

## DERLEME

Özgür Erdem<sup>1</sup>  
Yasin Bez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD, Diyarbakır  
<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri AD, Diyarbakır

**İletişim Adresi:**  
Uz. Dr. Özgür Erdem  
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD. 21280 Diyarbakır  
Tel: 0 412 248 8001 (5662)  
Email: [dr.oerdem@hotmail.com](mailto:dr.oerdem@hotmail.com)

## Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon

### ÖZET

Doğum sonrası hüznü doğumdan sonra görülen geçici ruhsal bir durumdur. Annelerin büyük çoğunluğu doğumdan sonra bu hüznü yaşar. Bu hüzün tablosu çoğu zaman hiç kimse tarafından fark edilmez. Bazı duyarlı aileler bu duyguları depresyonla karıştırabilir. Bu yazıda annelik hüznünün özelliklerini gözden geçirerek depresyondan farklı yönlerini ortaya koymaya çalıştık. Depresyon tanımını, sıklığını ve major depresyonun tanı kriterlerini, postpartum depresyonun risk faktörlerini ve kliniğini sıraladık. Böylece özellikle birinci basamakta hem annelik hüznü ve depresyon tanılarının birbiri ile karışmalarının önüne geçmeyi amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Doğum Sonrası Hüzün, Doğum Sonrası Depresyon

## Postpartum Blues and Postpartum Depression

### ABSTRACT

Postpartum blues which is seen during the postpartum period is a transient psychological state. Most of the mothers experience maternity blues in postpartum period. It remains usually unrecognized by the others. Some sensitive families can misattribute these feelings as depression. In this article, we tried to review the characteristics of maternity blues and its differences from depression. We defined depression and presented the incidence and diagnostic criteria, of major depression as well as the risk factors and clinic findings of postpartum depression. Thus, especially at primary care we aimed to prevent misdiagnosis of both maternity blues and depression

**Key words:** Postpartum Blues, Postpartum Depression

## GİRİŞ

### Annelik Hüznü

Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum doğum sonrası hüznü ya da bebek hüznü şeklinde de adlandırılmaktadır (1). Annelik hüznü genellikle doğum sonrası 3. ya da 4. günde ortaya çıkar; semptomlar geçici olup, 1–2 günden 1–2 haftaya kadar sürebilir (2). Semptomlar hafif düzeyde olduğundan, tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilir (3,4) ve yeni annelerin birçoğu tarafından yaşanmaktadır (5).

### Annelik Hüznünün Görülme Sıklığı

Muhtemelen ortak tanımının olmayışından dolayı, annelik hüznünün bildirilen insidansı değişmektedir. Çeşitli yazarlar bu durumun postpartum kadınların %50-85'ini etkilediğini bildirmektedirler (6-9) ve doğum sonu en sık karşılaşılabilen problemlerden biridir (10,11).

### Annelik Hüznünün Nedenleri

Etyolojide birçok hormonal ve sosyodemografik etken araştırılmasına rağmen sonuçlar çelişkilidir. Annelik hüznünün başlangıç zamanlaması doğum sonrası östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eşzamanlıdır. Bu da postpartum hüznün endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir (12). Bazı çalışmalarda postpartum hüznün hastaları ve kontrol grupları arasında belli günlerde bakılan östrojen ve progesteron düzeyleri açısından farklılık bulunmamakla birlikte postpartum hüznü olan kadınların gebeliğin 38. haftasında ve postpartum 2–3. günlerdeki serbest östriol düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (6,13). Bu çalışmalarda ortalama postpartum östriol düzeyinin, prepartum düzeye göre daha büyük bir düşüş gösterdiği bildirilmiştir.

### Annelik Hüznünün Klinik Özellikleri

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki 3–5. günlerde ortaya çıkar. Annelik hüznü yaşayan kadınlarda genellikle; ağlama, yorgunluk, uyku bozukluğu, anksiyete, sinirlilik, duygu durumunda hızlı değişiklikler, konsantrasyon güçlüğü, eleştiriye aşırı duyarlılık, kayıp ve keder duyguları görülür (10,11,14) ancak kadınların işlevselliğini ve bebeklerine bakımını etkilemez (5,15). Annelik hüznü geçici bir tablo olmakla birlikte, bu olguların %20'sinin postpartum 1. yılda majör depresyon geliştirebileceği de ileri sürülmüştür (16).

