



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΔΥΣΘΥΜΙΑΣ

Επιβλέπον καθηγητής: Μουζάς Οδυσσέας

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Κατσαούνη Ιωάννα

Μέλη τριμελούς επιτροπής: Τσιουρή Ιωάννα

Μπονώτης Κωνσταντίνος

Σεπτέμβριος 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζω θερμές ευχαριστίες στα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής παρακολούθησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Ειδικότερα, εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Οδυσσέα Μουζά Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την ανάθεση της μεταπτυχιακής διατριβής, καθώς και για την πολύτιμη βοήθειά του, την καθοδήγησή του και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθόλη τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Ευχαριστώ τον Διευθυντή την Β` Μαιευτικής κλινικής του Νοσοκομείου Σερρών κ. Δημήτριο Μπαλαξή η βοήθεια του οποίου ήταν πολύ σημαντική για την προσέγγιση του θέματος της διατριβής μου από την οπτική της Μαιευτικής ειδικότητας.

Ευχαριστώ το ψυχίατρο του ΙΚΑ Σερρών κ. Δημήτριο Ζάτκα για την παραχώρηση σύγχρονων επιστημονικών συγγραμμάτων από την προσωπική του βιβλιοθήκη.

Ευχαριστώ όλο το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό των Μαιευτικών κλινικών του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Σερρών, για τη συνεργασία τους όπου αυτό ήταν απαραίτητο. Ο καθένας στο βαθμό που του αναλογούσε, φρόντισε για τις καλύτερες δυνατές συνθήκες διεξαγωγής της προσωπικής συνέντευξης των λεχωίδων.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ όλες τις λεχώνες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα ακόμα και όταν οι συνθήκες ήταν δύσκολες για εκείνες.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους γονείς μου που με υπομονή και αγάπη στάθηκαν δίπλα μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
1. Η περιγεννητική περίοδος ως περίοδος αλλαγής	4
2. Αναμενόμενες αλλαγές στην ψυχολογία της γυναίκας	5
3. Δυσθυμικές διαταραχές στη λοχεία	6
4. Ιστορική αναδρομή	7
5. Παράγοντες κινδύνου	9
6. Συχνότητα	15
7. Αιτιολογία	16
7.1. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	16
7.1.1. Δημογραφικά στοιχεία	16
7.1.2. Ψυχιατρικό αναμνηστικό ιστορικό	16
7.1.3. Γεγονότα ζωής	16
7.1.4.Κύηση	16
7.1.5. Παράγοντες συσχετιζόμενοι με τη προσωπικότητα	17
7.1.6. Οικογένεια	17
7.1.7. Παραμονή στο μαιευτήριο	17
7.1.8. Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες	18
7.2. Γυναικολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τοκετό	19
7.3. Θηλασμός	19
7.4. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας	20
7.4.1. Έμμηнос ρήση	20
7.4.2. Αριθμός προηγούμενων τοκετών	20
7.4.3. Άμβλωση	20
7.4.4. Εμμηνόπαυση	20
7.5. Ύπνος	20
7.6. Αναιμία και φυλλικό οξύ	20
7.7. Βιολογικοί παράγοντες	21
7.7.1. Ενδοκρινική λειτουργία	21
7.7.1.1. Οιστρογόνα	21
7.7.1.2. Προγεστερόνη	21

7.7.1.3. FSH, LH	22
7.7.1.4. Προλακτίνη	22
7.7.1.5. Θειρεοειδικές ορμόνες	22
7.7.1.6. Κοτριζόλη	22
7.7.1.7. Ενδορφίνες	23
8. Πρόληψη	24
9. Κλινική εικόνα	26
10. Διαφορική διάγνωση	29
11. Θεραπεία	29
12. Επιπτώσεις στη σχέση γονέα βρέφους	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	34
1. Μέθοδοι	34
2. Δείγμα	34
3. Ερωτηματολόγιο	35
4. Στατιστική ανάλυση	36
5. Αποτελέσματα	37
5.1. Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα	37
5.2. Δεδομένα από ερωτηματολόγια	53
Συζήτηση	57
Περίληψη	63
Summary	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	71
Βιβλιογραφία	76

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η περιγεννητική περίοδος ως περίοδος αλλαγής

Η απόφαση μιας γυναίκας να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, αποτελεί ένα κομβικό γεγονός, μια τεράστια αλλαγή στη ζωή της και μάλιστα, μια αλλαγή χωρίς επιστροφή. Η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού είθισται να περιγράφονται ως ευτυχείς εμπειρίες, ως επιτυχία της ίδιας της γυναίκας αλλά και του ζευγαριού. Μια πιο προσεκτική προσέγγιση, όμως, αναδεικνύει μια σειρά αμφιθυμικών συναισθημάτων και προβληματισμών, ικανών να τη μετατρέψουν σε μια δυσάρεστη εμπειρία. Σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με μια σειρά από σημαντικά ερωτήματα: Αν θα είναι καλή μητέρα. Αν θα μπορεί να μεγαλώσει το παιδί της σωστά ή κάποια στιγμή θα δει στη ζωή του τα λάθη που διέπραξε στην ανατροφή του. Αν θα μπορεί να συνεχίσει την καριέρα της ή θα κλειστεί σε ένα σπίτι, έχοντας μόνο τον ρόλο της μητέρας. Αν θα έχει βοήθεια από το σύζυγο σε πρακτικά θέματα. Αν η μητέρα της θα της σταθεί. Μήπως όλοι θα την κατακρίνουν για τα λάθη που κάνει στην ανατροφή του παιδιού. Γιατί οι άλλες γυναίκες τα καταφέρνουν καλύτερα (γεννούν με φυσιολογικό τοκετό, θηλάζουν περισσότερο, κ.λ.π)¹;

Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό – σωματικό γεγονός, αλλά μια πολύπλοκη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η γυναίκα καλείται να προσαρμοστεί σε μια πληθώρα πρωτόγνωρων καταστάσεων, συνθηκών ζωής και καθημερινότητας: θα πρέπει να φροντίσει ώστε η ίδια και το έμβρυο να παραμείνουν ασφαλείς, πράγμα που προϋποθέτει τη συγκατάθεσή της σε μια σειρά «θυσίες» - αλλαγές στο μέχρι τότε τρόπο ζωής της. Οι αλλαγές ενδέχεται να είναι καλοδεχούμενες, ίσως όμως να απομακρύνουν για ένα μεγάλο διάστημα τη γυναίκα από σημαντικά ενδιαφέροντα, εργασιακά, κοινωνικά ή άλλου τύπου. Η έγκυος καλείται να συνάψει ένα δεσμό με το έμβρυο που κυοφορεί, να διασφαλίσει την αποδοχή του από το οικογενειακό περιβάλλον και να προετοιμαστεί για τον τοκετό. Καλείται, τέλος, να αποδεχθεί τις αλλαγές στην εικόνα του σώματός της και να τροποποιήσει διάφορες πτυχές στη σχέση με το σύντροφο και πατέρα του παιδιού². Οι προαναφερθείσες προσαρμοστικές προκλήσεις είναι μόνο ενδεικτικές, από τη στιγμή που κάθε γυναίκα κουβαλάει τη δική της ιστορία, τις σχέσεις και τον τρόπο ζωής, άρα και διαφορετικές ανάγκες³.

2. Αναμενόμενες αλλαγές στην ψυχολογία της γυναίκας

Οι οργανικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης νοηματοδοτούνται από τις ιδιαίτερες σκέψεις, φαντασιώσεις, προσδοκίες και συναισθήματα της κάθε γυναίκας. Οι αναπαραστάσεις της για την εγκυμοσύνη, τη μητρότητα και το παιδί, προέρχονται εξ' ολοκλήρου από το δικό της ψυχικό κόσμο. Για κάθε γυναίκα οι αλλαγές έχουν διαφορετική βαρύτητα και σημασία, εξαρτώμενη άμεσα από την προσωπική της ιστορία.

Ακόμα και μια επιθυμητή και προσδοκώμενη εγκυμοσύνη δημιουργεί αμφιθυμία, από τη στιγμή που η έλευση μιας νέας ζωής σηματοδοτεί μια τεράστια αλλαγή στον τρόπο ζωής της μητέρας, του πατέρα και των υπολοίπων παιδιών (εφόσον υπάρχουν).

Την πρώτη περίοδο της εγκυμοσύνης, μέχρι και τους 4 ½ περίπου μήνες, όταν η γυναίκα αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις κινήσεις του παιδιού, κάποιες γυναίκες νιώθουν πληρότητα, ικανοποίηση και ευχαρίστηση. Νιώθουν τότε την ανάγκη να αποσυρθούν από τον εξωτερικό κόσμο, γιατί έχουν τη διάθεση να ασχοληθούν με τον εαυτό τους. Άλλες πάλι νιώθουν μια ελαφριά κατάθλιψη αυτή την περίοδο και αυξάνουν τη σωματική τους δραστηριότητα για να νιώσουν καλύτερα. Οι πιο δραστήριες δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων. Συχνά ζηλεύουν το γεγονός ότι ο σύζυγος μπορεί να συνεχίσει την καριέρα του, τη στιγμή που εκείνες αναγκάζονται να διακόψουν την ενασχόληση με τα ενδιαφέροντα και την εργασία τους.

Η δεύτερη περίοδος της εγκυμοσύνης αρχίζει όταν γίνονται αντιληπτές οι πρώτες κινήσεις του εμβρύου. Τα συμπτώματα της ναυτίας υποχωρούν και η γυναίκα νιώθει ευεξία. Συχνά παρατηρούνται δυσκολίες ως προς την αποδοχή των σωματικών αλλαγών. Ενώ κάποιες γυναίκες προσπαθούν να προσαρμοστούν στην ιδέα μιας επιπλέον δέσμευσης, για άλλες η εγκυμοσύνη δημιουργεί μια αίσθηση ελευθερίας, με λιγότερες υποχρεώσεις και περισσότερο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους. Την περίοδο αυτή η γυναίκα συχνά επεξεργάζεται θέματα που έχουν να κάνουν με τη μητέρα της, την αυτονομία (τη δική της αλλά και του παιδιού που θα αποκτήσει) και γενικότερα, με ζητήματα που αφορούν τη σχέση μητέρας παιδιού. Οι ρόλοι αλλάζουν: από κόρη κάποιας άλλης γυναίκας, η έγκυος προετοιμάζεται να αναλάβει τη φροντίδα ενός παιδιού από τη θέση της μητέρας².

Η τρίτη περίοδος είναι το στάδιο πριν τον τοκετό, όπου η γυναίκα νιώθει συχνά κόπωση. Η ανάγκη της για ασφάλεια και προστασία αυξάνεται. Παρατηρούνται διακυμάνσεις του συναισθήματος, από χαρά στην προοπτική του παιδιού, μέχρι και άγχος για τη διαδικασία του τοκετού, την υγεία της ίδιας και του παιδιού. Για αρκετές γυναίκες ο τοκετός αναμένεται με ανυπομονησία, εφόσον η στιγμή αυτή σημαίνει την πιο ενεργή στάση ζωής και την έξοδο από την παθητικότητα.

Έπειτα από τον τοκετό η γυναίκα έρχεται και πάλι αντιμέτωπη με μια αλλαγή στη σωματική εικόνα της. Ταυτόχρονα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του παιδιού, το οποίο δεν αποτελεί πια τμήμα του σώματός της. Η γυναίκα μπορεί να νιώθει κάπως μπερδεμένη, στην περίπτωση που δεν νιώθει άμεσα το ξύπνημα της μητρικής αγάπης. Συχνά μετά τη γέννα νιώθει μια μικρή απογοήτευση, όπως νιώθει κανείς μετά από την επίτευξη κάποιου μεγάλου και πολυαναμενόμενου κατορθώματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση και συμπαράσταση του συζύγου και της οικογένειας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω αλλαγές είναι απόλυτα φυσιολογικές και αναμενόμενες¹.

3. Δυσθυμικές διαταραχές στη λοχεία

Η περίοδος της λοχείας θεωρείται περίοδος αυξημένης επικινδυνότητας για διαταραχές της διάθεσης στις γυναίκες. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται οι γυναίκες με ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, καθώς και αυτές που ένιωσαν κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται στις εξής τρεις κατηγορίες:

1. Την επιλόχειο θλίψη,
2. Την μη ψυχωτική επιλόχειο κατάθλιψη και
3. Την επιλόχειο ψύχωση.

Η επιλόχειος θλίψη (postpartum blues) είναι η πιο συχνή από τις τρεις, με συχνότητα που κυμαίνεται από 30-75%. Συμβαίνει κυρίως μεταξύ της 1^{ης} και της 10^{ης} ημέρας μετά τον τοκετό και η οποία συνοδεύεται από ευερεθιστότητα, ευμεταβλητότητα

του συναισθήματος, επεισόδια κλάματος, ήπια καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση και τη διαταραχή στον ύπνο και τη όρεξη. Η επιλόχειος θλίψη δεν έχει τάση να διαρκεί πολύ και είναι καλοήθης. Τα συμπτώματα συνήθως κορυφώνονται την 4η-5η ημέρα της λοχείας και υφίενται την 10η περίπου ημέρα^{4,5}.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι επίσης σχετικά συχνή, 10-15%, συχνότητα παρόμοια με αυτήν του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τον 1ο μήνα μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα μερικές φορές αναπτύσσονται από το τέλος της εγκυμοσύνης.

Τα σημεία και συμπτώματα δεν διαφοροποιούνται από αυτά της μείζονος κατάθλιψης.

Η επιλόχεια ψύχωση είναι σπάνια και συμβαίνει σε συχνότητα 0,1 έως 0,2 % μετά τη γέννηση. Η εικόνα της είναι εντυπωσιακή και μπορεί να αρχίσει είτε νωρίς, τη 2η ή 3η ημέρα μετά τον τοκετό, είτε συχνότερα μέσα στις πρώτες 2 εβδομάδες. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου. Αργότερα αναπτύσσεται καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση, ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ψευδαισθήσεις και παραλήρημα⁶.

4. Ιστορική αναδρομή

Οι επιλόχειες διαταραχές της διάθεσης έχουν περιγραφεί από τα αρχαία χρόνια, αλλά μόλις στα μισά του 18^{ου} αιώνα απέκτησαν ειδικό κλινικό και ακαδημαϊκό ενδιαφέρον για τους γιατρούς οι ψυχιατρικές διαταραχές, και ιδιαίτερα οι διαταραχές της διάθεσης, που σχετίζονται με την τεκνοποιία και τον τοκετό. Με βάση κλινικές παρατηρήσεις και σειρές περιπτώσεων, κατά τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1700, άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους στα εγχειρίδια της μαιευτικής, χειρουργικής και γενικής ιατρικής περιγραφές κλινικών εικόνων περιγεννητικών ψυχιατρικών νοσημάτων. Από τους μαιευτήρες, ο Άγγλος William Smellie (1697-1763) ήταν ένας από τους πρώτους που εξέτασαν με προσοχή το θέμα της διάγνωσης και της θεραπείας των ψυχικά άρρωστων εγκύων και γυναικών που είχαν πρόσφατα γεννήσει⁷. Ο εκπαιδευόμενός του, ο Tomas Demman (1733-1815), προχώρησε ακόμα περισσότερο το έργο αυτό αφιερώνοντας ένα ολόκληρο κεφάλαιο στο συγκεκριμένο θέμα στο εγχειρίδιο που εξέδωσε το 1801 με τίτλο “An Introduction to the Practice of

Midwifery” (Εισαγωγή στην πρακτική της Μαιευτικής)⁸. Τη δεκαετία του 1820, στο Λονδίνο, ο Robert Gooch (1784-1830) επινόησε τον όρο «επιλόχεια παραφροσύνη», που περιλάμβανε μια ευρεία και ετερογενή ομάδα παθήσεων, από το οφειλόμενο σε λοίμωξη οξύ παραλήρημα μέχρι πιο τυπικές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η μελαγχολία, η μανία και η συνδεδεμένη με τον τοκετό ή τη γαλουχία ψύχωση⁹.

Ταυτόχρονα στη Γαλλία, οι πρώτοι ψυχίατροι και όχι οι μαιευτήρες ήταν εκείνοι που κατηύθυναν τη μελέτη των επιλόχειων ψυχιατρικών διαταραχών. Ειδικότερα, στο Παρίσι, ο Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) μαθητής του Philippe Pinel (1745-1826), μελέτησε πολλές ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο Salpêtrière στο Παρίσι, καθώς επίσης και σε ένα ιδιωτικό σανατόριο, το Maison de Sante d' Ivry, το οποίο διηύθυνε ο ίδιος στο προάστιο του Παρισιού Ivry-sur-Seine. Ο Esquirol δημοσίευσε λεπτομερείς αναφορές περιπτώσεων επιλόχειων ψυχιατρικών διαταραχών και το εγχειρίδιο που εξέδωσε το 1818 με τίτλο “Des maladies mentales” (Περί ψυχικών ασθενειών) περιλάμβανε σχεδόν 100 τέτοιες περιπτώσεις σε ειδικό τμήμα¹⁰. Υποστήριξε ότι η επίπτωση των ψυχιατρικών νοσημάτων μετά τον τοκετό ήταν πολύ μεγαλύτερη από αυτήν που υποδήλωναν οι στατιστικές από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αφού οι περισσότερες έγκυες και λεχώνες λάμβαναν φροντίδα κατ’ οίκον την εποχή εκείνη, χωρίς να γίνεται δημόσια αναφορά των ασθενειών τους. Το 1851, ο Matthieu Weil, ως ειδικευόμενος στην ψυχιατρική στο άσυλο του Stephansfeld, κοντά στο Στρασβούργο, στην Αλσατία, δημοσίευσε μια διατριβή σχετικά με την επιλόχεια παραφροσύνη¹¹, η οποία ίσως έθεσε σε σημαντικό βαθμό τις βάσεις για τη μονογραφία του Marce.

Πρώιμες αναφορές για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο Savage¹² το 1875 χρησιμοποίησε την ονομασία «πυρετός του γάλακτος», καθώς η κορύφωση των συμπτωμάτων την 3^η -4^η μέρα συνέπιπτε με την έναρξη του θηλασμού. Στη μεταπολεμική βιβλιογραφία, το φαινόμενο περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Hamilton¹³ το 1962, ενώ ονομάστηκε «post partum blues syndrome» από τους Yalom et al¹⁴ το 1968. Ο όρος «maternity blues» προτάθηκε αρχικά από τον Pitt^{15,16} το 1973 και έκτοτε καθιερώθηκε, ειδικά στην αγγλική βιβλιογραφία. Τέλος, οι Γάλλοι κυρίως συγγραφείς χρησιμοποιούν τον όρο «baby blues».

Παρότι ο 19^{ος} αιώνας έφερε μια ξαφνική αναζωπύρωση του κλινικού και ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος για τα περιγεννητικά ψυχικά νοσήματα ως μοναδικά προβλήματα, το ενδιαφέρον αυτό μειώθηκε κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και σε

μεγάλο μέρος του 20^{ου} αιώνα. Ο James A. Hamilton, στο αμερικανικό του εγχειρίδιο του 1962 για την ψυχιατρική της λοχείας, παρατήρησε ότι ο Marce, παρά τη σημαντική συμβολή του στο πεδίο αυτό είχε λησμονηθεί και η προσπάθεια που ξεκίνησε στη μελέτη των επιλόχειων διαταραχών είχε εγκαταλειφθεί σε μεγάλο βαθμό¹⁷. Η σημασία της συμβολής του Marce υπογραμμίζεται από τη ίδρυση της διεθνούς Marce Society, αρχικά στην Αγγλία το 1980 και αργότερα σε διεθνές επίπεδο. Η οργάνωση αυτή είναι αφιερωμένη στη μελέτη, την πρόληψη και τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών των γυναικών που σχετίζονται με τον τοκετό¹⁸.

5. Παράγοντες κινδύνου

Ο Marce περιέγραφε την επιλόχεια κατάσταση ως κλινική κατάσταση προκαλούμενη από την αλληλεπίδραση προϋπαρχουσών παθήσεων (τις περισσότερες φορές κληρονομήσιμων) και στρεσογόνων παραγόντων και υποστήριξε ότι οι κλινικές διαταραχές προκύπτουν μέσω αλληλοεπιδράσεων των στρεσογόνων παραγόντων με προϋπάρχουσες ατομικές ευαλωτότητες.

Μια σειρά παραγόντων έχουν επισημανθεί ως προάγγελοι της επιλόχειας δυσθυμίας.

Κοινωνικοοικονομικές δυσχέρειες

Ένα ιστορικό κατάθλιψης- ψυχιατρικό ιστορικό

Χαρακτηριστικά ή ατομικές ευαλωτότητες

Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης- ψυχιατρικό ιστορικό

Κληρονομήσιμος κίνδυνος συγκεκριμένων διαταραχών

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας (άγχος, πανικός, καταναγκαστική συμπεριφορά)

Αρνητικά συμβάντα ζωής (life events)

Επαγγελματική αστάθεια

Απουσία προηγούμενης εμπειρίας με παιδιά

Κακή σχέση της λεχούσας με τη μητέρα της

Πολυτοκία

Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Προγεννητική δυσθυμία- κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Προγεννητικό άγχος

Τεχνητή διατροφή του νεογνού έναντι θηλασμού

Στρες που σχετίζεται με τη φροντίδα του νεογνού

Το στρες

Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη

Η κακή έγγαμη σχέση

Η παρουσία αρσενικού εμβρύου

Προβλήματα υγείας του βρέφους

Μονογονεϊκές οικογένειες

Χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση

Απρογραμμάτιστη-ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας

Έντονο Προεμμηνορυσιακό Σύνδρομο.

Από μελέτες σε γυναίκες με συναισθηματική διαταραχή κατά την κύηση διαπιστώθηκαν πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου όπως:

Επιλόχεια κατάθλιψη σε προηγούμενο τοκετό

Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας

Κακή εξέλιξη προηγούμενων κύσεων (αποβολές, εκτρώσεις, άρρωστο παιδί)

Κακή προγεννητική φροντίδα

Αναιμία και φυσική εξάντληση

Κακή διατροφή

Χρήση αλκοόλ ή παράνομων ουσιών

Το κάπνισμα¹⁹

Η νεαρή ηλικία της μητέρας²⁰

Οι αμέσως επόμενοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι:

-Οι μαιευτικές επιπλοκές όπως η αιμορραγία και η εκλαμψία με επιληπτικές κρίσεις

-Εργώδης τοκετός

-Η χρήση αναισθησίας με χλωροφόρμιο²¹

Οι τρεις από τους παραπάνω παράγοντες δηλ το ιστορικό κατάθλιψης, η τεχνητή διατροφή του νεογνού και το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι έχουν αθροιστική επίδραση στην εμφάνιση επιλόχειας δυσθυμίας- κατάθλιψης.

Οι εν λόγω παράγοντες είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την μεταγεννητική κατάθλιψη κατ' αντιστοιχία. Αυτό σημαίνει ότι τα υψηλά επίπεδα της προγεννητικής κατάθλιψης σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα της μεταγεννητικής κατάθλιψης και τα χαμηλά επίπεδα της προγεννητικής κατάθλιψης με τα χαμηλά επίπεδα της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Αλλά αυτό δε σημαίνει ότι η προγεννητική κατάθλιψη προκαλεί κατάθλιψη μετά τον τοκετό, θα μπορούσαν και οι δυο να έχουν προκληθεί από έναν τρίτο παράγοντα. Αντίθετα, ορισμένοι παράγοντες, όπως η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, σχεδόν σίγουρα θα προκαλέσει κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Η αιτιώδης σχέση της έλλειψης κοινωνικής στήριξης με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης ενισχύεται από διάφορες μελέτες μεταξύ των οποίων και η μελέτη των ανθρωπολόγων Kruckman και Stern οι οποίοι δοκίμασαν μια πρωτοποριακή μελέτη προσδιορίζοντας έξι τρόπους με τους οποίους τελετές μετά τον τοκετό στο Σικάγο προστατεύουν ή αμβλύνουν την έκφραση των διαταραχών της διάθεσης⁵.

Έρευνα των Monti και συνεργατών που διεξήχθη στο Κέντρο Αναπαραγωγικής Ιατρικής του Arcispedale Santa Maria Nuova στο Reggio Emilia της Ιταλίας και εκδόθηκε στο επιστημονικό περιοδικό “Fertility and Sterility”, εξέτασε τη σχέση μεταξύ υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές εξέτασαν γυναίκες που συνέλαβαν με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και γυναίκες που συνέλαβαν φυσιολογικά σε τρεις περιόδους:

A) την 30^η – 32^η εβδομάδα της κύησης

B) μια εβδομάδα μετά τον τοκετό

Γ) τρεις μήνες μετά τον τοκετό

Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που συνέλαβαν με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής διαδικασίας είχαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων από εκείνες που συνέλαβαν φυσιολογικά²².

1. Υπογονιμότητα. Επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας που θέλει να τεκνοποιήσει. Έρευνα των McMahon και συνεργατών (1997) έδειξε ότι στους 4 μήνες μετά τη γέννα, γυναίκες που συνέλαβαν με μέθοδο τεχνητής γονιμοποίησης είχαν χαμηλότερα αισθήματα αυτοπεποίθησης και αυτοαποτελεσματικότητας από εκείνες που συνέλαβαν φυσιολογικά.

Γυναίκες που συλλαμβάνουν με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι συναισθηματικά πιο ευάλωτες από εκείνες που συλλαμβάνουν με φυσιολογικό τρόπο. Σχετική έρευνα στο Γενικό Νοσοκομείο Βετεράνων της Ταϊpei, στην Ταίwan εξέτασε την ύπαρξη ψυχικής νόσου σε γυναίκες που προσήλθαν στο νοσοκομείο με αίτημα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τις 112 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, το 40.2% αυτών εμφάνιζε κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή. Σε εκείνες που εμφάνιζαν ψυχική διαταραχή οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (23.2%), Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (17%) και Δυσθυμική Διαταραχή (9.8%).

2. Μεγαλύτερη ηλικία της γυναίκας σε σχέση με αυτήν που συλλαμβάνει φυσιολογικά.

3. Πολλαπλές γεννήσεις σε έναν τοκετό.
4. Καισαρική. Η καισαρική ή άλλες επεμβάσεις κατά τον τοκετό μπορεί να προκαλέσουν Μετατραυματικό Στρες. Συνήθως όμως, δεν επηρεάζει τις γυναίκες που έχουν συλλάβει φυσιολογικά.
5. Προσπάθειες με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία τεχνητής γονιμοποίησης από μόνη της επηρεάζει αρνητικά την ψυχική κατάσταση της γυναίκας. Μακροχρόνια θεραπεία δε οδηγεί κάποιες γυναίκες στην εμφάνιση κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες λειτουργούν αθροιστικά ώστε να αυξήσουν το ψυχικό φορτίο της νέας μητέρας και να μειώσουν την αυτοπεποίθησή της όσον αφορά το νέο της ρόλο²¹.

