

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

**ΠΩΣ Η ΧΑΡΑ ΤΗΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΤΡΕΠΕΤΑΙ ΣΕ ΘΛΙΨΗ**



ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Σωτηρία

Λάρισα 2011

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αφιερωμένη

στον πατέρα μου οδοντίατρο Αναστασόπουλο Βασίλη

που έφυγε τόσο ξαφνικά και άδικά από κοντά μας...

τον ευχαριστώ γιατί μου έμαθε

να προσπαθώ συνεχώς να γίνομαι καλύτερη.....

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται ένα φαινόμενο, το οποίο επικεντρώνει όλο και περισσότερο την προσοχή τόσο του επιστημονικού κόσμου όσο και του ευρύ κοινού, τη λεγόμενη επιλόχεια κατάθλιψη.

Οι δύο βασικοί άξονες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα είναι η προγεννητική και η επιλόχεια κατάθλιψη. Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται περίπου στο 10-15% του γυναικείου πληθυσμού σύμφωνα με διεθνείς μελέτες που θα αναλυθούν στη συνέχεια, ωστόσο η ακριβής αιτιολογία της παραμένει ακόμα ασαφής. Στην Ελληνική επικράτεια οι μελέτες για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι περιορισμένες.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του επιπολασμού της νόσου σε γυναίκες του νομού Λάρισας, αλλά και των ιδιαίτερων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που την επηρεάζουν.

Στο πρώτο μέρος (*Εισαγωγή*) γίνεται αναφορά στη γυναικεία ψυχολογία, στην περίοδο μετά τον τοκετό και ειδικότερα στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Το δεύτερο μέρος (*Γενικό μέρος*) παρουσιάζει στο πρώτο κεφάλαιο την επιλόχεια κατάθλιψη παραθέτοντας στοιχεία γύρω από τον επιπολασμό, τα συμπτώματα, την κλινική εικόνα, τους αιτιολογικούς παράγοντες, τις επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο αλλά και στον περίγυρό του καθώς και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο ίδιο κεφάλαιο γίνεται μία σύντομη περιγραφή της επιλόχειας μελαγχολίας και της επιλόχειας ψύκωσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφονται τα στάδια πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης, προκειμένου να ανιχνευθεί έγκαιρα η διαταραχή ή να περιοριστεί η συμπτωματολογία της.

Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα μέσα διάγνωσης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κατάσταση που επικρατεί σήμερα στην Ελλάδα όσον αφορά την κατάθλιψη των λεχωϊδων.

Στο τρίτο μέρος (*Ειδικό μέρος*) στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η δυσκολία της μετάβασης της γυναίκας από την περίοδο της εγκυμοσύνης στην περίοδο της μητρότητας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το υλικό και η μεθοδολογία της παρούσας μελέτης.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν κυρίως Ελληνίδες (91,5%) ηλικίας 26-35 ετών (64,9%), μεσαίου μορφωτικού επιπέδου (48,1%). Το 14% των γυναικών είχε εμφανίσει κάποια ψυχική νόσο κατά το παρελθόν. Στην έρευνα συμμετείχαν 108 γυναίκες οι οποίες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο **EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)** μετά τον τοκετό. Χρησιμοποιήθηκε σαν όριο αρνητικό για επιλόχεια κατάθλιψη το σκορ < 12 και κατά τη στατιστική ανάλυση έγινε έλεγχος των συγχυτικών παραγόντων (ηλικία μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή μητέρας και αριθμός των παιδιών που κυοφορούσε).

Ακολουθεί στο τρίτο κεφάλαιο η ανάλυση των αποτελεσμάτων στατιστικά και στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται η περιγραφική ανάλυσή τους.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης ανήλθε στο 13,6% και είναι υψηλότερος σε κατοίκους αγροτικών περιοχών (37%). Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας έχει προστατευτική επίδραση ενάντια στη νόσο, κυρίως όταν είναι υψηλό (Σχετικός κίνδυνος (ΣΚ) = 0,58). Το ιστορικό ψυχολογικού προβλήματος σχετιζόταν με αύξηση του κινδύνου κατά 86% (ΣΚ=1.86, 95%CI 1,16-2,98). Τέλος, η

ύπαρξη θορύβου βρέθηκε ότι συσχετίζεται με 73% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ενώ η εργασία κατά την κύηση συσχετιζόταν με μείωση του κινδύνου κατά 42%.

Συμπεράσματα: Όπως αναλύεται στο πέμπτο κεφάλαιο η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με πολλαπλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικο-οικονομικών, των περιβαλλοντικών, του τρόπου ζωής και των προβλημάτων υγείας. Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα και να διευκρινιστούν περισσότεροι παράγοντες κινδύνου, ώστε να ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Λέξεις κλειδιά: εγκυμοσύνη, λοχεία, επιλόχεια κατάθλιψη, επιλόχεια μελαγχολία, επιλόχεια ψύκωση.

Περιεχόμενα

| | |
|---|--------|
| A. Εισαγωγή | σελ.1 |
| B. Γενικό μέρος | σελ.3 |
| 1. Επιλόχεια κατάθλιψη | σελ.3 |
| 1.1 Επιλόχεια μελαγχολία | σελ.5 |
| 1.2 Επιλόχεια ψύκωση | σελ.7 |
| 1.3 Επιπολασμός | σελ.9 |
| 1.4 Συμπτώματα | σελ.10 |
| 1.5 Κλινική εικόνα | σελ.11 |
| 1.6 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου | σελ.12 |
| 1.7 Επιπτώσεις | σελ.31 |
| 1.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση | σελ.37 |
| 2. Πρόληψη επιλόχειας κατάθλιψης | σελ.43 |
| 2.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη | σελ.43 |
| 2.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη | σελ.47 |
| 2.3 Τριτοβάθμια πρόληψη | σελ.48 |
| 3. Διάγνωση επιλόχειας κατάθλιψης | σελ.50 |
| 4. . Η κατάσταση στη Ελλάδα | σελ.52 |
| Γ. Ειδικό μέρος | σελ.54 |
| 1. Εγκυμοσύνη και γυναίκα | σελ.54 |
| 2. Υλικό και Μέθοδος | σελ.57 |
| 3. Στατιστική ανάλυση | σελ.59 |

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι βιολογικές και ψυχολογικές διαφορές των δύο φύλων γίνονται περισσότερο έκδηλες κατά την εφηβεία και, στη συνέχεια, όταν το άτομο περνά στη φάση της ενηλικίωσης. Στη ζωή μίας γυναίκας παρατηρούνται συχνά αλλαγές στη διάθεσή της, όταν διανύει διάφορες περιόδους, όπως είναι η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η κλιμακτήριος, κατά τις οποίες δεν είναι σπάνια η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Η φύση του γυναικείου φύλου είναι συνδυασμένη και προσαρμοσμένη για τη σημαντικότερη περίοδο στη ζωή της γυναίκας, την κυοφορία και τη γέννηση ενός παιδιού. Ωστόσο, αυτή η περίοδος αποτελεί και ένα μεταβατικό στάδιο, το οποίο μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε ορισμένες γυναίκες. Παρόλο που κατά την κύηση υπάρχει μία «έκρηξη» έκκρισης ορμονών στο γυναικείο οργανισμό, ωστόσο η πλειοψηφία των ψυχικών προβλημάτων παρουσιάζεται με την παρέλευσή της, κατά τη διάρκεια, δηλαδή, της λοχείας, όταν ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα των ορμονών αυτών.

Ο τοκετός αποτελεί μία φυσιολογική διαδικασία για τον ανθρώπινο οργανισμό, την οποία, όμως, η κάθε γυναίκα βιώνει διαφορετικά. Από πολλές γυναίκες εκλαμβάνεται ως μία από τις καλύτερες στιγμές της ζωής τους και το πρώτο βήμα για την καινούρια ζωή με το παιδί τους, ενώ για άλλες αποτελεί αφετηρία ποικίλων προβλημάτων. Αυτό συμβαίνει, κυρίως, όταν η κύηση, η γέννα και η λοχεία δεν ακολουθούν τη φυσιολογική τους πορεία ή όταν η ίδια η μητέρα δεν τις θεωρήσει φυσιολογικές, λόγω προβλημάτων που πιθανά αντιμετωπίζει σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Από την άλλη πάλι, υπάρχουν μερικές μητέρες για τις οποίες ο τοκετός αποτελεί μία τραυματική εμπειρία. Οι ορμονικές αλλαγές που επιτείνουν τις ωδίνες και την ένταση του τοκετού, προκαλούν κάποιου είδους διατάραξη της πορείας της κύησης μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μετά τον τοκετό, όταν το σώμα προετοιμάζεται για το θηλασμό, στις μητέρες, ιδιαίτερα σε όσες αποκτούν το πρώτο τους παιδί, μπορεί να παρατηρηθεί

καθυστέρηση στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους. Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προετοιμάζονταν να αγαπήσουν το παιδί τους και, όταν αυτό γεννιέται, συχνά εκπλήσσονται από την έλλειψη συναισθήματος που βιώνουν. Το αίσθημα αγάπης για το παιδί είναι ικανό να επιβεβαιώσει τη γυναίκα για τη μητρότητά της και μπορεί να την κάνει να χαλαρώσει και να περιμένει το στάδιο του θηλασμού. Σε αντίθετη περίπτωση, η ίδια αντιμετωπίζει το μωρό σαν αντικείμενο ή σαν να πρόκειται για κάποιον ξένο. Πολλές γυναίκες κλαίνε, όταν βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, και φοβούνται ότι δε θα αποκτήσουν ποτέ αισθήματα αγάπης για το παιδί τους.

Η **περιγεννητική κατάθλιψη** αποτελεί μία διαταραχή της διάθεσης, η οποία εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (**προγεννητική κατάθλιψη**) ή κατά τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό (**επιλόχεια κατάθλιψη**). Επηρεάζει το 10-15% του συνόλου των γυναικών και το 28% των γυναικών, οι οποίες ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Το ενδεχόμενο ύπαρξης ιστορικού κατάθλιψης αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα περιγεννητικής κατάθλιψης στις γυναίκες. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης επηρεάζει τόσο τις γυναίκες, όσο και το έμβρυο ή το παιδί και σχετίζεται με τον πρόωρο τοκετό, με δυσκολίες στο δεσμό μητέρας-παιδιού και με προβλήματα συμπεριφοράς στη μετέπειτα ζωή του παιδιού (Wilén & Mounts, 2006).

Σύμφωνα με τους Leung και Kaplan (2009), τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την περιγεννητική κατάθλιψη, δεν διαφέρουν με εκείνα της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό: απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοαξίας, καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου και όρεξης, χαμηλή ενέργεια και έλλειψη συγκέντρωσης.

Β.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Επιλόχεια κατάθλιψη

Οι γυναίκες μετά τον τοκετό εμφανίζουν κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Η λοχεία, είναι μία περίοδος φορτισμένη με προσδοκίες, ανησυχίες, αγωνία, αφοσίωση, κούραση και άλλα συναισθήματα που προκαλούν στρες. Παράλληλα, η προσαρμογή της γυναίκας σε ένα νέο κοινωνικό ρόλο, δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη σχέση της με τον σύζυγο ή σύντροφό της και την οικογένειά της, στην εργασία της και φυσικά στη σχέση που δημιουργείται με το βρέφος.

Η **επιλόχεια κατάθλιψη** θεωρείται μία μη-ψυχωτική ασθένεια με ήπια έως μέτρια συμπτώματα (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002). Στην ταξινόμηση ICD-10 (International Statistical Classification Of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η επιλόχεια κατάθλιψη ταξινομείται στην κατηγορία «ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με την λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού». Επίσης αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, ως διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται κατά τη λοχεία. Σύμφωνα με το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), η κατάθλιψη της λοχείας είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό (Μωραΐτου, 2004). Ωστόσο, κάποιες έρευνες αναφέρουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό (Hanley, 2009). Πολλές φορές, η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης παρατηρείται κατά την προγεννητική περίοδο (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002).

Ο λατινικός όρος της επιλόχειας κατάθλιψης είναι *post depression* που σημαίνει η «μετά τον αποχωρισμό κατάθλιψη», ένας όρος ιδιαίτερα εύστοχος για την περιγραφή της νόσου, εφόσον με τη γέννηση ενός

παιδιού επέρχεται ένας μεγάλος αριθμός αποχωρισμών. Ο αποχωρισμός από το βρέφος που κυοφορούταν υπό την προστασία και τον έλεγχο της μητέρας του και το οποίο με τη γέννησή του αναπτύσσει αργά αλλά σταθερά τη διαφοροποίηση και αυτονομία του. Ο αποχωρισμός από το σύντροφο ή κάποιο άλλο παιδί μέσα στην οικογένεια που μέχρι τώρα υπήρξαν το κέντρο της προσοχής της μητέρας, η πρωταρχική πηγή ευχαρίστησής της αλλά και ο βασικός στόχος εκτόνωσης ενέργειας μέσα στην οικογένεια. Ο αποχωρισμός από μια ζωή η οποία κατακλύζεται από μη αντιστρέψιμες αλλαγές. Ακόμα και η απώλεια μιας βραδιάς καλού ύπνου, όσο πεζή και δευτερεύουσα κι αν ακούγεται, είναι όμως σημαντική και μπορεί ψυχολογικά να διαταράξει τη γυναίκα που αισθάνεται άυπνη, κουρασμένη, και ανήμπορη. Επιπρόσθετα το σώμα της γυναίκας συχνά αλλάζει ριζικά με την εγκυμοσύνη και καμιά φορά τα σωματικά τραύματα μιας εγκυμοσύνης μπορεί να είναι ανεξίτηλα οπότε και πάλι πρόκειται για αποχωρισμό από μια πρωύτερη, γνώριμη κατάσταση. Προϋπόθεση για τη διαχείριση του «αποχωρισμού» και της «απώλειας» είναι να μπορεί η μητέρα να «πενθήσει» για ότι αφήνει πίσω της και να αισθάνεται έτοιμη και επαρκώς «εξοπλισμένη» για τα νέα δεδομένα της ζωής της. Τα θέματα που μπορεί να καθηλώσουν μια λεχώνα σε ψυχολογικά αδιέξοδα είναι τόσο περίπλοκα και ξεχωριστά από γυναίκα σε γυναίκα, που συχνά χρειάζεται η βοήθεια ενός ειδικού για να μπορέσει η μητέρα να εξερευνήσει τις δυσκολίες της και να ανακάμψει από αυτές, γεγονός που θα λειτουργήσει σε θεραπευτικό ντόμινο στο νεογέννητο παιδί της και στην οικογένειά της.

Το ποσοστό των λεχωϊδων που αντιμετωπίζουν κατάθλιψη μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό, ανέρχεται στο 10-20% (Brockington, 1996). Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ανησυχητικά υψηλά ποσοστά, που φθάνουν μέχρι και 40%. Ακόμη, για τις ενήλικες μητέρες, το ανωτέρω ποσοστό ανέρχεται σε 26%. Για το 60% αυτών των γυναικών, το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι το πρώτο τους. Οι πρωτότοκες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Μωραΐτου, 2004).

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός, ότι η νόσος υποδιαγιγνώσκεται, καθώς η μητέρα σπάνια αναζητά βοήθεια. Από το 10-20% των λεχωϊδων με επιλόχεια κατάθλιψη, μόνο το 2-4% παραπέμπεται σε κάποια πρωτοβάθμια υπηρεσία φροντίδας (Brockington, 1996). Για αυτό το λόγο, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από Επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως Μαιές, Νοσηλεύτες, Επισκέπτες Υγείας, Γυναικολόγοι, Παιδίατροι κ.α.), καθώς και η έγκαιρη και αποτελεσματική της θεραπεία (Μωραΐτου, 2004).

