

Postpartum Depresyon Ve Halk Sağlığı Üzerine Etkileri

Postpartum depression and affects on Public Health

Alper Başer¹, Ceren Yalçın¹, Çağatay Gürboğa¹, Gizem Akarca¹, Dr. Emel Keskinoglu², Prof. Dr. Mustafa Tözün²

1-İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi 1.Sınıf Öğrencisi
2-İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET:

Hamilelik dönemindeki kadınlarda fizyolojik ve ruhsal değişimler gözlenir. Bu değişimler çeşitli psikiyatrik hastalıklara neden olmaktadır. Bu hastalıklardan postpartum depresyon, doğumun en yaygın komplikasyonudur ve annenin ruh sağlığını etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Ortaya çıkmasına neden olan birçok risk faktörü bulunur. Bu faktörler biyolojik, genetik, hormonal, psikolojik, sosyal ve çevreseldir. Doğum sonrası depresyon; anne, evlilik ilişkisi ve çocuklar üzerinde önemli etkilere sahiptir. Depresif belirtilerinin derecesi çok şiddetli olmasa bile varlığı annenin bebeğiyle ilişkisini devam ettirmesini engelleyebilmektedir. İş, ev ve sosyal yaşantıda sorunlara neden olmaktadır. Major depresyonun belirtileri ve postpartum depresyonun belirtileri birbirleriyle benzerlik göstermektedir. Postpartum depresyon çok yaygın görülmesine rağmen tanı koymak her zaman kolay değildir. Literatürde tedaviye yönelik birçok seçenek bulunur. Psikososyal tedavi ve farmakolojik tedavi etkili tedavi yöntemleridir. Bu çalışmanın amacı postpartum depresyonun ne olduğunu yani tanımını, yaygınlığını, tarama yöntemlerini, belirtilerini, risk faktörlerinin çeşitlerini, tedavi yöntemlerini ve bu hastalığın önceden nasıl fark edilebileceğini derleyerek sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: *postpartum depresyon, tarama yöntemleri, risk faktörleri, tedavi, yaygınlık*

ABSTRACT:

Physiological and psychological changes are observed in women during pregnancy. These changes cause various psychiatric diseases. Postpartum depression is the most common complication of birth and important public health problem that affects the mental health of the mother. There are many risk factors that cause it to occur. These factors are biological, genetic, hormonal, psychological, social and environmental. Postpartum depression has important effects on the mother, marital relationship and children. Even if the degree of depressive symptoms is not very severe, their presence may prevent the mother from continuing her relationship with her baby. It causes problems at work, at home and in social life. Symptoms of major depression and symptoms of postpartum depression are similar, and although postpartum depression is very common, it is not always easy to diagnose. There are many options for treatment in the literature. Psychosocial treatment and pharmacological treatment are effective treatment methods. The aim of this study is present what postpartum depression is and its prevalence, screening methods, symptoms, types of risk factors, treatment methods and how it can be detected.

Keywords: *postpartum depression, screening methods, types of risk factors, treatment, prevalence*

1. GİRİŞ:

Postpartum depresyon doğumun en yaygın komplikasyonudur ve annenin ruh sağlığını etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir (Warner et al.,1996). Anne olmaya karar vermek kadın yaşamındaki en önemli kararlardan biridir. Anne olma yönünde atılan ilk basamak gebeliktir fakat anne olma kararı her zaman planlanmış, düşünülmüş, bilinçli ve sadece kişinin kendi isteği doğrultusunda aldığı bir karar değildir. Bazı durumlarda kişiler çocuk sahibi olma kararları konusunda kendilerini asıl motive eden faktörlerin farkında olmazlar. Kültürel baskılar, statü elde etme isteği, üreme yeteneğini kanıtlamak gibi nedenler kadınları çocuk sahibi olmaya iter. İşte bu gibi durumlarda gebelik dönemine ve ebeveynliğe uyum sağlama süreci zorlaşır. Postpartum dönemde ebeveynlerin baş etmek zorunda kaldıkları başka problemler de vardır. Bebeğe bakım vermek, güvenli bir çevre ve ortam sağlamak, bebekle iletişim kurmak, yeni rollere adapte olmak bu problemlerden bazılarıdır. Bütün bu durumlar postpartum dönemde bir aile içi krize neden olur (Beydağ 2007; Marakoğlu ve ark., 2009). Bu krizle beraber doğum sonrası dönemde kadınların daha emosyonel ve hassas olması depresyon risklerini artırmaktadır (Danacı ve ark., 2000). Bu dönemde, annenin en sık yaşadığı ruhsal sağlık sorunu postpartum depresyondur. Postpartum depresyon genellikle doğumun gerçekleşmesinden sonra, 2-8 haftalar içinde başlar ve doğumdan sonraki birkaç ay boyunca devam eder (Kara ve ark., 2001). Majör depresyonun bir alt türü olarak kabul edilmektedir (American Psychiatric Association,2013).

2. POSTPARTUM DEPRESYON YAYGINLIĞI VE TARAMA YÖNTEMLERİ:

Günümüzün yaygın ve bir o kadar da fark edilmesi zor hastalığı postpartum depresyon (PPD) ‘dur. Hamilelik, peripartum ve postpartum dönemde ruhsal problemlerin sıkça görüldüğü hassas bir evredir. PPD doğum sonrası dönemde sıkça rastlanan, anne ve bebeğin sağlığı ve buna bağlı olarak aile ve toplum sağlığı açısından önemli bir konumda olan ve sağlık sisteminin her basamağında yer alan sağlık çalışanları aracılığıyla da gerekli bilincin oluşturulması gereken psikiyatrik bir hastalıktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, anne-bebek sağlığının korunması, doğum öncesi depresyon semptomlarının peripartum dönemde anlaşılması açısından önemlidir. Hamilelik sürecinin takibinde ve postpartum dönemde bebeğin kontrolleri esnasında annenin psikolojisi ve duygu durumu da takibe alınmalıdır (Erdem ve ark., 2010). Bu hastalıkla alakalı hem geçmişte hem de günümüzde çok fazla araştırma yapılmıştır, yapılmaya devam edilmektedir. PPD kısaca kadınlarımızın gebelik

döneminin sonlanmasından sonra birçok faktöre bağlı olarak psikolojik sorunlar yaşaması yani depresifleşmesidir (Dilbaz ve Enez, 2007).