Εκτός από την ανάλυση του Beck και άλλες ακαδημαϊκές μελέτες έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ της φυλής της κοινωνικής τάξης και την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Το 2006 ο Sergen et al. σε μια μελέτη 26.877 γυναικών που αφορούσε το βαθμό στον οποίο η φυλή και η εθνικότητα είναι παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη και βρήκαν ότι το 15,7% ήταν καταθλιπτικές και είχαν διαφορετικό τόπο καταγωγής και ήταν είτε αφρικανές είτε ινδιάνες σε μεγαλύτερα ποσοστά. Ακόμα και όταν σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και η υγεία του μωρού ήταν ελεγχόμενες οι γυναίκες αυτές εξακολουθούν να έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν επιλόχεια δυσθυμία ή κατάθλιψη. Στην ίδια έρευνα βρήκαν επίσης ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της κοινωνικής τάξης της μητέρας και την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι οι γυναίκες με λιγότερους πόρους δείχνουν ένα υψηλότερο επίπεδο επιλόχειας κατάθλιψης και του άγχους από εκείνες με περισσότερους οικονομικούς πόρους. Ο ίδιος ερευνητής διαπίστωσε στην ίδια έρευνα ότι οι έγχρωμες γυναίκες με χαμηλό εισόδημα και χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης στη λοχεία.

Σε μια μελέτη του 2007 από τον Ross και τους συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι οι ομοφυλόφιλες μητέρες είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα και συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης σε σχέση με τις αμφιφυλόφιλες μητέρες γεγονός που οι ίδιοι

αποδίδουν, βάση των αποτελεσμάτων παλαιότερης έρευνάς τους το 2005, στην λιγότερη υποστήριξή τους τόσο από τις οικογένειες καταγωγής τους όσο και από την κοινωνία γενικότερα.

Αν και οι ορμονικές διακυμάνσεις μετά τον τοκετό είναι μεταβολές που συχνά προκαλούν μεταγεννητική δυσθυμία και επιλόχεια κατάθλιψη υπάρχουν λίγες ενδείξεις ότι η διακύμανση των επιπέδων των ορμονών της εγκυμοσύνης σχετίζεται με τη διακύμανση στα επίπεδα της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι μελέτες που έχουν εξετάσει τα επίπεδα των ορμονών της εγκυμοσύνης και της επιλόχειας κατάθλιψης συνήθως έχουν αποτύχει να βρουν μια σχέση. Ενώ όλες οι μητέρες υφίστανται ορμονικές αλλαγές μόνο το 10-15% υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη.

Αυτό όμως δε σημαίνει, ωστόσο, ότι οι ορμόνες δεν παίζουν ρόλο στην επιλόχεια κατάθλιψη. Παράδειγμα, σε γυναίκες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης, μια ορμονική αγωγή που προσομοιώνει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό προκάλεσε αυτές τις γυναίκες να υποφέρουν από διαταραχές στη διάθεση. Η ίδια αγωγή όμως δεν προκάλεσε συμπτώματα διαταραχής στη διάθεση των γυναικών που δεν είχαν ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας λέει ότι υπάρχει μια υποομάδα γυναικών που είναι ευάλωτες στις ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η ριζική αλλαγή στον τρόπο ζωής που φέρνει η φροντίδα του βρέφους είναι επίσης συχνά παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει επιλόχεια κατάθλιψη αλλά και πάλι υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που να προσδιορίζουν τον παράγοντα αυτό.

Οι μητέρες που είχαν γεννήσει και άλλα παιδιά χωρίς να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί σε νέα εγκυμοσύνη και τοκετό να εμφανίσουν με το τελευταίο τους παιδί.

Μερικές φορές μια προϋπάρχουσα ψυχική ασθένεια μπορεί να έρθει στο προσκήνιο μέσα από την επιλόχεια κατάθλιψη.

Είναι ευρέως γνωστό ότι στις γυναίκες των οποίων οι οικογένειες έχουν ιστορικό ψυχικών ασθενειών και παθήσεων, όπως διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια και αυτισμό και τοξικομανία και αλκοολισμό, μπορούν να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη πάνω από το μέσο όρο.

Το 2009 ερευνητές στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια ανέφεραν ότι τα επίπεδα, της από τον πλακούντα εκκρινόμενης ορμόνης, κορτικοτροπίνης η οποία απελευθερώνεται κατά την 25^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη της πιθανότητας εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης.⁽¹⁰⁻¹⁷⁾

6. Συχνότητα

Η συχνότητα της Αντίδρασης της Θλίψης στη Λοχεία ποικίλει από μελέτη σε μελέτη σε αρκετά σημαντικό βαθμό^{23,24}. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ποσοστό γυναικών που εμφανίζουν Αντίδραση της Θλίψης στη Λοχεία 80%²⁵ και άλλες που σημειώνουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά, μέχρι και 8,5%²⁶. Η αξιοσημείωτη αυτή διακύμανση πιθανώς να οφείλεται σε τέσσερις παράγοντες.

A. Σε διαπολιτισμικές διαφορές τόσο στην υποστήριξη της λεχούσας και στα έθιμα ή τις συνήθειες που αφορούν στη λοχεία, όσο και στην επιτρεπόμενη ή όχι συναισθηματική έκφραση

B. Στη χρήση διαφορετικών κλιμάκων για τη μέτρηση της διαταραχής

Γ. Στην παράμετρο της χρονικής απόστασης από τον τοκετό. Η Αντίδραση της Θλίψης στη Λοχεία είναι ένα παροδικό φαινόμενο, η ένταση των συμπτωμάτων του οποίου μεταβάλλεται από ημέρα σε ημέρα. Οι μετρήσεις της συχνότητάς του με τη χρήση κλιμάκων θα παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα αν διενεργούνται σε διαφορετικές ημέρες της λοχείας

Δ. Σε άλλες μεθοδολογικές διαφορές, όπως το πρόσωπο από το οποίο συμπληρώνονται οι κλίμακες (τη λεχώίδα ή τον εξεταστή) ή τον τρόπο με τον οποίο υπολογίζεται η συχνότητα (ανά ημέρα ή συνολικά).

7. Αιτιολογία

Οι μελέτες που έχουν γίνει για τη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας της αντίδρασης θλίψης της λοχειάς περιλαμβάνουν τους παρακάτω τομείς:

7.1. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

7.1.1. Δημογραφικά στοιχεία: Οι O'Hara et al δεν διαπίστωσαν συσχέτιση της θλίψης στη λοχειά με την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης²⁷.

Οι Hay και Levy αναφέρουν μειωμένη επίπτωση της θλίψης στη λοχειά σε γυναίκες ηλικίας 35-39 ετών, δεν βρήκαν όμως συσχέτιση με άλλους δημογραφικούς παράγοντες, όπως την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ενασχόληση ή τα έτη παραμονής στο Χονγκ-Κονγκ, όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη τους²⁸. Αρνητικά ευρήματα αναφέρουν και οι Nagata et al²⁹ και Rouillon et al³⁰ για την ηλικία, το είδος της εργασιακής απασχόλησης και την εκπαίδευση και των δύο συζύγων.

Όπως φαίνεται από τις παραπάνω μελέτες, δεν προκύπτουν δεδομένα συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων με την εμφάνιση της μεταγεννητικής δυσθυμίας.

7.1.2. Ψυχιατρικό αναμνηστικό ιστορικό: Οι O'Hara et al²⁷, Andreoli et al³¹, καθώς και ο Henshaw³², αναφέρουν συσχέτιση της εμφάνισης της μεταγεννητικής δυσθυμίας τόσο με το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης όσο και με το κληρονομικό ιστορικό κατάθλιψης σε συγγενή πρώτου βαθμού.

Ο Harris^{33,34,35} και οι Okano και Nomura³⁶ δεν βρήκαν συσχέτιση της μεταγεννητικής δυσθυμίας με την εμφάνιση της διαταραχής σε προηγούμενη λοχειά.

7.1.3. Γεγονότα ζωής: Οι Pop et al^{37,38} και ο O'Hara et al²⁷ αναφέρουν συσχέτιση της θλίψης στη λοχειά με πρόσφατα γεγονότα ζωής.

7.1.4.Κύηση: Ο Harris³⁴ δεν διαπίστωσε συσχέτιση της θλίψης στη λοχειά με δυσφορία σε σχέση με την κύηση, με την επιθυμία για παιδί (και το φύλο του), με προγραμματισμό της εγκυμοσύνης και με φόβο για τον τοκετό. Αντίθετα, η εμφάνιση της διαταραχής συσχετιζόταν με επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και υστερίας τον 8^ο μήνα της εγκυμοσύνης και με αναφορά επεισοδίου κλάματος δυο εβδομάδες πριν από τον τοκετό.

Σύμφωνα με τους Murata et al³⁹, και Henshaw³³ η κακή συναισθηματική κατάσταση πριν από την εγκυμοσύνη συσχετίζεται με καταθλιπτικά συναισθήματα μετά τον τοκετό.

Οι Knight και Thirkettle^{40,41} αναφέρουν ότι οι μόνοι παράγοντες που προέβλεπαν την εμφάνιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία ήταν το άγχος και ο φόβος για τον τοκετό. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της διαταραχής με την αναμενόμενη ή την πραγματική εμπειρία του τοκετού, καθώς και το αν η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή ή όχι.

7.1.5. Παράγοντες συσχετιζόμενοι με τη προσωπικότητα: Οι Murata et al⁴² αναφέρουν ότι η εμφάνιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία σχετίζεται με τις υψηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες υποχονδρίασης, κατάθλιψης και παράνοιας στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας MMPI (Minnesota Multiphase Personality Inventory). Το παραπάνω εύρημα κατά τους συγγραφείς, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που θα εμφανίσουν θλίψη στη λοχεία είναι πιο ευαίσθητες στο πόνο του τοκετού και αναστατώνονται πιο εύκολα από τη στάση των ανθρώπων γύρω τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

7.1.6. Οικογένεια: Οι Murata et al⁴³, βρήκαν ότι η εμφάνιση της θλίψης στη λοχεία ήταν πιο συχνή σε γυναίκες που ένιωθαν ότι δεν είχαν δεχτεί αρκετή φροντίδα από τη μητέρα τους όταν ήταν παιδιά, καθώς και σε γυναίκες με ανεπαρκή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το σύζυγό τους, τη μητέρα τους ή άλλους συγγενείς.

Οι Ehler et al⁴³ και M' Bailara et al⁴⁴, αναφέρουν συσχέτιση της θλίψης στη λοχεία με τη δυσαρέσκεια των γυναικών από το γάμο τους και τη δυσκολία αποδοχής του μητρικού τους ρόλου.

7.1.7. Παραμονή στο μαιευτήριο: Ο Bonnin⁴⁵, καθώς και οι Kendell et al⁴⁶, βρήκαν ότι οι γυναίκες που εξέρχονται από το μαιευτήριο στις 48 ώρες μετά τον τοκετό εμφανίζουν σε μικρότερο ποσοστό από τις υπόλοιπες καταθλιπτικά συναισθήματα και κλάμα. Μια από τις ερμηνείες που δίνουν οι Kendell et al⁴⁷, είναι ότι συνήθως οι γυναίκες που εξέρχονται στις 48 ώρες είναι πολύτοκες και πιθανόν η αντίδραση της θλίψης στη λοχεία να είναι λιγότερο συχνή σε πολύτοκες συγκριτικά με τις πρωτοτόκες γυναίκες.

Ωστόσο, η Levy⁴⁷, αναφέρει απουσία συσχέτισης της εμφάνισης της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία με τις ημέρες παραμονής στο μαιευτήριο.

7.1.8. Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες: Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η αντίδραση της θλίψης στη λοχεία είναι λιγότερο συχνή σε μη δυτικού τύπου κοινωνίες ή ότι ακόμα, όπως αναφέρει η Ugarriza,^{48,49} αποτελεί ένα πολιτισμικά εξαρτώμενο σύνδρομο (cultural bound syndrome) το οποίο παρατηρείται στις δυτικές κοινωνίες, όπου έχουν αμβλυνθεί οι υποστηρικτικού τύπου τελετουργίες και έθιμα για τη λεχωίδα.

Οι Yalom et al, αναφερόμενοι στον πληθυσμό των Η.Π.Α. της δεκαετίας του '60, τονίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νέες μητέρες σε μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα⁵⁰.

Ο Harris⁵¹, μελέτησε και κατέγραψε την αντίδραση της θλίψης στη λοχεία σε Αφρικανές γυναίκες στην Τανζανία, όπου παρατήρησε ότι υπήρχε μεγαλύτερη τάση σωματοποίησης του άγχους σε σχέση με αγγλοσαξονικής καταγωγής γυναίκες, ενώ ο Adewuya⁵², ανέφερε ότι η εμφάνιση της διαταραχής σε Νιγηριανές μητέρες σχετιζόταν με το να είναι η μητέρα άγαμη και το νεογνό θήλυ. Σε παρόμοια μελέτη του Davidson⁵³, σε Τζαμαϊκανές μητέρες, αναφέρεται από το συγγραφέα ότι σε συνεντεύξεις με μητέρες που εμφάνισαν αντίδραση της θλίψης στη λοχεία κυριαρχούσαν οι σκέψεις ότι μετά τον τοκετό η γυναίκα είχε χάσει την ομορφιά της. Το παραπάνω εξηγείται από την πολιτισμική πεποίθηση του Αφροαμερικανικού πληθυσμού της Τζαμαϊκάς ότι η εγκυμοσύνη προσφέρει στη γυναίκα επιπλέον ομορφιά. Μια άλλη πεποίθηση του ίδιου πληθυσμού ήταν ότι η καισαρική τομή θα οδηγούσε σε φτωχότερη υγεία.

Οι Nagata et al⁵⁴, μελετώντας στην Ιαπωνία την πιθανή ευεργετική επίδραση του εθίμου της επιστροφής της λεχωίδας στη γονική οικογένεια για ένα μήνα μετά τον τοκετό, αναφέρουν ότι δε βρέθηκε συσχέτιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία με το αν τελικά η λεχωίδα ακολούθησε το έθιμο, αν θα είχε βοήθεια για το μέγεθος του παιδιού, αν υπήρχε κάποιος για να ζητήσει συμβουλή ή αν είχε στον κοινωνικό της περίγυρο άλλες γυναίκες με παιδιά παρόμοιας ηλικίας.

Οι Pop et al^{38,39} μελέτησαν τη σχέση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία με το αν ο τοκετός έγινε στο μαιευτήριο ή στο σπίτι. Αν και στην αρχική στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο σπίτι εμφάνιζαν μικρότερα ποσοστά

αντίδραση της θλίψης στη λοχεία, όταν διορθώθηκε η ανάλυση για να ληφθεί υπόψη και το αν η γυναίκα ήταν πρωτοτόκος ή πολυτόκος (οι γυναίκες που γεννούσαν στο σπίτι τους ήταν κατά κανόνα πολυτόκες), η διαφορά αυτή εξαφανίστηκε.

7.2. Γυναικολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τοκετό

Έχουν μελετηθεί διεξοδικά μια σειρά από γυναικολογικούς παράγοντες που αφορούν στον τοκετό, από τον ημερολογιακό μήνα του τοκετού έως ακόμα και την ποσότητα απώλειας αίματος. Αναλυτικότερα:

Οι Hannah et al⁵⁵, βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5^η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με τοκετό που έγινε με καισαρική τομή, με εργώδη τοκετό και με χαμηλό βάρος του νεογνού (<2Kgr).

Σύμφωνα με τους Ferber et al⁵⁶, η καταστροφοποίηση του πόνου του τοκετού από την επίτοκο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της θλίψης στη λοχεία.

Οι O'Hara et al,²⁷ δεν διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία και των στρεσογόνων συμβάντων κατά τον τοκετό. Παρόμοια αρνητικά ευρήματα αναφέρουν τόσο οι Nagata et al³⁰, για το φύλο του νεογνού, το βάρος του, τη σειρά γέννησης και τη μέθοδο του τοκετού, όσο και οι Hay και Levy²⁸ σχετικά με τη μέθοδο του τοκετού και την κατάσταση της υγείας του παιδιού.

7.3. Θηλασμός

Οι Hannah et al⁵⁵, βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5^η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με την αποχή από το θηλασμό. Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν και οι Thalassinos et al^{27,57,58}, και Georgas et al⁵⁹.

Αντίθετα, τόσο ο Bonnin⁴⁶, όσο και οι Lanczik et al⁶⁰, αναφέρουν ότι οι γυναίκες που θηλάζαν είχαν υψηλότερες τιμές στις μετρήσεις κατάθλιψης τις πρώτες ημέρες της λοχείας (πιθανώς, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, λόγω των υψηλότερων επιπέδων προλακτίνης).

Οι Kendell et al,^{61,62} ο Davidson,³⁴ οι Nott et al⁶³, οι O'Hara et al²⁷, και οι Hay Levy,²⁸ δεν διαπίστωσαν σχέση θηλασμού και αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία.

7.4. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας

7.4.1. Έμμηνος ρήση: Οι Nott et al,⁶³ Condon και Watson,⁶⁴ καθώς και ο Henshaw,³³ αναφέρουν συσχέτιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία με το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσης. Αντίθετα, ο Harris^{35,52} δεν διαπίστωνε συσχέτισή της με δυσκολίες σχετιζόμενες με την έμμηνο ρύση.

7.4.2. Αριθμός προηγούμενων τοκετών: Συσχέτιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία με το να είναι η γυναίκα πρωτοτόκος αναφέρουν οι Nott et al,⁶³ Gard et al,⁶⁵ Pop et al^{38,39} και Lanczik et al⁶⁰.

Αντίθετα, ο Davidson³⁴ αναφέρει αυξημένη συχνότητα αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία σε γυναίκες πολυτόκες.

Οι O'Hara et al,²⁷ Kendell et al^{61,62} και Hay και Levy²⁸ δεν βρήκαν συσχέτιση της εμφάνισης αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία με τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών.

7.4.3. Άμβλωση: Ο Devore⁶⁶ δεν διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ αναφερόμενης άμβλωσης και εμφάνισης θλίψης στη λοχεία.

7.4.4. Εμμηνόπαυση: Σύμφωνα με την έρευνα των Steward και Boydell⁶⁷ γυναίκες που εμφανίζουν υψηλού βαθμού ψυχολογική δυσφορία την περίοδο της εμμηνόπαυσης αναφέρουν, αναδρομικά, συχνότερα εμφάνιση μεταγεννητικής δυσθυμίας, επιλόχειας κατάθλιψης, ιστορικό κατάθλιψης και λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής και, τέλος, δυσφορία οφειλόμενη στη λήψη αντισυλληπτικών και στο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσης.

7.5. Ύπνος

Οι Wilkiew και Shapiro⁶⁸ αναφέρουν θετική συσχέτιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία αφενός με διαταραχή του ύπνου στα τελευταία στάδια της κύησης και αφετέρου με το τοκετό που γίνεται κατά τις βραδινές ώρες.

7.6. Αναιμία και φυλλικό οξύ

Οι Meyer et al,⁶⁹ μελέτησαν τη σχέση αναιμίας και εμφάνισης της θλίψης στη λοχεία. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι οι γυναίκες που θα παρουσιάσουν αναιμία (Ht<10g/dL) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνιση της αντίδρασης της θλίψης στη

λοχεία και ότι η θεραπεία της αναιμίας με ανθρώπινη ανασχεδιασμένη ερυθροποιητίνη θα βελτιώνει τη συμπτωματολογία του φαινομένου. Η μελέτη επιβεβαίωσε την πρώτη υπόθεση, δηλαδή οι γυναίκες που εμφάνισαν αναιμία εκδήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αντίδραση της θλίψης στη λοχεία, αλλά όχι και τη δεύτερη.

7.7. Βιολογικοί παράγοντες

7.7.1. Ενδοκρινική λειτουργία

7.7.1.1. Οιστρογόνα: κατά την εγκυμοσύνη η συγκέντρωση των οιστρογόνων και

κυρίως της οιστριόλης αυξάνει δραματικά, για να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα σταδιακά μετά τον τοκετό^{70,71}.

Οι Feski et al⁷² και Heidrich et al⁷³ αναφέρουν ότι η ομάδα των γυναικών που εμφάνισε αντίδραση της θλίψης στη λοχεία παρουσίαζε υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστραδιόλης την 3^η και 4^η ημέρα της λοχείας (οπότε και ήταν πιο έντονα τα συμπτώματα της διαταραχής) σε σχέση με την ομάδα των γυναικών που δεν εμφάνισαν αντίδραση της θλίψης στη λοχεία.

Αντίθετα, οι Nappi et al⁷⁴, Metz et al⁷⁵, και Kuevi et al⁷⁶, δεν διαπίστωσαν διαφορά στα επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που ανέπτυξαν μεταγεννητική δυσθυμία και στην ομάδα ελέγχου (λεχώνες που δεν εμφάνισαν μεταγεννητική δυσθυμία).

7.7.1.2. Προγεστερόνη: Μελέτες που έγιναν στη δεκαετία του '90 από τη Majewska⁷⁷, καθώς και τον Mellon⁷⁸, κατέδειξαν τη συμμετοχή των νευροστεροειδών στη ρύθμιση της νευρωτικής πυροδότησης, στο συναίσθημα και στην προσαρμογή στο stress⁷⁹.

Κατά τη διάρκεια της κύησης η συγκέντρωση της προγεστερόνης στο πλάσμα αυξάνει σταδιακά, για να φτάσει τις ημέρες πριν τον τοκετό σε επίπεδα περίπου 30πλάσια των φυσιολογικών τιμών εκτός της κύησης. Μετά τον τοκετό και την αφαίρεση του πλακούντα παρατηρείται φυσιολογικά ραγδαία μείωση των συγκεντρώσεων της προγεστερόνης, ιδιαίτερα τις πρώτες 4-5 ημέρες^{70,71}.

Οι Harris et al³³, αναφέρουν ότι οι υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες για τη μέτρηση της θλίψης στη λοχεία συσχετίζονταν με : α) την υψηλή συγκέντρωση της προγεστερόνης την ημέρα πριν τον τοκετό, β) τον υψηλό βαθμό αύξησης των συγκεντρώσεων της προγεστερόνης πριν τον τοκετό, γ) το μεγάλο βαθμό μείωσης της προγεστερόνης από τον τοκετό έως την 5^η ημέρα (κατά την οποία εμφανίστηκαν τα εντονότερα συμπτώματα της θλίψης της μητρότητας) και δ) τη χαμηλή συγκέντρωση προγεστερόνης κατά την 5^η ημέρα.

Αντίθετα οι Metz et al⁸⁰, Heidrich et al⁷³, O'Hara et al²⁷ και Kuevi et al⁷⁶ δεν διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων προγεστερόνης και αντίδραση της θλίψης στη λοχεία.

Οι Granger και Underwood⁸¹, σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αν και υπάρχουν ενδείξεις για τη συμμετοχή της προγεστερόνης στην αιτιοπαθογένεια της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία, οι ενδείξεις αυτές δεν είναι επαρκείς για να τεκμηριώσουν τη συγκεκριμένη σχέση και επομένως, ούτε και τη χρήση της ορμόνης για τη θεραπεία της μεταγεννητικής δυσθυμίας.

7.7.1.3. FSH, LH: Οι Nott et al⁶³ και Kuevi et al⁷⁶, αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα των συγκεκριμένων υποφυσιακών ορμονών και στην εμφάνιση της μεταγεννητικής δυσθυμίας.

7.7.1.4. Προλακτίνη: Οι George et al⁸², απομόνωσαν την ένταση, το άγχος, την ανησυχία και την κατάθλιψη ως τα κυριότερα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την μεταγεννητική δυσθυμία. Και τα τέσσερα αυτά συμπτώματα σχετίζονται θετικά με επίπεδα της προλακτίνης τη 2^η, 4^η και 6^η ημέρα της λοχείας, εξαίρεση την κατάθλιψη την 6^η ημέρα .

7.7.1.5. Θυρεοειδικές ορμόνες: Αν και οι θυρεοειδικές ορμόνες σχετίζονται άμεσα τόσο με ορισμένες αγχώδεις διαταραχές όσο και με διαταραχές της διάθεσης, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η συσχέτιση της θυρεοειδικής λειτουργίας με την μεταγεννητική δυσθυμία⁸³.

7.7.1.6. Κορτιζόλη: Το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από μια ήπια υπερκορτιζολαιμία. Η συγκέντρωση της κορτιζόλης αυξάνει περαιτέρω και φτάνει στα υψηλότερα επίπεδά της κατά τη διάρκεια του stress του τοκετού και στη

συνέχεια επανέρχεται με βραδύ ρυθμό στα φυσιολογικά επίπεδα εντός των επόμενων 15 ημερών.^{70,71,84,85}

Οι Ehler et al⁴⁴ βρήκαν ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μεταγεννητική δυσθυμία έχουν υψηλότερα πρωινά επίπεδα κορτιζόλης τις πρώτες 5 ημέρες μετά τον τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς αντίδραση της θλίψης στη λοχεία. Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι στις γυναίκες με αντίδραση της θλίψης στη λοχεία τα επίπεδα της κορτιζόλης ήταν υψηλότερα τις ημέρες που η διάθεση των γυναικών ήταν κακή, σε σχέση τόσο με τις ημέρες όπου η διαταραχή βρισκόταν σε ύφεση όσο και με τις γυναίκες που δεν εμφάνισαν αντίδραση της θλίψης στη λοχεία.

Οι Taylor et al^{86,87} και Okano και Norma³⁷ αναφέρουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης την 3^η ημέρα της λοχείας σε γυναίκες που εμφανίζουν μεταγεννητική δυσθυμία.

7.7.1.7. Ενδορφίνες

Κατά τον τοκετό, τα επίπεδα της β-ενδορφίνης είναι 30 φορές υψηλότερα των αντίστοιχων τιμών φυσιολογικών μη εγκύων γυναικών. Μετά τον τοκετό, η συγκέντρωση της β-ενδορφίνης παρουσιάζει ραγδαία πτώση, ιδιαίτερα της 1^η ώρα μετά την ολοκλήρωση του τοκετού, φτάνοντας στα φυσιολογικά επίπεδα στο τέλος του 1^{ου} 24ώρου⁸⁸.

Σύμφωνα με τους Brinsmead et al⁸⁹, η επιδείνωση των γνωσιακών επιδόσεων τη 2^η-4^η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με τη μείωση των επιπέδων της β-ενδορφίνης από την ημέρα του τοκετού έως την 4^η ημέρα. Οι Kimball et al⁹⁰ διαπίστωσαν συσχέτιση της βαρύτητας της θλίψης στη λοχεία με τα χαμηλά επίπεδα β-ενδορφίνης. Οι συγγραφείς υποθέτουν ότι η θλίψη στη λοχεία μπορεί να οφείλεται στην ελάττωση των αποθεμάτων ενδορφίνης λόγω του stress του τοκετού. Η ελάττωση αυτή οδηγεί στην εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων θλίψης στη λοχεία καθώς τα επίπεδα της ενδορφίνης μειώνονται απότομα μετά τον τοκετό, μετά από μια περίοδο πολλών μηνών ιδιαίτερα υψηλών συγκεντρώσεων της.

8. Πρόληψη

Η πρόληψη διαιρείται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς δραστηριότητες.

