



PERİNATAL DÖNEM RUH SAĞLIĞI SORUNLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Nezihe KIZILKAYA BEJİ¹, Merve MURAT^{1*}, Selmin KÖSE¹

¹Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 34010, İstanbul, Türkiye

Özet: Kadının ebeveynliğe uyum sağlamaya çalıştığı gebelik ve gebelik sonrası dönemde hem kendi bakım sürecini hem de doğum sonrası bebeğin bakım süreçlerini üstlenmesi psikiyatrik bozuklukların oluşumunda önemli bir etkidir. Peripartum dönemde sıkça görülen ruhsal bozukluklar, farklı metotlar ile değerlendirilmektedir. Kullanılan araç, araştırmanın yürütüldüğü zaman veya bölge gibi değişkenlere bağlı olmaksızın ruhsal bozuklukların görülme oranı yüksek bulunmaktadır. Ruhsal bozukluklar için değiştirilemez risk faktörlerinin yanı sıra değiştirilebilir risk faktörleri de mevcuttur. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında aile içi iletişim, evliliğe uyum ve adaptasyon, sosyal destek gibi faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi ve anne adayının bu konularda desteklenmesi postpartum döneminde ruhsal bozuklukların görülme riskini azaltmaktadır. Değiştirilemeyen faktörler için ise mümkünse gebe kalmadan önce veya gebelik sürecinde kadının psikiyatri muayenesi ile değerlendirilmesi ve varsa mevcut bozukluğun tedavisi önerilmektedir. Sonuç olarak, hekim ve hemşirelerin gebe kadını rutin kontrolleri esnasında depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu derlemenin amacı, perinatal dönemde ruh sağlığı sorunları ve hemşirelik bakımını incelemektir.

Anahtar kelimeler: Perinatal dönem, Depresyon, Kadın, Ruh sağlığı


Perinatal Mental Health Disorders and Nursing Approach


Abstract: When the woman is trying to adapt to parenthood, both for her care and for baby's postnatal care is an important factor in developing a psychiatric disorder. Psychiatric disorders, which are frequently seen in this period, are evaluated using different methods. The psychiatric disorder rate is high, regardless of variables such as assessment tools, time, or location. There are non-modifiable and modifiable risk factors for psychiatric disorders. Modifiable risk factors include family communication, marital adaptation, social support, and so on. Evaluating these factors individually and supporting the mothers in these issues reduces the risk of psychiatric disorders. For non-modifiable risk factors, it is recommended that women should have a psychiatric examination before and/or during pregnancy and should have a treatment for the existing disorder if any. Briefly, it is recommended that pregnant women should be evaluated for psychiatric disorders during routine checks by physicians and nurses. This review aims to examine the mental health problems and nursing care in the perinatal period frequently seen in perinatal period.


Keywords: Perinatal, Depression, Women, Mental health

*Sorumlu yazar (Corresponding author): Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 34010, İstanbul, Türkiye

E mail: mmurat@biruni.edu.tr (M. MURAT)

Nezihe KIZILKAYA BEJİ  <https://orcid.org/0000-0002-6254-4412>

Merve MURAT  <https://orcid.org/0000-0002-5704-6814>

Selmin KÖSE  <https://orcid.org/0000-0003-4958-6228>

Gönderi: 15 Mart 2021

Kabul: 21 Haziran 2021

Yayınlanma: 01 Ocak 2022

Received: March 15, 2021

Accepted: June 21, 2021

Published: January 01, 2022

Cite as: Kızılkaya Beji N, Murat M, Köse S. 2022. Perinatal mental health disorders and nursing approach, 5(1): 116-123.

1. Giriş

Anne olmak, her kadının hayatta yaşamak isteyeceği önemli bir duygudur. Kadın, annelik duygusunu tatmasıyla beraber, sağlıklı bir nesil yetişmesinde de önemli bir rol üstlenmektedir. Literatüre bakıldığında, doğumdan sonra çocuğun yetişkinlik çağına gelene kadar ki süreçte annedeki psikolojik stres ve sorunların sadece kendisini değil, çocuğu yani toplumun geleceğini etkileyebilecek potansiyele sahip olduğu görülmektedir (Kırkan ve ark., 2015; Uğuz, 2017).

Bebek sahibi olmak, genellikle keyif veren, güzel ve olumlu duygular oluşturan bir yaşantı olarak değerlendirilmesine rağmen bazen bu durum anneler için umulduğu gibi gitmemektedir. Gebelik öncesi, süresince veya doğum sonrasında psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilmektedir. Konsepsiyon ile

başlayan ve doğumdan sonraki bir yıllık süreçte kadının ruh sağlığı ve ruhsal bozuklukları ile perinatal psikiyatri alanı ilgilenmektedir. Perinatal psikiyatri alanında çalışan sağlık profesyonelleri, yeni doğan, anne ve babanın ruh sağlığı ile birlikte, birbirleriyle olan iletişimini de ele alarak bütüncül bir yaklaşım sergilemektedir. Bu süreçte anne ve yeni doğan ciddi ruhsal sorunlarla karşılaşabilmekte ve olumsuz etkilenebilmektedir (Schmied ve ark., 2013; Madlala ve Kassier, 2017). Kadın bu dönemde; sosyal, psikolojik, fizyolojik, fiziksel ve duygusal açıdan değişmekte ve depresyon açısından yüksek risk taşımaktadır. Erdem ve arkadaşlarının çalışmasında görülmektedir ki, doğum öncesi dönemde depresyon ve anksiyete yaşayan kadınların, postpartum dönemde de depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (Erdem ve ark., 2010).



