Eğitim durumunuz	☐1. Okur yazar değilim ☐2.Okur yazar ☐3.İlköğretim ☐4.Lise ☐5.Üniversite /Yüksek okul
3	Çalışma durumunuz	☐ Çalışıyorum ☐2. Çalışmıyorum
4	Mesleğiniz nedir	.....
5	Sosyal güvencenizden yararlanabiliyor musunuz?	☐1. Hayır ☐ 2.Evet
6	Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz	☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
7	Herhangi bir sağlık sorununuz var mı	☐1. Hayır ☐ 2.E vet(Nedir? Lütfen belirtiniz .....
8	Sürekli kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?	☐1. Hayır ☐ 2.Evet(Ne kullanıyorsunuz? Lütfen belirtiniz) .....
9	Yandaki maddelerden kullanıyor olduklarınızı işaretleyiniz?	☐1.Kullanmıyorum ☐ 2.Sigara ☐ 3.Alkol ☐ 4.Diğer
10	Aynı ev içinde kaç kişi	
11	Ev içinde kimlerle yaşıyorsunuz?	☐Çocuklar ☐Aile büyükleri ☐Bakıcı/Yardımcı ☐Diğer.....
12	Aile yapınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐ 1. Geleneksel ☐ 2.Demokratik
13	Kaç yıllık evlisiniz?	
14	Kaçıncı evliliğiniz?	
15	Evlilik şekliniz nedir?	☐1. Görücü usulü ☐2. Anlaşarak ☐3.Diğer
16	Kaç çocuğunuz var?	
17	Çocuklarınız yaşları nedir?	1. Çocuk..... 2. Çocuk..... 3. Çocuk..... 4.Çocuk.....
18	Kaçıncı çocuğunuz?	☐1. ☐2. ☐3. ☐4. ☐....
19	Bebeğinizin doğum tarihi nedir?(gün/ ay/yıl)olarak belirtiniz lütfen	.../.../...
20	Bebeğinizin cinsiyeti nedir?	☐1.Kız ☐ 2.Erkek
21	Planlanan bir gebelik miydi?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet
22	Gebelik süresince bir sağlık sorunu yaşadınız mı?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet (Lütfen belirtiniz .....
23	Doğum esnasında bir sorun yaşandınız mı?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet Lütfen belirtiniz .....
24	Bebeğiniz doğduğunda bir sorunu oldu mu?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet Lütfen belirtiniz .....

1

25	Bebeğinizin **şu anda** her hangi bir sağlık sorunu var mı?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet Lütfen belirtiniz ..... .
26	**Hamileliği süresince** size kim/kimler destek oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐ 4. Hiç kimse ☐1. Kendim ☐ 2. Aile büyükleri ☐3. Arkadaşlar ☐5. Bakıcı/Yardımcı ☐5. Diğer..... ☐6. Eşim	
27	**Bebek doğduktan sonra** size kim/kimler destek oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐ 4. Hiç kimse ☐1. Kendim ☐ 2. Aile büyükleri ☐3. Arkadaşlar ☐5. Bakıcı/Yardımcı ☐5. Diğer..... ☐6. Eşim	
28	Çocuğun fizyolojik, ruhsal yönden sağlıklı gelişimi için "**sadece anne yeterlidir**" görüşüne katılıyor musunuz? ☐1. Tamamen katılıyorum ☐ 2. Katılıyorum ☐3. Fikrim yok ☐ 4. Katılmıyorum ☐5.Hiç katılmıyorum	
29	Çocuğun fizyolojik, ruhsal yönden gelişimi için "**en az anne kadar babaya da görevler düşmektedir**" görüşüne katılıyor musunuz? ☐1. Tamamen katılıyorum ☐ 2. Katılıyorum ☐3. Fikrim yok ☐ 4. Katılmıyorum ☐ 5.Hiç katılmıyorum	
30	Eşinizin baba olarak sorumluluklarını ne kadar yerine getirebildiğini düşünüyorsunuz? ☐1.Tamamen yerine getiriyor ☐2.Yerine getiriyor ☐3.Biraz yerine getiriyor ☐4.Yerine getiremiyor ☐5.Hiç yerine getiremiyor	
31	**Hamileliğiniz öncesinde** eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü	
32	**Hamileliğiniz süresince** eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü	
33	**Bebeğiniz doğduktan sonra** eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü	

34	Bebeğiniz doğduktan sonra günlük yaşamınızda olan değişiklikleri olumlu/olumsuz/değişiklik olmadı yönünde belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)		Olumlu	Olumsuz	Değişiklik olmadı
		1.Uyku düzenimde	☐	☐	☐
		2.Yeme alışkanlıklarımda	☐	☐	☐
		3.Fiziksel aktivitelerimde	☐	☐	☐
		4.Dikkat/algımda	☐	☐	☐
		5.Cinsel yaşamımda	☐	☐	☐
		6.Ruhsal yaşamımda	☐	☐	☐
		7.Sosyal yaşamımda	☐	☐	☐
		8.İş yaşamımda	☐	☐	☐
		9.Evlilik yaşamımda	☐	☐	☐
		10.Ekonomik durumumda	☐	☐	☐