1.1 Επιλόχεια μελαγχολία

Σύμφωνα με τον Brockington (1996), η επιλόχεια μελαγχολία (*maternity blues*) είναι μία παροδική, αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται μέσα στις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν άγχος, οξυθυμία, ευερεθιστότητα, ευμετάβλητη διάθεση, σύγχυση, αϋπνία και δυσκολία στη μνήμη. Για παράδειγμα, η λεχωίδα μπορεί να κλαίει από υπερβολική συναισθηματική ταύτιση με τη δυστυχία του άλλου, ή ακόμα να κλαίει μετά από μία καλή είδηση. Η συμπεριφορά αυτή δημιουργεί έκπληξη και ανησυχία στην ίδια τη μητέρα και τη θεωρεί ιδιαίτερα ασυνήθιστη. Προσοχή όμως χρειάζεται, γιατί σε ένα μικρό ποσοστό τα συμπτώματα της επιλόχειας μελαγχολίας μπορεί να σηματοδοτούν την έναρξη της πολύ πιο σοβαρής κατάθλιψης της λοχείας.

Η διάρκεια της επιλόχειας μελαγχολίας κυμαίνεται μεταξύ ωρών και μερικών ημερών. Δεν υπάρχει όμως, γενική ομοφωνία των ερευνητών σχετικά με τη χρονική περίοδο κατά την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα της επιλόχειας μελαγχολίας. Η κορύφωση των συμπτωμάτων παρατηρείται στην Τζαμάικα την 1^η μέρα μετά τον τοκετό, στην Αγγλία την 3^η, 4^η και 5^η μέρα, στην Τανζανία την 7^η μέρα, ενώ στις γυναίκες που έφυγαν νωρίς από το νοσοκομείο τα συμπτώματα

εμφανίστηκαν μεταξύ 6^{ης}-8^{ης} μέρας μετά τον τοκετό (Brockington, 1996).

Ένας αριθμός ψυχοκοινωνικών παραμέτρων έχει ελεγχθεί, προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου της επιλόχειας μελαγχολίας. Οι περισσότερες από τις μελέτες δε διαπίστωσαν καμία συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας μελαγχολίας και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η εργασία και η οικογενειακή κατάσταση. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια, η καισαρική τομή, ο θηλασμός και η οικογενειακή στήριξη έχουν επίσης μελετηθεί, αλλά με αντιφατικά αποτελέσματα. Ακόμη, αρνητικά συναισθήματα, όπως άγχος, φόβος του τοκετού, κατάθλιψη και αρνητικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν συσχετιστεί με την επιλόχεια μελαγχολία. Τέλος, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως νεύρωση, υποχονδρία, κατάθλιψη και υποκλίμακες της παράνοιας του M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες της επιλόχειας μελαγχολίας (Gonidakis et al., 2007).

Σύμφωνα με μελέτες των Buist, Morse και Durkin (2003), σε μερικές περιπτώσεις, η επιλόχεια μελαγχολία έχει αντίκτυπο στη σχέση της λεκωίδας με το σύζυγό της, ιδιαίτερα σε θέματα *libido* και σεξ. Τέτοιου είδους προβλήματα, χαρακτηρίζουν μία πολύ ευαίσθητη και σημαντική περιοχή στη σχέση του ζευγαριού, ωστόσο, παρατηρείται ιδιαίτερη δυσκολία στο να τεθεί αυτή η περιοχή υπό συζήτηση. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως σύμπτωμα αλλά δεν υπάρχει κάποια εκτενής έρευνα, η οποία να αναλύει τις ακριβείς επιπτώσεις πάνω στη σχέση μητέρας και συζύγου. Υποθέσεις υποστηρίζουν, ότι οι άντρες βιώνουν έντονα συναισθήματα ευαλωτότητας (*vulnerability*), τα οποία προέρχονται από την πίεση να φροντίσουν, όχι μόνο τον εαυτό τους και τη γυναίκα τους, αλλά και το νέο μέλος της οικογένειας. Οι συναισθηματικές ανάγκες του πατέρα μπορούν να παραβλεφθούν για την ανάγκη άλλων συναισθηματικών γεγονότων, πράγμα που οδηγεί σε επιπλέον δυσκολίες στη σχέση του ζευγαριού (Buist, Morse & Durkin, 2003).

Η στήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τους Επαγγελματίες υγείας, συμβάλλει στην ταχύτερη εξασθένιση των συμπτωμάτων. Αυξημένο άγχος και κατάθλιψη κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα της επιλόχειας μελαγχολίας, αλλά δεν έχει αποδειχθεί κάποια συσχέτιση με μαιευτικές μεταβλητές. Ωστόσο, υποθέσεις έχουν γίνει για τη χρονικά όμοια ταχεία πτώση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, ως αιτιολογικούς παράγοντας της επιλόχειας μελαγχολίας (Cantwell & Cox, 2006).

Το γεγονός, ότι η επιλόχεια μελαγχολία είναι αυτοπεριοριζόμενη σημαίνει, ότι υποχωρεί συνήθως μετά από λίγες μέρες. Δεν απαιτείται ειδική παρέμβαση, εκτός από τον καθησυχασμό της γυναίκας και των οικείων της. Κατάλληλη είναι η προγεννητική εκπαίδευση της μέλλουσας μητέρας και του συντρόφου της γι' αυτή τη συχνή κατάσταση (Brockington, 1996).

Τα ερευνητικά δεδομένα της Μωραΐτου (2004), παρουσιάζουν τις διαταραχές του ύπνου και τη δυσκολία στη μνήμη ως κοινά συμπτώματα μεταξύ επιλόχειας μελαγχολίας και επιλόχειας κατάθλιψης. Η διαφορική διάγνωση της μελαγχολίας της λοχείας από την επιλόχεια κατάθλιψη είναι εύκολη, καθώς χαρακτηρίζεται, όπως ήδη αναφέρθηκε, από κακή διάθεση και παροδικότητα. Ωστόσο, απαιτείται προσεκτική διαφορική διάγνωση από την επιλόχεια ψύκωση, με την συνδρομή ειδικού, καθώς η δυσμνησία και η διαταραχή του ύπνου μπορεί να εκληφθούν ως συμπτώματα επιλόχειας ψύκωσης.

1.2 Επιλόχεια ψύκωση

Η επιλόχεια ψύκωση αποτελεί την πιο δραματική συναισθηματική απάντηση στη μητρότητα και η συχνότητά της ανέρχεται σε μία περίπτωση ανά 1000 εγκυμοσύνες. Η έναρξη τοποθετείται μεταξύ 2^{ης} και 14^{ης} ημέρας μετά τον τοκετό. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις εμφανίζεται καθ' όλη την διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό (Brockington, 2008). Αν και η πιθανότητα επιλόχειας ψύκωσης είναι

μικρή για κάθε γυναίκα, η λοχεία χαρακτηρίζεται ως επικίνδυνη περίοδος με επτά φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εισαγωγής σε ψυχιατρική κλινική τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (Cantwell & Cox, 2006).

Σύμφωνα με τον Παπαζήση (2006), η συμπτωματολογία της επιλόχειας ψύκωσης δε διαφέρει από αυτή των υπολοίπων ψυχωτικών επεισοδίων που συμβαίνουν εκτός αυτής της χρονικής περιόδου. Συνήθως, κυριαρχούν συμπτώματα μανίας, όπως ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, ψυχοκινητική διέγερση, εύκολη διάσπαση της προσοχής, διαταραχή του ύπνου, έντονο άγχος και ευφορία ή ευμετάβλητο συναίσθημα. Συχνές είναι οι οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, οι οποίες αφορούν συνήθως το νεογέννητο. Σε κάποιες περιπτώσεις κυριαρχούν καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως υποθυμία, αισθήματα ενοχής και αναξιοσύνης καθώς και αυτοκτονικός ιδεασμός.

Η εικόνα της επιλόχειας ψύκωσης μοιάζει συχνά με αυτή των διαταραχών της διάθεσης, δηλαδή της **διπολικής διαταραχής** (μανιοκατάθλιψης) ή της **μείζονος κατάθλιψης**, στις οποίες επικάθονται ψυχωτικά στοιχεία. Σε πολλές όμως περιπτώσεις, επικρατεί τυπική ψυχωτική συμπτωματολογία με ποικίλες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αλλόκοτη συμπεριφορά, οπότε η διαταραχή κατατάσσεται στο ευρύτερο φάσμα της σχιζοφρένειας. Λόγω της σύγχυσης, των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών υπάρχει αυξημένος κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού, ακούσιος ή εκούσιος, που μπορεί να φτάσει σπάνια, ως και την παιδοκτονία. Όσον αφορά τα ποσοστά αυτοκτονίας των ψυχωτικών λεχωίδων, αυτά δεν είναι αυξημένα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό που πάσχει από ψυχωτικές διαταραχές (Παπαζήσης, 2006).

Οι ερευνητικές μελέτες των Cantwell και Cox (2006) παρουσίασαν το προηγούμενο ιστορικό επιλόχειας ψύκωσης και το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό (συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού) μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής, ως παράγοντες επικινδυνότητας της επιλόχειας ψύκωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η πιθανότητα εμφάνισης ψύκωσης κατά τη λοχεία αυξάνεται κατά δύο φορές.

Έρευνες του Brockington (2008), υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν ειδικές θεραπείες αντιμετώπισης της επιλόχειας ψύκωσης. Το πρώτο ενδεχόμενο είναι η καταστολή με νευροληπτικά, όμως αυτά, πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή λόγω αυξημένου κινδύνου εξωπυραμιδικών παρενεργειών. Αν και μόνο μία στιγμιαία δόση νευροληπτικού λαμβάνεται από το έμβρυο μέσω του θηλασμού, συνήθως όμως, ο τελευταίος διακόπτεται. Ακόμη, μετά την αναγνώριση της συσχέτισης του λιθίου με τη μανιοκαταθλιπτική ψύκωση, το λίθιο χορηγείται όλο και πιο συχνά. Ωστόσο, πιθανολογείται το λίθιο να προκαλεί ανεπιθύμητες δράσεις στο μωρό που θηλάζει. Όσον αφορά την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αυτή αποτελεί μία ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία για όλες τις μορφές επιλόχειας ψύκωσης.

Ο τόπος της θεραπείας είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Δεδομένου, ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο μπορεί να είναι διασπαστική για την οικογένεια, η διαταραχή αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται κατά το δυνατόν στο σπίτι, όπου η ασθενής διατηρεί το ρόλο της ως σύζυγος και ως μητέρα. Αν η εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι απαραίτητη, υπάρχουν μεγάλα πλεονεκτήματα από τη συνδυασμένη εισαγωγή μητέρας και μωρού (Brockington, 2008).

Η ανάρρωση πραγματοποιείται συνήθως σε διάστημα 1-2 μηνών, αλλά υπάρχει μεγάλη ατομική διακύμανση. Οι περισσότερες γυναίκες αναρρώνουν πλήρως, αλλά παραμένουν σε πολύ υψηλό κίνδυνο μελλοντικών επιλόχειων και μη επιλόχειων επεισοδίων (Cantwell & Cox, 2006).

1.3 Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μία από τις αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις και αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα υγείας που αφορά ένα σημαντικό τμήμα του γυναικείου πληθυσμού. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, εμφανίζεται περίπου στο 10-15% των γυναικών, από δύο εβδομάδες έως ένα περίπου έτος μετά τη γέννα.

Δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταγράφουν την επίπτωση κατάθλιψης και άγχους να είναι περίπου στο 8-10% κατά την εγκυμοσύνη και 13% μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοκτονία είναι μία από τις κυρίαρχες αιτίες θανάτου των μητέρων το χρονικό διάστημα μετά τη γέννα. Διακρίνεται στη μη ψυχωτική καταθλιπτική διάθεση αμέσως μετά τον τοκετό και την καταθλιπτική νευρωτική αντίδραση, με αισθήματα αδυναμίας, υπερκόπωσης, άγχους και αβεβαιότητας για το μέλλον. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στην ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (ειδικά στη χώρα μας) παραμένει αδιάγνωστη, οδηγώντας σε περαιτέρω μελλοντικά προβλήματα υγείας τόσο της ίδιας της γυναίκας, όσο και της οικογένειάς της. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008a).

1.4 Συμπτωματολογία της νόσου

Τα συμπτώματα της νόσου δε διαφέρουν σημαντικά από τα συμπτώματα της απλής κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιαστεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη κύησης. Συγκεκριμένα, η γυναίκα εμφανίζει αισθήματα απογοήτευσης και επιθετικότητας τόσο προς το σύζυγο ή το παιδί της, όσο και στο περιβάλλον της γενικά. Αναφέρεται ότι η εχθρότητα ενάντια στο παιδί υποδηλώνει εχθρότητα ενάντια στον ίδιο της τον εαυτό, με αποτέλεσμα να τον απορρίπτει. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται ανορεξία και εμετός, με αποτέλεσμα την πρόκληση μεταβολικών διαταραχών, όπως η εκλαμψία, συμπτώματα τα οποία είναι εκδήλωση αυτοκαταστροφικότητας. Οι εκρήξεις θυμού, οι κραυγές, οι συγχυτικές καταστάσεις, η θόλωση της συνείδησης, η ψυχοκινητική απάθεια, η έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος, η καταθλιπτική διάθεση και, παράλληλα, η υπερκινητικότητα, οι διαταραχές του ύπνου και οι έντονες ιδέες ενοχών και τύψεων μέχρι το σημείο παραληρήματος ολοκληρώνουν την εκδήλωση της νόσου. Όταν η γυναίκα αντιληφθεί τα επιθετικά της συναισθήματα, νιώθει ενοχές, με αποτέλεσμα να βρίσκεται

σε μία κατάσταση άγχους και να φροντίζει υπερβολικά το παιδί της («και' αντίδραση συμπεριφορά»). Οι ψυχωτικές καταθλίψεις της λοχείας εμπεριέχουν μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων, προκειμένου να γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, καθώς ενέχεται μεγάλος κίνδυνος επανεμφάνισής της σε επόμενους τοκετούς. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008a).

1.5 Κλινική Εικόνα

Η έναρξη της νόσου παρατηρείται συνήθως μέσα στις πρώτες πέντε εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara, 1997). Τα ερευνητικά δεδομένα των Kumar και Robson (1984), αναφέρουν τριπλάσια επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία 6 μήνες ή 1 χρόνο μετά τη γέννηση του μωρού. Όσον αφορά τη διάρκεια της νόσου, αυτή είναι δύσκολο να καθορισθεί. Σε γενικές γραμμές υποστηρίζεται, ότι τα επεισόδια διαρκούν μερικούς μήνες. Συγκριμένα, ο O'Hara (1997), σε έρευνά του υποστηρίζει, ότι τα τρία τέταρτα των καταθλιπτικών λεχωίδων βίωναν καταθλιπτικά συμπτώματα για 3 μήνες ή περισσότερο και το ένα τέταρτο για περισσότερο από 6 μήνες. Βέβαια, τα παραπάνω δεδομένα δε διαφέρουν ιδιαίτερα από τη διάρκεια των επεισοδίων σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή εκτός της λοχείας (O'Hara, 1997).

Μπορεί να λεχθεί, ότι η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με εκείνη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Αν και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη δε διαφέρουν στη συμπτωματολογία από τα αντίστοιχα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης χωρίς επιλόχεια έναρξη, μπορεί να χαρακτηρίζονται πιο συχνά από ευμετάβλητη διάθεση και κυμαινόμενη κλινική πορεία (Μωραΐτου, 2004).