Ülkemizde annelik hüznü ile yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ersoy'un vajinal yolla doğum yapan 100 anne üzerinde yaptığı bir araştırmada, doğum sonrası 2. günde duygusal durumları incelenen annelerin özellikle yorgun (%70), uykusuz (%65) ve aşırı hassas (%56) oldukları saptanmıştır. Bu belirtileri yeni duruma uyum süreci olarak değerlendiren ve normal karşılayan çalışmalar da vardır (17).

### Annelik Hüznünün Tedavisi

Annelik hüznünde ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz. Belirtilerin şiddeti azalarak, genellikle iki hafta içinde iyileşirler. Ancak belirtiler beklenen süre içerisinde düzelmedi ise, depresyona dönüşme riski açısından dikkatli olunmalıdır. Annelik hüznü yaşayan anneler, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, annelik hüznü ile nasıl baş edecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve bebek bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapötik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (5,18 -20).

Ayrıca doğum öncesi dönemde gebelere, görülebilecek annelik hüznü semptomları ve bu semptomların 7–10 gün içinde özel bir tedaviye gerek kalmadan düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Annelik hüznü semptomları iki haftadan daha uzun sürerse, kadınların hastaneye başvurusu önerilmelidir (1).

### Depresyon

Depresyon, oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun anlaşılması ve tanınmasında üzerinde durulması gereken temel nokta onun bir sendrom olduğudur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir, aslında depresyon olarak isimlendirilen belirtiler ve bulgular kümesidir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (21,22). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %5–11 arasındadır. Kadınlarda ise yaşam boyu depresyon prevalansı %14–21 arasındadır (5,21). Yapılan çalışmalarda, ülkeden ya da kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla majör depresif bozukluk görüldüğü bulunmuştur (23).

Hastalık başlangıcı 20–40 yaş arasında en üst düzeye ulaşır. Puberte öncesi dönemde kız ve erkek çocuklar eşit dağılım gösterir, adölesan ve erişkinlik dönemlerinde depresyon oranı kadınlarda erkeklere göre iki - üç kat daha fazladır (24,25). Bugün depresyonun etiyojisi ve fizyopatolojisine ilişkin birçok araştırma yapılmasına karşın, bu hastalığın tam nedeni henüz belirlenememiştir. Depresyonun oluşmasında genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve psikososyal etkenlerin rolü olduğu kabul edilmektedir (26).

### **Majör Depresyon Tam Kriterleri (DSM-IV TR'ye Göre)**

**A.** İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1-ya öznel bildirimle ya da başkalarının gözlemleriyle belirtilmiş günün büyük bölümünde ve hemen her gün süren çökkün duygu durumu,

2-hemen her gün tüm etkinliklere veya bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamama,

3-perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış veya artmış olması,

4-hemen her gün aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

5-hemen her gün psikomotor retardasyon ya da ajitasyonun olması,

6-hemen hergün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7-hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,

8-hemen her gün düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,

9-yineleyen ölüm düşünceleri, sadece ölmekten korkma değil özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

**B.** Bu belirtiler bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

**C.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

**D.** Bu belirtiler bir madde kullanımının (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**E.** Bu belirtiler yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (27).

### **Postpartum Depresyonun Risk Etmenleri**

Postpartum depresyona yatkın anneleri; erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle postpartum depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir (28,29). Bu etkenlerden zayıf aile ve evlilik ilişkileri, yakın geçmişte olan önemli yaşam olayları, sosyal destek yetersizliği, çocukluk döneminde aile ilişkilerinde bozukluklar, menstürasyon ile ilgili problemler, düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve doğum sonrası depresyon etkili faktörler olarak düşünülmektedir (30-33). Beklenmeyen bir erken doğum ve erken doğan bebeğin yoğun bakıma yatırılması anneye ilave psikolojik stres yaratmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken doğum yapan annelerde postpartum depresyon insidansının zamanında doğum yapan annelerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (34).