Günümüzde PPD annelerimizde %14 ile %40 arasında yaygınlığa sahiptir. Tabii bu oranları birçok faktör etkilemektedir. Bunlara örnek olarak hastanın postpartum dönemden sonra değişik zamanlarda değerlendirilmesi, popülasyon farklılığı, örneklemin büyüklüğü ve tanı koyma aracı gösterilebilir. DSM-IV'e göre depresyonun postpartum dönemin ilk dört haftasında ortaya çıkması durumunda annenin PPD yönü değerlendirilebilir. Yine başka çalışmalarda, postpartum depresyonun sıklıkla doğumdan sonra 6-10. haftalarda olmak üzere bir yıl içinde herhangi bir zaman diliminde yaşanabileceği belirtilmiştir. Yeni doğum yapanlarda, doğru tanı yöntemleri ile PPD'nin belirlenmesi gerekir. PPD'yi belirlemek için, ülkemiz tarafından geçerliliği ve güvenilirliği onaylanan Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), bu ölçeklerden alınan puanlar ile beraber anamnez ve annenin genel durumu ile ayırıcı teşhis yapılabilir (Karaçam ve Kitiş, 2008). Yeni doğum yapan 202 anne EDDÖ skorlarıyla değerlendirildiğinde PPD sıklığının %15,8 olduğu görülür (Gavin et al., 2005). Gavin ve arkadaşları (2005) tarafından 28 çalışmayla yapılmış derlemede perinatal depresyonun prevalansı belirlenmiştir ve meta-analizler gebeliğin farklı 3 aylık dönemlerinde ve doğum sonrası dönemde prevalansın %6,5 ve %12,9 arasında değiştiği saptanmıştır. Aynı çalışmada sadece postpartum dönemin ilk üç ayı için yapılan meta analiz çalışmasında ise depresyon prevalansı %19,2 olarak bildirilmiştir.

3. POSTPARTUM DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ:

Psikiyatrik hastalıkların etiyolojik faktörlerine ilişkin çalışmaları incelediğimizde, bunun tek bir nedeni olmadığını görürüz. Duygu durum bozukluklarının genetik ve biyolojik çalışmaları göstermektedir ki bireyin genetik bir yatkınlığı olsa bile depresyon gelişebilmesi için, etkileşime giren deneysel ve çevresel faktörler olmalıdır. Postpartum depresyondaki risk faktörlerinin neler olduğunun birçok açıdan değerlendirilmesi ve araştırılması gereklidir (Dubovsky & Buzan, 1999). Risk faktörlerine ve açıklamalarına aşağıda yer verilmektedir.

3.1.Psikolojik Risk Faktörleri:

3.1.1.Özsaygı:

Özsaygı depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklara karşı koruyucudur (Brown et al., 1990). Düşük öz saygı, yeni doğum yapan annelerin doğumdan sonraki dönemde yaşayacağı

sorunlarla başa çıkma kabiliyetini azaltmakta ve sahip olduğu kaynakları etkileşime sokabilme yeteneğini engellemektedir (McGrath & Meyer, 1992). Düşük özsaygısı olan annelerin doğumdan sonra baş etmek durumunda kaldıkları duygular vardır. Yetersizlik, değersizlik, reddedilme, ihmal, utanç ve suçluluk bu duygulardan bazılarıdır. Bu tür duygular yaşamaları kendilerini çevrelerinden izole etmelerine neden olmakta ve bu da PPD'nin gelişimini hızlandırmaktadır (Nnadozie & Nweke, 2017).

3.1.2.Doğum Tatmini:

Doğum tatmini, annenin doğum anında ve doğumdan sonraki süreçte yaşadığı memnuniyettir. Annenin memnuniyetle sonuçlanan doğumu, anne-bebek ilişkisinin sağlıklı olmasında etkindir. Bu memnuniyet annenin rolüne adapte olmasına katkıda bulunurken, annenin öz saygısını artırır ve başarı hissini pekiştirir (Goodman, 2004).

3.1.3.Genel Öz Yetkinlik İnancı:

Yeni annelerin doğumdan sonraki süreç boyunca kendi yetkinliklerine duydukları inancın depresyonla olan ilişkisi araştırmalardaki güncel bir konudur (Zheng et al., 2018). Bu konuda, Zheng ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin tecrübe kazandıkça kendilerine duyduğu yetkinlik inançlarının arttığını ve bu artışın da depresyon seviyelerinin azalmasına katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur.

3.1.4.Geçmiş Depresyon Öyküsü:

Beck'in (2001) meta analiz çalışması ise yaklaşık 1000 deneği inceleyen 11 çalışmayı içermektedir. Her iki çalışmada geçmiş depresyon öyküsü olan annelerin postpartum depresyon yönünden risk grubunda olduğunu göstermektedir (Johnstone et al., 2001; Josefsson et al., 2002).

