



Meryem Yaren YAVUZ<sup>1\*</sup> ,

Çiğdem BİLGE<sup>1</sup> ,

\*Sorumlu Yazar e mail:  
yarenmyavuzz@gmail.com

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Yavuz MY, Bilge C. Annelik  
Hüznünden Postpartum  
Depresyon ve Psikoza. Haliç Üniv  
Sağ Bil Der. 2022;5(1) 1-10

Yavuz MY, Bilge C. From Baby  
Blues To Postpartum Depression  
And Psychosis. Halic Uni J  
Health Sci. 2022;5(1) 1-10

Doi: 10.48124/husagbilder.845299

ID: 845299

Geliş Tarihi: 22.12.2020  
Kabul Tarihi: 10.02.2021

\* Bu derleme Uluslararası  
Anadolu Ebeler Derneği  
Kongresi'nde sözel bildiri  
olarak sunulmuştur.

## DERLEME

# ANNELİK HÜZNÜNDEN POSTPARTUM DEPRESYON VE PSİKOZA

### Öz

Gebelikte ve postpartum dönemde kadınlar fiziksel ve duygusal birçok değişim yaşamaktadır. Bu değişimler sonucu duygudurum bozukluklarına yatkın hale gelen kadınlar; annelik hüznünden, belirtilerin ve şiddetin giderek arttığı, son derece yaygın olan depresyona hatta psikotik epizodlarla karakterize psikoza yatkın hale gelebilmektedirler. Son derece yaygın görülen bu ruhsal sorunlar doğum sonrası dönem için risk taşımaktadır. Postpartum dönemde yaşanan ruhsal sorunlar anne sağlığı başta olmak üzere, anne-bebek bağlanmasını, sağlıklı birey yetişmesini, aile içi rolleri ve toplumu etkilemektedir. Kadınlar bu dönemin mutluluk verici olduğuna inandığı için yaşadıklarını kabullenemeyip hislerini gizli tutmaya çalışabilirler. Bu da postpartum ruhsal sorunlar tablosunun gizlenmesine neden olabilmektedir. Bu derlemenin amacı; postpartum dönemde görülen annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoza tanımlamak ve bu konuda sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyini artırarak, bu konuda yapılacak çalışmalara basamak olmaktır.

**Anahtar Kelimeler:**Anne sağlığı, postpartum depresyon, postpartum dönem, psikotik bozukluklar, psikoz

## REVIEW

# FROM BABY BLUES TO POSTPARTUM DEPRESSION AND PSYCHOSIS

### Abstract

During pregnancy and the postpartum period, women experience many physical and emotional changes. As a result of these changes, women who may become susceptible to mood disorders; from maternity blues, depression which is extremely common, with increasing symptoms and intensity or even psychosis characterized by psychotic episodes. These very common mental problems are among the important complications of the postpartum period. Mental problems experienced in the postpartum period affect maternal health, mother-baby attachment, raising a healthy individual, family roles and society. Since women believe that this period is happy, they may not accept their experiences and try to keep their feelings secret and this may cause the postpartum mental problems to be hidden.

It is aimed to be a step to the studies to be carried out by shedding light on the maternity blues and postpartum depression seen in the postpartum period.

**Key Words:**Maternal health, postpartum depression,postpartum period, psychosis, psychotic disorders

## GİRİŞ

Postpartum dönem doğumda bebek, placentaya ve membran doğumu gerçekleştiikten sonra başlayıp, yaklaşık 6 haftaya kadar devam eden bir dönemdir (1). Kadın vücudu fertilizasyon sonrası fetüse ev sahipliği yapabilmek için bazı fizyolojik değişikliklere uğrar. Buna karşın doğum sonrası kadının vücudu, tüm organ ve sistemleri eski halini alır. Bu yaşanan süreç sadece fizyolojik değil, psikolojik değişimlere de yol açar (2).

Kadının doğumla birlikte beden imgesinin değişmesi, aileye yeni bireyin katılması, yeni aile içinde sorumlulukların artması ve değişmesi, bebeğe bakımı ile ilgili stres gibi durumlar arttıkça, lohusadaki ruhsal ve davranışsal değişimler de artar. Bunun sonucunda kadınların yaşadıkları bu değişimler sonrasında ruhsal sorunlarla karşılaşabilirler. Bu dönemde görülebilecek ruhsal sorunlar annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak sıralanmaktadır (3). Doğumu takip eden günlerde hormonal değişikliklerle birlikte görülen, beslenme yetersizliği, uykusuzluk ve yeni ebeveyn olmanın getirdiği stresle artan geçici ruhsal soruna annelik hüznü denir (4). Annelik hüznü ile baş edilememesi sonucunda diğer ciddi durumlardan postpartum depresyon ve postpartum psikoza geçiş olabilir. Postpartum depresyon hafif bir seyirle başlayıp psikoza kadar gidebilen bir durumdur. Bu sorun kadının yaşam kalitesini, aile içi iletişimi, yeni doğanın kognitif, duygusal ve davranışsal gelişimini etkiler. Postpartum depresyon toplum sağlığını da ilgilendiren önemli bir yaşam olayıdır. Bunun yanında postpartum süreçte gözlenen ruhsal sorunlar içerisinde, klinik tablo ve olası sonuçlar açısından en riskli olanı postpartum psikozdur (3). Gebelik ve lohusa döneminde meydana gelen psikososyal değişim, uykusuzluk, hormonal faktörlerin oluşturduğu kuvvetli stresörler ile birlikte, genetik yatkınlık psikozun ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Bu sorunu yaşayan lohusalarda özkıyım ve bebeğe karşı ciddi homosidal risk mevcuttur (5).