1.6 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με τους Webster, Pritchard, Creedy και East (2003), πολλές γυναίκες αδυνατούν να αξιολογήσουν τον εαυτό τους και να αναγνωρίσουν ότι πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ παράλληλα η διαταραχή υποδιαγιγνώσκεται από τους περισσότερους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η ταξινόμηση των παραγόντων που θέτουν σε κίνδυνο τη λεχώρα, μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση του ποσοστού διάγνωσης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία (Hanley, 2009).

• Ορμονικοί Παράγοντες

Τα τελευταία 20 χρόνια το ενδιαφέρον έχει στραφεί στη βιολογική βάση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η βιολογική αιτιολογία οφείλεται εν μέρει στις δραματικές ορμονικές αλλαγές τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Τα επίπεδα προγεστερόνης, οιστραδιόλης και ελεύθερης οιστριόλης πέφτουν δραματικά κατά 90-95%. Αν και αυτές οι αλλαγές διαδραματίζονται κυρίως την περίοδο κατά την οποία η λεχώρα αναφέρει συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας, παρά επιλόχειας κατάθλιψης, θεωρείται ότι οι ορμονικές αλλαγές αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα της επιλόχειας κατάθλιψης. Για παράδειγμα, έχει υποτεθεί, ότι τα επίπεδα των ορμονών, όπως των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης και της κορτιζόλης είναι πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά κατά τη λοχεία ή ότι οι αλλαγές των επιπέδων αυτών των ορμονών

συμβαίνουν πολύ γρήγορα ή πολύ αργά. Η υπόθεση σχετικά με την ορμονική δυσλειτουργία είναι παρόμοια με εκείνη κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο και κατά την εμμηνόπαυση (O'Hara, 1997).

Οιστρογόνα και προγεστερόνη

Τα ερευνητικά δεδομένα των Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski και Bhai (1998) υποστηρίζουν, ότι τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στο αίμα φτάνουν στο μέγιστο στο τέλος της εγκυμοσύνης και μειώνονται δραματικά μεταξύ 2^{ης}-5^{ης} μέρας μετά τον τοκετό. Αυτή η απότομη αλλαγή των επιπέδων οδήγησε στην υπόθεση, ότι η μεταγεννητική διάθεση της λεκωίδας εξαρτάται από την πτώση αυτών των ορμονών. Επιπλέον, η θεραπευτική δράση των ορμονών σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ενδυνάμωσε την παραπάνω άποψη. Η εναλλακτική άποψη στηρίζεται στο γεγονός, ότι αυτές οι ορμονικές αλλαγές κινούνται εντός φυσιολογικών ορίων, αλλά αποτελούν το έναυσμα για παθολογικούς μηχανισμούς στα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών ή των υποδοχέων, προκαλώντας έτσι τις διαταραχές της διάθεσης.

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών ασχολήθηκε με τις αλλαγές των επιπέδων της προγεστερόνης και των οιστρογόνων την πρώτη εβδομάδα της λοχείας και φαίνεται, ότι οι απόψεις γύρω από αυτό το θέμα διίστανται. Οι Nott, Franklin, Armitage και Gelder (1976), δε διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μεταξύ των γυναικών με ή χωρίς κατάθλιψη. Ωστόσο, φάνηκε να υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ της μεγαλύτερης πτώσης επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μετά τον τοκετό και των αλλαγών της διάθεσης. Οι Feksi, Harris, Walker, Riad-Fahmy και Newcombe (1984), ωστόσο, βρήκαν, ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερη βαθμολογία επιλόχειας μελαγχολίας είχαν υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στο σίελο απ' ότι εκείνες με χαμηλότερη βαθμολογία.

Αντίθετα, ο Heidrich et al. (1994), μελέτησαν τα επίπεδα της προγεστερόνης του ολικού πλάσματος και τη διάθεση της γυναίκας από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης μέχρι την ενάτη μεταγεννητική εβδομάδα, αλλά δε διαπίστωσαν καμία συσχέτιση. Τέλος, σύμφωνα με τους Abou-Saleh et al. (1998), έχει διαπιστωθεί απότομη πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης αλλά όχι και των οιστρογόνων σε ασθενείς με επιλόχεια κατάθλιψη. Τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα ίσως οφείλονται σε διαφορές των μελετώμενων πληθυσμών και των μεθόδων μέτρησης (Μωραΐτου, 2004).

Κορτιζόλη

Σύμφωνα με τον O'Hara (1997), οι δυσλειτουργίες στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA axis), έχουν κατηγορηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες της μείζονος κατάθλιψης. Τόσο τα επίπεδα της ολικής, όσο και της ελεύθερης κορτιζόλης, είναι αυξημένα λίγο πριν τον τοκετό, φτάνουν στο μέγιστο επίπεδο κατά τον τοκετό και υποχωρούν ταχέως στα βασικά επίπεδα μέσα στις τρεις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Οι μεταβολές αυτές σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα της πλακουντιακής κορτικοτροφίνης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και με την προσωρινή καταστολή των επινεφριδίων κατά τη λοχεία (Abou-Saleh et al., 1998).

Η απότομη αύξηση και πτώση των κορτικοστεροειδών, θεωρούνται πιθανές αιτίες επιλόχειων διαταραχών της διάθεσης. Μελέτες που εξετάζουν τις υποθέσεις αυτές, έχουν αποφέρει ελάχιστα θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την ολική ή την ελεύθερη κορτιζόλη (O'Hara, 1997). Στη μελέτη των Handley, Dunn, Baker, Cockshott και Gould (1977), διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης την 38^η εβδομάδα κύησης σε γυναίκες που αργότερα αντιμετώπισαν συμπτώματα επιλόχειας μελαγχολίας, σε σχέση με εκείνες χωρίς τέτοια συμπτώματα. Ωστόσο, σε δεύτερη μελέτη τους, δε μπόρεσαν να διαπιστώσουν συσχέτιση μεταξύ επιπέδων κορτιζόλης του αίματος και επιλόχειας κατάθλιψης (Gard, Handley, Parsons & Waldron, 1986).

Τα ερευνητικά δεδομένα του Abou-Saleh et al. (1998) αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης του πλάσματος στη διάρκεια της λοχείας, σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, συγκριτικά με εκείνες με αρνητικό ιστορικό. Παράλληλα, οι γυναίκες με μεταγεννητική δυσφορία είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης του πλάσματος, απ' ότι εκείνες χωρίς δυσφορία.

Μελέτες της Μωραΐτου (2004) τονίζουν την πολυπλοκότητα του ρόλου της κορτιζόλης στην επιλόχεια κατάθλιψη, καθώς τα επίπεδα κορτιζόλης του αίματος παρουσιάζουν εποχιακές διακυμάνσεις, ενώ επηρεάζονται ακόμα και από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Η εποχιακή μεταβολή της κορτιζόλης του πλάσματος αφορά τόσο τις έγκυες όσο και τις μη έγκυες φυσιολογικές γυναίκες. Οι τιμές είναι υψηλότερες το χειμώνα και την άνοιξη. Η επίπτωση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής διάθεσης αυξάνεται την άνοιξη και το χειμώνα, ενώ παράλληλα, η πλειονότητα των επιλόχειων ψυχώσεων έχουν την έναρξη τους στις συγκεκριμένες εποχές .

Προλακτίνη

Τα βασικά επίπεδα προλακτίνης αυξάνονται κατά την εγκυμοσύνη και μειώνονται στη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου, τόσο στις θηλάζουσες, όσο και στις μη θηλάζουσες γυναίκες. Η προλακτίνη παίζει επίσης ρόλο προετοιμασίας και εναύσματος για τη μητρική συμπεριφορά και οι σταθερά υψηλές συγκεντρώσεις στο τέλος της εγκυμοσύνης και στη διάρκεια της λοχείας, είναι απαραίτητες για μία φυσιολογική μητρική συμπεριφορά (Abou-Saleh et al., 1998).

Η προλακτίνη έχει μελετηθεί αρκετά σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη. Τα ευρήματα των μελετών είναι αρκετά αντιφατικά. Υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν την επιλόχεια κατάθλιψη με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης αίματος, ενώ άλλες έρευνες αποκλείουν μία τέτοια συσχέτιση. Ορισμένοι υποστηρίζουν, ότι η προλακτίνη προκαλεί την επιλόχεια κατάθλιψη όταν είναι αυξημένη, σε σχέση με την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα (Μωραΐτου, 2004).

Ο Nott et al. (1976), δε βρήκαν διαφορές στις συγκεντρώσεις της προλακτίνης του πλάσματος σε γυναίκες με ή χωρίς επιλόχεια μελαγχολία, κάτι που επιβεβαιώθηκε και από άλλες έρευνες. Αντίθετα, στην έρευνα των Abou-Saleh et al. (1998) φάνηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υψηλότερων βασικών συγκεντρώσεων προλακτίνης πλάσματος και των συναισθηματικών συμπτωμάτων στη διάρκεια της πρώτης μεταγεννητικής εβδομάδας. Σύμφωνα με τη Μωραϊτίτου (2004), οι γυναίκες που ανέπτυξαν κατάθλιψη 6-10 εβδομάδες μετά τον τοκετό είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προγεστερόνης πλάσματος, αλλά χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης απ' ό,τι εκείνες που δεν εμφάνισαν κατάθλιψη. Στο ίδιο πλαίσιο, οι γυναίκες που δε θήλαζαν και είχαν υψηλά επίπεδα προγεστερόνης, αποτελούσαν ενδεχόμενες περιπτώσεις κατάθλιψης, ενώ οι πιθανές περιπτώσεις εμφάνιζαν υψηλή προγεστερόνη, χαμηλή προλακτίνη, δε θήλαζαν και ήταν μεγαλύτερης ηλικίας.

Οι αλλαγές της διάθεσης και οι συναισθηματικές διαταραχές που σχετίζονται με τον καταμήνιο κύκλο, ίσως είναι το αποτέλεσμα μίας αλληλεπίδρασης μεταξύ προλακτίνης, οιστρογόνων και προγεστερόνης. Ωστόσο, η έκκριση προλακτίνης βρίσκεται υπό τον έλεγχο ποικίλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων και επηρεάζεται από το θηλασμό, την έκθεση στην ωκυτοκίνη για πρόκληση τοκετού, τη χορήγηση βρωμοκρυπτίνης για καταστολή της γαλουχίας, τα χορηγούμενα από το στόμα αντισυλληπτικά και τα ψυχοτρόπα φάρμακα (Abou-Saleh et al., 1998).

Θυρεοειδικές ορμόνες

Η θυρεοειδική δυσλειτουργία συμβάλλει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παροδικός υποθυρεοειδισμός συμβαίνει στο 5% των γυναικών εντός του πρώτου μεταγεννητικού έτους, που φτάνει στην ακμή του γύρω στον 4^ο-5^ο μήνα, κάτι το οποίο έχει φανεί πως σχετίζεται με την κατάθλιψη (Abou-Saleh et al., 1998).

Σύμφωνα με τον O'Hara (1997), ο υποθυρεοειδισμός αποτελεί αιτία της επιλόχειας κατάθλιψης ιδιαίτερα, όταν ξεκινάει μετά τη δεύτερη εβδομάδα μεταγεννητικά. Ακόμη, σε άλλες έρευνες φάνηκε η συσχέτιση της κατάθλιψης με τη θυρεοειδική δυσλειτουργία (είτε υποθυρεοειδισμός είτε υπερθυρεοειδισμός), όπως μετρήθηκε 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara, 1997). Επίσης, τα ερευνητικά δεδομένα της Μωραϊτου (2004) δείχνουν, ότι τα επίπεδα θυροξίνης μειώνονται σε όλες τις λεκωίδες από την τρίτη μεταγεννητική εβδομάδα, περίοδος όπου μπορεί να προκύψει θεραπευτικό όφελος από τη χορήγηση θυροξίνης στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη.

Σχετικά με τις ενδείξεις εμπλοκής της προγεστερόνης, των οιστρογόνων, της προλακτίνης, της κορτιζόλης και των θυρεοειδικών ορμονών στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης, οι έρευνες παραμένουν αντιφατικές. Όλα τα παραπάνω στοιχεία, καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα της συσχέτισης των βιολογικών παραγόντων με την επιλόχεια κατάθλιψη, γεγονός που απαιτεί συμπληρωματική έρευνα.

• **Μαιευτικοί παράγοντες**

Οι μαιευτικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη, όπως η προεκλαμψία, η υπεραιμία, ο πρόωρος τοκετός, η καισαρική τομή και η υπερβολική αιμορραγία έχουν εξεταστεί ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου, για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα 16 ερευνών, όπου εξετάστηκαν 9.500 γυναίκες, έδειξαν μικρή αλλά στατιστικώς σημαντική, επίδραση στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης (Robertson, Grace, Wallington και Stewart, 2004).

Το είδος του τοκετού βρέθηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Τα στοιχεία που υποστηρίζουν τη σύνδεση επιλόχειας κατάθλιψης με την καισαρική επέμβαση είναι λίγα, αλλά έχουν αναφερθεί περισσότερες περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης, σε γυναίκες που υπεβλήθησαν εκτάκτως σε καισαρική τομή

(Robertson et al. 2004). Σύμφωνα με τις έρευνες της Μωραΐτου (2004), μία χειρουργική επέμβαση στον πρώτο τοκετό καθιστά τη λεκωίδα ευαίσθητη στη θλίψη, στο μετατραυματικό άγχος και στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Ακόμη, οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό κολπικό τοκετό, είναι πιο πιθανό να βιώσουν βελτίωση στη διάθεση και μία μεγαλύτερου βαθμού ικανοποίηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να βιώσουν μία πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης. Παράλληλα, σε έρευνα του Brockington (1996), διαπιστώθηκε ποσοστό 35% επιλόχειας κατάθλιψης σε λεκωίδες που γέννησαν με καισαρική τομή και 16% αντίστοιχα σε λεκωίδες με φυσιολογικό τοκετό.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με το προηγούμενο ιστορικό αποβολής, οι απόψεις διίστανται. Η Μωραΐτου (2004) βρήκε ποσοστό 39% επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες με ιστορικό αποβολής, ενώ οι Murray και Cooper (1997), δε βρήκαν κάποια τέτοια συσχέτιση. Επίσης, ο τοκετός ενός πρόωρου παιδιού μπορεί να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα για μεταγεννητικά ψυχιατρικά προβλήματα (Kumar & Robson, 1984).

• Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο

Ο Sugawara et al. (1997), ερεύνησαν τη σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης και του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου σε 1.329 γυναίκες. Βρέθηκε, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται 2 φορές πιο συχνά στις γυναίκες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς το σύνδρομο. Οι διαφορές ήταν αισθητές, τόσο την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό, όσο και 6 μήνες μετά.

Αυτή η συσχέτιση μπορεί να εξηγηθεί από το παρόμοιο φυσιολογικό υπόβαθρο της αρνητικής προεμμηνορρυσιακής διάθεσης, με την καταθλιπτική διάθεση κατά τη λοχεία. Είναι γεγονός, ότι οι ορμονικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία προσομοιάζουν

με εκείνες του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, όχι όμως ως προς την ένταση. Οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη λοχεία, είναι πολύ πιο έντονες και απαιτούν αξιολογούμενες ικανότητες προσαρμογής από τη γυναίκα. Ακόμη, οι έγκυες με προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους και ευερεθιστότητας, γεγονός, που τις δημιουργούσε αρνητικές σκέψεις, ως προς τις σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές που οφείλονται στην εμμηνόρροια ή την εγκυμοσύνη (Sugawara et al., 1997).

- **Χαρακτηριστικά του νεογνού**

Σύμφωνα με τους Sugawara, Kitamura, Toda και Shima (1999), έχει παρατηρηθεί μία σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών του βρέφους. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη της λεχωίδας τις πρώτες 5 μέρες μετά τον τοκετό, μπορεί να προκαλέσει στο μωρό χαμηλή τακτικότητα (*rhythmicity*), μειωμένη προσοχή και αυξημένο φόβο προς τους ξένους, χαρακτηριστικά που με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν επιλόχεια κατάθλιψη, μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό.