Maternal ruh sağlığı sorunlarının görölme oranı tüm dünyada artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların %10-20'sinin perinatal dönemde depresyon yaşadığı bilinmektedir (Madlala ve Kassier, 2017). Amerika'da gebe kadınlarda majör depresyon epizod görölme oranı %12,4 bulunmuş ve postpartum dönemde majör depresyon görölme durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Le Strat ve ark., 2011). Avusturalya'da gerçekleşen 12 aylık bir izlem çalışmasında postpartum depresyon görölme oranı %16,1 bulunmuş, ayrıca en yüksek oran %8,8 olarak postpartum 6. ayda görölmüştür (Woolhouse ve ark., 2014). En sık karşılaşılan bozukluk olan perinatal depresyonun yanı sıra 318 kadın ile yürütölen bir çalışmada postpartum travma sonrası stres bozukluğu görölme oranı %10; 1204 kadın ile yürütölen başka bir çalışmada ise postpartum anksiyete görölme oranı %15.2 şeklinde olduğu belirlenmiştir (Hernández-Martínez ve ark., 2017; Liu ve ark., 2020). Annede ruhsal sorunların olması pre-eklampsi, doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlıklı bebek ve yeni doğanın yetersiz gelişimine neden olabilmektedir (Jacka ve ark., 2013). Aynı zamanda, gebelik ve annelik süresince strese maruz kalınması anne-bebeğin iletişimini, dolaylı olarak bebeğin bilişsel ve duygusal gelişimini olumsuz şekilde etkilemektedir (Barker ve ark., 2013). İnfertil ve kendiliğinden gebe kalan kadınlarla yapılan başka bir çalışmaya bakıldığında infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda daha fazla depresif bulguların göröldüğü bulunmuştur. Kadının süreçte deneyimlediği stres, depresif belirtiler üzerinde etkilidir (Çavuşoğlu, 2015). Bu nedenle perinatal dönemde kadının ruh sağlığı ele alınması gereken önemli bir konudur.

Depresyon yıllar geçse de önemini koruyan ve yaygınlığı giderek artan bir sorun olmaya devam etmektedir. Yapılan araştırmalarda; araştırmanın yürütöldüğü bölge, sosyoekonomik düzey, aile öyküleri ve araştırmanın tasarımı gibi birçok değişken göz önünde bulundurulmasına rağmen genel sonuç depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha sık göröldüğü üzerinedir (WHO, 2019). Gebelik süresinde veya doğum sonrası dönemde depresyon görölme sıklığını belirleyen çalışmalar yöntem açısından ayrıca incelenmelidir. Çünkü araştırma sonuçları, yapılandırılmış psikiyatrik görüşmeler veya ölçeklerin kullanımı, bu görüşmeler veya ölçümlerin yapıldığı gebelik haftası, kadında depresyona eştani bir ruhsal veya fiziksel hastalığın eşlik etmesi ve en temel düzeyde sosyodemografik özellikler gibi birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Ülkemizde, Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görölme yaygınlığını; Şahin %53,1 orta düzey, %17,7 şiddetli düzey olarak; Erdem ve arkadaşları prepartum dönemde bu oranı %31, postpartum dönemde ise %29 olarak bildirmiştir (Erdem ve ark., 2010; Şahin, 2015). Gebelikte zaman içerisinde değişen fizyolojik özelliklerin de farklı trimesterlerde depresyon görölme sıklığını etkileyebileceği düşünülmektedir. Durmuş'un

çalışmasında ise Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon ölçeği (EAMDS) kullanılmış ve son trimesterde olan gebelerin yarısında depresif bulgular bulunduğu, gebelerin algılanan stres, depresyon ve kaygı düzeylerinin; eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma durumu ve gebeliği planlama durumlarından etkilendiği belirlenmiştir (Durmuş, 2015).

Gebelikte depresyon görölmesi postpartum dönemde depresyon görölme riskini de artırmaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5), depresyonu doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde başlaması halinde postpartum depresyon olarak tanımlanmaktadır. Postpartum depresyon ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında görölme sıklığının %3,5-46 arasında değiştii görölmektedir. Bu oranın değişkenlik göstermesinin nedeni yapılan araştırmaların yöntem bilimi ve tasarım farklılıklarından kaynaklandığı bilinmektedir (Akçalı Aslan, 2011). Falah-Hassani ve arkadaşlarının Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeğini (EPDS) kullanarak 522 kadın ile yaptığı çalışmada, postpartum ilk 8 haftada depresif belirti görölme oranı %13,1 bulunmuştur (Falah-Hassani ve ark., 2016). Aynı ölçek kullanılarak Japonya'da yapılan diğer bir çalışma da ise postpartum dönemde ilk 4 aya kadar 10 ve üzeri puan alanların sıklığı %8,4-18,1 olarak bildirilmiştir (Mishina ve ark., 2012). Avrupa'da 1066 kadın ile Yapılandırılmış Klinik Görüşme formları (SCID-I) kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise, 12 aylık izlem döneminde majör veya minör depresyon görölme sıklığı gebelik süresince %12,4 iken postpartum dönemde %9,6 olarak bulunmuştur (Banti ve ark., 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalar bakıldığında ise genellikle EPDS kullanılmıştır. Malatya'da son 12 ay içerisinde doğum yapan 272 kadın ile yapılan çalışmada postpartum depresyon görölme sıklığı %18,4 olarak belirlenmiştir (Karakaş ve ark., 2014). Diyarbakır'da yapılan başka bir çalışmada postpartum 8. haftada toplam 495 hastanın 101'inde (%20,4) depresif bulgu tespit edilirken, adölesan lohusalarda bu oran %27,4, 35 yaş ve üstü lohusalarda ise %19,4 olarak bulunmuştur (Tahaođlu ve ark., 2015). Erzurum'da son dönemde EPDS ve SCID-I ile yapılan izlem çalışmasında postpartum 6. haftada depresif bozukluk oranı %35 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, gebeliğin ilk üç ayında depresif bozukluk oranının ise %16,8 olduğu bildirilmiştir (Kırkan ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki gebelik sürecinde ve postpartum dönemde depresyon riski yüksektir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; postpartum depresyon görölme sıklığı gelişmiş ölkelerde %5-15, gelişmekte olan ölkelerde ise genelde %20 ve üzerinde olup %50'lere yaklaşan oranlarda bildirildiği söylenebilmektedir (Biaggi ve ark., 2016). Gebelik süresince ve sonrasında yaygın görölen psikososyal stresörler, ekonomik sorunlar, sosyal destek azlığı, madde veya alkol kullanımı perinatal distres riskini artırmaktadır (Biaggi ve ark., 2016). Bunun sonucu

