ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ»

ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΛΥΓΟΥΡΑ

Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΞΗΡΟΜΕΡΙΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ , Ψυχίατρος ,Επιβλέπων Καθηγητής

ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ , Καθηγήτρια Γενικού Τμήματος Λάρισας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ,Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΘΩΜΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ , Ψυχίατρος ,Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

Depression during pregnancy - before delivery

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Περιεχόμενα **Σελ.**

Πρόλογος …….. 4

Ευχαριστίες …….. 5

Περίληψη …… 6

Abstract ..…….. 7

Εισαγωγή …….. 8

Γενικό Μέρος …….. 9

Κεφάλαιο 1. Κατάθλιψη-γενικά στοιχεία …….. 10

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία …… 10

1.2 Οικονομική διάσταση του προβλήματος …… 11

Κεφάλαιο 2. Προγεννητική και περιγεννητική κατάθλιψη …… 13

2.1 Κατάθλιψη και αγχώδης διαταραχή ……... 13

2.2 Προγεννητική κατάθλιψη …….. 15

2.3 Περιγεννητική κατάθλιψη …….. 17

Κεφάλαιο 3. Η επίδραση μείζονων γεγονότων στην εκδήλωση κατάθλιψης …… 21

Κεφάλαιο 4. Παράγοντες κινδύνου και ανίχνευση της κατάθλιψης …….. 26

Κεφάλαιο 5. Αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης …… 28

5.1 Ψυχολογικές παρεμβάσεις …… 28

Ειδικό Μέρος …….. 30

1.1 Ερευνητικό πρόβλημα – Ερευνητικός σκοπός ……... 31

1.2 Πληθυσμός υπό μελέτη …….. 31

1.3 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη – Ερευνητικές Υποθέσεις …….. 32

Αποτελέσματα …… 36

1.4 Περιγραφική Ανάλυση Αποτελεσμάτων …… 36

1.4.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος …….. 36

1.4.2 Αποτελέσματα Διαγνωστικών Εργαλείων/Ερωτηματολογίων ……... 40

1.4.3 Αποτελέσματα εκτίμησης του Άγχους του δείγματος με την κλίμακα STAI …… 44

1.4.4 Αποτελέσματα SCL-90R για τη γενική ψυχοπαθολογία του συνολικού δείγματος …... 47

2.Συζήτηση …….. 54

2.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από την βιβλιογραφία ….. 54

2.2 Περιορισμοί έρευνας …….. 57

2.3 Προτάσεις για βελτίωση – μελλοντική έρευνα …….. 58

Συμπεράσματα …… 60

Βιβλιογραφία …….. 61

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Πρόλογος

Η αναπαραγωγική ηλικία είναι μια περίοδος της ζωής, στην οποία οι γυναίκες είναι ευάλωτες στην επίδραση των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης, όπως η επίμονη θλίψη και τα συναισθήματα ενοχής. Κατά τη διάρκεια και στο διάστημα πριν και μετά την εγκυμοσύνη, όπως θα δούμε στη συνέχεια, τα ποσοστά επιπολασμού αυτών των συμπτωμάτων καθιστούν τη διερεύνησή τους αναγκαία.

Οι σωματικές και ορμονικές αλλαγές της εγκυμοσύνης διασφαλίζουν ότι το νεογνό θα αναπτυχθεί σωστά αλλά και ότι η μητέρα θα βρίσκεται σε μια όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχοσωματική ισορροπία. Κανονικά επίσης πρέπει να εξελιχθούν όλα τα στάδια σωματικών και συναισθηματικών αλλαγών της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια, ο τοκετός, η γέννηση και ο θηλασμός. Η προγεννητική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα υποστηρίζουν τις εγκύους σε όλη τη διάρκεια αυτής της καθοριστικής εμπειρίας, αλλά και πάλι, υπάρχουν περιπτώσεις οι οποίες διαφεύγουν της προσοχής ή είναι πολύ πιο σοβαρές και επιμένουν σε βάθος χρόνου.

Υπάρχουν προγεννητικά συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης, που είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων και μετά τον τοκετό, ο οποίος με τη σειρά του έχει συσχετιστεί με έναν ανολοκλήρωτο δεσμό μεταξύ μητέρας και παιδιού. Ακόμη, οι έρευνες που παρατίθενται πιο κάτω δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και διαφόρων προβλημάτων, όπως ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού, καθώς και συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών προβλημάτων αργότερα, κατά την παιδική ηλικία. Είναι προφανές ότι, με τόσες συνέπειες σε βάθος χρόνου, καλό είναι να συνεχιστεί η έρευνα διεθνώς, ώστε να αυξηθούν οι γνώσεις για την έγκαιρη αναγνώριση αυτής της πάθησης και της καλύτερης αντιμετώπισής της.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής και κυρίως τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ξηρομερίτη Αθανάσιο, ο οποίος με βοήθησε να ολοκληρωθεί η εργασία.
Τον ευχαριστώ για όσα μου δίδαξε και για τις συμβουλές που με πρόσφερε.
Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου και τα παιδιά μου για την συμπαράσταση σε όλη αυτή την προσπάθεια.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Περίληψη

Κύριος σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η μέτρηση της κατάθλιψης μεταξύ εγκύων γυναικών και της ομάδας ελέγχου, αλλά και μεταξύ των εγκύων γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών και ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών, που βρίσκονται στη περιοχή της Θεσσαλίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν οι εγκυμονούσες γυναίκες σε ποσοστό 58,8% , έναντι ποσοστού των μη εγκύων γυναικών 41,2%. Η έρευνα διενεργήθηκε στο τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λάρισας. Η δειγματοληψία έγινε με τη μέθοδο απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής (non-probability sampling) και με τη χρήση των κλιμάκων Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI), STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) και SCL-90-R (για την εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας). Οι ηλικίες που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα είχαν ηλικία από 21 έως 50 ετών.

Πρέπει επίσης να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό συγκεκριμένα σοβαρά γεγονότα, τόσο παλαιότερα όσο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι επιπλοκές, το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης έκβασης και τα προγεννητικά επίπεδα άγχους ή συμπτωμάτων κατάθλιψης, συνδέονται μεταξύ τους και επομένως πρέπει να υπάρξει η ανάλογη φροντίδα για να περιοριστεί η επίδρασή τους στην ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης.

Συνακόλουθα, από το δείγμα των 102 γυναικών, διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 71% οι γυναίκες δεν έχουν κατάθλιψη, στο 14% πάσχουν από ελαφριά μορφή, στο 6% πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη και σε ποσοστό 11% από σοβαρή κατάθλιψη.

Τέλος, από τα αποτελέσματα προκύπτει μια αξιόλογη παρατήρηση, καθώς όταν λαμβάνονται υπόψη οι βαθμοί συνάφειας μεταξύ των ομάδων εγκύων και ελέγχου, παρατηρήθηκε ότι ο βαθμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη ομάδα ελέγχου είναι μεγαλύτερος.

Λέξεις-κλειδιά: προγεννητική αγχώδης διαταραχή και συμπτώματα κατάθλιψης, τοκετός, εκβάσεις νεογνών, γεγονότα ζωής.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Abstract

The main purpose of this work was to measure depression among pregnant women and the control group, but also among pregnant women younger than 34 and older than 35, located in the Thessaly area. The majority of participants were 58.8% of pregnant women, compared to 41.2% of non-pregnant women. The research was carried out in the Department of Prevention and Health Promotion, in the Department of Public Health of the Regional Unit of Larissa. Sampling was done by non-probability sampling and using the Beck Depression Inventory (BDI), STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) and SCL-90-R (for estimating general psychopathology). The respondent's ages ranged from 21 to 50 years.

It is also important to investigate to what extent specific serious events, both during and after pregnancy, the complications, the likelihood of an adverse outcome and the prenatal levels of anxiety or depression symptoms are linked and therefore appropriate care should be taken to limit their impact on the development of anxiety and depression disorders.

Consequently, in a sample of 102 women was found that 71% of women had no depression, 14% had mild depression, 6% had mild depression, and 11% had severe depression.

Finally, the results led to a remarkable observation, since when considering the degrees of relevance between the pregnant and control groups, it was observed that the degree of depressive symptoms in the control group was greater.

Keywords: antenatal anxiety and depression symptoms; delivery; neonatal outcomes; life events

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Εισαγωγή

Οι σωματικές και συναισθηματικές μεταβολές της εγκυμοσύνης δεν είναι απλώς ατυχείς παρενέργειες των μεταβαλλόμενων ορμονών και της διεύρυνσης της μήτρας. Πρόκειται για αλλαγές που βοηθούν τις γυναίκες να κάνουν τη μετάβαση ώστε να γίνουν μητέρες, όχι μόνο σωματικά, αλλά συναισθηματικά και ψυχολογικά. Η ορμονική «ενορχήστρωση» της εγκυμοσύνης είναι τόσο εξαίσια και σκόπιμη, όπως ο τοκετός, η γέννηση και ο θηλασμός. Τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης και η πολύπλοκη αλληλεπίδραση τόσο μεταξύ τους, όσο και με λιγότερο γνωστές ορμόνες, συμβάλλουν στην αυξημένη ευαισθησία και συναισθηματική φόρτιση της εγκυμοσύνης, την τάση να φοβούνται και την αυξημένη ανησυχία για την ασφάλεια της ίδιας και εκείνη του μωρού της. Αυτές οι αλλαγές ωθούν την έγκυο γυναίκα να αναζητήσει μια ασφαλή πορεία για τον εαυτό της και το μωρό της, να ενισχύσει το δεσμό με το μωρό που μεγαλώνει και τελικά να την καθοδηγήσουν μέσα από αυτή τη σημαντική διαδικασία που δίνει όλο και περισσότερο από τον εαυτό της πρώτα κατά την εγκυμοσύνη, μετά στον τοκετό και τη γέννηση και τελικά κατά τον θηλασμό και τη φροντίδα του μωρού της (Lothian, 2008).

Σήμερα, η εγκυμοσύνη και η γέννηση αντιμετωπίζονται ως ιατρικά θέματα και όχι ως φυσιολογικά γεγονότα της ζωής. Οι γυναίκες αγοράζουν εμπορικά τεστ για τη διαπίστωση της εγκυμοσύνης στο σπίτι και, στη συνέχεια, επισκέπτονται με άγχος τον γιατρό για να επιβεβαιώσουν το γεγονός. Από την αρχή, η έγκυος επιβεβαιώνει ότι ο μαιευτήρας είναι ο εμπειρογνώμονας, ο οποίος πρέπει να συμβουλευτεί για να μάθει κάθε λεπτομέρεια για το τι συμβαίνει. Εξαιτίας αυτού, οι γυναίκες συνήθως ανησυχούν από την προηγούμενη επίσκεψη ως την επόμενη, ότι όλα είναι «εντάξει». Η αναμονή ενός υποτιθέμενου προβλήματος έχει γίνει το χαρακτηριστικό της σύγχρονης προγεννητικής φροντίδας. Οι ειδικοί υπερβάλλουν ως προς τους κινδύνους εγκυμοσύνης και γέννησης και αυξάνουν τους φόβους των γυναικών για τον εαυτό τους και τα μωρά τους. Η «αναμονή του προβλήματος» έχει οδηγήσει σε υπερβολική ανησυχία για την ασφάλεια, σε μια εγκυμοσύνη που χαρακτηρίζεται από «εντατική παρέμβαση», όπως και ο τοκετός και η γέννηση, και δεν αποτελεί έκπληξη η κλιμάκωση των ποσοστών εφαρμογής της καισαρικής τομής και, πιο πρόσφατα, η αύξηση της θνησιμότητας της μητέρας (Lothian, 2008).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Γενικό Μέρος

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Κεφάλαιο 1. Κατάθλιψη-γενικά στοιχεία

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η αναπαραγωγική ηλικία είναι μια περίοδος της ζωής, στην οποία οι γυναίκες είναι ευάλωτες στην επίδραση των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια αλλά και εκτός της διάρκειας της εγκυμοσύνης, τα ποσοστά επιπολασμού αυτών των συμπτωμάτων κυμαίνονται από 8 έως 15% (Lancaster et al., 2011). Τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης πριν τη γέννηση, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων μετά τον τοκετό (McDonald et al., 2012), ο οποίος με τη σειρά του έχει συσχετιστεί με επισφαλή στενή σχέση μεταξύ μητέρας-παιδιού. Επιπλέον, αυτά τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν συσχετιστεί με αρκετές αντίξοες εξελίξεις για το παιδί από μαιευτική άποψη, όπως πρόωρος τοκετός και χαμηλό βάρος γέννησης (Loomans et al., 2013), καθώς και συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Loomans et al., 2013).

Στις αναπτυγμένες χώρες, τα ποσοστά επιπολασμού για την κατάθλιψη κυμαίνονται σε ποσοστό από 7 έως 20% στην προγεννητική περίοδο και 10 έως 15% στην περίοδο μετά τον τοκετό. Το 12 έως 44% των γυναικών ανέφεραν υψηλά επίπεδα αντιληπτού άγχους και περίπου το 70% αντιμετώπιζαν αγχωτικά γεγονότα στη ζωή τους κατά το έτος πριν από τον τοκετό (Burns et al., 2015). Τα προβλήματα που έχουν προηγηθεί της κατάθλιψης μετά τον τοκετό στις ανεπτυγμένες χώρες, περιλαμβάνουν προγεννητική κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή, προηγούμενες ψυχικές ασθένειες, κακές συζυγικές σχέσεις, αγχωτικά γεγονότα ζωής, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Η κατάθλιψη και το στρες της μητέρας αποτελούν παράγοντες κινδύνου για να προκύψουν αρνητικές συνέπειες, όχι μόνο για τη μητέρα, αλλά και για τους απογόνους, στις οποίες περιλαμβάνονται υψηλότεροι κίνδυνοι για φλεγμονή, χαμηλότερο IQ και προβλήματα εξωτερίκευσης, όπως η επιθετική συμπεριφορά (Plant et al., 2016) (Chow et al., 2019).

Η προγεννητική κατάθλιψη είναι συνήθης, με αναφερόμενο επιπολασμό 11% (Howard et al., 2018) και σημειακό επιπολασμό έως 44% σε ορισμένους πληθυσμούς. Η προγεννητική κατάθλιψη συνδέεται με μια σειρά από ανεπιθύμητες εξελίξεις, που συμπεριλαμβάνουν τη συνέχεια της κατάθλιψης στη μεταγεννητική περίοδο, μειωμένα ποσοστά θηλασμού, αναπτυξιακή καθυστέρηση του νεογνού (Pedersen et al., 2010) και κοινωνικά/συναισθηματικά προβλήματα, που συμπεριλαμβάνουν την εμφάνιση κατάθλιψης στους απογόνους κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η εγκυμοσύνη φαίνεται ότι δεν προστατεύει από την ανάπτυξη κατάθλιψης ή υποτροπής στις γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης (Cohen et al., 2006; Ingram et al., 2019).

Η περιγεννητική κατάθλιψη είναι κοινή σε παγκόσμια κλίμακα, με το 11,9% των γυναικών να παρουσιάζουν περιγεννητική κατάθλιψη. Το μεγαλύτερο μέρος του προβλήματος (19,2% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, 18,7% μετά τον τοκετό) παρουσιάζεται στις χώρες χαμηλού και

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

μεσαίου εισοδήματος (low and middle-income countries-LMIC). Η κατάθλιψη της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό, έχει συνδεθεί με μια σειρά αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία του παιδιού και με παράγοντες της σχέσης μητέρας-παιδιού (Field, 2011). Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό έχει συσχετιστεί με μειωμένη γνωστική ανάπτυξη των βρεφών, κοινωνικο-συναισθηματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη. Αυτές οι επιρροές έχουν βρεθεί σε χώρες με υψηλό, μεσαίο και χαμηλό εισόδημα. Όσον αφορά την υγεία της μητέρας, οι μεγαλύτερες διάρκειες της κατάθλιψης χωρίς αγωγή, συνδέονται με χαμηλότερου επιπέδου κλινικές εκβάσεις για τη μητέρα και το παιδί, όπως οι μεγαλύτεροι χρόνοι απόκρισης στη θεραπεία και η υποτροπή, καθώς και υψηλότερα ποσοστά σωματικής ή πνευματικής ανικανότητας, που σχετίζεται με την κατάθλιψη (Pellowski et al., 2019).

1.2 Οικονομική διάσταση του προβλήματος

Στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, τα ποσοστά περιγεννητικής κατάθλιψης είναι αυξημένα σε σύγκριση με τα παγκόσμια επίπεδα. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί στη Νότιο Αφρική, έχουν διαπιστωθεί ποσοστά προγεννητικής κατάθλιψης μεταξύ 21 και 47% (van Heyningen et al., 2016) και ποσοστά μεταγεννητικής κατάθλιψης μεταξύ 31,7 και 50,3%, πολύ υψηλότερα από τα ποσοστά περιγεννητικής κατάθλιψης παγκοσμίως (Stellenberg and Abrahams, 2015). Οι εκτιμήσεις για τα ποσοστά κατάθλιψης στη Νότια Αφρική ενδέχεται να διαφέρουν για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένου του τύπου μέτρησης και της σχετικής εγκυρότητας (π.χ. κλίμακα συμπτωμάτων με αυτοαναφορά, έναντι κλινικής εκτίμησης), του χρονοδιαγράμματος μέτρησης (π.χ. μετρήσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έναντι των πρώτων μετά τον τοκετό ημερών/εβδομάδων, έως 18 μήνες μετά τον τοκετό) και του δείγματος πληθυσμού [π.χ. γενικές πληθυσμιακές ομάδες (κοόρτες) έναντι ειδικών πληθυσμών, όπως γυναίκες που είναι φορείς HIV] (Pellowski et al., 2019).

Ανεξαρτήτως του υψηλού επιπολασμού της περιγεννητικής κατάθλιψης, ειδικά εξαιτίας του περιβάλλοντος χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων, είναι επιτακτική η ανάγκη να είναι δυνατή η στόχευση των προσπαθειών παρέμβασης στην περιγεννητική κατάθλιψη σε LMIC, προς όσες γυναίκες είναι πιθανότερο να διατρέχουν κίνδυνο. Για τις γυναίκες που ζουν σε LMIC, εκτός της διάρκειας της εγκυμοσύνης, υπάρχει συχνά περιορισμένη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, επομένως και της παρακολούθησης της ψυχικής υγείας, ένα θέμα που υπογραμμίζει περισσότερο τη σημασία της κατανόησης της πορείας των συμπτωμάτων κατάθλιψης και των προγνωστικών παραγόντων αυτής της πορείας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, οι γυναίκες που ζουν σε LMIC έχουν συχνά το πρόσθετο βάρος των συνοσηροτήτων, όπως ο ιός HIV, και των παραγόντων του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζουν οι εγκυμονούσες, όπως υψηλά επίπεδα ανεργίας, η

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ανασφάλεια για την επάρκεια των τροφίμων και η έκθεση σε ψυχικό τραύμα ή βία, που μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης ή να αλλάξουν τα πρότυπα εκδήλωσης συμπτωμάτων στην πορεία του χρόνου. Ο κίνδυνος κατάθλιψης μπορεί να παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί επίσης να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή μετά τον τοκετό (Pellowski et al., 2019).

Δεδομένης της διαχρονικής φύσης της περιγεννητικής κατάθλιψης, η κατανόηση των μορφών κατάθλιψης κατά τη μετάβαση από την εγκυμοσύνη στην μετά τον τοκετό περίοδο και σε όλη τη διάρκειά της, είναι πρωταρχικής σημασίας.

Υπάρχουν αποτελεσματικές στρατηγικές για τη μείωση των συμπτωμάτων της μετά τον τοκετό κατάθλιψης, ωστόσο, για τη βελτιστοποίηση των περιορισμένων πόρων ψυχικής υγείας σε LMICs, είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι γυναίκες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης περιγεννητικής κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου, μέσω του προσδιορισμού των προγεννητικών προγνωστικών παραγόντων αυτών των συγκεκριμένων τροχιών που διαγράφει η περιγεννητική κατάθλιψη. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε περιβάλλοντα υψηλού εισοδήματος δεν βρέθηκαν συνεκτικοί προγνωστικούς παράγοντες για τους τύπους τροχιάς/πορείας που διαγράφει η κατάθλιψη (Baron et al., 2017), ωστόσο, οι μεταβλητές που εξετάζονται συνήθως περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, το εισόδημα, υποστήριξη από κοινωνικές δομές, την έκθεση σε άγχος, την αγχώδη διαταραχή, τη χρήση οινοπνευματωδών και καπνού και το ιστορικό άσκησης βίας στη μητέρα. Δεδομένων των διαφορών στα επίπεδα έκθεσης σε πολλές από αυτές τις μεταβλητές σε LMICs, σε σύγκριση με χώρες υψηλού εισοδήματος, είναι επιτακτική η ανάγκη εξέτασης αυτών των συσχετίσεων σε περιβάλλοντα με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες (Pellowski et al., 2019).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Κεφάλαιο 2. Προγεννητική και περιγεννητική κατάθλιψη

2.1 Κατάθλιψη και αγχώδης διαταραχή

Η αγχώδης διαταραχή και οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι οι συνηθέστερες παθήσεις ψυχικής υγείας και αποτελούν μεγάλη ανησυχία για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Μειώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και την ευημερία (Taylor et al., 2017).