Η αυξημένη δυσκολία του μωρού σε θέματα φαγητού, ύπνου και απέκκρισης διαταράσσει τις καθημερινές δραστηριότητες της μητέρας, όπως τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, το νοικοκυριό, την εργασία της και παράλληλα δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος για εκείνη. Αυτές οι αλλαγές στη ζωή της μητέρας, σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμη, η εμπειρία που αποκομίζει μία λεχωίδα από τη φροντίδα ενός δύσκολου νεογνού, μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ανεπάρκειας ως μητέρα (Sugawara, 1999).

- **Ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό**

Σύμφωνα με τους Robertson et al. (2004), το ατομικό ιστορικό προηγούμενων ψυχιατρικών διαταραχών, αποτελεί έναν από τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Μεγάλος αριθμός ερευνών υποστηρίζει, ότι η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο παρελθόν, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες επιλόχειας κατάθλιψης. Η μελέτη του O'Hara (1997), περιλάμβανε 43 γυναίκες με ατομικό ιστορικό διπολικής διαταραχής, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή μείζονος κατάθλιψης, εκ των οποίων οι 22 (51%) αντιμετώπισαν ψυχωσική και μη-ψυχωσική κατάθλιψη ή μανία, (και σε μερικές περιπτώσεις αγχώδεις διαταραχές), κατά την περίοδο της λοχείας.

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με την επιλόχεια κατάθλιψη σε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα να εμφανιστεί καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μητέρες με προηγούμενη επιλόχεια κατάθλιψη στο παρελθόν ανέρχεται στο 75%. Ακόμη, οι λεχωίδες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, έχουν πιθανότητα να επανεμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 30-50% (Bloch, Rottenberg, Koren & Klein, 2006).

Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού στην οικογένεια, παρέχει εξίσου σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Robertson et al., 2004). Σε έρευνα του O'Hara (1997), πραγματοποιήθηκε σύγκριση των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη και χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ως προς το ιστορικό κατάθλιψης των μητέρων τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι μητέρες με ιστορικό κατάθλιψης ήταν κατά μεγάλο ποσοστό οι μητέρες των λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη.

• **Αρνητικά γεγονότα ζωής**

Είναι γεγονός, ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν από μόνοι τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στη γυναίκα. Πολλοί

ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τις επιπτώσεις των πρόσθετων αρνητικών και στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή της μητέρας την περίοδο της λοχείας (Robertson et al., 2004).

Στις έρευνες του Robertson et al. (2004), φάνηκε, ότι εμπειρίες, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η διάλυση μίας σχέσης ή ενός διαζυγίου, η απώλεια μιας θέσης εργασίας ή η μετακόμιση, προκαλούν στρες και σχετίζονται με τα καταθλιπτικά επεισόδια σε μητέρες, ακόμα και αν δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής. Ακόμη, τα αρνητικά γεγονότα ζωής αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα, όταν δημιουργούνται δυσκολίες στην ικανότητα της μητέρας να φροντίσει το μωρό της (O'Hara, 1997).

Σε μετά-αναλύσεις τους, οι O'Hara και Swain (1996), συγκέντρωσαν τα αποτελέσματα 15 ερευνών και μελέτησαν 1000 μητέρες, οι οποίες ανέφεραν διάφορα αρνητικά γεγονότα ζωής. Παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτών των γεγονότων και της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ωστόσο, παρατηρήθηκε ετερογένεια των αποτελεσμάτων καθώς οι έρευνες στη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και πρόσφατων αρνητικών γεγονότων, ενώ στην Ιαπωνία δεν υπήρξε τέτοια συσχέτιση.

• Κοινωνική στήριξη και οικογενειακές σχέσεις

Η κοινωνική στήριξη σε περιόδους έντονου άγχους, λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Robertson et al., 2004). Σύμφωνα με τον Brockington (1996), όλες οι έρευνες οι οποίες ασχολήθηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη κατέληξαν σε κάποιου είδους συσχέτιση με την κοινωνική στήριξη.

Η κοινωνική στήριξη είναι μία πολυπαραγοντική μεταβλητή. Πηγές στήριξης αποτελεί ο σύζυγος-σύντροφος, οι συγγενείς (ιδιαίτερα η μητέρα της γυναίκας), οι φίλοι και οι συνεργάτες. Παράλληλα, υπάρχουν και διαφορετικοί τύποι κοινωνικής στήριξης, όπως η ενημερωτική

στήριξη (όπου δίνονται συμβουλές και καθοδήγηση), η πρακτική στήριξη (όπου δίνεται πρακτική βοήθεια σε διάφορες δραστηριότητες) και η συναισθηματική στήριξη (με τη μορφή φροντίδας και εκτίμησης). Η έλλειψη συναισθηματικής, πρακτικής και ενημερωτικής στήριξης, η οποία ξεκινάει από την περίοδο της εγκυμοσύνης, προμηνύει την επιλόχεια κατάθλιψη (Robertson et al., 2004).

Η σχέση και η υποστήριξη από το σύντροφο

Ο σύντροφος ή ο σύζυγος μίας γυναίκας, μπορεί να προσφέρει τόσο πρακτική, όσο και συναισθηματική στήριξη. Η στήριξη αυτή είναι εξίσου σημαντική, τόσο κατά την κύηση, όσο και κατά τη λοχεία. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο γεγονός, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στην κακή επικοινωνία και συνύπαρξη με το σύντροφο ή σύζυγο της γυναίκας (O'Hara, 1997).

Η κακή σχέση του ζευγαριού μπορεί να οδηγήσει σε χωρισμό ή διαζύγιο. Η επιρροή της συζυγικής διαμάχης στην επιλόχεια κατάθλιψη, ερευνήθηκε από τον Brockington (1996), εξετάζοντας 185 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και 185 γυναίκες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη. Βρέθηκε, ότι 23 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και 2 χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη ζούσαν χωρίς το σύζυγό τους. Ακόμη, 39 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη και μόλις μία χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, ανέφεραν έντονη τριβή με το σύζυγό τους. Σε επόμενη έρευνα στον ίδιο πληθυσμό βρέθηκε, ότι οι καταθλιπτικές μητέρες είχαν φτωχή επικοινωνία με το σύζυγό τους και δέχονταν μικρή βοήθεια από μέρους του. Επίσης, σύμφωνα με τον Brockington (1996), μία έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία, κατέταξε τα αγχογόνα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας και η συζυγική τριβή βρέθηκε τρίτη μετά το θάνατο του παιδιού ή του συζύγου.

Οι ανύπαντρες μητέρες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του πατέρα κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά ούτε και της πατρικής οικογένειας, λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Αν τελικά η οικογένεια αποδεχτεί την ανύπαντρη μητέρα, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει. Στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα όμως, η στήριξη από την πατρική οικογένεια μπορεί να μην είναι αρκετή για να εξαλείψει τα συμπτώματα κατάθλιψης των νεαρών μητέρων, οι οποίες βασανίζονται από το συναισθηματικό κόστος της εξάρτησής τους από αυτή (Μωραΐτου, 2004).

Η σχέση με την οικογένεια και η οικογενειακή στήριξη

Σύμφωνα με τους Boyce, Hickie και Parker (1991), ο ρόλος της οικογένειας και ειδικά της μητέρας επηρεάζει την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες. Μέσα από την έρευνα των Darvill, Skirton και Farrand (2010), διαφαίνεται η ανάγκη για συναισθηματική και πρακτική στήριξη της λεκώιδας από τη μητέρα της. Οι περισσότερες λεκώιδες στην έρευνα ανέφεραν τη μητέρα τους, ως το άτομο από το οποίο έμαθαν να προσεγγίζουν θέματα γύρω από την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη μητρότητα.

Η σχέση που έχει αναπτύξει η λεκώίδα με τη μητέρα της και ο τρόπος ανατροφής της, αποτελούν σημαντικές μεταβλητές του τρόπου που θα βιώσει η γυναίκα κατά τη μετάβαση στη μητρότητα. Ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν, ότι η μειωμένη φροντίδα ή η υπερπροστασία που βίωναν οι νέες μητέρες ως παιδιά από τη μητέρα τους, συνέβαλλαν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, οι λεκώιδες χωρίς κατάθλιψη ανέφεραν ικανοποιητική φροντίδα χωρίς δείγματα υπερπροστασίας από τη μητέρα τους, όσο ήταν παιδιά (Boyce et al., 1991).

Ακόμη, η δυσλειτουργική σχέση μητέρας-κόρης, ωθεί τη νέα μητέρα να θεωρήσει τον εαυτό της μη ικανό να ανταπεξέλθει στο ρόλο

της μητέρας την περίοδο της λοχείας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, οι μητέρες αναζητούν την αυξημένη στήριξη από το σύζυγό τους. Ωστόσο, όταν ο σύζυγος δεν ανταποκρίνεται σε αυτή την ανάγκη της μητέρας ή είναι υπερπροστατευτικός, οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνονται (Boyce et al., 1991).

Η εκθρική σχέση μεταξύ μητέρας-κόρης ή η απώλεια της μητέρας κατά την παιδική ηλικία της γυναίκας, αποτελούν ακόμη μεγαλύτερους παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης κατάθλιψης κατά τη λοχεία (Μωραΐτου, 2004).

Ωστόσο, παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό λεχωίδων, οι οποίες δε δέχονται την εμπλοκή, όχι μόνο της μητέρας τους, αλλά κανενός συγγενή, στη σχέση που επιθυμούν να δημιουργήσουν οι ίδιες, μεταξύ αυτών, του συζύγου και του μωρού τους (Darvill et al., 2010).

Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

Η στήριξη της λεχωίδας από άτομα εκτός της οικογένειάς της συμβάλλουν στην προσαρμογή της στο νέο ρόλο της μητέρας. Ένας μη υποστηρικτικός γάμος ή η έλλειψη ενός συντρόφου, καθιστά τη λεχωίδα πιο επιρρεπή στην επιλόχεια κατάθλιψη, γεγονός που την οδηγεί σε αναζήτηση βοήθειας από άλλους. Όταν όμως, η κοινωνική στήριξη από το περιβάλλον δεν είναι η αναμενόμενη, τότε η λεχωίδα αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του νέου ρόλου και οι πιθανότητες να έρθει αντιμέτωπη με την επιλόχεια κατάθλιψη αυξάνονται (Brugha et al., 1998).

Η μειωμένη κοινωνική στήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη κατά τους πρώτους 3 μεταγεννητικούς μήνες, ακόμη και όταν οι γυναίκες ενημερώνονται σχετικά με τη στήριξη από τον ειδικό σύμβουλο. Το μέγεθος και η έκταση της στήριξης από το στενό «πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο» στη γυναίκα, θα μπορούσε να προβλέψει την πορεία της κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004).

• Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον Goyal et al. (2010), οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη είναι το εισόδημα, η εργασία, η μόρφωση και η ηλικία της λεχωίδας. Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν, ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο συμβάλλει στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης και ότι το υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο δρα προστατευτικά. Άλλες έρευνες αναφέρουν μικρή επίδραση του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου στην ψυχική κατάσταση της λεχωίδας. Επίσης, υποστηρίζεται, ότι μία στις πέντε γυναίκες θα αντιμετωπίσει συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής της, ιδιαίτερα εκείνες που είναι έφηβες, με ανεπαρκή μόρφωση και χαμηλό εισόδημα.

Το χαμηλό εισόδημα και η χαμηλή επαγγελματική καταξίωση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μελετήθηκε σε δείγμα 4.332 λεχωίδων 4 μήνες μετά τον τοκετό. Παρατηρήθηκαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης στο 12% των γυναικών, οι περισσότερες εκ των οποίων ήταν ανύπαντρες, έφηβες, πολύτοκες, με χαμηλό εισόδημα και ελλιπή εκπαίδευση (Segre, O'Hara, Arng & Stuart, 2007).

Έρευνες των Mayberry, Horowitz και Declercq (2007), σε 1.300 πρωτότοκες και πολύτοκες λεχωίδες στην Αμερική, εξέτασαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ανά έξι μήνες για 2 χρόνια μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η ηλικία σχετίζεται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Νέες μητέρες, ηλικίας 18 έως 24 ετών, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη, σε σύγκριση με τις μητέρες ηλικίας 25 ετών και άνω. Στην ίδια έρευνα φάνηκε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λεχωίδων με επιλόχεια κατάθλιψη αφορούσε εκείνες με το χαμηλότερο εισόδημα (κάτω από 25.000\$ ετησίως). Ακόμη, οι λεχωίδες με το χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης (έως δευτεροβάθμια εκπαίδευση), αντιμετώπιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 27,5%. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι οι

γυναίκες οι οποίες εργάζονταν με πλήρες ωράριο, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μέτριας έντασης επιλόχεια κατάθλιψη, σε σχέση με εκείνες που δεν εργάζονταν με πλήρες ωράριο. Τέλος, το ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης των άνεργων λεχωίδων ήταν ιδιαίτερα μεγαλύτερο από εκείνο των εργαζομένων.

• **Ενημέρωση-Πληροφόρηση**

Η ευρέως διαδεδομένη άποψη, ότι το «μητρικό ένστικτο» οδηγεί τη νέα μητέρα στη σωστή συμπεριφορά κρίνεται ως μύθος. Η μετάβαση στη μητρότητα προϋποθέτει τη σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση της λεχωίδας για τα νέα της καθήκοντα (διατροφή, θηλασμός, περιποίηση του νεογνού κ.α.). Η απειρία της πρωτοτόκου λεχωίδας όμως, όταν δεν έχει λάβει την κατάλληλη ενημέρωση, μπορεί να της δημιουργήσει αισθήματα ανασφάλειας, αβεβαιότητας και αυτο-υποτίμησης. Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μία πιθανή κατάληξη της πλημμελούς ενημέρωσης και πληροφόρησης της λεχωίδας (Μωραΐτου, 2004).

• **Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση**

Έχει ήδη αναφερθεί η στενή συσχέτιση μεταξύ προγεννητικής κατάθλιψης και επιλόχειας κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των μελετών υποδεικνύει τον προβλεπτικό ρόλο της προγεννητικής κατάθλιψης καθώς το 30-50% των καταθλιπτικών εγκύων, αντιμετωπίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία. Ακόμη έχει αποδειχθεί, ότι τα ποσοστά κατάθλιψης πριν και μετά τον τοκετό δε διαφέρουν ιδιαίτερα. Προκειμένου να προβλεφθεί, τόσο η επιλόχεια κατάθλιψη, όσο και η επιλόχεια μελαγχολία, μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στην καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου κύησης (Bloch et al., 2006). Σύμφωνα με την Μωραΐτου (2004), η

κατάθλιψη στον 8^ο μήνα της κύησης προβλέπει σε ποσοστό 96% τη διακύμανση της κατάθλιψης στον 2^ο μήνα, μετά τον τοκετό.

Ο νευρωτισμός είναι μία ήπια ψυχολογική διαταραχή, κατά την οποία το άτομο διατηρεί την επαφή του με την πραγματικότητα και δεν επηρεάζεται η λειτουργικότητά του. Σύμφωνα με το Robertson et al. (2004), ο νευρωτισμός σε έγκυες γυναίκες έχει αποδειχθεί προβλεπτικός παράγοντας της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι έγκυες που χαρακτήριζαν τον εαυτό τους σε ερωτηματολόγια «νευρικό», «ντροπαλό-αμήχανο» ή «ανήσυχο», είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης οι έγκυες με αρνητικές γνωστικές αποδόσεις (π.χ. απαισιοδοξία, θυμός) είχαν εξίσου αυξημένες πιθανότητες κατάθλιψης κατά τη λοχεία.