Kadının, yenidoğanın ve ailenin yaşam kalitesini arttırmak toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu nedenle bu ruhsal sorunları erken fark etmek ve tedavi etmek oldukça önemlidir.

Sağlıklı/hasta bireylerin davranışlarını ayrıntılı inceleme fırsatına sahip sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir (5).

## Postpartum Dönemde Annelerin Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar

### 1. Doğum Sonrası Hüznün (Annelik Hüznü)

Gebelik sürecinde kadın fizyolojik değişiklikler ile annelik hüznü, postpartum depresyon gibi psikolojik ve sosyal değişiklikler de yaşar. Bu değişiklikler sadece kadın ile sınırlı değildir. Tüm aile üyeleri anne ile beraber aileye yeni katılacak olan birey için rol ve sorumluluk öğrenme süreci içerisine girer. Bu nedenle gebelik süreci uyum sağlanamadığı takdirde sadece kadın için değil ailesi için de kriz dönemi haline gelebilir. Annelik hüznünün belirli bir tanımı yoktur. Ancak doğumu takiben ilk günlerde annenin kendisini ağlamaklı, depresif, üzgün, sinirli, iştahsız, uykusuz, kararsız ve bebeğin bakımı konusunda endişeli hissetmesini annelik hüznü olarak adlandırmıştır (4). Kadınların doğum sonrası yaşadıkları duygusal dalgalanma olarak adlandırılan postpartum hüznün son derece yaygın görülen bir durumdur. Bu durum doğumdan sonraki ilk haftalarda kadınların %50 veya daha fazlasında ortaya çıkar (5). Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 2. ve 4. günler içinde ortaya çıkıp, birkaç saatten 2 haftaya kadar devam edebilen bir süreçtir (6).

**Doğum sonrası hüznün (annelik hüznü) belirtileri:** Postpartum dönemde sık görülen bu ruhsal sorunun belirtiler arasında çabuk ve nedensiz ağlama nöbetleri, uyku bozukluğu, ani ruhsal durum değişimi, disforik bozukluk, hüznün, sinirlilik hali, çaresizlik hissi, baş ağrısı, konsantrasyonda güçlük, unutkanlık, iştahsızlık, yalnız kalma isteği, yalnızlık hissi, konfüzyon, bebeğine karşı duygu ve ilgi eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, dış etkenlere karşı aşırı duyarlılık, anksiyete ve depresif duygudurmu, hayal kırıklıkları, üzgün olma, kayıp ve keder duygusu yaşama bulunur. Lohusaya ve aileye bu belirtilerin normal olduğu ve iki hafta içerisinde geçeceği anlatılmalıdır (4,5,7).

**Doğum sonrası hüznün (annelik hüznü) risk faktörleri:** Annelik hüznünün tam sebebi bilinmemektedir. Özellikle kişisel etmenler, sosyal

uyum güçlüğü, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş, doğum korkusu, primipar olma, gebeliğe karşı ambivalan duygular annelik hüznü için risk oluşturmaktadır (7,8). Ayrıca gebelikte yoğun stres yaşama, gebelikteki ruhsal değişimler, bebeğin cinsiyeti ve annenin bekâr olması annelik hüznü açısından risk faktörü olarak bulunmuştur (9). Literatüre bakıldığında doğum şekli ile annelik hüznü arasında da ilişki bulunmuş, özellikle sezaryen ile doğum yapan kadınlarda riskin arttığı gözlenmiştir. Bunun yanında literatür incelendiğinde, postpartum dönemde duygudurum değişikliklerinin ani hormon değişikliğinden kaynaklandığı, ancak östrojen ve progesteron seviyelerinin doğum sonrası hüznle alakasız olduğu saptanmıştır (10). Ayrıca gebelik ve doğum sonrası hormon seviyelerindeki değişimin annelik hüznü geliştirme riski ile doğru orantılı olduğu (11) ve progesteron metaboliti allopregnanolonun annelik hüznüne sahip kadınlarda önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur (11). Ayrıca bazı çalışmalar annelik hüznünün eğitim seviyesi, medeni durum, çalışma durumu ve yaş ile ilgili olmadığını ortaya koysa da; düşük sosyoekonomik durum ile aile içi ilişkilerin kötü olmasının da annelik hüznü riskini arttırdığını bildirmiştir (12).

**Doğum sonrası hüznün (annelik hüznü) tedavisi:** Annelik hüznünde ilaç tedavisi çok sık uygulanan bir durum değildir. Belirtiler genelde iki hafta içinde kendiliğinden iyileşir (5,6). Tüm psikiyatrik tanılarda olduğu gibi, en önemli tanı aracı doğru anamnez almaktır. Bu dönemde anneleri prenatal ve postnatal bakımda en iyi gözleyebilecek kişiler ebe ve hemşirelerdir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin konuyla ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları gereklidir (8).