Το χαρακτηριστικό της αγχώδους διαταραχής είναι η υπερβολική ανησυχία, ενώ στην κατάθλιψη υπάρχει έλλειψη ενέργειας, κινήτρων και θλίψη. Η κατάθλιψη, η οποία τυπικά χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων όπως η επίμονη θλίψη και τα συναισθήματα ενοχής, δεν είναι ασυνήθιστη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό (American Psychiatric Association, 2013). Και οι δύο διαταραχές προκαλούν σημαντικά σωματικά συμπτώματα. Στην αγχώδη διαταραχή, η ευερεθιστότητα, τα προβλήματα συγκέντρωσης και η διέγερση είναι κοινά, ενώ στην κατάθλιψη, η κόπωση, η έλλειψη συγκέντρωσης, ύπνου και όρεξης, περιλαμβάνονται στον ορισμό για τη διάγνωση (Peres et al., 2017).

Το πιο ανησυχητικό είναι ότι η ρουτίνα και οι υπερβολικοί περιορισμοί που οφείλονται στον τρόπο ζωής, συμβάλλουν στην κλιμάκωση των κανονικών, φυσικών φόβων των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στη μείωση της εμπιστοσύνης των γυναικών στην εγγενή τους ικανότητα να μεγαλώσουν και να θρέψουν τα αναπτυσσόμενα μωρά τους (Lothian, 2008).

Αποδεικτικά στοιχεία που συγκεντρώνονται από πολλές αναλύσεις, αποκαλύπτουν ότι η κατάθλιψη και ορισμένες μορφές αγχώδους διαταραχής (π.χ. κοινωνική, διαταραχή μετατραυματικού στρες) συνδέονται με ανώμαλη λειτουργία του συστήματος θετικών συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένης της περιορισμένης θετικής εκδήλωσης στοργής, των περιορισμένων κινήτρων και της συμπεριφοράς για προσέγγιση άλλων ανθρώπων, της προκατάληψης στην επεξεργασία διεργασιών σχετικών με την ανταμοιβή και με μειωμένη συμπεριφορική και νευρωνική αντίδραση προς τις ανταμοιβές (Taylor et al., 2017).

Η αγχώδης διαταραχή συχνά προηγείται προσωρινά της κατάθλιψης και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για τη μελλοντική κατάθλιψη τόσο σε διαμήκη, όσο και σε καθημερινή μορφή. Οι περισσότερες αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται στην παιδική ηλικία, ενώ τα ποσοστά συνοσηρότητας αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης αυξάνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας και των πρώτων ετών της ενηλικίωσης (Li et al., 2018).

Υπάρχουν σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία που δείχνουν ότι τα προβλήματα ύπνου μπορεί να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο τόσο στην κατάθλιψη, όσο και στην αγχώδη διαταραχή. Οι διαταραχές του ύπνου παρουσιάζονται σε υψηλά ποσοστά σε άτομα με αγχώδης διαταραχή και καταθλιπτικές διαταραχές, τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά (Li et al., 2018).

Η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή της μητέρας συνδέονται με δυσμενείς περιγεννητικές εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου να μην υπάρχει ανταπόκριση στην

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ιατρική φροντίδα, της κακής διατροφής (ανεπαρκής ή το αντίθετο, υπερβολική αύξηση βάρους κατά την κύηση), της απώλειας προσωπικών ψυχικών και οικονομικών πηγών, της έντασης της συνήθειας του καπνίσματος και κατάχρησης ουσιών με τους κινδύνους που συνεπάγονται. Λόγω του επιπολασμού της περιγεννητικής αγχώδους διαταραχής και διαταραχών της διάθεσης και των πιθανών επιπτώσεων τόσο στην υγεία της μητέρας όσο και του παιδιού, η βελτίωση της φροντίδας της ψυχικής υγείας της μητέρας αποτελεί σημαντικό ζήτημα ασφάλειας της ασθενούς. Παρόμοια με την κατάθλιψη, η περιγεννητική αγχώδης διαταραχή συνδέεται με αντίξοες εκβάσεις για την εγκυμοσύνη και το νεογνό και με ανασφάλεια στον δεσμό μεταξύ μητέρων και νεογέννητων. Αποτελεί και ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της περιγεννητικής κατάθλιψης. Εξήντα τοις εκατό των γυναικών με περιγεννητική κατάθλιψη έχουν προϋπάρχουσες συννοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές. Από αυτές, σε ποσοστό περισσότερο από το 80%, είναι αγχώδεις διαταραχές (Kendig et al., 2019).

Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση έδειξε την ετερογενή φύση του τρόπου που εξελίσσεται η περιγεννητική κατάθλιψη (Santos et al., 2017), βρίσκοντας μια ουσιαστική μεταβλητότητα στη σοβαρότητα (χαμηλή, μέση ή υψηλή), τη σταθερότητα (σταθερή, αύξηση, μείωση) και τον χρονισμό (προγεννητικά ή μετά τον τοκετό) αυτών των μοτίβων. Σε περιγραφικό επίπεδο, αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί υποδηλώνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην εγκυμοσύνη μειώνονται έως 6 μήνες μετά τον τοκετό, περίπου, και στη συνέχεια αυξάνονται ξανά. Ωστόσο, αυτό το πρότυπο διαφέρει μεταξύ των μελετών και δεν είναι σαφές εάν αυτό το περιγραφικό μοτίβο τηρείται σε διαφορετικές τάξεις σοβαρότητα. (Chow et al., 2019).

Η έρευνα για την ψυχική ευημερία της μητέρας έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό στα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ άλλοι δείκτες ψυχικής υγείας, όπως το άγχος όπως το αντιλαμβάνεται η ίδια, έχουν μελετηθεί λιγότερο συχνά. Επίσης, δεν είναι γνωστό το πώς αλληλεπιδρούν οι τροχιές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του αντιληπτού άγχους, που σχετίζονται με την ψυχική υγεία (Biaggi et al., 2016; Santos et al., 2017). Αυτά τα κενά στη βιβλιογραφία θέτουν προκλήσεις στον εντοπισμό των διαστημάτων μεγαλύτερης ευπάθειας και των χαρακτηριστικών των μητέρων που είναι περισσότερο επιρρεπείς στην περιγεννητική κατάθλιψη και το άγχος (Chow et al., 2019).

Σύμφωνα με συγχρονικές μελέτες (ή επιπολασμού), γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης ή χαμηλότερο εισόδημα ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλές βαθμολογίες τόσο για συμπτώματα κατάθλιψης, όσο και για αντιληπτό άγχος κατά την περιγεννητική περίοδο. Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα αντιληπτού άγχους (δηλαδή επίμονο) συσχετίστηκαν σημαντικά με την επίμονη, προγεννητική ή μετά τον τοκετό κατάθλιψη, επισημαίνοντας την ταυτόχρονη συννοσηρότητά τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι γυναίκες με αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης πριν τον τοκετό, διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο υψηλότερου άγχους μέχρι και 2 χρόνια μετά από αυτόν. Σ' αυτό το εύρημα αξίζει να δοθεί προσοχή, δεδομένου ότι έρευνες που έχουν ήδη διεξαχθεί, έχουν

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

επιβεβαιώσει τον ισχυρό ρόλο του άγχους ως παράγοντα που επισπεύδει τα υποτροπιάζοντα ή επίμονα καταθλιπτικά επεισόδια (Santos et al., 2017; Mora et al., 2009).

2.2 Προγεννητική κατάθλιψη

Σε μελέτη πληθυσμιακής ομάδας (κοόρτης) από τους Rejnö et al. (2019), με περισσότερες από ένα εκατομμύριο γεννήσεις στη Σουηδία, στην οποία συμμετείχαν 661.956 γυναίκες κατά τα έτη 2001 έως 2013, διαπιστώθηκε ότι η προγεννητική αγχώδης διαταραχή ή κατάθλιψη της μητέρας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης δυσμενών εξελίξεων, όπως η προεκλαμψία ή η εκλαμψία, η επείγουσα καισαρική τομή, η μικρότερη από την αναμενόμενη ηλικία και το χαμηλό βάρος του βρέφους κατά την γέννηση, ή και το αντίθετο, το μεγάλο βάρος ως προς την ηλικία κύησης. Η αξιοπιστία των εκτιμήσεων σε αναλύσεις εξαδέλφων και αδελφών, σε σύγκριση με την πλήρη ανάλυση κοόρτης, δείχνει ότι οι συσχετίσεις δεν συγχέονται με γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες που εντοπίζονται στα μέλη της κάθε οικογένειας (Rejnö et al., 2019).

Βρέθηκε πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση της προγεννητικής αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης της μητέρας στον κίνδυνο να επιλεγεί η πραγματοποίηση καισαρικής τομής. Βρέθηκε επίσης ότι και το άσθμα αυξάνει αυτό τον κίνδυνο. Ωστόσο, όταν η μητέρα έχει άσθμα, αυτό δεν προσθέτει σημαντικές αλληλεπιδράσεις με την προγεννητική αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη. Η γενική έλλειψη τόσο της πρόσθετης, όσο και της πολλαπλασιαστικής αλληλεπίδρασης αν εξαιρεθεί η καισαρική τομή, προκαλεί εντύπωση, αλλά μπορεί να εξηγηθεί από τον υψηλό βαθμό συννοσηρότητας αυτών των ασθενειών (Leander et al., 2014) και επιβεβαιώνει ότι είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν ασθένειες όπως το άσθμα, που ασκούν οι ίδιες ψυχολογική πίεση, όσο και τα θέματα ψυχικής υγείας, σε έγκυες γυναίκες (Rejnö et al., 2019).

Μελέτες που έχουν προηγηθεί, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης και υπερτασικών διαταραχών κατά την εγκυμοσύνη, με παρόμοια αποτελέσματα, όπως αυτά στη μελέτη των Rejnö et al. (2019). Σε μια αναδρομική μελέτη με τη συμμετοχή 22.825 γυναικών, η επείγουσα καισαρική τομή αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με άγχος ή κατάθλιψη. Η ηλικία κύησης και το βάρος κατά την γέννηση, σε συνδυασμό με την αγχώδη διαταραχή ή την κατάθλιψη, έχουν επίσης αξιολογηθεί σε προηγούμενες έρευνες και τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν επιδράσεις, δηλ. αυτές που μόλις αναφέρθηκαν, ή και περισσότερες ακόμη (Pesonen et al., 2016). Χρησιμοποιώντας ένα άλλο τύπο ερευνητικού σχεδίου, οι Viktorin et al. (2016) και Sujan et al. (2017) συνέκριναν την κατάληξη της κύησης μητέρων που δεν ακολουθούσαν την αγωγή με SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors - εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης) και άλλες αντικαταθλιπτικές φαρμακευτικές αγωγές κατά τη διάρκεια δύο κυήσεων και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση σε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή ενδέχεται

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

να σχετίζεται αιτιωδώς με τον πρόωρο τοκετό. Στις αναλύσεις τους, οι Rejnö et al. (2019) επέκτειναν αυτό το στοιχείο σε επιπλέον διαγνώσεις και φάρμακα, και με παρόμοιο τρόπο προσαρμοσμένο για οικογενειακούς συγχυτικούς παράγοντες. Διαπίστωσαν μια συσχέτιση με το χαμηλό βάρος γέννησης τόσο στην πλήρη κοόρτη, όσο και στις υποομάδες εξαδέλφων και αδελφών, όμως δε βρήκαν κάποια συσχέτιση με το νεογνό που είναι μικρό σε μέγεθος για την ηλικία κύησης, διαπίστωση η οποία είναι παρόμοια με αυτή των Sujan et al. (2017).

Όταν διερευνάται η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την ιδιοσυγκρασία, αναφέρεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της κατάθλιψης και της έντασης της αποφυγής ψυχικής και σωματικής βλάβης (HA). Η HA είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και μια έννοια που αποτελείται από τους ακόλουθους τέσσερις παράγοντες: προληπτική ανησυχία, φόβος απέναντι στην αβεβαιότητα, συστολή απέναντι σε αγνώστους, τάση για κόπωση και μια φύση σωματικής αδυναμίας και ροπής στην ασθένεια. Οι Andriola et al. (2011) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ HA και καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο σε 65 έγκυες γυναίκες και διαπίστωσαν ότι η υψηλή ένταση της HA ήταν προγνωστικός παράγοντας της προγεννητικής κατάθλιψης. Σε μελέτη 601 εγκύων γυναικών στην Ιαπωνία, οι Minatani et al. (2013) ανέφεραν ότι η σοβαρότητα των προγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων προέβλεπε αρνητική ανταπόκριση στην τρέχουσα εγκυμοσύνη, χαμηλή αυτο- κατεύθυνση, υψηλή ένταση της HA, επιμονή και αυτο-υπέρβαση και υπεροχή. Ανέφερεται επίσης ότι η HA ήταν υψηλότερη στις γυναίκες με PND. Με βάση τα αποτελέσματα μιας μετα-ανάλυσης των προγνωστικών παραγόντων της PND, το ιστορικό μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (major depressive disorder-MDD) αναφέρθηκε ως παράγοντας κινδύνου. Έχει επίσης αναφερθεί ότι ένας συσσωρευμένος αριθμός καταθλιπτικών επεισοδίων μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της HA. Ωστόσο, οι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ περιγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, HA και ιστορικού MDD δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς (Kubota et al., 2019).

Σε καταθλιπτική κατάσταση, το ποσοστό συμπεριφοράς αποφυγής περιβαλλόντων με αποτρεπτικά χαρακτηριστικά, είναι υψηλό. Τα τελευταία χρόνια έχει αναφερθεί ότι η συμπεριφορά αποφυγής οδηγεί στην κατάθλιψη (Jacobson and Newman, 2014). Από αυτή την άποψη, η συμπεριφορική ενεργοποίηση έχει πρόσφατα υιοθετηθεί στην ψυχοθεραπεία (Kubota et al., 2019).

Εάν η ένταση της προγεννητικής HA επηρεάζει τον επιπολασμό των μεταγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, οι προσεγγίσεις της ψυχολογίας για την HA σε έγκυες γυναίκες θα ήταν χρήσιμες για την πρόληψη της PND. Παράλληλα, εάν ο επιπολασμός των προγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων επηρεάζει την ένταση της μεταγεννητικής HA, οι εξετάσεις για την ανίχνευση προγεννητικής κατάθλιψης θα είχαν μεγάλη αξία, γιατί θα είχαν ως επακόλουθο την έγκαιρη θεραπεία. Επιπλέον, ένα ιστορικό MDD ενδέχεται να επηρεάσει την ένταση των περιγεννητικών HA και των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Kubota et al., 2019).

Στην προοπτική μελέτη των Kubota et al., (2019) έγινε παρακολούθηση 338 συμμετεχόντων γυναικών και διευκρινίστηκαν οι ακόλουθες τρεις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ περιγεννητικών

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ΗΑ και ιστορικού MDD: πρώτον, ένα ιστορικό MDD αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της προγεννητικής σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της προγεννητικής έντασης της ΗΑ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεύτερον, η ένταση της προγεννητικής ΗΑ αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της σοβαρότητας των μεταγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της έντασης της μεταγεννητικής ΗΑ. Τρίτον, η σοβαρότητα των προγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα μεταγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά όχι της έντασης της μεταγεννητικής ΗΑ (Kubota et al., 2019).

Από προηγούμενα αποτελέσματα της μελέτης των Kubota et al., (2019) η οποία συνεχίζεται, οι Furumura et al. (2012) υποθέτουν ότι η ένταση της ΗΑ μπορεί να εξαρτάται από την κατάσταση. Ωστόσο, σύμφωνα με τα τρέχοντα αποτελέσματα των Kubota et al., (2019), η ένταση της προγεννητικής ΗΑ προέβλεψε τη σοβαρότητα των μεταγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων (SPC=0,13). Ένας πιθανός λόγος για τη μεθοδολογική διαφορά μεταξύ των προηγούμενων και των τρεχουσών μελετών, είναι ότι οι συμμετέχουσες στην προηγούμενη μελέτη περιορίστηκαν σε υγιείς προγεννητικά γυναίκες (Furumura et al., 2012).

Παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των εγκύων γυναικών με και χωρίς ιστορικό MDD για τις ακόλουθες μεταβλητές: ΗΑ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνολική βαθμολογία EPDS κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ΗΑ 1 μήνα μετά τη γέννηση και συνολική βαθμολογία EPDS 1 μήνα μετά τη γέννηση. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι ένα ιστορικό MDD μπορεί να προβλέψει τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την ένταση της ΗΑ κατά την περιγεννητική περίοδο. Για να αποφευχθεί η PND, η ψυχολογική φροντίδα από τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι σημαντική για γυναίκες με ιστορικό MDD (Kubota et al., 2019).

Τα αποτελέσματα των Kubota et al., (2019) υποδεικνύουν ότι η έγκαιρη παρέμβαση είναι σημαντική για την πρόληψη της PND σε έγκυες γυναίκες με ιστορικό MDD. Προκειμένου να αποφευχθεί η PND, ίσως είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί η ιδιοσυγκρασία της γυναίκας πριν από τον τοκετό, καθώς η σοβαρότητα της ΗΑ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για την PND (Kubota et al., 2019).

2.3 Περιγεννητική κατάθλιψη

Η περιγεννητική κατάθλιψη δεν είναι μόνο μια από τις κυριότερες αιτία που επιβαρύνουν με νόσο τις γυναίκες και τις οικογένειές τους (Hahn-Holbrook et al., 2018), αλλά έχει επίσης συσχετιστεί με αρνητικές επιπτώσεις στο έμβρυο, στο βρέφος και στο παιδί σε πολύ μικρή ηλικία (Eastwood et al., 2017). Η κλινική διάγνωση της περιγεννητικής κατάθλιψης τίθεται όταν συμπτώματα διάθεσης που χαρακτηρίζουν τη μείζονα κατάθλιψη συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή στη διάρκεια των 4 εβδομάδων που ακολουθούν τον τοκετό. Μελέτες έχουν δείξει

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ότι μια γυναίκα διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εισαχθεί σε ψυχιατρική μέσα στον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, από οποιαδήποτε άλλη στιγμή στη ζωή της. Παρ' όλα αυτά, συνιστάται η επέκταση των διαγνωστικών κριτηρίων από διάρκεια 1 μήνα σε 6 μήνες μετά τον τοκετό, καθώς ολόκληρη αυτή η περίοδος είναι χρόνος υψηλού κινδύνου για κατάθλιψη (Cepeda et al., 2019).

Ο επιπολασμός της περιγεννητικής κατάθλιψης κυμαίνεται από 6,0 έως 20% των κυήσεων, ανάλογα με τον τρόπο διάγνωσης, τον πληθυσμό, τη χώρα ή το έτος. Στις ΗΠΑ, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDCs) εκτιμούν ότι το 2012, το 10% των γυναικών που είχαν γέννηση ζώντος νεογνού, παρουσίασαν περιγεννητική κατάθλιψη, ποσοστό το οποίο είναι χαμηλότερο από το 14% που εκτιμήθηκε το 2004 (Cepeda et al., 2019). Οι ερευνητές των CDCs θεώρησαν ότι η καλύτερη αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για κατάθλιψη και η βελτιωμένη θεραπεία πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να συνέβαλε στην πτώση του ποσοστού (Ko et al., 2017).