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη μείωση του αριθμού των νέων περιπτώσεων μιας διαταραχής ή ασθένειας⁹¹. (την επίπτωση)

Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στο να μειώσει το ποσοστό των αποδεδειγμένων περιπτώσεων της διαταραχής ή της ασθένειας στον πληθυσμό⁹² (επιπολασμό).

Και η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί να μειώσει ποσοτικά την επιλόχεια κατάθλιψη που συνδέεται με μια υπάρχουσα διαταραχή ή ασθένεια⁹³.

Η πρωτογενής πρόληψη μπορεί να υποδιαιρεθεί σε τρεις κατηγορίες.

Οι καθολικές προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται στην κοινωνία ως σύνολο (π.χ. χρησιμοποιώντας τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να αλλάξουν τις απόψεις της κοινωνίας για τη σημασία του ρόλου της μητέρας).

Οι εκλεκτικές προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε σχετικά μεγάλες ομάδες που ο κίνδυνος που διατρέχουν να νοσήσουν είναι υψηλότερος του φυσιολογικού (π.χ. όλες οι έγκυες γυναίκες τα χαρακτηριστικά των οποίων τις καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη λοχειακής κατάθλιψης).

Οι ενδεδειγμένες προληπτικές παρεμβάσεις κατευθύνονται σε σχετικά μικρές υποομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. έγκυες γυναίκες με χαρακτηριστικά που τις κάνουν ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης⁹¹).

Ένα σημαντικό μέρος της πρόληψης είναι να ενημερώνονται οι γυναίκες για τους παράγοντες κινδύνου, καθώς και την ιατρική κοινότητα που μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο για την πρόληψη της μεταγεννητικής δυσθυμίας. Επί του παρόντος, η Αλμπέρτα είναι η μοναδική επαρχία του Καναδά με την καθολική εξέταση για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης και έχει τεθεί σε εφαρμογή από το 2003. Η αναλυτική εξέταση για την επιλόχεια κατάθλιψη πραγματοποιείται από νοσηλευτές δημόσιας υγείας σε συνδυασμό με το πρόγραμμα εμβολιασμού του μωρού. Επίσης, η σωστή άσκηση και η διατροφή φαίνεται να παίζει ρόλο στην πρόληψη της μετά τον τοκετό δυσθυμικής διαταραχής και γενικά την εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και μετά τον τοκετό οι γυναίκες θα πρέπει να προτρέπονται να αναζητήσουν ιατρικές συμβουλές στη μαία, το γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τον γυναικολόγο και τον διαιτολόγο και για θέματα που αφορούν τη διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό.

Ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να αποδοθεί στην εξάντληση των ω3 λιπαρών οξέων από τον εγκέφαλο της μητέρας. Αυτό μπορεί να προληφθεί με τη διασφάλιση ότι τα ω3 λιπαρά οξέα στη διατροφή της εγκύου θα είναι επαρκή. Καλές φυσικές πηγές ω3 λιπαρών οξέων είναι ορισμένα ψάρια και τα αυγά. Ωμέγα 3 λιπαρά οξέα μπορούν επίσης να αγοραστούν και σε μορφή κάψουλας ως συμπληρώματα διατροφής⁹⁴.

Η επαρκής λήψη πρωτεϊνών μπορεί να βοηθήσει επίσης.

Η ενυδάτωση ένας από τους πιο σημαντικούς ρόλους σε κάθε ισορροπημένη διατροφή. Οι γιατροί μπορούν ακόμα και να συστήσουν στις έγκυες γυναίκες να καταναλώνουν 8-10 ποτήρια νερό κάθε μέρα. Οι μητέρες που θηλάζουν καλούνται να πίνουν ένα τουλάχιστον ποτήρι νερό, γάλα ή χυμό πριν το θηλασμό. Ωστόσο οι γυναίκες πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό τους σχετικά με την κατανάλωση καφεΐνης και αλκοόλ τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό.

Τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και μετά τον τοκετό οι γυναίκες θα πρέπει να συμβουλευονται τον γιατρό τους σχετικά με την κατανάλωση βιταμινών. Ειδικότερα κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι η πρόσληψη βιταμινών Β, και ειδικά η ριβοφλαβίνη, μπορεί να βοηθήσει να μειωθεί η πιθανότητα της κατάθλιψης μετά τον τοκετό⁹⁵.

Αν μια γυναίκα εντοπίζει απώλεια της όρεξης ή άλλες διατροφικές διαταραχές, αυτό μπορεί να είναι ένα σημάδι της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και κατά συνέπεια θα πρέπει να το συζητήσει με τον γιατρό της.

Πολλοί ειδικοί προτείνουν ως μέτρα πρόληψης της θλίψης στη λοχεία καθώς και της πιθανότητας εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης τη σωματική άσκηση, την ισορροπημένη διατροφή, την 40ήμερη κοινωνική απομόνωση της λοχείας, το ευχάριστο οικογενειακό περιβάλλον, τη βοήθεια του συντρόφου και της οικογένειας κυρίως τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, τον επαρκή ύπνο, τη δυνατότητα της λεχιάδος να εκφραστεί ελεύθερα, την δυνατότητα να ζητήσει βοήθεια, την εκτέλεση

των καθηκόντων από τους συγγενείς, την κοινωνική αναγνώριση, τη δυνατότητα συζήτησης και επαφής με νέες μητέρες που αντιμετωπίζουν ή αντιμετώπισαν παρόμοια κατάσταση, την αγάπη και την κατανόηση από το σύντροφό της και το ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Η συζήτηση με ειδικούς της ψυχικής υγείας αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό. Η επαρκής συναισθηματική και οργανική στήριξη. Έγκαιρη πληροφόρηση της επιτόκου από το γιατρό ή τη μαία για την πιθανότητα εμφάνισης θλίψης στη λοχεία^{96,97}.

9. Κλινική εικόνα

Στις πρώτες μεταπολεμικές απόπειρες περιγραφής και ορισμού του φαινομένου, οι Yalom et al⁵¹, στις Η.Π.Α. υποστηρίζουν ότι το κυριότερο σύμπτωμα της μεταγεννητικής δυσθυμίας είναι το κλάμα, το οποίο κατά τους συγγραφείς είναι σποραδικό, σύντομης διάρκειας και ανεξήγητο από τη λεχώρα, καθώς δεν υπάρχει πάντα εγκλιτικός παράγοντας. Πολλές φορές το κλάμα δεν είναι σύντομο με τη διάθεση της γυναίκας.

Στην προσπάθειά τους να περιγράψουν το φαινόμενο, οι Kennerley και Gath^{98,99, 100} βρήκαν ότι η συμπτωματολογία της θλίψης στη λοχεία περιλαμβάνει επτά κύρια συμπτώματα, τα οποία οι συγγραφείς ονομάζουν «πρωτογενή αντίδραση θλίψης στη λοχεία» (primary blues) και τα οποία είναι: ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ευερεθιστότητα, ευσυγκινησία, κόπωση, «κακοκεφιά», άγχος (κυρίως για το νεογέννητο παιδί) και δυσκολίες στη συγκέντρωση. Η καταθλιπτική διάθεση, κατά τους συγγραφείς ανήκει στα συμπτώματα που είναι λιγότερο συχνά.

Σύμφωνα με άλλους συγγραφείς, το κλάμα της γυναίκας είναι ποιο εύκολο να εκδηλωθεί από ότι συνήθως στις πρώτες μέρες της λοχείας, ακόμα οι λεχώνες μπορεί να παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου και να νιώθουν εκνευρισμό και λύπη.

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η θλίψη της μητρότητας διαρκεί από ώρες μέχρι μερικές μέρες και ότι το φαινόμενο δεν παρατηρείται πέραν της πρώτης εβδομάδας ή του πρώτου δεκαημέρου της λοχείας.

Ωστόσο, υπάρχουν διαφωνίες για το ποιά ημέρα μετά τον τοκετό κλιμακώνεται η συμπτωματολογία.

Οι Harris et al³³ διαπίστωσαν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 1^η και την 5^η ημέρα της λοχείας. Οι Hau και Levy²⁸ αναφέρουν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 5^η ημέρα στην ομάδα που εμφάνισε πλήρη κλινική εικόνα θλίψης της μητρότητας και τη 2^η ημέρα στην ομάδα των γυναικών που εμφάνισε μερική συμπτωματολογία του φαινομένου.

Οι Kennerley και Gath⁹⁹, καθώς και οι Kendell et al⁴⁷, αναφέρουν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 5^η ημέρα της λοχείας. Οι Best et al¹⁰¹, βρήκαν μέγιστη ένταση την 4^η ημέρα, ενώ οι Rohde et al¹⁰², Taylor et al^{86,87}, και ο Bonnin⁴⁶, υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα κορυφώνονται μεταξύ 3^{ης} και 4^{ης} ημέρας.

Οι Sutter et al¹⁰³, αναφέρουν ότι διαπίστωσαν δύο μορφές της θλίψης στη λοχεία. Μια καλοήγη, που εμφανίζεται την 3^η ημέρα, και μια βαρύτερη μορφή, που εμφανίζεται την 5^η ημέρα και που μπορεί κατά τους συγγραφείς να αποτελεί την πρόωμη έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, η θλίψη στη λοχεία εμφανίζεται μεταξύ της 3^{ης} και 5^{ης} ημέρας, διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα και υφίεται εντός του πρώτου δεκαημέρου της λοχείας.

Οι παραπάνω διαφορές τόσο στην κλινική εικόνα όσο και στην πορεία της διαταραχής αποδίδονται από την Beck^{104,105}, σε τρεις παράγοντες: α) στην έλλειψη ευρύτερα αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, β) στη χρήση διαφορετικών μη σταθμισμένων κλιμάκων για τη μέτρηση της θλίψης στη λοχεία, γ) στις διαφορές στην ακολουθούμενη ερευνητική μεθοδολογία.

Επειδή η συμπτωματολογία της θλίψης στη λοχεία είναι πολύ συχνή και αναμενόμενη, δεν θεωρείται απαραίτητως ως ασθένεια. Σε μερικές μητέρες ωστόσο η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι προάγγελος κανονικής κατάθλιψης που έρχεται και γι' αυτό απαιτείται εγρήγορση.

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι μια πιο σοβαρή κατάσταση και χαρακτηρίζεται από τα εξής:

Διαταραχές συναισθημάτων

Φόβο ότι μπορεί να κάνει κακό στο μωρό της, ενοχές και ντροπή, αισθήματα εξάντλησης, «κενού», λύπης, αίσθηση σύγχυσης πανικού και άγχους, φόβος στο να

μείνει μόνη ή να βγει έξω από το σπίτι, μόνιμη κακή διάθεση, αισθάνεται απελπισμένη, ανήμπορη και αβοήθητη⁹⁴

Διαταραχές στη συμπεριφορά

Μειωμένη πρόσληψη τροφής ή υπερφαγία, έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα, αϋπνία ή υπνηλία (ύπνος με εφιάλτες), έλλειψη ενδιαφέροντος για την εξωτερική της εμφάνιση και την υγιεινή του σώματός της, έλλειψη ενδιαφέροντος και συμμετοχής σε κοινωνικά γεγονότα, αδυναμία να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις και δραστηριότητες¹⁰⁶

Διαταραχές σκέψης

Αδυναμία συγκέντρωσης, φτωχή μνήμη, αδυναμία λήψεως αποφάσεων, αίσθηση ότι έχει απορριφθεί από το σύντροφό της.

Συναντάται σε περίπου 5-10% των γυναικών και σε διάστημα 6 μηνών από τη γέννηση ενός μωρού¹⁰⁷. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται προηγούμενα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, ψυχοκοινωνικό στρες, ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και προγενέστερο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν και καταθλιπτική διάθεση, κλάματα, αδυναμία της γυναίκας να χαρεί με δραστηριότητες που άλλοτε της προκαλούσαν ευχαρίστηση, προβλήματα ύπνου, κόπωση, προβλήματα όρεξης, αυτοκτονικό ιδεασμό, σκέψεις ότι είναι ανεπαρκής σαν μητέρα. Μπορεί η πάσχουσα να ανησυχεί για την υγεία του μωρού και την ευτυχία του. Ενδεχομένως να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει βλάβη (αν και οι γυναίκες που κάνουν αυτές τις σκέψεις σπάνια τις υλοποιούν). Εάν μείνει αθεράπευτη, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να χρειαστεί μεγάλο χρονικό διάστημα για να αποκατασταθεί η ψυχική υγεία της γυναίκας ενώ υπάρχουν και μεγαλύτερες πιθανότητες να επανέλθει είτε εκτός της περιόδου αυτής είτε μετά από νέα εγκυμοσύνη¹⁹.

Ψύχωση

Η επιλόχεια ψύχωση είναι μια ξεχωριστή ψυχική ασθένεια, η οποία περιλαμβάνει μια πλήρη ρήξη με την πραγματικότητα. Αν και μερικές φορές συγχέεται ή λανθασμένα αναφέρεται ως επιλόχεια κατάθλιψη, η επιλόχεια ψύχωση είναι μια πολύ διαφορετική διαταραχή. Είναι λιγότερο κοινή από την επιλόχεια κατάθλιψη και περιλαμβάνει την

έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων που μπορεί να περιλαμβάνουν διαταραχές σκέψης, παραλήρημα, παραισθήσεις ή και αποδιοργανωμένη ομιλία και συμπεριφορά. Η θεραπεία για την μεταγεννητική ψύχωση είναι απαραίτητη και η εξέλιξή της πολύ κακή αν δεν λάβει έγκαιρα ιατρική φροντίδα^{1,108}.

10. Διαφορική διάγνωση

Στη Δυσθυμική Διαταραχή η διαφορική διάγνωση από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή θα γίνει με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα, και την επιμονή της διαταραχής και είναι δύσκολη καθώς τα συμπτώματα στις δυο διαταραχές είναι παρόμοια και δεν μπορούν να αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά^{109,110,111}. Πέρα, λοιπόν, από το ότι η καταθλιπτική διάθεση στο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής πρέπει να είναι παρούσα για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο τουλάχιστον δυο εβδομάδων, ενώ στη Δυσθυμική Διαταραχή για τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια, συνήθως στο ιστορικό η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα διακριτά Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια που ξεχωρίζουν από τη «συνηθισμένη» λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ η Δυσθυμική Διαταραχή θα χαρακτηρίζεται από χρόνια, λιγότερα σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παρόντα για πολλά χρόνια^{112,113,114,115}.

11. Θεραπεία

Βιολογικές θεραπείες: Πρόσφατα, δοκιμάστηκε στην Ιαπωνία το παραδοσιακό φυτικό φάρμακο Xiong qui tiao xue yin, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, στην ομάδα που έλαβε το σκεύασμα μειώθηκε κατά 50% το ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν αντίδραση θλίψης στη λοχεία.

Ψυχολογικές θεραπείες και παρεμβάσεις: Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι περισσότεροι συγγραφείς τονίζουν την αξία της ψυχοεκπαίδευσης, τόσο πριν από τον τοκετό όσο και μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων της θλίψης στη λοχεία. Ας σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ευρύτερα αποδεκτές οδηγίες για το πώς, πότε και από ποιόν πρέπει να αντιμετωπιστεί η αντίδραση ης θλίψης στη λοχεία¹¹⁶.

Οι Gale και Harlow¹¹⁷ και Kleeb et al¹¹⁸ προτείνουν ως τρόπο αντιμετώπισης της θλίψης στη λοχεία κυρίως την ψυχοεκπαίδευση και την καθυσύχαση των γυναικών για το παροδικό και ήπιο χαρακτήρα της θλίψης της μητρότητας.

Η επιλόχεια θλίψη διαρκεί λίγο και είναι ελαφριάς βαρύτητας. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη θεραπεία πέρα από την υποστήριξη της ασθενούς. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως σερταλίνη, βενλαφαξίνη και φλουοξετίνη, έχουν χρησιμοποιηθεί με κάποια επιτυχία στην επιλόχεια κατάθλιψη. Άλλες θεραπείες περιλαμβάνουν τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Κανένα τρέχον δεδομένο δεν υποστηρίζει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπιστεί διαφορετικά από την μη επιλόχεια κατάθλιψη. Η επιλόχεια ψύχωση είναι μία επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση και τυπικά απαιτεί θεραπεία με νοσηλεία. Η κατάλληλη άμεση αντιμετώπιση περιλαμβάνει σταθεροποιητές της διάθεσης και αντιψυχωτικά, ενώ ενδέχεται να χρειαστεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Τα παραπάνω τονίζουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού παρεμβάσεων για τη θλίψη της μητρότητας, η οποία, αν και παροδική και ήπια, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική ανάπτυξη του νεογνού και επιπλέον, πιθανόν να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης¹¹⁹.

12. Επιπτώσεις στη σχέση γονέα βρέφους

Οι διαταραχές της διάθεσης της μητέρας και κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι συνηθισμένες. Όχι μόνο είναι η αιτία που υποφέρουν οι μητέρες, αλλά έχουν επίσης επιδράσεις και στην κοινωνική και στη συναισθηματική ανάπτυξη των βρεφών τους¹²⁰. Η μητρική δυσθυμία είναι διαταραχή μεταδοτική. Ειδικότερα, διακυβεύοντας τα συναισθήματα των μητέρων, η θλίψη της λοχείας μπορεί να παραμορφώσει την επικοινωνία των συναισθημάτων μεταξύ των βρεφών και των μητέρων και η παραμόρφωση της επικοινωνίας τους εκτροχιάζει τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των βρεφών¹²¹.

Η μεταγεννητική δυσθυμία είναι δυνατόν να εξελιχθεί σε επιλόχεια κατάθλιψη και να έχει επιδράσεις στην ανάπτυξη των απογόνων σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο από τη βρεφονηπιακή ηλικία μέχρι τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής^{120,121} οι οποίες

περιλαμβάνουν κατάθλιψη, προβλήματα συμπεριφοράς και ψυχοπαθολογία^{122,123}. Κατά τη διάρκεια της βρεφονηπιακής ηλικίας εμφανίζονται επιδράσεις στις πρώιμες διαδικασίες δεσίματος της μητέρας με το παιδί, στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους και στη νοητική και κινητική ανάπτυξη του παιδιού^{124,125}. Η ευρύτερη άποψη είναι ότι οι επιδράσεις αυτές λαμβάνουν χώρα επειδή η συναισθηματική επικοινωνία ανάμεσα στο βρέφος και στη μητέρα παραμορφώνεται^{126,127, 128}.

Οι παραμορφώσεις του ρυθμιστικού συστήματος της επικοινωνίας στη δυάδα μητέρας-βρέφους οδηγούν σε μια διαγενεολογική μεταβίβαση μιας αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης από τις μητέρες στα βρέφη. Κατά την άποψη αυτή, οι καταθλιπτικές και αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις αναδύονται στα βρέφη και στα μικρά παιδιά από παραμορφωμένες αλληλεπιδραστικές διεργασίες και δεν δημιουργούνται αποκλειστικά και μόνο ενδοψυχικά^{129,130,131,132}.

Οι μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να εκφράσουν ασυνείδητα λιγότερα θετικά και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα προς τα παιδιά τους, ανταποκρίνονται λιγότερο και είναι λιγότερο ευαίσθητες προς τις ανάγκες των βρεφών, είναι λιγότερο συναισθηματικά διαθέσιμες, έχουν λιγότερο επιτυχημένο μητρικό ρόλο, και είναι λιγότερο συνδεδεμένες με το νεογνό. Και σε πιο ακραίες περιπτώσεις ορισμένες γυναίκες μπορεί να έχουν σκέψεις να βλάψουν τα παιδιά τους. Με άλλα λόγια, οι περισσότερες μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη υφίστανται κάποιο είδος κόστους, όπως η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και κατά συνέπεια αισθάνονται λιγότερο ανεπτυγμένη τη μητρότητα¹³³.

Οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με επιλόχεια κατάθλιψη συχνά επικεντρώνονται περισσότερο στις αρνητικές εκδηλώσεις της φροντίδας των νεογνών, με αποτέλεσμα την κακή στρατηγική αντιμετώπισης¹³⁴.

Η λοχειακή κατάθλιψη διακυβεύει την ικανότητα της γυναίκας να φροντίζει το βρέφος της. Έχει συσχετιστεί με την επιβραδυμένη ή μειωμένη προσκόλληση στο βρέφος, τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο βρέφος, την απόρριψη του βρέφους, ακόμα και τη βρεφοκτονία. Τα παιδιά μητέρων με λοχειακή κατάθλιψη έχει διαπιστωθεί ότι έχουν σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς, όπως διαταραχές του ύπνου και στην πρόσληψη τροφής, εκρήξεις θυμού, νοητικά ελλείμματα, μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, πτωχές ικανότητες προσοχής, και προδιάθεση στην κατάθλιψη¹³⁵. Η λοχειακή κατάθλιψη έχει επίσης συσχετιστεί με επιδείνωση της

σχέσης της γυναίκας με το σύντροφό της καθώς επίσης και με αυξημένη δυσφορία του συντρόφου της^{136,137}.

Έχει βρεθεί επίσης ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων των παιδιών στους ρυθμιστικούς και συναισθηματικούς τύπους των βρεφών. Έχει διαπιστωθεί ότι τα αγόρια είναι πιο αντιδραστικά συναισθηματικά και λιγότερο ικανά να αυτορυθμίζουν τις συναισθηματικές τους καταστάσεις. Αντίθετα τα κορίτσια, τα οποία σε ηλικία έξι μηνών επικεντρώνονται σημαντικά περισσότερο στα αντικείμενα απ' ό,τι τα αγόρια, και είναι ικανά για αποτελεσματικότερη αυτορύθμιση μπορεί να είναι πιο ευάλωτα στον παρεισφρητικό τύπο της κατάθλιψης, επειδή παρεμβαίνει στην ίδια τους την αντιπροσώπευση και ρύθμιση^{138,139}.

Τα βρέφη απαιτούν έναν εξαιρετικό βαθμό φροντίδας. Η έλλειψη υποστήριξης από τον πατέρα ή από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας θα αυξήσει την επιβάρυνση της μητέρας ενώ προβλήματα υγείας του βρέφους θα μειώσουν τα οφέλη που θα προκύψουν από τη γέννηση ενός παιδιού. Αν η μητέρα πριν το τοκετό δεν έχει λάβει επαρκή υποστήριξη από τον πατέρα ή από άλλα μέλη της οικογένειας, μπορεί να μην είναι σε θέση να αντέξει τη φροντίδα του βρέφους χωρίς αυτό να έχει επίπτωση στα άλλα παιδιά της οικογένειας ή την υγεία της μητέρας¹⁴⁰.

Οι μητέρες που έχουν ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη ή άλλες εξουθενωτικές στρεσογόνες συνθήκες διαβίωσης, αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα που είτε κατευθύνονται στο νεογέννητο είτε μειώνεται το ενδιαφέρον της μητέρας για το νεογέννητο περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο το κόστος που υφίσταται από τη φροντίδα του νεογνού. Πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης καθώς και της ελλιπούς φροντίδας του βρέφους¹⁴¹.

Ο Kruckman με τη χρήση των παρατηρήσεων από ανθρωπολογική επιτόπια έρευνα, δείχνει ότι η υποστηρικτική συμπεριφορά και η γνώση να προστατεύουν τη μητέρα με ουσιαστικό και ειλικρινή τρόπο, μπορεί να επηρεάσουν τον υποθάλαμο, την υπόφυση καθώς και τη λειτουργία των επινεφριδίων με την συνέπεια την παράγωγή ορμονών που μειώνουν την εκδήλωση άγχους ή πανικού στις γυναίκες μετά τον τοκετό¹⁴².

Η συμβολή του πατέρα είναι και αυτή εξαιρετικά σημαντική με διάφορους τρόπους. Το ψυχολογικό κληροδότημα του πατέρα από τη δική του παιδική ηλικία αλλά και

από τις συνθήκες της ζωής του παίζει κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο εκείνος θα στηρίξει ή όχι τη σύντροφό του στην κρίσιμη περίοδο της λοχείας.

Προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή αυτής της τόσο κρίσιμης περιόδου είναι όχι μόνο το περιβάλλον, πρακτικό και συναισθηματικό, της μητέρας αλλά και η συναισθηματική ετοιμότητά της να φέρει στον κόσμο ένα παιδί¹⁴³.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μέθοδοι

Στην παρούσα έρευνα αποφασίστηκε να ακολουθηθεί κλειστό δομημένο ερωτηματολόγιο σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και μάλιστα αμέσως μετά τον τοκετό τους όταν δηλαδή βρισκόντουσαν ακόμα στο Μαιευτήριο. Η έρευνα είναι δειγματοληπτική και διενεργήθηκε μετά από τη χορήγηση σχετικής άδειας από το ΕΚΕΠΥ αφού προηγουμένως υπήρξε προσωπική επικοινωνία και έγκριση του ερωτηματολογίου από τους διευθυντές των έξι κλινικών των δύο νοσοκομείων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Πρόκειται για το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Σερρών και συγκεκριμένα για τις τέσσερις μαιευτικές κλινικές του Ιπποκράτειου και δύο του νοσοκομείου Σερρών.

2. Δείγμα

Το δείγμα της παρούσα έρευνας αποτέλεσαν 116 λεχώνες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο οι 100 με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, ενώ οι 16 συμπλήρωσαν προσωπικά οι ίδιες το ερωτηματολόγιο. Όλες αμέσως μετά τον τοκετό τους έως και την 6^η μετεγχειρητική ημέρα, με εξαίρεση μία λεχώνα που λόγω επιπλοκής του τοκετού παρέμεινε περισσότερες ημέρες στο νοσοκομείο και προσεγγίστηκε τη 10 ημέρα της λοχείας της. Η κατανομή των γυναικών στην αντίστοιχη ημέρα της λοχείας έγινε ανάλογα με την ημέρα προσέγγισής τους κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Αρχικά διανεμήθηκαν 50 ερωτηματολόγια προκειμένου να συμπληρωθούν από τις ίδιες τις λεχώνες για την συμπλήρωση των οποίων απαιτούνταν περίπου 15 με 20 λεπτά. Διαπιστώθηκε όμως ότι από τα 50 μόνο τα 19 ήταν πλήρως συμπληρωμένα. Στα υπόλοιπα 31 (missing data) είτε υπήρχαν διπλές απαντήσεις είτε δεν είχαν απαντήσει σε κάποιες ερωτήσεις με συνέπεια και στις δύο περιπτώσεις τα ερωτηματολόγια να είναι άκυρα. Κατά συνέπεια επιλέχθηκε να γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Προσεγγίστηκαν περίπου άλλες 150 γυναίκες από τις οποίες δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα οι 97 οι οποίες και συμπεριελήφθησαν στο δείγμα της έρευνας. Ο λόγος της μη συμμετοχής των 53 γυναικών σχετιζόταν κυρίως με το επισκεπτήριο καθώς η συνέντευξη πραγματοποιούνταν κατά τη διάρκεια του απογευματινού επισκεπτηρίου.