Annelik hüznü her ne kadar kendiliğinden düzelse de, hemşirelerin lohusaları annelik hüznü belirtileri açısından bilgilendirmesi, yaşanan bu duyguların normal olduğunu lohusaya ifade etmesi, postpartum dönemde lohusayı değerlendirerek yeni hayatının psikolojik uyumuna yardımcı olması ve annelik hüznü belirtilerinin gerileyip gerilemediğinin izlenmesi; anne, yenidoğan ve ailenin sağlıklı gelişimi ve yaşam kalitesini arttırmak için önemlidir. Bu süreçte bebeğin uyuduğu saatlerde annenin de rahat bir şekilde uyuması sağlanmalı ve desteklenmeli,

lohusa yorgunluk belirtileri yönünden düzenli olarak kontrol edilmeli, lohusaya gevşeme teknikleri öğretilmeli ve öğretilen gevşeme tekniklerini kullanması sağlanmalı, lohusanın kendisine zaman ayırması sağlanmalıdır (8). Ayrıca lohusanın annelik hüznü yaşaması durumunda anne ve yenidoğanın birbirlerinden ayrılmaması da oldukça önemli bir diğer durumdur. Bu dönemde, lohusa ile yenidoğanın gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulması gerekmektedir. Yalnızca fizyolojik olarak değil psikolojik olarak da zor geçen postpartum dönemde kadının kendine güvenini kazandırmak, bilgilendirmek, desteklemek, bireysel tedavi veya grup terapileri tedavinin temel unsurlarını oluşturur (13). Bunun yanında prekonsepsiyonel dönemde gebenin, gebelik, doğum, doğum sonu dönemleri ile ilgili olarak bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi annelik hüznü riskini azaltmak açısından önemli bir basamaktır (8). Gebelik, doğum, doğum sonu dönemde eşin kadına destek olarak, kadının korku ve kaygısının azaltılması da kadının durumu üzerinde denetimi sağlayabileceği duygusunun gelişmesi açısından oldukça yararlıdır. Ayrıca evde lohusayı destekleyici bir çevre oluşturulmalı ve bu konuda aileye danışmanlık yapılmalıdır. Annelik hüznü postpartum depresyon için hazırlayıcı bir faktör olarak kabul edilse de kadınların çoğu bu süreci sorunsuz bir şekilde atlatmaktadır (4). Bu durum kendi kendini sınırlayan bir süreç olup, fiziksel ve psikolojik olarak verilen sosyal destek ile belirtilerin en geç 2 hafta içinde gerilediği gözlenir (4). Ancak annelik hüznü belirtilerinin iki haftadan daha uzun sürmesi durumunda, annenin mutlaka psikiyatri ünitesine başvurması sağlanmalıdır (14).

## 2. Postpartum Depresyon

Postpartum depresyon (PPD) yüksek yaygınlığa sahip, zayıflatıcı bir ruhsal bozukluktur. Psikiyatrik tanı sistemlerinde (DSM-V) doğum sonrası depresyon “peripartum başlangıçlı depresif bozukluk” olarak yeniden tanımlanmaktadır (14). Annelik hüznü ile ilişkili biyolojik değişiklikler, genetik zayıflık, çevresel stres veya yetersiz sosyal destek gibi durumlar karşısında anneler kendilerini çaresiz hissedebilir. Bu

durum ise depresyona yatkınlığı artırabilmektedir. Peripartum mortalite oranları incelendiğinde PPD sebebiyle özkıyım oranları; postpartum hemoroji ve hipertansif hastalıklara bağlı ölüm oranlarından daha büyük olduğu saptanmıştır (4). Doğum sonrası annelik hüznü 2 haftadan uzun sürerse ve belirtileri giderek şiddetlenirse bu tablonun postpartum depresyon (PPD) olup olmadığı bir sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmelidir (7,9). Bu değerlendirme için kullanılacak araç 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'dir. Hüzünden depresyona geçişte anne depresyon belirtileri açısından dikkatle gözlemlenmelidir, bu yüzden PPD belirtilerini iyi bilmek ve anlamak postpartum bakımı veren hemşirenin görevlerindedir (14).

PPD deneyimi kadınların tahmini %10-16'sını etkilemektedir (7,15). Ülkemizde yapılan PPD ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; Samsun il merkezinde yapılan çalışmalar sonucu PPD prevalansı %23.1, Trabzon il merkezindeki 192 çalışmada %28.1, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın doğum kliniğinde %19.5, Sivas il merkezindeki 7 sağlık ocağından 750 katılımcıyla yapılan çalışmada %28 olarak saptanmıştır (16). Yurt dışında yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; İsrail'de %22,6, Japonya'da %17, Çin'de %23.2, Birleşik Arap Emirlikleri'nde %17,8, Suudi Arabistan'da %38.5, İzlanda'da %14, İsveç'te %12,7, İngiltere'de %12, Norveç'te %6.5-12.9, Sri Lanka'da %15.5 oranında PPD yaygınlığı bildirilmiştir (9,16,17,18). Prevalansın değişkenlik gösterme sebepleri arasında; çalışmaların metodunun, örneklemenin büyüklüğünün, kullanılan gereçlerin, ülkenin bakım hizmetlerinin gelişmişliği sayılabilmektedir. Yaygın görülmesine karşın kadınların çoğu damgalanma korkusu, depresif duygular taşıması nedeniyle suçluluk duygusu yüzünden rahatsızlıkları yokmuş gibi davranırlar ve tedaviye ihtiyaç duyduklarını kabul etmezler. Gebelik, anne olma, yeni bir bebek dünyaya getirme olaylarının; mutluluk veren bir eylem olması gerektiğine inanılan toplumlarda bunalma duygusu 'mutlu anne' kalıbına uymaz ve bazı anneler iç karartıcı duygularını paylaşmak yerine kendilerine saklarlar. Bu da postpartum depresyon tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. PPD'ya sahip annelerde

kendini yetersiz hissetme o kadar yoğundur ki; hayatı ölüm bataklığı olarak adlandırmışlardır (19). PPD; annelik hüznüne göre daha uzun süreli ve daha zararlıdır.