Σε αντίθεση με τον αριθμό των αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τον επιπολασμό της περιγεννητικής κατάθλιψης, δεν υπάρχουν αρκετά αποδεικτικά στοιχεία για το πόσο συχνά η περιγεννητική κατάθλιψη δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική θεραπεία και γίνεται ανθεκτική. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη (TRD) [11, 12], που κυμαίνονται από το να μην ανταποκρίνεται σε μία μόνο θεραπεία, έως και να μην ανταποκρίνεται σε διαδοχικές θεραπείες. Σε πρόσφατη βιβλιογραφική έρευνα διαπιστώθηκε ότι ο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενος χαρακτηρισμός της κατάθλιψης ως TRD, σε άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σημαίνει ότι έχουν συμβεί τουλάχιστον δύο προηγούμενες αποτυχίες θεραπείας, επαρκούς δόσης και διάρκειας. Η αποτυχία της θεραπείας δεν περιλαμβάνει ανεπιθύμητα συμβάματα. Στην κλινική δοκιμή του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ για τη θεραπεία της κατάθλιψης (STAR*D) υποστηρίζεται αυτός ο ορισμός, καθώς τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αντίσταση στη θεραπεία αυξήθηκε σημαντικά μετά την αποτυχία 2 θεραπευτικών αγωγών με επαρκή δόση και διάρκεια, όπως αναφέρθηκε. Μια δημογραφική μελέτη βασισμένη σε βάσεις δεδομένων για την υγειονομική περίθαλψη, διαπίστωσε ότι σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα κατάθλιψη, το 10% εμφάνισε TRD στη διάρκεια ενός χρόνους. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό πόσο συχνά διαγιγνώσκεται η TRD σε γυναίκες με περιγεννητική κατάθλιψη. Γι' αυτό οι προσπάθησαν στη μελέτη τους να προσδιορίσουν τη συχνότητα εμφάνισης της TRD σε γυναίκες με περιγγενητική κατάθλιψη, ανάλογα με το αν είχαν ή δεν είχαν ιστορικό κατάθλιψης πριν από την εγκυμοσύνη (Cepeda et al., 2019).

Το ιστορικό κατάθλιψης έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη περιγεννητικής κατάθλιψης. Η διακοπή της θεραπείας κατά της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οδηγεί σε υποτροπή της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια αυτή, συχνότερα από ό,τι σε γυναίκες που τηρούν τη φαρμακευτική αγωγή (Cohen et al., 2006). Οι Cepeda et al. (2019) διαπιστώνουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης TRD ήταν υψηλότερος στις γυναίκες με ιστορικό

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

κατάθλιψης, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ιστορικό κατάθλιψης, οπότε αυτό μπορεί επίσης να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη TRD.

Επίσης, οι Cepeda et al. (2019) διαπιστώνουν ότι οι γυναίκες που συνέχισαν να αναπτύσσουν TRD υπέφεραν συχνότερα από διαταραχές εξαιτίας χρήσης ουσιών, ψυχιατρικές παθήσεων, αϋπνίας και πόνο, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν εμφανίζουν TRD. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου βρίσκονται σε πλήρη συμφωνία με τους παράγοντες κινδύνου για τον γενικό πληθυσμό με TRD (Cepeda et al., 2018). Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρξουν διαφορετικοί τύποι περιγεννητικής κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης μιας κατά την οποία το άγχος είναι ένα κυρίαρχο σύμπτωμα. Αυτοί οι διαφορετικοί τύποι περιγεννητικής κατάθλιψης, θα μπορούσαν να ανταποκριθούν διαφορετικά στις θεραπείες (Putnam et al., 2017). Τα ευρήματα της μελέτης των Cepeda et al. (2019) δείχνουν ότι όταν το άγχος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα στην περιγεννητική κατάθλιψη, το οποίο ισχύει παρόμοια και στην κατάθλιψη που καταγράφεται στον γενικό πληθυσμό, φαίνεται ότι αυτή είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί (Ionescu et al., 2014).

Η έναρξη της εγκυμοσύνης μπορεί προσωρινά να μεταβάλει την ορμονική ισορροπία στις γυναίκες και τις προδιαθέτει σε μια διαφορετική μορφή συναισθηματικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι μία από τις ιατρικές και ψυχικές παθήσεις που καταγράφονται κατά την εγκυμοσύνη. Η κατάθλιψη της μητέρας θεωρείται συχνά ως προβλεπτικός παράγοντας αυξημένης συχνότητας εμφάνισης πρόωρων γεννήσεων, αποβολών, καθυστερημένης εμβρυϊκής ανάπτυξης που μπορεί να εκδηλωθεί ως χαμηλό βάρος γέννησης και πολλών άλλων προβλημάτων. Η κατάθλιψη μπορεί να συμβεί κατά το πρώτο, δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και μπορεί να μετρηθεί χρησιμοποιώντας διαφορετικά επιστημονικά μέσα. Επιπλέον, αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Eke et al., 2016) και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι οι διαθέσιμες θεραπείες για καταθλιπτικές διαταραχές, σε προγεννητικά και μεταγεννητικά στάδια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι η χρήση αντικαταθλιπτικού συνδέεται με καρδιακές δυσλειτουργίες και επηρεάζει την ανταπόκριση στη θεραπεία, ειδικά στις περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης (Okagbue et al., 2019).

Φαίνεται ότι οι περισσότερες διαθέσιμες έρευνες που έγιναν για την κατάθλιψη, επικεντρώνονται στην κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Στην επισκόπηση των Okagbue et al. (2019) παρουσιάζονται αποδεικτικά στοιχεία για τον επιπολασμό της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των τριμήνων της εγκυμοσύνης και οι επιπτώσεις της στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, αν και το δεύτερο τρίμηνο είναι η περίοδος της εντονότερης κατάθλιψης, διαπίστωση η οποία επίσης αποτελεί αντικείμενο συζήτησης (Lau et al., 2018).

Η κατάθλιψη συμβαίνει σε διάφορους βαθμούς για κάθε μορφή τοκετού, όπως ο κολπικός τοκετός, με καισαρική τομή και ο υποβοηθούμενος κολπικός τοκετός. Ορισμένες μεταβλητές, ψυχιατρικές, της φυσιολογίας του οργανισμού και κοινωνικοοικονομικές, έχουν αποδοθεί ως παράγοντες κινδύνου ή προγνωστικοί παράγοντες της προγεννητικής κατάθλιψης. Αναφέρονται η στέρηση ύπνου, η σεξουαλική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η αδύναμη

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

κοινωνική δομή γύρω από την έγκυο (Giurgescu et al., 2015), η έλλειψη στήριξης από την οικογένεια και αγαπημένα πρόσωπα, η παχυσαρκία, το ψυχικό τραύμα, η αγχώδης διαταραχή και η άσκηση βίας (Pedersen et al., 2016) και η ίδια η εγκυμοσύνη όταν είναι απρογραμμάτιστη (Gariepy et al., 2016).

Επίσης, αποκαλύφθηκε ότι η AD είναι πιο διαδεδομένη στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και τουλάχιστον στο δεύτερο τρίμηνο. Ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια της κύησης είναι πολύ κοντά στον μέσο όρο που αποκτάται χωρίς συγχυτικούς παράγοντες. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με τις προχωρημένες ορμονικές αλλαγές στα περιγεννητικά στάδια και το άγχος σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, τις ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές μεταβλητές. Πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες για την παρακολούθηση των εγκύων στο τρίτο εξάμηνο, για να μειωθεί το τριπλό πρόβλημα της κατάθλιψης, της αγχώδους διαταραχής και του αυτοκτονικού ιδεασμού (Okagbue et al., 2019).

Η διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συσχετίζεται με την κατάθλιψη πριν τον τοκετό, σε επίπεδο σημασίας 0,05. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να ληφθεί ένα μοτίβο που να δείχνει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται οι δύο μεταβλητές. Από τεχνική άποψη, η AD μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε τρίμηνο ή σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε διάστημα μέσα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με βάση ατυχείς συνδυασμούς ορισμένων ψυχοκοινωνικών, κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών παραγόντων (Okagbue et al., 2019).

Τέλος, η παρουσία AD δεν συσχετίζεται με την PD, πράγμα που σημαίνει ότι η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε τρίμηνο της εγκυμοσύνης και επίσης στην μεταγεννητική περίοδο. Ο επιπολασμός δεν εντοπίζεται σε κάποια χρονική περίοδο, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί στα τρία τρίμηνα της κύησης και σε όλη την περίοδο πριν και μετά τον τοκετό (Okagbue et al., 2019).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Κεφάλαιο 3. Η επίδραση μείζονων γεγονότων στην εκδήλωση κατάθλιψης

Οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την προγεννητική αγχώδη διαταραχή ή την κατάθλιψη είναι το ιστορικό αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης, η χαμηλή υποστήριξη από τον σύντροφο, η χαμηλότερου επιπέδου κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ειδικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και μείζονα γεγονότα που έχουν μεγάλη σημασία και χαρακτηρίζουν τη ζωή της εγκύου (Lancaster et al., 2011; Ahmed, et al., 2019). Οι μελέτες σε έγκυες γυναίκες συνηθίζουν να ταξινομούν τα πρόσφατα, ως προς την εγκυμοσύνη, μείζονα γεγονότα της ζωής ως γενικούς τύπους συμβάντων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ άλλες μελέτες επικεντρώθηκαν σε έγκυες γυναίκες που αντιμετώπιζαν άγχος λόγω ειδικών συνθηκών, δηλαδή μαιευτικών επιπλοκών. Ορισμένες πληθυσμιακές μελέτες ωστόσο, έδειξαν ότι συγκεκριμένα γεγονότα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη είναι πιθανό να αυξήσουν τα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η γέννηση του παιδιού μπορεί επίσης να θεωρηθεί μείζον γεγονός της ζωής, ειδικά όταν ο τοκετός παρουσιάζει επιπλοκές, για παράδειγμα, όταν το μωρό γεννιέται με επείγουσα καισαρική τομή ή εισάγεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η βιβλιογραφία αυξάνεται, αλλά χωρίς να παρέχει οριστικά συμπεράσματα για τις συσχετίσεις μεταξύ των επιπλοκών του τοκετού και των συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Blom, et al., 2010).

Ένα ιστορικό τραυματικών συμβάντων είναι ένας πιθανός προγνωστικός παράγοντας των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε εγκύους (Muzik et al., 2016), ακόμη και σε εκείνες που δεν πληρούσαν όλα τα κριτήρια διάγνωσης της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD). Το ιστορικό τραυματικών συμβάντων μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη μητέρα, αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα για το παιδί, επηρεάζοντας τη σωματική και ψυχική τους υγεία (Blackmore et al., 2016). Παρά τις συνέπειες αυτές, οι μελέτες σχετικά με την επίδραση του ιστορικού τραυματικών συμβάντων στις τροχιές του περιγεννητικού άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (δηλ. εκείνων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή / και της μετά τον τοκετό περίοδο) είναι περιορισμένες. Επιπλέον, η συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων του αναφερόμενου άγχους και των βιοδεικτών δεν είναι εύκολη στις έρευνες που γίνονται για την εγκυμοσύνη. Στην μελέτη παρακολούθησης των Ghosn et al. (2019), έχουν υιοθετηθεί ταυτόχρονες μετρήσεις των αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων και των βιοδεικτών άγχους, από την εγκυμοσύνη έως και τρεις μήνες μετά τον τοκετό.

Η κατάσταση της ψυχικής υγείας γυναικών με ιστορικό τραυματικών συμβάντων έχει συνήθως αξιολογηθεί από την άποψη αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων άγχους-κατάθλιψης, σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, σε συγχρονικές μελέτες. Λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει το πώς ένα ιστορικό τραυματικών συμβάντων

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

συμβάλλει στις τροχιές της κατάθλιψης και του άγχους που εξετάζονται ταυτόχρονα, με την πάροδο του χρόνου. Παρ' όλα αυτά, αυτές οι λίγες μελέτες που ασχολούνται με το άγχος και την κατάθλιψη σε γυναίκες με ιστορικό τραυματικών συμβάντων, δεν καταλήγουν σε οριστικά αποτελέσματα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε πιθανές συγχυτικές μεταβλητές, όπως η ηλικία (García-Blanco et al., 2017), η ικανότητα τεκνοποίησης, ο χρόνος εξέτασης και άλλοι παράγοντες που προκαλούν άγχος, όπως η κατάσταση της υγείας και ο κίνδυνος κοινωνικού αποκλεισμού.

Ορισμένες μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες (n>5000) διαπίστωσαν ότι η εμφάνιση μαιευτικών συμβαμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή γεγονότων που σχετίζονταν με την κατάσταση του νεογέννητου (π.χ. χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρος τοκετός, συγγενείς δυσπλασίες, εισαγωγή στο νοσοκομείο), αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης την περίοδο μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι μελέτες υπογραμμίζουν τη συναινετική ιδέα ότι ένα ιστορικό συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου, για συμπτώματα κατάθλιψης σε μεταγενέστερη χρονική στιγμή. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει ακόμα απάντηση στο ερώτημα, σε ποιο βαθμό ο συνδυασμός των προγεννητικών συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης και συγκεκριμένων γεγονότων της ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, σχετίζεται με συμπτώματα αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Aris-Meijer et al., 2019).

Με τη χρήση μιας μεγάλης πληθυσμιακής μελέτης κοόρτης, οι Aris-Meijer et al. (2019) ερεύνησαν σε ποιο βαθμό τα συγκεκριμένα συμβάντα της ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι επιπλοκές του τοκετού, τα δυσμενή μαιευτικά αποτελέσματα και τα προγεννητικά επίπεδα αγχώδους διαταραχής ή συμπτωμάτων κατάθλιψης συμβάλλουν ανεξάρτητα στον κίνδυνο από αυτά τα συμπτώματα στη μεταγεννητική περίοδο και κατά πόσο αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Η μελέτη των Aris-Meijer et al. (2019) επιβεβαίωσε προηγούμενη έρευνα, δείχνοντας ότι τα προγεννητικά συμπτώματα αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέονται στενά με συμπτώματα της περιόδου μετά τον τοκετό. Οι Aris-Meijer et al. (2019) έδειξαν ότι η εμπειρία συμβάντων της ζωής που δε συνδέονταν με την εγκυμοσύνη, ο τρόπος που έγινε ο τοκετός ή το νεογέννητο, σχετίζονταν με αυξημένα επίπεδα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης στην περίοδο μετά τον τοκετό. Η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων αγχώδους διαταραχής μετά τον τοκετό και γεγονότων που συνδέονται με την ασθένεια και την υγεία του εαυτού ή αγαπημένων προσώπων, βρέθηκε ότι μετριάζεται από τα προγεννητικά επίπεδα αγχώδους διαταραχής.

Τα τυποποιημένα μεγέθη αποτελεσμάτων για τα επίπεδα της προγεννητικής αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης ήταν τα υψηλότερα από όλες τις προγνωστικές μεταβλητές, υποδεικνύοντας ότι η προγεννητική συμπτωματολογία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων μετά τον τοκετό. Αυτό συμβαδίζει με προηγούμενες μελέτες (McDonald et al., 2012).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Στη μελέτη των Aris-Meijer et al. (2019), οι κατηγορίες των γεγονότων της ζωής που συνδέονται με την υγεία και την ασθένεια του εαυτού ή αγαπημένων προσώπων, ή με τη σχέση με τον σύντροφο ή με μια σύγκρουση με αγαπημένα πρόσωπα ή με την εργασία, την οικονομική δυνατότητα ή προβλήματα στέγασης (δηλαδή, όλες οι κατηγορίες που δε συνδέονταν με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή το νεογέννητο), συσχετίστηκαν με μεταβολή των επιπέδων αγχώδους διαταραχής και συμπτωμάτων κατάθλιψης στην περίοδο μετά τον τοκετό. Στον γενικό πληθυσμό, διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα στέγασης αυξάνουν την αίσθηση άγχους. Επιπλέον, πτώση της ποιότητας της ψυχικής υγείας προκαλεί και μια κατάσχεση. Επίσης, η ακούσια απώλεια μιας θέσης εργασίας και μια οικονομική ύφεση στο παρελθόν, συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά τάσεων αυτοκτονίας (Haw, et al., 2014). Ωστόσο, αυτό το θέμα δεν μελετήθηκε συγκεκριμένα σε έγκυες γυναίκες και διαπιστώθηκε ότι είναι πιο διαδεδομένο στους άνδρες.

Η εμπειρία ενός πρόσφατου μείζονος γεγονότος της ζωής θεωρείται ευρέως ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη. Συνεπώς, οι Aris-Meijer et al. (2019) υπέθεσαν ότι ο τοκετός θα μπορούσε να θεωρηθεί μείζον γεγονός της ζωής, όταν το αποτέλεσμα για τη μητέρα και το νεογνό περιλαμβάνει επιπλοκές. Παραδόξως, ούτε τα γεγονότα που συνδέονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, ούτε με την κατάσταση του νεογέννητου, σχετίζονταν με μεταβολή των επιπέδων των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Όσον αφορά τον τρόπο που έγινε ο τοκετός, υπάρχει ένα πρότυπο ευρημάτων στη βιβλιογραφία που δεν είναι συνεκτικό, το οποίο ίσως οφείλεται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς, όπως μικρά μεγέθη δείγματος ή το γεγονός ότι δεν γίνεται διάκριση μεταξύ προγραμματισμένων και μη προγραμματισμένων καισαρικών τομών. Ορισμένες πρόσφατες μελέτες βρήκαν συσχετισμό μεταξύ της μεθόδου με την οποία έγινε ο τοκετός και καταθλιπτικής διάθεσης ή συγκρίσιμων αρνητικών συναισθημάτων (Kjerulff and Brubaker, 2018), ενώ αρκετές άλλες μελέτες υπογραμμίζουν τα ευρήματα των Aris-Meijer et al. (2019) (Adams, et al., 2012). Μια άλλη εξήγηση γι' αυτή την ασυνέπεια στα ευρήματα μπορεί να είναι ότι ο τοκετός μπορεί να γίνει αντιληπτός ως εξαιρετικά αγχωτικός, ακόμη και να οδηγήσει σε σύνδρομο μετατραυματικού στρες (PTSD), ακόμη και μετά από επιτυχή γέννηση χωρίς επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού ή χωρίς εκβάσεις δυσμενείς για τη μητέρα και το νεογνό. Οι Aris-Meijer et al. (2019) δηλώνουν ότι δεν ασχολήθηκαν με την αντίληψη της μητέρας για την γέννηση ενός παιδιού ή με τον τρόπο που αντιμετωπίζει τη γέννηση διανοητικά και ψυχολογικά, αλλά αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα σε μελλοντική έρευνα.

Σε πρόσφατες μελέτες παρακολούθησης σε δείγματα σε τοπικό επίπεδο (περιφέρειες, δήμοι), έχει διαπιστωθεί ότι ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται από την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα του άγχους μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου χωρίς συγκεκριμένη πορεία (García-Blanco et al., 2017). Όσον αφορά την επίδραση των τραυματικών συμβάντων στα συμπτώματα κατάθλιψης, οι μητέρες βρεφών που εισήχθησαν σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (NICU) και οι οποίες είχαν υποστεί συσσώρευση αγχωδών συμβάντων που οφείλονταν στις ίδιες, στο βρέφος και την οικογένεια πριν δοθεί εξιτήριο από τη

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

NICU, δείχνουν μια λιγότερο απότομη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από το εξιτήριο από τη NICU και για διετή περίοδο, από ό,τι οι μητέρες που βίωσαν λίγους παράγοντες πρόκλησης άγχους (Poehlmann, Schwichtenberg, Bolt, & Dilworth-Bart, 2009). Παράλληλα, σε μια πρόσφατη μελέτη σε γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική δυνατότητα διαπιστώθηκε ότι, αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται από την εγκυμοσύνη και για διάστημα 24 ετών μετά τον τοκετό, οι γυναίκες με ιστορικό τραυματικών συμβάντων εμφανίζουν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από την εγκυμοσύνη έως την περίοδο μετά τον τοκετό, με μια αύξηση που παρατηρείται 24 μήνες μετά τον τοκετό. Ωστόσο, έχει επίσης διαπιστωθεί ότι, ενώ ένα ιστορικό τραυματικών συμβάντων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας συνδέεται με αυξημένη κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δεν υπάρχει σημαντική σχέση ένα χρόνο μετά τον τοκετό (Ghosn et al., 2019). Όσον αφορά τα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής, έχει επίσης διαπιστωθεί ότι ένα ιστορικό τραυματικών συμβάντων συσχετίστηκε με υψηλότερα συμπτώματα άγχους κατά τη διάρκεια ενός έτους μετά τον τοκετό, αλλά όχι κατά την εγκυμοσύνη. Ωστόσο, σε μια νεότερη μετα-ανάλυση (Howard, Oram, Galley, Trevillion & Feder, 2013) το συμπέρασμα είναι ότι, αν και υπάρχουν λίγες μελέτες για γυναίκες με ιστορικό τραυματικών συμβάντων, οι γυναίκες με αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε περιόδους μετά τον τοκετό, ανέφεραν περισσότερες τραυματικές εμπειρίες.