3.2.Biyolojik Risk Faktörleri:

Payne ve arkadaşlarının (2009), yaptıkları etiyolojik literatür taramasında doğumdan sonra oluşan beyindeki hormonal dalgalanmaların sonucunda PPD'nin tetiklenebileceğini tespit etmişlerdir ve doğumdan sonra ortaya çıkan üreme hormonları düzeylerindeki hızlı düşüş, olası postpartum bozukluklarının ana nedenlerinden biri olarak kabul edilir (Wisner et al., 2002). Doğumla beraber östrojen ve progesteron seviyeleri hızlı bir şekilde düşer ve üç gün içerisinde doğum öncesi seviyelerine döner. Östrojen seviyesi düştüğünde, hamilelik

sırasında yükselen prolaktin artık bloke olmaz ve laktasyon başlar. Annenin emzirmeye başlamasıyla oksitosin salgısı artar. Androjenlerin olağan döngüsü hem hamilelik hem laktasyon sırasında görülmez. Plazma kortikosteroidleri doğum sırasında zirveye ulaşır, doğumdan sonraki 4 saat içerisinde ise önemli ölçüde azalır. Tiroid fonksiyonu seviyesi doğumdan sonraki yaklaşık 4 hafta içerisinde önceki haline döner (Robinson et al., 2001).

3.3.Sosyal Risk Faktörleri:

Eş, arkadaşlar ve ailenin sağladığı destek sosyal destek olarak adlandırılır. Sosyal destek, gebenin duygularının ve ruh halinin rahatlamasına, sosyal imkânlardan daha çok faydalanmasına, kaygılı ve stresli durumların karşısında daha kolay durmasına yardım eder. Bununla birlikte, gebenin anne olma hissini kazanmasında kolaylık sağlar. Gebenin sosyal destek açısından yeterli olup olmamasıyla gebelik depresyonu arasında güçlü bir bağlantı vardır. Çevreden gelecek sosyal desteğin yetersizliği postpartum depresyon oluşumu için önem taşıyan risk faktörlerindedir (Aktaş ve ark., 2011). Bingöl ve Tel (2007) yaptıkları çalışmada annelerin doğum bitimindeki dönemde yardıma ihtiyaç duyabileceğini ve bu yardımı vermek amacıyla yakınlarından birilerinin annenin yanında kaldığını belirtmiştir. Bu aşamada annenin kendine yakın gördüğü birinin verdiği desteğin postpartum depresyon riskini düşürmekte etkili olduğu düşünülmektedir. Eşin yokluğu, yalnız yaşama, evlilikteki problemler, boşanma yaşanması, maddi durum, sosyal destekte azlık veya yokluk, sosyal çevrelerden soyutlanmış olma, aile içinde yaşanan şiddet varlığı, geçmiş şiddet öyküsü, gebelik sırasında işte çalışma durumu, ölü doğum sayısı, planlanmamış gebelik olması, gebelik öncesinde premenstrüel şikayetler yaşama, düşük sayısı, toplam gebelik sayısı, eğitim düzeyi düşüklüğü, sigara tüketiyor veya tüketmiş olmak, alkol veya yabancı maddelerin kullanımı gebelik sonrası yaşanacak postpartum depresyona etki eden sosyal risk faktörlerindedir (Arslan ve ark., 2011; Tunc ve ark., 2012). Daha önce postpartum depresyon geçirmiş olan, bebek bakmakta yetersiz olacağını düşünen, annelik ve bebek bakımı konusunda yardım alabileceği birisi olmayan, aileden destek almayan ve partneriyle beraber yaşamayan annelerde de postpartum depresyon görülme sıklığı yüksektir(Bingöl ve ark.,2006). Lise ve üniversite eğitimi almış kadınların sosyal olarak daha aktif ve postpartum depresyona daha az yatkın oldukları tespit edilmiştir. Bu sonuca göre annelerin eğitim düzeyleri artınca kendilerini ifade etmeleri kolaylaşıyor, buldukları sosyal paylaşımlar artıyor. Ev hanımı annelerde ve doğumdan sonraki dönemde ebeden kendisini ziyaret etmesini bekleyen annelerde postpartum depresyonun sıklığının arttığı bulunmuştur. Ailelerine ve bebeklerine daha çok vakit ayırabildiğinden ev hanımı anneler bebek bakımıyla

ilgili problemleri daha az yaşayabilirler. Ancak çalışan annelerle ev hanımı annelerin sosyal ilişkileri ve sosyal çevreleri karşılaştırıldığında ev hanımı anneler bu konuda daha eksik kalabilmektedirler, bu durumda PPD görülme riskini artırmaktadır. Bunların yanında annelerin doğum sonrası dönemde sadece kendi yakın çevresinden değil, sağlık çalışanlarından yardım alma ihtiyaçları da artış gösterir (Bingöl ve ark., 2006).

3.4. Hormonal Risk Faktörleri:

Kadınlarda gebelik ve doğum sonrası dönemde yoğun hormonal değişimler oluşur. Hamilelik süresince yüksek miktarlarda olan östrojen ve progesteron hormonlarının doğum sonrası ani şekilde düşüşünün, PPD üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Aktaş ve ark., 2011). Doğum sonrasındaki tiroksin ve kortizol hormonlarının miktarlarındaki değişimlerle postpartum depresyonun psikiyatrik belirtilerinin ilişkili olabileceği söylenmektedir (Erdem ve Çelepkolu, 2014). Depresyondaki önemli faktörlerden birinin beyin biyokimyasındaki bozukluklar olduğu belirtilmektedir. Depresyonun oluşmasında beyine özel olan ve nörotransmitter olarak adlandırılan kimyasal maddelerin düzensizliklerinin etkili olduğu bulunmuştur. Bu nörotransmitterler şöyle sıralanabilir;

- Asetilkolin,
- Serotonin,
- Dopamin,
- Norepinefrin,
- Gama Amino Butirik Asit (GABA)'dır.