**PPD Belirtileri:** Doğum sonrası yaşanan bu ciddi ruhsal sorunun belirtileri arasındadır etkenlere ilgi kaybı, duygusal dengesizlik, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, iştahta, kiloda, aktivite ve uyku düzeyinde artma/azalma, umutsuzluk, yorgunluk, değersizlik, suçluluk, öfke ve bunalmış hissetme, yaralanma korkusu, bebekle ilgili ciddi endişe duyma, yaşamı anlamsız bulma, enerji ve motivasyon kaybı, odaklanmada güçlük, tekrarlayan ölüm ve suicidal düşünceleridir (4,11,15). Uyku bozukluğu anne çocuğa bakımın tam olduğunu bildiği veya çocuğunun uyuduğu zamanlarda bile görülmektedir. Anne çocuğuna ve ailenin diğer üyelerine karşı ilgisiz davranabilir ve bu durumda çocuğuna bakamayacak olduğunu düşündüğü için suçluluk hissedebilir. Anneler suçluluk duygusuyla intihar etmek isteyebilir ve genelde öfkeden olmasa da çocuklarını terk etmeme adına yeni doğan bebekleriyle birlikte diğer çocuklarını da öldürmeyi (infantisid) düşünebilirler (18).

**PPD Risk Faktörleri:** Doğum sonu dönem, kadının psikiyatrik hastalıklara özellikle postpartum depresyona en fazla yakalanma riski taşıdığı dönemdir. Çalışmalarda PPD'nin risk faktörleri arasında, doğum sonrası hormon düzeylerinde gözlenen değişiklikler, prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, genç yaş, çocuk bakımına ilişkin yaşanan sorunlar, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, beden imgesinde değişiklikler, düşük sosyo-ekonomik durum ve gebeliğin istenmeme durumu olarak gösterilmektedir (20).

**Obstetrik faktörler:** PPD riski multipar kadınlarda nulliparlara göre daha yüksektir (21). Ancak bu durumun aksini iddia eden çalışmalar da mevcuttur. Bunun yanında sezaryen doğum, uzun süre hastanede kalma, mekonyum aspirasyonu, umbilikal kord prolapsusu, obstetrik kanamalar gibi komplikasyonlar da PPD riskini artırır. Literatüre bakıldığında normal vajinal doğum yapmak isteyen annelerin gebelik döneminde komplikasyon yaşaması sonucunda



sezaryen doğum gerçekleştirmesinin anneyi PPD'a yatkınlığı gözlemlenmiştir (22). Hatta yenidoğan ağırlığının 1500 gr.'dan düşük olması annenin diğer annelere göre 4-18 kat daha fazla depresyon eğiliminde olduğunu ve gebelik sırasında doğuma hazırlık kurslarına gidilmesi, doğum sırasında epidural anestezi kullanımı, doğum sonrası özellikle ilk 4 ay emzirmenin PPD riskini önemli ölçüde azalttığı ortaya konmuştur (23,24).

**Biyolojik faktörler:** Oksitosin duyguları ve duygusal tepkileri düzenleyen bir hormondur ve doğum sonrasında ilk 2 hafta içerisinde yüksek bulunması PPD habercisi olabilmektedir (25). Silva ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasında depresyon düzeyinin yüksek olmasının adölesan gebeliklerle doğru orantılı olduğu rapor edilmiştir (20). PPD riskini en aza indirebilmek için annenin kendine yetebilmesi, gebeliğe ve çocuk bakma sorumluluğuna hazır olması gerekmektedir (18).

**Psikolojik faktörler:** Geçmişte depresyon ve anksiyete öyküsü bulunan hastaların hormon değişikliğine karşı daha duyarlı, orta şiddetli premenstrüel sendroma (PMS) sahip kadınların PPD başlangıcına daha yatkın oldukları bildirilmiştir (26). Geçmişte yaşanan cinsel istismar öyküsü, bebeğin cinsiyetine karşı isteksizlik, düşük benlik saygısı, özgüven eksikliği, son gebeliğe karşı olumsuz tutumların bulunması, annelerin PPD'a yatkınlığına neden olan psikolojik faktörlerdendir.

**Sosyal faktörler:** Annenin güçlü bir sosyal desteğe sahip olmasının depresyona yatkınlığı önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Lohusaya sosyal desteğin azalması depresyon-anksiyete durumlarına yatkınlığı arttıracığından anneyi PPD açısından riskli duruma sokmaktadır. Gebelik süresince fiziksel, cinsel şiddete maruz kalınması depresyon görülme riski açısından önemli bir faktördür. Doğum öncesinde ve sırasında sigara içme davranışı gözlenen kadınların, sigara içmeyenlere göre postpartum depresyona daha fazla yatkın olduğu bildirilmiştir fakat yapılan çalışmalar sonucu PPD'un kadını sigara içmeye yönlendiren bir risk faktörü olduğu da ortaya konmuştur (27). Gebelik süresince ağır iş yükü olan, stresli ve esnekliğin az olduğu bir

iş ortamında çalışılması PPD semptomları ile ilişkilendirilebilir (20).

**Yaşam tarzı:** Doğum öncesi uyku düzeni bozukluğu önemli bir risk faktörüdür, hatta depresyondaki kadınların doğum sonrasında şiddetli uyku yoksunluğu dönemlerinin olduğu bildirilmiştir (14). Yeterli sebze, meyve, bakliyat, süt ve süt ürünleri, deniz ürünleri, zeytinyağı ve çeşitli besleyici maddelerin tüketilmesinin; PPD riskini %50 oranda azalttığı gözlemlenmiştir (21). Koletzko ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı bir çalışmaya göre; diyetle omega 3 yağ asitleri ve balık tüketiminin depresif etkileri azalttığı bildirilmiştir (28). Günümüzde ise bu konuyla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Gebelik süresince meditasyon, yoga veya egzersiz yapılması; oksijen alımını artırır, kendine güven duygusunu geliştirir, problem çözme ve odaklanma becerisini iyileştirir; böylelikle depresyona yatkınlığı azaltır.