Κυρίως οι συγγενείς ήταν εκείνοι που απέτρεπαν ή και απαγόρευαν σε ορισμένες περιπτώσεις τη συμμετοχή. Σε πολλές περιπτώσεις ήταν έντονη και η καχυποψία παρόλο που ήταν απόλυτα σαφές το ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και προαιρετικό. Υπήρξαν δύο περιπτώσεις αλλοδαπών που δεν συμμετείχαν λόγω αδυναμίας στην επικοινωνία, τέσσερις γυναίκες που απλά αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους χωρίς να προσδιορίσουν το λόγο και μία περίπτωση με διανοητική καθυστέρηση. Η συνέντευξη διαρκούσε περίπου τα 10 με 15 λεπτά. Υπήρξαν και 3 περιπτώσεις που ενώ άρχισαν να απαντούν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου στη συνέχεια δε θέλησαν να συνεχίσουν γιατί αφίχθηκαν συγγενικά τους άτομα στο περιβάλλον. Μία γυναίκα δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση που προσδιόριζε το φύλο του παιδιού της και στάθηκε αδύνατο να προσδιοριστεί από τα στοιχεία που υπήρχαν διαθέσιμα τόσο από τη συνέντευξη όσο και από το περιβάλλον διότι το νεογνό δεν ήταν κοντά της, παρόλα αυτά συμπεριελήφθη στην έρευνα διότι απαντούσε σε όλες τις υπόλοιπες ερωτήσεις με ειλικρίνεια και καλή προαίρεση.

3. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο περιείχε 70 ερωτήσεις. Οι πρώτες 9 κλειστού τύπου αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Οι υπόλοιπες 21 κλειστού τύπου αφορούσαν στοιχεία για την εγκυμοσύνη, το νεογνό, την κατάσταση υγείας και το περιβάλλον της ερωτηθείσας παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το ψυχισμό της λεχώνας. Τα στοιχεία για τη διαμόρφωση και τη δόμηση του πρώτου τμήματος του ερωτηματολογίου προέκυψαν από τη μελέτη παρόμοιων ερευνών που αφορούσαν τη μεταγεννητική δυσθυμία καθώς και από τη πρόσφατη βιβλιογραφία στην αιτιολογία και πρόληψη της δυσθυμικής αυτής διαταραχής.

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης (Center for Epidemiological Studies – Depression, CES-D), ένα σύντομο εργαλείο αυτοαναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Περιλαμβάνει 20 φράσεις που αναφέρονται σε σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα ενδεικτικά κατάθλιψης. Το άτομο δηλώνει τη συχνότητα με την οποία βίωσε το κάθε σύμπτωμα στη διάρκεια της εβδομάδας που πέρασε (σπάνια ή καθόλου – λιγότερο από 1 ημέρα, λίγες φορές-1-2 μέρες, μερικές φορές – 3-4 μέρες, συνεχώς – 5-7 μέρες). Ορισμένες από τις φράσεις έχουν θετική χροιά πχ «απολάμβανα τη ζωή» και οι τιμές τους αντιστρέφονται κατά τον υπολογισμό της τελικής βαθμολογίας. Με βάση τη σύγχρονη ελληνική βιβλιογραφία το διαγνωστικό όριο της κατάθλιψης στο CESD έχει τεθεί στο 23/24¹⁴⁴

Για τη μέτρηση των επιπέδων άγχους των λεχόνων χρησιμοποιήθηκε το STAI (State-Trait Anxiety Inventory του Charles D. Spielberger). Το STAI αποτελείται από δύο υποδοκιμασίες, εκ των οποίων η μια μετράει το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait) και η άλλη το μετράει ως στοιχείο της παρούσας κατάστασης (State). Έχει προσαρμοστεί σε περισσότερες από 40 γλώσσες και αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις για κάθε υποδοκιμασία που βαθμολογούνται σε μια 4βαθμη κλίμακα Likert. Για τους σκοπούς αυτής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε μόνον η υποδοκιμασία που μετρούσε το άγχος ως κατάσταση (State), ο μέσος όρος της οποίας στον ελληνικό πληθυσμό είναι 43,21.¹⁴⁵

4. Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των μεταβλητών της έρευνάς μας αναφέρονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση, όταν οι μεταβλητές είναι ποσοτικές, καθώς και οι ακριβείς συχνότητες και τα ποσοστά τους, όταν οι μεταβλητές είναι ποιοτικές.

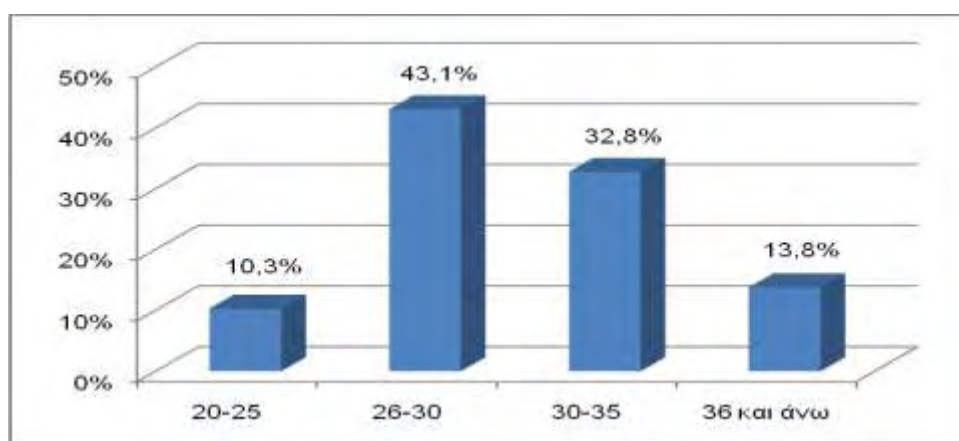
Για τη συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών χρησιμοποιούνται ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson, όταν οι μεταβλητές είναι ποσοτικές, και ο συντελεστής συσχέτισης r_{ho} του Spearman, όταν κάποια από τις μεταβλητές είναι τακτική. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία t του Student, ενώ όταν οι μεταβλητές ήταν ποιοτικές εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία χ^2 του Pearson.

Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's α . Για την ανεύρεση των σημαντικών μεταβλητών που επηρεάζουν τις βαθμολογίες του δείγματος στα ερωτηματολόγια της έρευνας κατασκευάστηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο κατά βήματα (stepwise). Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ήταν $\alpha=0,05$. Για την πραγματοποίηση των αναλύσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.16.

5. Αποτελέσματα

5.1. Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα

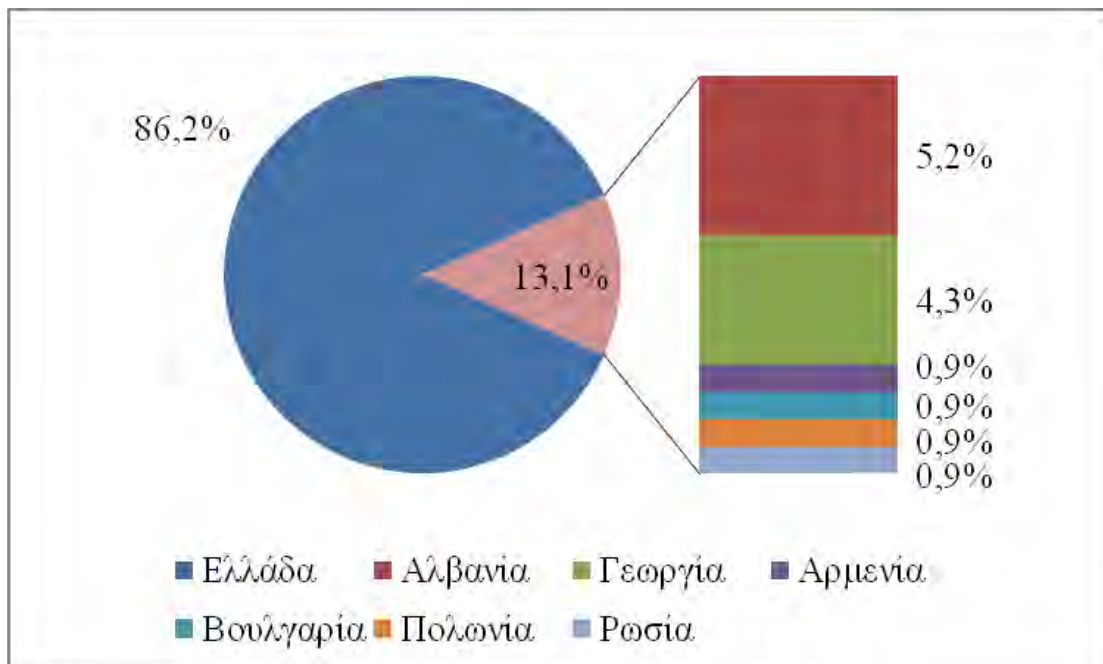
Στην έρευνα συμμετείχαν 116 λεχώνες ηλικίας 20-41 ετών (μ.ό.:30.53 τ.α.:4.36). Όπως φαίνεται και στο σχήμα 1, οι περισσότερες γυναίκες ανήκαν στην πενταετία 26-30 ετών.



Σχήμα 1: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος.

Οι 100 από τις συμμετέχουσες (ποσοστό 86,2%) είχαν την ελληνική υπηκοότητα, ενώ οι υπόλοιπες λεχώνες είχαν καταγωγή αλβανική (6 γυναίκες) ή γεωργιανή (5 γυναίκες), ενώ υπήρχε και από μία γυναίκα με καταγωγή από Αλγερία, Αρμενία, Βουλγαρία, Πολωνία και Ρωσία (Σχήμα 2).

Παρότι οι ελληνίδες ήταν κατά μέσο όρο 1,78 έτη μεγαλύτερες από τις αλλοδαπές γυναίκες (30,78 έναντι 29,00 ετών κατά μέσο όρο) η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική [$t(114)=1,525$, $p=0,130$].

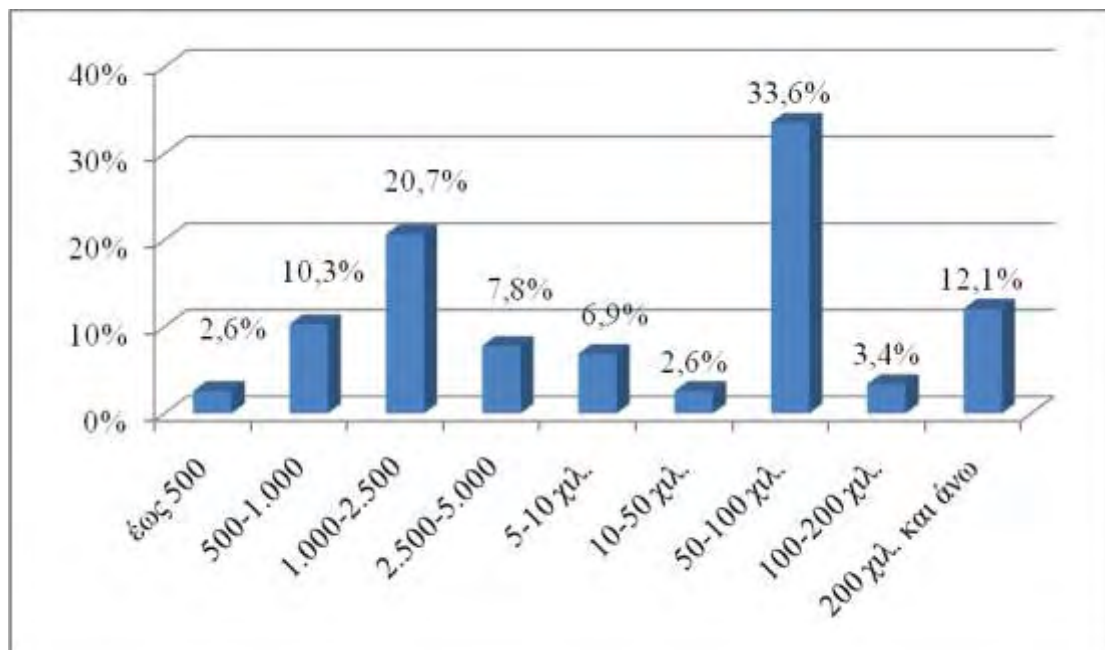


Σχήμα 2: Τόπος καταγωγής των γυναικών.

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 3, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχουσών ήταν έγγαμες (110 γυναίκες, 94,8% του δείγματος), ενώ υπήρχαν 5 άγαμες (4,3%) και 1 διαζευγμένη (0,9%). Δύο από τις έγγαμες γυναίκες ήταν στο δεύτερο γάμο τους. Λόγω του πολύ μικρού αριθμού γυναικών που δεν ήταν έγγαμες, η μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης δε συμμετείχε σε περαιτέρω αναλύσεις.

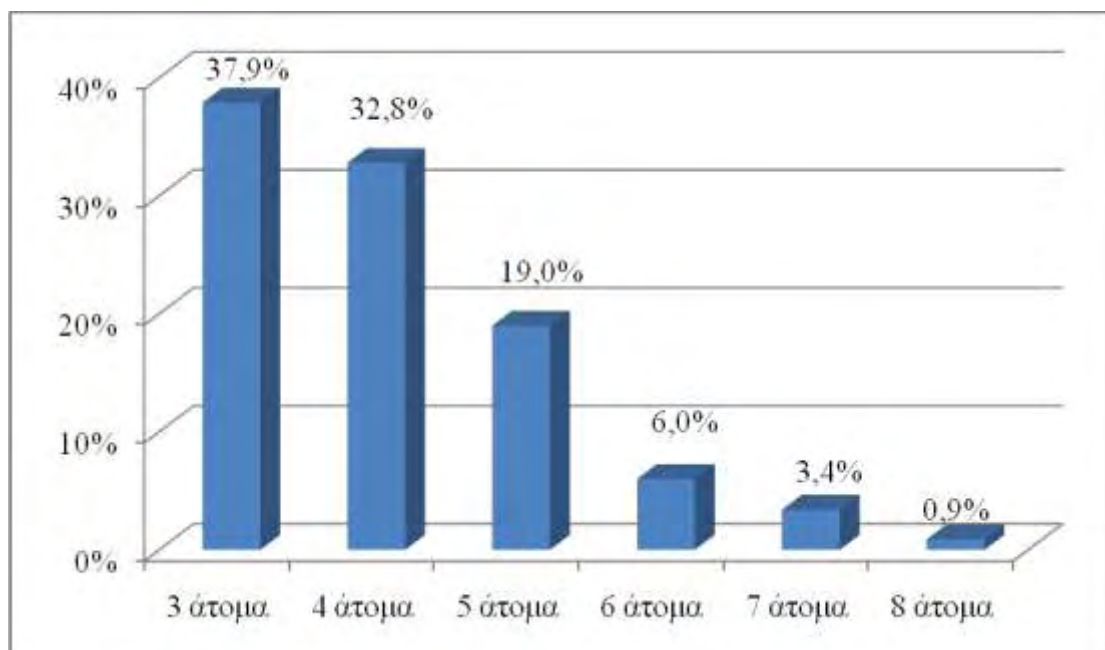


Σχήμα 3: Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών.



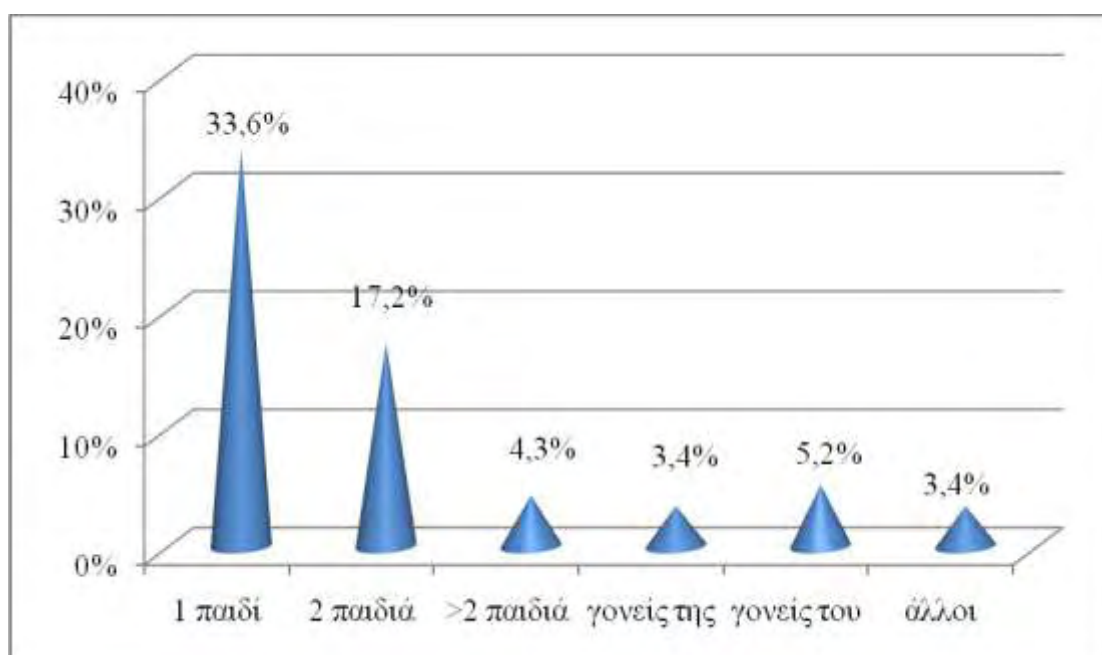
Σχήμα 4: Αριθμός κατοίκων στον τόπο διαμονής του δείγματος.

Στο διάγραμμα 4 φαίνεται το μέγεθος του τόπου διαμονής τους. Το δείγμα καλύπτει λιγότερο ή περισσότερο όλο το εύρος οικισμών ανεξαρτήτως μεγέθους, αν και φαίνεται μια επικράτηση των χωριών με 500-2500 κατοίκους και των μεσαίων πόλεων (50-100 χιλιάδων κατοίκων). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του μεγέθους του οικισμού διαμονής με την εθνικότητα ή την ηλικία των γυναικών.



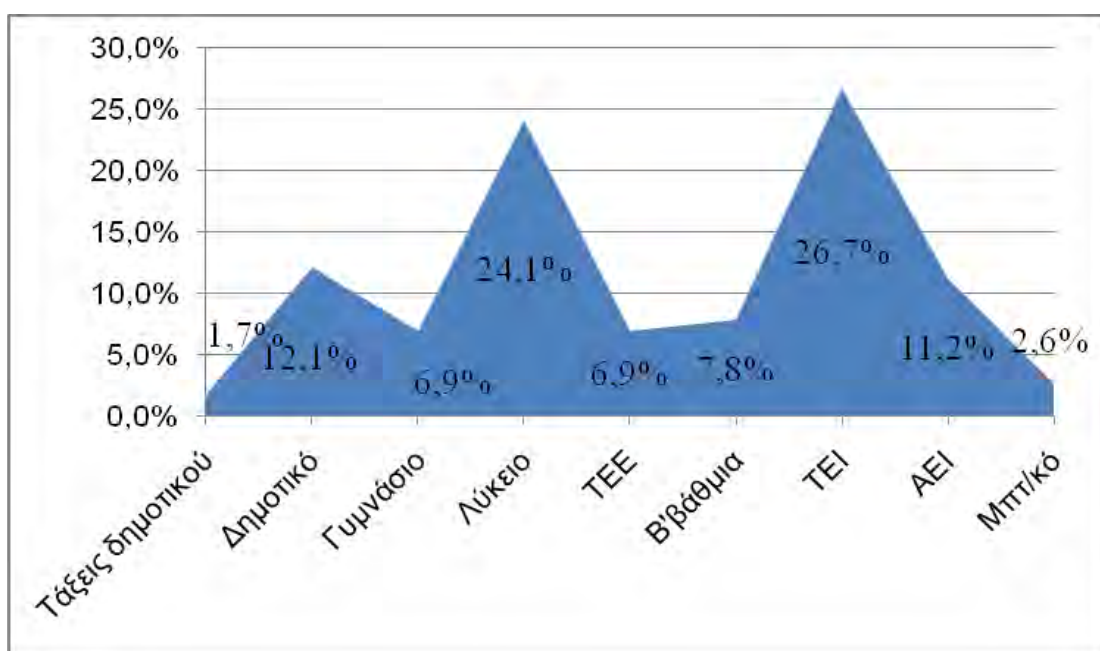
Σχήμα 5: Αριθμός ατόμων που συγκατοικούν στην οικογένεια.

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που κατοικούν στο σπίτι που διαμένει η κάθε συμμετέχουσα κυμαίνεται από 3-8 άτομα (Σχήμα 5). Πλην της συμμετέχουσας και του συντρόφου της (σε όλες τις περιπτώσεις πλην μιας), μένει μαζί και το νεογέννητο ή τα νεογέννητα, σε περίπτωση πολλαπλής κύησης. Άλλα μέλη της οικογένειας που συγκατοικούν είναι ακόμα ένα παιδί (39 οικογένειες, 33,6% στο δείγμα), δύο παιδιά (20 οικογένειες, 17,2%) ή περισσότερα παιδιά (5 οικογένειες, 4,3%). Οι δυο γονείς της μητέρας ή του πατέρα διέμεναν μαζί σε 4 και 6 οικογένειες αντίστοιχα (ποσοστά 3,4% και 5,2% αντίστοιχα), ενώ σε 4 οικογένειες (3,4% του δείγματος) διέμενε μαζί και ο αδερφός της γυναίκας ή του συντρόφου της (Σχήμα 6). Ο αριθμός των ατόμων που κατοικούν στο σπίτι που διαμένει η έγκυος ήταν αντιστρόφως ανάλογος του μεγέθους του οικισμού διαμονής ($\rho=-0,188$, $p=0,043$) με τις πολυπληθέστερες οικογένειες να ζουν στους μικρότερους οικισμούς.

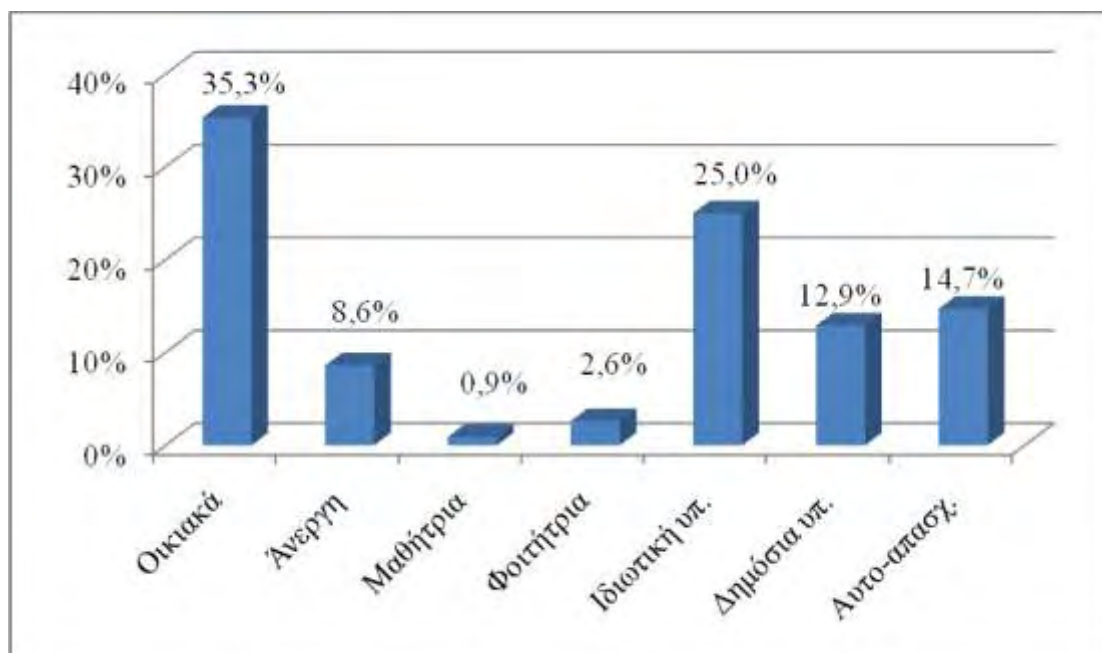


Σχήμα 6: Άτομα που συγκατοικούν πλην γονιών και νεογέννητων.

Στο σχήμα 7 απεικονίζεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Οι συμμετέχουσες είχαν ποικιλία ως προς αυτήν τη μεταβλητή με περισσότερες αυτές που ολοκλήρωσαν Δημοτικό (14 γυναίκες, 12,1% του δείγματος), Λύκειο (28 γυναίκες, 24,1%) και ανώτατη τεχνική εκπαίδευση (31 γυναίκες, 26,7%). Και πάλι, όπως αναμενόταν, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών συσχετίστηκε με οικισμούς διαμονής μεγαλύτερους σε πληθυσμό ($\rho=0,255$, $p=0,006$), πιο ολιγομελείς οικογένειες ($\rho=-0,273$, $p=0,003$) και ελληνική έναντι αλλοδαπής καταγωγή [$t(114)=3,027$, $p=0,003$].



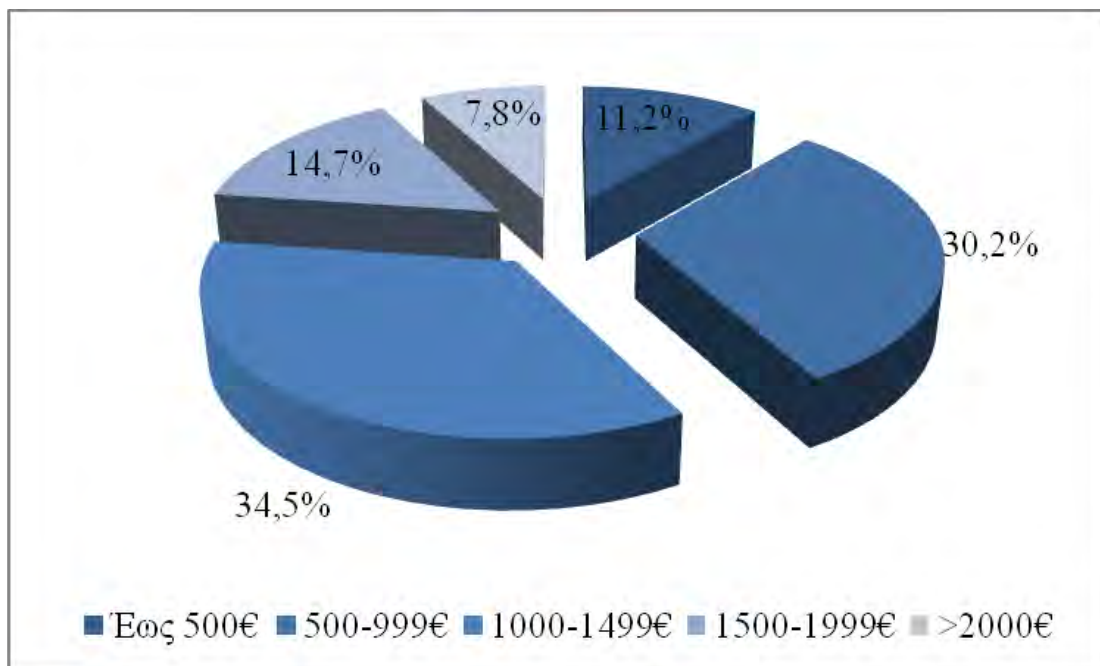
Σχήμα 7: Εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος.