olarak, perinatal dönemde ruh sağlığı sorunlarının görülmesine neden olan ve değiştirilebilir yaşam tarzı faktörlerini belirlemek ve risk altındaki popülasyonlar için uygun müdahaleler geliştirmek önemlidir.

2. Perinatal Dönemde Risk Faktörleri

Perinatal dönemde depresyonu kolaylaştıran risk faktörlerinin bilinmesi; koruyucu ve önleyici yaklaşımların belirlenmesi, erken tanınması, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde başarının artması açısından önemlidir. Bu risk faktörleri, evlilikte uyumsuzluk ve şiddet, düşük eğitim düzeyi ve yetersiz sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal destek, genç veya ileri yaşta anne olma, bireyde veya ailede ruhsal bozukluk tanısının olması, gebelikte karşılaşılan komplikasyonlar ve emzirme durumudur (Yazıcı ve ark., 2015).

Aile içi şiddet, gebelik depresyonu için en önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Aile içi şiddet çocuk, yaşlı ve özellikle partnerin/flörtün kadına uyguladığı şiddeti kapsayan ve dünyada önemi ve yaygınlığı sürekli artan ciddi bir sorundur. Kadınlara yönelik şiddet her geçen gün artmakta ve bu durum perinatal ruhsal bozukluklar için de zemin hazırlamaktadır. Ülkemizde kadınlar, gebelik süresi boyunca eşi ya da eşinin ailesinden fiziki veya psikolojik şiddete maruz kalabildiklerini ifade etmektedir (Akçalı Aslan, 2011). Gebelik depresyonu ile kliniğe başvuran kadın fiziksel şiddetin yansısı cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet açısından sorgulanmalı ve gerekli yönlendirme yapılmalıdır. Ayrıca aile içi iletişimi arttırmak için aile danışmanlığı hizmetlerinden ve grup terapilerinden destek alınması önerilmektedir. Partner ile ilişki ve iletişimin niteliği, risk etkenlerini araştıran tüm postpartum çalışmalarda en önemli başlıklardan biridir. Birçok çalışmada eşle iyi bir ilişki ve iletişime sahip olmanın postpartum depresyon ve şiddeti önleme de önemli bir koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (Stock ve ark., 2013).

Düşük eğitim düzeyi gebelik depresyonu için önemli bir diğer faktördür. Anne adayının gebelik süresince yaşayacağı fiziksel ve psikolojik değişiklikleri bilmemesi, doğum sonrasında özellikle ilk doğum ise bebeğe bakım verme de kendini yetersiz hissetmesine neden olabilmektedir. Gebelik ve doğum süreci ile ilgili yeterli ve doğru bilgiye ulaşmaları için gebe polikliniğine gelen kadınlar doğuma hazırlık kurslarına ve psikoeğitim gruplarına katılmaları için teşvik edilmelidir. Akçalı Aslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada antenatal dönemde verilen eğitimlerin kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürmeye yardımcı olduğu görülmüştür (Akçalı Aslan, 2011).

Sosyoekonomik düzeyin yetersiz olması veya uygun çalışma imkanına sahip olmaması kadının perinatal dönemde depresyon riskini arttıran diğer bir faktördür. Gebelik süresince ve doğum sonrasında izinli olan kadının işe dönme stresi yaşamaması veya gebeliği nedeniyle işini kaybetme korkusu duymaması, yeni doğanın bakım ihtiyaçlarını karşılamak için zorunlu olarak

çalışmak durumunda olma, bu nedenle evden ve bebekten uzun süre ayrı kalma depresyonu tetikleyebilmektedir (Yim ve ark., 2015). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Sözleşmesi'nde doğum öncesi ve sonrası için verilmesi gereken izin süreleri, gebelik nedeniyle izin alan kadının aynı pozisyonuna geri dönmesi, doğum sonrası emzirme süreleri gibi birçok önemli husus yer almaktadır (ILO, 2019). Ülkeler, Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmesi'ni temel alarak bu alanda iyileştirmeler yapmaktadırlar.

Sosyal destekten yoksun olma durumu da kadın için perinatal depresyon riskini arttırmaktadır. Kadının yalnız yaşamaması ve istenmeyen gebelik sonucu çocuk sahibi olması da bu süreci etkilemektedir. Sosyal destek, aile ve sosyal çevrenin verdiği destek ve olumlu yaklaşımları içerir ve postpartum depresyondan korunmada önemlidir. Bu noktada diğer önemli bir kavram algılanan sosyal destektir. Algılanan sosyal destekte azlık, postpartum depresyon için koruyuculuğu netleşmiş kavramlardan biridir (Gentile, 2017). Dolayısıyla depresyonda hastalara yaklaşımda sadece sosyal desteği değil, aynı zamanda hastadaki sosyal destek algısını artıracak terapötik müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır.