Tüm bu bahsedilen nörotransmitterlerin salınımindaki değişimlerin ve dengesizliklerin PPD gelişimi için risk oluşturdukları bulunmuştur (Erdem ve Çelepkolu, 2014).

3.5.Çevresel Risk Faktörleri:

Postpartum depresyon, annenin ve bebeğin sağlığında olumsuz etkilere yol açabilecek, tanı konmuş ama teşhisi az, tedavi edilebilir bir psikolojik bozukluktur (Corwin et al., 2010). Çevresel faktörler de postpartum depresyonu etkileyen başlıca risk faktörlerinden biridir. Doğumun ardından kadınlar çeşitli psikososyal risk faktörlerine maruz kalabilir, bu faktörlerin de tetiklenmesinde çevre önemli bir rol oynar (Zhang X et al., 2014). Anksiyete, stresli yaşam

temposu, erken lohusalık dönemi, sosyal destek seviyelerinin azlığı, annenin daha önce yaşanmış depresyonları da postpartum depresyonu tetikleyen psikososyal risk faktörlerinden başlıcalarıdır (Goldberg RJ, 2004). Ayrıca annenin kendisi önceden bu durumu geçirmişse yani depresyon öyküsü varsa yapılan araştırmalara göre postpartum depresyon riskinin depresyon öyküsü olmayan kadınlardan yaklaşık 20 kat fazla olduğu saptanmıştır (Silverman ME, 2017). Doğa ve beslenme de postpartum depresyonu nöropsikiyatrik ve psikopatolojik açıdan etkileyen önemli faktörlerdendir (Corwin et al., 2010). Hamilelikte alkol, sigara gibi maddelerin tüketimi de genlerin işleyişini etkileyerek postpartum depresyona sebep olabilir (Zhang X et al., 2014). Bebek ağırlığı, fetüs sayısı, emzirme süreci, doğum ağırlığı da postpartum depresyonu tetikler. Hamilelikte radyasyondan etkilenme, hamile olan kişinin yaşı ve gestasyonel hipertansif bozukluklar postpartum depresyonda büyük etkilere sahip faktörlerdendir (Liu G et al., 2017). Postpartum depresyon prevalansı, yaşanan bölgenin gelişmişliğine bağlı olarak da değişmektedir. Şehirde yaşayan kadınların kırsalda yaşayan kadınlara göre iletişimde olduğu kişi sayısı genelde daha fazla olduğundan risk faktörü bu açıdan daha yüksektir. Ancak şehirde yaşayan kadınlar sosyal desteklere daha rahat erişebildiklerinden ve bu konuda daha bilinçli olduklarından bu açıdan risk faktörleri daha düşüktür. Yani kırsal-kent yaşamı arasında bariz bir postpartum risk faktörü saptanamamıştır (Vigod SN et al., 2013). Kültür, gelenek, töre, inanç, inanış, ritüel gibi faktörler de postpartum depresyon üzerinde olumlu ya da olumsuz birçok etkiye sahiptir. Doğumdan sonra annenin istirahati, özel diyet yapması, kısıtlamalar koyması, anneye bebeğin anneannesinin ve babaannesinin ilgilenmesi de postpartum depresyon döneminin kolay atlatılmasına yardımcı olur (Health Care Women Int., 2008). Ekonomik düzey, sosyoekonomik farklılıklar, gelir dağılımı da annenin depresyonunu tetikleyebilir (Paulson et al., 2010). Gelir düzeyi yüksek ülkelerde postpartum depresyon %10 ile %20 civarında görülmekte iken düşük ya da orta seviyede gelir dağılımı olan toplumlarda %20'nin üzerinde görülmektedir (Biaggi et al., 2016). Evli olma-olmama, yalnızlık, karı-koca ilişkileri de postpartum depresyonla ilişkili önemli faktörlerdendir (Beck, 2001). İstenmeyen gebelikler, gebelik sürecinde veya öncesinde kullanılan ilaçlar da postpartum depresyon sürecini etkiler (Beck, 2001; Beydoun et al., 2010; Hayes et al., 2010; Lanes et al., 2011; Martini et al., 2015).

3.6. Genetik Risk Faktörleri:

Postpartum depresyon en sık görülen psikolojik rahatsızlıklardan biridir. Prevalansı yaklaşık %10 ile %15 civarındadır. Postpartum depresyonu etkileyen çok çeşitli risk faktörleri vardır. Genetikte PPD'yi tetikleyen başlıca risk faktörlerindendir. Serotonin 2A reseptörü yani

HTR2A genindeki DNA varyasyonları yani polimorfizmleri PPD'yi tetikleyen faktörlerden biridir. Bu varyasyonların oluşumu kişinin çevresel faktörlerden etkilenmesiyle tetiklenir (Dünya J Psikiyatrisi, 2015). Postpartum dönemler genetik kırılganlığın en fazla yaşandığı dönemlerdendir. Postpartum depresyonu doğum esnasında üretilen hormonlar patofizyolojik açıdan tetikler (Figueiredo et al., 2015). Oksitosin reseptörlerindeki gen polimorfizmleri, postpartum depresyona neden olarak (Thompson et al., 2011) ebeveynlik ile ilgili sorunlara yol açar (Alan 2010; Lovejoy et al., 2000; Paulson et al., 2006) ve bu sorunlar da bebeğin gelişiminde (Grace et al., 2003; Murray & Cooper, 1997; Ward, 1991) ve emzirme sürecinde olumsuz sonuçlar doğurabilir (Hatton et al., 2005). Ayrıca kandaki serotonin taşıyıcı gen alelleri triptofandan gelen enzimatik yolu etkileyerek PPD'ye neden olur (Sholehvar et al., 2013). L alel (LL) taşıyan kadınlarda PPD görülme olasılığı S alele göre daha yüksektir. 5-HTTLPR genotipi ile PPD arasında da güçlü bir bağ vardır. Kısaca genetik faktörler de PPD ile yakından ilişkilidir (Zhang X et al., 2014).