• **Ανησυχία και άγχος**

Το άγχος κατά την κύηση, αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της επιλόχειας κατάθλιψης, όπως φάνηκε σε 2 μετά-αναλύσεις (O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004). Παράλληλα, οι Sutter-Dallay, Giaconne-Marcusche, Glatigny-Dallay και Verdoux (2004), μελέτησαν 497 γυναίκες, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, όσο και 6 μήνες μετά τον τοκετό. Βρέθηκε, ότι η διάγνωση αγχώδους διαταραχής κατά την εγκυμοσύνη, προβλέπει 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης ή άλλων παραγόντων.

Η ανησυχία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό του άγχους και μπορεί να επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου. Η ήπια ανησυχία κατά την εγκυμοσύνη θεωρείται φυσιολογική και η έγκυος μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτή, ενώ η υπερβολική και μη ελεγχόμενη ανησυχία, ως προς τον τοκετό, την υγεία του νεογνού και την ικανότητα της γυναίκας να ανταπεξέλθει στο ρόλο της μητέρας, μπορεί να

σηματοδοτήσει την ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής ή επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, η διάγνωση αγχώδους διαταραχής έχει συνδεθεί με διάφορες επιπλοκές στα νεογνά και με προβλήματα συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία (Austin, Tully & Parker, 2007).

Η σχέση μεταξύ άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, λόγω του υψηλού επιπολασμού των διαταραχών άγχους στο γενικό πληθυσμό και την υψηλή νοσηρότητα τους με καταθλιπτικές διαταραχές (Sutter-Dallay et al., 2004).

• **Στάσεις προς την παρούσα κύηση**

Σε ό,τι αφορά τη σχέση μεταξύ της τυχαίας ή ανεπίκαιρης εγκυμοσύνης και της επιλόχειας κατάθλιψης, οι Cheng, Schwarz, Douglas και Horon (2009), βρήκαν, ότι οι γυναίκες που χαρακτήριζαν την εγκυμοσύνη τους ανεπιθύμητη είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που την χαρακτήριζαν επιθυμητή. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε, ότι αυτές οι μητέρες ήταν πιο πιθανό να διακόψουν νωρίς την γαλουχία και να καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Αποτέλεσμα αυτών αποτελεί η φτωχή αλληλεπίδραση μητέρας - παιδιού και η εμφάνιση συμπεριφορικών και γνωστικών δυσκολιών στο παιδί.

Ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης βρέθηκε στην μελέτη των Barber, Axinn και Thorton (1999). Παράλληλα, αναφέρεται η στενή σχέση μεταξύ της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και του αισθήματος της αδυναμίας. Αυτό το αίσθημα της αδυναμίας μπορεί με τη σειρά του να οδηγήσει σε κατάθλιψη, άγχος, δυσφορία, αλκοολισμό ή κάποια σωματική ασθένεια.

Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί η αντίδραση του άνδρα απέναντι στην εγκυμοσύνη της γυναίκας του, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη της επιλόχειας κατάθλιψης. Η άποψη του άνδρα ότι η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της

μητρικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Brugha et al., 1998). Τέλος, σύμφωνα με τους Leathers και Kelley (2000), οι γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αυτές που θεωρούν την εγκυμοσύνη τους επιθυμητή, όταν οι σύντροφοί τους τη χαρακτηρίζουν ως ανεπιθύμητη.

• Ψυχική κατάσταση του συντρόφου

Η λοχεία είναι μία περίοδος κατά την οποία όλο το ενδιαφέρον πέφτει στη μητέρα και το παιδί. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι πατέρες νιώθουν αποκλεισμένοι από κάθε μορφή αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια και αποφεύγουν να το συζητήσουν με τη σύντροφό τους. Το γεγονός ότι αδυνατούν να εμπλακούν και να νιώσουν μέρος αυτής της σημαντικής περιόδου που δημιουργεί ο ερχομός ενός παιδιού, μπορεί να τους προκαλέσει έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Hanley, 2009).

Ωστόσο, η εμφάνιση της κατάθλιψης στον πατέρα του νεογνού δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Τα στοιχεία από την έρευνα των Matthey, Barnett, Ungerer και Waters (2000) δείχνουν ότι το ποσοστό κατάθλιψης στους πατέρες αυξάνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη γέννηση του παιδιού, γεγονός που συντελεί στην εμφάνιση κατάθλιψης στη λεκωίδα. Παράλληλα, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι άνδρες που είχαν την τάση να ανησυχούν για τις επιδράσεις της εγκυμοσύνης, συνέχισαν μετά τον τοκετό να αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με το ρόλο τους ως πατέρες και σύζυγοι (Buist et al., 2003).

Οι λίγες μελέτες που ασχολούνται με τη διερεύνηση της νοσηρότητας του ζευγαριού, έχουν δείξει μία τάση για υψηλότερες αναλογίες συννοσηρότητας στα ζευγάρια όταν οι πατέρες έχουν κατάθλιψη, παρά όταν οι μητέρες είναι καταθλιπτικές. Περίπου στην 6^η-8^η μεταγεννητική εβδομάδα, 22-50% των καταθλιπτικών πατέρων είχαν καταθλιπτικές συζύγους, ενώ μόνο 16-26% των καταθλιπτικών μητέρων

είχαν καταθλιπτικό σύζυγο. Ωστόσο, όταν οι μητέρες πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, η αναλογία της κατάθλιψης του συζύγου αυξάνει σημαντικά, έως 40-50% (Matthey et al., 2000).

• Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής

Διάφοροι παράγοντες προσωπικότητας έχουν μελετηθεί ως προς τη συσχέτισή τους με την επιλόχεια κατάθλιψη. Η απαισιοδοξία και η έλλειψη αυτοπεποίθησης συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ακόμη, η σφαιρικότητα (*globality*) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά τους πρώτους 3 μεταγεννητικούς μήνες, ενώ η σταθερότητα (*stability*) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη που εκδηλώνεται κατά τον 4^ο-12^ο μεταγεννητικό μήνα (Μωραΐτου, 2004).

Ιδιαίτερης σημασίας έρευνα αποτελεί εκείνη του Dimitrovsky et al. (1998), η οποία επικεντρώθηκε στην αυτοεκτίμηση, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας της λεκώιδας, και στην επιλόχεια κατάθλιψη. Συγκεκριμένα βρέθηκε, ότι οι πρωτοτόκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν μέτρια επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 38% και σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 8%, ενώ οι πρωτοτόκες με υψηλή αυτοεκτίμηση εμφάνισαν μέτρια επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 16%, αλλά καμία δεν παρουσίασε σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Ο Boyce et al. (1991) ερεύνησαν, μεταξύ άλλων παραγόντων, τη διαπροσωπική ευαλωτότητα-ευαισθησία και την επιρροή της στην ψυχική υγεία της λεκώιδας. Ως διαπροσωπική ευαλωτότητα θεωρήθηκε, οποιοδήποτε έλλειμμα σε διαπροσωπικές σχέσεις, το οποίο αντανάκλα την ανικανότητα της γυναίκας να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις είτε με τους γονείς της είτε με το σύντροφό της. Αυτή η ευαλωτότητα εντοπίζεται στην ίδια τη γυναίκα και όχι στο κοινωνικό της περιβάλλον.

Με βάση αυτή την προσέγγιση, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξάρτηση, ο νευρωτισμός, οι έμμονες ιδέες, η δυσλειτουργία γνωστικών διαδικασιών θεωρούνται παράγοντες εμφάνισης της κατάθλιψης. Βρέθηκε ότι 6 μήνες μετά τον τοκετό, η υψηλή διαπροσωπική ευαλωτότητα αποτελούσε παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Στην έρευνα του Downs et al. (2008), φάνηκε ότι η αύξηση του σωματικού βάρους πριν και μετά τον τοκετό επιτείνει τη δυσφορία των γυναικών. Η δυσαρέσκειά τους ως προς την εικόνα του σώματός τους αμέσως μετά τον τοκετό προβλέπει τη συνέχιση της δυσαρέσκεια αυτής ένα χρόνο μετά. Ακόμη, στη συγκεκριμένη έρευνα, ο βαθμός ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου κύησης αποτέλεσε έναν από τους κυριότερους προβλεπτικούς παράγοντες εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη λοχεία.

Επιπρόσθετα, η συμπεριφορά της γυναίκας επηρεάζεται από τις πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει και έχει ανατραφεί. Τα διάφορα στερεότυπα και οι αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν τον εκάστοτε πολιτισμό διαμορφώνουν και τις αντιλήψεις σχετικά με την εγκυμοσύνη. Σε κάποιες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί αυξημένος φόβος της γυναίκας γι' αυτή, ενώ σε άλλες θεωρείται ευλογία. Επιπλέον, η προσωπικότητα στο σύνολό της, η επιθυμία της μητέρας να βιώσει σε βάθος τη συγκεκριμένη κύηση, οι ελπίδες και οι φόβοι της τόσο για την ίδια και το μωρό, όσο και για τα αγαπημένα της πρόσωπα, καθώς και οι διαρκώς αυξανόμενες ευθύνες που αναλαμβάνει μέσα από τη διαδικασία αυτή, τείνουν να αυξάνουν το άγχος της. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008a).

1.7 Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης κατά τη λοχεία είναι πολύ πιο δυσμενείς απ' ότι σε κάποια άλλη χρονική φάση της ζωής της γυναίκας, καθώς η λεχώιδα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας

του νεογνού της. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζουν οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο νεογνό και στην οικογένειά της (Μωραΐτου, 2004).

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμποδίζει τη μητέρα να ανταποκριθεί κατάλληλα στις αυξημένες ανάγκες του νεογνού και αδυνατεί να το φροντίσει. Ακόμη, η σχέση που δημιουργείται μεταξύ μητέρας-παιδιού χαρακτηρίζεται από λιγότερη στοργή, ευαισθησία και αμοιβαιότητα. Αυτή η αρνητική συμπεριφορά της μητέρας, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού της. Παράλληλα, η επιλόχεια κατάθλιψη πυροδοτεί προβλήματα στη σχέση της μητέρας με το σύντροφό της, γεγονός που πολλές φορές οδηγεί στη διάλυση της οικογένειας (Murray & Stain, 1989).

Ωστόσο, πρέπει να αναφερθούν οι συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης, οι οποίες δεν αφορούν αποκλειστικά τη σχέση της μητέρας με το νεογνό ή την οικογένειά της. Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν τον πιθανό αυτοτραυματισμό, την αυτοκτονία, τη μείωση της λειτουργικότητας και την πιθανή εξάρτηση από καπνό, αλκοόλ και ναρκωτικά.

Επιπτώσεις στο νεογνό, το βρέφος και το παιδί

Το δέσιμο είναι ένας βαθύς συναισθηματικός δεσμός που σχηματίζει το μωρό με το άτομο που το φροντίζει και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του. Αυτό το άτομο συνήθως είναι η μητέρα. Ένας ασφαλής δεσμός σχηματίζεται, όταν η μητέρα ανταποκρίνεται με συνέπεια, ζεστασιά, συστηματικότητα και ευαισθησία στις ανάγκες του μωρού της. Το κράτημα, το κούνημα, η ομιλία στο μωρό βοηθούν αυτό το δεσμό. Με αυτόν τον τρόπο, προσφέρεται στο μωρό μια σταθερή βάση προκειμένου να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του. Η αίσθηση της ασφάλειας αποτελεί υποστηρικτικό παράγοντα, ώστε να μάθει αργότερα να εμπιστεύεται άλλους ανθρώπους. Μία μητέρα που παρουσιάζει κατάθλιψη μπορεί να δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στο

μωρό της με αγάπη και φροντίδα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ανασφαλή δεσμού και τη γένεση διαφόρων προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία (Hanley, 2009).

Η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων της μητέρας με το μωρό της μελετήθηκε εκτενώς από το Stein et al. (1991), παρατηρώντας τη συμπεριφορά στο ελεύθερο ή το δομημένο παιχνίδι. Σύμφωνα με τη μελέτη, τα 19 μηνών βρέφη μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη, έδειξαν λιγότερο συναισθηματικό μοίρασμα, μικρότερη αρχική κοινωνικότητα με τους ξένους, περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις, μειωμένη συγκέντρωση και παρουσίαζαν θλίψη στη διάρκεια σύντομου αποχωρισμού από τη μητέρα, σε σχέση με τα ίδιας ηλικίας βρέφη υγιών μητέρων.

Πολλές έρευνες βασίστηκαν στη θεωρία του δεσμού του Ainsworth, παρατηρώντας, ότι 12 και 18 μηνών βρέφη μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη διατηρούσαν τον «ανασφαλή» ή τον «αποφευκτικό» τύπο δεσμού. Σύμφωνα με τον «**αποφευκτικό**» τύπο, οι μητέρες είναι συστηματικά ψυχρές και απορριπτικές, αποφεύγοντας την σωματική επαφή. Σύμφωνα με τον «**ανασφαλή**» τύπο, οι μητέρες είναι απρόβλεπτες με τα βρέφη τους και αποκρίνονται με ένα μείγμα θυμού, παραμέλησης και υποστηρικτικής συμπεριφοράς (Murray & Cooper, 1997).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι στις έρευνες των Murray & Cooper (1997), παρατηρήθηκαν επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης σε θέματα συμπεριφοράς του βρέφους, όπως διαταραχές ύπνου, μηρυκασμός, ανορεξία και εκσεσημασμένο κλάμα. Παράλληλα, παρατηρείται στο βρέφος απάθεια, απόσυρση, λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα. Γίνεται εμφανές λοιπόν, ότι στο βρέφος ο ψυχικός μηχανισμός δεν είναι ακόμη δομημένος και οι αντίστοιχες άμυνες οργανώνονται μέσα από τις μητρικές φροντίδες. Η οικονομία της αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού υποστηρίζει και διαχειρίζεται την ψυχική και σωματική ισορροπία του βρέφους (Μωραΐτου, 2004).

Ωστόσο, στις έρευνες των Murray και Stain (1989), εκφράζεται η άποψη, ότι η δυσκολία εγκατάστασης ενός ικανοποιητικού δεσμού μεταξύ της μητέρας και του βρέφους χαρακτηρίζεται περισσότερο ως

ένας φαύλος κύκλος ελλιπούς επικοινωνίας. Σε αρκετές περιπτώσεις, το γεγονός ότι το μωρό έκλαιγε έντονα, τρεφόταν λίγο, παρουσίαζε διαταραχές ύπνου και δεν ηρεμούσε εύκολα, προκαλούσε αυξημένο εκνευρισμό, σύγχυση και καταθλιπτική διάθεση στη μητέρα. Βέβαια, σε άλλες περιπτώσεις, τα προβλήματα ύπνου, φαγητού και κλάματος παρατηρήθηκαν μόνο μετά την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης μερικές εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αυτό το φαινόμενο των δυσκολιών στο μέγαλωμα και τη συμπεριφορά του παιδιού παρουσιάζεται διαφορετικά σε πρωτότοκα και δευτερότοκα παιδιά. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί συχνότερο φαινόμενο στις πρωτότοκες μητέρες.

Οι Zajicek και de Salis και οι Uddenberg και Englesson βρήκαν, ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη δίνουν πιο αρνητικές περιγραφές των παιδιών τους δύο και τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, τα χαρακτήρισαν προβληματικά, δύσκολα στο να ελεγχθούν και με ασταθή διάθεση. Ακόμη, οι Weissman και Paykel υποστήριξαν, ότι η δυσκολία στη δημιουργία δεσμού μεταξύ της μητέρας και του παιδιού παρέμεινε ακόμα και όταν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελούσε παρελθόν (Hanley, 2009).