Postpartum depresyonda kadının yaşı da risk faktörüdür. Kadının çok erken veya çok ileri yaşta anne olması, depresyon ve anksiyete açısından önemli bir etmendir. İleri yaşta anne olanlar da ayrıca bebeğin bakımını için yetersizlikle beraber daha fazla sorumluluk hissetmekte, bu durum ise annenin daha fazla kaygılı olmasına sebebiyet vermektedir. Bu durumlarda genç ve ileri yaşta anne olan kadınlar için eğitim ve destek programları planlanmalıdır (Falah-Hassani ve ark., 2016).

Bir diğer önemli faktör ise kadında veya ailede ruhsal bozukluk öyküsünün bulunmasıdır. Genetik yatkınlık ve öğrenilmiş başa çıkma tutumları depresyonun şiddetini etkilemektedir. Gebe kadınların kendisinde veya ailesinde ruhsal bozukluk tanısı konmuş olma risk belirlemede ve erken tedavide önemlidir. Çalışmalar daha önce depresyon geçirmiş olmanın gebelik döneminde ve sonrasında kadının depresyon geçirmesi için önemli bir tetikleyici olduğunu göstermektedir (Yazıcı ve ark., 2015; Gentile, 2017). Gebelik süresinde depresyon yaşayan kadınlarda postpartum dönemde relaps görülme oranı %50'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir (Kırkan ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gebeliğin ilk üç ayında depresyon geçiren kadınlarda postpartum depresyon oranı %61,5 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya göre, gebelik sırasında tedavi edilen hastalardan hiçbirinde postpartum dönemde depresyon görülmezken, bu oran gebelikte tedavi almayanlarda %92 idi. Benzeri bir çalışmada gebelik depresyonunun kendisinin yanı sıra, asıl risk etkeninin gebelikte tedavi edilmeyen depresyon olduğu düşünülmektedir (Yazıcı ve ark., 2015).

Gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında yaşanan obstetrik komplikasyonlar depresyon için önemli diğer bir etkindir. Chang ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptığı

çalışmaya göre sezaryen ile doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir. İlk doğumu olan, gebelik süresince düşük riski taşıyan ve doğum korkusu yaşayan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı açısından daha fazla risk taşımaktadırlar (Chang ve ark., 2015).

Emzirme ve postpartum depresyon arasındaki ilişki net olmasa da bazı çalışmalarda risk faktörü olarak ifade edilmiştir. Birçok çalışma postpartum depresyon ile daha kısa emzirme süresi arasında ilişki olduğunu göstermiştir (Figueiredo ve ark., 2014; Dias ve Figueiredo, 2015). Annenin gece emzirme nedeniyle uykusunu tam alamaması da depresyon açısından risk taşımaktadır. Bazı çalışmalarda emzirmeye başlamanın depresif belirtileri azalttığı, emzirmeyi erken kesmenin depresyonu arttırdığı ileri sürülmüştür (Figueiredo ve ark., 2014). Emzirmenin anne bebek bağlanmasındaki önemi bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da emzirmenin 6 ay boyunca devam etmesi önerilmektedir.

3. Tanı Konma

Gebelikte fizyolojik değişiklikler, depresif belirti ve bulgulara benzer özellikte olması nedeniyle gebelik depresyonunda tanı koymak güçleşebilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011). Postpartum depresyon DSM-5'te "Depresif Bozukluklar" içinde hem majör hem de süregiden depresyon bozukluğu (distimi) alt tipi olarak yer alır ve "doğum zamanı (peripartum) başlayan" belirleyicisi ile tanımlanmaktadır. DSM-5 peripartum dönem belirteci olarak gebelik sırası ve doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde başlamış olmayı kural kabul etmektedir. Postpartum tanısı koyarken annelik hüznü tablosu unutulmamalıdır. Annelik hüznü (post-partum blues) temel belirtileri; duygulanımda değişiklik, irritabilite, korku, anksiyete, uyku ve iştah bozukluklarını içermektedir. Belirtiler doğumdan sonra 3.-4. günlerde başlar; tedavi gerektirmeksizin en fazla 1-2 hafta içerisinde düzelmeye görülmektedir. Hastanın veya ailesinin öyküsünde psikiyatrik bozuklukların varlığı ve depresyon açısından değerlendirme yapılmalıdır. Bir diğer ayırıcı tanı ise postpartum psikoz tablosudur. Nadir görülen tablo ciddi ve acil müdahale gerektirmektedir. Varsanı ve sanrılarının olması, dezorganize düşünce ve davranışlar, bilişsel işlevlerde daha ileri derecede bozulma ve affektif belirtilerin daha arka planda olması ile postpartum depresyondan ayrılır.

4. Etkileri

4.1. Kadın ve Gebelik Üzerine Etkisi

Gebelikte depresyonun seyri yalnızca anneyi değil, bebeği ve çevresindekileri de ilgilendirmektedir. Gebelikte geçirilen depresyon, doğum sonrası dönemde depresyon atağı geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır. Gerekli tedaviyi alıp almama önemli bir etkidir. Gerekli tedavi yapılmayan gebelerin %15'inin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (Çalık ve Aktaş, 2011).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gebelik süresince depresyon tedavisi gören kadınlarda doğum sonrası depresyon belirtileri gözlemlenmediği, tedavi almayan grupta ise depresyon belirtileri görüldüğü bildirilmiştir (Yazıcı ve ark., 2015). Farklı ülkelerde gebe kadınlar imkanlar sağlanmasına rağmen tedavi arayışı içinde bulunmamaktadırlar. Bunun nedeni sosyal, kültürel ve ekonomik sebepler olabilir. Tedaviye başvuran kadınlar ise sağlık profesyonellerinin deneyimsizlik, bilgi eksikliği ve ilaç tedavisi ile ilgili olumsuz önyargıların olması ve çalışma şartlarının kötü olması nedeni ile sorunu kendi haline bırakmayı tercih etmektedirler (Yazıcı ve ark., 2015). Ayrıca postpartum depresyon artmış öz kıyım girişimi riski, bebeğe zarar verme riski, bağlanma ve ebeveynlik işlevlerinde bozulma, yetersiz beslenme, bilişsel işlevlerde ve aile içi ilişkilerde bozulma gibi bebek, aile ve hastanın hayatını olumsuz etkileyebilecek hatta ölümcül olabilecek sonuçlara sahip olabilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Ani yükseliş ve düşüşler karşısında yeterli hormonal adaptasyon sağlanmadığı yani disregüle hormonal aktivitenin psikopatolojide etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca düşük tiroid işlev bozuklukları, düşük prolaktin düzeyleri, düşük oksitosin düzeylerinin de postpartum depresyon ile ilişkili olduğu ileri düşünülmektedir (Yim ve ark., 2015).