4. POSTPARTUM DEPRESYON KLİNİK GÖRÜNÜMÜ:

Postpartum depresyon doğumun en yaygın komplikasyonudur bu nedenle de kadınları ve aileleri etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir (Warner et al., 1996). Doğum sonrası depresyonun anne, evlilik ilişkisi ve çocukları üzerindeki etkileri; onu teşhis etmek, tedavi etmek ve önlemek için önemli bir durum haline getirmektedir (Robinson & Stewart, 2001). Postpartum depresyonun yaygınlığının yüksekliğine rağmen sıklıkla gözden kaçtığı için tedavisiz kalan bir hastalıktır. Hamilelik sırasında yaşanan ruhsal değişikliklerin, hamileliğin fizyolojik değişikliklerinden mi yoksa postpartum depresyondan mı kaynaklandığını anlamak her zaman kolay değildir (Bowen & Muhajarine, 2006). Kadınların birçoğu mutlu olmaları gereken bu dönemde depresif duygular hissedebilirler. Bu duygularından utanç duyabilir ve bu duyguları saklama eğiliminde olabilirler. Bu durum PPD'nin tespit edilmesini zorlaştıran bir faktördür (Gülseren, 1999). PPD orta ve hafif düzeyde olduğunda başlangıçta kendini belli etmeyebilir ve hastanın destek ihtiyacının farkına varılamayabilir. Postpartum depresyonun uzun süreli devamı halinde annenin durumu ağırlaşabilir ve hastaneye yatış yapılarak tedavi etmek gerekebilir. Bundan dolayı postpartum depresyonun erken tanınması hastalığı ilerlemeden durdurmak adına çok önemlidir (Karamustafalıoğlu ve Tomruk, 2000). Major depresyonun belirtileri ve postpartum depresyonun belirtileri birbirleriyle benzerlik göstermektedir (Erdem ve Bez, 2009). Sık görülen belirtiler aşağıda gösterilmektedir:

- Yorgunluk, keyif alamama

- Bebek bakımını aksatma, bebeğe zarar verme
- Suçluluk hissi ve bununla baş edememe
- Sinirlilik
- Duygusal deęişkenlik
- Zayıf konsantrasyon ve hafıza
- Yetersizlik hissi
- Uyku bozuklukları
- İştah ve kilo değişiklikleri

Hastalığı daha şiddetli geçiren hastalarda intihar düşünceleri ve girişimleri yaygındır, hastaların %5-14'ünde görülebilir. Doğumdan sonraki süreçte ilk yıl içerisinde gerçekleşen anne ölümü sebeplerinde intihar üst sıralardadır. Postpartum depresyon geçiren annelerde başka psikiyatrik hastalıklar da görülebilmektedir, bu durum semptom çeşitliliğine ve intihar riskinin artmasına neden olmaktadır (Lindahl et al.,2005; Dindo et al.,2017).

5. POSTPARTUM DEPRESYON TEDAVİSİ:

Postpartum dönemdeki annelerde erken tanı ve tedavi önemlidir. Literatürde tedaviye yönelik birçok seçenek bulunmaktadır. Psikoterapi çeşitleri olan kişiler arası terapi ve davranışsal terapinin uygulanması, ilaç tedavisi olarak antidepresan kullanımı, psikososyal bakım, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler bu seçeneklerden başlıcalarıdır (Uyar, 2005).

5.1.Psiko-Sosyal Tedavi:

Zlotnick ve arkadaşlarının (2006), 99 gebe kadın ile yaptığı bir araştırmada 4 haftalık grup terapisine katılan kadınlarda katılmayanlara göre PPD gelişme oranının daha az olduğu gösterilmiştir. Bir diğer terapi yöntemi ise bilişsel davranışçı terapidir. Dennis ve arkadaşlarına (2016) göre bilişsel davranışçı terapi doğum sonrası depresyon tedavisinde etkili olmakla birlikte diğer terapi yöntemlerinden daha etkili değildir. Bilişsel davranışçı terapinin postpartum depresyona etkinliğinin incelenmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır ancak etkinlik olarak umut vaat etmektedir. Morrell ve arkadaşlarının (2009) bir çalışmasında, doğum sonrası dönemde profesyoneller tarafından ev ziyaretleri

yapılmış ve postpartum depresyona etkinliği yararlı bulunmuştur. Uzmanlar dinleme ziyareti adı verilen bir yöntem geliştirmiştir. Bu yöntemde kadınlar, postpartum dönemde evlerinde 4-6 kez ziyaret edilmiş ve bu kadınlarla dinleme seansı yapılmıştır. Bu seanslar yansıtıcı dinleme ve problem çözmeyi içermektedir.

5.2. Farmakolojik Tedavi:

Postpartum depresyon tanısının koyulmasının ardından depresyonun şiddetine bakılarak ilaç tedavisine başlanmaktadır. Postpartum dönemdeki annelerde uygulanan antidepresan tedavisinin görülen depresif belirtileri azalttığı ve anneliğe uyumu daha kolay hale getirdiği bildirilmiştir (Sharma,2006). Seçici Serotonin Geri Alımı İnhibitörler (SSRI'lar), çeşitli araştırmacılar tarafından önerilen yeni nesil ilaçlardır. Appleby ve arkadaşlarının (1997) yaptığı randomize kontrollü çalışmada fluoksetinin plaseboya ve 6 seanslık terapinin tek seanslık terapiye etkinliği ölçülmek istenmiştir.