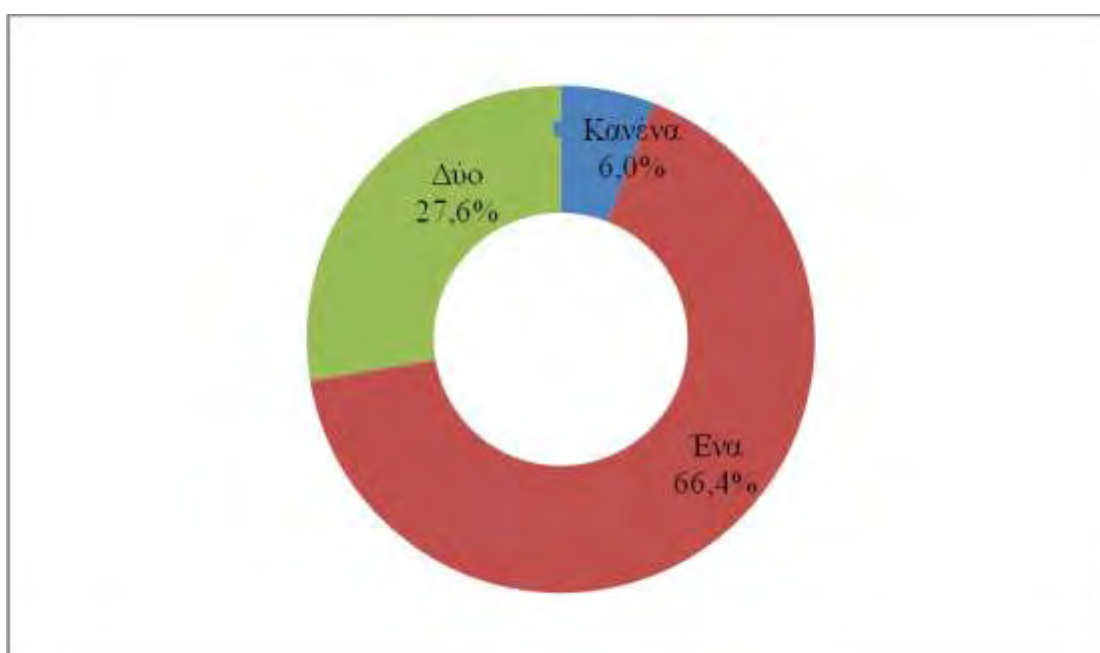
Σχήμα 8: Επαγγελματική ενασχόληση των συμμετεχουσών.

Παρόμοια ποικιλία είχε και η επαγγελματική ενασχόληση των γυναικών του δείγματος (σχήμα 8), με πιο συχνές τα οικιακά (45 γυναίκες, 35,3%) και την εργασία ως υπάλληλος στον ιδιωτικό τομέα (29 γυναίκες, 25,0%), στο δημόσιο (15 γυναίκες, 12,9%) ή ως ελεύθερη επαγγελματίας (17 γυναίκες, 14,7% του δείγματος).

Το οικονομικό επίπεδο του δείγματος ήταν μάλλον καλό. Όπως φαίνεται από το σχήμα 9 που απεικονίζει το μηνιαίο εισόδημα, όπως δηλώθηκε από τις συμμετέχουσες, οι περισσότερες είχαν έσοδα 1000-1499€ το μήνα, ενώ ο ισοσταθμισμένος μέσος όρος ήταν μεγαλύτερος από 1138€. Σε αντίστοιχα συμπεράσματα οδηγεί και η απάντηση στην ερώτηση «πόσα αυτοκίνητα ανήκουν στην οικογένειά σας», που όπως φαίνεται και στο σχήμα 10, δείχνει τη σχετικά καλή οικονομική κατάσταση του δείγματος. Οι δυο μεταβλητές αυτές έδειξαν ικανοποιητική συσχέτιση ($r_{ho}=0,385$, $p<0,001$), κάτι που είναι ένδειξη της ειλικρίνειας των συμμετεχουσών και της εγκυρότητας των απαντήσεών τους. Το οικονομικό επίπεδο, όπως αναμενόταν, συσχετίστηκε με την ηλικία των γυναικών με τις μεγαλύτερες γυναίκες να δηλώνουν μεγαλύτερο εισόδημα ($r_{ho}=0,223$, $p=0,017$) και μεγαλύτερο αριθμό αυτοκινήτων στην οικογένεια ($r_{ho}=0,269$, $p=0,003$), καθώς και με την καταγωγή με τις ελληνίδες να έχουν μεγαλύτερο εισόδημα [$t(112)=2,628$, $p=0,010$] και περισσότερα αυτοκίνητα [$t(114)=2,793$, $p=0,006$] από τις αλλοδαπές.



Σχήμα 9: Μηνιαίο εισόδημα του δείγματος (σε ευρώ)



Σχήμα 10: Αριθμός αυτοκινήτων που ανήκουν στην οικογένεια των γυναικών.

Η έκβαση του τοκετού παρουσιάζεται στο Σχήμα 11. Λίγο περισσότερες από τις μισές γυναίκες (61, 52,6% του δείγματος) γέννησαν με καισαρική τομή, ενώ σχεδόν όλες οι υπόλοιπες (54 γυναίκες, 44,6%) έφεραν τα παιδιά τους στον κόσμο με φυσιολογικό τοκετό. Μια κύηση (0,9% του δείγματος) ολοκληρώθηκε με συκιουλκία, η οποία στη συνέχεια των αναλύσεων θα κατηγοριοποιηθεί ως φυσιολογικός τοκετός.



Σχήμα 11: Έκβαση της κύησης των γυναικών του δείγματος.

Μεταξύ των έως τώρα αναφερθέντων δημογραφικών μεταβλητών (εθνικότητα, ηλικία, τόπος διαμονής, εκπαίδευση, εισόδημα, μέγεθος οικογένειας) μόνον η εθνικότητα και το μέγεθος της οικογένειας συσχετίστηκαν με την έκβαση του τοκετού, με τις αλλοδαπές να κάνουν πιο συχνά καισαρική (ποσοστό 75% στο δείγμα μας, έναντι του 49% των ελληνίδων) και τις πολυπληθέστερες οικογένειες να έχουν πιο συχνά φυσιολογικό τοκετό παρά καισαρική (μ.ό. ατόμων σε φυσιολογικό τοκετό 4,35 έναντι 3,82 σε καισαρική τομή).

Σε ότι αφορά την ωιδινοποίηση-πρόκληση τοκετού υπάρχουν δεδομένα για 46 από τις 55 γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και για 60 από τις 61 γυναίκες που γέννησαν με καισαρική. Συγκεκριμένα στις 10/46 (21,7%) των γυναικών με φυσιολογικό τοκετό και στις 14/60 (23,3%) των γυναικών με καισαρική

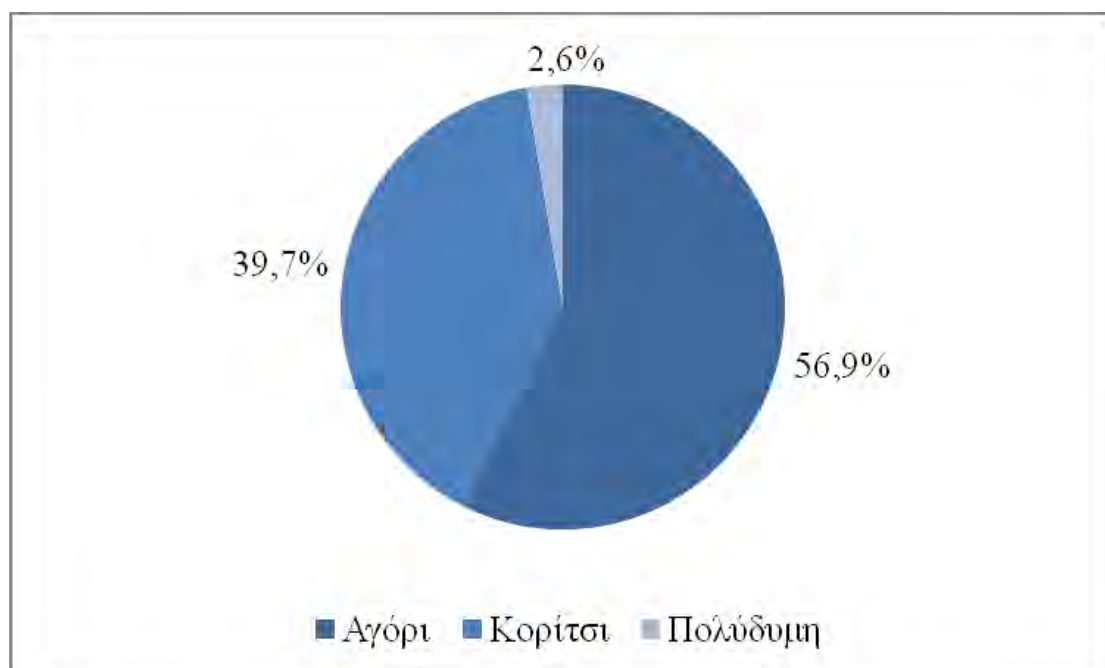
είχε προηγηθεί ωδινοποίηση, μια διαφορά καθόλου στατιστικά σημαντική [$\chi^2(1)=0,038$, $p=0,846$]. Ωστόσο αναφορικά με τις δημογραφικές μεταβλητές βρέθηκε στατιστική διαφορά σχετικά με το οικονομικό επίπεδο των γυναικών, όπου οι γυναίκες με υψηλότερο δηλωθέν εισόδημα είχαν λιγότερο συχνά ωδινοποίηση συγκριτικά με τις γυναίκες χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου [$t(103)=2,248$, $p=0,027$].

Επίσης, από τις 61 γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή στις 40 (65,6% των περιπτώσεων) η επέμβαση αυτή ήταν εκ των προτέρων προγραμματισμένη, ενώ στις υπόλοιπες 21 (34,4% των περιπτώσεων) η επέμβαση αποφασίστηκε «εν θερμώ». Το μέγεθος της οικογένειας φάνηκε να επηρεάζει αυτήν την απόφαση, αφού οι γυναίκες με προγραμματισμένη καισαρική τομή φαίνεται να ζουν σε οικογένειες με περισσότερα άτομα (4,08 έναντι 3,33) [$t(59)=3,007$, $p=0,004$].

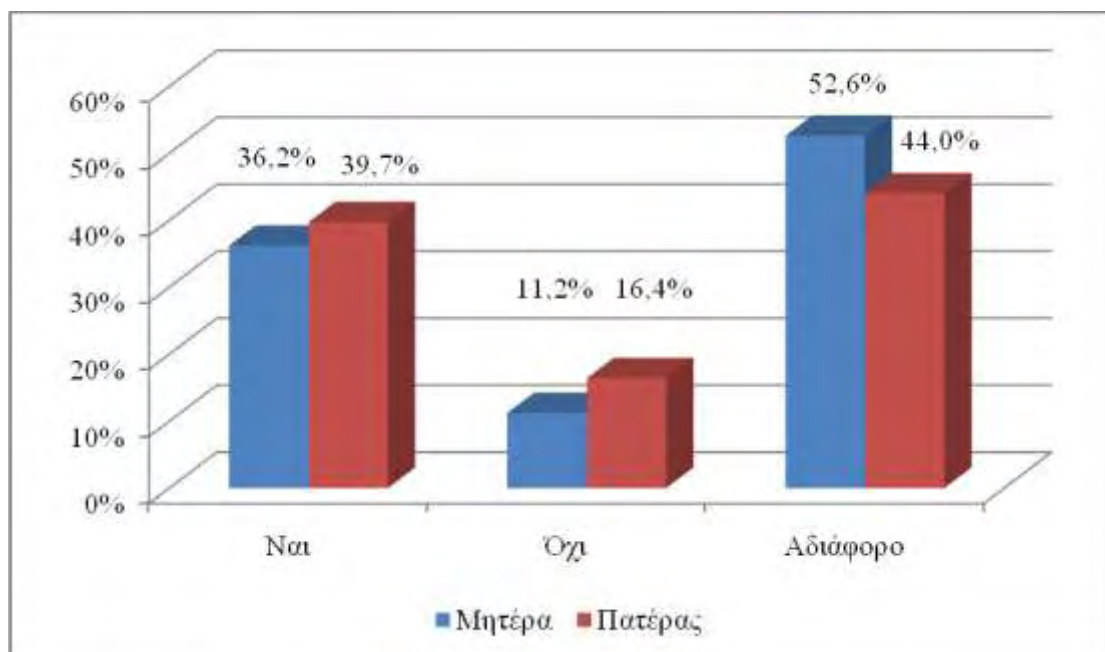
Το φύλο του παιδιού περιγράφεται στο Σχήμα 12. Σε 66 κήσεις (56,9% του δείγματος) το παιδί ήταν αγόρι, σε 46 (39,7%) ήταν κορίτσι, σε τρεις περιπτώσεις η κύηση ήταν πολλαπλή (δύο δίδυμες, με 2 κορίτσια και με 1 αγόρι – 1 κορίτσι και μια τρίδυμη με 2 αγόρια και 1 κορίτσι), ενώ σε μια περίπτωση η γυναίκα δε δέχτηκε να καταγραφεί το φύλο του παιδιού της. Το φύλο του παιδιού δε φάνηκε να συσχετίζεται με κάποια προηγούμενη παράμετρο ούτε με την έκβαση του τοκετού [$\chi^2(1)=0,025$, $p=0,875$].

Η συμφωνία επιθυμητού και πραγματικού φύλου για καθέναν από τους γονείς του παιδιού απεικονίζεται στο Σχήμα 13. Για τους περισσότερους γονείς ήταν αδιάφορο το φύλο του παιδιού, ενώ από τους υπόλοιπους οι περισσότεροι ήταν ικανοποιημένοι με το φύλο του. Με βάση τα δεδομένα αυτά από τις 52 γυναίκες που είχαν συγκεκριμένη επιθυμία οι 22 (42,3%) ήθελαν αγόρι και οι 30 (57,7%) ήθελαν κορίτσι, ενώ από τους 62 άνδρες οι 37 (59,7%) ήθελαν αγόρι και οι 25 (40,3%) κορίτσι. (Από τις αναλύσεις εξαιρέθηκαν οι πολύδυμες κήσεις και μια περίπτωση, όπου δε μας είναι γνωστό το φύλο του παιδιού). Από τις δημογραφικές μεταβλητές, η επιθυμία φύλου συσχετίστηκε μόνο με την εθνικότητα, όπου οι Ελληνίδες απάντησαν περισσότερο συχνά ότι τους ήταν αδιάφορο το φύλο του παιδιού (58,0%) ενώ οι αλλοδαπές απάντησαν ότι το φύλο του παιδιού ήταν αυτό που επιθυμούσαν (81,3%) [$\chi^2(2)=16,521$, $p<0,001$]. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι σε 47 ζευγάρια (40,5% του δείγματος) το φύλο ήταν αδιάφορο και στους δύο γονείς, ενώ μόνο σε 18 ζευγάρια (15,5%) το φύλο ενδιέφερε τον έναν αλλά όχι τον άλλον από τους δύο γονείς. Από το

υπόλοιπο 60% (51 ζευγάρια) που έδειξαν να ενδιαφέρονται και οι δυο για το φύλο του παιδιού, οι 38 γονείς (74,5%) συμφωνούσαν στην προτίμησή τους ενώ οι υπόλοιποι 13 (25,5%) διαφωνούσαν.



Σχήμα 12: Φύλο του παιδιού των συμμετεχουσών.



Σχήμα 13: Απαντήσεις της μητέρας και του πατέρα αν το παιδί τους είχε το φύλο που επιθυμούσαν.

Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, το ελάχιστο και το μέγιστο του βάρους σώματος των νεογνών (σε γραμμάρια) και της διάρκειας κύησης (σε εβδομάδες) παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Όπως είναι αναμενόμενο, οι μεταβλητές αυτές έδειξαν υψηλή συσχέτιση ($r=0,75$, $p<0,001$), δηλαδή οι κυήσεις με μεγαλύτερη διάρκεια οδήγησαν και σε βαρύτερα νεογνά. Επίσης, οι φυσιολογικοί τοκετοί αντιστοιχούσαν σε κυήσεις περισσότερων εβδομάδων από ό,τι οι καισαρικές τομές (38,91 έναντι 37,66 εβδομάδες) [$t(114)=3,035$, $p=0,003$] και οδήγησαν σε βαρύτερα νεογνά (3366 έναντι 3046gr) [$t(114)=3,050$, $p=0,003$]. Το αρσενικό φύλο του παιδιού είχε μια οριακή τάση για συσχέτιση με μεγαλύτερο βάρος σώματος νεογνού (3304 έναντι 3117gr) και στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια κύησης (38,73 έναντι 37,74 εβδομάδες) [$t(110)=17,34$, $p=0,086$ και $t(110)=2,280$, $p=0,025$, αντίστοιχα]. Η ηλικία της μητέρας δε συσχετίστηκε σημαντικά με τις παραμέτρους αυτές, με μια αμελητέα τάση οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες να έχουν συντομότερες κυήσεις και να έχουν νεογνά με μικρότερο σωματικό βάρος [$r=-0,114$, $p=0,225$ και $r=-0,088$ $p=0,347$, αντίστοιχα].

Μεταβλητή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Βάρος σώματος (gr)*	3198	585,0	650	4300
Διάρκεια κύησης (εβδομάδες)	38,25	2,30	25	41

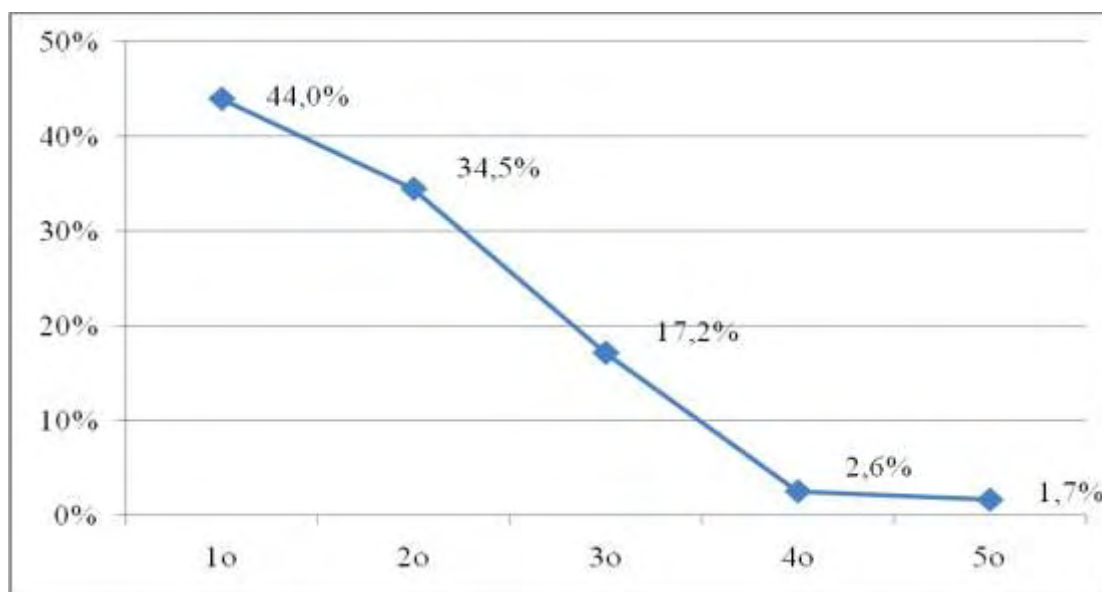
*Στις πολύδυμες κυήσεις χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος του βάρους των νεογνών.

Πίνακας 1. Βάρος σώματος και διάρκεια κύησης των νεογνών

Από τις 116 κυήσεις, οι 7 (6,0%) οδήγησαν σε νεογνά με κάποιο πρόβλημα υγείας και πιο συγκεκριμένα 3 οδήγησαν σε πρόωρο τοκετό, 3 σε σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, ενώ 1 σε νεογνό μικρό για την ηλικία κύησης (small for dates). Όλα τα νεογνά με πρόβλημα υγείας ήταν κορίτσια και είχαν σημαντικά χαμηλότερο βάρος γέννησης (1797 έναντι 3288gr των φυσιολογικών) [$t(112)=8,208$, $p<0,001$] και μικρότερη διάρκεια κύησης (31,43 έναντι 38,69 εβδομάδων στα φυσιολογικά) [$t(112)=12,302$, $p<0,001$].

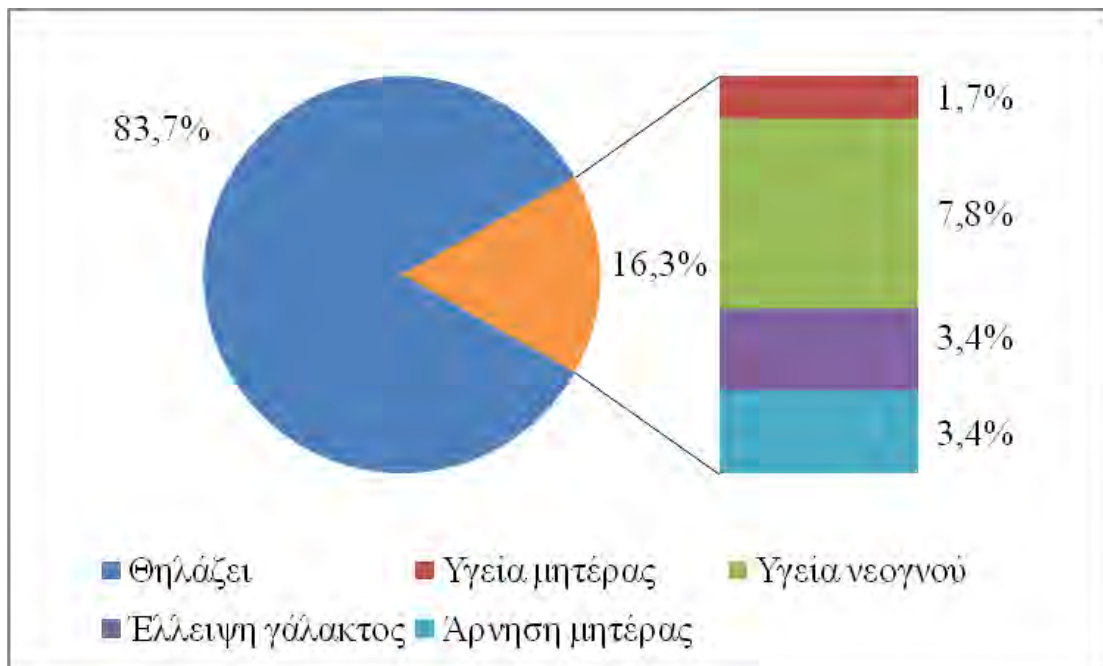
Στο Σχήμα 14 παρουσιάζονται τα δεδομένα αναφορικά με τη σειρά γέννησης του νεογνού (ή των νεογνών) αυτών σχετικά με τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας.

Σχεδόν στις μισές περιπτώσεις (51, 44,0%) επρόκειτο για το πρώτο παιδί, στο ένα τρίτο (40, 34,5%) ήταν το δεύτερο παιδί, ενώ στις υπόλοιπες 25 (21,5%) ήταν το 3^ο έως 5^ο παιδί. Η μεγαλύτερη σειρά γέννησης του παιδιού συσχετίστηκε με πιο συχνό φυσιολογικό τοκετό έναντι καισαρικής [$t(114)=3,602$, $p<0,001$] και, όπως είναι δημογραφικά αναμενόμενο, με μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας ($rho=0,248$, $p=0,007$), χαμηλότερη εκπαίδευση ($rho=-0,324$, $p<0,001$) και πιο πολυπληθή οικογένεια ($rho=0,802$, $p<0,001$). Η υγεία του νεογνού δε συσχετίστηκε με τη σειρά γέννησής του [$t(114)=0,0483$, $p=0,630$].



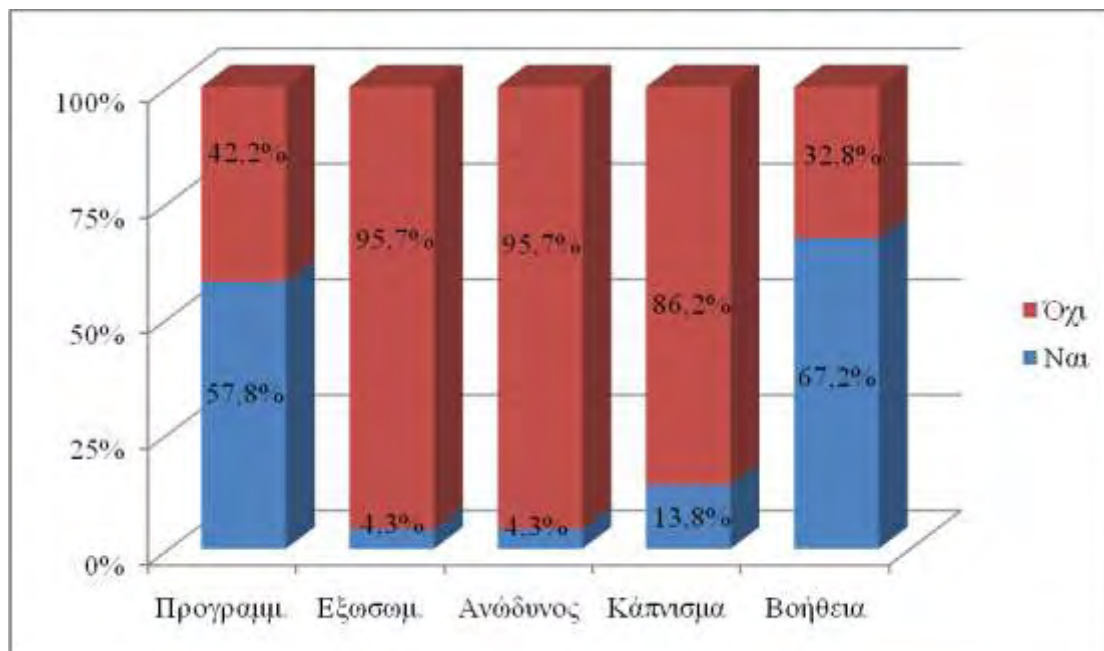
Σχήμα 14: Σειρά γέννησης για την τρέχουσα κύηση.

Όπως φαίνεται στο σχήμα 15, οι 97 από τις γυναίκες (83,7%) θηλάζουν τα νεογνά τους, ενώ οι 19 γυναίκες (16,3%) δεν τα θηλάζουν λόγω προβλημάτων υγείας της μητέρας (μαστίτιδας, υπέρτασης, 2 γυναίκες) ή του νεογνού (συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας, πυρετού, προωρότητας, πολύδυμης κύησης, συνολικά 9 περιπτώσεις), έλλειψης γάλακτος (4 γυναίκες) ή άρνησης της μητέρας (4 γυναίκες). Η ηλικία της μητέρας, η οικογενειακή της κατάσταση, η εθνικότητά της ή το οικονομικό της επίπεδο δε φάνηκε να συσχετίζονται με την επιλογή του θηλασμού.



Σχήμα 15: Συχνότητα θηλασμού και αιτίες μη θηλασμού.