Bazı çalışmalarda annede ve ailede depresyon hikayesinin olması ile annede postpartum depresyon gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir (35,36). Annede var olan kişilik bozukluğunun postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık yaratabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada sınırlı, öfkeli veya utangaç, çekingen, karamsar annelerin postpartum dönemde depresyon gelişimine yatkınlık gösterdikleri bulunmuştur (19).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada postpartum depresyon gelişimindeki yüksek risk etkenleri; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk,

yetersiz aile ilişkileri, erken yaşta evlilik, yetersiz sağlık hizmetleri, mental hastalıklar, planlanmamış hamilelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, erken yaşta hamile kalma, düşük yapma olarak tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile depresyon gelişimi arasında bir risk olduğu tespit edilmiş ve kız çocuğu sahibi olan annelerde depresyon gelişimi açısından daha yüksek bir risk olduğu gözlenmiş ve bu durum, kültürel olarak erkek çocuğunun daha fazla tercih edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (32).

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma Beck'in postpartum depresyonun risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, postpartum depresyon ön göstergelerini araştıran 1974–1994 arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda postpartum depresyonun risk faktörleri arasında en çok; “Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, annenin evlilikten memnuniyetsizliği, sosyoekonomik durumun kötülüğü, gebeliğin istenmeme durumu” yer almaktadır (37).

### **Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri**

Postpartum depresyon geçiren kadınların %60'ında bunun, onların ilk depresyon atağı olduğu saptanmıştır (38). Postpartum depresyon, doğumdan sonraki 2–3. haftadan sonra (olguların %80'ninde ilk 6 hafta içinde) sinsi başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1 hatta 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar süren yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da düzelir. Bazen doğumdan sonraki 4–5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. Belirtilerin 6–9 ay sürebileceği de bildirilmektedir (39,47).

Doğum sonu depresyonun belirtileri majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar; “kendini değersiz hissetme, anksiyete ve panik ataklar, suçluluk hissi, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, iştah bozuklukları (çok az veya fazla yeme), uyku

bozuklukları, düşüncelerde karışıklık ve daha unutkan olma, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, keder, düşmanlık, enerji ve motivasyon kaybı, yoğun umutsuzluk, yalnızlık, korku, kayıp, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yetersizlik ve kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme - içe kapanma, cinsel isteksizlik, bellek zayıflığı, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme” ile ilgili düşüncelerdir (39-45).

Postpartum depresyonu klinik olarak diğer depresyon türlerinden ve doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte postpartum depresyonda aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır (40). Postpartum depresyonu, postpartum uyum reaksiyonlarından ayırt etmek amacıyla yapılan bir çalışmada; uyku ve beslenme bozukluğu, kilo kaybı, cinsel isteksizlik gibi belirtilerin normal doğum sonrası dönemde de görülebildiği, ancak enerji kaybı, duygu durum bozukluğu belirtileri, suçluluk duyguları, bir işe yoğunlaşamama, ilgi ve istek kaybı gibi belirtilerin yalnızca depresif annelerde görüldüğü saptanmıştır (39).

Suisidal düşünce ya da majör fonksiyonel bozulma (sosyal çekilme, hijyene dikkat etmeme, bebeğine yeterli bakım verememe gibi) olmaksızın depresif semptomlar bildiren kadınlar yavaş gelişen bir depresif epizodun olup olmadığı veya semptomların hafifleyip hafiflemediğini belirlemek için dikkatlice izlenmelidir (44,46). Postpartum depresyonun tekrarlama riski duygu durum bozukluğu öyküsü olmayanlarda %50'ye, duygu durum bozukluğu ya da postpartum depresyon öyküsü olanlarda ise %100'e ulaşmaktadır (39,47).