Davranışsal tepkiler, gebe kadının öz bakımının azalmasına, isteksizlik, halsizlik ve iştahsızlık gibi belirtilere yol açarak annenin beslenmesiyle ilgili sorunlara yol açabilir. Aynı zamanda isteksizlik annenin tıbbi takiplerini de aksatmasına ve doğum sonrası bebeği kabullenememe duygularının olmasına neden olmaktadır.

4.2. Bebek Üzerine Etkisi

Gebelik dönemi depresyonu olan annelerde erken doğum riskinin 1,01-4,90 kat arttığı gösterilmiş ve meta-analiz çalışmalarında da anlamlı artış doğrulanmıştır (Grote ve ark., 2010). Gebelik depresyonunun bu risklere ek olarak yeni doğan bakım ünitelerine başvurma riskini artırdığı ve toplamda kuvözde kalma süresinde artış olduğu gösterilmiştir (Gentile, 2017).

12-14 aylığa kadar olan bebeklerle yapılan çalışmalarda doğum sonrası dönemde depresif olmasalar bile, gebelik döneminde depresyon geçirmiş olan annelerin bebeklerinde dezorganize ve güvensiz bağlanma tespit edilmiştir (Hayes ve ark., 2013). Postpartum depresyon yaşayan anneler diğer annelere göre çocuklarına daha isteksiz bakım vermekte, daha az dokunup okşamakta, şefkat ve sevgisini daha az ifade edebilmektedir. Anne-çocuk ilişkisi ve bağlanma şekli yalnızca bebeklik dönemi değil, yaşamın geri kalanı boyunca hayatı etkileyen önemli bir faktördür.

Gebelik depresyonunun 6 aylıktan 8-9 yaşlarına kadar süren dönemde bilişsel işlevlerde gerilik, duygu durumu düzenlenememe, zayıf ilişki kurma gibi belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca gebelikte geçirilen depresyon çocukluk dönemlerinde psikolojik ve

davranışsal problemlerin gelişme riskini de arttırabilmektedir (Barker ve ark., 2013). Gebelik depresyonuna maruz kalmış olan annelerin erkek çocuklarının suça daha yatkın oldukları tespit edilmiştir (Gentile, 2017).

5. Tedavi Süreci

Gebelikte sürekli ve hassas bir değişim söz konusu olduğu için gebelerde depresyon özellikle dikkate alınmalıdır. Ayrıca, adölesan gebelerde vücudun fizyolojik gelişiminin devam etmesi ve ruhsal yönden olgunlaşma sürecinin tamamlanmamış olması nedeniyle depresyon açısından değerlendirilmelidir. Bu noktada gebe kadının hem kadın doğum uzmanları hem de psikiyatri uzmanlarınca takibi, hekimlerin işbirliği içinde olması önemlidir. Ayrıca sosyal çalışmacılar ile birlikte çalışmak ve psikososyal müdahaleleri (aile içi şiddet, bekar ergenin gebe kalması, istenmeyen gebelik, mülteci ve göç eden gebe kadınlar, diğer psikososyal stresörler) sağlamak önemlidir.

5.1. Psikoterapi

Klinik şiddet, psikiyatrik hastalık öyküsü tedavi sürecinin belirlenmesinde önemlidir. Kişilerarası İletişim Psikoterapisi (KİPT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) gebelik depresyonunda etkin psikoterapi uygulamalarıdır (Spinelli ve ark., 2013).

Gebelik kadınlar için anne olmaya doğru ciddi bir rol geçişidir. Ayrıca kadının bu dönemde hassaslaşması, bedensel belirtileri nedeniyle sosyal işlevlerinde gerileme ve sosyal ilişkilerde artan beklentiler söz konusudur. Bazı kadınların hayatına yeni çatışmalar eklenirken bazılarının ise eskiden beri süre gelenler ağırlaşmakta veya artık işlev kaybına yol açmaktadır. Tüm noktaların gözden geçirilmesi, depresyonunun tedavisini sağlayacak sosyal destek sisteminin harekete geçirilmesi KİPT ile mümkündür. Ayrıca yeni ya da yeniden anne olmak, aileye katılan bebeğin varlığından kaynaklanan rol geçişleri, iş ve aile ilişkilerindeki değişiklikler, çatışmalar, olası ekonomik güçlükler ve gelecek kaygıları gibi durumlar da KİPT ile çalışılabilir.

Değişen beden algısı, bireyin kendisine ve yaşama bakış açısı, gelecekle ilgili beklenti ve yorumlar, gebeliği, bebeğin varlığını yorumlama biçimi yanı sıra hastanın geçmiş, kendisi yaşadıklarını ve dünyayı yorumlaması ile ilişkili müdahaleler ise BDT ile mümkündür. Ayrıca gebe okulları, psiko-eğitimler: gebelerin deneyimlerini paylaşmaları, korku ve kaygıyı azaltması açısından yararlıdır. Postpartum depresyonda emzirme olması nedeniyle terapi daha fazla tercih edilmektedir.