**PPD'nin Tedavisi:** Destekleyici eğitimsel girişimlerin postpartum depresyonun önlenmesinde, tanı ve tedavisinde önemli olduğu belirlenmiştir. Postpartum dönemde ebeveynler bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığı geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir. Bütün bunları engellemek için anne güçlü sosyal desteğe sahip olmalıdır. Anneler erken dönemde tanılanmalı, PPD açısından riskli gebelik geçiren kadınlar yakından izlenmeli ve PPD gelişmesi önlenmeye çalışılmalıdır (18). Ciddi sonuçlar doğurabilen doğum sonrası depresyonu önleme, erken tanı, tedavi ve bakımında ebe ve hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (6).

Ebe ve hemşireler risk faktörlerini iyi bilmeli ve danışmanlık verebilmelidir. Özellikle birinci basamak hizmetlerde gebe ve lohusa izlemeleri sırasında depresyon, akılda bulundurulması gereken bir durumdur. PPD tedavisinde, annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek, bilgilendirmek önemli bir basamaktır. Eğitici ve danışman rolü ile ebe ve hemşireler lohusaya eğitim yapmalı, bireylerin PPD hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamalı ve lohusaya destek olunmalıdır (29). Ayrıca bu süreçte lohusanın

kendisini haksız yere eleştirme, yargılama ve cezalandırma eğilimlerindeki yanılığını göstermeye çalışılmak önemlidir. Özellikle lohusaya bu süreçte yardımcı olabilmek için eşinin ve ailesinin de ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. PPD; farmakoterapi ve kognitif davranış terapisi ile tedavi edilebilir (18). Farmakoterapi ancak şiddetli durumlarda tavsiye edilir çünkü emzirirken kullanılan antidepresanlar; süt miktarını azaltır ve yenidoğanda sedasyon, uyuşukluk, solunum arresti gibi yan etkilere neden olabilir. Son çalışmalar PPD tedavisi için en uygun ilacı *Brexanolone* olduğunu (allopregnanolonun sentetik bir versiyonu) göstermiştir (29).

### 3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistiksel El Kitabı - 5'de "Kısa Psikotik Bozukluğu" tanısı kapsamında değerlendirilmektedir. Postpartum psikoz doğum sonrası dönemde ortaya çıkan, genel popülasyonda oldukça nadir (%0.2) görülen, suisid ve enfantisid davranış sergileyebilen, en şiddetli, acil müdahale gerektiren, hospitalizasyonun şart olduğu ve uygun bir tedavi ile 2 hafta içerisinde atlatılabilen psikiyatrik bir acildir (5,6). Derhal tespit edilip tedavi edilmezse intihar ve cinayet riski dahil olmak üzere ciddi tıbbi ve sosyal sonuçlara yol açma potansiyeli taşımaktadır. Prevalansı düşük olmasına rağmen bir kadının hayatı boyunca manik ve/veya psikotik bir olay yaşama olasılığı diğer dönemlere göre oldukça yüksektir (30). Postpartum psikozun başlangıcı yaklaşık ilk 3 hafta içerisinde görülür, doğumdan sonraki 2-3 gün içerisinde de bulgular gözlenebilmektedir (30). Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkmakla beraber, bir kez puerperal psikoz geçiren bir kadının daha sonraki gebeliklerde tekrar hastalanma olasılığı artar (6).

**Postpartum Psikoz Belirtileri:** Postpartum depresyondan farklı olarak klinik tabloya hezeyan ve varsanılar eklenir. Hastada başlangıçtan itibaren gözle görülür değişiklikler, yorgunluk, uykusuzluk, dinlenememe, huzursuzluk, aşırı aktivite labil duygulanım, ağlama ve duygulanım nöbetleri, kafa karışıklığı, şüphecilik, depersonalizasyon, dezorganizasyon, davranışlar, dezoryantasyon, şiddetli disfori, dağınıklık,

mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler, intihar ve cinayet düşünceleri görülebilir (6,30). Hastanın halüsinasyonları genelde bebeğin anomalili ve/veya ölü olduğuna hatta doğumu kendisinin yapmadığıyla alakalıdır. Bebeğine ve kendisine zarar vermesini söyleyen işitsel varsanıları olabilir. Bu belirtiler öz kıyım ve/veya bebeğe zarar verme ihtimalini arttırmaktadır. Kognitif bozulma ve deliryum benzeri belirtiler ise; mental konfüzyon, intruziv ve bizar düşüncelere karşı karasız tutum, iyilik halini takip eden psikotik semptomlar şeklinde olabilmektedir (31).

