

## SAMSUN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYONU PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Ahmet Tevfik SÜNTER\*, Hatice GÜZ\*\*, Sevgi CANBAZ\*, Cihad DÜNDAR\*

\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun

\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon(DSD) prevalansını ve DSD'unun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Gereç Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma, 01 Mart – 30 Nisan 2002 tarihleri arasında Samsun il merkezinde bulunan 20 sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Çalışmaya 01.Ocak–28 Şubat.2002 tarihleri arasında doğum yapmış ve sağlık ocağı ebeleri tarafından izlenen 380 anne katılmıştır. Annelere doğum sonrası 8. haftada demografik bilgi formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) verilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Bu ölçekten 12'nin üzerinde puan alanlar, DSD'u olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $26.9 \pm 0.3$  yıl olup, annelerin 88(%23.1)'inde DSD'u saptanmıştır. Olası risk faktörlerinden sosyal güvenceye sahip olmama ( $p<0.01$ ), annede ( $p<0.001$ ) ve ailesinde geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsü ( $p<0.01$ ), sorunlu evlilik ilişkisi ( $p<0.01$ ), eğitim düzeyi düşük eşe sahip olma ( $p<0.01$ ) ve normal doğum yapmış olma ( $p<0.01$ ) depresyonlu grupta depresyonu olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. Lojistik regresyon modelinde ise, sosyal güvencenin olmaması [ $OR=2.0$ , (1.1-3.5)], annede geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsünün olması [ $OR=3.6$ , (1.6-7.9)] ve vajinal yoldan doğum yapmış olmak [ $OR=2.0$ , (1.1-3.5)] DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

**Sonuçlar:** DSD'nun, anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi için DSD açısından risk taşıyan gebe ve loğusalardan ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından daha uzun süre izlenmeleri ve uygulaması kolay bir ölçek olan EDSDÖ ile değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Postpartum depresyon, risk faktörleri, Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası

### SUMMARY

#### Postpartum Depression in Turkey: Prevalence and Related Factors

**Purpose:** The purpose of this study was to determine the prevalence and the risk factors of postpartum depression (PPD) a cross-sectional study was conducted in Samsun, in Turkey.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted between March 1 and April 30, 2002 at the all of 20 primary health care centers in Samsun, Turkey. The study included 380 women, gave birth in January 1 - February 28, 2002. Each woman filled Edinburgh Postpartum Depression Scale by herself in eighth week postpartum and a syndromal depression point was assessed.

**Results:** The mean age of the participants was  $26.9 \pm 0.3$  yr old and 88(23.1%) mothers had PPD. There were statistically significant differences between depressed and non-depressed mothers in social insurance ( $p<0.01$ ), previous psychiatric disorder ( $p<0.001$ ), family history of psychiatric disorder ( $p<0.01$ ), couple relation ( $p<0.01$ ), education level of spouse ( $p<0.01$ ) and type of birth ( $p<0.01$ ).

*Using multivariate analyses with logistic regression, in which PPD was taken as dependent variable and social insurance, previous psychiatric disorder, family history of psychiatric disorder, couple relation, education level of spouse and method of birth were independent variables, absence of social insurance [OR=2.0, (1.1-3.5)], previous psychiatric disorder [OR=3.6, (1.6-7.9)], and vaginal delivery [OR=2.0, (1.1-3.5)] were found to be associated with development of PPD.*

**Conclusion:** *Leaving depressed mothers untreated not only causes profound suffering, it may also bring about marital estrangement, absenteeism from work, child abuse, cognitive and emotional maldevelopment of the infants, and sometimes, suicides and infanticides. Universal screening for PPD using the EPDS can be successfully implemented in primary care practices and may be associated with a significant increase in the rate of recognition, diagnosis and treatment of PPD.*