Όσον αφορά το άγχος που αφορά στη φυσιολογία του οργανισμού, ένα ιστορικό τραυματικών συμβάντων έχει συσχετιστεί με μια επίμονη και ανώμαλη προσαρμογή των νευροβιολογικών συστημάτων στο άγχος, όπως ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και ο άξονας συμπαθητικού-επινεφριδίων μυελού (SAM). Όσον αφορά τον άξονα HPA, η κορτιζόλη θεωρείται ο κύριος βιοδείκτης, δεδομένου ότι αυτή η ορμόνη ρυθμίζει την ενεργοποίηση του άξονα HPA μέσω αρνητικής ανάδρασης. Όταν η πίεση διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα, η υπερβολική έκκριση της κορτιζόλης επηρεάζει τη ρύθμιση του άξονα HPA και, στη συνέχεια, την ανοσοαπόκριση (Kuhlman, Vargas, Geiss, & Lopez-Duran, 2015). Το άγχος προκαλεί επίσης την ενεργοποίηση του άξονα SAM, απελευθερώνει κατεχολαμίνες και προετοιμάζει το σώμα για δράση (π.χ. αύξηση καρδιακού ρυθμού, αύξηση ρυθμού αναπνοής, διαστολή κόρης οφθαλμού) (Ghosn et al., 2019).

Συνοψίζοντας, το ιστορικό ψυχικών τραυμάτων συνδέεται με την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης σε εγκύους, από τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης έως την περίοδο μετά τον τοκετό. Δηλαδή, η δραστηριότητα του άξονα HPA αυξάνεται στις γυναίκες με ιστορικό τραυμάτων μέχρι την περίοδο μετά τον τοκετό. Αντίθετα, εάν ο τοκετός έχει επιτευχθεί χωρίς σημαντικές επιπλοκές, ένα ιστορικό ψυχικών τραυμάτων δεν φαίνεται να έχει αρνητικό αντίκτυπο στα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής κατά τη διάρκεια της μετά τον τοκετό περιόδου. Τα συμπτώματα άγχους παρουσίασαν σημαντική μείωση στους τρεις μήνες μετά τη γέννηση, σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικών τραυμάτων, σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς τέτοιο ιστορικό. Έτσι, ενώ ένα ιστορικό ψυχικών τραυμάτων της μητέρας μπορεί να μην αποτελεί κίνδυνο για το

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

δεσμό μητέρων-παιδιών λόγω της απουσίας συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής-κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της μετά τον τοκετό περιόδου, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νευροαναπτυξιακής βλάβης στο νεογέννητο, που συσχετίζεται με τη δυσλειτουργία του άξονα HPA της μητέρας και τα προγεννητικά συμπτώματα αγχώδους διαταραχής. Στην κλινική πρακτική, η ψυχολογική θεραπεία για τη βελτίωση των γνωσιακών-συμπεριφορικών στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων, πρέπει να εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικών τραυμάτων (Ghosn et al., 2019).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Κεφάλαιο 4. Παράγοντες κινδύνου και ανίχνευση της κατάθλιψης

Οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στην πορεία της εγκυμοσύνης, την έκβαση της, την ανάπτυξη του παιδιού και την ευημερία της μητέρας. Τα υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης σε έγκυες γυναίκες έχουν συσχετιστεί με δυσμενείς εκβάσεις για τη μητέρα και το νεογνό, που συμπεριλαμβάνουν τον αυξημένο κίνδυνο για αυτόματο πρόωρο τοκετό, νεογνό χαμηλού βάρους κατά την γέννηση, προεκλαμψία κ.λπ. Η κατάθλιψη στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με την αύξηση του κινδύνου για εφαρμογή επισκληρίδιας αναισθησίας, για τοκετό μετά από χειρουργική επέμβαση και για εισαγωγή σε μονάδες εντατικής φροντίδας νεογνών (Podvornik et al., 2014).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επιδράσουν στη νευρο-συμπεριφορική λειτουργία του νεογέννητου. Η έντονη αγχώδης διαταραχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με χαμηλότερο βάρος κατά τη γέννηση, μικρότερο μήκος, μικρότερη διάρκεια κύησης και αυξημένη αντίσταση της μητριαίας αρτηρίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η προγεννητική αγχώδης διαταραχή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο να έχει ένα βρέφος μια νευροκινητική ανάπτυξη που δεν είναι η βέλτιστη. Η αγχώδης διαταραχή στην εγκυμοσύνη θα μπορούσε να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στα συμπεριφορικά/συναισθηματικά προβλήματα των παιδιών. Υπάρχουν όμως και μελέτες που δεν αναφέρουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της αγχώδους διαταραχής της μητέρας και των περιγεννητικών αποτελεσμάτων (Podvornik et al., 2014).

Οι δραματικές αλλαγές στα επίπεδα ορμονών κατά την εγκυμοσύνη αναμένεται να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες για την αλλαγή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, στην κορύφωσή τους, τα επίπεδα οιστρογόνων είναι 30 φορές υψηλότερα στην εγκυμοσύνη από ότι κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου και τα επίπεδα κορτιζόλης κατά την εγκυμοσύνη είναι τόσο υψηλά, όσο και στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές. Η αύξηση ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να προάγει την εμφάνιση σωματικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που αξιολογούν συστηματικά τις μεταβολές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ενίσχυση ορισμένων σωματικών συμπτωμάτων μεταξύ των εγκύων γυναικών μπορεί να σχετίζεται με προγεννητικές καταθλιπτικές διαταραχές (Amiel et al., 2017).

Πρέπει να ληφθεί το ιστορικό ατομικής και οικογενειακής ψυχικής υγείας, ώστε να εντοπίζονται πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου για ψυχικές ασθένειες, κατά την αρχική επίσκεψη στον μαιευτήρα. Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την περιγεννητική κατάθλιψη. Οι γυναίκες με οικογενειακό και προσωπικό ιστορικό κατάθλιψης έχει αποδειχθεί ότι διατρέχουν περισσότερο από διπλάσιο κίνδυνο για εκδήλωση προγεννητικής κατάθλιψης. Επιπλέον, ένα ιστορικό διαταραχής της ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα αγχώδους

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

διαταραχής και κατάθλιψης, καθώς και ένα ιστορικό ψυχιατρικής θεραπείας κατά τη διάρκεια, είτε μιας προηγούμενης εγκυμοσύνης, είτε σε οποιοδήποτε άλλο διάστημα, αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για περιγεννητική κατάθλιψη. Επομένως, η πλήρης αξιολόγηση προγεννητικά πρέπει να περιλαμβάνει ερωτήματα σχετικά με το ιατρικό ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης και αγχώδους διαταραχής, καθώς και την τρέχουσα και προηγούμενη χρήση φαρμάκων για τέτοιες παθήσεις (Kendig et al., 2019).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατάθλιψη αυξάνεται ή τουλάχιστον κυμαίνεται, κατά τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί για τη μέτρησή της. Ο ένας είναι ότι είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ των διαφόρων ειδών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συνήθως επειδή η μέτρηση βασίζεται σε σύνθετα ερωτηματολόγια με αυτοαναφορά, ή στη διάγνωση της κατάθλιψης. Ίσως αυτός ο τρόπος μέτρησης να κρύβει, καλύπτοντάς τες κάτω από ευρύτερες έννοιες, σημαντικές αλλαγές στα συστατικά συμπτώματα της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την έλλειψη ενεργητικότητας και την κόπωση και συγκεκριμένα ψυχολογικά συμπτώματα που συνδέονται με την ιδέα του εαυτού και τον αυτοσεβασμό. Η λεπτομερής αξιολόγηση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων της κατάθλιψης μπορεί να είναι μια πιο ευαίσθητη προσέγγιση για τον προσδιορισμό του εάν διαφορετικά συμπτώματα παρουσιάζουν διαφορετικά πρότυπα κατά τη διάρκεια της κύησης. Ο δεύτερος περιορισμός είναι ότι οι περισσότερες μελέτες περιορίζονται σε δύο ή τρεις εκτιμήσεις, συνήθως από το μέσο έως τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης (Amiel et al., 2017).

Οι (Amiel et al., 2017) εκτιμούν ότι πρέπει να εξετάζεται η πορεία, τόσο των ψυχολογικών (καταθλιπτική διάθεση, κακή αυτοεκτίμηση, ενοχή, έλλειψη συγκέντρωσης, ευαισθησία στην κριτική, σκέψεις για το θάνατο) όσο και κάποιων σωματικών (μειωμένη ενεργητικότητα, αίσθηση βάρους στα άκρα και αίσθηση επιδείνωσής του το πρωί) συμπτωμάτων, σε κάθε μήνα της εγκυμοσύνης σε μη κλινικό πληθυσμό, με υποβολή ερωτημάτων κλινικού χαρακτήρα. Υπάρχει το ενδεχόμενο τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα να ποικίλλουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ότι αυτό μπορεί να οφείλεται σε φυσιολογικές μεταβολές των ορμονών ή/και σε ψυχολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την επικείμενη γέννηση (Amiel et al., 2017).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Κεφάλαιο 5. Αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης

5.1 Ψυχολογικές παρεμβάσεις

Δεν υπάρχουν αρκετά αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων για την προγεννητική κατάθλιψη, ενώ παράλληλα σημειώνεται ευρεία απροθυμία των μητέρων να πάρουν αντικαταθλιπτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το 75% των γυναικών διακόπτουν το αντικαταθλιπτικό φάρμακο κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Υπάρχει επίσης κάποιος βαθμός ανησυχίας μεταξύ των κλινικών γιατρών για τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, κυρίως λόγω της έλλειψης στοιχείων σχετικά με την ασφαλή χρήση τους. Αυτό το πρόβλημα υποδεικνύει ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι πλέον ιδιαίτερα σημαντικές. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που διακόπτουν την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν πενταπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν υποτροπή στην κατάθλιψή τους, με αποτέλεσμα να απαιτείται θεραπεία (Cohen et al., 2006). Η τρέχουσα σύσταση θεραπείας για ήπια έως μέτρια κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι μια σύντομη προσέγγιση αυτοβοήθειας, υποστηριζόμενη από έναν ειδικό, με τη χρήση των αρχών της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), γνωστής ως χαμηλής έντασης CBT (Ingram et al., 2019).

Η θεωρητική βάση της CBT είναι ότι τα άτομα που είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη έχουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και επομένως βλέπουν τον κόσμο μέσω ενός αρνητικού φίλτρου (Beck, 1967). Μια κατάσταση που βρίσκεται εκτός της κανονικότητας, όπως η εγκυμοσύνη, προκαλεί αυτές τις υποκείμενες πεποιθήσεις. Τα επιρρεπή άτομα, στη συνέχεια, συμπεριφέρονται με τρόπο που είναι συνεπής με αυτές τις αρνητικές πεποιθήσεις, ενεργοποιώντας έτσι και ενισχύοντας την κατάθλιψη. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη σχέση αυτού του μοντέλου με την εγκυμοσύνη. Ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να προσαρμόζει την CBT σε κάθε περίσταση ξεχωριστά. Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία για μια CBT«υψηλής έντασης» που παρέχεται από έμπειρους θεραπευτές για την περιγεννητική κατάθλιψη, αλλά η CBT χαμηλής έντασης είναι πιο σύντομη και μπορεί να χορηγηθεί από λιγότερο έμπειρους επαγγελματίες που έχουν περιορισμένο εύρος προσαρμογής στο περιγεννητικό πλαίσιο και είναι έχουν ευελιξία στη χρήση της μεθόδου. Η χρήση CBT υψηλής έντασης είναι περιορισμένη στα τρέχοντα κλινικά πλαίσια, λόγω περιορισμών στη χρηματοδότηση και διαθεσιμότητας θεραπευτών. Η CBT διαθέτει λίγες σαφείς στρατηγικές για τη διαχείριση πολλών από τα προβλήματα που είναι κοινά για τις γυναίκες με προγεννητική κατάθλιψη, όπως η μετάβασή τους σε ένα νέο ρόλο και τα προβλήματα στις σχέσεις (Ingram et al., 2019).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Θεωρητική βάση της διαπροσωπικής συμβουλευτικής και πλεονεκτήματα για τη θεραπεία της προγεννητικής κατάθλιψης

Η διαπροσωπική συμβουλευτική (interpersonal counselling, IPC) είναι μια σύντομη θεραπεία, που μπορεί να είναι πιο κατάλληλη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που έχουν οι γυναίκες με κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τη γέννηση. Προέρχεται από τη διαπροσωπική θεραπεία, η οποία πρεσβεύει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι μια βασική ανθρώπινη ανάγκη και ότι η προσκόλληση (δηλ. η συντήρηση μιας σχέσης με θετική επίδραση) σε ορισμένα, μεγάλης σημασίας άτομα, παρέχει μια ασφαλή βάση από την οποία μπορεί κάποιος να ξεκινήσει και να διαχειρίζεται αγχωτικά γεγονότα και συνθήκες. Τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης, ή αϋπνία και αυτά τα συμπτώματα υπονομεύουν περαιτέρω τις σχέσεις, που οδηγούνται σε καθοδική πορεία. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την εγκυμοσύνη, καθώς οι συγκρούσεις στις σχέσεις και η ανεπαρκής υποστήριξη από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει η έγκυος, είναι οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση προγεννητικής κατάθλιψης (Lancaster et al., 2011) (Ingram et al., 2019).

Η IPC προσφέρει μια πιο δομημένη εκδοχή της IPT, που προάγει την κατανόηση της κατάθλιψης μέσω της εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας, την επίλυση προβλημάτων και την ενεργό συμμετοχή άλλων ανθρώπων στη ζωή ενός ατόμου, για να προσφέρει υποστήριξη και να προωθήσει την αποκατάσταση. Η IPC βοηθά τα άτομα να αναπτύξουν χρήσιμες στρατηγικές για τη διαχείριση των διαπροσωπικών συγκρούσεων και μπορεί να ζητηθεί η συμμετοχή του συντρόφου, εάν είναι απαραίτητο. Επίσης, επικεντρώνεται στις προσεγγίσεις που βοηθούν στη διαχείριση των αλλαγών του ρόλου, τις συγκρούσεις, την απομόνωση και την απώλεια (δηλαδή, ένα ενδεχόμενο να συμβεί αποβολή, θνησιγένεια, τερματισμός της κύησης, προηγούμενη απώλεια των γονέων που πλέον θα ήταν παππούδες) και τον αντίκτυπο αυτής της απώλειας στις σχέσεις. Με την άμεση προσέγγιση αυτών των ζητημάτων, η IPC αντιμετωπίζει τα σημεία που, θεωρητικά, είναι κεντρικά στην κατάθλιψη και τις ανησυχίες που αναφέρουν οι γυναίκες που δέχονται τη συμβουλευτική. Η προσέγγιση είναι απλή και μπορεί να παρέχεται από επαγγελματίες που έχουν περιορισμένη κατάρτιση ή εμπειρία (Ingram et al., 2019).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Ειδικό Μέρος

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

1.1 Ερευνητικό πρόβλημα – Ερευνητικός σκοπός

Η παρούσα έρευνα αφορά την «Καταθλιπτική διαταραχή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πριν τον τοκετό». Μέσα από την εν λόγω μελέτη θα διερευνήσουμε και θα συσχετίσουμε τον βαθμό της κατάθλιψης στις εγκυμονούσες γυναίκες και στις μη εγκυμονούσες, στο Τμήμα ανώδυνου τοκετού της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Δ/νσης Λάρισας.

Από την παραπάνω ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των σχετικών με το θέμα ερευνών, καθώς και τη διατύπωση του σκοπού και των στόχων της έρευνας, η ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης διαμορφώνεται ως εξής:

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών που εμφανίζονται ή επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ώστε να είναι δυνατή και η κατάλληλη αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών.

1.2 Πληθυσμός υπό μελέτη

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε είναι συγχρονική. Τον πληθυσμό-στόχο της παρούσας έρευνας αποτελούν έγκυες ηλικίας από 21 και άνω. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 60 εγκυμωνούσες και 42 γυναίκες της ομάδας ελέγχου (N=102). Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη δεν τέθηκαν.

Η δειγματοληψία έλαβε χώρα τους μήνες Ιανουάριο 2019 έως και Μάιο 2019.

Η διαδικασία της δειγματοληψίας έγινε με μεθόδους απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής (non-probability sampling) και συγκεκριμένα ακολουθήθηκε η βολική – συμπτωματική δειγματοληψία (Cohen et al., 2008). Με την εν λόγω δειγματοληπτική διαδικασία δημιουργείται ενός είδος εθελοντικού δείγματος, καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσοι είναι άμεσα προσβάσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα, για να χρησιμεύσουν ως απαντούντες και αυτή η διαδικασία συνεχίζεται έως ότου αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος (Cohen et al., 2008). Για τον παραπάνω λόγο έχουν συμπεριληφθεί στη μελέτη εγκυμονούσες γυναίκες στο τμήμα ανώδυνου τοκετού, από τον ευρύτερο θεσσαλικό χώρο και κυρίως την πόλη της Λάρισας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις, με τη συμπλήρωση γραπτού ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο δόθηκε για συμπλήρωση σε τυχαίους ερωτηθέντες από το τμήμα ανώδυνου τοκετού και σε γυναίκες του Ν. Λάρισας. Αναλυτικότερα, έγινε μια πιλοτική επίδοση της επισκόπησης, πριν διενεργηθεί η κύρια φάση της έρευνας. Συνήθως η πιλοτική φάση χρησιμοποιείται για να ελέγξει το ίδιο το εργαλείο της επισκόπησης και βοηθά στον εντοπισμό και τη διόρθωση πιθανών ασαφειών και αδυναμιών. Η πιλοτική φάση πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο 2019. Χορηγήθηκαν πιλοτικά τα ερωτηματολόγια σε δέκα άτομα και έγινε έλεγχος

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

εγκυρότητας περιεχομένου για σαφήνεια και κατανόηση. Κατόπιν, ακολούθησαν εκφραστικές διορθώσεις σε ερωτήσεις που δυσκόλεψαν τους συμμετέχοντες ως προς την κατανόησή τους.

Στην τελική φάση, η οποία διήρκησε 5 μήνες (Ιανουάριος 2019 – Μάιος 2019) πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων, η οποία έγινε με προσωπική επίδοση των ερωτηματολογίων από την ερευνήτρια. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχε ενσωματωμένη συνοδευτική επιστολή που εξηγούσε τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

1.3 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη – Ερευνητικές Υποθέσεις

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας αποτελείται από 4 ενότητες, οι οποίες είναι:

Ι. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σ’ αυτή την ενότητα περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, οι οποίες αφορούν το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την κατοικία, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, τις εγκυμοσύνες, το ιατρικό ιστορικό.

ΙΙ. Η ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στα πλαίσια συλλογής πληροφοριών, χρήσιμων στην καλύτερη και ορθότερη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης, έγινε χρήση συγκεκριμένων ερευνητικών και διαγνωστικών εργαλείων.
Αυτά είναι:

- η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI),
- η Κλίμακα STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)
- η Κλίμακα SCL-90-R (για την εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI

Αποτελεί μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Είναι ευρέως διαδεδομένη με μεγάλη χρήση σε πολλές χώρες του κόσμου, σε κλινικό αλλά και σε κοινοτικό επίπεδο. Χρονολογείται από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα από τους Ντώνια και Δεμερτζή το 1983. Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες εκτίμησης της κατάθλιψης.

Αποτελείται από 21 λήμματα που βαθμολογούνται από 0 έως 3, ανάλογα με τη συχνότητα, την ένταση ή τη βαρύτητα του συμπτώματος. Το εύρος της τελικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 έως 63 βαθμούς. Το ύψος της τελικής βαθμολογίας αντικατοπτρίζει την παρουσία ή απουσία καταθλιπτικής διάθεσης και την ένταση αυτής. Η διαστρωμάτωση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως αυτή φαίνεται από τη λαμβανόμενη βαθμολογία, είναι η εξής: 0 έως 9 = καθόλου κατάθλιψη, 10 έως 15 = ελαφρά κατάθλιψη, 16 έως 23 = μέτρια κατάθλιψη, τιμές δε από 24 και πάνω παραπέμπουν σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη.

STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)

Για την αξιολόγηση του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory (STAI), που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλαδή παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης) και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλαδή μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη, προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Αναγνωστοπούλου, 2002˙ Λιάκος και Γιαννίτση, 1994).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Η ΚΛΙΜΑΚΑ SCL-90-R

Το ερωτηματολόγιο της Symptom Distress Check List (SCL-90-R) έχει σταθμιστεί για την Ελλάδα (Ντώνιας και συν., 1991), αποτελεί το πιο διαδεδομένο εργαλείο στην ψυχιατρική έρευνα και είναι μια έγκυρη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς σε πολλές διαστάσεις ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η κάθε διαπίστωση βαθμολογείται, με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα ενόχλησης, από «καθόλου» (0) έως «πάρα πολύ» (4).

Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία παρίσταται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες: Ι) Σωματοποίηση (12 διαπιστώσεις), αιτιάσεις που αφορούν σωματική δυσλειτουργία, ΙΙ) Ψυχαναγκαστικότητα - καταναγκαστικότητα (10 διαπιστώσεις), που απηχούν το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο, ΙΙΙ) Διαπροσωπική ευαισθησία (9 διαπιστώσεις), που αφορούν αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης, IV) Κατάθλιψη (13 διαπιστώσεις), V) Άγχος (10 διαπιστώσεις), VI) Επιθετικότητα (6 διαπιστώσεις), VII) Φοβικό άγχος (7 διαπιστώσεις), VIII) Παρανοειδής ιδεασμός (6 διαπιστώσεις), IX) Ψυχωτισμός (10 διαπιστώσεις). Επίσης άλλες επτά διαπιστώσεις, που δε συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες, αφορούν διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.ά. και συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών.

Επιπλέον των 9 υποκλιμάκων, εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, β) το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ), που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης (Ντώνιας και Δεμερτζής, 1983).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Έγινε η καταχώρηση των δεδομένων σε Η/Υ και η στατιστική τους επεξεργασία με χρήση εξειδικευμένου λογισμικού της εκδόσεως 23 του SPSS για Windows.

Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση και στη συνέχεια ετοιμάσθηκαν οι πίνακες σταυρωτής καταχώρησης (cross tables). Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση των ομάδων υπολογίσθηκαν ο μέσος όρος (mean), η σταθερά απόκλιση (standard deviation), η διάμεσος (median) και τα όρια κατανομής των τιμών (min, max), [μέσος όρος ± σταθερά απόκλιση, διάμεσος (min – max)].

Έγινε σύγκριση των ομάδων με χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου για μη συσχετισμένες τιμές του ελέγχου Mann–Whitney-UTest.

Η παρουσίαση όλων των μεταβλητών έγινε σε πίνακες και εικόνες ως μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση.

Χρησιμοποιήθηκαν τα κλασικά επίπεδα σημαντικότητας:

$p > 0.05$ μη σημαντικό

$p < 0.05$ σημαντικό

$p < 0.01$ πολύ σημαντικό

$p < 0.001$ υψηλά σημαντικό.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.4 Περιγραφική Ανάλυση Αποτελεσμάτων

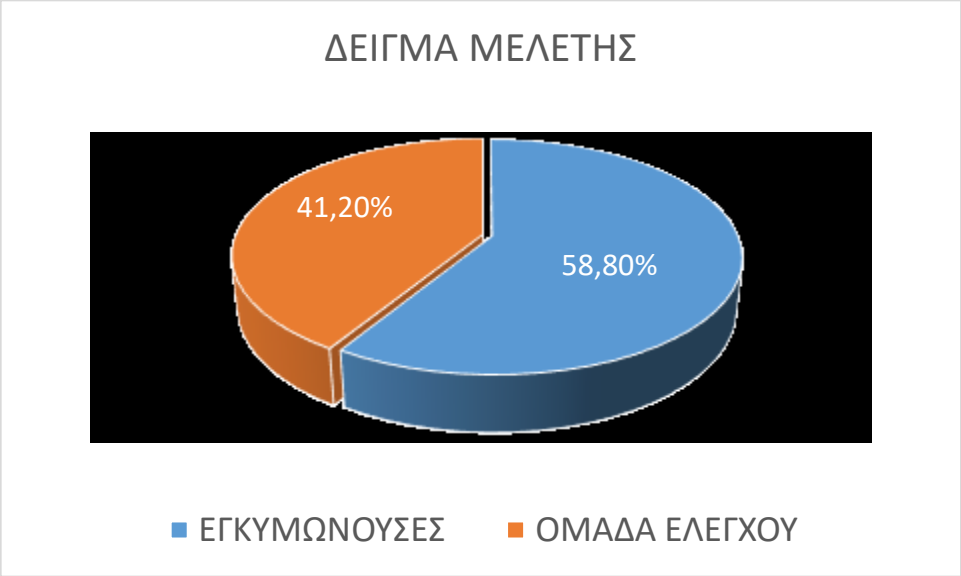
1.4.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Φύλο

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 60 εγκυμονούσες και 42 μη εγκυμονούσες, που αποτελούν την ομάδα ελέγχου. (Πίνακας 1, εικόνα 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	**ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ**	**ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	n= 60 (58,8%)	n= 42 (41,2%)	102 (100%)



Εικόνα 1.

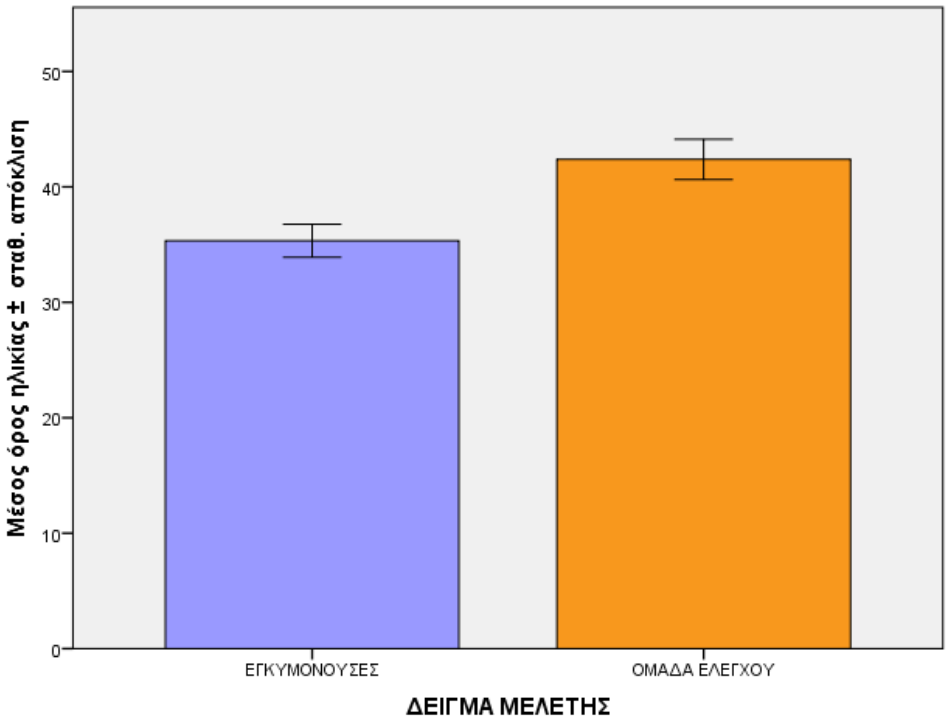
Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Ηλικία

Οι εγκυμονούσες ήταν ηλικίας 21 - 50 ετών, με μέσο όρο 35,3 και σταθερή απόκλιση 5,6. (πίνακας 2 και εικόνα 2).

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

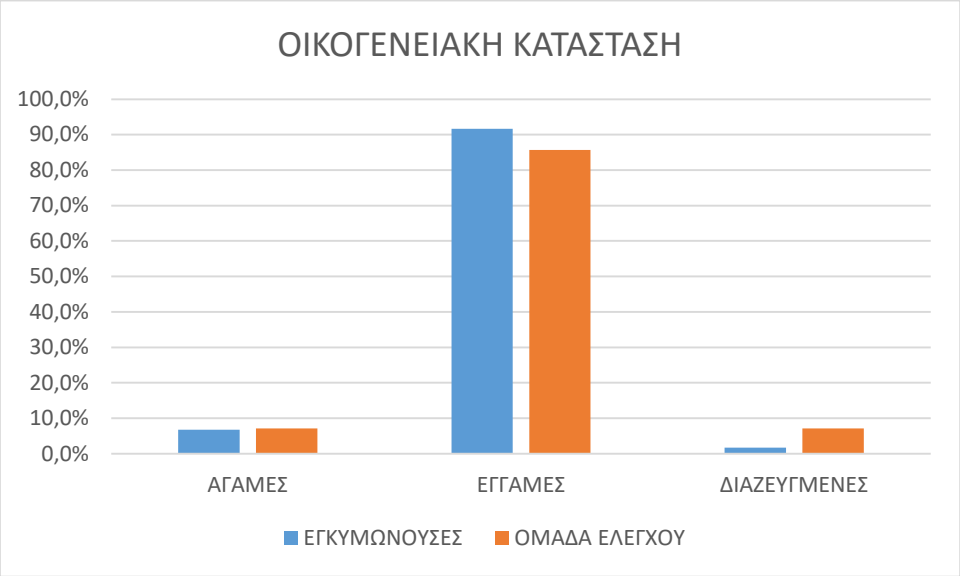
Χαρακτηριστικό	**Εγκυμονούσες**	**Ομάδα Ελέγχου**	**Σύνολο**
	n=60	**n=42**	**N=102**
Ηλικιακή κατανομή	35,3 ± 5,6	42,4 ± 5,6	38,2 ± 6,6
Μέσος όρ. ± σταθ.απόκλιση			



Εικόνα 2.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Οικογενειακή κατάσταση Από το σύνολο του συμμετεχόντων στη μελέτη, 6,9% ήταν άγαμες, το 89,2% έγγαμες και το 3,9% ήταν διαζευγμένες ή σε χηρεία. Από την ομάδα των εγκυμονουσών, 6,7% ήταν άγαμες, το 91,7% έγγαμες και το 1,7% ήταν διαζευγμένες ή σε χηρεία (Εικόνα 3).

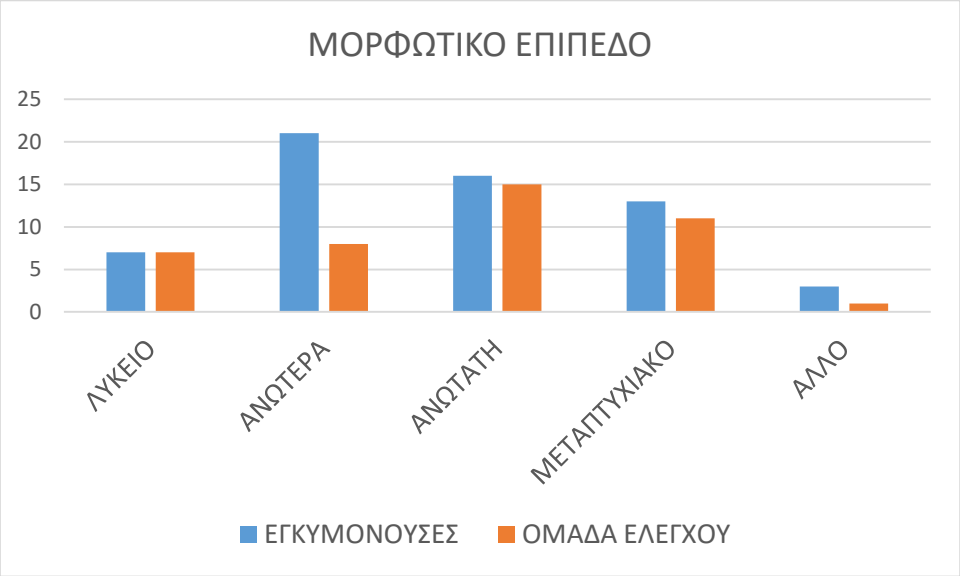


Εικόνα 3.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Μορφωτικό επίπεδο

Η ομάδα των εγκυμονουσών ήταν απόφοιτοι Λυκείου 11,7%, το 35,0% ήταν ανωτέρας εκπαίδευσης, το 26,7% ανωτάτης εκπαίδευσης, το 21,7% είχαν λάβει μεταπτυχιακό και 5,0% άλλη εκπαίδευση (Εικόνα 4).



Εικόνα 4.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

1.4.2 Αποτελέσματα Διαγνωστικών Εργαλείων / Ερωτηματολογίων

Αποτελέσματα BDI (Πίνακας 3, εικόνα 5)

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 και τον έλεγχο κανονικότητας για τις Κλίμακες της παρούσας έρευνας. προκύπτει ότι από τις 60 εγκυμονούσες οι 47 ανήκουν στην κατηγορία που δεν έχει καθόλου κατάθλιψη, οι 11 εγκυμονούσες έχουν ελαφρά κατάθλιψη, οι 2 εγκυμονούσες έχουν μέτρια, και καμία εγκυμονούσα δεν έχει σοβαρή κατάθλιψη, ενώ από το δείγμα της ομάδας ελέγχου των 42 γυναικών προκύπτει ότι οι 24 γυναίκες δεν έχουν καθόλου κατάθλιψη, οι 3 γυναίκες από την ομάδα ελέγχου έχουν ελαφρά κατάθλιψη, οι 4 γυναίκες από την ομάδα ελέγχου έχουν μέτρια κατάθλιψη και οι 11 γυναίκες έχουν σοβαρή κατάθλιψη.

Επομένως από το δείγμα των 102 γυναικών, διαπιστώθηκε ότι οι 71 γυναίκες δεν έχουν καθόλου κατάθλιψη, οι 14 πάσχουν από ελαφριά μορφή, οι 6 γυναίκες πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη και οι 11 από σοβαρή κατάθλιψη.

Πίνακας 3. Αποτελέσματα BDI για την Κατάθλιψη

		ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	
ΣΚΟΡ BDI	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	n=60	n=42	N=102
0-9	ΚΑΘΟΛΟΥ	47	24	71
10-15	ΕΛΑΦΡΑ	11	3	14
16-23	ΜΕΤΡΙΑ	2	4	6
πάνω από 24	ΣΟΒΑΡΑ	0	11	11

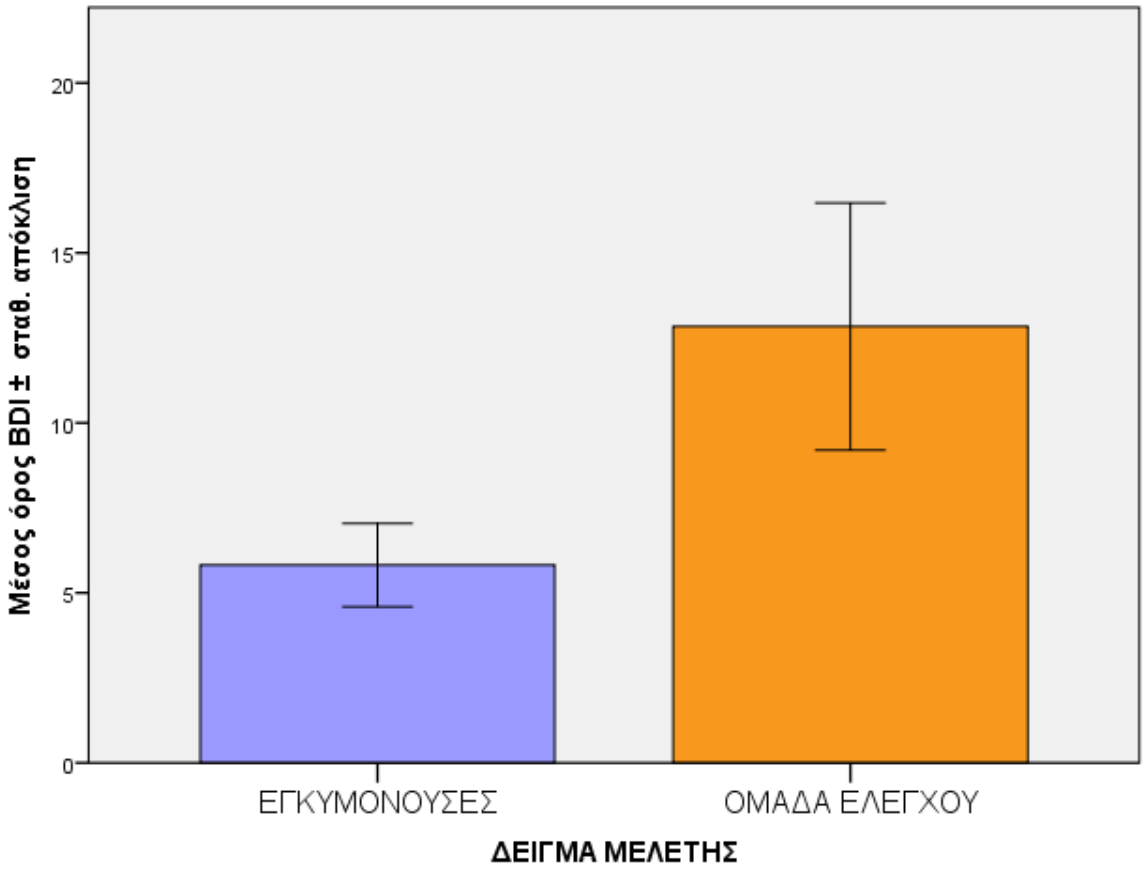
Η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γενικά, εξετάστηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου BDI, το οποίο εξάγει έναν γενικό δείκτη κατάθλιψης. Στον Πίνακα 4 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς τον βαθμό κατάθλιψης που βιώνουν οι εγκυμονούσες και η ομάδα ελέγχου. Εμφανίζεται μια αύξηση στην ομάδα ελέγχου, η οποία είναι στο 12,83 ± 11,7 , σε σχέση με τις μη εγκυμονούσες, που οι τιμές κυμαίνονται στο 5,82 ± 4,7 με την τυπική απόκλιση.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Έπειτα από επισκόπηση των βαθμών συνάφειας μεταξύ των δυο ομάδων, Έπειτα από επισκόπηση των βαθμών συνάφειας μεταξύ των δυο ομάδων, παρουσιάζει στατιστικά υψηλά σημαντική διαφορά στο επίπεδο p<0.001 των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη ομάδα ελέγχου. (Εικόνα 5).

Πίνακας 4. Αποτελέσματα εκτίμησης της κατάθλιψης με την κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI)

Εγκυμονούσες	Ομάδα Ελέγχου	P
5,82 ± 4,7	12,83 ± 11,7	0.001
Οι τιμές δίνονται ως: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση p > 0.05 μη σημαντικό, p < 0.05 σημαντικό, p < 0.01 πολύ σημαντικό, p < 0.001 υψηλά σημαντικό		



Εικόνα 5.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Στον Πίνακα 5 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς τον βαθμό κατάθλιψης, που βιώνουν οι εγκυμονούσες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών και δείγμα εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γενικά, εξετάστηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου BDI, το οποίο εξάγει έναν γενικό δείκτη κατάθλιψης. Το δείγμα των εγκυμονουσών ήταν 30 γυναίκες μικρότερες των 34 ετών και 30 γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών.

Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι από το δείγμα των εγκυμονουσών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών, ότι οι 24 εγκυμονούσες δεν πάσχουν καθόλου από κατάθλιψη, οι 5 έχουν ελαφρά μορφή κατάθλιψης, 1 (μία) έχει μέτρια μορφή κατάθλιψης και καμία δεν πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη.

Από το δείγμα των εγκυμονουσών, ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών, παρατηρήθηκε ότι οι 23 εγκυμονούσες δεν πάσχουν καθόλου από κατάθλιψη, οι 6 εγκυμονούσες πάσχουν από ελαφριά μορφή κατάθλιψης, 1 (μία) από τις εγκυμονούσες έχει μέτρια κατάθλιψη και καμία δεν πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη. (Εικόνα 6).