1. gruba fluoxetine ve tek seanslık terapi
2. gruba plasebo ve altı seanslık terapi
3. gruba plasebo ve tek seanslık terapi
4. gruba fluoxetin ve altı seanslık terapi verilmiştir.

Tüm gruplarda oldukça önemli gelişmeler görülürken dördüncü tedavi grubundaki annelerde (fluoxetin ve altı seanslık terapi alan) diğer gruplara göre belirgin bir ilerleme kaydedilmiştir. Çalışma 4 hafta boyunca sürdürülmüş ve dördüncü haftanın sonlarına doğru çalışmanın sonuçları belirginleşmiştir. Terapi ve fluoxetine arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, fluoxetinein plaseboya, 6 seanslık terapinin tek seansa göre daha etkili olduğu, hem fluoksetin hem de bilişsel-davranışçı terapinin doğum sonrası depresyon için etkili tedaviler olduğu bildirilmiştir.

Postpartum depresyon tedavisinde başka bir SSRI olan sertralinin etkinliğini belirlemek için 8 haftalık bir çalışma yürütülmüş ve yirmi altı ABD'li kadın 50 mg / gün'lük bir başlangıç dozu kullanılarak sertralin ile tedavi edilmiştir; yan etkilere ve depresyon şiddetine göre maksimum doz 200 mg /gün'e kadar çıkarılmıştır. İki haftada bir yapılan değerlendirmeler, klinik görüşmeler ve kendi kendine derecelendirilen depresyon ölçümleri dahil olmak üzere gerçekleştirilmiş ve yirmi bir kadın (%81) 8 haftalık çalışmayı

tamamlamıştır. Bu kadınların 20'si sağlıklı bir yanıt sergilemiş, 14 kadında semptomlar remisyon göstermiştir (Stowe et al.,1995). Molyneaux ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında antidepresanlar(SSRI); plesebo ve bilişsel davranışçı terapi ile karşılaştırılmış ve antidepresanların etkinliğinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

5.3.Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler:

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler hastalıkların tedavi edilmesinde kullanılan yardımcı ve ek tedavilerdir, standart olmayan sağlık uygulamalarıdır. Postpartum depresyondaki hastalarda da tedaviye yardımcı olarak kullanılabilirler (Wu et al., 2007; Freeman 2009). Heh ve arkadaşları (2008) postpartum depresyonun tedavi edilmesinde egzersizin etkinliğini araştırmıştır. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) puanı 10'a eşit veya 10'dan fazla olan kadınlar arasından egzersiz ve kontrol grubu seçilmiştir. Egzersiz programını 12 haftalık süreç boyunca programa uyan kadınların EPDS puanlarının daha fazla düştüğü görülmüştür. Sağlıklı bir sinir sistemi için Omega-3 yağ asitlerinin önemi büyüktür. Epidemiyolojik çalışmalar diyetle omega 3 yağ asitlerini daha fazla içeren besinlerin tüketiminin depresif belirtilerin remisyonuna katkı sağladığını göstermektedir (Naliwaiko et al., 2004; Koletzko et al., 2008). Danimarkalı 54.000'den daha fazla kadının katılım gösterdiği bir prospektif kohort çalışmasında, hamilelik sürecinde yeterli balık (omega 3 yağ asitlerinden zengin) tüketmediğini söyleyen kadınların dörtte birinde antidepresan ile depresyon tedavisi görecektir düzeyde risk artışı oluşmuştur (Strøm et al.,2009). Aromaterapi esansiyel yağlar kullanılarak uygulanan tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemidir ve bu esansiyel yağlar elde edildikleri bitkilerin özelliklerine göre gevşemeyi sağlamak veya semptomları azaltmak amacıyla kullanılırlar. Lavanta, yasemin, vanilya, bergamot, adaçayı, ardıç, iğde, ihlamur ve sandal ağacı yağı depresyon için en sık kullanılan ve en çok bilinen esansiyel yağlardır (Mantle, 2002; Freeman, 2009).

Tablo 1: Postpartum depresyonda yapılan girişimler ile ilgili öneriler ve kalite düzeyleri

Yapılan girişimler	Öneri	Yorum
Antidepresan Kullanımı	İyi	Kanıtlar iyi düzeydedir.
Bireysel terapinin çoklu terapiye göre etkinliği	İyi	Kanıtlar iyi düzeydedir.
Uzmanlarca sağlanan ev ziyaretleri	İyi	Kanıtlar iyi düzeydedir.
Sosyal destek (yakınların ve eşin)	İyi	Kanıtlar iyi düzeydedir.
Egzersiz	Zayıf	Daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.
Bilişsel davranışçı terapi	Zayıf	Daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.
Zengin balık yağı takviyesi	Zayıf	Postpartum depresyonu önlemede yeterli kanıt yoktur

Kaynak: Yıldırım F, Duman N. Kanıta Dayalı Bilgiler Işığında Postpartum Emosyonel Sorunlara Yönelik Yaklaşımlar. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl 11, Sayı 1, Haziran 2018/ 761