Τα ερευνητικά στοιχεία των Gelfand και Teti (1990), υποστηρίζουν τη συσχέτιση της επιλόχειας κατάθλιψης με δυσμενή αποτελέσματα στην πρώιμη παιδική ηλικία, κυρίως ανάμεσα στα κοινωνικώς μειονεκτούντα παιδιά. Συγκεκριμένα βρέθηκε, ότι ένα από τα χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η αδυναμία της μητέρας να παρακολουθεί συστηματικά τις δραστηριότητες του βρέφους και να το προστατεύει από πιθανούς κινδύνους. Έχουν σημειωθεί περιστατικά κατά τα οποία η μητέρα, όντας αφηρημένη, αφήνει το βρέφος να πέσει από την αγκαλιά της ή δεν παρατηρεί την ενασχόληση του βρέφους με επικίνδυνα αντικείμενα επειδή συνομιλεί με κάποιον ξένο. Τέτοιου είδους απροσεξίες συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, γι' αυτό τα βρέφη των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων.

Σύμφωνα με την Hanley (2009), η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται και με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου.

Ωστόσο, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία μεταξύ της μητέρας με επιλόχεια κατάθλιψη και του παιδιού της δεν είναι πάντα ελαττωματική ποσοτικά, αλλά κυρίως είναι χωρίς συναίσθημα και χωρίς ζωή. Η επαφή είναι σχεδόν μηχανική, κρατά το παιδί της χωρίς να το κοιτάζει στα μάτια, του αλλάζει θέση στην αγκαλιά της, το κουνάει πολύ, δείχνοντας μία υπερδραστηριότητα που δεν έχει την ευχαρίστηση της παροχής μητρικών φροντίδων. Σε πολλές περιπτώσεις, είναι μία μητέρα που εξασφαλίζει και εγγυάται στο παιδί τη φυσική της παρουσία, αλλά όχι και τη συναισθηματική και τη συγκινησιακή (Μωραΐτου, 2004).

Όσον αφορά τις γνωστικές διαδικασίες, οι Murray, Fiori-Cowley, Hooper, και Cooper (1996), εξέτασαν παιδιά καταθλιπτικών μητέρων μέχρι το 5^ο έτος της ηλικίας τους. Βρέθηκε, ότι ένα χρόνο μετά τον τοκετό, τα παιδιά των μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη παρουσιάζουν μειωμένη νοητική και κινητική ανάπτυξη στην κλίμακα ανίχνευσης αναπτυξιακών διαταραχών του Bailey. Παράλληλα, αυτά τα παιδιά σε ηλικία 2 χρόνων ήταν πιο πιθανό να αποτύχουν στο 5^ο στάδιο της μονιμότητας των αντικειμένων του Piaget, μία δοκιμασία που μετράει την ικανότητα της νοητικής αναπαράστασης. Ακόμη, φάνηκε ότι τα παιδιά των μητέρων με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν πιο πιθανό να αποτύχουν στο στάδιο του Piaget, σε σχέση με τα παιδιά μητέρων με ήπιας μορφής επιλόχεια κατάθλιψη.

Στην ίδια μελέτη, σημαντική λεπτομέρεια αποτελεί το εύρημα, ότι η επίδοση των κοριτσιών ήταν ιδιαίτερα υψηλότερη από εκείνη των αγοριών. Επίσης, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της καταθλιπτικής μητέρας επηρέασε τα αποτελέσματα, καθώς τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο παρουσίασαν χαμηλότερες επιδόσεις από τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Η χορήγηση της κλίμακας McArthur απέτυχε να διαπιστώσει τη συσχέτιση μεταξύ της επιλόχειας

κατάθλιψης και γνωστικών ελλειμμάτων στον 5 ετών παιδιά (Murray et al., 1996, Murray & Hipwell, 1995).

Σε ό,τι αφορά τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, οι Murray και Stain (1989) διαπίστωσαν, ότι τα αυξημένα επίπεδα ψυχιατρικών διαταραχών, η υψηλή ανασφάλεια σε συναισθηματικούς δεσμούς, το χαμηλό IQ και η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης αποτελούν ορισμένες από τις σοβαρές επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στην ανάπτυξη του παιδιού.

Τέλος, σύμφωνα με τη Μωραΐτου (2004), τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που είχαν παρουσιάσει κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά κατάθλιψη, καθώς η μητρική κατάθλιψη μπορεί να μεταδοθεί μέσω των αλληλεπιδράσεων στο ίδιο το βρέφος.

Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μία διαταραχή, η οποία μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες ή χρόνια μετά τη γέννηση του παιδιού. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, στις οποίες η κατάθλιψη γίνεται χρόνια, τα συμπτώματα εντείνονται και παρατηρείται ακόμη μεγαλύτερη έκπτωση στη λειτουργικότητα της γυναίκας. Ακόμη η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην επανεμφάνιση της διαταραχής σε επόμενη εγκυμοσύνη (Williamson & McCutcheon, 2004).

Όσον αφορά τις επιπτώσεις στην οικογένεια της γυναίκας, είναι πολύ πιθανό ο σύζυγος και οι στενοί συγγενείς να χαρακτηρίσουν την κατάσταση αυτή ως ιδιαίτερο βάρος που επηρεάζει τις κοινωνικές δραστηριότητες όλων των μελών και δημιουργεί οικονομικά προβλήματα. Ακόμη, δημιουργούνται συχνά συγκρούσεις μεταξύ του ζευγαριού και διαταράσσεται η ψυχική υγεία του συντρόφου (Boath, Pryce και Cox, 1998).

Ο Boath et al. (1998), εξέτασαν τις επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στην οικογένεια της γυναίκας. Συγκεκριμένα, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από τους συζύγους ή από κάποιο

στενό συγγενή των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη. Από τις 60 γυναίκες, οι 56 (93%) αντιμετώπιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης και οι υπόλοιπες 4 (7%) συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα άτομα που ζουν κοντά στην καταθλιπτική μητέρα νιώθουν ιδιαίτερο βάρος και ανησυχούν για την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μητέρα έχει σταματήσει να εργάζεται, ενώ οι ανάγκες της έχουν αυξηθεί δραματικά. Επιζητά συνέχεια την προσοχή των ατόμων του περιβάλλοντός της και δεν επιθυμεί να βγει έξω από το σπίτι.

Παράλληλα, μία τέτοια κατάσταση μέσα στο σπίτι δημιουργεί πολλές εντάσεις και συγκρούσεις ανάμεσα στο ζευγάρι. Οποιαδήποτε διαφορά, κάτω από αυτές τις συνθήκες, γίνεται εντονότερη. Ο σύζυγος δεν κατανοεί πάντα τη γυναίκα και αδυνατεί να τη προσεγγίσει. Η στεναχώρια και το αίσθημα ότι δεν μπορεί να τη βοηθήσει οδηγεί συχνά στην εμφάνιση κατάθλιψης στο σύζυγο. Ο ίδιος αναφέρει δυστυχισμένος στη ζωή του, ιδιαίτερα αγχωμένος και λυπημένος με την κατάσταση που επικρατεί μέσα στην οικογένειά του (Boath et al.,1998). Ωστόσο, είναι πιθανό η κατάθλιψη του συζύγου να επιβαρύνει την ήδη δύσκολη ψυχική κατάσταση της γυναίκας και να προκαλέσει τη χρόνια εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε αυτή (Williamson & McCutcheon, 2004).

Αναμφισβήτητα, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί πως η μητρική και πατρική κατάθλιψη, και ο συνδυασμός αυτών, επηρεάζει την οικογένεια, τις σχέσεις και την ανάπτυξη των βρεφών ή των μεγαλύτερων παιδιών της οικογένειας (Boath et al.,1998).

1.8 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από τη μορφή και τη σοβαρότητα της διαταραχής. Πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία. Οι σοβαρές μορφές μπορεί να απαιτήσουν

φαρμακευτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Κάποιες φορές, ο συνδυασμός των δύο μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικός (Μωραΐτου, 2004).

Η νοσοκομειακή νοσηλεία είναι πολλές φορές αναπόφευκτη λόγω της βαρύτητας της κατάστασης, αλλά και της πιθανότητας αυτοκτονιών. Εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας μητέρων και βρεφών σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές (Μωραΐτου, 2004).

Φαρμακοθεραπεία

Σύμφωνα με τους Munoz, Agruss, Haeger και Sivertsen (2006), η χορήγηση φαρμάκων έχει αποδειχθεί επιτυχημένη στη θεραπεία και την εξάλειψη των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα προτιμώμενα φάρμακα από τους ειδικούς αποτελούν οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (SNRIs) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία υποστηρίζει, ότι για την πρόληψη υποτροπών η επιτυχής φαρμακολογική θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί 6 μήνες μετά από την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων (Kendall-Tackett, 2008).

Μερικά από τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την επιλόχεια κατάθλιψη αποτελούν παρενέργειες των SSRIs, όπως, άγχος, νευρικότητα, διέγερση, πονοκέφαλοι και γαστρεντερικά προβλήματα. Αυτές οι ανεπιθύμητες δράσεις μπορούν να μετριαστούν με τη χορήγηση χαμηλής δόσης (0.5 - 1 mg) βενζοδιαζεπίνης, όπως clonazepam. Ακόμη, η μείωση της *libido* και η δυσκολία επίτευξης οργασμού αποτελούν παρενέργειες των SNRIs και SSRIs (Kendall-Tackett, 2008).

Η φαρμακοθεραπεία για τις θηλάζουσες μητέρες είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα καθώς απαιτείται αξιολόγηση, τόσο των οφελών της μητέρας, όσο και των βλαπτικών δράσεων στην υγεία του μωρού. Αυτό το ηθικό δίλημμα οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογείται και να αντιμετωπίζεται μεμονωμένα. Τα ερευνητικά

δεδομένα έχουν δείξει ότι, τα SSRIs είναι γενικά ασφαλή κατά την περίοδο του θηλασμού αλλά κανένα από αυτά τα αντικαταθλιπτικά δεν συνιστάται κατηγορηματικά (Kendall-Tackett, 2008). Σε περιορισμένο αριθμό μελετών φάνηκε ότι, η σερτραλίνη (Zoloft), η φλουβοξαμίνη (Dumyrox) και η παροξετίνη (Seroxat) δεν προκαλούν αρνητικές συνέπειες στα θηλάζοντα βρέφη. Η φλουοξετίνη (Ladose) σχετίζεται με τις διαταραχές του ύπνου, το κλάμα του μωρού, τα υδαρή κόπρανα και η σιταλοπράμη (Seropram) με διαταραχές του ύπνου. Ωστόσο, δεν έχει ξεκαθαριστεί, εάν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του βρέφους (Hiltunen, 2003).

Σύμφωνα με την Hanley (2009), τα TCAs είναι λιγότερο τοξικά και πιο οικονομικά από τα SSRIs. Έρευνες σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας έδειξαν, ότι τα TCAs είναι αποτελεσματικά στην θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης, όταν χορηγούνται σε καθορισμένη δόση. Η χορήγηση αμιτριπυλίνης (Saroten) προκαλεί 50-100% βελτίωση συγκριτικά με το *placebo*. Ωστόσο, έχει βρεθεί, ότι η χαμηλή δόση αμιτριπυλίνης είναι λιγότερο αποτελεσματική από το *placebo*. Παράλληλα, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, τα θηλάζοντα μωρά δεν κινδυνεύουν από οποιαδήποτε παρενέργεια των TCAs μετά την 10^η εβδομάδα ζωής.

Όσον αφορά τις λεχωίδες με ήπιας μορφής κατάθλιψη, τα TCAs δεν προτείνονται ως κατάλληλη φαρμακοθεραπεία. Όσο πιο σοβαρά είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η θεραπεία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η μείζων κατάθλιψη υποχωρεί με τη θεραπεία, αλλά περίπου το 12-15% των γυναικών παραμένουν καταθλιπτικές για τα επόμενα δύο χρόνια (Hanley, 2009).

Προκειμένου να γίνεται σωστή επιλογή του χορηγούμενου αντικαταθλιπτικού στην λεχώίδα που θηλάζει, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι εξής παράμετροι: η προηγούμενη αντίδραση της γυναίκας σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται η κάθε γυναίκα τις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα τυχόν

επιπλέον φάρμακα που ήδη λαμβάνει και τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις για τη μητέρα και το παιδί (Kendall-Tackett, 2008).

Ως προς την ορμονική θεραπεία, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν δοκιμαστεί ως μέσο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, οι Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson και Studd (1996), χορήγησαν σε 34 γυναίκες ενδοδερμικά 17β-οιστραδιόλη σε δόση 200 mg ημερησίως για 3 μήνες και στη συνέχεια κυκλική δυδρογεστερόνη 10 mg ημερησίως για 12 ημέρες κάθε μήνα, για 3 επιπλέον μήνες. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με εκείνα των ομάδων, στις οποίες χορηγήθηκε *placebo*. Οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα, ότι η 17β-οιστραδιόλη έχει αντικαταθλιπτική δράση με αισθητά καλύτερα αποτελέσματα από αυτά του *placebo*. Η βελτίωση παρατηρήθηκε ήδη από τον πρώτο μήνα θεραπείας, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί, κατά πόσο η μικρότερης διάρκειας θεραπεία έχει την ίδια αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, απαιτείται συνέχιση της θεραπείας για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου.

Η χορήγηση προγεστερόνης, σύμφωνα με τους Henshaw και Cox (1995), μπορεί να μειώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία, αλλά δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες. Ακόμη, οι ίδιοι υποστηρίζουν, ότι η οιστραδιόλη είναι αποτελεσματική αλλά απαιτείται η επακόλουθη χορήγηση προγεστερόνης και ενδομήτρια βιοψία για να αποφευχθεί το καρκίνωμα.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ως μέθοδος αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει τη γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Πολλές λεκωίδες προτιμούν αυτό τον τρόπο αντιμετώπισης, αντί της φαρμακοθεραπείας, λόγω των κοινωνικών πιέσεων και του αισθήματος ενοχής ως προς τη λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό.

Σύμφωνα με την Kendall-Tackett (2008), η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί μία ιδιαίτερα αποτελεσματική μορφή ψυχοθεραπείας. Σε πολλές κλινικές δοκιμές έχει αποδειχθεί ότι η αποτελεσματικότητά της είναι το ίδιο ισχυρή με εκείνη της φαρμακοθεραπείας. Επίσης, η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είχε μεγαλύτερης διάρκειας αποτελέσματα, με λιγότερες πιθανότητες υποτροπής ή εγκατάλειψης της θεραπείας σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία.

Σε μία μελέτη του Appleby et al. στην Αγγλία, 87 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη χωρίστηκαν τυχαία σε 4 ομάδες, κάθε μία από τις οποίες ακολούθησε διαφορετική θεραπεία. Οι θεραπείες χωρίστηκαν ως εξής: χορήγηση φλουοξετίνης, χορήγηση *placebo*, μία συνεδρία ή έξι συνεδρίες γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης. Οι συνεδρίες σχεδιάστηκαν με σκοπό να προσφέρουν συμβουλές και να καθησυχάσουν τις νέες μητέρες σε θέματα που τις απασχολούν. Τέσσερις εβδομάδες μετά τη θεραπεία, όλες οι ομάδες σημείωσαν βελτίωση. Ωστόσο, οι γυναίκες που λάμβαναν φλουοξετίνη είχαν καλύτερα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες που λάμβαναν *placebo*. Ακόμη, μεγαλύτερη βελτίωση σημειώθηκε στις γυναίκες που ακολούθησαν έξι συνεδρίες αντί μία. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με εκείνα άλλων μελετών που συνδύασαν τη φαρμακοθεραπεία με την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Φάνηκε ότι μετά την πρώτη συνεδρία η συνέχιση της θεραπείας είτε με φλουοξετίνη είτε με ψυχοθεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική και η ομάδα που λάμβανε ταυτόχρονα τη συνδυαστική θεραπεία δεν παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση. Συνεπώς, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία ήταν το ίδιο αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία (Hanley, 2009).