#### **Postpartum Psikoz Risk Faktörleri:**

Postpartum hüzün ve PPD gibi postpartum psikozun da risk faktörleri henüz tam olarak belirlenememiştir. Ancak ailede doğum sonrası psikoz öyküsü, psikotik/bipolar geçirmiş olma, ailede/bireyde bipolar öyküsü, stresli yaşam deneyimleri, eş/aile desteği/eksikliği, doğum öncesi bebek ölümleri, annenin 25 yaş altı ve 35 yaş üstü olması, sigara kullanma öyküsü, alkol-madde bağımlılığı, düşük sosyoekonomik düzey, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı gibi durumlar risk faktörleri arasında sayılabilir (5). Bunun yanında lohusalık döneminde psikoza yatkınlığı olan olgularda, gebelik ve doğumun beraberinde getirdiği psikososyal stresörler obstetrik komplikasyonlar, gece saatlerinde doğum yapma ya da doğum sürecinin uzamasından kaynaklanan uykusuzluk psikotik atağın oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Ayrıca daha önceki gebeliklerde geçirilmiş olan postpartum psikoz atağı da risk faktörleri arasındadır (30). Hormon değişimlerinin postpartum psikozu tetiklediği düşünülmektedir. Postpartum psikozun olası etyolojik faktörleri incelendiğinde, literatürde genellikle hormonal belirteçler üzerinde yoğunlaşmaktadır (32). Literatürde özellikle östrojen ve tiroid hormonları incelenmiştir. Özellikle östrodiolun, psikotik hastalık patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir (33). Kadınların yaşam sürecinde östrojen düzeylerinde ciddi dalgalanmaların olduğu peri ve postmenapozal dönemler, postpartum dönem, menstural siklusun erken foliküler fazında psikotik eşik düşebilmektedir (33). Ancak henüz etyolojik olarak kesin bir sonuca ulaşılmamıştır (31). Bununla birlikte sirkadeyn ritim bozuklukları (Çevresel

ve sosyal koşullara uygun olan uyku-uyanıklık ritminin bozulduğu klinik durumları tanımlar) postpartum psikozun tetikleyicisi ve bulgusu olabilir. Literatüre göre ilk defa anne olan kadınların postpartum dönemde daha sık uyandıkları, uykunun hızlı göz hareketlerinin olmadığı evre 4 (NREM) ve restoratif hızlı göz hareketleri (REM) dönemlerinde ve toplam uyku süresinde kısılma olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum postpartum psikoz riskini arttırmaktadır (34).

**Postpartum Psikoz Tedavisi:** Postpartum psikoz nadir görülen bir ruhsal sorun olmasına rağmen, anne ve bebek için geri dönüşümsüz hayati sonuçlar doğurabilecek psikiyatrik acil bir durumdur. Tedavi için yapılacak müdahalenin olabildiğince hızlı bir şekilde yapılması ve olguların hospitalize edilmesi en uygun yaklaşımdır. Postpartum psikozun tedavisinde mood stabilizatörleri, antipsikotikler, antidepresanlar, β-blokerler ve Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) kullanılabilir (17). Farmakoterapi annenin bebeği emzirme seçeneğine göre seçilmelidir. Tedavide genelde antipsikotikler kullanılır ancak tedaviye yanıt alınmazsa, hasta ilaç tedavisine dirençliyse veya yan etkileri nedeniyle ilacı tolere edemeyecek ya da ilacın etki göstermesini bekleyemeyecek kadar hayati risk taşıyan hastalarda EKT kullanılabilir (35). Postpartum psikoz belirtileri uygun tedavi ile yaklaşık 2 ayda tamamen düzelmektedir. Hastalığın tekrarlama ihtimalinin yüksek olduğu olgularda koruyucu tedavi planlanmasının yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır (30).

Ebe ve hemşireler, seçilen farmakoterapinin yararları, zararları, süte geçişi, annede ve bebekte görülebilecek yan etkileri hakkında anneyi ve aile bireylerini bilgilendirmeli; anneyi ve bebeği yan etkiler açısından gözlemlemelidir. Annenin bebeğe zarar vermek isteyip istemediğini incelenmeli, eğer anne bebeğiyle bağ kurmak istiyorsa engellememeli ancak anne sürekli gözlem altında tutulmalıdır. Postpartum psikozda enfantisid riski düşüktür (%14) ancak hastayı dikkatli gözlem bu riskin önlenmesi için önemli bir basamaktır (34). Hastayla terapötik iletişim kurulmalı, hospitalizasyon sürecinde aileyi desteklemeli, soruları cevaplandırmalı, annenin gerçeklikle bağlantısını sağlamalı ve iç görü kazanmasına yardımcı olunmalıdır (5,6,35).

Annenin anksiyetesini ve ailedeki bilgi eksikliklerini gidermek özellikle psikoz tedavisi sürecinde önem taşımaktadır. Ayrıca ebe ve hemşireler postpartum psikoz için riskli grubu gebelik ve lohusalık döneminde erken tespit edip, bu grubun takiplerini sık aralıklarla yapması ve bu riskli grubun yakınlarına psiko-eğitim vermesi sürecin tedavisini kolaylaştıracaktır (30,35).

## 2. Postpartum Dönemde Ruhsal Sorunlara Yönelik Ebe ve Hemşire Yaklaşımı

Peripartum duygudurum bozuklukları daha hafif atlatılabilen annelik hüznünden daha zor ve sakatlayıcı depresyona ve psikozu kadar değişiklik göstermektedir. Doğum sonrası dönemde annede hem fizyolojik hem psikolojik hem de davranışsal bazı değişiklikler oluşur. Bu nedenle ebe ve hemşireler olarak kadına holistik bakım anlayışı kapsamında tedavi sağlamak sağlık profesyonellerinin rol ve sorumlulukları arasındadır. Peripartum dönemde nitelikli bakım verilebilmesi için kadınların ihtiyaçlarının farkında olunmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli, riskli gebeleri değerlendirmede önemli rol sahibi ebe ve hemşireler peripartum veya postpartum dönemde duygudurum değişikliklerinin yaşanabileceğini akıldan çıkarmamalıdır (17,18,35).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre annenin değerlendirilmesi; ruhsal durumlar için ilaç kullanımı, ailede depresyon öyküsü, antidepresan kullanımı, postpartum psikoz, bipolar, şizofreni, anksiyete veya kişilik bozuklukları, suicidal düşünceler gibi durumların değerlendirilmesini içermektedir (36). Kadının doğuma yönelik duygu ve düşünceleri, anne olmaya hazır olup olmadığı, bu gebeliği ve fetüsün cinsiyetini kabullenip kabullenmediği, aile bireylerinin birbirlerine karşı tutum ve davranışları gibi psikiyatrik rahatsızlığa yöneltebilecek nedenler değerlendirilmelidir (36).