Πίνακας 5. Αποτελέσματα BDI για την Κατάθλιψη - Εγκυμονούσες

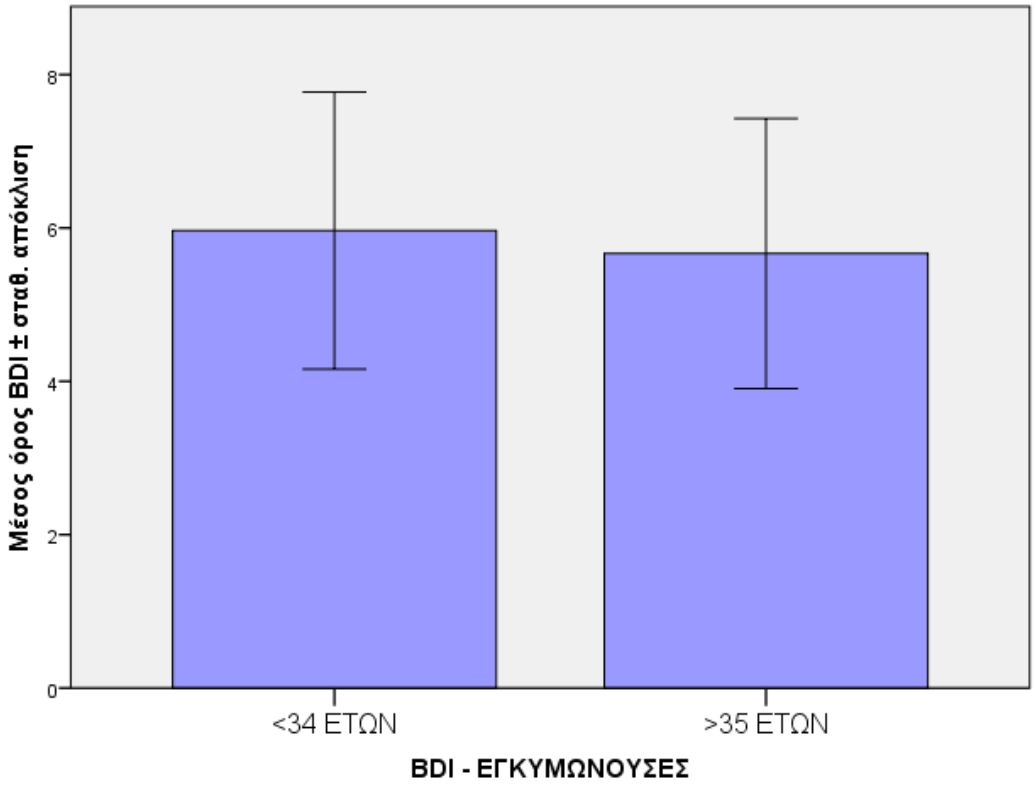
		ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ <34 ΕΤΩΝ	ΕΓΥΜΟΝΟΥΣΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ >35 ΕΤΩΝ	
ΣΚΟΡ BDI	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	n=30	n=30	N=60
0-9	ΚΑΘΟΛΟΥ	24	23	47
10-15	ΕΛΑΦΡΑ	5	6	11
16-23	ΜΕΤΡΙΑ	1	1	2
πάνω από 24	ΣΟΒΑΡΑ	0	0	0

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Στον Πίνακα 6 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς τον βαθμό κατάθλιψης που βιώνουν οι εγκυμονούσες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών και οι εγκυμονούσες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Δεν υπάρχουν αποκλίσεις ανάμεσα στην κατάθλιψη των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών και των εγκυμονουσών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, παρατηρήθηκε ότι στο δείγμα των εγκυμονουσών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών, η κατάθλιψη είναι 5,97 ± 4,8 , σε σχέση με τις εγκυμονούσες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών, που η κατάθλιψη είναι 5,97 ± 4,8. Δεν εμφανίζεται αύξηση σε καμία από τις δύο ομάδες, άρα δεν υπάρχει κατάθλιψη σε σχέση με την ηλικία των εγκυμονουσών. (Εικόνα 6).

Πίνακας 6. Αποτελέσματα εκτίμησης της κατάθλιψης με την κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI) / εγκυμονούσες

Εγκυμονούσες <34 ετών	Εγκυμονούσες >35 ετών	P
5,97 ± 4,8	5,67 ± 4,7	ns
Οι τιμές δίνονται ως: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση Επίπεδα σημαντικότητας: p > 0.05 μη σημαντικό, p < 0.05 σημαντικό, p < 0.01 πολύ σημαντικό, p < 0.001 υψηλά σημαντικό		



Εικόνα 6.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

1.4.3 Αποτελέσματα εκτίμησης του Άγχους του δείγματος με την κλίμακα STAI

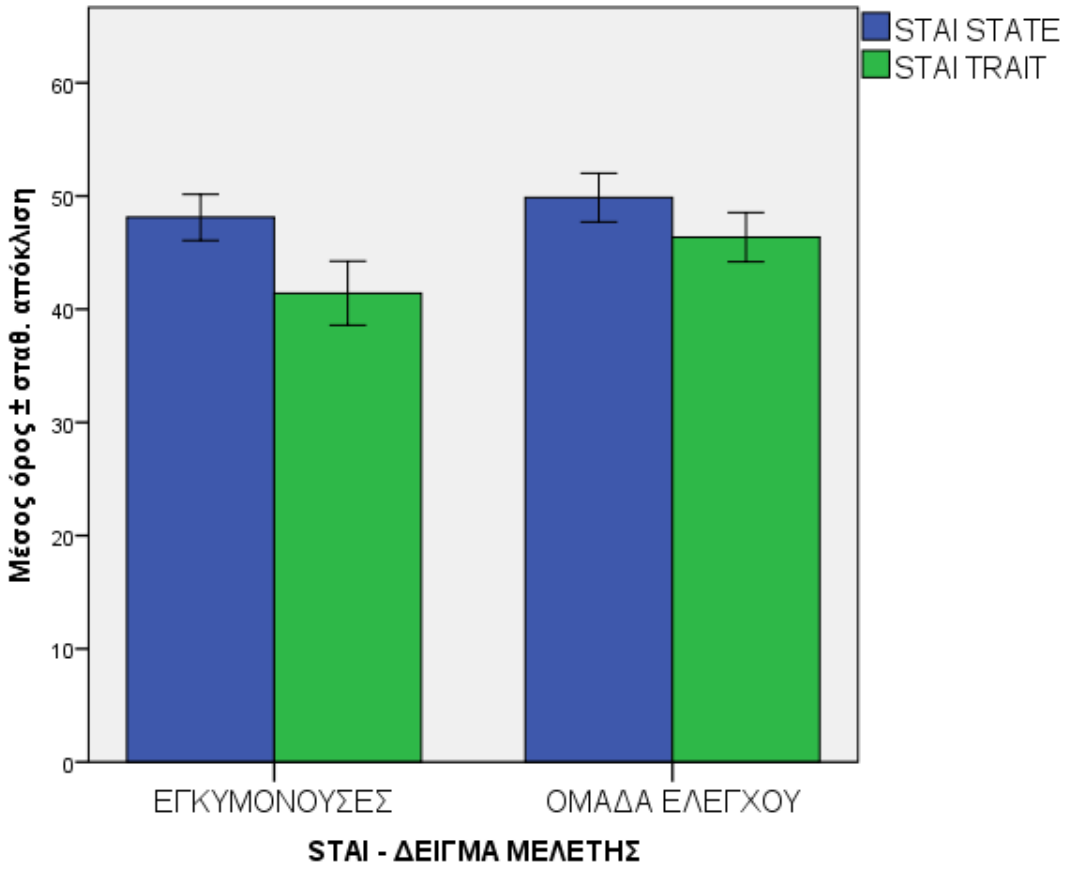
Αποτελέσματα εκτίμησης του άγχους του συνόλου του δείγματος της Κλίμακας STAI

Στον Πίνακα 7 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς τις κλίμακες State-Trait Anxiety Inventory (STAI) του Spielberger (1972) για την ύπαρξη αγχωδών συμπτωμάτων, την υποκλίμακα STAIT για τη συναισθηματική κατάσταση της εξεταζόμενης κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης) και την υποκλίμακα TRAIT για την εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Οι κατανομές στο δείγμα ελέγχονται ως κανονικές. Στον Πίνακα 7 εμφανίζονται οι μέσοι όροι και τα επίπεδα σημαντικότητας. Ως προς το δομικό άγχος STAIT, στο δείγμα των 60 εγκυμονουσών γυναικών οι μετρήσεις έδειξαν 48,12 ± 7,9 , ενώ στο δείγμα της ομάδας ελέγχου οι τιμές είναι 49,86 ± 6,9 , όπου δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα των εγκυμωνούσων και της ομάδας ελέγχου. Ως προς το την υποκλίμακα TRAIT, στο δείγμα των 60 εγκυμονουσών γυναικών οι μετρήσεις έδειξαν 41,42 ± 11,0 , ενώ στο δείγμα της ομάδας ελέγχου οι τιμές είναι 46,36 ± 7,0, παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας των εγκυμωνούσων και της ομάδας ελέγχου στο επίπεδο $p<0,05$. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στην εικόνα 7.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Πίνακας 7. Αποτελέσματα εκτίμησης της κατάθλιψης με την κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI) / εγκυμονούσες

	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	
	n=60	n=42	P
STAI STATE	48,12 ± 7,9	49,86 ± 6.9	ns
STAI TRAIT	41,42 ± 11.0	46,36 ± 7.0	0,05
Οι τιμές δίνονται ως: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση Επίπεδα σημαντικότητας: p > 0.05 μη σημαντικό, p < 0.05 σημαντικό, p < 0.01 πολύ σημαντικό, p < 0.001 υψηλά σημαντικό			



Εικόνα 7.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

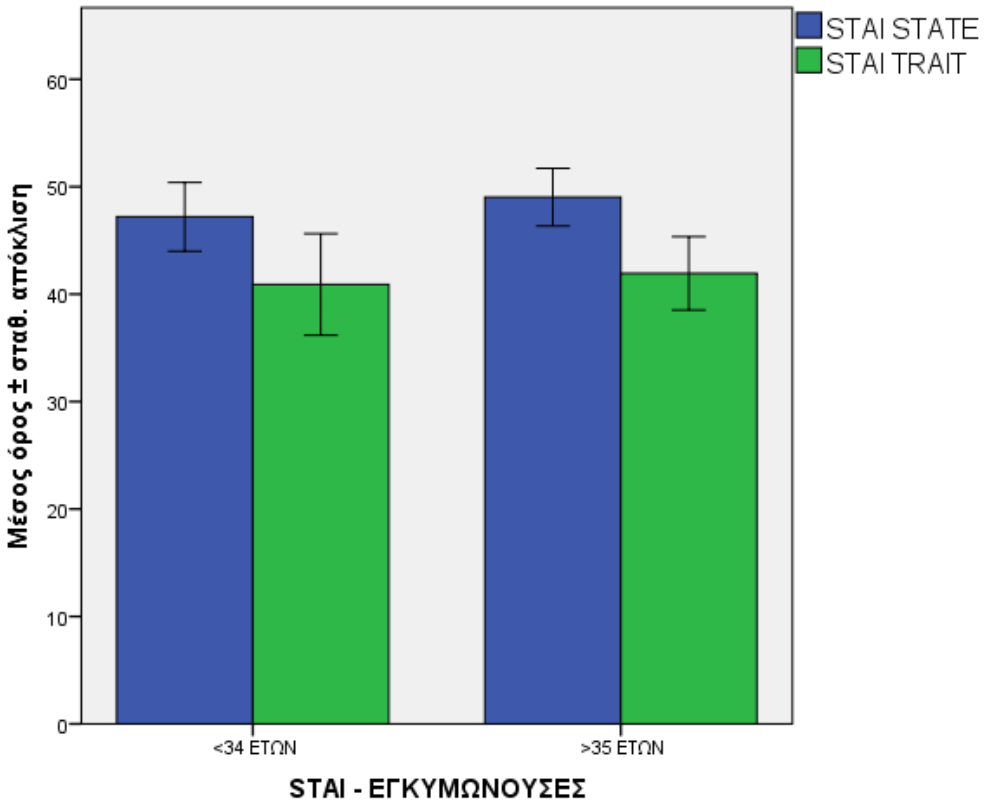
Πίνακας 8. Αποτελέσματα εκτίμησης του άγχους του δείγματος της Κλίμακας STAI – Εγκυμονούσες

Τα αποτελέσματα εκτίμησης του άγχους αναφέρονται σε δείγμα 60 εγκυμονουσών γυναικών , από τις οποίες 30 έγκυες γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών και 30 έγκυες γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Στο πίνακα 8 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των τιμών άγχους που βιώνουν ανάλογα με το διαχωρισμό. Οι εγκυμονούσες γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών έχουν 47,20 ± 8,59 ενώ οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 45 ετών έχουν 49,03 ± 7,20.

Όσον αφορά το περιστασιακό άγχος, οι εγκυμονούσες γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών έχουν 10,90 ± 12,67 , ενώ οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 45 ετών έχουν 41,93 ± 9,13. Παρουσιάζοντας στατιστικά μη σημαντική διαφορά σε όλο το δείγμα. Εικόνα 8.

	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ < 34 ετών	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ >35 ΕΤΩΝ	
	n=30	n=30	P
STAI STATE	47,20 ± 8,59	49,03± 7,20	ns
STAI TRAIT	40,90 ± 12,67	41,93 ± 9,13	ns

Οι τιμές δίνονται ως: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση
Επίπεδα σημαντικότητας: p > 0.05 μη σημαντικό, p < 0.05 σημαντικό, p < 0.01 πολύ σημαντικό, p < 0.001 υψηλά σημαντικό



Εικόνα 8.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

1.4.4 Αποτελέσματα SCL-90R για τη γενική ψυχοπαθολογία του συνολικού δείγματος

Τα αποτελέσματα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας του δείγματος της κλίμακας SCL-90-R αναγράφονται στο πίνακα 9.

Η μελέτη της έρευνας ανάμεσα σε δείγμα 60 εγκυμονουσών και 42 από την ομάδα ελέγχου σύμφωνα με τον πίνακα 7, δείχνει ότι:

Αναφορικά με τη διάσταση "Σωματοποίηση", οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών είναι 0,89 ± 0,58 , ενώ της ομάδας ελέγχου είναι 0,61 ± 0,46 , παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο $p<0.01$

Όσον αφορά στα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα, οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών είναι 0,81 ± 0,63 , ενώ για την ομάδα ελέγχου είναι 0,68 ± 0,48. παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά στη διαπροσωπική ευαισθησία, οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών είναι 0,51 ± 0,48 , ενώ της ομάδας ελέγχου είναι 0,62 ± 0,48, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών στη διάσταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι 0,62 ± 0,54, ενώ της ομάδας ελέγχου είναι 0,56 ± 0,38, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών στη διάσταση των αγχωδών συμπτωμάτων είναι 0,51 ± 0,54 , ενώ στην ομάδα ελέγχου είναι 0,44 ± 0,39, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά

Αναφορικά με τη διάσταση "Επιθετικότητα", οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών είναι 0,62 ± 0,66 , ενώ της ομάδας ελέγχου είναι 0,54 ± 0,41, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά στο φοβικό άγχος, οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών είναι 0,37 ± 0,40 , ενώ οι απαντήσεις της ομάδας ελέγχου είναι 0,27 ± 0,36, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών στη διάσταση του παρανοειδούς ιδεασμού είναι 0,63 ± 0,61 , ενώ στην ομάδα ελέγχου είναι 0,71 ± 0,55, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών στην διάσταση του Ψυχωτισμού είναι 0,28 ± 0,31 και στην ομάδα ελέγχου είναι 0,32 ± 0,37, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών όσον αφορά άλλες διαταραχές (ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.ά.) είναι 6,03 ± 4,16 και στην ομάδα ελέγχου οι απαντήσεις είναι 3,98 ± 3,70. παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο $p <0.05$

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων είναι 0,610 ± 0,46 και της ομάδας ελέγχου είναι 0,530 ± 0,35, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών στο δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων είναι 35,12 ± 20,93 και στην ομάδα ελέγχου είναι 50,26 ± 21,26 με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά στο επίπεδο p<0.01.

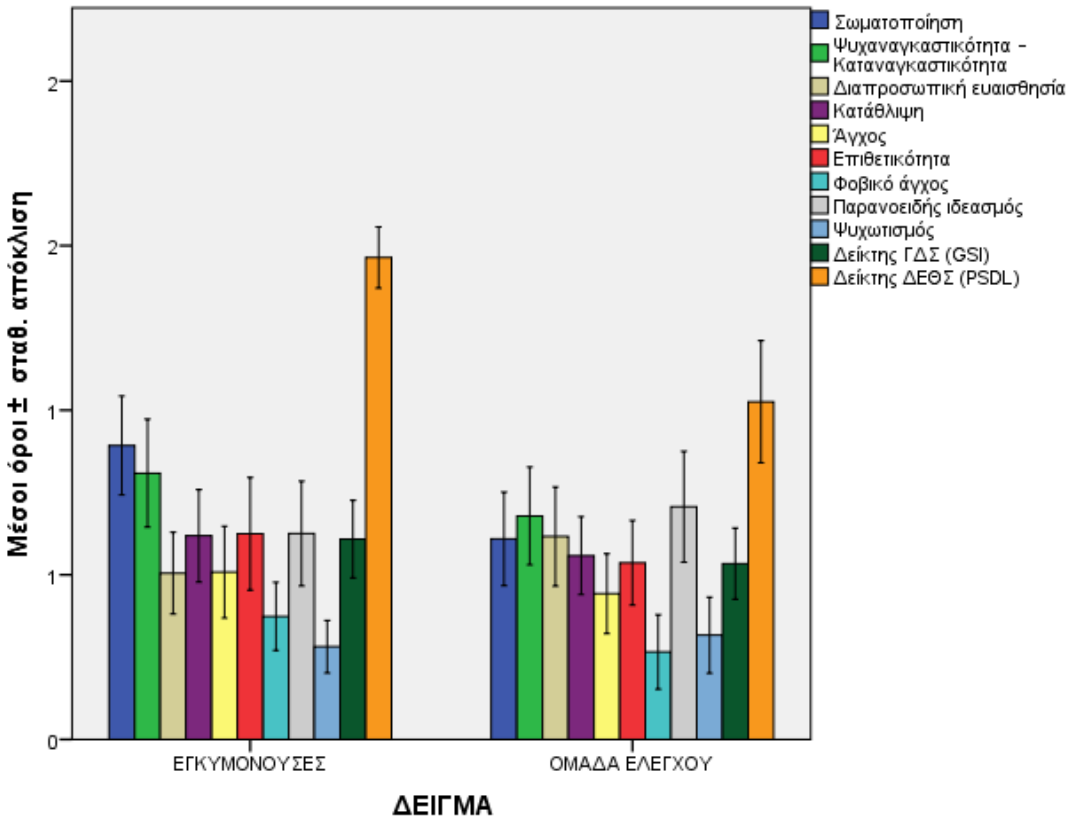
Αναφορικά με το δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων, οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών είναι 1,464 ± 0,36 , ενώ της ομάδας ελέγχου είναι 1,026 ± 0,60 με στατιστικά υψηλά σημαντική διαφορά στο επίπεδο p <0.001. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στην εικόνα 9.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας του δείγματος της Κλίμακας SCL-90-R

	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	P
	n=60	n=42	N=102
Σωματοποίηση	0,89 ± 0,58	0,61 ± 0,46	0.01
Ψυχαναγκαστικότητα – καταναγκαστικότητα	0,81 ± 0,63	0,68 ± 0,48	ns
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,51 ± 0,48	0,62 ± 0,48	ns
Κατάθλιψη	0,62 ± 0,54	0,56 ± 0,38	ns
Άγχος	0,51 ± 0,54	0,44 ± 0,39	ns
Επιθετικότητα	0,62 ± 0,66	0,54 ± 0,41	ns
Φοβικό άγχος	0,37 ± 0,40	0,27 ± 0,36	ns
Παρανοειδής ιδεασμός	0,63 ± 0,61	0,71 ± 0,554	ns
Ψυχωτισμός	0,28 ± 0,31	0,32 ± 0,37	ns
Άλλες διαταραχές (ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.ά.)	6,03 ± 4,16	3,98 ± 3,70	0.05
Δείκτης ΓΔΣ	0,610 ± 0,46	0,53 ± 0,35	ns
Σύνολο θετικών απαντήσεων	35,12 ± 20,93	50,26 ± 21,26	0.01
Δείκτης ΔΕΘΣ	1,464 ± 0,36	1,026 ± 0,60	0.001

Οι τιμές δίνονται ως: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση
Επίπεδα σημαντικότητας: p > 0.05 μη σημαντικό, p < 0.05 σημαντικό, p < 0.01 πολύ σημαντικό, p < 0.001 υψηλά σημαντικό

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14



Εικόνα 9.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Αποτελέσματα της Κλίμακας SCL-90-R για την εγκυμονούσες κάτω των 34 και άνω των 35 ετών.

Έγινε διαχωρισμός του δείγματος των 60 εγκυμονουσών στα άτομα ηλικίας μικρότερης των 34 (n=30) και μεγαλύτερης των 35 ετών (επίσης n=30) και έγινε σύγκριση των ομάδων. Πίνακας 10.

Αναφορικά με τη διάσταση "Σωματοποίηση", οι απαντήσεις των ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,90 ± 0,50 ενώ των ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0.89 ± 0.66, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά στα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα, οι απαντήσεις των ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,79 ± 0,51 , ενώ των ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,682 ± 0,74, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά στη διαπροσωπική ευαισθησία, οι απαντήσεις των ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,53 ± 0,51 , ενώ των ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,48 ± 0,52, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις στη διάσταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,63 ± 0,49 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,61 ± 0,60, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις στη διάσταση των αγχωδών συμπτωμάτων των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,50 ± 0,49 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,51 ± 0,69, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Αναφορικά με τη διάσταση "Επιθετικότητα", οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,64 ± 0,65 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,61 ± 0,69, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά στο φοβικό άγχος, οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,37 ± 0.35 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0.38 ± 0.45, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις στη διάσταση του παρανοειδούς ιδεασμού των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,78 ± 0.65 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0.47 ± 0,55, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις στην διάσταση του Ψυχωτισμού των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,29 ± 0,25 ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,28 ± 0,36, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις όσον αφορά άλλες διαταραχές (ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.ά.) των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών, είναι 5,60 ± 3,24 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 6,47 ± 4,93, παρουσιάζοντας στατιστικά μη σημαντική διαφορά.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Οι απαντήσεις στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 0,62± 30,38 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 0,60 ± 0,53, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Οι απαντήσεις στο δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 35,17± 17,11 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 35,07 ± 24,46, παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά.