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία δεν ενδείκνυται σε καταθλιπτικές μητέρες με πρόωρα μωρά. Αυτές οι μητέρες παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης και οι συνεδρίες διάρκειας έξι εβδομάδων δεν επαρκούν (Kendall- Tackett, 2008).

Ο τρόπος που κάποιος σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του έχει μεγάλη επίδραση στην ψυχική του υγεία. Η γνωστική-

συμπεριφορική θεραπεία δε θεραπεύει απλά την κατάθλιψη, αλλά προκαλεί μετρήσιμες αλλαγές στον εγκέφαλο, όπως τα αντικαταθλιπτικά, και δεν έχει επίδραση στη γαλουχία (Kendall-Tackett, 2008).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα άλλο μέσο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Σε αυτή την περίπτωση, στόχος της θεραπείας είναι η αποσαφήνιση των ρόλων ως γυναίκα, μητέρα και σύζυγος και η δημιουργία ή βελτίωση του τρόπου αφομοίωσης της προσληφθείσας κοινωνικής στήριξης. Η μέθοδος της διαπροσωπικής θεραπείας είναι αποτελεσματική και σε ομαδικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Klier, Muzik, Rosenbaum και Lenz, 17 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία μειώνοντας σημαντικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μετά το τέλος της θεραπείας, τα θετικά αποτελέσματα ίσχυαν καθ' όλη τη διάρκεια της εξάμηνης παρακολούθησης (Kendall-Tackett, 2008).

Σύμφωνα με τον Weissman, 12 με 16 εβδομάδες διαπροσωπικής ψυχοθεραπείας σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη μειώνουν σημαντικά τα συμπτώματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες που τους παρέχεται η τυπική φροντίδα. Ακόμη, ο ίδιος υποστηρίζει, ότι οι Επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι Φορείς ιατρικής περίθαλψης και ειδικά εκπαιδευμένοι Επαγγελματίες μπορούν να παρέχουν τη συγκεκριμένη θεραπεία. Οι Gonidakis και Ravitz αναφέρουν, ότι η διαπροσωπική θεραπεία μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς αποτελεί μία αποτελεσματική θεραπεία μικρής διάρκειας, η οποία ταιριάζει ιδανικά στις ανάγκες της λεκωίδας μετά τον τοκετό (Kendall-Tackett, 2008).

Σήμερα, υπάρχουν περισσότερες εμπειρικές μελέτες για τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και είναι πιο εύκολη για τις μητέρες η πρόσβαση σε Επαγγελματίες που παρέχουν αυτό τον τρόπο θεραπείας. Ωστόσο, η διαπροσωπική θεραπεία έχει πολλά να προσφέρει, τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Είναι πιθανό, μελλοντικά, να αντικαταστήσει την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και να θεωρείται πρώτη γραμμής ψυχοθεραπεία (Kendall-Tackett, 2008).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επιλέγεται συνήθως για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακοθεραπεία ή δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες των φαρμάκων. Ακόμη, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε ασθενείς που χρειάζονται άμεσα αποτελέσματα, όπως οι μητέρες που είναι ιδιαίτερα ταραγμένες, έχουν ψευδαισθήσεις και παραληρήματα, έχουν σταματήσει ή μειώσει το να τρώνε ή να πίνουν, ή κάνουν σοβαρές σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο, δεν συστήνεται για ήπιες μορφές επιλόχειας κατάθλιψης (Hanley, 2009).

Παράλληλα, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η δεκτικότητα του ασθενή καθορίζουν τη διάρκεια της θεραπείας. Συνήθως, χρειάζονται 6 συνεδρίες προκειμένου να παρατηρηθούν τα πρώτα εμφανή αποτελέσματα, όπως η αύξηση του επιπέδου δραστηριότητας, ο ικανοποιητικός ύπνος και η βελτίωση στη διατροφή (Hanley, 2009).

Όσον αφορά τις παρενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, οι ασθενείς είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ναυτία και πονοκεφάλους. Τέλος, παρατηρείται απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης, η οποία, όμως, αποκαθίσταται μετά από μερικές εβδομάδες (Hanley, 2009).

2. Πρόληψη επιλόχειας κατάθλιψης

Η πιο ολοκληρωμένη μελέτη γύρω από την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης έγινε από τους Cantwell και Smith (1996). Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια

πρόληψη. Σε κάθε επίπεδο παρατηρούνται παρεμβάσεις κλινικές, κοινωνικές και δημόσιας υγείας.

2.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη αποσκοπεί να αποτρέψει την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης μέσω της μείωσης ή της αντιμετώπισης των αιτιολογικών παραγόντων. Τα μέτρα που λαμβάνονται χωρίζονται σε **καθολικά**, **επιλεκτικά** και **εξειδικευμένα** μέτρα.

Τα **καθολικά** μέτρα έχουν στόχο ολόκληρο τον πληθυσμό, παρά μία συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων. Όλα τα άτομα χωρίς διαλογή ενημερώνονται για την πρόληψη της διαταραχής, για παράδειγμα, μέσω της ενθάρρυνσης για ένα υγιεινό τρόπο ζωής ή μέσω της αναβάθμισης των δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους. Πολλές από τις τελεουργίες γύρω από τη μετάβαση στη μητρότητα (όπως οι πρώτες 40 μέρες παραμονής της λεκώιδας στο σπίτι και η υπερβολική στήριξη από τα μέλη της οικογένειας προς τη νέα μητέρα) αποτελούν παρελθόν στους δυτικούς πολιτισμούς. Έχει υποστηρικθεί, ότι το γεγονός αυτό ίσως συμβάλλει στην απώλεια της ψυχολογικής ευημερίας κατά τη περίοδο της λοχείας. Πολλές γυναίκες υποτιμούν την αλλαγή που φέρνει ένα παιδί στη ζωή τους και αδυνατούν να προσαρμοστούν, να ζητήσουν ή να δεχτούν βοήθεια και υποστήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα.

Η προαγωγή της υγείας πρέπει να απαλλάσσει τις γυναίκες από την αντίληψη, ότι πρέπει να ανταπεξέλθουν ως μητέρες χωρίς καμία βοήθεια και αν δεν τα καταφέρουν, θα τους πάρουν το παιδί. Η προστατευτική αξία, τόσο της επαφής με τους άλλους, όσο και των δραστηριοτήτων για την ψυχική ευεξία (εργασία, κοινωνικές δραστηριότητες, σωματική άσκηση) εξακολουθεί να είναι ελάχιστα κατανοητή από το ευρύ κοινό και σπάνια δίνεται προσοχή από τους Επαγγελματίες υγείας. Τέτοια προγράμματα προαγωγής της υγείας θα μπορούσαν να στοχεύουν σχολεία (λαμβάνοντας υπόψη τα ψυχοκοινωνικά θέματα της πατρότητας, ως μέρος της σεξουαλικής

διαπαιδαγώγησης), Επαγγελματίες υγείας (ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και την περίθαλψη κατά τη μητρότητα), καθώς και όσους εμπλέκονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Μέχρι στιγμής, πάντως, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα καθολικά μέτρα μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης είτε της περιγεννητικής κατάθλιψης ή της επιλόχειας ψύχωσης.

Τα **επιλεκτικά** μέτρα εστιάζουν σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου, όπως οι έγκυες και οι λεκωίδες. Το γεγονός ότι, αρκετές γυναίκες εμφανίζουν επιλόχεια κατάθλιψη με λίγους ή καθόλου εμφανείς παράγοντες κινδύνου, καθιστά το στάδιο αυτό της πρόληψης ιδιαίτερα σημαντικό.

Κατά την προγεννητική περίοδο, τα μαθήματα σε άτομα που θα γίνουν γονείς αποτελούν ένα ιδανικό βήμα ενημέρωσης γύρω από θέματα ψυχικής υγείας και η προγεννητική προετοιμασία δρα προστατευτικά. Σε αυτά τα μαθήματα περιλαμβάνονται:

- Η μεγιστοποίηση της διαθέσιμης στήριξης (συναισθηματική και πρακτική) από το σύζυγο-σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους μετά τον τοκετό.
- Η αποφυγή αγχογόνων καταστάσεων, όταν είναι εφικτό (όπως μετακόμιση).
- Η ανακούφιση σχετικά με το σχεδιασμό (π.χ. φροντίδα μωρού, μαγείρεμα).
- Η διατήρηση της κοινωνικής επαφής με άλλους.

Τα **εξειδικευμένα** μέτρα έχουν ως στόχο τις γυναίκες, στις οποίες έχουν αναγνωριστεί οι παράγοντες κινδύνου και μπορούν να εφαρμοστούν συγκεκριμένα προληπτικά μέτρα. Για να επιτευχθεί αυτό, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μητρότητας πρέπει να κατανοούν τους παράγοντες κινδύνου, να τους αναγνωρίζουν και να υπάρχει μία συμφωνημένη διαδικασία διαχείρισης περιστατικών ή παραπομπής αυτών.

Γυναίκες υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας ψύκωσης:

Οι γυναίκες με προηγούμενο ή οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής / επιλόχειας ψύκωσης, και οι οικογένειές τους, θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας ψύκωσης χωρίς να κινδυνολογούν. Ο προγραμματισμός της πρόληψης και της θεραπείας, εφόσον κριθεί αναγκαίο, μπορεί να μειώσει τις ανησυχίες ή ακόμη να δρα προληπτικά από μόνος του. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν, ότι για υψηλού κινδύνου γυναίκες, η χορήγηση λιθίου μετά τον τοκετό μπορεί να αποτρέψει ένα επεισόδιο. Ακόμη, πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα, ιδίως τα άτυπα, δρουν προστατευτικά. Επειδή ο κίνδυνος αυξάνεται ραγδαία μετά τον τοκετό, τα μέτρα προφύλαξης πρέπει να ληφθούν από την πρώτη μέρα. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν υποστηρίζουν τη χρήση του λιθίου ή των άτυπων αντιψυχωσικών κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Γυναίκες υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης:

Οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης, και ιδιαίτερα με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης, είναι συχνά πρόθυμες να λάβουν βοήθεια και συμβουλές για το πώς μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής. Μία από τις επιλογές που δίνονται στη γυναίκα αφορά την προληπτική χρήση των αντικαταθλιπτικών. Ωστόσο, υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία σχετικά με αυτή τη χρήση. Εναλλακτικά, η συζήτηση γύρω από τον έγκαιρο εντοπισμό των προειδοποιητικών σημείων μπορεί να είναι χρήσιμη. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση της προγεστερόνης είτε για πρόληψη είτε για θεραπεία. Έρευνες έχουν δείξει την ικανότητα της οιστραδιόλης να βελτιώνει τη διάθεση, αν και

μια τέτοια παρέμβαση παραμένει σε πειραματικό στάδιο και δεν συνιστάται συνήθως.

Ψυχοκοινωνικά μέτρα:

Το να δοθεί στις γυναίκες η ευκαιρία να μιλήσουν για τις ανησυχίες τους, να συζητήσουν σχετικά με την πρόληψη και τις θεραπευτικές επιλογές και να διαβεβαιωθούν ότι οι Επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι να τις βοηθήσουν, αποτελούν απλά αλλά χρήσιμα μέτρα. Η αποφυγή έντονων αλλαγών στη ζωή των εγκύων γυναικών (π.χ. η μετακόμιση σε προχωρημένο στάδιο της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα επιπλέον αγχογόνο γεγονός κοντά στον τοκετό) δρα προστατευτικά.

Οι σύζυγοι-σύντροφοι πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην προγεννητική φροντίδα και να ενθαρρύνουν ης γυναίκες τους, ώστε το κοινωνικό δίκτυο να ενισχύεται όσο το δυνατόν περισσότερο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η προστατευτική αξία της κοινωνικής στήριξης διαφαίνεται μέσα από τις πρακτικές συμβουλές και τις ευκαιρίες που δίνονται στην έγκυο, όταν αυτή παρακολουθεί μαθήματα για εγκύους, συμμετέχει σε αντίστοιχες δραστηριότητες και κάνει μία σημαντική προσπάθεια να ενισχύσει την επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους.

Ενώ όλα αυτά τα μέτρα μπορούν να ενισχύσουν την ψυχολογική ευημερία της γυναίκας, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία που να υποστηρίζουν, ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε όλες τις έγκυες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης.

2.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη μειώνει τον επιπολασμό της διαταραχής μέσω της μείωσης της διάρκειας της νόσου και του περιορισμού των δυσμενών συνεπειών της διαταραχής. Η έγκαιρη διάγνωση και η ταχεία αποτελεσματική θεραπεία επιτυγχάνονται μέσω των ερευνών διαλογής (*screening*).

Η διαλογή είναι η χρήση διαγνωστικών μέσων για την πλέον έγκαιρη διάγνωση της περιγεννητικής κατάθλιψης, πριν από την εκδήλωση εμφανών συμπτωμάτων. Η διαλογή πραγματοποιείται κατά την προσυμπτωματική περίοδο, με στόχο την έγκαιρη θεραπεία και την αποτροπή της εκδήλωσης της διαταραχής. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένοι κίνδυνοι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όπως το άγχος που δημιουργείται στις γυναίκες όταν εξετάζονται. Ακόμη, σημαντική παράμετρο αποτελεί η δυνατότητα αποτελεσματικής παρέμβασης σε εκείνες που, μέσω της διαλογής, κρίνεται ότι τη χρειάζονται. Δεν αρκεί, δηλαδή, ο προσδιορισμός της κατάλληλης θεραπείας αλλά, ταυτόχρονα, απαιτούνται επαρκείς πόροι για να διασφαλιστεί ότι η θεραπεία είναι διαθέσιμη στις έγκυες και τις λεκωίδες. Η **Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** αποτελεί ένα από τα πλέον διακεκριμένα μέσα ανίχνευσης γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων της επιλόχειας ψύκωσης διακατέχεται από ένταση και συμβαίνει αρκετά νωρίς, με αποτέλεσμα η ανίχνευση της διαταραχής να μην αποτελεί πρόβλημα. Ωστόσο, η μείωση του χρόνου παραμονής της λεκωίδας στο νοσοκομείο, αυξάνει τις πιθανότητες να εμφανιστεί η διαταραχή σε κάποια υπηρεσία πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρά στις υπηρεσίες μητρότητας. Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να είναι ικανό να αναγνωρίσει τη διαταραχή και να παραπέμψει κατάλληλα τη γυναίκα. Η κύρια ανησυχία μετά την ανίχνευση της διαταραχής είναι να εξασφαλιστεί η ταχεία παρέμβαση, η οποία συνήθως συνοδεύεται από νοσηλεία. Η επιλόχεια ψύκωση συμβαίνει σε μια κρίσιμη στιγμή για όλα τα μέλη της οικογένειας, αλλά ιδίως για τη σχέση μεταξύ μητέρας και

παιδιού. Προκειμένου η μητέρα να μην αποχωριστεί το παιδί της, γίνεται ταυτόχρονη νοσηλεία μητέρας και παιδιού στην ψυχιατρική κλινική.

Στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι λεχώιδες είναι απρόθυμες να προσεγγίσουν τον οικογενειακό Ιατρό ή κάποιον Επισκέπτη Υγείας. Φόβοι γύρω από τη διαδικασία του τοκετού, ανησυχίες ότι θα απομακρύνουν το παιδί από τη μητέρα, το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής διαταραχής, η πεποίθηση ότι οι Επαγγελματίες υγείας δεν ενδιαφέρονται να βοηθήσουν την ίδια τη μητέρα παρά μόνο το παιδί και η γενικότερη άρνηση της ασθένειας από τη γυναίκα, το σύζυγο ή την οικογένεια αποτελούν παράγοντες που δυσκολεύουν την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης.