**Key words:** *edinburgh postpartum depression scale, postpartum depression, risk factors*

## GİRİŞ

Gebelik ve doğum sonrası dönem, kadının biyolojik ve fizyolojik sistemlerinde önemli değişikliklerin yaşandığı önemli bir süreçtir. Puerperal dönemdeki kadınların %10.0-30.0'unda psikolojik sorunların geliştiği bildirilmektedir. Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir<sup>(1)</sup>. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik sendromların sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte, bu sendromların belirtilerine, sağaltımlarına ve prognozlarına göre tanımlanarak annelik hüznü, doğum sonrası depresyonu (DSD) ve doğum sonrası psikozu olmak üzere başlıca üç grupta toplandıkları görülmektedir. DSD, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sık rastlanan, önemli ve tedavi edilebilir bir tablodur<sup>(2-4)</sup>. Ağlama, ruhsal durumda değişkenlik, karamsarlık, bebek bakımında yetersizlik, doğum ve annelik becerisi konusunda kendini suçlu hissetme ile karakterize olup, genel halsizlik, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, anksiyete, unutkanlık gibi semptomlar da görülebilmektedir<sup>(1,5,6)</sup>. Daha önce tanımlanan bir psikiyatrik hastalık, son zamanlarda yaşanan stres, genç yaş, zayıf evlilik ilişkileri, sosyal desteğin zayıf olması, gebelik ve doğum sorunları gibi faktörler DSD'unun etiyolojisinde yer almaktadır<sup>(7,8)</sup>.

Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadının mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular taşıdıklarından dolayı suçluluk duyguları nedeniyle belirtilerini saklamaları

DSD tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir<sup>(9-11)</sup>.

Anne, çocuk ve aileyi etkileyen bir tablo olan DSD'nun önemli sonuçları ve etkili farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavisine rağmen, farkına varılamamakta ve tedavi edilmemektedir<sup>(11-13)</sup>.

Bu çalışma Samsun il merkezinde DSD prevalansını ve DSD'unun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma 01.Mart-30.Nisan.2002 tarihleri arasında Samsun il merkezinde bulunan 20 sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Çalışmaya 01.Ocak-28.Şubat.2002 tarihleri arasında doğum yapmış 464 anneden, ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 380 (%81.9) anne katılmıştır. Annelere doğum sonrası 8. haftada, araştırma konusunda bilgilendirilen ebeler tarafından demografik bilgi formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) verilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Bilgi formu ile anne ve eşinin yaş, eğitim, meslek ve sosyal güvenceleri hakkındaki bilgilerin yanı sıra toplam gebelik ve doğum sayısı, varsa düşük sayısı, gebelik sırasında bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, gebeliğin planlı olup olmadığı, erken doğum olup olmadığı, doğumun ne şekilde olduğu, bebeği emzirip emzirmedeği, bebek bakımı konusunda kendisine destek olan kimsenin olup olmadığı, eşiyile

geçiminin nasıl olduğu, daha önce kendisinin ve ailesinden birisinin her hangi bir ruhsal rahatsızlık geçirip geçirmediği hakkında bilgi edinilmiştir. Bilgi formunu takiben doldurulan EDSÖ, Cox ve ark<sup>(14)</sup>. tarafından DSD'ü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizde de geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır<sup>(15)</sup>. Türkçe formunun kesme puanı 12/13 olan ve toplam 10 soru içeren dördümlük likert tipte bir ölçektir. Bu ölçekten 12'nin üzerinde puan alanlar doğum sonrası depresyonu olan olarak kabul edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Student t testi, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan 380 annenin yaş ortalaması ve depresyon skoru sırasıyla  $26.9 \pm 0.3$  yıl ve  $8.6 \pm 5.7$  puan olarak bulunmuştur. Annelerin 88 (%23.1)'inde DSD'ü saptanmıştır. Depresyonu olan ve olmayan annelerin yaş ortalamaları sırasıyla  $26.2 \pm 0.3$  ve  $27.1 \pm 0.7$  yıl olarak hesaplanmış ve iki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $t=1.2$ ,  $p>0.05$ ). Çalışma grubunun demografik ve doğurganlıkla ilgili özellikleriyle, olası risk faktörlerinin dağılımı Tablo-I'de sunulmuştur.

Bağımlı değişken olarak DSD'nun, bağımsız değişkenler olarak da sosyal güvence, annede ve ailesinde geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsü, eşle

**Tablo I:** Çalışma Grubunun Demografik ve Doğurganlıkla İlgili Özellikleriyle, Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı

Değişkenler	Depresyon				p
	Var(n=88) Sayı	%	Yok(n=292) Sayı	%	
Sosyal Güvence (n=380)					
Var	52	19.1	220	80.9	$X^2=8.0$ , $sd=1$ , $p<0.01$
Yok	36	33.1	72	66.7	OR= 2.1, (1.3<OR<3.5)
Sosyal Destek (n=380)					
Var	49	20.4	191	79.6	$X^2=2.3$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Yok	39	27.8	101	72.2	
Düşük Öyküsü (n=380)					
Var	14	17.5	66	82.5	$X^2=1.4$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Yok	74	24.7	226	75.3	
Planlı Gebelik (n=378)					
Evet	60	21.1	225	78.9	$X^2=2.7$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Hayır	28	30.1	65	69.9	
Gebelik ve Doğumla İlgili Sorun (n=380)					
Var	37	26.0	105	74.0	$X^2=0.8$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Yok	51	21.4	187	78.6	
Emzirme Öyküsü (n=366)					
Var	72	21.0	270	79.0	$X^2=2.6$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Yok	9	37.5	15	62.5	
Ruhsal Sorun (n=374)					
Var	19	52.8	17	47.2	$X^2=19.7$ , $sd=1$ , $p<0.001$
Yok	64	18.9	274	81.1	OR= 4.8, (2.3<OR<9.7)
Ailede Ruhsal Sorun (n=376)					
Var	16	42.1	22	57.9	$X^2=8.0$ , $sd=1$ , $p<0.01$
Yok	69	20.4	269	79.6	OR= 2.8, (1.4<OR<5.7)
Evlilik İlişkisi (n=380)					
İyi-Çok iyi -Mükemmel	72	21.0	271	79.0	$X^2=8.1$ , $sd=1$ , $p<0.01$
Orta-Kötü	16	43.3	21	56.7	OR= 2.9, (1.4<OR<5.8)
Eğitimi (n=380)					
Lise ve üstü	25	19.2	105	80.8	$X^2=1.3$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Lise altı	63	25.2	187	74.8	
Eş Eğitimi (n=377)					
Lise ve üstü	37	17.9	170	82.1	$X^2=7.0$ , $sd=1$ , $p<0.01$
Lise altı	51	30.0	119	70.0	OR= 1.9, (1.2<OR<3.2)
Doğum Şekli (n=376)					
Normal doğum	59	28.6	147	71.4	$X^2=8.7$ , $sd=1$ , $p<0.01$
Sezaryen	26	15.3	144	84.7	OR= 2.2, (1.3<OR<6.1)
İlk Doğum (n=380)					
Evet	35	22.0	124	78.0	$X^2=0.1$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Hayır	53	24.0	168	76.0	
Prematürite (n=373)					
Var	3	8.8	31	91.2	$X^2=3.2$ , $sd=1$ , $p>0.05$
Yok	81	23.9	258	76.1	

geçim, eşin eğitim durumu ve doğum şeklinin alındığı lojistik regresyon modelinde, sosyal güvencenin olmaması [OR=2.0, (1.1-3.4)], annede geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsünün olması [OR=3.9, (1.8-8.4)] ve vajinal yoldan doğum yapmış olmak [OR=2.0, (1.1-3.4)] DSD gelişiminde risk faktörleri olarak saptanmıştır (Tablo-II).

**Tablo II:** Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Odds Ratio	95% CI	P
Sosyal Güvence			
Var	1	RF	0.014
Yok	2.0	1.1-3.5	
Ruhsal Sorun			
Var	3.6	1.6-7.9	0.002
Yok	1	RF	
Ailede Ruhsal Sorun			
Var	2.3	1.0-4.9	0.036
Yok	1	RF	
Evlilik İlişkisi			
İyi-Çok iyi -Mükemmel	1	RF	0.558
Orta-Kötü	1.4	0.6-3.6	
Eş Eğitimi			
Lise ve üstü	1	RF	0.255
Lise altı	1.3	0.7-2.3	
Doğum Şekli			
Normal doğum	2.0	1.1-3.5	0.018
Sezaryen	1	RF	

## TARTIŞMA

Toplumda depresif annelerin çoğuna tanı konulamamaktadır. Tedavi edilmeyen depresif anneler bozuk evlilik ilişkileri, iş gücü kayıpları, çocuk istismarı, çocuğuna ilgisizlik gibi pek çok sorunu yaşamaktadır. DSD'nun prevalansını belirlemek amacıyla yapılan araştırmaların bazılarının depresyonun tanınması değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması birbirinden farklı prevalans değerlerinin (%5.5-%45.0) elde edilmesine neden olmuştur<sup>(16-20)</sup>. Türkiye'de bu konuda yapılan bazı çalışmalarda DSD prevalansı %14.0-%40.4 arasında bulunmuştur<sup>(21-24)</sup>. Çalışmada saptanan %23.1'lik DSD prevalansı literatürde bildirilen sınırlar içerisinde yer almaktadır.