5.2. Farmakolojik Tedavi ve Elektrokonvülsif Terapi (EKT)

Gebelerde ilaç kullanımına, gebelerin üzerinde yapılan çalışmalarının etik olmaması (hayvan çalışmaları, geriye dönük toplum taramaları), zamanla verilerin güncellenmesi, sonuçlar ve nedenlerle ilgili doğruluk payını azaltması nedeniyle şüpheli yaklaşılmaktadır. Planlı gebeliğin avantajı, gebelik öncesinde belli kontrollerin yapılması, gebelik döneminde farmakolojik

ajanların kullanılma durumunu ekarte etmektedir. Gebeliklerin yarısından fazlası planlı değildir ve insanlar ilaç kullandıkları sırada ve hastalık belirtileri seyrederken gebe kalabilmektedir (Amanak, 2018). Gebelik sırasında belirtilerin ortaya çıkması ve ilaç kullanım durumu olabilmektedir. İlaç kullanımında en riskli dönem ilk trimesterdir. İlk haftalarda teratojen maruziyetinde gebelik düşükle sonuçlanabilmekte iken ilerleyen haftalarda yapısal bozukluklar ve organ anomaliler görülebilmektedir. İlerleyen dönemlerde minor malformasyonlar, büyüme gerilikleri ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilmektedir (Miral ve Kızılkaya Beji, 2017). Bu nedenle ilk trimesterde ilaç kullanımından olabildiğince kaçınmak veya düşük dozlar tercih edilmelidir.

İlaç seçiminde depresyonda etkinliği gösterilmiş olan SSRI birinci tercihtir. Gebelik döneminde kullanılması, sağlıklı bir gebelik süreci, doğum ve sonrası dönemlerde olası etkileri yönünden daha güvenli olarak kabul görülenler sertralin, sitalopram ve essitalopramdır. Gebeliğin ilk trimesterinde venlafaksin ve duloksetin ilk trimesterde kullanımını araştıran 3186 vakalık bir araştırmada, malformasyon riskinde klinik olarak önemli bir artışa neden olmadığı gösterilmiştir (Lassen ve ark., 2016). Teratojenik bildirim yapılmış olanlar arasında paroksetin, fluoksetin ve bazı trisiklik antidepresanlar bulunmaktadır. Paroksetin, kardiyak malformasyonla ilişkili olduğu gösterildiğinden mümkün mertebe tercih edilmez iken fluoksetin uzun yarılanma ömrü hem de teratojenik etkisi nedeniyle ilk sırada kullanılmamaktadır. Hekimlerin bu konuda anneyi aydınlatması ve yazılı onam alması önerilmektedir. Trisiklik antidepresanlardan, klomipramin hakkında teratojenite bildirimleri bulunmaktadır; amitriptilin, nortriptilin ve imipramin daha güvenlidir (Gentile, 2017). Antipsikotik ilaçlardan, dirençli depresyonda diğerlerine göre daha güvenilir olduğu gösterilen olanzapin, risperidon, ketiyapin ve klozapinden düşük dozlarda kullanılabilir (Larsen ve ark., 2015; Uğuz, 2017).

Hekimlerin postpartum dönemde gebelik dönemine göre daha rahat ilaç yazdıkları bildirilmiştir (Uğuz, 2017). Bunun nedeni emzirmenin kesilebilme ihtimalini olması ve bebeğe zarar verilmemesidir. Postpartum depresyonu olan anneler için ilaç kullanımında rölatif infant doz (RID) değerleri ve bebekteki olası yan etkileri, ilaç ve diğer tedavilere duyulan ihtiyaç düzeyi, devreye girebilecek psikososyal destek sistemleri ve tamamlayıcı alternatif tedaviler toplu düşünülmelidir. Anksiyete eştani olan vakalarda intihar riski değerlendirilmeli, yakınlarına etkin bir bilgilendirme yapılmalıdır (Uğuz, 2017).

Hasta emziriyorsa ve daha önce ilaçtan yanıt alındığı biliniyorsa en güvenli ilaçlar sertralin ve paroksetindir. Ayrıca venlafaksin, mirtazapin, ve bupropion (özellikle sigarayı bırakmak isteyen annelerde) ile ilgili emziren annelerde başarılı olduğunu bildiren olgu sunumları bulunmaktadır (Kim ve ark., 2014). Duloksetin %1, düşük RID ile göreceli olarak güvenli kabul edilebilir.

Essitalopram, sitalopram, fluvoksamin ve fluoksetin emzirme ile birlikte ilk sıra olarak önerilmemektedir (Larsen ve ark., 2015). Trisiklik antidepresanlardan ise nortriptilin ve imipramin emzirme ile birlikte kullanımda tercih edilebilecek ilaçlardır (Guille ve ark., 2013).

EKT kullanımı ise gebelik ve postpartum depresyonda da en güvenilir seçenektir (Larsen ve ark., 2015). Ağır ve psikotik depresyonda farmakolojik ajan kullanımı reddi durumunda ve kullanımının sakıncalı olduğu durumlarda önerilmektedir (Guille ve ark., 2013).

5.3. Destekleyici Tedavi Seçenekleri

Destekleyici tedavi seçeneklerinden ilki egzersizdir. Egzersiz, depresyondan korunma, tedaviyi destekleme ve sağlıklı yaşamın sürdürülmesi için etkili ve önemlidir. Ana tedavi ile birlikte gebelik süresince ve postpartum dönemde yapılması önerilmektedir (Shivakumar ve ark., 2011). Akupunktur ve maternal masaj uygulamalarında ise, gebelik sırasında plaseboya göre anlamlı sonuçlar bulunmuştur (Uğuz, 2017).