Αναφορικά με το δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων οι απαντήσεις των εγκυμονουσών γυναικών ηλικίας μικρότερης των 34 ετών είναι 1,538± 0,35 , ενώ των εγκυμονουσών ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι 1,390 ±0,36 , παρουσιάζοντας στατιστικά μή σημαντική διαφορά. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στην εικόνα 10.

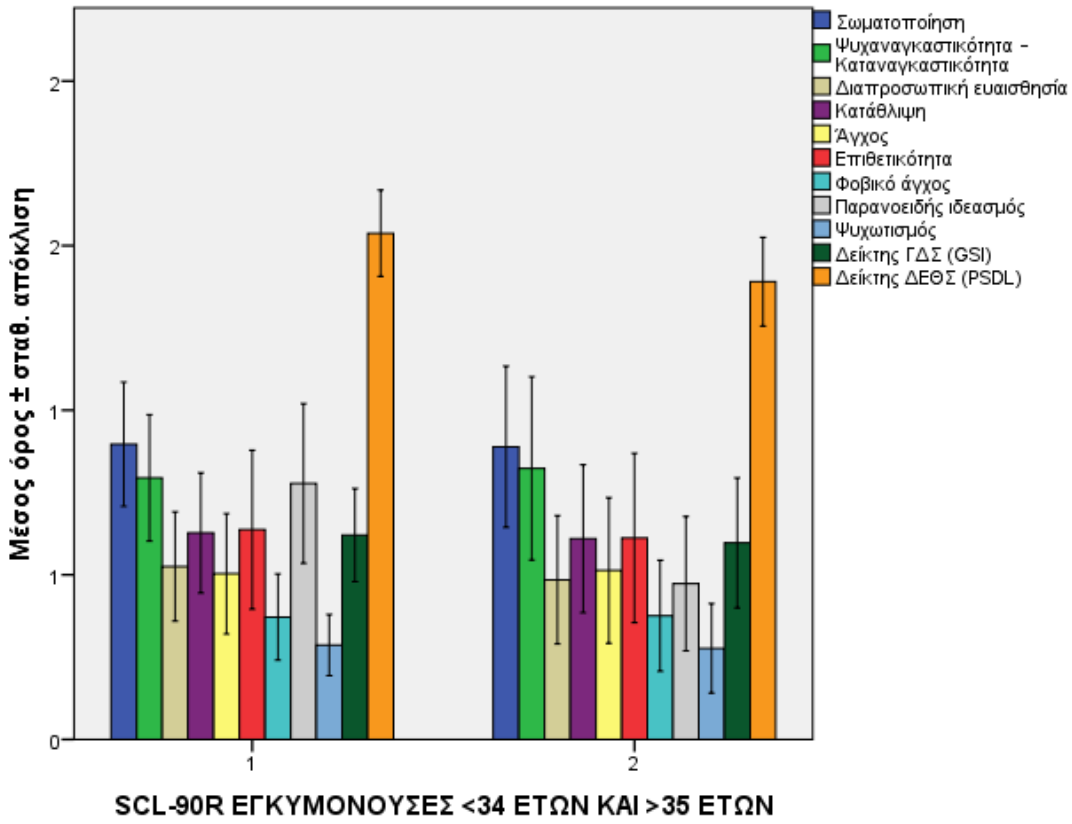
Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Πίνακας 10. Αποτελέσματα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας του δείγματος της Κλίμακας SCL-90-R – Εγκυμονούσες Ηλικίας <34 και >35 ετών

	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ <34	ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΕΣ >35	P
	n=30	n=30	N=60
Σωματοποίηση	0,90 ± 0,50	0,89 ± 0,66	ns
Ψυχαναγκαστικότητα – καταναγκαστικότητα	0,79 ± 0,51	0,82± 0,74	ns
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,53 ± 0,51	0,48 ± 0,52	ns
Κατάθλιψη	0,63 ± 0,49	0,61 ± 0,60	ns
Άγχος	0,50 ± 0,49	0,51 ± 0,69	ns
Επιθετικότητα	0,64 ± 0,65	0,61 ± 0,69	ns
Φοβικό άγχος	0,37 ± 0,35	0,38± 0,45	ns
Παρανοειδής ιδεασμός	0,78 ± 0,65	0,47 ± 0,55	ns
Ψυχωτισμός	0.29 ± 0,25	0,28 ± 0,36	ns
Άλλες διαταραχές (ύπνου. πρόσληψης τροφής κ.ά.)	5,60 ± 3,24	6,47 ± 4,93	ns
Δείκτης ΓΔΣ	0,62 ± 0,38	0,60 ± 0,53	ns
Σύνολο θετικών απαντήσεων	35,17 ± 17,11	35,07 ± 24,46	ns
Δείκτης ΔΕΘΣ	1,538 ± 0,35	1,390 ± 0,36	ns

Οι τιμές δίνονται ως: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση
Επίπεδα σημαντικότητας: $p > 0.05$ μη σημαντικό, $p < 0.05$ σημαντικό, $p < 0.01$ πολύ σημαντικό, $p < 0.001$ υψηλά σημαντικό

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14



Εικόνα 10.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

2. Συζήτηση

2.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από την βιβλιογραφία

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής ήταν η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών που εμφανίζονται ή επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ώστε να είναι δυνατή και η κατάλληλη αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών και πιθανή πρόληψη εκδήλωσης επιλόχειας διαταραχής.

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε στο τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λάρισας, όπου παραδίδονται μαθήματα ανώδυνου τοκετού σε εγκυμονούσες, όπου έγινε καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και διερευνήθηκε η ψυχοπαθολογία με τη χρήση των ερευνητικών εργαλείων.

Εξετάσθηκαν συνολικά 60 εγκυμωνούες ηλικίας από 21 έως 51 ετών. Ο κύριος όγκος των γυναικών έχει ως τόπο μόνιμης διαμονής τη πόλη της Λάρισας. Επίσης διενεργήθηκε εκτίμηση ομάδας ελέγχου 42 μή εγκυμωνούσων γυναικών.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση της ομάδας των εγκυμονουσών, 6,7% ήταν άγαμες, το 91,7% έγγαμες και το 1,7% ήταν διαζευγμένες ή σε χηρεία.

Η ομάδα των εγκυμονουσών ήταν απόφοιτοι Λυκείου 11,7% , το 35,0% ήταν ανωτέρας εκπαίδευσης, το 26,7% ανωτάτης εκπαίδευσης, το 21,7% είχαν λάβει μεταπτυχιακό και 5,0% άλλη εκπαίδευση.

Στα πλαίσια συλλογής πληροφοριών, χρήσιμων στην καλύτερη και ορθότερη εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης, έγινε χρήση της κλίμακας Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI), η οποία αποτελεί μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την εκτίμηση της κατάθλιψης.

Αποτελείται από 21 λήμματα που βαθμολογούνται από 0 έως 3, ανάλογα με τη συχνότητα, την ένταση ή τη βαρύτητα του συμπτώματος. Το εύρος της τελικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 έως 63 βαθιούς. Το ύψος της τελικής βαθμολογίας αντικατοπτρίζει την παρουσία ή απουσία καταθλιπτικής διάθεσης και την ένταση αυτής. Η διαστρωμάτωση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως αυτή φαίνεται από τη λαμβανόμενη βαθμολογία, είναι η εξής: 0 έως 9 = καθόλου κατάθλιψη, 10 έως 15 = ελαφρά κατάθλιψη, 16 έως 23 = μέτρια κατάθλιψη, τιμές δε από 24 και πάνω παραπέμπουν σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 και τον έλεγχο κανονικότητας για τις Κλίμακες της παρούσας έρευνας, προκύπτει ότι από το 60% των εγκυμονουσών, το 47% δεν έχουν καθόλου κατάθλιψη, το 11% έχουν ελαφρά κατάθλιψη, και μόνο το 2% έχουν μέτρια, και 0% των εγκυμονουσών δεν έχει σοβαρή κατάθλιψη, ενώ από το δείγμα της ομάδας ελέγχου των 42% γυναικών προκύπτει ότι το 24% δεν έχουν καθόλου κατάθλιψη, το 3% έχουν ελαφρά κατάθλιψη, το 4% από την ομάδα

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

ελέγχου έχουν μέτρια κατάθλιψη και το 11% έχουν σοβαρή κατάθλιψη. Άρα διαπιστώνουμε πως οι μη εγκυμονούσες είναι πιο καταθλιπτικές από τις εγκυμονούσες.

Επομένως από το δείγμα των 102 γυναικών, διαπιστώθηκε ότι το 71% των γυναικών δεν έχουν καθόλου κατάθλιψη, το 14% πάσχουν από ελαφριά μορφή, το 6% πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη και οι 11% από σοβαρή κατάθλιψη.

Τέλος, τα αποτελέσματα αυτά προκαλούν αξιόλογο δεδομένο προς παρατήρηση, επειδή ακριβώς παρατηρήθηκε ότι, μεταξύ των δυο ομάδων των συμμετεχόντων, υπάρχει σοβαρή κατάθλιψη στο πληθυσμό της ομάδας ελέγχου.

Η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γενικά, εξετάστηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου BDI, το οποίο εξάγει έναν γενικό δείκτη κατάθλιψης. Στον Πίνακα 4 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς τον βαθμό κατάθλιψης που βιώνουν οι εγκυμονούσες και η ομάδα ελέγχου. Εμφανίζεται μια αύξηση στην ομάδα ελέγχου, η οποία είναι στο 12,83 ± 11,7 , σε σχέση με τις μη εγκυμονούσες, που οι τιμές κυμαίνονται στο 5,82 ± 4,7 με την τυπική απόκλιση παρουσιάζοντας στατιστικά υψηλά σημαντική διαφορά στο επίπεδο $p<0.001$ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη ομάδα ελέγχου.

Έπειτα από επισκόπηση των βαθμών συνάφειας μεταξύ των δυο ομάδων, φαίνεται ότι ο βαθμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη ομάδα ελέγχου είναι υψηλά σημαντικός.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εκτίμησης του άγχους του δείγματος της Κλίμακας STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) και ως προς το δομικό άγχος, δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές. Στο δείγμα των 60 εγκυμονουσών γυναικών οι μετρήσεις έδειξαν 48 ,12 ± 7,9 , ενώ στο δείγμα της ομάδας ελέγχου οι τιμές είναι 49.86 ± 6.9 . Μια μικρή διαφοροποίηση στους μέσους όρους, αντιθέτως, παρατηρείται στον δείκτη του περιστασιακού άγχους. Συγκεκριμένα, οι εγκυμονούσες γυναίκες αναφέρουν ελαφρώς λιγότερο άγχος, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Οι εγκυμονούσες γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών έχουν 47,20 ± 8,59 ενώ οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 45 ετών έχουν 49,03 ± 7,20 παρουσιάζοντας στατιστικά μη σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά το περιστασιακό άγχος, οι εγκυμονούσες γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 34 ετών έχουν 10,90 ± 12,67 , ενώ οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 45 ετών έχουν 41,93 ± 9,13 , παρουσιάζοντας στατιστικά μη σημαντική διαφορά..

Οι Amiel et al. (2017) βρίσκουν ότι οι έντονες αλλαγές στα περισσότερα συμπτώματα μπορούν να συσχετιστούν με την κατάθλιψη από τον πρώτο έως τον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης. Αυτό μπορεί να αντανακλά την αλλαγή της βιολογίας κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και τις ψυχολογικές αλλαγές και προσαρμογές στον επικείμενο τοκετό. Οι Amiel et al. (2017) δεν είχαν επαρκή δεδομένα για τη σύνδεση συγκεκριμένων συμπτωμάτων με μεμονωμένους βιολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ένα πεδίο για να διευρυνθεί στο μέλλον η έρευνα είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, τα οποία έχουν νευρορυθμιστικά αποτελέσματα,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

συμπεριλαμβανομένου του συστήματος σεροτονίνης (Moses-Kolko et al., 2008) και έχει γραφεί ότι εμπλέκονται σε ψυχολογικά συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο.

Έρευνα επίσης χρειάζεται για τα σωματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που μπορεί να προκαλέσουν διάγνωση της κατάθλιψης χωρίς αυτή να υπάρχει πραγματικά. Για τα συμπτώματα στο δεύτερο τρίμηνο, υπάρχει η διαπίστωση ότι η αλληλεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης και των παραπόνων που συνδέονται με την εγκυμοσύνη, μπορεί να προκαλέσει εκτιμήσεις για κατάθλιψη στις μελέτες γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία (Amiel et al., 2017).

Από την άλλη πλευρά, η κόπωση και οι διαταραχές του ύπνου είναι αποτελεσματικοί δείκτες κατάθλιψης και αποτελούν σημαντικό μέρος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε έγκυες γυναίκες. Θα μπορούσαν εξίσου να προκαλέσουν γενικότερο πρόβλημα στις ικανότητες της εγκύου, όπως και ψυχολογικά συμπτώματα (Amiel et al., 2017).

Πράγματι, στην παρούσα εργασία, όταν χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα SCL-90-R (για την εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας), οι απαντήσεις των εγκύων γυναικών στα ερωτήματα σχετικά με διαταραχές όπως του ύπνου και της πρόσληψης τροφής δημιουργούν ποσοστό, όπως είδαμε, 6,03 ± 4,16 και στην ομάδα ελέγχου 3,98 ± 3,70.

Οι αναλύσεις των Amiel et al. (2017) σχετικά με την μεταβαλλόμενη συνάφεια ανάμεσα σε καταθλιπτική διάθεση και σωματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια των 9 μηνών εγκυμοσύνης, δείχνουν ότι μπορεί να είναι κλινικά πιο χρήσιμο να εξεταστεί το πώς η έννοια των συμπτωμάτων αλλάζει κατά τη διάρκεια της κύησης, παρά απλώς να απορρίπτονται ορισμένα συμπτώματα ως μη αξιόλογα σχετικά με την κατάθλιψη, για οποιαδήποτε έγκυο γυναίκα. Σε μια μελλοντική μελέτη αυτής της μορφής, θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστεί και το πρότυπο της αλλαγής αυτών των συμπτωμάτων σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η οικογενειακή κατάσταση, περιγράφεται από τα εξής ποσοστά: στο σύνολο των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη, 6,9% ήταν άγαμες, 89,2% έγγαμες και το 3,9% ήταν διαζευγμένες ή σε χηρεία. Από την ομάδα των εγκυμονουσών, 6,7% ήταν άγαμες, 91,7% έγγαμες και το 1,7% ήταν διαζευγμένες ή σε χηρεία. Τα μορφωτικό επίπεδο διαμορφώνεται ως εξής: η ομάδα των εγκυμονουσών ήταν απόφοιτες μέσης εκπαίδευσης στο 11,7%, ενώ το 35,0% ήταν ανωτέρας εκπαίδευσης, το 26,7% ανωτάτης εκπαίδευσης, το 21,7% είχαν λάβει μεταπτυχιακό και το 5,0% άλλη εκπαίδευση. Με κριτήριο την ηλικία, οι εγκυμονούσες δεν εμφανίζουν αποκλίσεις ως προς την κατάθλιψη, μεταξύ των ηλικιών μεγαλύτερων των 35 ετών και αυτών που είναι μικρότερες 34 ετών.

Από τα ποσοστά αυτά δεν προδιαγράφεται ποια έγκυος γυναίκα μπορεί να έχει είτε αγχώδη διαταραχή, είτε κατάθλιψη, όμως, αναφέρεται ότι μια άλλη κατηγοριοποίηση μπορεί να παρέχει κάποιο στοιχείο: για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Biaggi et al. (2016), ποσοστά 10-20% αναφέρονται σε κατάθλιψη της μητέρας στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ενώ για χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα έχουν αναφερθεί ποσοστά υψηλότερα του 20%. Εκτός από τη μεταβλητότητα

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

μεταξύ των χωρών, ο χρόνος και η μέθοδος αξιολόγησης διαδραματίζουν κάποιο ρόλο, ενώ υψηλότερες τιμές έχουν αναφερθεί σε μελέτες που χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια με αυτοαναφορά (Norhayati et al., 2015), πράγμα που έχει ισχύει και για την παρούσα έρευνα. Τίθεται όμως ένα ερώτημα, αν προστεθούν ερωτήσεις για την κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ασθενών σε τοπικό επίπεδο, κατά πόσο θα απαντούσαν ή όχι, καθώς η νοοτροπία σε τέτοια θέματα διαφέρει από χώρα σε χώρα και από περιοχή σε περιοχή.

Ακόμη, άλλοι ερευνητές επισημαίνουν ότι υπάρχει σημαντικό ποσοστό κατάθλιψης της μητέρας, στο ύψος του 23,8% (Sundström et al., 2017) στην περίοδο μεταξύ του πρώτου τριμήνου εγκυμοσύνης και του τέλους του πρώτου έτους μετά τον τοκετό,. Ο υψηλότερος επιπολασμός της κατάθλιψης στη μητέρα σημειωνόταν τυπικά κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων μηνών μετά τον τοκετό (Sundström et al., 2017). Επομένως, μια διαστρωμάτωση του δείγματος ως προς τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης, ενδεχομένως να βοηθούσε την εξαγωγή συμπερασμάτων σε μελλοντική έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο BDI, με το γενικό δείκτη κατάθλιψης που δημιουργεί, εξετάζει την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γενικά. Το αποτέλεσμα αποτελείται από τους μέσους όρους των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος, και ο βαθμός στον οποίο αντιλαμβάνονται ότι έχουν κατάθλιψη, τόσο οι εγκυμονούσες όσο και η ομάδα ελέγχου οδήγησε σε μια μη αναμενόμενη σύγκριση. Προκύπτει μια αύξηση στην ομάδα ελέγχου, η οποία είναι στο 12,83 ± 11,7 , σε σχέση με τις μη εγκυμονούσες, που οι τιμές κυμαίνονται στο 5,82 ± 4,7 με την τυπική απόκλιση. Βάσει και των βαθμών συνάφειας μεταξύ των δύο ομάδων, το ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη ομάδα ελέγχου παρουσιάζει στατιστικά υψηλά σημαντική διαφορά στο επίπεδο $p < 0.001$.

Σε άλλες πρόσφατες μελέτες αναφέρονται άλλα ποσοστά, όπως των Cepeda et al. (2019), που διαπιστώνουν ότι περίπου το 2,5% των εγκύων γυναικών είχαν περιγεννητική κατάθλιψη και περίπου το 5,0% των γυναικών με περιγεννητική κατάθλιψη ανέπτυξαν κατάθλιψη που παρουσιάζει αντίσταση στη θεραπεία (treatment resistant depression, TRD). Ο κίνδυνος ανάπτυξης TRD είναι υψηλότερος (35 έως 50%) σε έγκυες γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης. Οι γυναίκες που ανέπτυξαν TRD είχαν περισσότερες ψυχιατρικές συννοσηρότητες και πιο οδυνηρές παθήσεις από τις γυναίκες που δεν ανέπτυξαν TRD. Ανάλογο εύρημα δεν εντοπίζεται στην παρούσα έρευνα, όπως φαίνεται από την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας του δείγματος.

2.2 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Το δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα αντιπροσωπευτικό, καθώς προέρχεται από εγκυμονούσες οι οποίες

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

προέρχονται από μόνο μια γεωγραφική περιοχή και δεν μπορεί να αντιπροσωπεύσει τον πληθυσμό ολόκληρης της χώρας μας.

Ο αριθμός του δείγματός μας (N =102) είναι ικανοποιητικός για να θεωρηθούν αξιόπιστα τα αποτελέσματά μας.

Το δείγμα των εγκυμονουσών ήταν συγκεκριμένο, κατά την αρχική περίοδο του τρίτου τριμήνου, δηλαδή στον 6ο μήνα της εγκυμοσύνης, προσήλθαν στο τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας, οπότε τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δεν αφορούν όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά μια συγκεκριμένη περίοδο αυτής.

Τέλος, η μελέτη μας είναι διαστρωματική – στατική (cross – sectional), που σημαίνει πως όλα τα δεδομένα μας συλλέχθηκαν σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Το μειονέκτημα των διαστρωματικών – στατικών μας δεδομένων, είναι πως δεν μπορούμε να εξάγουμε ένα αιτιώδες συμπέρασμα για τις μεταβλητές μας, όπως η κατεύθυνση των συσχετίσεων του μοντέλου μας. Επίσης, αποτελεί μόνο ένα στιγμιότυπο, δηλαδή αν είχαμε επιλέξει κάποιο άλλο χρονικό διάστημα, πιθανόν να είχαμε διαφορετικά αποτελέσματα (Levin, 2006).