DSD gelişimine yakınlık yaratan risk faktörlerini bilmek, riskli kabul edilebilecek annelerin yakından izlenmesiyle erken tanı ve sağaltım girişimlerinde önem taşıdığı gibi hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Risk etmenlerine ilişkin olarak üzerinde en çok çalışılmış konulardan birisi sosyal destek kavramıdır.

Özellikle eşlerden yeterli destek alamayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, iyi bir sosyal desteğin bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir<sup>(19, 25-27)</sup>. Çalışmada DSD olanlarla olmayanlar arasında eş ya da diğer yakınlarından destek alma açısından bir fark bulunmazken, depresif grupta evlilik ilişkisini orta/kötü olarak tarif edenler depresif olmayan gruba göre 2.9 kat daha fazla bulunmuştur. Yine depresyonu olanlarda sosyal güvenceye sahip olmama durumu depresyonu olmayanlara göre 2.1 kat daha fazla olarak saptanmıştır.

Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olanların DSD için daha fazla risk taşıdıkları ve daha önce depresyon geçirmiş olma ve birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü önemli risk etmenleri olarak tanımlanırken<sup>(28)</sup> aksi yönde bulgular da vardır<sup>(29,30)</sup>. Çalışmada depresyonu olanlarda depresyonu olmayanlara göre ruhsal sorun öyküsü 4.8 kat, ailesinde ruhsal sorun bulunma öyküsü de 2.8 kat daha fazla bulunmuştur. Lojistik regresyon modelinde annenin kendisinde ruhsal sorun öyküsünün olması DSD için risk faktörü olarak saptanırken, aile öyküsünün risk faktörü olmadığı bulunmuştur.

Literatürde doğum biçiminin depresyonda etkili olmadığı bildirilmekle birlikte, aksi yönde veriler de vardır<sup>(31,32)</sup>. Çalışmada DSD olanlarda normal vajinal yolla doğum yapmış olma depresyonu olmayanlara göre 2.2 kat daha fazla bulunurken, lojistik regresyon modelinde de vajinal yolla doğum yapmış olma DSD için bir risk faktörü olarak saptanmıştır.

Eğitim düzeyi daha iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları, eğitim düzeyi daha iyi olan eşlerin daha destekleyici oldukları, gebelik ve doğum komplikasyonlarının sıkıntı ve keder duygularının uzamasına katkıda bulunabileceği bildirilmektedir<sup>(33)</sup>. Çalışmada anneler ve eşlerinin eğitim düzeyleri lise altı ve lise ve üstü olarak sınıflandırılıp değerlendirilmiş, annelerin eğitim düzeyleri arasında fark bulunmazken, depresyonlu annelerin eşlerinde lise altı eğitim düzeyine sahip olma depresyonsuz annelerin eşlerine göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. DSD'lu annelerle depresyonsuz anneler arasında gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma açısından fark saptanmazken lojistik regresyon modelinde gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Planlanmamış gebelik, düşük, küretaj gibi jinekolojik sorunlar DSD'na yakınlığı arttırabilirken<sup>(34-36)</sup>, ilk

doğumunu yapanlarda DSD riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir<sup>(31)</sup>. Prematür doğumlarda<sup>(29)</sup> ve doğumdan sonra bebeklerini emzirmeyenlerde<sup>(32,34,35)</sup> depresyon için riskin daha yüksek olduğuna ilişkin bulgular vardır. Çalışmada depresyonlu ve depresyonsuz anneler arasında planlanmamış gebelik, düşük, prematürite öyküsü, ilk doğumunu yapmış olma ve bebeklerini emzirme açısından fark bulunmamıştır.