Gebelik sırasında omega 3 yağ asitleri, folat ve sarı kantaron kullanılarak yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu alanda yapılan bütün çalışmalar plasebo etkisine göre anlamlı şekilde olumlu olsa da nicelik olarak yeterli sayıda değildir. Gebelikte omega 3 yağ asitlerinin ve folat kullanımının depresyona karşı koruyucu etkisi olduğu bulunmuştur (Uğuz, 2017). Sarı kantaron hapı ile depresyon için yapılan çalışmalar da düşük şiddetli depresyonda yarar sağlandığı bulunmuş ancak şiddetli depresyon ve postpartum depresyon için yeterli bilimsel veri mevcut değildir. Ellidört gebe ile yapılan çalışmada sarı kantaron kullanımı yararlı bulunmuş ve malformasyon tespit edilmemiştir. Ancak emzirme döneminde süte az miktarda da olsa geçtiği için yeni doğanda kolik ve uyuşukluğa neden olmaktadır (Deligiannidis ve ark., 2014).

6. Hemşirelik Bakımı

Kliniğe yatışı yapılan postpartum depresyon tanılı kadının bakımında, sürecin ilk aşaması olan tanılama ile başlanmalıdır. Tanılama ile hastanın öncelikli olarak kendine veya bebeğine karşı zarar verme riski değerlendirilmelidir. Ardından depresyonun durumu, tedavi süreci ve annelik süreci ile ilgili durum bilinmelidir. Tıbbi tedaviyi ve bakımı üstlenen sağlık profesyonellerinin yanı sıra yatış süresi boyunca aile ile iş birliği sağlanmalı ve bu iyileşme sürecine özellikle de eş dahil edilmelidir. Hastaneye yatışı nedeniyle bebeğinden ayrı kalan kadının, anneliğe adaptasyon sürecinde olduğu unutulmamalıdır. Hasta ile sürekli vakit geçiren hemşireler bu süreçte danışmanlık ve eğitici rollerini kullanmalıdır. Hasta ve aile üyelerinin sorularını uygun şekilde açıklamalı ve bu dinamik sürecin sürekli takipçisi olmalıdır (Durmazoğlu ve ark., 2016; Güleç ve Kavlak, 2016).

Depresyon tanılı hastanın bakımında; düşünce sürecinde değişim, öz bakım yetersizliği, beslenmede değişim, konstipasyon, diyare, uyku düzeninde bozulma, kronik düşük benlik saygısı, umutsuzluk, güçsüzlük, sosyal

etkileşimde bozulma, bireysel baş etmede yetersizlik, aile sürecinde değişim, kendisine zarar verme riski gibi hemşirelik tanıları ele alınmalıdır (Güleç ve Kavlak, 2016). Taburcu olacak olan hasta için, depresyonun süreci ve tedavinin nasıl ilerleyeceği anlatılmalı, ilaç tedavisi ile eğitim yapılmalıdır. Bu eğitim sırasında gebelik sonrasındaki değişim göz ardı edilmemelidir. Örneğin, emzirme ve ilaç kullanımı konusu anne ve bebek için oldukça önemlidir. Aynı zamanda sağlık profesyonellerinin ev ziyaretleri yaparak taburculuk sonrası depresyonun değerlendirilmesine fırsat sağlamaktadır. İlk başlarda daha sık gerçekleştirilmesi önerilen ev ziyaretleri annenin durumuna göre ilerleyen zamanlarda daha da seyrekleştirilebilir. Görüşme esnasında kadının duygusal, psikolojik ve fizyolojik durumu, ebeveynliğe adaptasyonu ve varsa ilaç kullanım durumu ayrı ayrı ele alınmalıdır. Gerekliyse bu konularda eğitimler planlanmalıdır. Destek gruplarına yönlendirilmelidir (Duman ve ark., 2015).

Depresyon tanılı bireylerin bakımını üstlenen hemşireler zamanla anksiyete, çaresizlik duygusunu hissedebilmektedirler. Bu duyguların farkında olunması bakım sürecinin daha sağlıklı ilerlemesine neden olacaktır. Bu duyguları tanımak için hemşirenin gerekirse bu konuda destek alması önemlidir (Durmazoğlu ve ark., 2016; Güleç ve Kavlak, 2016).

6. Sonuç

Özetlemek gerekirse, depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların tedavi ve rehabilitasyon süreci anne için zorluklarla doludur. Hemşirelerin, perinatal dönemde görülebilecek ruhsal bozuklukları önlemek için zamanında tarama yapması önem arz etmektedir. Perinatal dönemde kadın ve yeni doğana yakından bakım sağlayan hemşireler, bu süreç zarfında ruh sağlığı hizmetlerine erişme olasılıklarının daha yüksek olması nedeniyle, perinatal ruh sağlığı sorunlarının ele alınması gerekmektedir. Ayrıca hemşireler ile birlikte eş ve aile üyelerinden destek alınarak sağaltım sağlanmalıdır. Bakıma erişimi arttırmak için perinatal dönemde fiziksel ve ruhsal bakımı koordine etmek, bu dönemde sonuçların iyileştirilmesine olanak sağlayacaktır.

Katkı Oranı Beyanı

NKB; makale fikrini oluşturdu, yöntemlerini önerdi, makaleyi yapılandırdı ve makaleyi düzenledi. MM; makale fikrini geliştirdi, düzenledi ve makaleyi yazdı. SK; makaleyi denetledi, yöntemler önerdi, makaleyi yapılandırdı ve makaleyi düzenledi.