Ebe ve hemşireler doğru tanı koyabilmek adına postpartum dönemdeki ruhsal sorunların belirtilerinin diğer ruh sağlığı rahatsızlıklarından ayırt edebilmeli, annenin ruh sağlığını değerlendirmek adına gerekli tanı ölçeklerini kullanmalı, anneyi belirtiler açısından dikkatle gözlemlemeli ve ailesine bu konu hakkında bilgi vermelidir (6). Annenin bilgi eksikleri saptanarak eğitim

planı oluşturmak, eğitici rolünü kullanarak bilgi eksikliklerinin giderilmesini sağlamak, annenin ruhsal desteklenmesi amacıyla psikoterapi desteği sağlanmak lohusanın gebeliğe ve çocuk sahibi olmasına adapte olmasını kolaylaştırarak doğum sonu ruhsal sorunların oluşma riskini azaltmaya yardımcı olacaktır. Bunun yanında doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasına destek olunmalıdır. Literatür incelendiğinde emziren annelerde PPD insidansı daha düşük bulunmuştur (24). Bu nedenle anneyi emzirmeye yönlendirmek, sağlıklı beslenmeye teşvik etmek, annenin dinlenmesini sağlamak amacıyla uyku düzeni ve aktivite planı yapmak, anksiyeteyi önlemek adına kaygı duyduğu sorunlar hakkında sağlık profesyoneli kapsamında yardımcı olmak ve stres yönetimi sağlamak ebe ve hemşirenin sorumluluklarındandır (13). Stres yönetimi için rahatlama, gevşeme, derin nefes egzersizleri gibi non-farmakolojik yöntemler önerilebilir (37). Bununla birlikte doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, bu sınıflara baba katılımlarının artması sağlanarak babaların antenatal, doğum ve postpartum süreçle ilgili yeterli bilgilendirilmesi ve rollere ilişkin kendilerini hazırlaması postpartum dönemdeki ruhsal sorun eğilimini azaltabilir (37). Annenin aile ve sosyal desteğe sahip olması önem taşımaktadır. Herkesin kişilik ve yaşam özellikleri farklı olduğundan kişiye özgü tedavi sunulması gerektiği unutulmamalıdır (34).

Annenin erken taburcu edilmesi ve yenidoğana odaklanması durumunda doğum sonu ruhsal sorunların gözlenmesi atlanabilir. Bu nedenle anne kontrole geldikçe dikkatle gözlemlenmelidir (36).

Annelerin postpartum dönemde fiziksel ve ruhsal sağlığını korumaya yardımcı olan, non-farmakolojik ‘Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler’ bulunmaktadır. Bu tedaviler arasında bitkisel tedaviler, aromaterapi, masaj ve akupunktur sayılabilir (37). Bitkisel tedavilerin amacı vücudun strese yanıtını kolaylaştırmak ve depresif belirtilerin yatışmasını sağlamaktır. Bunlara melisa, papatya ve lavanta çayları, sarı kantaron çiçeği ve ginseng örnek gösterilebilir. Kas gevşetici ve sedatif özellikle sahip uçucu yağlar da PPD tedavisinde kullanılan alternatif yöntemlerdendir (37). Bu yağlar; lavanta, sandal

ağacı yağı, yasemin, bergamot, gül yağı olarak sıralanabilir. Annenin rahatlamasını sağlamak ve gerginliğini azaltmak amacıyla bu yağlarla masaj yapılabilir. Masaj yapmanın annede serotonin ve dopamin artışına neden olduğu, kasların gevşemesiyle uyku kalitesinin arttığı bildirilmektedir (37). Tamamlayıcı tıp ve alternatif tedavilerde kullanılan yöntemler hakkındaki çalışmalar devam etmektedir (37).

## Sonuç

Gebeliğin başlangıcından itibaren gerçekleşen duygusal, fiziksel değişimler, aileye yeni katılan bireyle birlikte birçok değişim gerçekleşmekte; başta anne olmak üzere tüm aileyi etkilemektedir. Bu dönem ise aile için kriz ortamına dönüşebilmektedir. Erken tanılama ve tedavi, iyileşme oranları açısından büyük önem taşımaktadır. Ebeveynlerin sorumluluklarının farkında olması, destek sağlanması ve risk faktörlerinin en aza indirgenmesi gerekmektedir. Bu dönemin sağlıklı geçirilmesi anne, baba ve çocuk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle birinci basamakta gebe ve lohusa izlemleri sırasında kadınları postpartum duygudurum değişiklikleri yönünden değerlendirmek konusunda ebe ve hemşirelere önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Antenatal dönemde gebe izlemi, doğum sürecinde annenin ihtiyaçlarının karşılanması, eğitici roller ile aile bireylerinin bilgi eksikliklerinin giderilmesi, aile içi rollere adaptasyon sürecinde danışman rolünü kullanılarak aileye yardımcı olunması, postpartum dönemde ise annenin duygudurum yönünden gözlemlenmesi, anne-bebek bağlanmasını destekleyici girişimlerin uygulanması; annenin postpartum dönemde yaşayacağı rahatsızlıklardan korunmasına yardımcı olacaktır.