6. POSTPARTUM DEPRESYONDAN KORUNMA:

Gebelikte depresyonunu önlemede öncelikli yapılması gereken riskli grubun belirlenmesidir. Erken dönemde tespit edilen risk grubunun tedavisine erken başlanması bebek ve annenin sağlığı açısından önemlidir (Karaçam ve Ançel., 2009; Kim et al., 2009). Postpartum depresyondan korunabilmek için postpartum depresyona yönelik sağlık uzmanlarınca tarama programları yapılması ve bu programların yaygınlaştırılması postpartum depresyon yaygınlığını azaltacaktır (Çalık ve ark., 2011). Hamilelikte sürecinde depresyonun tespiti ve taranması için uygun ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden en sık tercih edilenler "*Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)* ve *Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğidir (EPDÖ)*" (Muzik et al., 2009; Diego et al., 2009).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde kadınların büyük bir kısmının postpartum dönemde sosyal desteğe ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonrası dönemde anne, bebeğine karşı yetersizlik duygusu hissedebilmekte ve sosyal desteğin azlığı annenin yaşadığı bu yetersizlik algısını pekiştirebilmektedir. Yaşanan yetersizlik hissi, postpartum depresyonun şiddetini artırmakta ve ortaya çıkış sürecini hızlandırmaktadır. Bu yüzden postpartum depresyonu önlemek için yakın çevrenin(aile, eş, arkadaşlar) desteği belirtilerin azalmasında ve annenin ruh sağlığının iyileşmesinde oldukça önemlidir (Bingöl ve Tel, 2007; Karamustafa, 2017). Annenin ailesi ve eşiyile iyi ilişkiler içinde olması, evlilik memnuniyeti,

bebek bakımında yardımlaşma ve desteklenme postpartum depresyonun önlenmesinde etkili olmaktadır (Kolukırik, 2016).

1. SONUÇ:

Postpartum depresyon, annenin ruh sağlığını ve bebekle ilişkisini etkileyen doğum sonrasında çıkan en yaygın ruh sağlığı problemlerinden biridir. Bu problemin üzerinde durulması anneyi ve anneye bebek arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkiler ve anneye bebek tam bir iyilik hali içinde olur. Geçmişten günümüze postpartum depresyonla ilgili çalışmalar yürütülse de ne yazık ki bu rahatsızlığın nedenleri ve bu rahatsızlığı tetikleyen faktörler tam olarak belirlenememiştir ve hala hekimler tarafından bu konu sıklıkla gözardı edilmektedir. Gebeliğin başından itibaren annenin psikolojik açıdan takibi, geçerli ve güvenilir ölçüm ve tarama yöntemleriyle PPD'nin tespiti çok önemlidir. Postpartum depresyonu anne ve bebeğin yıpratıcı şekilde atlatmaması ve bu durumun geç olmadan fark edilmesi için erken tanı olmazsa olmazdır. İnsanları bu konuda bilinçlendirmek ve yönlendirmek amacıyla da gebeliğin psikolojik boyutları ve etkileri hakkında bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bu bilgilendirmeler ve kişilerin psikolojik açıdan takibi yapılırken kişilerin hangi risk faktörlerine maruz kaldığı da iyi bir şekilde tespit edilmelidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri bu konuda yaygınlaştırılmalıdır ve her annenin bu süreçte destek alması sağlanmalıdır. Aile hekimleri doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin düzenli takiplerini yapmalıdır ve anneyi yönlendirici bir rol oynamalıdır. Bunun dışında da PPD'yi etkileyen risk faktörlerinin üzerine ayrıca düşülmeli ve bu konuda yeterli düzeyde araştırmalar yapılmalıdır ve bu doğrultuda daha etkili tedavi yöntemleri belirlenmelidir. Psikoterapi, ilaç tedavisi ve alternatif tedavi gibi birçok yöntem PPD'nin tedavisinde başvurulabilir. Ayrıca bu tedaviler çeşitli takviyelerle desteklenebilir. Bu sayede postpartum depresyonun büyük ölçüde önüne geçilebilir ve annelik içgüdüsünün kuvvetlenmesiyle anneye bebeğin daha mutlu bir ilişki sürmesi, annenin kendisini bebeğine karşı daha iyi hissetmesi sağlanabilir.

KAYNAKLAR:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM(5thed.). Washington DC, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053> (Erişim: 05.04.2021)
2. Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ*, 314(7085), 932-936.

3. Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., Mungan, M.T. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.
4. Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50(5), 275-285.
5. Beydağ, K.D. (2007). Adaptation to motherhood in the postpartum period and the nurse's role. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-84.
6. Bowen, A., Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *Can Nurse*, 102(9), 26-30.
7. Brown, G.W., Bifulco, A., Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 25(5), 235-243.
8. Çalık, K.Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Pgy.*, 3(1), 142-162.
9. Danacı, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Şen, F. S., & İçelli, İ. (2000). Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 204-211.
10. Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Quintero, V. H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development*, 85(1), 65-70.
11. Dilbaz, N., & Enez, A. (2007). Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(47), 32-40.
12. Dennis, C.L., Brown, H.K., Morrell, J. (2016). Interventions(other than psychosocial, psychological and pharmacological) for preventing postpartum depression (Protocol). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012201/epdf/abstract> (Erişim Tarihi:19.05.2021)
13. Dindo, L., Elmore, A., O'Hara, M., & Stuart, S. (2017). The comorbidity of Axis I disorders in depressed pregnant women. *Archives of women's mental health*, 20(6), 757-764.
14. Dubovsky, S.L., Buzan, R. (1999). Textbook of psychiatry press, Washington DC, 1999,s 479.
15. Erdem, O., Bez, Y. (2009). Postpartum blues and postpartum depression. *Konuralp Tıp Dergisi*, 1(1), 32-37.
16. Erdem, Ö., Bucaktepe, P., Özen, Ş., & Kara, İ. H. (2010). Prepartum ve Postpartum Donemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Duzce Medical Journal*, 12(3).
17. Erdem, Ö., & Çelepkolu, T. (2014). Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 93-99.
18. Figueiredo, F. P., Parada, A. P., de Araujo, L. F., Silva Jr, W. A., & Del-Ben, C. M. (2015). The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 172, 265-273.
19. Freeman, M. P. (2009). Complementary and alternative medicine for perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 1-10.

20. Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(5 Part 1), 1071-1083.
21. Goldberg, R. J. (2004). Billing for psychiatric evaluations: options for coding and reimbursement. *General hospital psychiatry*, *26*(4), 296-301.
22. Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, *45*(1), 26-35.
23. Gülseren, L. (1999). Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *10*(1), 58-67.
24. Heh, S. S., Huang, L. H., Ho, S. M., Fu, Y. Y., & Wang, L. L. (2008). Effectiveness of an exercise support program in reducing the severity of postnatal depression in Taiwanese women. *Birth*, *35*(1), 60-65.
25. Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(1), 69-74.
26. Josefsson, A., Angelsiöö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & gynecology*, *99*(2), 223-228.
27. Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., Türeci, F. (2001). Doğum Sonrası Depresyon. *Sted*, *10*(9), 333-334.
28. Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, *25*(4), 344-356.
29. Karaçam, Z., & Kıtış, Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *19*(2).
30. Karamustafa, F. C. (2017). *Postpartum depresyonda evlilik doyumu ve benlik saygısının incelenmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
31. Karamustafalıoğlu, N., & Tomruk, N. (2000). Postpartum hüzn ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*, *2*(2), 64-71.
32. Kim, J. J., La Porte, L. M., Adams, M. G., Gordon, T. E., Kuendig, J. M., & Silver, R. K. (2009). Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Archives of women's mental health*, *12*(3), 167-172.
33. Koletzko, B., Lien, E., Agostoni, C., Böhles, H., Campoy, C., Cetin, I., et al. (2008). World Association of Perinatal Medicine Dietary Guidelines Working Group: The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med*, *36*, 5-14.

34. Kolkurik, Ü. (2016). Postpartum depresyon belirtisini etkileyen etmenler ve postpartum depresyon belirtisinin emzirme ile ilişkisi. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.*
35. Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 8(2)*, 77-87.
36. Mantle, F. (2002). The role of alternative medicine in treating postnatal depression. *Complement Ther Nurs Midwifery, 8(4)*, 197-203.
37. Marakoğlu, K., Özdemir, S., Çivi, S. (2009). Postpartum depression: Review. *Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29(1)*:206-14.
38. McGrath, M. M., & Meyer, E. C. (1992). Maternal self-esteem: from theory to clinical practice in a special care nursery. *Children's Health Care, 21(4)*, 199-205.
39. Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., et al. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *Bmj, 338*.
40. Muzik, M., Marcus, S.M., Heringhausen, J.E., Flynn, H. (2009). When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am, 36*, 771-788.
41. Naliwaiko, K., Araújo, R. L. F., Da Fonseca, R. V., Castilho, J. C., Andreatini, R., Bellissimo, M. I., ... & Ferraz, A. C. (2004). Effects of fish oil on the central nervous system: a new potential antidepressant?. *Nutritional neuroscience, 7(2)*, 91-99.
42. Nnadozie, J.C. & Nweke, G.E. (2017). Self esteem, social support and postpartum depression. *The Journal of International Social Research, 10(51)*, 1307-9581.
43. Payne, J. L., Palmer, J. T., & Joffe, H. (2009). A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology. *Harvard review of psychiatry, 17(2)*, 72-86.
44. Robinson, G.E., Stewart, D.E. (2001) *Psychological Aspects of Women's Health Care*, American Psychiatry Press, Washington DC, p:117-139.
45. Sharma, V. (2006). A cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. *Bipolar disorders, 8(4)*, 411-414.
46. Liu, S., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., Sha, T., Zeng, G., & He, Q. (2017). Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC pregnancy and childbirth, 17(1)*, 1-7.
47. Stowe, Z. N., Casarella, J., Landry, J., & Nemeroff, C. B. (1995). Sertraline in the treatment of women with postpartum major depression. *Depression, 3(1-2)*, 49-55.
48. Strøm, M., Mortensen, E. L., Halldorsson, T. I., Thorsdottir, I., & Olsen, S. F. (2009). Fish and long-chain n-3 polyunsaturated fatty acid intakes during pregnancy and risk of postpartum

- depression: a prospective study based on a large national birth cohort. *The American journal of clinical nutrition*, 90(1), 149-155.
49. Şen, N. (2020). Postpartum Psikoz Belirtilerinin Kültürel Boyutu ile Ele Alınması:Albasması İnancı. *ISPEC Journal of Social Sciences & Humanities*, 4(4), 209-308.
50. Tunc, S., Yenicesu, O., Cakar, E., Ozcan, H., Pekcetin, S., & Danisman, N. (2012). Anxiety and depression frequency and related factors during pregnancy. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 9(35), 1431-1435.
51. Uyar, S. (2005). *Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması* (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
52. Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), 607-611.
53. Wisner, K.L., Parry, B.L., Piontek, C.M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 347(3), 194-199.
54. Wu, P., Fuller, C., Liu, X., Lee, H. C., Fan, B., Hoven, C. W., ... & Kronenberg, F. (2007). Use of complementary and alternative medicine among women with depression: results of a national survey. *Psychiatric Services*, 58(3), 349-356.
55. Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018). Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery*, 62, 151-160.
56. Zhang, X., Wang, L., Huang, F., Li, J., Xiong, L., Xue, H., & Zhang, Y. (2014). Gene-environment interaction in postpartum depression: A Chinese clinical study. *Journal of affective disorders*, 165, 208-212.
57. Zlotnick, C., Miller, I. W., Pearlstein, T., Howard, M., & Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1443-1445.