35	Eşiniz/çocuğunuzla ilişkinizde mutsuzluğa yol açan durum/durumlar nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐1.Mutsuzluğumuz yok ☐2.Ekonomik sıkıntılar ☐3.Sözel tartışmalar ☐4.Ruhsal tartışmalar ☐5.Fiziksel tartışmalar ☐6.Diğer (lütfen açıklayınız).....

36	Bugüne kadar sizi derinden sarsan üzücü/önemli bir olay yaşadınız mı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)	○ 1.Hayır yaşamadım ○ 2.Doğal afet deprem sel ○ 3.Kaza geçirdim ○ 4.Bir yakınımın ölümü ○ 5.Fiziksel şiddet ○ 6.Sözel şiddet ○ 7.Cinsel istismar ○ 8.Diğer(lütfen açıklayınız).....
37	Son 6 ay içinde 1. dereceden yakınınızı kaybettiniz mi?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet(Kim? lütfen açıklayınız).....
38	Daha önce depresyon geçirdiniz mi?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet Ne zaman Tedavi aldınız mı?
39	Hamileliğiniz sırasında egzersiz yaptınız mı?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet yalnız başıma yaptım ☐ 3. Evet eşimle beraber yaptım
40	Hamileliğiniz sırasında hamile okuluna gittiniz mi?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet yalnız başıma gittim ☐ 3. Evet eşimle beraber gittim

Yukarıda yanıtlamış olduğunuz soruların yanı sıra katkıda bulunmak -eklemek istediğiniz soru-görüşleriniz var mı?
Varsa nedir?.....
.....
.....

Sizlerle iletişim kurabilmek ve bu süreçte size yardımcı olabilmek için size ulaşabileceğimiz telefon/mail adresinizi Belirtir misiniz?
Adınız:
Telefon:.....
Mail:.....

Ek 9. Baba Katılımcı Sosyodemografik Form

ANKET

Annelerde doğum sonrasında depresyon görülebilmektedir. Aynı durumun babalarda da olabildiği son çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı babalarda ki depresyonu ve nedenlerini saptamaktır. Turkiye de bu konuda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle son derece önemlidir. Vereceğiniz cevaplar toplumumuzu temsil etmesi nedeniyle çok değerlidir.Verdiğini z yanıtlar sadece bu araştırma için kullanılacak olup hiç bir şekilde kimliğiniz belli olmayacaktır. Anketimizi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Araş. Gör. Dr. Çiğdem ALKAN
Prof. Dr. Vildan MEVSİM
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Aşağıdaki sorularda size uygun olan kutucuğu işaretleyiniz		
1	Doğum tarihiniz? (gün/ ay/yıl)olarak belirtiniz lütfen	.../.../...
2	Eğitim durumunuz	☐1. Okuryazar değilim ☐2.Okuryazar ☐3.İlköğretim ☐4.Lise ☐5.Üniversite /Yuksek okul
3	Çalışma durumunuz	☐ Çalışıyorum ☐2. Çalışmıyorum
4	Mesleğiniz nedir	.....
5	Sosyal güvencenizden yararlanabiliyor musunuz?	☐1. Hayır ☐ 2.Evet
6	Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz	☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
7	Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?	☐1. Hayır ☐ 2.Evet (Nedir? Lütfen belirtiniz .....
8	Sürekli kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı	☐1. Hayır ☐ 2.Evet(Ne kullanıyorsunuz? Lütfen belirtiniz .....
9	Yandaki maddelerden kullanıyor olduklarınızı işaretleyiniz?	☐1.Kullanmıyorum ☐ 2.Sigara ☐ 3.Alkol ☐ 4.Diğer
10	Aile yapınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐ 1. Geleneksel ☐ 2.Demokratik
11	Kaçıncı evliliğiniz?	.....
12	Evlilik şekliniz nedir?	☐1. Görücü usulü ☐2. Anlaşarak ☐3.Diğer.....
13	**Hamileliği süresince** eşinize kim/kimler destek oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐1. Hiç kimse ☐2. Kendim ☐3. Aile büyükleri ☐4. Arkadaşlar ☐5. Bakıcı/Yardımcı ☐6. Diğer.....	
14	**Bebek doğduktan sonra** eşinize kim/kimler destek oldu? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐1. Hiç kimse ☐2. Kendim ☐3. Aile büyükleri ☐4. Arkadaşlar ☐5. Bakıcı/Yardımcı ☐6. Diğer.....	
15	Eşinizin **hamileliği süresince "eşinize olan desteğinizi"** nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐1.Çok destek oldum ☐2.Destek oldum ☐3.Kısmen destek oldum ☐4.Destek olmadım ☐5.Hiç destek olmadım	
16	**Bebek doğduktan sonra "eşinize olan desteğinizi"** nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐1.Çok destek oldum ☐2.Destek oldum ☐3.Kısmen destek oldum ☐4.Destek olmadım ☐5. Hiç destek olmadım	
17	**Eşinizin hamileliği süresince "eşinizin size olan desteğini"** nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐1.Çok destek oldu ☐ 2.Destek oldu ☐3.Kısmen destek oldu ☐ 4.Destek olmadı ☐5.Hiç destek olmadı	