Οι απαντήσεις των γυναικών στις πέντε επόμενες ερωτήσεις (εάν η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη, εάν έγινε με εξωσωματική, αν έκαναν μαθήματα ανώδυνου τοκετού, εάν καπνίζουν και εάν υπάρχει κάποιος να τους βοηθήσει στο σπίτι) απεικονίζονται ενδεικτικά στο Σχήμα 16 και αναλύονται στη συνέχεια.



Σχήμα 16: Απαντήσεις σε διάφορες ερωτήσεις.

Για λίγες περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες (67, 57,8% του δείγματος) η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη, ενώ για τις υπόλοιπες 49 (42,2%) ήταν τυχαίο γεγονός. Οι γυναίκες που προγραμματίσαν την κύησή τους ήταν πιο συχνά αλλοδαπές παρά ελληνίδες (81,3% έναντι 54,0%) [$\chi^2(1)=4,198$, $p=0,040$], ζούσαν σε μεγαλύτερο οικισμό, είχαν μεγαλύτερη ηλικία, χαμηλότερο εισόδημα και οριακά λιγότερα παιδιά [$t(114)=2,030$, $p=0,045$, $t(114)=3,190$, $p=0,002$, $t(112)=1,902$, $p=0,060$ και $t(114)=1,858$, $p=0,066$, αντίστοιχα].

Πέντε από τις κύησεις (ποσοστό 4,3%) προήλθαν από μέθοδο εξωσωματικής γονιμοποίησης. Και οι πέντε κύησεις ήταν, προφανώς, προγραμματισμένες, και αφορούσαν ελληνίδες με μεγαλύτερη ηλικία και υψηλότερο εισόδημα (αν και οι διαφορές αυτές δεν έφτασαν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας λόγω του μικρού αριθμού τους στο δείγμα μας). Η διάρκεια της κύησης ήταν μικρότερη (35,40 έναντι 38,38 εβδομάδες), τα νεογνά με μικρότερο βάρος (2494 έναντι 3230gr) συγκριτικά με τις υπόλοιπες κύησεις [$t(114)=2,926$, $p=0,004$ και $t(114)=2,833$ $p=0,005$ αντίστοιχα], ενώ οι γυναίκες αυτές θηλάζουν λιγότερο συχνά τα παιδιά τους (40% έναντι 85,6%) [$\chi^2(1)=7,259$, $p=0,007$].

Επίσης πέντε (διαφορετικές) από τις συμμετέχουσες (4,3%) έλαβαν μαθήματα ανώδυνου τοκετού από κάποια μαία. Και οι πέντε ήταν ελληνίδες και καμία από αυτές δεν είχε κάνει εξωσωματική. Δε βρέθηκε καμία άλλη συσχέτιση με άλλες μεταβλητές, πιθανά λόγω του μικρού αριθμού των γυναικών αυτών.

Το 13,8% των γυναικών (16) παραδέχτηκε ότι κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι περισσότερες 1-8 τσιγάρα την ημέρα (μέσος όρος 3,7 τσιγάρα), πλην μιας που κάπνιζε ένα πακέτο (20 τσιγάρα) την ημέρα. Το κάπνισμα συσχετίστηκε οριακά μόνο με τη μικρότερη ηλικία των γυναικών (28,44 έναντι 30,87 ετών) [$t(114)=2,103$, $p=0,038$]. Μεταξύ των καπνιστριών, ο αριθμός των τσιγάρων έδειξε μια τάση να συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία και την εκπαίδευση αλλά λόγω του πολύ μικρού αριθμού των γυναικών αυτών στο δείγμα μας, οι συσχετίσεις αυτές απείχαν πάρα πολύ από τη στατιστική σημαντικότητα.

Τέλος, περίπου τα δύο τρίτα των γυναικών (78, 67,2% του δείγματος) ανέφερε ότι υπάρχει κάποιος, για να τις βοηθήσει με την ανατροφή του παιδιού, όταν επιστρέψουν στο σπίτι τους. Οι γυναίκες αυτές δεν είχαν ειδικά χαρακτηριστικά παρά

μόνο στατιστική τάση να είναι πιο συχνά ελληνίδες (70% έναντι 50%) [$\chi^2(1)=2,505$, $p=0,114$], να μη θηλάζουν (από αυτές που έχουν βοήθεια το 79,5% θηλάζει, ενώ από αυτές που δεν έχουν βοήθεια θηλάζει το 92,1%) [$\chi^2(1)=2,970$, $p=0,085$], να έχουν μεγαλύτερη εκπαίδευση [$t(114)=1,918$, $p=0,058$] και λιγότερα παιδιά [$t(114)=2,459$, $p=0,015$].

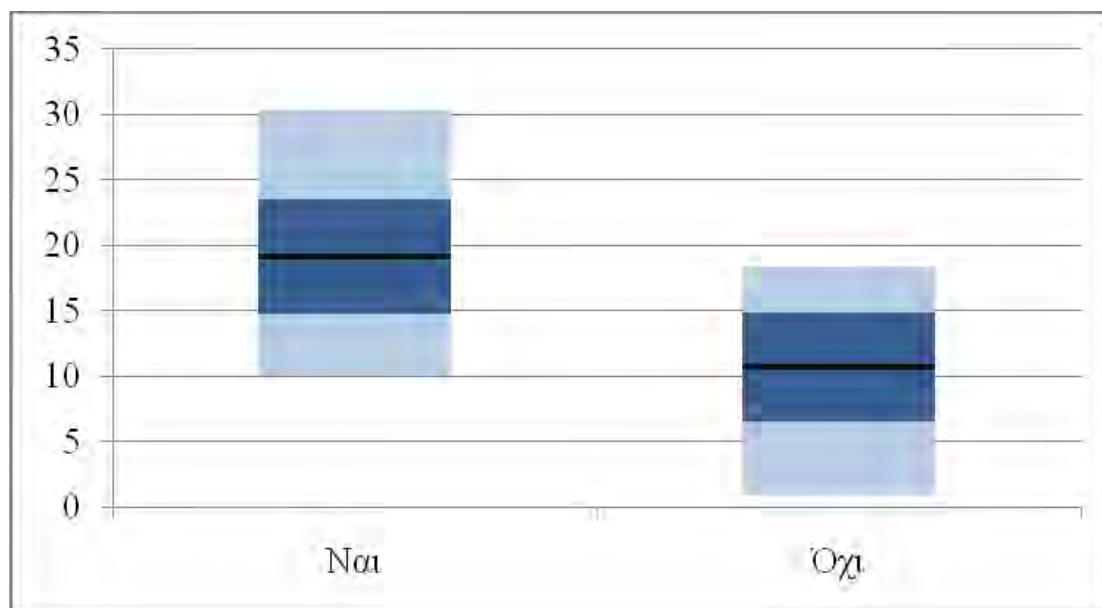
Στην ερώτηση εάν το περιβάλλον της γυναίκας την υποστήριζε στην απόφασή της να γεννήσει αυτό το παιδί μόνο μια γυναίκα (άγαμη, 33 ετών από την Πολωνία, άνεργη, χαμηλού εισοδήματος και κάτοικος μικρού χωριού) απάντησε αρνητικά.

Δεδομένα για τον αριθμό των κιλών που έβαλαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουμε για 106 από τις συμμετέχουσες (από 1 έως 20 κιλά, μέσος όρος $13,43 \pm 5,619$). Από αυτές οι 37 (34,9% του δείγματος) θεωρούν ότι έβαλαν πολλά κιλά, ενώ οι υπόλοιπες 69 (65,1%) απάντησαν αρνητικά στη σχετική ερώτηση. Στο Σχήμα 17 αναπαρίστανται το μέγιστο, το ελάχιστο και ο μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση των κιλών για τις δυο αυτές ομάδες.

Όπως είναι αναμενόμενο, οι γυναίκες που θεώρησαν ότι έβαλαν πολλά κιλά είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση του βάρους τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [$18,95 \pm 4,22$ έναντι $10,53 \pm 3,95$ κιλά, $t(104)=10,22$, $p<0,001$]. Εντούτοις, όπως φαίνεται και στο Σχήμα 17 υπήρχαν γυναίκες που έβαλαν μόνον 10 κιλά, ωστόσο δήλωσαν ότι ήταν «πολλά», ενώ άλλες γυναίκες θεώρησαν φυσιολογική την αύξηση του βάρους τους κατά περισσότερα από 15 κιλά.

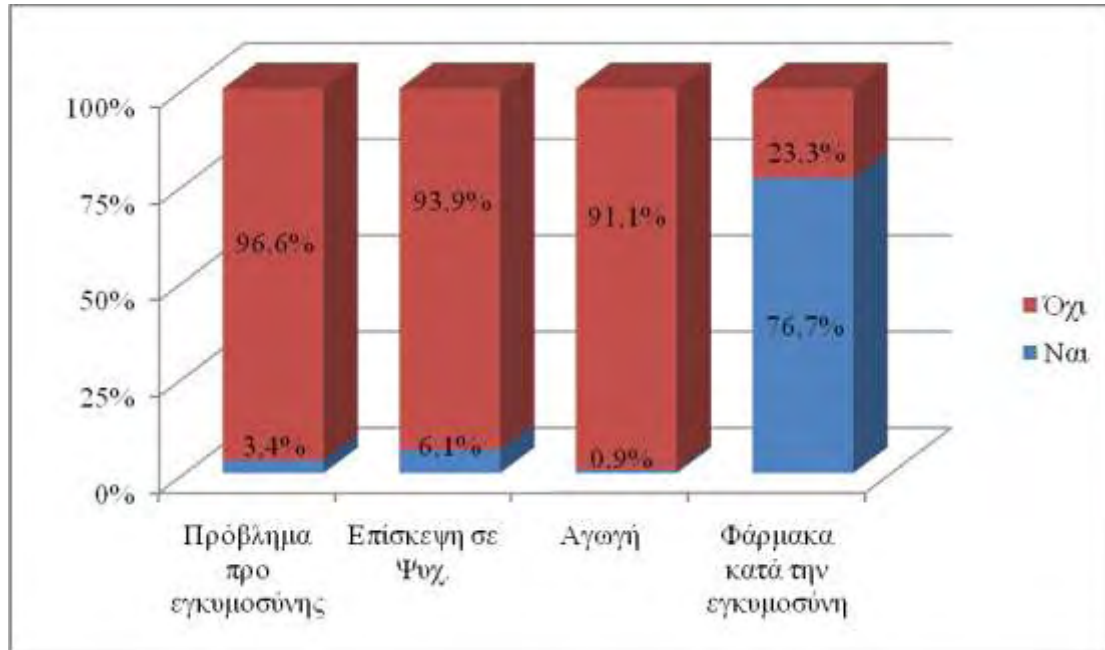
Επιπλέον, οι γυναίκες που έκαναν καισαρική δήλωσαν πιο συχνά ότι έβαλαν πολλά κιλά απ' ό,τι οι γυναίκες με φυσιολογικό τοκετό (41,4% έναντι 25,9%) [$\chi^2(1)=2,979$, $p=0,084$, οριακή στατιστική σημαντικότητα] κάτι που ήταν μεν αλήθεια (καισαρική: $13,95$ έναντι φυσιολογικού τοκετού: $12,85$ κιλά) αλλά απείχε αρκετά από τη στατιστική σημαντικότητα [$t(108)=1,032$, $p=0,304$]. Παρόμοιες στατιστικά μη σημαντικές τάσεις για αύξηση βάρους είχαν οι γυναίκες υψηλότερης εκπαίδευσης [$t(110)=1,780$, $p=0,078$] και οι γυναίκες που δεν έχουν βοήθεια στο σπίτι [$\chi^2(1)=2,693$, $p=0,101$]. Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο, το βάρος γέννησης του νεογνού συσχετίστηκε με την αύξηση βάρους της μητέρας ($r=0,234$, $p=0,014$). Το κάπνισμα, η εθνικότητα ή άλλες μεταβλητές δε φάνηκε να συσχετίζονται με την αύξηση βάρους. Τέλος, ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ αριθμού κιλών που προστέθηκαν και αριθμού τσιγάρων που κάπνιζαν οι καπνίστριες ήταν αξιοσημείωτα μεγάλος και

αρνητικός ($t_{ho}=-0,419$, $p=0,136$) αλλά, όπως προαναφέρθηκε, ο μικρός αριθμός των καπνιστριών δεν επαρκούσε για να γίνει στατιστικά σημαντικός.



Σχήμα 17: Μέσος όρος (μαύρη γραμμή) \pm τυπική απόκλιση (σκούρο μπλε) και ελάχιστη/μέγιστη τιμή (ανοικτό μπλε) του βάρους που έβαλαν οι γυναίκες ανάλογα με την απάντησή τους στην ερώτηση, εάν έβαλαν πολλά κιλά.

Τέσσερις γυναίκες (3,4% του δείγματος, όλες ελληνίδες) ανέφεραν ότι είχαν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας προ της εγκυμοσύνης τους και συγκεκριμένα άγχος, φοβία και κατάθλιψη. Εντούτοις 7 (6,1%, κι αυτές όλες ελληνίδες) δήλωσαν ότι έχουν κάποια στιγμή επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο για προσωπικό τους θέμα, αν και μόνο μία είχε λάβει κάποια φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, πάνω από τα τρία τέταρτα των συμμετεχουσών (89 γυναίκες, 76,7% του δείγματος) δήλωσαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει κάποιου τύπου φαρμακευτική αγωγή (ασβέστιο, μαγνήσιο, σίδηρο), κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές απεικονίζονται συνοπτικά στο Σχήμα 18.



Σχήμα 18: Απαντήσεις γυναικών σχετικά με ψυχική υγεία και τη λήψη φαρμάκων για την εγκυμοσύνη.

Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι είχαν πρόβλημα ήταν πιο συχνά καπνίστριες παρά μη καπνίστριες (12,5% έναντι του 2,0%) [$\chi^2(1)=4,568$, $p=0.033$] και είχαν περισσότερα παιδιά από τις υπόλοιπες [$t(114)=2,633$, $p=0,010$]. Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι έχουν επισκεφθεί κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας έβαλαν πολύ περισσότερα κιλά κατά την εγκυμοσύνη τους (κατά μέσο όρο 20,00 έναντι των 12,99) [$t(107)=3,322$, $p=0,001$], ενώ ήταν οριακά πιο μορφωμένες [$t(113)=1,714$, $p=0,089$] και κάτοικοι μεγαλύτερων οικισμών [$t(113)=1,667$, $p=0,098$]. Τέλος, συχνότερα έκαναν χρήση φαρμάκων κατά την κύηση οι γυναίκες χαμηλότερης εκπαίδευσης [$t(114)=2,063$, $p=0,041$] και οριακά οι αλλοδαπές (ποσοστό 93,8% έναντι του 74,0% των ελληνίδων) [$\chi^2(1)=3,013$, $p=0.083$].

5.2. Δεδομένα από ερωτηματολόγια

Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης CESD συμπλήρωσαν πλήρως οι 115 από τις 116 συμμετέχουσες (ποσοστό συμπλήρωσης 99,14%), ενώ το ερωτηματολόγιο άγχους STAI συμπλήρωσαν πλήρως οι 114 από τις 116 συμμετέχουσες (ποσοστό συμπλήρωσης 98,28%). Οι αναλύσεις των ερωτηματολογίων στη συνέχεια αφορούν μόνο όσες συμμετέχουσες είχαν πλήρη δεδομένα.

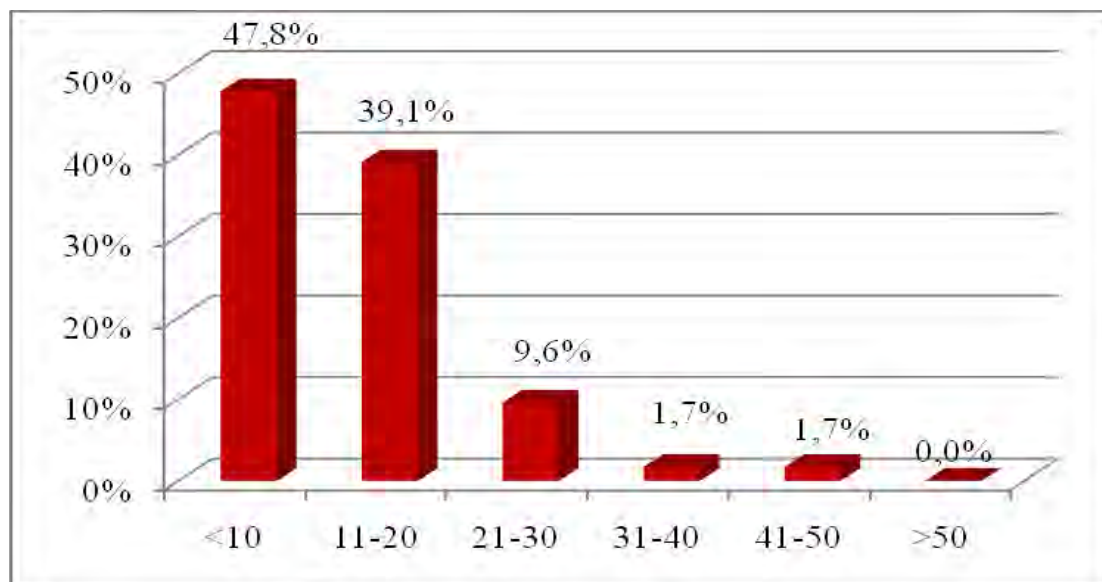
Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, το ελάχιστο και το μέγιστο των βαθμολογιών των εγκύων στα δύο ερωτηματολόγια.

Μεταβλητή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
CESD	12,22	8,487	0	50
STAI	34,90	10,680	20	76

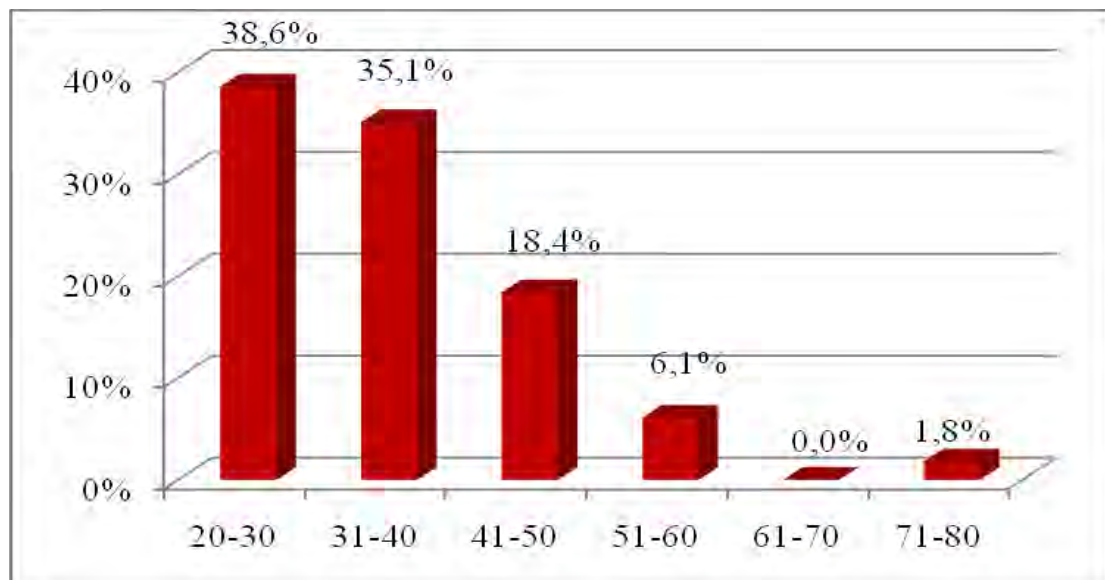
Πίνακας 2. Βαθμολογίες των εγκύων στα δύο ερωτηματολόγια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο CESD οι υψηλές βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και τα θεωρητικά όρια της βαθμολογίας είναι από 0 έως 60. Αντίστοιχα, στο STAI οι υψηλές βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα άγχους αλλά τα θεωρητικά όρια της βαθμολογίας με το τρέχον σύστημα κωδικοποίησης ήταν από 20 έως 80.

Στο σχήμα 19 φαίνεται η κατανομή των βαθμολογιών των εγκύων στο CESD, ενώ στο σχήμα 20 φαίνεται η αντίστοιχη κατανομή του STAI.



Σχήμα 19. Κατανομή των βαθμολογιών των εγκύων στο CESD.



Σχήμα 20. Κατανομή των βαθμολογιών των εγκύων στο STAI.

Και τα δύο ερωτηματολόγια είχαν υψηλή εσωτερική συνέπεια με συντελεστή Cronbach α ίσο με 0,848 για το CESD και 0,927 για το STAI. Η εγκυρότητά τους είναι ικανοποιητική, αφού η μεταξύ τους συσχέτιση ήταν $r=0,426$.

Όπως φαίνεται στα σχήματα 19 και 20, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Όσο υψηλότερες οι βαθμολογίες, τόσο μικρότερο το ποσοστό των εγκύων που τις είχαν. Από όλες τις μεταβλητές που εξετάστηκαν στην έρευνα αυτή η κατάθλιψη συσχετίστηκε με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν οι καπνίστριες (αρνητικά $\rho_{ho}=-0,475$, $p=0,086$), με την εθνικότητα (οι αλλοδαπές μεγαλύτερη κατάθλιψη από τις ελληνίδες, 15,44 έναντι 11,70, $t(113)=3,741$, $p=0,02$, οριακή σημαντικότητα), με κυρίως με την απουσία βοήθειας στο σπίτι (14,71 έναντι 10,99, $t(113)=3,724$, $p=0,026$). Από την άλλη μεριά, το άγχος συσχετίστηκε με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν οι καπνίστριες (θετικά αλλά μη στατιστικά σημαντικά: $\rho_{ho}=0,226$, $p=0,438$), αλλά κυρίως με το εάν το νεογνό τους είχε πρόβλημα υγείας (μεγαλύτερο άγχος όσες είχαν, μέσος όρος 45,86 έναντι 34,19, $t(112)=11,670$, $p=0,005$) και άρα με το εάν θήλαζαν (μεγαλύτερο άγχος όσες αναγκάστηκαν να μη θηλάσουν, μέσος όρος 42,22 έναντι 33,53, $t(112)=8,691$, $p=0,001$).

Για να απομονωθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στις εγκύους υπολογίστηκαν δύο μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, ένα για κάθε μεταβλητή. Για την κατάθλιψη το μοντέλο ήταν

στατιστικά σημαντικό [$F(1,113)=5,072$, $p=0,006$] και εμπεριείχε μόνο το εάν οι γυναίκες λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι (standardized beta=0,207, $t=0,026$, $p=0,006$). Και για το άγχος το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό [$F(2,111)=8,532$, $p<0,001$] και εμπεριείχε το εάν το έμβρυο ήταν υγιές (standardized beta=0,215, $t=2,385$, $p=0,019$) και εάν οι γυναίκες θηλάζουν (standardized beta=0,257, $t=2,859$, $p=0,026$).

Τέλος, στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται πληροφορίες για την ημέρα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ανάλογα με το είδος του τοκετού των συμμετεχουσών. Τα δεδομένα είναι ελλιπή για μια γυναίκα που γέννησε με φυσιολογικό τοκετό και μια που γέννησε με καισαρική τομή

	Φυσιολογικός τοκετός		Καισαρική τομή	
	n	%	n	%
Ημέρα 0	20	37,0	9	15,0
Ημέρα 1	20	37,0	30	50,0
Ημέρα 2	11	30,3	8	13,3
Ημέρα 3	1	1,9	9	15,0
Ημέρα 4	1	1,9	3	5,0
Ημέρα 6			1	1,7
Ημέρα 10	1	1,9		
Μέσος όρος	1,09		1,52	
Διάμεσος	1		1	
Τυπική απόκλιση	1,533		1,228	

Πίνακας 3. Ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για κάθε κατηγορία έκβασης του τοκετού.

Συζήτηση

Συνοπτικά, στην έρευνα αυτή μελετήθηκε το άγχος και η κατάθλιψη σε 116 λεχώνες ηλικίας 20-41 ετών και καταγράφηκε μια ποικιλία στοιχείων που αφορούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά και οικογενειακά τους χαρακτηριστικά, τις παραμέτρους της εγκυμοσύνης, της κύησής τους και της έκβασης του τοκετού, την υγεία και τα στοιχεία του νεογνού ή των νεογνών τους, καθώς και λεπτομέρειες της ψυχικής τους υγείας. Οι περισσότερες γυναίκες ήταν έγγαμες, ηλικίας 26-30 ετών, ελληνίδες, μέσου οικονομικού επιπέδου, ενώ υπήρχε ποικιλία στο μέγεθος του οικισμού όπου διέμεναν, τον αριθμό των ατόμων που συγκατοικούν στην οικογένεια, στο εκπαιδευτικό τους επίπεδο και την επαγγελματική τους ενασχόληση.

Οι μισές περίπου γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και οι υπόλοιπες μισές με καισαρική τομή, ενώ σε λίγο περισσότερες από το ένα πέμπτο από κάθε κατηγορία είχε προηγηθεί ωδινοποίηση. Στα δύο τρίτα των γυναικών με καισαρική, η επέμβαση αυτή ήταν εκ των προτέρων προγραμματισμένη. Λίγο περισσότερες από τις μισές γυναίκες έφεραν στον κόσμο αγόρια, οι υπόλοιπες κορίτσια και σε τρεις περιπτώσεις η κύηση ήταν πολλαπλή. Για τους περισσότερους γονείς το φύλο του παιδιού ήταν αδιάφορο, ενώ για αυτούς που νοιαζόταν, οι άνδρες προτιμούσαν λίγο πιο συχνά αγόρι και οι γυναίκες προτιμούσαν λίγο πιο συχνά κορίτσι. Από τα ζευγάρια στα οποία νοιάζονταν και οι δυο γονείς, στα τρία τέταρτα των περιπτώσεων οι προτιμήσεις συμφωνούσαν.

Οι γυναίκες στο δείγμα μας έφεραν στον κόσμο παιδιά με μέσο όρο βάρους τα 3,2 κιλά μετά από κυήσεις διάρκειας κατά μέσο όρο 38,25 εβδομάδων. Έξι τοις εκατό των κυήσεων οδήγησαν σε νεογνά με κάποιο πρόβλημα κύησης, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις το παιδί ήταν το πρώτο στην οικογένεια. Οι περισσότερες λεχώνες θηλάζουν το παιδί τους, ενώ η κυριότερη αιτία μη θηλασμού ήταν η υγεία του νεογνού.

Μισές από τις γυναίκες του δείγματος είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη τους, ενώ 4,3% είχαν εφαρμόσει κάποια εξωσωματική μέθοδο γονιμοποίησης. Ένα όγδοο των γυναικών κάπνιζε λίγα όμως τσιγάρα τη μέρα (κατά μέσο όρο 3,7). Τα δύο τρίτα του δείγματος δήλωσαν ότι υπάρχει κάποιος, για να τους βοηθήσει στην ανατροφή των παιδιών, όταν επιστρέψουν στο σπίτι τους.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους το βάρος των γυναικών αυξήθηκε κατά 13,5 κιλά περίπου. Το ένα τρίτο από αυτές θεώρησαν την αύξηση του βάρους τους υπερβολική, παρότι υπήρχαν αποκλίσεις για το ποια αύξηση θεωρούσε φυσιολογική η κάθε γυναίκα. Τα τρία τέταρτα των γυναικών είχαν κάνει χρήση ασβεστίου, σιδήρου και μαγνησίου κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες που είχαν επισκεφτεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο ήταν πολύ λίγες στο δείγμα μας (6,1%) και ακόμα λιγότερες αυτές που παραδέχτηκαν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα (3,4%).