Sonuç olarak tüm sağlık çalışanları başta olmak üzere özellikle birinci basamakta çalışan aile hekimleri ve yardımcı sağlık personeli hastalarını mutlaka biyopsikososyal yönden takip etmelidirler. Yukarıda belirtilen risk etmenleri göz önünde bulundurularak hastaların kliniğine göre postpartum depresyon vakaları titizlikle takip edilmelidir. Gerektiğinde hem psikolojik hem de medikal destek sağlanmalıdır, ciddi vakalar profesyonel destek için psikiyatri kliniklerine yönlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Kurt A, Kisa C. Postpartum hüztün. 3P Dergisi 2004; (ek 4);7-11.
2. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y et al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. J Affect Disord 1981; 3:317-326.
3. Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. Postpartum Mood Disorders, Miller LJ (Ed), 1. baskı, Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1999; 3-19.
4. Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior, Casper RC (Ed), 1. baskı, Cambridge: University Press, 1998;14-35.
5. Askın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi, 1999; 100-122.
6. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:801-806.
7. Kennerley H, Gath D. Maternity blues: detection and measurement by questionnaire. Br J Psychiatry 1989; 155:356-362.
8. O'Hara MW. Post-partum "blues", depression, and psychosis: a review. J Pscyhosom Obstet Gynaecol 1987; 7:205-227.
9. Levy V. The maternity blues in post-partum and postoperative women. Br J Psychiatry 1987; 151:368-372.
10. Landy S, Montgomery J, Walsh S et al. Postpartum depression: A clinical review. Matern Child Nurs J 1989; 18:1-29.
11. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. Am J Psychiatry 1989; 146:1413-1421.
12. Harris B, John S, Fung H et al. The hormonal environment of post-natal depression. Br J Psychiatry 1989; 154:660- 667.
13. Heidrich A, Schleyer M, Springler H et al. Postpartum blues: relationship between non-protein bound steroid hormones, plasma and postpartum mood changes. J Affect Disord 1994; 30:93-98.
14. Kendell RE. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry. 1987; 150:662-673.
15. Eksi A. Çocuk sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü: Ben Hasta Deđilim 1. baskı İstanbul: Nobel tıp Kitapevi, 1999; 22-25.
16. Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C et al. Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. Development and Psychopathology 1992; 4:29-47.
17. Ersoy M. Loğusalık Döneminde Annenin Yaşadığı Duygusal Dalgalanmalar. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1993.
18. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28:3-8.
19. Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26:289-295.
20. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:1522-1525.
21. Preskorn SH. Depresyonun Ayaktan Tedavisi 2. baskı. Kırılı S. (Çev). Bursa 1999; 3-20.
22. Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ et al. Postnatal depression-myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35:19-27.
23. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Clinical psychiatry, 7<sup>th</sup> Edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2003; 494-496.
24. Noble RE. Depression in women. Metabolism Clinical and Experimental 2005; 54:49-52.
25. DeRosa N, Logsdon MC. A comparison of screening instruments for depression in postpartum adolescents. J Child Adoles Psychiatry Nurs 2006; 19:13-20.
26. Elbert M, Loosen P.T, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (çevirenler). Ankara: Güneş Kitapevi, 2003; 467-484, 290-298.
27. Amerikan Psikiyatri Birliđi: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliđi, Washington DC, 2000. Körođlu E (çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliđi, 2001; 152-153.
28. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM et al. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. J Abnorm Psychol 1991; 100:122-132.
29. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M et al. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. J Pers Soc Psychol 1993; 65:1243-1258.
30. Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL et al. Patient preference for counseling predicts postpartum depression: a prospective 1-year follow up study in high-risk women. J Affect Disord 2004; 83:43-48.
31. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. Arch Womens Ment Health 2005; 8:37-43.

32. Inandı T, Elci OC, Ozturk A et al. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31:1201-1207.
33. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:221-227.
34. Güra A, Özkan H, Ongun H et al. Postpartum Maternal Depresyonun Nedenleri ve Preterm Bebeklerde Büyüme Üzerine Etkileri. *The Journal of the Child* 2004; 4:168-172.
35. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44:234-246.
36. Felice E, Saliba J, Grech V et al. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004; 82:297-301.
37. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996; 45:297-303.
38. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:26-32.
39. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10(1):58-67.
40. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA et al. Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26(2):55-59.
41. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depresyon. *3P Dergisi* 2004; (ek 4):12-20.
42. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüznün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi* 2000; 2:64-70.
43. Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ. Postnatal depression: an examination of psychosocial factors. *S Afr Med J* 1995;85:99-105.
44. Danacı AE, Dinç G, Deveci A et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(3):125-129.
45. Akan N, Vural G, Öz F. Bebek Dostu Olan ve Olmayan Hastanelerde Doğum Yapan Annelerin Karşılaştıkları Güçlükler. *Klinik Bilimler* 1997; 3(6):917.
46. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders* 2004; 78:163-169.
47. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. baskı, cilt 1, Kaplan HI, Sadock BJ (eds), Baltimore: Williams & Wilkins, 1995; 1059-1066.