1

18	**Bebek doğduktan sonra "eşinizin size olan desteğini"** nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐1.Çok destek oldu ☐ 2. Destek oldu ☐3. Kısmen destek oldu ☐ 4. Destek olmadı ☐5. Hiç destek olmadı
19	Çocuğun fizyolojik, ruhsal yönden sağlıklı gelişimi için **"sadece anne yeterlidir"** görüşüne katılıyor musunuz? ☐1. Tamamen katılıyorum ☐ 2. Katılıyorum ☐3. Fikrim yok ☐ 4. Katılmıyorum ☐5.Hiç katılmıyorum
20	Çocuğun fizyolojik, ruhsal yönden gelişimi için" **en az anne kadar babaya da görevler düşmektedir"** görüşüne katılıyor musunuz? ☐1. Tamamen katılıyorum ☐ 2. Katılıyorum ☐3. Fikrim yok ☐ 4. Katılmıyorum ☐ 5.Hiç katılmıyorum
21	Çocuğunuz dünyaya geldikten sonra kendinizi baba olarak yeterli görüyor musunuz? ☐1.Çok yeterli görüyorum ☐2.Yeterli görüyorum ☐3.Kısmen yeterli görüyorum ☐4.Yeterli görmüyorum ☐5.Hiç yeterli görmüyorum
22	Bebeğinize zaman ayırabiliyor musunuz? ☐1.Çok zaman ayırıyorum ☐2.Zaman ayırıyorum ☐3.Biraz zaman ayırıyorum ☐4.Zaman ayıramıyorum ☐5.Hiç zaman ayıramıyorum
23	Bebeğinizin bakımına ne kadar yardımcı oluyorsunuz? ☐1.Çok yardımcı oluyorum ☐2.Yardımcı oluyorum ☐3.Kısmen yardımcı oluyorum ☐4.Yardımcı olmuyorum ☐5.Hiç yardımcı olmuyorum
24	Baba olarak sorumluluklarınızı ne kadar yerine getirebiliyorsunuz? ☐1.Tamamen yerine getiriyorum ☐2.Yerine getiriyorum ☐3.Biraz yerine getiriyorum ☐4.Yerine getiremiyorum ☐5.Hiç yerine getiremiyorum
25	Eşinizin hamileliği süresince gebelik kontrollerine katılım durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
26	Eşinizin hamileliği süresince eşinizin sağlıklı beslenmesine dikkat ettiniz mi? ☐1.Çok dikkat ettim ☐2.Dikkat ettim ☐3.Kısmen dikkat ettim ☐4.Dikkat etmedim ☐5.Hiç dikkat etmedim
27	Eşinizin hamileliği süresince eşinizin klinik egzersiz yapmasına dikkat ettiniz mi? ☐1.Çok dikkat ettim ☐2.Dikkat ettim ☐3.Kısmen dikkat ettim ☐4.Dikkat etmedim ☐5.Hiç dikkat etmedim
28	Doğumdan önceki ve sonraki sürece hazırlık için anne ve babalara yönelik oluşturulmuş doğuma hazırlık,emzirme,bebek bakımı kurslarına katılım durumunuzu değerlendiriniz? ☐1.Tamamen katıldım ☐2.Katıldım ☐3.Biraz katıldım ☐4.Katılmadım ☐5.Hiç katılmadım
29	Eşinizin **hamileliği öncesinde** eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
30	Eşinizin **hamileliği süresince** eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
31	**Bebeğiniz doğduktan sonra** eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü

32	Eşinizin **hamileliği öncesinde aile büyüklerinizle olan** ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
33	Eşinizin **hamileliği süresince aile büyüklerinizle olan** ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
34	**Bebeğiniz doğduktan sonra aile büyüklerinizle olan** ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
35	Eşinizin **hamileliği öncesinde** iş yaşamınıza dair memnuniyet durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
36	Eşinizin **hamileliği süresince** iş yaşamınıza dair memnuniyet durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
37	**Bebeğiniz doğduktan sonra** iş yaşamınıza dair memnuniyet durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
38	Eşinizin **hamileliği öncesinde** bireysel yaşamınızı(aktivitelere katılım,hobilerinizle meşgul olma,öz bakım,vb...) nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
39	Eşinizin **hamileliği süresince** bireysel yaşamınızı(aktivitelere katılım,hobilerinizle meşgul olma,öz bakım,vb...) nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü
40	**Bebeğiniz doğduktan sonra** bireysel yaşamınızı(aktivitelere katılım, hobilerinizle meşgul olma, özbakım, vb...) nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü

41 Bebeğiniz doğduktan sonra günlük yaşamınızda olan değişiklikleri olumlu/olumsuz yönde belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

	Olumlu	Olumsuz	Değişiklik olmadı
1.Uyku düzenimde	☐	☐	☐
2.Yeme alışkanlıklarımda	☐	☐	☐
3.Fiziksel aktivitelerimde	☐	☐	☐
4.Dikkat/algımda	☐	☐	☐
5.Cinsel yaşamımda	☐	☐	☐
6.Ruhsal yaşamımda	☐	☐	☐
7.Sosyal yaşamımda	☐	☐	☐
8.İş yaşamımda	☐	☐	☐
9.Evlilik yaşamımda	☐	☐	☐
10.Ekonomik durumumda	☐	☐	☐

42	Eşinizin **hamileleği süresince** günlük yaşamınızda meydana gelen değişikliklere alışmakta zorluk çektiniz mi? Ne kadar? ☐1.Çok zorluk çektim ☐2.Zorlluk çektim ☐3.Biraz zorluk çektim ☐4.Zorluk çekmedim ☐5.Hiç zorluk çekmedim	
43	**Çocuğunuz dünyaya geldikten sonra** günlük yaşamınızda meydana gelen değişikliklere alışmakta zorluk çektiniz mi? Ne kadar? ☐1.Çok zorluk çektim ☐2.Zorlluk çektim ☐3.Biraz zorluk çektim ☐4.Zorluk çekmedim ☐5.Hiç zorluk çekmedim	
44	Çocukluğunuz döneminde **kendi annenizle olan** iletişiminizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü	
45	Çocukluğunuz döneminde **kendi babanızla olan** iletişiminizi nasıl değerlendirirsiniz? ☐1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐3. Orta ☐ 4. Kötü ☐5. Çok kötü	
46	Çocukluğunuz döneminde **kendi ailenizde (anne/baba/kardeş)**mutsuzluğa yol açan durum/durumlar nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐1.Mutsuzluğumuz yok ☐2.Ekonomik sıkıntılar ☐3.Sözel tartışmalar☐4.Ruhsal tartışmalar ☐5.Fiziksel tartışmalar ☐6.Diğer (lütfen açıklayınız).....	
47	Eşiniz/çocuğunuzla ilişkinizde mutsuzluğa yol açan durum/durumlar nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) ☐1.Mutsuzluğumuz yok ☐2.Ekonomik sıkıntılar ☐3.Sözel tartışmalar☐4.Ruhsal tartışmalar ☐5.Fiziksel tartışmalar ☐6.Diğer (lütfen açıklayınız).....	
48	Bugüne kadar sizi derinden sarsan üzücü/önemli bir olay yaşadınız mı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)	☐Hayır yaşamadım ☐Doğal afet deprem sel ☐Kaza geçirdim ☐Fiziksel şiddet ☐Bir yakınımın ölümü ☐Sözel şiddet ☐Cinsel istismar ☐Diğer(lütfen açıklayınız).....
49	Son 6 ay içinde 1. dereceden yakınınızı kaybettiniz mi?	☐1. Hayır ☐ 2. Evet(Kim? lütfen açıklayınız).....
50	Daha önce depresyon geçirdiniz mi?	☐1. Hayır
		☐ 2. Evet **Evet ise;** **Ne kadar süre önce** ..... **Tedavi aldınız mı?** ☐1. Hayır ☐ 2. Evet **Nasıl bir tedavi aldınız?** ☐ 1. İlaç tedavisi ☐ 2. psikoterapi
51	Akrabalarınız ve aile büyüklerinizden depresyon geçiren/geçirmekte olan var mı?	☐1. **Hayır** ☐ **2.Evet** (Kim? Lütfen açıklayınız).....
52	Bebeğinizin doğum tarihini gün/ay/yıl olarak belirtiniz	...../...../.....

Yukarıda yanıtlamış olduğunuz soruların yanı sıra **katkıda bulunmak -eklemek** istediğiniz soru-görüşleriniz var mı? Varsa
nedir?.....

.....

.....

Sizlerle iletişim kurabılmek ve bu süreçte size yardımcı olabilmek için size ulaşabileceğimiz telefon/mail adresinizi Belirtir misiniz?

Adınız:..... Telefon ..... **Mail adresiniz**:.....