Τα δύο ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν και αφορούσαν το άγχος (STAI) και την κατάθλιψη (CESD) έδειξαν υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία και απεκάλυψαν ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν μάλλον χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, αν και αξιοσημείωτο ποσοστό είχε πολύ υψηλές βαθμολογίες. Πράγματι, με βάση την ελληνική βιβλιογραφία το διαγνωστικό όριο της κατάθλιψης στο CESD είναι το 23, με βάση το οποίο 11 γυναίκες (9,5%) του δείγματος είχαν ενδείξεις κατάθλιψης. Παρότι το ποσοστό αυτό είναι κοντά σε αυτά που βρίσκονται συνήθως στη βιβλιογραφία, ο μικρός αριθμός των γυναικών που αντιστοιχεί στο δείγμα μας, δε μας επέτρεψε να προσδιορίσουμε στατιστικά κοινωνικο-δημογραφικούς ή άλλους παράγοντες κινδύνου για τον πληθυσμό της έρευνας.

Αντίστοιχα, ο μέσος όρος της υποδοκιμασίας του STAI που μετράει άγχος κατάστασης στον ελληνικό πληθυσμό είναι 43,21. Με βάση αυτή τη βαθμολογία μόλις 20 γυναίκες (17,2%) είχαν βαθμολογίες άγχους πάνω από το μέσο όρο, ενώ με βάση την κανονική κατανομή το θεωρητικό προβλεπόμενο είναι 50%. Πέραν των δύο παραγόντων που έχουν ήδη προαναφερθεί (η υγεία του νεογνού και η συνεπακόλουθη δυνατότητα θηλασμού) κανένας άλλος παράγοντας που να προκαλεί άγχος στις γυναίκες δεν απομονώθηκε στατιστικά.

Σε ό,τι αφορά τις διάφορες συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε με μικρούς οικισμούς, πολυπληθείς οικογένειες και αλλοδαπή καταγωγή, ενώ οι οικονομικές απολαβές συσχετίστηκαν με τον αριθμό των αυτοκινήτων, την υψηλότερη ηλικία και την ελληνική καταγωγή. Αυτές οι συσχετίσεις αντιστοιχούν με γενικότερα δεδομένα που ισχύουν στον γενικό πληθυσμό.

Η καισαρική τομή συσχετίστηκε με την αλλοδαπή καταγωγή, ενώ ο φυσιολογικός τοκετός με τις πολυπληθέστερες οικογένειες. Η ωδινοποίηση αφορούσε

τις λιγότερο πλούσιες γυναίκες, ενώ σχετικά με την προτίμηση φύλου οι Ελληνίδες έδειξαν να νοιάζονται λιγότερο. Δεδομένου ότι οι αλλοδαπές προέρχονταν κυρίως από χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ, φαίνεται ότι στην ελληνική κοινωνία έχει αρχίσει να γίνεται βίωμα η αντίληψη της ισότητας των δύο φύλων και άρα η έλλειψη προτίμησης για το φύλο του παιδιού.

Οι μεγαλύτερες σε διάρκεια κύσεις οδήγησαν και σε βαρύτερα παιδιά, με μια τάση τα αρσενικά νεογνά να είναι βαρύτερα και να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια κύησης. Τα νεογνά με κάποιο πρόβλημα ήταν όλα κορίτσια με κατά μέσο όρο μικρότερο βάρος και διάρκεια κύησης. Παρότι η κατανομή του φύλου είναι πιθανότατα τυχαίο γεγονός, η συχνότερη παρουσία προβλημάτων υγείας στα ελλιποβαρή και πρόωρα νεογνά είναι ένα αποδεδειγμένο γεγονός.

Η μεγαλύτερη σειρά γέννησης συσχετίστηκε πιο συχνά με φυσιολογικό τοκετό, μεγαλύτερη ηλικία της γυναίκας και χαμηλότερη εκπαίδευση, αφού οι παρατεταμένες σπουδές μιας γυναίκας την αποτρέπουν συνήθως από την απόκτηση μιας πολυπληθούς οικογένειας. Επίσης ο μη θηλασμός αφορούσε συνήθως τα νεογνά με πρόβλημα υγείας και συχνότερα γυναίκες που ελάμβαναν βοήθεια στο σπίτι.

Η προγραμματισμένη κύηση συσχετίστηκε με την αλλοδαπή καταγωγή, το χαμηλότερο εισόδημα και λιγότερα παιδιά, ενώ η εξωσωματική αφορούσε ελληνίδες με μεγάλη ηλικία και υψηλότερο εισόδημα, ενώ οδηγούσε σε συντομότερες κύσεις και, αντίστοιχα, ελαφρύτερα νεογνά και μικρότερη συχνότητα θηλασμού. Περισσότερο συχνά λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι οι ελληνίδες και οι γυναίκες μεγαλύτερης εκπαίδευσης. Και αυτό είναι ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα, αφού οι αλλοδαπές γυναίκες συνήθως μετανάστευσαν μόνες τους, δίχως την ευρύτερη οικογένεια από την οποία θα μπορούσαν να λάβουν υποστήριξη. Αντίστροφα, για να πραγματοποιήσει μια γυναίκα περισσότερες σπουδές, σημαίνει ότι χαίρει οικογενειακής υποστήριξης και δεν είναι αναγκασμένη να ασχοληθεί από νωρίς με τη βιωτική μέριμνα.

Η αυξημένη πρόσληψη βάρους συσχετίστηκε με την καισαρική τομή, την υψηλότερη εκπαίδευση, την απουσία βοήθειας στο σπίτι και το βάρος του νεογνού, ενώ ο αριθμός των τσιγάρων πιθανόν να έπαιξε αρνητικό ρόλο. Η χρήση ασβεστίου, σιδήρου και μαγνησίου κατά τη διάρκεια της κύησης συσχετίστηκε με την αλλοδαπή καταγωγή και τη χαμηλή εκπαίδευση, η επίσκεψη σε ψυχολόγο/ψυχίατρο με την

αυξημένη μόρφωση, τη διαβίωση σε μεγαλύτερους οικισμούς και την αύξηση βάρους στην εγκυμοσύνη, ενώ η παρουσία ψυχολογικού προβλήματος συσχετίστηκε στο δείγμα μας με το κάπνισμα και την πολυτοκία.

Παρά το μικρό του μέγεθος, στο δείγμα μας παρουσιάστηκε συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης (9,5% με βάση το όριο του CESD στον ελληνικό πληθυσμό) παρόμοια με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα (10-15%). Από τους παράγοντες που διερευνήθηκαν, η κατάθλιψη στις λεχώνες συσχετίστηκε κυρίως με την απουσία βοήθειας στο σπίτι. Η οικογενειακή και γενικότερα κοινωνική στήριξη είναι ένα σημαντικό υποβοηθητικό στοιχείο που αναφέρεται από τους Kruckman και Stern αλλά και στην έρευνα των Murata et al⁴², όπου η εμφάνιση της θλίψης στη λοχεία ήταν πιο συχνή σε γυναίκες με ανεπαρκή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το σύζυγό τους, τη μητέρα τους ή άλλους συγγενείς.

Ένας δεύτερος παράγοντας κατάθλιψης που εμφανίστηκε έστω και οριακά στο δείγμα μας ήταν η αλλοδαπή καταγωγή. Οι γυναίκες αυτές ήταν συνήθως μετανάστριες από χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ και ως εκ τούτου δεν απολάμβαναν της οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης που έχουν οι Ελληνίδες, αφού το μεγαλύτερο μέρος των οικογενειών τους έχει παραμείνει στη χώρα προέλευσής τους. Πέραν αυτού του πολύ σημαντικού, όπως έχουμε πει, παράγοντα, άλλες πιθανές αιτίες για αυτό το εύρημα είναι γενικά η διαφορετική εθνικότητα, όπως υποστήριξαν και οι Sergen et al. (2006) που βρήκαν ότι συγκεκριμένες φυλές και εθνικότητες αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη.

Το άγχος σχετίζεται συχνά με την κατάθλιψη και στο δείγμα μας η συσχέτισή τους ήταν πολύ υψηλή ($r=0,426$), κάτι που συμφωνεί με τα ευρήματα των Knight και Thirkettle, με βάση τους οποίους οι μόνοι παράγοντες που προέβλεπαν την εμφάνιση της αντίδρασης της θλίψης στη λοχεία ήταν το άγχος και ο φόβος για τον τοκετό. Η ανησυχία για την υγεία του νεογνού τους είναι ένας αναγνωρισμένος παράγοντας άγχους και κατάθλιψης για τις λεχώνες. Η συσχέτισή τους με την αποχή από το θηλασμό μπορεί, βέβαια, να οφείλεται στον προηγούμενο παράγοντα, την κακή υγεία του νεογνού (αφού δεν μπορούν να θηλάσουν όσες γυναίκες έχουν νεογνά με κακή υγεία), μπορεί όμως να είναι και ανεξάρτητος αιτιολογικός παράγοντας, αφού όπως έχουν βρει οι Hannah et al⁵⁵, οι Thalassinou et al^{57,58} και Georgas et al.⁵⁹ η κακή διάθεση την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με την αποχή από το θηλασμό.

Την απουσία κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων της έρευνάς μας που να επηρεάζουν τη θλίψη στη λοχεία, είχαν και οι Hay και Levy²⁸, Nagata et al.^{29,30} και Rouillon et al.³⁰ στις δικές τους έρευνες. Παρομοίως, στην έρευνά μας βρέθηκε απουσία σχέσης επιθυμίας για παιδί και το φύλο του, όπως και στην έρευνα του Harris³³. Αντίθετα η απουσία συσχέτισης μεταγεννητικής δυσθυμίας με το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των O'Hara et al.²⁷, Andreoli et al.³¹, καθώς και του Henshaw³².

Η επίδραση του αριθμού των προηγούμενων τοκετών είναι αμφίβολη με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου υπάρχουν αντικρουόμενα αλλά και ουδέτερα αποτελέσματα. Στην έρευνά μας δε βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση, κάτι που συμφωνεί με τα ευρήματα των O'Hara et al.²⁷, Kendell et al.^{61,62} και Hay και Levy²⁸.

Όπως έχουμε πει, ο κύριος περιορισμός αυτής της έρευνας είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος. Βέβαια, κάτω από τις συνθήκες πραγματοποίησης της έρευνας (χρονικό διάστημα, απουσία χρηματοδότησης, πραγματοποίηση από μία ερευνήτρια) ο συνολικός αριθμός των γυναικών που συμμετείχαν είναι πολύ αξιόλογος. Ως αποτέλεσμα, όμως, είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί αν η απουσία κάποιων συσχετίσεων στην έρευνά μας οφείλεται στην απουσία αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών αυτών στην πραγματικότητα ή στη χαμηλή ισχύ των συγκρίσεων λόγω του (αναλογικά) μικρού μεγέθους του δείγματος. Σε κάθε περίπτωση τα ευρήματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενδεικτικά της πιθανής ύπαρξης κάποιων τάσεων. Η απόδειξη της αιτιολογικής σχέσης μπορεί να γίνει μόνο με επιδημιολογικές έρευνες μεγάλης κλίμακας, που θα υποστηρίζονται από πολλά κέντρα (νοσοκομεία, κλινικές κλπ), πολλούς ερευνητές και αδρή χρηματοδότηση.

Από την άλλη μεριά, τα δυνατά στοιχεία αυτής της έρευνας ήταν η χρησιμοποίηση ψυχομετρικά έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων που έχουν προσαρμοστεί ήδη στα ελληνικά από προηγούμενους ερευνητές, ο ομοιογενής πληθυσμός της μελέτης και η πληθώρα των πληροφοριών που καταγράφηκαν. Ακόμα και αγνοώντας τις σχέσεις που ανακαλύφθηκαν μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας μπορούν να χρησιμεύσουν ως μια πρώτη καταγραφή της συχνότητας επιλόχειας θλίψης και κατάθλιψης στον πληθυσμό των λεχώνων στην Ελλάδα και να παράσχουν τις πρώτες ενδείξεις για τους παράγοντες

που επηρεάζουν την εμφάνιση αυτών των τόσο σημαντικών ψυχολογικών προβλημάτων.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την μεταγεννητική δυσθυμία, όπως η καισαρική τομή, η εθνικότητα, ο θηλασμός, το κάπνισμα.

Μελετήθηκε το άγχος και η κατάθλιψη σε 116 λεχώνες ηλικίας 20-41 ετών. Καταγράφηκε ποικιλία στοιχείων όπως τα κοινωνικά, τα δημογραφικά, τα οικογενειακά και χαρακτηριστικά της ψυχικής υγείας των γυναικών. Παράμετροι της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, καθώς η κατάσταση υγείας και τα στοιχεία του νεογνού. Τα δύο ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν και αφορούσαν το άγχος (STAI) και την κατάθλιψη (CESD) αποκάλυψαν ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν μάλλον χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης

Οι περισσότερες γυναίκες ήταν ηλικίας 26-30 ετών, ελληνίδες, έγγαμες, μέσου οικονομικού επιπέδου, τεχνολογικής εκπαίδευσης, διέμεναν με ολιγομελείς οικογένειες σε μεγαλύτερους οικισμούς. Οι αλλοδαπές εμφάνισαν μεγαλύτερη συχνότητα στις καισαρικές τομές, έναντι των ελληνίδων, οι εγκυμοσύνες τους ήταν προγραμματισμένες και είχαν λιγότερη βοήθεια στο σπίτι και χαμηλό εισόδημα .

Οι γυναίκες που ανέφεραν προβλήματα ψυχικής υγείας ήταν περισσότερο συχνά καπνίστριες, πολυτόκες, κάτοικοι μεγάλων οικισμών, οριακά πιο μορφωμένες και παρουσίασαν μεγάλη αύξηση σωματικού βάρους.

Βρέθηκαν 11 γυναίκες με ενδείξεις κατάθλιψης συσχετιζόμενης με τη βοήθεια που λάμβαναν στο σπίτι, ενώ 20 γυναίκες είχαν βαθμολογίες άγχους πάνω από το μέσο όρο. Η υγεία του νεογνού και η συνεπακόλουθη δυνατότητα θηλασμού φαίνεται να ενοχοποιείται για την εμφάνιση άγχους.

Λέξεις κλειδιά: δυσθυμία, λοχεία, εξωσωματική γονιμοποίηση, επιλόχεια κατάθλιψη.

Summary

The purpose of this work was the study of factors affecting postnatal blues, like caesarean section, ethnicity, breastfeeding, smoking.

Studied anxiety and depression in 116 nursing mothers aged 20-41 years. Logged variety of elements such as social, demographic, family characteristics and mental health of women. Parameters of pregnancy, childbirth and postpartum, and the health status and details of the newborn. The two questionnaires were completed and anxiety (STAI) and depression (CESD) revealed that most women had lower levels of depression

Most women were aged 26-30 years, Greek women, married, middle-level economic and technological education, lived with Small families in larger settlements. The resident had a higher incidence in Caesarean sections, against the Greek women, the pregnancies were planned and had less help at home and low income.

Women who reported mental health problems were more often smokers, multiparous, residents of large settlements, slightly more educated and experienced large weight gain.

We found 11 women with symptoms of depression associated with receiving help at home, while 20 women had anxiety scores above the average. The health of the newborn and the subsequent possibility of breastfeeding seems to be implicated in the emergence of anxiety.

Keywords: dysthymia, postpartum, in vitro fertilization, post-partum depression.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιου Θεσσαλίας & Α. Τ.Ε.Ι. ΛΑΡΙΣΑΣ

Κύριοι ερευνητές : Κατσαούνη Χ. Ιωάννα

Επιβλέπων καθηγητής: Μουζάς Δ. Οδυσσέας, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής.

ΤΙΤΛΟΣ : « Η επίδραση της καισαρικής τομής στην εμφάνιση μεταγεννητικής δυσθυμίας »

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μεταπτυχιακή ερευνητικής διατριβής αποτελεί ο προσδιορισμός της εμφάνισης της επιλόχειας δυσθυμίας ή/και κατάθλιψης σε συσχέτιση με την έκβαση του τοκετού και την προετοιμασία της επιτόκου για τον τοκετό.

ΣΗΜΑΣΙΑ: Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι πολύ συνηθισμένη κατά την περίοδο της λοχείας σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Με τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να αναδειχθεί κατά πόσο ο φυσιολογικός τοκετός ή η καισαρική τομή συνδράμουν περισσότερο στην εμφάνιση της μεταγεννητικής δυσθυμίας, καθώς και η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην εμφάνιση δυσθυμίας μετά τον τοκετό.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Μεταγεννητική δυσθυμία, φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ΜΑΙΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Επιλόχεια κατάθλιψη (PPD), που ονομάζεται επίσης μεταγεννητική κατάθλιψη, είναι μια μορφή κατάθλιψης που μπορεί να επηρεάσει τις γυναίκες και τους άνδρες, μετά τον τοκετό.¹⁴⁶

Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στις ψυχιατρικές νόσους κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό και κυρίως κατά τον πρώτο μήνα.¹⁴⁷ Το 1968 περιγράφεται το σύνδρομο της «άτυπης κατάθλιψης μετά τον τοκετό».¹⁴⁸ Αν και σήμερα δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι υπάρχει κατηγορηματική διαφορά μεταξύ της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και της κατάθλιψης σε άλλους χρόνους.¹⁴⁹⁻¹⁵⁰

Ωστόσο η καταθλιπτική διάθεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί προάγγελο της μεταγεννητικής κατάθλιψης.¹⁵¹⁻¹⁵²⁻¹⁵³⁻¹⁵⁴

Ο Watson σε έρευνά του από το 1984 διαπίστωσε ότι το 23% όσων γυναικών είχαν μεταγεννητική κατάθλιψη αυτό είχε ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.¹⁵⁵

Αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι η προγεννητική κατάθλιψη προκαλεί μεταγεννητική κατάθλιψη θα μπορούσαν αμφότερες να προκληθούν από κάποιο τρίτο παράγοντα. Αντίθετα, ορισμένοι παράγοντες, όπως η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, είναι σχεδόν βέβαιο ότι προκαλούν κατάθλιψη μετά τον τοκετό.

Η καταθλιπτική διάθεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται με τον κακό προγεννητικό έλεγχο και την ανεπαρκή προετοιμασία για τον τοκετό.¹⁵⁶⁻¹⁵⁷

Το 2006 Segre et al., διεξήγαγαν μελέτη σχετικά με το βαθμό στον οποίο φυλή / εθνικότητα είναι παράγοντας κινδύνου για την PPD.

Σε μελέτη 26.877 γυναικών μετά τον τοκετό οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι το 15,7% έπασχε από επιλόχεια κατάθλιψη. Από τις γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη το 25,2% ήταν Αφροαμερικάνες, σε ποσοστό 22,9% ήταν Ινδιάνες, 15,5% ήταν Λευκές, το 15,3% ήταν

Ισπανικής καταγωγής, και 11,5% ήταν Ασιάτισσες. Ακόμα σημαντικές κοινωνικές παράμετροι όπως η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και η υγεία του μωρού αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.¹⁵⁸

Το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με την κατάθλιψη της επιτόκου και με το χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης και τα πρόωρα νεογνά.¹⁵⁹

Το χαμηλό βάρος γέννησης αποτελεί μέτρο της έκβασης της εγκυμοσύνης.¹⁶⁰⁻¹⁶¹

Η κατάθλιψη αναφέρεται ως αυξημένος παράγοντας κινδύνου ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων γέννησης.¹⁶²⁻¹⁶³

Σε έρευνα που έγινε στην ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Nerean, Penrith, NSW διερευνήθηκε κατά πόσο η επείγουσα καισαρική τομή επιδρά στην ανάπτυξη κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Το δείγμα αφορούσε 188 γυναίκες που χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: σε αυτές που έκαναν επείγουσα καισαρική τομή(21), σε αυτές που είχαν γέννησαν με τη βοήθεια εμβρυολογικού(49) και σε αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό(118). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική τομή είχαν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης πάνω από έξι φορές σε σχέση με τις άλλες γυναίκες.¹⁸

Στην Ισπανία όπου εφαρμόζονται προγράμματα εκπαίδευσης πριν από τον τοκετό. Σε σχετική έρευνα για την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στον φυσιολογικό τοκετό τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο προγεννητικός έλεγχος για τον τοκετό ή τη μητρότητα, σε μεγάλο βαθμό παραμένουν άγνωστα.¹⁶⁴

Ωστόσο η καταθλιπτικές διαταραχές είναι πιο σοβαρές από την δυσθυμία. Αν και η δυσθυμία είναι μια χρόνια χαμηλής κακοήθειας μορφή κατάθλιψης, το ποσοστό της συχνότητάς της νοσηρότητάς της

είναι τόσο υψηλό όσο και το ποσοστό της μείζονος κατάθλιψης καθώς η δυσθυμία αναμένεται να αυξήσει τον κίνδυνο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.¹⁶⁵

Σε μια άλλη μελέτη που αναζητήθηκε η ψυχοκοινωνική συσχέτιση με τη θεραπεία που αναζητούν οι καταθλιπτικές και οι δυσθυμικές ομάδες βρέθηκε ότι τα συναισθηματικά συμπτώματα φαίνεται να είναι τα ίδια και για τις δυο ομάδες, οι παθολογικές συμπεριφορές δεν φαίνεται να διαφέρουν κατά πολύ, όμως οι γυναίκες με μείζονα κατάθλιψη φαίνεται να ζητούν θεραπεία πολύ περισσότερο κατά 35% από τις γυναίκες που παρουσιάζουν δυσθυμίες που ζητούν θεραπεία κατά 24%.^{20,166}

Επομένως λόγω της αυξημένης ζήτησης σε βοήθεια των γυναικών με μείζονα κατάθλιψη φαίνεται η δυσθυμία ίσης συχνότητας.

Ο έγκαιρος εντοπισμός της δυσθυμίας και η έγκαιρη παρέμβαση βελτιώνουν μακροπρόθεσμα, τις προβλέψεις για τις περισσότερες γυναίκες. Ένα σημαντικό μέρος της πρόληψης είναι να ενημερώνεται οι γυναίκες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, καθώς και η ιατρική κοινότητα να μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο για τον εντοπισμό και τη θεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες θα πρέπει να εξετάζονται από το γιατρό τους για να καθορίζεται ο κίνδυνο για την απόκτηση επιλόχειας κατάθλιψης. Επί του παρόντος, η Alberta είναι η μοναδική επαρχία του Καναδά που πραγματοποιεί καθολική εξέταση PPD που είναι σε ισχύ από το 2003.¹⁶⁷

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της Μεταπτυχιακής Ερευνητικής Διατριβής είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση εκείνων των στοιχείων που προσδιορίζουν την συχνότητα εμφάνισης της μεταγεννητικής δυσθυμίας ως αποτέλεσμα του φυσιολογικού τοκετού σε σύγκριση με αυτήν που προκύπτει από την καισαρική τομή.

Με τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να αναδειχθεί η πιθανή συσχέτιση της επιλόχειας δυσθυμίας με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της επιτόκου και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και ψυχολογικοί παράγοντες).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τις ανάγκες της έρευνας έχει σχεδιαστεί ειδικό δομημένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Η διανομή του ερωτηματολογίου θα πραγματοποιηθεί στο Ιπποκράτειο Ν. Θεσσαλονίκης και το Νομαρχιακό Νοσοκομείο Σερρών.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρία (3) μέρη:

Στο πρώτο μέρος καταγράφονται τα ατομικά στοιχεία της λεχούσας, και στοιχεία την κοινωνικοοικονομικού της επιπέδου καθώς και στοιχεία που αφορούν το νεογνό.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης CES-D.

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει ερωτηματολόγιο διερεύνησης του άγχους ως κατάστασης STAI-State.

Οι ερωτήσεις που μπορεί να απαντήσει η ερωτώμενη είναι ανοιχτού και κυρίως κλειστού τύπου και έχουν διαμορφωθεί βάση των τετραβάθμιων και πενταβάθμιων κλιμάκων Likert.¹⁶⁸

Το σύνολο των στοιχείων που καταγράφονται στο ερωτηματολόγιο είναι 70.

Η διάρκεια της έρευνας είναι 5 μήνες (Μάιος- Σεπτέμβριος).

Η συλλογή του δείγματος είναι τυχαία και η συλλογή του δείγματος θα πραγματοποιηθεί με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (face to face interview).¹⁶⁹ Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείται χρόνος διάρκειας 15 λεπτών κατά προσέγγιση. Η επιστροφή του

συμπληρωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου από το χρήστη θεωρείται ισοδύναμη με πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη. Για την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων έχει σχεδιαστεί ειδική βάση δεδομένων με τη χρήση στατιστικού πακέτου SPSS for Windows.

ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και δεν θα διαταραχθεί η ανάπαυση και οι ευρύτερες ανάγκες των λεχουσών καθώς και η εύρυθμη λειτουργία των Μαιευτικών κλινικών. Θα τηρηθεί απόλυτα η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων με όλους τους κανόνες δεοντολογίας.

Τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς λόγους (εκπόνηση της Μεταπτυχιακής Ερευνητικής Διατριβής), δεν θα δοθούν σε τρίτους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Γενικό ερωτηματολόγιο

1. Ηλικία:
2. Εθνικότητα:
3. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος, Έγγαμος, Διαζευγμένη, Χήρα, Άλλο.....
4. Τόπος διαμονής : α) έως 500 κατοίκους,
β) 500- 1000 κατοίκους,
γ) 1000-2500 κατοίκους,
δ) 2500-5000 κατοίκους
ε) 5000-10000 κατοίκους
στ) 10000-50000 κατοίκους
ζ) 50000-100000 κατοίκους
η) 100000-200000 κατοίκους
θ) 200000 και περισσότερους κατοίκους
5. Πόσα άτομα κατοικείτε στο ίδιο σπίτι; Συνολικά
 - α) Μητέρα,
 - β) Πατέρας
 - γ) Το νεογέννητο
 - δ) Ένα παιδί ακόμα
 - ε) Δυο παιδιά ακόμα
 - στ) οι γονείς σας,
 - ζ) οι γονείς του συζύγου σας,
 - δ) άλλο μέλος της οικογένειάς σας και ποιο.....

Μπορείτε να βάλετε σε κύκλο όσες απαντήσεις απαιτούνται.

6. Επίπεδο εκπαίδευσης:
 - α) Δημοτικό,
 - β) Γυμνάσιο,
 - γ) Λύκειο,
 - δ) Τ.Ε.Ε.,
 - ε) Δευτεροβάθμια σχολή,
 - στ) Τ.Ε.Ι.,
 - ζ) Α.Ε.Ι,
 - η) Μεταπτυχιακό,
 - θ) Διδακτορικό.