Çatışma Beyanı

Yazarlar bu çalışmada hiçbir çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmektedirler.

Kaynaklar

Akçalı Aslan, P. 2011. Erzurum il merkezinde gebeliğinin ilk icabında olan kadınlara depresyon bozukluklarının yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Tıp

- Fakültesi, Erzurum, ss. 112.
- Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, Cassano G B. 2011. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Compr Psychiatry*, 52(4): 343-351.
- Barker ED, Kirkham N, Ng J, Jensen SK. 2013. Prenatal maternal depression symptoms and nutrition, and child cognitive function. *Br J Psychiatry*, 203(6): 417-421.
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. 2016. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*, 191: 62-77.
- Chang SR, Chen KH, Ho HN, Lai YH, Lin MI, Lee CN, Lin WA. 2015. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction. *Int J Nurs Stud*, 52(9): 1433-1444.
- Çalık K, Aktaş S. 2011. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 142-162.
- Çavuşoğlu İ. 2015. İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul ss. 112.
- Deligiannidis KM, Freeman MP. 2014. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1): 85-95.
- Duman N, Koçak D, Yılmazel G. 2015. Postpartum depresyon ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1: 35-41.
- Durmazoğlu G, Sertaş M, Kuru Oktay A, Tatarlar A, Göçmen A, Bezirgan S, Toksoy S. 2016. Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülmesi. *J Anat Nurs Health Sci*, 19: 33-37.
- Durmuş E. 2015. Gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul ss. 102.
- Erdem Ö, Erten Bucaktepe PG, Ozen S, Kara İH. 2010. Evaluation of anxiety and depression levels of mothers during prepartum and postpartum periods. *Duzce Med J*, 12: 24-31.
- Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. 2016. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J Affect Disor*, 198: 142-147.
- Faruk U. 2017. Gebelik ve postpartum dönemde psikiyatrik bozukluklar; Klinik ve tedavi başvuru kitabı. İstanbul Tıp Kitabevi İstanbul, Türkiye, 1. baskı, ss. 289.
- Figueiredo B, Canário C, Field T. 2014. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*, 44(5): 927-936.
- Gentile S. 2017. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring: A systematic review. *Neuroscience*, 342: 154-166.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. 2010. A Meta-Analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10): 1012-1024.
- Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. 2013. Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health*, 58(6): 643-653.
- Güleç D, Kavlak O. 2016. Postpartum maternal depresyon ve hemşirelik bakımı. *Kadın Hast Anne Çocuk Sağ Derg*, 7: 85-97.
- Hayes LJ, Goodman SH, Carlson E. 2013. Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 Months. *Attach Hum Dev*, 15(2): 133-153.
- ILO. 2019. Maternity protection. URL: ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/maternity-protection/lang-en/index.htm (accessed date: December 12, 2019).
- Jacka FN, Ystrom E, Brantsaeter AL, Karevold E, Roth C, Haugen M, Berk M. 2013. Maternal and early postnatal nutrition and mental health of offspring by age 5 years: a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(10): 1038-1047.
- Karakaş NM, Güneş G, Sarıbıyık M. 2014. Battalgazi'de postpartum depresyon riski ve etkili faktörler. *İnönü Üniv Sağlık Hiz MYO Derg*, 2(1): 1-12.
- Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Wisner KL. 2014. Pharmacotherapy of postpartum depression: An update. *Expert Opin Pharmacother*, 15(9): 1223-1234.
- Kirkan TS, Aydın N, Yazici E, Akcalı Aslan P, Acemoglu H, Daloglu AG. 2015. The Depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 61(4): 343-349.
- Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, ... Danish Society of Clinical Pharmacology. 2015. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand*, (445): 1-28.
- Lassen D, Ennis ZN, Damkier P. 2016. First-trimester pregnancy exposure to venlafaxine or duloxetine and risk of major congenital malformations: A systematic review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, 118(1): 32-36.
- Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. 2011. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord*, 135(1-3): 128-138.
- Madlala SS, Kassier SM. 2017. Antenatal and postpartum depression: Effects on infant and young child health and feeding practices. *South Afr J Clin Nutr*, 1(1): 1-7.
- Mishina H, Yamamoto Y, Ito M. 2012. Regional variations in prevalence of postpartum depressive symptoms: Population-based survey. *Pediatr Int*, 54(4): 563-565.
- Schmied V, Johnson M, Naidoo N, Austin MP, Matthey S, Kemp L, Yeo A. 2013. Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women Birth*, 26(3): 167-178.
- Shivakumar G, Brandon AR, Snell PG, Santiago-Muñoz P, Johnson NL, Trivedi MH, Freeman MP. 2011. Antenatal depression: a rationale for studying exercise. *Depress Anxiety*, 28(3): 234-242.
- Spinelli MG, Endicott J, Leon AC, Goetz RR, Kalish RB, Brustman LE, Schulick JL. 2013. A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York City sites. *J Clin Psychiatry*, 74(4): 393-399.
- Stock A, Chin L, Babl FE, Bevan CA, Donath S, Jordan B. 2013. Postnatal depression in mothers bringing infants to the emergency department. *Arch Dis Child*, 98(1): 36-40.
- Şahin P. 2015. Gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, ss. 124.
- Tahaoglu AE, Toğrul C, Külahçioğlu M, Aydın Öztürk B, Balsak D, Bademkiran H, Güngör T. 2015. Diyarbakır'da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 23(1): 26-29.
- WHO. 2019. World health organization; Depression updated. URL: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression (accessed date: January 5, 2020).
- Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. 2014. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30(3): 378-384.

Yazici E, Kirkan TS, Aslan PA, Aydin N, Yazici AB. 2015. Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: High rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11: 405-411.

Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. 2015. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol*, 11: 99-137.