## Yazar katkıları

Fikir/Kavram: MY, Yavuz; Tasarım ve Dizayn: MY, Yavuz, Ç, Bilge; Denetleme/Danışmanlık: Ç, Bilge; Kaynaklar: MY, Yavuz; Malzemeler: MY, Yavuz; Veri Toplama ve/veya İşleme: MY, Yavuz, Ç, Bilge; Analiz ve/veya Yorum: MY, Yavuz, Ç, Bilge; Literatür Taraması: MY, Yavuz; Yazı Yazan: MY, Yavuz; Eleştirel İnceleme: Ç, Bilge



**KAYNAKLAR**

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 16. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaa, 2020, syf 478.
2. Davidson MC, London ML, Ladewig PW. Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Across the Lifespan, 9th ed. Prentice Hall, 2011, p.315-319
3. Quintero J, Fernandez-Rojo S, Chapela E, Felix M, Mora F. Postpartum Emotional Psychopathological Outcomes. J Gen Pract 2014, 2:162.
4. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. 2015;125(5):1268-71.
5. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet. 2014;15;384(9956):1775-88
6. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):3-12.
7. Moyo GP, Djoda N. Relationship Between the Baby Blues and Postpartum Depression: A Study Among Cameroonian Women. American Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2020;8(1): 26-29.
8. Doğan YÖ, Çoban AS, Başer M. Annelik Hüzünü ve Hemşirelik. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2(1): 56-61.
9. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Mogharabi S, Sarjou AA, et al. Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2020;49(2):127-36.
10. Hellgren C, Åkerud H, Skalkidou A, Bäckström T, Sundström-Poromaa, I. Low Serum Allopregnanolone Is Associated with Symptoms of Depression in Late Pregnancy. 2014;69(3):147-53.
11. Schiller CE, Schmidt PJ, Rubinow DR. Allopregnanolone as a mediator of affective switching in reproductive mood disorders. Psychopharmacology. 2014;231(17):3557-67.
12. Ntaouti E, Gonidakis F, Nikaina E, Varelas D, Creatsas, G, Chrousos G, Siahianidou T, et al. Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2020;33(13):2253-62.
13. Hammes T, Sebold LF, Kempfer SS, Girondi JBR. Nursing care in postpartum adaptation: perceptions of Brazilian mothers. Journal of Nursing Education and Practice, Journal of Nursing Education and Practice. 2014;4(12). DOI: 10.5430/jnep.v4n12p125
14. American Psychiatric Association. DSM. History of the Manual. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 2013]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm>.
15. Hain S, Oddo-Sommerfeld S, Bahlmann F, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Risk and protective factors for antepartum and postpartum depression: a prospective study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2016;37(4):119-29.
16. Tan Y, Şahin E, Yurdakul F, Çetin H. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesinde Peripartum Depresyon Yaygınlığı ve Sosyodemografik Faktörler İle İlişkisi. Troia Med J. 2019;1(3):98-104.
17. Rönnqvist I, Brus O, Hammar Å. Rehospitalization of Postpartum Depression and Psychosis After Electroconvulsive Therapy: A Population-Based Study With a Matched Control Group. J ECT. 2019;35(4):264-71.
18. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. Ann Gen Psychiatry. 2018;17(1). DOI:10.1186/s12991-018-0188-0
19. Cherry AS, Blucker RT, Thornberry TS, Hetherington C, McCaffree MA, Gillaspay SR, et al. Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit: program development, implementation, and lessons learned. J Multidiscip Healthc. 2016;9(1):59-67.
20. Silva R, Jansen K, Souza L. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. Braz J Psychiatry. 2012;34(2):143-48.
21. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007;36(6):542-49.
22. Yee LM, Kaimal AJ, Houston KA, Wu E, Thiet MP, Nakagawa S, et al. Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(3):1-24. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.10.029

23. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015;180:154-61.
24. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44(5):927-36.
25. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinschmidt G. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(9):1886-93.
26. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW, et al. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(3):219-25.
27. Míguez MC, Pereira B, Pinto TM, Figueiredo B. Continued tobacco consumption during pregnancy and women's depression and anxiety symptoms. *Int J Public Health*. 2019;64(9):1355-65.
28. Koletzko B, Lien E, Agostoni C. The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med*. 2008;36(1):5-14.
29. Burval J, Kerns R, Reed K. Treating postpartum depression with brexanolone. *Nursing*. 2020;50(5):48-53.
30. Akyüz ÇEF. Postpartum Psikoz. *Van Tıp Dergisi*, 2017;24(2):131-34.
31. Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N. Preventive interventions for postnatal psychosis. *Schizophr Bull*. 2013;39(4):748-50.
32. Aas M, Vecchio C, Pauls A. Biological stress response in women at risk of postpartum psychosis: The role of life events and inflammation. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;(113):104558. doi:10.1016/j.psyneuen.2019.104558.
33. Payne, JL, Osborne LM. Biomarkers of Postpartum Psychiatric Disorders. San Diego:Elsevier Science Publishing Co Inc; 2019. p159-179.
34. Demirkol M, Kızıltoprak A, Şenbayram Ş. Postpartum Psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2018; 27(2):206-22.
35. Teodorescu A, Dima L, Popa MA, Moga MA, Bişgiu NF, Ifteni P, et al. Antipsychotics in Postpartum Psychosis. *Am J Ther*. 2020. DOI: 10.1097/mjt.0000000000001218.
36. World Health Organization (WHO), "WHO Recommendations On Postnatal Care Of The Mother And Newborn". [İnternet]. 2013[Erişim Tarihi: 29.12.2018]. Erişim Adresi:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf)
37. Bilgiç D, Dađlar G, Aydın Özkan S, Kadiođlu M. Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler. *Kashed*. 2016;2(2):13-35.