2.3 Προτάσεις για βελτίωση – μελλοντική έρευνα

Μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής αυτής εργασίας προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση της ψυχολογίας των γυναικών μετά την εγκυμοσύνη στη Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, προκειμένου να ολοκληρωθεί η εικόνα της κατάθλιψης των εγκυμονουσών σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τον τοκετό, σε γυναίκες που ζουν αρχικά στην Ελλάδα (τόσο σε επαρχιακές όσο και αστικές περιοχές), με μεγαλύτερο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, σε δείγμα που θα κατανέμεται ισομερώς σε κάθε ηλικιακή ομάδα, και που θα διαμένει σε διαφορετικά πλαίσια (οικογένεια) εφόσον αυτό θα επιτρέψει τη διεξαγωγή συγκρίσεων ανάμεσα σε εκτιμήσεις των συμμετεχόντων και διαμεσολαβητών.

Η κατάθλιψη και οι επιπτώσεις της, έχει απασχολήσει πολύ την σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, ωστόσο δεν έχει διεξαχθεί καμία σχετική έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό. Συνίσταται μελλοντικά η κατασκευή ενός ερωτηματολογίου για τα ελληνικά δεδομένα, για την διερεύνηση όλων των κατηγοριών των κοινωνικών και ηλικιακών ομάδων. Προτείνουμε να γίνει μια παρόμοια έρευνα μετά την εγκυμοσύνη, για να γίνει σύγκριση αποτελεσμάτων. Πάνω σε αντίστοιχη μελέτη θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί πώς επηρεάζονται οι ορμόνες των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και πως είναι μετά τον τοκετό.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Επιπλέον, μία ενδιαφέρουσα μελλοντική κατεύθυνση του ερευνητικού ενδιαφέροντος θα ήταν να γίνει η διερεύνηση της σχέσης του στρες, του άγχους και των αυξημένων ορμονών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με τον σύντροφο και την οικογένεια. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι το στρες και οι ορμόνες αποτελούν παράγοντα θετικής συσχέτισης για να αυξηθούν οι πιθανότητες καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά και μετά την εγκυμοσύνη, γεγονός που επαληθεύεται πλήρως στην ελληνική κοινωνία.

Ακόμη, δεν είναι δυνατό να παρακολουθήσει κανείς τι συμβαίνει στις νέες μητέρες μετά την αποχώρησή τους από το μαιευτήριο. Θα είχε μεγάλη σημασία, καθώς είναι βέβαιο ότι αλλάζει πλήρως η ζωή τους. Θα έπρεπε να βρεθεί ένας αξιόπιστος τρόπος, μια μελέτη για θέματα ψυχικής υγείας να συνεχίζεται, έστω και για λίγους μήνες μετά το εξιτήριο. Αναγνωρίζεται ότι αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο, γιατί οι γυναίκες δεν μιλούν εύκολα για τις διάφορες συναισθηματικές αλλαγές που μπορεί να έχουν.

Τέλος, το κράτος και οι δομές υγείας θα έπρεπε να μεριμνούν για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών ασθενών μέσα από σεμινάρια και διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού, περιβάλλοντος.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

3. Συμπεράσματα

Η κατάθλιψη είναι μια πολύ κοινή διαταραχή στις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία και μία από τις κυριότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ο βασικός παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό.

Η περίοδος της εγκυμοσύνης, του τοκετού, καθώς και αμέσως μετά τον τοκετό είναι στιγμές που η γυναίκα είναι πολύ ευάλωτη και μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε προβλήματα κατάθλιψης.

Για πολλά χρόνια, οι γιατροί πίστευαν ότι η αύξηση των ορμονών κατά την εγκυμοσύνη προστατεύουν τις γυναίκες από την κατάθλιψη και κοινή πεποίθηση είναι ότι, κάθε γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη είναι ευτυχής για το σχηματισμό μιας νέας ζωής, που θα φέρει στον κόσμο. Για το λόγο αυτό σε αυτές τις ευαίσθητες στιγμές της ζωής της γυναίκας, παροδικές καταστάσεις κατάθλιψης δεν διαπιστώνονται, δεν διαγιγνώσκονται και δεν υποβάλλονται σε κάποια κατάλληλη θεραπεία.

Στην μελέτη μας δεν επιβεβαιώνεται η παρουσία ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα κατάθλιψης σε εγκυμωνούσες στην φάση της αρχικής περιόδου του τρίτου τριμήνου της εγκυμωσύνης.

Η επιλόχεια κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται μετά τον τοκετό, είναι μια ιδιαίτερη μορφή διαταραχής που εμφανίζεται από την 3η ή 4η ημέρα μετά τον τοκετό και μπορεί να διαρκέσει αρκετές ημέρες έως και μήνες, εκδηλώνοντας σε ορισμένες περιπτώσεις ως πραγματικό καταθληπτικό επεισόδιο, συνοδευόμενο από μορφές ψύχωσης. Πάνω από το 70% των μητέρων, στις ημέρες που ακολουθούν τον τοκετό, εμφανίζουν ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, σε μια μορφή που ονομάζεται "baby blues", με αναφορά στην κατάσταση της μελαγχολίας ("Blues") που χαρακτηρίζει το φαινόμενο και μπορεί να έχει και μεγάλη διάρκεια. Η ιατρική επιστήμη δεν έχει παράσχει ακόμη οριστικές εξηγήσεις, όσον αφορά τις αιτίες του φαινομένου, ακόμη και αν ορισμένες μελέτες καταλογίζουν την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης σε ορμονικές αλλαγές στις γυναίκες μετά τον τοκετό, ειδικότερα στην πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων και προγεστερόνη.

Στην πραγματικότητα υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της "κατάθλιψης μετά τον τοκετό", κυρίως ψυχολογικής και ψυχοκοινονικής προέλευσης, σε γεγονότα αμέσως μετά τη γέννηση, όπως η αλλαγή του ρόλου της γυναίκας στην κοινωνική σφαίρα, ο φόβος της επικείμενης ευθύνης της φροντίδας του βρέφους, η προσωπική εμφάνιση.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Βιβλιογραφία

Adams, S.S.; Eberhard-Gran, M.; Sandvik, A.R.; Eskild, A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: A cohort study of 55,814 women. BJOG. 2012 119(3):298-305. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x

Ahmed, A.; Bowen, A.; Feng, C.X.; Muhajarine, N. Trajectories of maternal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to five years postpartum and their prenatal predictors. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 14;19(1):26. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332639/

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Amiel Castro RT, Pinard Anderman C, Glover V, O'Connor TG, Ehlert U, Kammerer M. Associated symptoms of depression: patterns of change during pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2017;20(1):123–128. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237451/

Αναγνωστοπούλου, Τ. Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Στο: Σταλίκας, Α. Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. 2002. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Λιάκος, Α. & Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής Social Psychology, 1994; 5, 1063-1078 21, 1984, 71-76.

Andriola E, Di Trani M, Grimaldi A, Donfrancesco R. The relationship between personality and depression in expectant parents. Depress Res Treat (2011) 2011:356428. https://www.hindawi.com/journals/drt/2011/356428/

Aris-Meijer J, Bockting C, Stolk R, et al. What If Pregnancy Is Not Seventh Heaven? The Influence of Specific Life Events during Pregnancy and Delivery on the Transition of Antenatal into Postpartum Anxiety and Depression. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(16):2851. Published 2019 Aug 9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6720783/

Baron E, Bass J, Murray SM, Schneider M, Lund C. A systematic review of growth curve mixture modelling literature investigating trajectories of perinatal depressive symptoms and associated risk factors. J Affect Disord. 2017;223:194–208. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5592733/

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Beck AT. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row, 1967.
https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=6rigtdo0u2UC&oi=fnd&pg=PA3&dq=.+Depression:+clinical,+experimental,+and+theoretical+aspects.+New+York:+Harper+%26+Row,+1967.&ots=T38nHbH-5B&sig=7DbDz62w-VQUu7pJjN8_6JmdRyE&redir_esc=y#v=onepage&q=.%20Depression%3A%20clinical%2C%20experimental%2C%20and%20theoretical%20aspects.%20New%20York%3A%20Harper%20%26%20Row%2C%201967.&f=false

Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord. 2016;191:62–77.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879174/

Blackmore ER, Putnam FW, Pressman EK, et al. The Effects of Trauma History and Prenatal Affective Symptoms on Obstetric Outcomes. J Trauma Stress. 2016;29(3):245–252.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902169/

Blom, E.A.; Jansen, P.W.; Verhulst, F.C.; Hofman, A.; Raat, H.; Jaddoe, V.W.; Coolman, M.; Steegers, E.A.P.; Tiemeier, H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. BJOG. 2010 117(11):1390-8.
https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x

Burns ER, Farr SL, Howards PP. Stressful life events experienced by women in the year before their infants' births—United States, 2000–2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(9):247–251. https://www.cdc.gov/Mmwr/preview/mmwrhtml/mm6409a3.htm

Cepeda MS, Reps J, Ryan P. Finding factors that predict treatment-resistant depression: Results of a cohort study. Depress Anxiety. 2018;35(7):668–673.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055726/

Cepeda MS, Kern DM, Nicholson S. Treatment resistant depression in women with peripartum depression. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):323. Published 2019 Sep 2.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6721276/

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Chow A, Dharma C, Chen E, et al. Trajectories of Depressive Symptoms and Perceived Stress From Pregnancy to the Postnatal Period Among Canadian Women: Impact of Employment and Immigration. Am J Public Health. 2019;109(S3):S197–S204.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6595522/

Cohen BH. Explaining psychological statistics. (2nd Ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc., 2008. https://www.psych.nyu.edu/cohen/eps12dr1.pdf

Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. Jama. 2006;295(5):499–507. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202291

Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A; Early Years Research Group (EYRG). The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. PLoS One. 2017;12(1):e0169907. Published 2017 Jan 17.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241141/

Eke AC, Saccone G, Berghella V. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and risk of preterm birth:a systematic review and meta-analysis. BJOG:An Int. J. Obst. Gynaecol. 2016;123(12):1900–1907.
https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.14144

Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Infant Behav Dev. 2010;33(1):1–6.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819576/

Furumura K, Koide T, Okada T, et al. Prospective study on the association between harm avoidance and postpartum depressive state in a maternal cohort of Japanese women. PLoS One. 2012;7(4):e34725. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323560/

García-Blanco, A., Diago, V., Hervás, D., Ghosn, F., Vento, M., & Cháfer-Pericás, C. (2018). Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: A prospective cohort study. Hum Reprod. 2018 33(7):1237-1246.
https://academic.oup.com/humrep/article/33/7/1237/5001646

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Gariepy AM, Lundsberg LS, Miller D, Stanwood NL, Yonkers KA. Are pregnancy planning and pregnancy timing associated with maternal psychiatric illness, psychological distress and support during pregnancy?. J Affect Disord. 2016;205:87–94.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5048515/

Ghosn F, Almansa B, Moreno-Giménez A, et al. Trajectories of stress biomarkers and anxious-depressive symptoms from pregnancy to postpartum period in women with a trauma history. Eur J Psychotraumatol. 2019;10(1):1601990. Published 2019 Apr 29.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6493226/

Giurgescu C, Zenk SN, Templin TN, et al. The Impact of Neighborhood Environment, Social Support, and Avoidance Coping on Depressive Symptoms of Pregnant African-American Women. Womens Health Issues. 2015;25(3):294–302.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431761/

Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. Front Psychiatry. 2018;8:248. Published 2018 Feb 1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5799244/

Haw, C.; Hawton, K.; Gunnell, D.; Platt, S. Economic recession and suicidal behavior: Possible mechanisms and ameliorating factors. Int. J. Soc. Psychiatry 2014, 61, 73–81.
http://malesuicidepreventionaustralia.com.au/wp-content/uploads/2017/03/Hawetal2015-Ecc-recession-suicidal-mechanisms-ameliorating-factors.pdf

Heyningen TV, Myer L, Onah M, Tomlinson M, Field S, Honikman S. Antenatal depression and adversity in urban South Africa. J Affect Disord. 2016;203:121–129.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5777271/

Howard LM , Ryan EG , Trevillion K , et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh postnatal depression scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. Br J Psychiatry 2018;212:50–6.doi:10.1192/bjp.2017.9
https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/A317DC7FBD645FB34FF8A1D2E2762A5F/S0007125017000095a.pdf/accuracy_of_the_whooley_questions_and_the_edinburgh_postnatal_depression_scale_in_identifying_depression_and_other_mental_disorders_in_early_pregnancy.pdf

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Ingram J, Johnson D, Johnson S, et al. Protocol for a feasibility randomised trial of low-intensity interventions for antenatal depression: ADAGIO trial comparing interpersonal counselling with cognitive behavioural therapy. BMJ Open. 2019;9(8):e032649. Published 2019 Aug 18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6701625/

Ionescu DF, Niciu MJ, Richards EM, Zarate CA Jr. Pharmacologic treatment of dimensional anxious depression: a review. Prim Care Companion CNS Disord. 2014;16(3):PCC.13r01621. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195641/

Jacobson NC, Newman MG. Avoidance mediates the relationship between anxiety and depression over a decade later. J Anxiety Disord. 2014;28(5):437–445. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957550/

Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, et al. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety [published correction appears in Obstet Gynecol. 2019 133(6):1288]. Obstet Gynecol. 2017;129(3):422–430. doi:10.1097/AOG.0000000000001902 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5957550/

Kjerulff KH, Brubaker LH. New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. Birth. 2018;45(1):19–27. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6366841/

Ko JY, Rockhill KM, Tong VT, Morrow B, Farr SL. Trends in Postpartum Depressive Symptoms - 27 States, 2004, 2008, and 2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66(6):153–158. Published 2017 Feb 17. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657855/

Kubota C, Inada T, Shiino T, et al. Relation Between Perinatal Depressive Symptoms, Harm Avoidance, and a History of Major Depressive Disorder: A Cohort Study of Pregnant Women in Japan. Front Psychiatry. 2019;10:515. Published 2019 Jul 26. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676370/

Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review [published correction appears in Am J Obstet Gynecol. 2011 205(3):236]. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(1):5–14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919747/

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Lau Y, Htun TP, Kwong HKD. Sociodemographic, obstetric characteristics, antenatal morbidities, and perinatal depressive symptoms: A three-wave prospective study. PLoS One. 2018;13(2):e0188365. Published 2018 Feb 8.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805167/

Leander M, Lampa E, Rask-Andersen A, Franklin K, Gislason T, Oudin A, Svanes C, Torén K, Janson C. Impact of anxiety and depression on respiratory symptoms. Respir Med. 2014 108(11):1594-600. Epub 2014 Sep 16. https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(14)00318-7/fulltext

Li YI, Starr LR, Wray-Lake L. Insomnia mediates the longitudinal relationship between anxiety and depressive symptoms in a nationally representative sample of adolescents. Depress Anxiety. 2018;35(6):583–591. doi:10.1002/da.22764
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5992096/

Loomans, E.M.; van Dijk, A.E.; Vrijkotte, T.G.; van Eijsden, M.; Stronks, K.; Gemke, R.J.; Van den Bergh, B.R. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: Results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. Eur J Public Health. 2013 23(3):485-91.
https://academic.oup.com/eurpub/article/23/3/485/541030

Lothian JA. The journey of becoming a mother. J Perinat Educ. 2008;17(4):43–47. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582416/

McDonald, S.; Wall, J.; Forbes, K.; Kingston, D.; Kehler, H.; Vekved, M.; Tough, S. Development of a prenatal psychosocial screening tool for post-partum depression and anxiety. Paediatr Perinat Epidemiol. 2012 26(4):316-27.
http://allourbabiesstudy.com/wp-content/uploads/2016/01/Psychosocial-Screening.pdf

Minatani M, Kita S, Ohashi Y, et al. Temperament, Character, and Depressive Symptoms during Pregnancy: A Study of a Japanese Population. Depress Res Treat. 2013;2013:140169.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881521/

Mora PA, Bennett IM, Elo IT, Mathew L, Coyne JC, Culhane JF. Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: evidence from growth mixture modeling. Am J Epidemiol. 2009;169(1):24–32. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720701/

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Moses-Kolko EL, Wisner KL, Price JC, Berga SL, Drevets WC, Hanusa BH, Loucks TL, Meltzer CC. Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: a positron emission tomography study. Fertil Steril. 2008;89(3):685–692.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2410091/

Muzik M, McGinnis EW, Bocknek E, et al. PTSD SYMPTOMS ACROSS PREGNANCY AND EARLY POSTPARTUM AMONG WOMEN WITH LIFETIME PTSD DIAGNOSIS. Depress Anxiety. 2016;33(7):584–591. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4930405/

Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. 2015. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord 175:34–52.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714008271?via%3Dihub

Ντώνιας Σ, Δεμερτζής Ι. Στάθμιση της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck. Πρακτ. 10ου Πανελ. Συνεδρ. Νευρολογίας και Ψυχιατρικής (σελ. 486-492), Θεσσαλονίκη, 1983.

Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991:2:42-48.

Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(9):1555–1560. Published 2019 May 14.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542400/

Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. Lancet Psychiatry. 2017;4(6):477–485. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5836292/

Pedersen C, Leserman J, Garcia N, Stansbury M, Meltzer-Brody S, Johnson J. Late pregnancy thyroid-binding globulin predicts perinatal depression. Psychoneuroendocrinology. 2016;65:84–93.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752891/

Pedersen LH , Henriksen TB , Olsen J. Fetal exposure to antidepressants and normal milestone development at 6 and 19 months of age. Pediatrics 2010;125:e600–8.
https://pediatrics.aappublications.org/content/125/3/e600?ijkey=510947cd2dc5cfaba5ac0696bb277db37f3a47e0&keytype2=tf_ipsecsha

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Pellowski JA, Bengtson AM, Barnett W, DiClemente K, Koen N, Zar HJ, Stein DJ. Perinatal depression among mothers in a South African birth cohort study: Trajectories from pregnancy to 18 months postpartum. J Affect Disord. 2019 259:279-287. [Epub ahead of print] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718332439?via%3Dihub

Peres MFP, Mercante JPP, Tobo PR, Kamei H, Bigal ME. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. J Headache Pain. 2017;18(1):37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360747/#CR12

Pesonen AK, Lahti M, Kuusinen T, et al. Maternal Prenatal Positive Affect, Depressive and Anxiety Symptoms and Birth Outcomes: The PREDO Study. PLoS One. 2016;11(2):e0150058. Published 2016 Feb 26. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769149/

Plant DT, Pawlby S, Sharp D, Zunszain PA, Pariante CM. Prenatal maternal depression is associated with offspring inflammation at 25 years: a prospective longitudinal cohort study. Transl Psychiatry. 2016;6(11):e936. Published 2016 Nov 1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5314108/

Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia. Zdr Varst. 2014;54(1):45–50. Published 2014 Dec 30. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820148/

Raby KL, Roisman GI, Fraley RC, Simpson JA. The enduring predictive significance of early maternal sensitivity: social and academic competence through age 32 years. Child Dev. 2015;86(3):695–708. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428971/

Rejnö G, Lundholm C, Öberg S, Lichtenstein P, Larsson H, D'Onofrio B, Larsson K, Saltvedt S, Brew BK, Almqvist C. Maternal anxiety, depression and asthma and adverse pregnancy outcomes - a population based study. Sci Rep. 2019 9(1):13101. https://www.nature.com/articles/s41598-019-49508-z

Santos H Jr, Tan X, Salomon R. Heterogeneity in perinatal depression: how far have we come? A systematic review. Arch Womens Ment Health. 2017;20(1):11–23. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5507213/

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14

Spielberger, CD, Gorsuch, RL & Lushene, R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation questionnaire). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1970.

Stellenberg EL, Abrahams JM. Prevalence of and factors influencing postnatal depression in a rural community in South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2015;7(1):874. Published 2015 Nov 24. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729123/

Sujan AC, Rickert ME, Öberg AS, et al. Associations of Maternal Antidepressant Use During the First Trimester of Pregnancy With Preterm Birth, Small for Gestational Age, Autism Spectrum Disorder, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring. JAMA. 2017;317(15):1553–1562. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2618619

Sundström Poromaa I, Comasco E, Georgakis MK, Skalkidou A. Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. J Neurosci Res. 2017;95(1-2):719–730. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129485/

Taylor CT, Lyubomirsky S, Stein MB. Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. Depress Anxiety. 2017 34(3):267-280. Epub 2017 Jan 6. https://escholarship.org/uc/item/06v1w2v1

Viktorin A, Lichtenstein P, Lundholm C, Almqvist C, D'Onofrio BM, Larsson H, Landén M, Magnusson PK. Selective serotonin re-uptake inhibitor use during pregnancy: association with offspring birth size and gestational age. Int J Epidemiol. 2016 45(1):170-7. Epub 2016 Jan 9. https://academic.oup.com/ije/article/45/1/170/2363899

World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
13/09/2026 18:51:03 EEST - 216.73.216.14