7. Επαγγελματική απασχόληση: α) Οικιακά,
β) Άνεργη,
γ) Μαθήτρια,
δ) Φοιτήτρια,
ε) Ιδιωτική υπάλληλος,
στ) Δημόσιος υπάλληλος.
ζ) Αυτοαπασχολούμενη (έμπορος κλπ)
8. Επίπεδο εισοδήματος. α) Έως 500 ευρώ
β) 500 έως 999 ευρώ
γ) 1000 έως 1499 ευρώ
δ) 1500 έως 1999 ευρώ
ε) 2000 ευρώ ή περισσότερα
9. Πόσα αυτοκίνητα ανήκουν στην οικογένειά σας;.....
10. Γεννήσατε με: Α. Φυσιολογικό τοκετό,
Β. Καισαρική τομή,
Γ. Συκιουλκία,
- 11.(Αν κάνατε καισαρική τομή) Ήταν προγραμματισμένο να κάνετε καισαρική τομή;
α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ
12. (Αν κάνατε καισαρική τομή) Για ποιο λόγο έγινε η Καισαρική τομή;.....
13. Φύλο του νεογνού: Α. Αγόρι, Β. Κορίτσι, Γ. Αν δίδυμος κύηση
14. Είχε το παιδί σας το φύλο που θέλατε εσείς να έχει;
α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ γ) Μου ήταν αδιάφορο
15. Είχε το παιδί σας το φύλο που ήθελε ο σύντροφός σας να έχει;;
α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ γ) Του ήταν αδιάφορο
16. Βάρος σώματος νεογνού.....
17. Διάρκεια κυήσεως σε εβδομάδες;.....
18. Το νεογνό σας είναι υγιές; Α. ΝΑΙ Β. ΟΧΙ
- Αν παρουσιάζει πρόβλημα υγείας ποιο είναι αυτό;.....

19. Ποιο σε σειρά γέννησης είναι το νεογνό που γεννήσατε αυτές τις μέρες; 1^ο, 2^ο, 3^ο, 4^ο, 5^ο, 6^ο
20. Θηλάζετε; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ; Αν όχι γιατί;.....
21. Ήταν προγραμματισμένη η εγκυμοσύνη; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
22. Σας υποστήριξε το περιβάλλον σας στην απόφασή σας να γεννήσετε αυτό το παιδί; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
23. Η παρούσα εγκυμοσύνη προήρθε από εξωσωματική μέθοδο γονιμοποίησης; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
24. Κάνατε μαθήματα ανώδυνου τοκετού; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
Αν ναι ποιος σας έκανε μαθήματα;.....
25. Πήρατε πολύ βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
Πόσα κιλά πήρατε;.....
26. Καπνίζατε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
Αν ναι πόσα τσιγάρα την ημέρα;.....
27. Είχατε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας πριν την εγκυμοσύνη;
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ. Αν ναι τι πρόβλημα αντιμετωπίσατε.....
28. Έχετε επισκεφτεί κάποια στιγμή στη ζωή σας ψυχολόγο ή ψυχίατρο;
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
- Αν ναι, πήρατε Φαρμακευτική Αγωγή;.....
ποια;.....(αντικαταθλιπτική)
29. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχετε κάνει χρήση Φαρμακευτικής αγωγής; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
30. Επιστρέφοντας στο σπίτι σας με το μωρό σας θα σας βοηθήσει κάποιος για την ανατροφή του; A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ ;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CES-D

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόσο συχνά είχατε την ενοχλήση αυτή **κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Πρέπει να βάλετε σε κύκλο μόνον έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση. **Σπάνια**: λιγότερο από μία ημέρα, **Μερικές φορές**: 1-2 ημέρες, **Συχνά**: 3-4 ημέρες, **Σχεδόν καθημερινά**: 5-7 ημέρες

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν καθημερινά
1. Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δε με ενοχλούν	0	1	2	3
2. Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξή μου ήταν κακή	0	1	2	3
3. Αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειάς μου ή των φίλων μου	0	1	2	3
4. Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι	3	2	1	0
5. Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σ' αυτό που έκανα	0	1	2	3
6. Αισθανόμουν κατάθλιψη	0	1	2	3
7. Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια	0	1	2	3
8. Αισθανόμουν γεμάτος/η ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9. Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία	0	1	2	3
10. Αισθανόμουν γεμάτος /η φόβο	0	1	2	3
11. Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος	0	1	2	3
12. Ήμουν χαρούμενος /η	3	2	1	0
13. Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
14. Αισθανόμουν μοναξιά	0	1	2	3
15. Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου	0	1	2	3
16. Απολάμβανα τη ζωή	3	2	1	0
17. Ξεσπούσα σε κλάμα	0	1	2	3
18. Αισθανόμουν λυπημένος /η	0	1	2	3
19. Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν	0	1	2	3
20. Δε μπορούσα να τα καταφέρω	0	1	2	3

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ SPIELBERGER (1970)

Άγχος σαν κατάσταση (A-State)

		Καθόλου	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1	Αισθάνομαι ήσυχη				
2	Αισθάνομαι ασφαλής				
3	Νιώθω μια εσωτερική ένταση				
4	Είμαι στεναχωρημένη				
5	Αισθάνομαι άνετα				
6	Αισθάνομαι αναστατωμένη				
7	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες				
8	Αισθάνομαι ξεκούραστη				
9	Αισθάνομαι άγχος				
10	Αισθάνομαι βολικά				
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση				
12	Αισθάνομαι νευρικότητα				
13	Έχω μια νευρική τρεμούλα				
14	Βρίσκομαι σε διέγερση				
15	Είμαι χαλαρωμένη				
16	Αισθάνομαι χαλαρωμένη				
17	Αισθάνομαι ικανοποιημένη				
18	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή				
19	Αισθάνομαι χαρούμενη				
20	Αισθάνομαι ευχάριστα				

Παρακαλούμε να βάλετε σε κύκλο την ημέρα μετά τον τοκετό που συμπληρώσατε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

Κ.Τ. : 0 1 2 3 4 5 6 7

Λ: 0 1 2 3 4 5

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

Βιβλιογραφία

- ¹ <http://www.fainareti.gr/file2.pdf>
- ² The NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health*. The British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists.
- ³ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000). American Psychiatric Association.
- ⁴ Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009;113:77-87.
- ⁵ Μάνος, Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press
- ⁶ http://www.obrela.gr/psychiatry_2.htm
- ⁷ Marland H. *Dangerous motherhood: insanity and childbirth in Victorian England* London: Palgrave-MacMillan, 2004.
- ⁸ Denman T. *An introduction to the practice of midwifery*. London: J Johnson, 1794.
- ⁹ Gooch R. *Some of the most important diseases peculiar to women*. London: New Sydenham Society, 1928.
- ¹⁰ Esquirol JED. *Des maladies mentales considerees sous le rapport medical, hygienique et medico-legal [On mental illness: consideration of medical, hygienic, and medico-legal aspects]*. Paris: Bailliere, 1818.
- ¹¹ Weil M. *Considerations generales sur la folie puerperale: these [Thesis on general considerations of puerperal insanity, University of Strasbourg]*. Strasbourg: V. Berger-Levrault Academic Publishers, 1851.
- ¹² Savage G. *Observations on the insanity of pregnancy and childbirth*. *Guy's Hosp Rep* 1875, 20:83-117.
- ¹³ Hamilton JA. *Postpartum psychiatry problems*. CV Mosby Co, St Luis, 1962.
- ¹⁴ Yalom I, Lunde DT, Moos RH et al. *Postpartum blues` syndrome*. *Arch Gen Psychiatry* 1968, 18:16-27.
- ¹⁵ Pitt B. *Maternity blues*. *Br J Psychiatry* 1973, 122:431-433.
- ¹⁶ Pitt B. *A typical depression following childbirth*. *Br J Psychiatry* 1968, 114:1325-1335.
- ¹⁷ Hamilton JA. *Postpartum psychiatric problems*. St. Louis, MO: Mosby, 1962.
- ¹⁸ Glangeaud-Freudenthal NMC, Channi Kumar and the history of the Marce Society. *Arch Women's Ment Health* 2003;6 suppl 2:S79-82.
- ¹⁹ http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2003/02/02anakopisi.htm
- ²⁰ <http://revistas.ucm.es/psi/11387416/articulos/SJOP0808220593A.PDF>
- ²¹ <http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=6018>
- ²² <http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231091554>
- ²³ Kumar R. *Postnatal mental illness: a transcultural perspective*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29:250-264.
- ²⁴ Kumar R. *An overview of postpartum psychiatric disorders*. *NAACOGS Clin Issu Perinat Women Health Nurs* 1990, 1:351-358.
- ²⁵ Harris B. *Maternity blues*. *Br J Psychiatry* 1980, 136:520-521.
- ²⁶ Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K et al. *Types and characteristics of short-tern course of depression after delivery: using Zung's Self-Rating Depression Scale*. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1991, 45:565-576.
- ²⁷ O'Hara M, Schlechte J, Lewis D et al. *Prospective study of postpartum blues*. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:801-806.
- ²⁸ Hau F, Lev. *The maternity blues and Hong-Kong Chinese women:an exploratory study*. *J Affect Disord* 2003, 75:197-203.
- ²⁹ Nagata M, Nagai Y, Sobajima H et al. *Maternity blues and attachment to children in mothers of full tern normal infants*. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 101:209-217.
- ³⁰ Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD et al. *Follates and post partum depression*. *J Affect Disord* 1992, 25:235-241.
- ³¹ Andreoli C, D'Addato F, Andreoli F et al. *Cardiff puerperal depression: the puerperal blues*. *Minerva Ginecol* 1989, 41:173-176.
- ³² Hensaw C. *Mood disturbances in the early puerperium: a review*. *Arch Women Ment Health* 2003, 6 (Suppl 2):S33-S42.
- ³³ Harris B, Lovett L, Newcombe Ret al. *Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II*. *Br Med J* 1994, 308:949-953.
- ³⁴ Davidson JRT. *Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance*. *Br J Psychiatry* 1972, 121:659-663.
- ³⁵ Harris B. *Prospective trial of L-tryptofan in maternity blues*. *Br J Psychiatry* 1980, 137:233-235.

- ³⁶ Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992, 16:921-932.
- ³⁷ Pop VJ, Wijnen HA, Van Montfort M et al. Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1995, 102:701-706.
- ³⁸ Pop VJ, De Geus CA, Van Son MM et al. Prevalence of post-partum depression or is it post-
puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993, 72:354-358.
- ³⁹ Harris B, Lovett L, Smith J et al. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum and its hormonal correlation across the peripartum period. *Br J Psychiatry* 1996, 168:739-744.
- ⁴⁰ Knight R, Thirkettle A. The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post partum period. *J Psychosom. Res* 1987, 31:351-357.
- ⁴¹ Knight R, Thirkettle A. Anxiety and depression in the immediate post partum period controlled investigation of a primiparous sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1986, 20:430-436.
- ⁴² Murata A, Nadaoka T, Morioka Y et al. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest* 1998, 46:99-104.
- ⁴³ Ehlert U, Pattata U, Kirschbaum C et al. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *J Psychosom Res* 1990, 34:319-325.
- ⁴⁴ M'Bailara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E et al. Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors. *Encephale* 2005, 31:331-336.
- ⁴⁵ Bonnin F. Cortisol levels in saliva and mood changes in early puerperium. *J Affect Disord* 1992, 26:231-239.
- ⁴⁶ Kendell RE, Mackenzie WE, West C et al. Day to day changes after childbirth: Further data. *Br J Psychiatry* 1984, 145:620-625.
- ⁴⁷ Levy V. The maternity blues in post-partum and post-operative women. *Br J Psychiatry* 1987, 151:368-372.
- ⁴⁸ Ugarizza DN, Robinson MK. Assessment of post partum depression: a review of the research data. *On line J Knowl Synth Nurs* 1997, 4:6.
- ⁴⁹ Ugarizza DN. Postpartum affective disorders: incidence and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997, 30:29-32.
- ⁵⁰ Yalom I, Lunde DT, Moos RH et al. Postpartum blues` syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1968, 18:16-27.
- ⁵¹ Harris B. Maternity blues in Easter African clinic attenders. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 38:1293-1295.
- ⁵² Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 193:1522-1525.
- ⁵³ Davidson JRT. Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *Br J Psychiatry* 1972, 121:659-663.
- ⁵⁴ Nagata M, Nagai Y, Sobajima H et al. Depression in the mothers and maternal attachment-results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology* 2003, 36:142-151.
- ⁵⁵ Hannah P, Adams D, Lee A et al. Links between early post-partum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992, 160:777-780.
- ⁵⁶ Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ. Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 192:826-831.
- ⁵⁷ Thalassinos M, Zitoun C, Rouillon F et al. Anxiety and depressive disorders in the postpartum period in pregnant females. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993, 22:101-106.
- ⁵⁸ Thalassinos M, Rouillon F, Engelmann P et al. Study of the relation of gynaecologic and obstetric findings and psychological disorders of pregnancy and the puerperium. *J Gynecol Obstet Biol Report* 1988, 17:879-887.
- ⁵⁹ Georgas J, Giakoumaki E, Georgoulas N et al. Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications. *Psychother Psychosom* 1984, 41:200-206.
- ⁶⁰ Lanczik M, Spingler H, Heidrich A et al. Post partum blues: depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome? *J Affect Disord* 1992, 25:47-52.
- ⁶¹ Kendell RE, McGuire RJ, Connor Yet al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981, 3:317-326.
- ⁶² Kendell RE, Mackenzie WE, West C et al. Day to day changes after childbirth: Further data. *Br J Psychiatry* 1984, 145:620-625.
- ⁶³ Nott PN, Franklin M, Armitage C et al. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiatry* 1976, 127:379-383.
- ⁶⁴ Condon JT, Watson TL. The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 76:164-171.

- ⁶⁵ Gard PR, Handley SI, Parson AD, et al. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry* 1986, 148:567-575.
- ⁶⁶ Devore NE. The relationship between previous elective abortions and postpartum depressive reaction. *JOGN Nurs* 1979, 8:237-240.
- ⁶⁷ Steward DE, Boydell K. Psychological distress during menopause across the reproductive cycle. *Int. J Psychiatry Med* 1993, 23:157-162.
- ⁶⁸ Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and the postnatal blues. *J Psychosom Res* 1992, 36:309-316.
- ⁶⁹ Meyer J, Eichhorn KH, Vetter K et al. Does recombinant human erythropoietin not only treat anemia but reduce postpartum (emotional) distress as well? *J Perinat Med* 1995, 23:99-109.
- ⁷⁰ Braunstein G. Endocrine changes in pregnancy. In: Williams textbook of endocrinology. 10th ed. WB Saunders Co, Philadelphia, 2003:795-810.
- ⁷¹ Μανιάς Ν. Ενδοκρινολογία της κνήσεως. Στο: Σέγκος Χ, Μανιάς Ν, (Συντ.) Γυναικολογική ενδοκρινολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992:469-485.
- ⁷² Feski A, Harris B, Walker RF et al. Maternity blues and hormone levels in saliva. *J Affect Disord* 1984, 6:351-355.
- ⁷³ Heidrih A, Schleyer M, Spingler H et al. Postpartum blues: relation between non protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood chnges. *J Affect Disord* 1994, 30:93-98.
- ⁷⁴ Nappi R, Petraglia F, Luisi S et al. Serum allopregnanolone in women with postpartum blues. *Obstet Gynaecol* 2002, 97:77-80.
- ⁷⁵ Pitt B, Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973, 122:431-433.
- ⁷⁶ Kuevi V, Causon A, Dixson AF et al. Plasma amine and hormone changes in post-partum blues. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1983, 19:39-46.
- ⁷⁷ Majewska MD, Ford-Rice F, Falkey G. Pregnancy-induced alteration in GABA_A receptor sensitivity in maternal brain: an antecedent of post-partum "blues"? *Brain Res* 1989, 82:397-401.
- ⁷⁸ Mellon SH, Deschepper CF. Neurosteroids biosynthesis: genes for adrenal steroidogenic enzymes are expressed in the brain. *Brain Res* 1993, 629:283-292.
- ⁷⁹ Arpel J. The female brain hypo estrogenic continuum from the premenstrual syndrome to menopause. A hypothesis and review of supporting data. *J Reprod Med* 1996, 41:633-639.
- ⁸⁰ Metz A, Cower P, Gelder M et al. Changes in platelet α_2 - adrenoceptor binding post partum: possible relation to maternity blues *Lancet* 1983, i:495-498.
- ⁸¹ Granger ACP, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001, 22:49-55.
- ⁸² George AJ, Copeland JPM, Wilson KCM. Prolactin secretion and the postpartum blues syndrome. *Br J Pharmacol* 1980, 70:102P.
- ⁸³ Ijuin T, Douchi T, Yamamoto S et al. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. *J Obstet Gynaecol Res* 1998, 24:49-55.
- ⁸⁴ Magiakou MA, Mastorakos G, Webster E et al. The hypothalamic pituitary-adrenal axis and the female reproductive system. *Ann N Y Acad Sci* 1997, 816:42-56.
- ⁸⁵ Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D et al. Hypothalamic corticotrophin-releasing hormone suppression during the postpartum period: Implications at this time. *J Clin Endocrinol Metab* 1997, 81:1912-1917.
- ⁸⁶ Taylor A, Dor C, Glover V. Urinary phenylethylamine and cortisol levels I the early puerperium. *J Affect Disord* 1996, 37:137-142.
- ⁸⁷ Taylor A, Littlewood J, Adams D et al. Serum cortisol levels are related to mood of elation and dysphoria in new mothers. *Psychiatry Res* 1994, 54:241-247.
- ⁸⁸ Newman JP, Dennett P, Ferron S et al. A study of the relationship between circulating β -endorphin-like immunoreactivity and post partum blues. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1984, 20:167-177.
- ⁸⁹ Brinsmead M, Smith R, Sing B et al. Peripartum concentrations of beta endorphin and cortisol and maternal mood changes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1985, 25:194-197.
- ⁹⁰ Kimball C, Chang C, Champman M. Endogenous opioid peptides in intrapartum uterine blood. *Am J Obstet Gynecol* 1984, 149:79-82.
- ⁹¹ Women's Mental Health Consortium. Prevention and treatment of depression in pregnancy and the postpartum period. Bethesda, MD: National Institutes of mental health, 2001.
- ⁹² Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
- ⁹³ Wisner KL, Perel JM, Peind KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001, 62:82-86.
- ⁹⁴ "Pregnant/Nursing Women Need Proper Fat Intake to Combat Depression". *obgyn.net*. 2001-10-25. http://www.obgyn.net/newsrx/womens_health-Women's_Health-20011101-19.asp. Retrieved 2008-07-04.

- ⁹⁵ The Boston Women's Health Book Collective: *Our Bodies Ourselves*, pages 489–491, New York: Touchstone Book, 2005
- ⁹⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Postpartum_depression#cite_note-fda2004-21
- ⁹⁷ http://www.katathlipsi.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=62
- ⁹⁸ Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* 1986, 155:356-362.
- ⁹⁹ Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological and psychiatric factors. *Br J Psychiatry* 1986, 155:367-373.
- ¹⁰⁰ Kennerley H, Gath D. Maternity blues reassessed. *Psychiatr Dev* 1986, 4:1-17.
- ¹⁰¹ Best NR, Wiley M, Stump K et al. Binding of tritiated yohimbine to platelets in women with maternity blues. *Psychol Med* 1988, 18:837-842.
- ¹⁰² Rodhe LA, Busnello E, Wolf A et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:231-235.
- ¹⁰³ Sutter AL, Leroy V, Dallay D et al. Postpartum blues and mild depression symptomatology at days three and five after delivery. A French cross sectional study. *J Affect Disord* 1997, 44:1-4.
- ¹⁰⁴ Beck CT. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res* 2001, 50:275-285.
- ¹⁰⁵ Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996, 45:297-303.
- ¹⁰⁶ <http://www.baby.gr/index.cfm/doc/134/cat/6>
- ¹⁰⁷ <http://www.apni.org/babyblues.htm#What%20can%20be%20done%20to%20help%20a%20Blues%20Sufferer>
- ¹⁰⁸ http://happyparents-psychology.blogspot.com/p/blog-page_4005.html
- ¹⁰⁹ American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV) Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- ¹¹⁰ Ballenger JC: The clinical use of carbamazepine in affective disorders. *J Clin Psychiatry* 49 (No 4, Suppl): 13-19, 1988.
- ¹¹¹ Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (eds): *Mood disorders*, in Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, 7th ed. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1994, pp. 516-572.
- ¹¹² Freud S: *Morning and Melancholia* (1917), in complete *Psychological Works*, Standard ed, Vol. 14, Translated and edited by Strachey J., London Hogarth Press, 1957, pp. 237-258.
- ¹¹³ Μάνος Ν: *Σύνθεση και Επιλογή στην Ψυχιατρική Θεραπευτική. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1993.
- ¹¹⁴ Williams JW, Jr, et al. "Is This Patient Clinically Depressed?" *Journal of the American Medical Association* (March 6, 2002) Vol. 287, No. 9, pp. 1160–70.
- ¹¹⁵ Blehar MC, Weissman MM, Gershon Es, et al: Family and genetic studies of affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45:289-292.
- ¹¹⁶ Ushiroyama T, Sakuma K, Ueki M, Efficacy of the kampo medicine xiong-qui-tio-xue-yin, a traditional herbal medicine, in the treatment of maternity blues syndrome in postpartum period. *Am J Chin Med* 2005, 33:117-126.
- ¹¹⁷ Gales S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24:257-266.
- ¹¹⁸ Kleeb B, Rageth CJ. Influence of prophylactic information on the frequency of baby blues. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2005, 209:22-28.
- ¹¹⁹ http://www.obrela.gr/psychiatry_2.htm
- ¹²⁰ Reck C, Hunt A, Weiss R, et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004, 37:272-280.
- ¹²¹ Tronick E, Weinberg MK. Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, 1997:54-81.
- ¹²² Moehler E, Brunner R, Parzer P, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Women Ment Health* 2006, 9:273-278.
- ¹²³ Reck C, Klier CM, Pabst K et al. the German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Arch women Ment Health* 2006, 9:265-271.
- ¹²⁴ Field T, Hernandez-ReIf M, Diego M, et al. Still-face and separation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Ment Health J* 2007, 28:314-323.
- ¹²⁵ Weinberg KW, Olson K, Beeghly M, Tronick E. Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:670-683.
- ¹²⁶ Murray L, Hopwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1996, 37:927-935.

-
- ¹²⁷ Tronick E. The neurobehavioral and social emotional development of infants and young children. New York: Norton, 2007.
- ¹²⁸ Moehler E, Kagan J, Parzer P et al. Behavioral inhibition at fourteen months is associated with maternal depression during the first six months. *Psychopathology* 2007, 108:50-76.
- ¹²⁹ Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry* 1998, 59:53-61.
- ¹³⁰ Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull* 1990, 108:50-76.
- ¹³¹ Murray L, Cooper P, eds. Postpartum depression and child development. New York: Guilford, 1997.
- ¹³² Weinberg MK, Tronick E. Maternal depression and infant maladjustment: a failure of mutual regulation. In: Noshpitz J, ed. *The handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley, 1997.
- ¹³³ Jacobson T. Effects of postpartum disorders on parenting and offspring. In: Miller L J, ed. *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999:119-139.
- ¹³⁴ Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry* 1998, 59(suppl 2):53-61.
- ¹³⁵ Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998, 12:12-20.
- ¹³⁶ O'Hara MW. *Postpartum depression: causes and consequences*. New York: Springer-Verlag, 1995.
- ¹³⁷ Zerkowicz P, Milet TH. The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *J Nerv Ment Dis* 2011, 189:575-582.
- ¹³⁸ Tronick E, Cohn J. Infant-mother face to face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Dev* 1989, 60:175-188.
- ¹³⁹ Weinberg M, Tronick E, Cohn J, Olson K. Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Dev Psychol* 1999, 35:175-188.
- ¹⁴⁰ <http://www.anth.ucsb.edu/projects/human/ppd.pdf>
- ¹⁴¹ Morrell CJ, Spiby H, Steward P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomized trial. *BMJ* 2000, 321:593-598.
- ¹⁴² Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of natenatal education for primiparas. *Birth* 2001, 28:29-35.
- ¹⁴³ <http://www.apni.org/babyblues.htm#The%20Baby%20Blues>
- ¹⁴⁴ Konstantinos Fountoulakis, Apostolos Iacovides, Soula Kleanthous, et al. Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry* 2001; 1: 3
- ¹⁴⁵ Αναγνωστοπούλου Τ, Κιοσέογλου Γ. Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger (state-trait anxiety inventory). Στο: Σταλίκας Α, Σ. Τριλιβιά Σ, Ρούσση Π (Επιμ.). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002.
- ¹⁴⁶ Paulson JF. <http://www.psychiatrictimes.com/display-old/article/10168/1519072> [Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers.] *Psychiatry Times*. 2010;27(2).
- ¹⁴⁷ Kendall RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of child- birth on psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1976;6:297-302
- ¹⁴⁸ Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968;114:1325-35.
- ¹⁴⁹ Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988;152:799-806.
- ¹⁵⁰ O'Hara MW, Zekoski EM, Phillips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. *J Abnormal Psychol* 1990;99:3-15
- ¹⁵¹ O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *J Abnormal Psychol* 1984;93:158-71.
- ¹⁵² Green MJ. Who is unhappy after childbirth? Antenatal and intrapartum correlates from a prospective study. *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:175-83.
- ¹⁵³ Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;65:445-53.
- ¹⁵⁴ Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry* 1982;140:111-7.

-
- ¹⁵⁵ Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:453-62.
- ¹⁵⁶ Pagel MD, Smilkstein G, Regen H, Montano D. Psychosocial influences on new born outcome: a controlled prospective study. *Soc Sci Med* 1990;30:597-604.
- ¹⁵⁷ Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ* 1993;307:234-9.
- ¹⁵⁸ Sarah J. Breese McCoy et al. (April 2006). "Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation at 4-Weeks Postnatal and a Review of the Literature". JAOA. <http://www.jaoa.org/cgi/content/full/106/4/193>. Retrieved 2008-07-04.
- ¹⁵⁹ Dole,N., Savitz, D. A.,Hertz-Picciotto, I., et al (2003) Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157,14^24.
- ¹⁶⁰ Dyan, J.,Creveuil,C.,Herlicoviez,M., et al (2002) Role of anxiety and depression in the onset of vspontaneous preterm labour. *American Journal of Epidemiology*, 155, 293^301.
- ¹⁶¹ Steer, R. A., Scholl,T.O.,Hediger,M. L., et al (1992) Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 10,1092^1099.
- ¹⁶² <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7325/1367/a>
- ¹⁶³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1635490>
- ¹⁶⁴ Nurs Res. 2010 Apr 23. [Epub ahead of print]The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain.Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J.
- ¹⁶⁵Griffiths J, Ravindran AV, Merali Z, Anisman H. 2000. Dysthymia: a review of pharmacological and behavioral factors. *Mol Psychol* 5:242–261.
- ¹⁶⁶ Flament MF, Cohen D, Choquet M, Jeammet P, Ledoux S. 2001. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1070–1078.
- ¹⁶⁷ The Boston Women's Health Book Collective: *Our Bodies Ourselves*, pages 489–491, New York: Touchstone Book, 2005
- ¹⁶⁸ LIKERT R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932; 140:1–55
- ¹⁶⁹ King, N. (1999). The qualitative research interview. Στο Cassell,C. και Symon, G. (επιμ.) *Quality Methods in Organizational Research. A Practical guide*, pp.14-36,Sage