## SONUÇ

Gerek belirtilerinin geç ortaya çıkması gerekse anneler tarafından sorunlarının dile getirilmemesi nedeniyle genellikle tanı konulamayan, dolayısıyla da tedavi edilemeyen DSD'nun, anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi için gebelikte ve doğum sonrası dönemde gebe ve loğusalari izleyen sağlık çalışanlarının hastalığın risk faktörleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmelerinin, DSD açısından risk taşıyan gebe ve loğusalarm ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından yakından ve daha uzun süre ile izlenmelerinin ve uygulaması kolay bir ölçek olan EDSDÖ ile değerlendirilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. O'Hara, M. Postpartum Depression. New York: Springer-Verlag; 1995.
2. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol 1995;173:639-45.
3. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 1993;163:27-31.
4. Susman JL. Postpartum depressive disorders. J Fam Pract 1996; 6(suppl):S17-24.
5. Kendall-Tackett, K.,& Kantor G. Postpartum depression. Newbury Park, CA:Sage; 1993.
6. Affonso, D. Postpartum depression: A nursing perspective on women's health and behaviours. Image 1992;24:215-21.
7. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Psychiatry and Medicine. In: Oxford Textbook Of Psychiatry, Third Edition, Oxford University Press, Oxford, New York, Melbourne,1996.
8. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. Current Opinion in Psychiatry 2000;13:635-38.
9. Gülseren L. Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(1):58-67.
10. Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. J Abnorm Psychol 1989;98: 274-97.
11. Weinberg MK, Tronick EZ. Maternal depression and infant maladjustment: a failure of mutual regulation. In: Nospitz JD, ed. Handbook of child and adolescent psychiatry. New York, NY: John Wiley& Sons, Inc, 1997:243-57.
12. Stowe ZN, Cohen LS, Hostetter A, Ritchie JC, Owens MJ, Nemeroff CB. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. Am J Psychiatry 2000;157:185-89.
13. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. Br J Gen Pract 1996;46:427-28.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R ve ark. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 1987; 150:782-86.
15. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, İzmir,1996(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi).
16. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and Postnatal Depression Among Low Income Brazilian Women. 1998 Jun;31(6):799-804.
17. Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum Anxiety and Depression: Onset and Comorbidity in a Community Sample. J Nerv Ment Dis 1998 Jul;186(7):420-4.
18. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk Factors and Predictive Signs of Postpartum Depression. J Affect Disord 1998 Jun;49(3):167-80.
19. Beck CT, Gable RK. Further Validation of the Postpartum Depression Screening Scale. Nursing Research (United States) 2001 May-Jun; 50(3):155-64.
20. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum Depression: Identification of Women at Risk. BJOG (England) 2000 Oct; 107(10):1210-7.
21. Danaci AE, Dinc G, Devenci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal Depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002 Mar;37(3):125-9.
22. Ekuklu G, Tokuc B, Eskiocak M, Berberoglu U, Saltik A. Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Bazı Etmenler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002, Kongre Kitabı; (2):834-9.
23. Turkistanli EC, Pektas I, Dikici I.İzmir İli Bornova İlcesinde Dogum Yapmis Kadınların Dogum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2002,Kongre Kitabı;(2):858-61.
24. Dunder PE. Yari-kentsel Bir Bolgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

- 2002, Kongre Kitabı;(2): 862- 65.
25. Fisch RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant YZ. Postnatal Depression: A Prospective of Its Prevalence, Incidence and Psychosocial Determinants in an Israeli Sample. *J Obstet Gynaecol Res*, 1997; 23: 547- 54.
26. Beck CT. A Meta-analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research (United States)* 1996 Sep-Oct; 45(5): 297-303.
27. Glasser S, Barell V, Boyko V, et al. Postpartum Depression in an Israeli Cohort: Demographic, Psychosocial and Medical Risk Factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol(England)* 2000 Jun; 21(2): 99-108.
28. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnorm Psychol*, 1991; 100 (1): 63-73.
29. Kumar R, Robson KM. A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry*, 1984; 144: 35-47.
30. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: Life Events or Start of a Long-term Difficulty? Further Data From the Stoke-on-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry*, 1995; 166: 595-600.
31. Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. Baskı, Cilt I, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed.), Baltimore, Williams&Wilkins,1995: 1059-66.
32. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links Between Early Postpartum Mood and Post-natal Depression. *Br J Psychiatry*, 1992; 160: 777-80.
33. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-time Mothers., *J Abnorm Psychol*. 1991; 100: 594-99.
34. McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, Persistence and Correlates of Depressive Symptoms in a National Samples of Mothers of Toddlers. *J Am Acad Child&Adolescent Psychiatry*, 2001; 40: 1316-23.
35. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*, 1996 May; 168(5): 607-11.
36. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted Childbearing, Health, and Mother-child Relationships. *J Health Soc Behav*, 1999 Sep; 40(3): 231-57.