2.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στη μείωση των προσωπικών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκλήθηκαν, είτε από την αδυναμία πρόληψης, είτε από τη μη ολοκληρωμένη θεραπεία της διαταραχής. Ακόμα και όταν ένα πρόβλημα εντοπίζεται έγκαιρα, δεν υπάρχει καμία εγγύηση για την ταχεία εξάλειψη των συμπτωμάτων, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την προσοχή στις ανάγκες της μητέρας και της οικογένειας.

Η επιλόχεια ψύχωση συνήθως απαιτεί νοσηλεία, κατά προτίμηση σε εξειδικευμένες μονάδες για τη μητέρα και το παιδί, όπου το προσωπικό είναι καταρτισμένο να παρέμβει γρήγορα και αποτελεσματικά για τη μείωση της διάρκειας της νόσου. Οι κατάλληλες γνώσεις και η εμπειρία των ειδικών συμβάλλει, τόσο στην καλύτερη κατανόηση της νόσου από την οικογένεια, όσο και στην εξάλειψη των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων. Η εξειδικευμένη στήριξη, η ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών σχετικά με την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους είναι κρίσιμη τη συγκεκριμένη περίοδο.

Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν σε αδράνεια και κοινωνική απομόνωση. Στις περισσότερες

περιπτώσεις, η επιλόχεια κατάθλιψη προκαλεί καταστροφικές συνέπειες στη σχέση της μητέρας με το βρέφος και με το σύζυγο-σύντροφο. Η ψυχολογική παρέμβαση είναι απαραίτητη για τη μείωση των συμπτωμάτων και τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι μεταγεννητικές ομάδες στήριξης των λεχωίδων παρέχουν καθοδήγηση και επιτρέπουν την ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Παράλληλα, παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της παρατεταμένης επιλόχειας κατάθλιψης στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, ιδιαίτερα αν αυτή έχει καθυστερήσει, οι ανάγκες του παιδιού πρέπει να εξεταστούν. Επίσης, η μητέρα πρέπει να βοηθηθεί από άτομα που παρέχουν ενθάρρυνση, υποστήριξη, ανακούφιση ή εναλλακτική θεραπευτική αγωγή.

3. Διάγνωση της περιγεννητικής κατάθλιψης

Στις έρευνες για την επιλόχεια κατάθλιψη, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία αξιολόγησης και ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, ώστε να εντοπισθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία στις εγκύους και τις λεχώιδες. Παρακάτω αναφέρονται τα τέσσερα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται σήμερα.

Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): ένα πολύτιμο και αποτελεσματικό εργαλείο αναγνώρισης των ασθενών, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Αποτελείται από 10 ερωτήματα τα οποία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα 0-3. Η υψηλότερη και η χαμηλότερη βαθμολογία είναι 0 και 30 αντίστοιχα. Η μητέρα με βαθμολογία >13, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, η κλίμακα υποδεικνύει πως ένιωσε η μητέρα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Τέλος, χρειάζονται λιγότερο από 5 λεπτά για να συμπληρωθεί η κλίμακα (Gaynes et al., 2005).

Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης-Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): είναι μία κλίμακα με 35 ερωτήματα, η οποία απευθύνεται σε νέες μητέρες για την αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι απαντήσεις κυμαίνονται μεταξύ, «διαφωνώ απόλυτα» και «συμφωνώ απόλυτα». Το PDSS περιλαμβάνει βαθμολογίες, σχετικά με συμπτώματα διαταραχής ύπνου/διατροφής, άγχους/ανασφάλειας, συναισθηματικής αστάθειας, διανοητικής σύγχυσης, απώλειας εαυτού, ενοχής/ντροπής και αυτοκτονικών σκέψεων (Gaynes et al., 2005).

Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck-Beck Depression Inventory (BDI): είναι από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία, τόσο στον εντοπισμό, όσο και στον καθορισμό του βαθμού κατάθλιψης σε φυσιολογικούς και μη φυσιολογικούς πληθυσμούς. Αποτελείται από 21

ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα από 0-3 σε σχέση με την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Επίσης, η βαθμολογία γίνεται με βάση τις δύο υποκλίμακες: γνωστική-συναισθηματική και σωματική-αποδοτική και μία συνολική τιμή (Κουλάκογλου, 2002). Το BDI ενδιαφέρεται για τα καταθλιπτικά συμπτώματα της περασμένης εβδομάδας, ενώ η αναθεωρημένη έκδοση BDI-II προσεγγίζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε διάστημα δύο εβδομάδων πριν τη συμπλήρωση της κλίμακας (Gaynes et al., 2005).

Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών-Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D): είναι μία κλίμακα σχεδιασμένη για την μέτρηση της τρέχουσας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της καταθλιπτικής επιρροής. Επίσης, αποτελείται από 20 ερωτήματα, οι απαντήσεις των οποίων προσδιορίζουν τον βαθμό εμφάνισης της κατάθλιψης κατά την περασμένη εβδομάδα. Βαθμολογία >16 σηματοδοτεί την ύπαρξη της κατάθλιψης. Τέλος, ο βαθμός της κατάθλιψης αξιολογείται, τόσο σε κλινικές, όσο και σε μη κλινικές περιπτώσεις (Gaynes et al., 2005).

4. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Οι έρευνες στην Ελλάδα γύρω από την περιγεννητική κατάθλιψη είναι περιορισμένες. Οι μελέτες των Gonidakis et al. (2007) και Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas και Christodoulou (2008), είναι οι μόνες που εστίασαν στην επιλόχεια μελαγχολία και επιλόχεια κατάθλιψη σε ένα μεγάλο δείγμα Ελληνίδων. Ως προς την προγεννητική κατάθλιψη οι έρευνες είναι ακόμα λιγότερες.

Όσον αφορά την κατάθλιψη μετά τον τοκετό, πολλοί ερευνητές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980-1990, υποστήριξαν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως στις Δυτικές αστικές κοινωνίες. Η Ελληνική κοινωνία διατηρεί ακόμα αρκετές από τις παραδόσεις της, αν και η δομή της προσομοιάζει σε εκείνη της Δυτικής Ευρώπης. Οι οικογενειακοί δεσμοί στην Ελλάδα εξακολουθούν να είναι ισχυροί, ακόμα και στον αστικό πληθυσμό. Αυτό σημαίνει, ότι οι Ελληνίδες λεκώιδες λαμβάνουν στήριξη και προσοχή, ιδιαίτερα από τις μητέρες τους. Ακόμη, μερικές από τις λεκώιδες παραμένουν πιστές στις παραδόσεις και μένουν 40 ημέρες μετά τον τοκετό στο σπίτι τους, φροντίζοντας το νεογέννητο (Gonidakis et al., 2007).

Στη μελέτη του Gonidakis et al. (2007), το ποσοστό της επιλόχειας μελαγχολίας στην Ελλάδα ανέρχεται σε 44,5%, ένα αποτέλεσμα που είναι παρόμοιο με τα ποσοστά που αναφέρονται στη Γαλλία, τις Ηνωμένες Πολιτείες και το Χονγκ Κονγκ. Το πιο συνηθισμένο σύμπλεγμα συμπτωμάτων της μελέτης ήταν η υπερευαισθησία (1^η και 2^η ημέρα μετά τον τοκετό) και η μελαγχολία (3^η ημέρα). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση της μελαγχολία από την 1^η μέρα (9,2%) έως την 3^η μέρα (22,1%) μετά τον τοκετό.

Αυτή η μελέτη δείχνει, ότι οι Ελληνίδες βιώνουν την επιλόχεια μελαγχολία σε παρόμοια συχνότητα και διάρκεια, ανεξάρτητα από την οικογενειακή υποστήριξη, αλλά ίσως με διαφορετικά συμπτώματα, σε σχέση με χώρες της βόρειας Ευρώπης. Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, το άγχος και τα καταθλιπτικά

συναισθήματα την ημέρα του τοκετού, τα στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και η υποχονδρίαση φαίνεται να έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην ανάπτυξη της επιλόχειας μελαγχολίας. Ακόμη, η σχέση της επιλόχειας μελαγχολίας με την καισαρική τομή αποτελεί ανησυχητικό παράγοντα για τους Επαγγελματίες υγείας, ειδικά όταν το ένα τρίτο των Ελληνίδων γεννά με αυτό τον τρόπο (Gonidakis et al. 2007).

Όσον αφορά τα ερευνητικά δεδομένα γύρω από την επιλόχεια κατάθλιψη στην Ελλάδα, ο Gonidakis et al. (2008), βρήκαν ότι οι 80 (19,8%) από τις 402 γυναίκες παρουσίασαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Ο χρόνος έναρξης και η διάρκεια των συμπτωμάτων δεν διαφέρουν μεταξύ των Ελληνίδων, των Ευρωπαίων και Βορειοαμερικανίδων γυναικών.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν εμμονή με την καθαριότητα, που θεωρούν ότι το μωρό τους κλαίει υπερβολικά, έχουν βιώσει στρεσογόνα γεγονότα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και παρουσίασαν παρατεταμένη επιλόχεια μελαγχολία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη μέσα στους πρώτους 6 μεταγεννητικούς μήνες. Ακόμη, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη, αντιμετώπιζαν πιο συχνά προβλήματα στη σχέση με το σύζυγό τους, ήταν άνεργες και το μωρό τους παρουσίαζε εκσεσημασμένο κλάμα και διαταραχές στον ύπνο (Gonidakis et al., 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι γυναίκες που βρέθηκαν θετικές στην **Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)** και παροτρύνθηκαν να επισκεφθούν έναν ειδικό για περαιτέρω αξιολόγηση, μόνο 5 γυναίκες (6,3%) ακολούθησαν αυτή την οδηγία. Από τις 5 γυναίκες, οι 4 είχαν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και είχαν δεχθεί στο παρελθόν ψυχιατρική βοήθεια. Η παραπάνω παρατήρηση εγείρει πολλά ερωτήματα όσον αφορά το επίπεδο των πληροφοριών που δέχεται το Ελληνικό κοινό και που οφείλουν να γνωρίζουν οι Επαγγελματίες υγείας γύρω από τις ψυχικές διαταραχές της λοχείας (Gonidakis et al., 2008).

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εγκυμοσύνη και γυναίκα

Η παρουσίαση της συνθετότητας του φαινομένου «εγκυμοσύνη και λοχεία» κάνει ευδιάκριτο το γεγονός ότι η μετάβαση στη μητρότητα δεν αποτελεί την πιο ευτυχισμένη περίοδο για όλες τις γυναίκες. Η ψυχική και σωματική φύση του γυναικείου φύλου, αν και είναι θεωρητικά προσαρμοσμένη για την τεκνοποίηση, δεν προστατεύει τη γυναίκα από συναισθηματικές διαταραχές. Αντίθετα, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και για περίπου ένα χρόνο μετά τον τοκετό, η γυναίκα είναι εκτεθειμένη σε ένα εύρος παραγόντων που στα μάτια της μοιάζουν με απειλή.

Η εγκυμοσύνη, η μετάβαση στη μητρότητα και οι αλλαγές που συνοδεύουν την πορεία της γυναίκας στην ανάπτυξη καινούργιων ρόλων και ευθυνών, μπορούν να θεωρηθούν φορείς στεναχώριας, αναξιοτήτας, άγχους και θλίψης. Η προγεννητική και επιλόχεια κατάθλιψη δεν αποτελούν απίθανο ενδεχόμενο, όσο και να προσπαθούμε να το παραβλέψουμε. Είναι, όμως, αισιόδοξο το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η επιστήμη έχει δείξει αυξημένο ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία της εγκύου και της λεχωίδας. Μέσα από αυτές τις έρευνες, έχουμε έρθει πιο κοντά στην αλήθεια που κρύβει η μητρότητα. Η αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου, με τη βοήθεια των εξελιγμένων διαγνωστικών εργαλείων, φανερώνουν πτυχές του κατά τ' άλλα χαρμόσунου γεγονότος, οι οποίες στο παρελθόν ήταν άγνωστες. Με αυτά τα δεδομένα, η γυναίκα μπορεί να νιώθει πιο ασφαλής και προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει τέτοιου είδους δυσκολίες.

Επίσης, οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στη γυναίκα, την οικογένειά της καθώς και στην ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να είναι καταστροφικές. Η μη θεραπευθείσα κατάθλιψη εντείνει τα συμπτώματα, και τα επεισόδια κατάθλιψης γίνονται πιο συχνά και πιο σοβαρά. Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να παραμείνουν για πολλά χρόνια μετά την γέννα με αυξημένες πιθανότητες να διαλυθεί ο γάμος και η γυναίκα να απομακρυνθεί από το κοινωνικό της δίκτυο. Εξίσου σημαντικά είναι τα προβλήματα στη συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Η σοβαρότητα των επιπτώσεων κάνουν σαφή την αναγκαία παρέμβαση και η κατάσταση σίγουρα δεν μπορεί να αγνοηθεί.

Παράλληλα, η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν πρέπει να είναι τυποποιημένη. Η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει τη συνδυασμένη προσέγγιση φαρμακολογικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Ωστόσο, είναι σημαντικό ότι κάθε περίπτωση πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα και σχολαστικά, προκειμένου να αποφασιστεί ποια θεραπεία είναι η καταλληλότερη για την κάθε γυναίκα.

Η πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελεί το σημαντικότερο μέσο μείωσης των περιστατικών επιλόχειας κατάθλιψης. Η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια πρόληψη επιχειρεί να ενημερώσει το ευρύ κοινό περί της επιλόχειας κατάθλιψης, να ανιχνεύσει τις ομάδες υψηλού κινδύνου και να δράσει προφυλακτικά ή να μειώσει την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το 10-20% των γυναικών βιώνει συμπτώματα κατάθλιψης πριν ή μετά τον τοκετό, ποσοστό που πιθανόν είναι χαμηλό λόγω της υποδιάγνωσης. Αυτό οφείλεται πρώτο στην αδυναμία των ιατρών και των νοσηλευτών να ανιχνεύσουν τα σημάδια κατάθλιψης και να παραπέμψουν τις γυναίκες σε κάποιον ειδικό, και δεύτερον, στην ελλιπή πληροφόρηση των γυναικών για την κατάσταση που απειλεί τις ίδιες και τα βρέφη τους. Τα στοιχεία αυτά υποδεικνύουν, ότι απαιτείται ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια από τους αρμόδιους φορείς, ώστε η επιλόχειος κατάθλιψη να λάβει την απαραίτητη προσοχή. Το σύστημα υγείας, όπως οι γιατροί και οι μαίες, οφείλουν να εστιάζουν,

όχι μόνο σε γυναικολογικά θέματα, αλλά και στις συναισθηματικές αλλαγές της εγκύου και της λεχωίδας.

Αναμφισβήτητα, η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί πολύ σημαντικό γεγονός και για την οικογένεια της γυναίκας. Ωστόσο, ο δρόμος της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα τελείως προσωπικό κομμάτι της εγκύου που δύσκολα γίνεται αντιληπτό από το περιβάλλον της. Είναι γεγονός, ότι αυτός ο δρόμος παραμένει στη σκιά, γιορτάζοντας το αποτέλεσμα -τη γέννα- και ξεχνώντας τη γυναίκα-μητέρα.

Συμπερασματικά, η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί απλά μία Ιατρική-Μαιευτική διαδικασία, αλλά μία απόφαση ζωής που χρειάζεται την απαραίτητη σωματική και ψυχολογική προετοιμασία. Κάθε μέλλουσα μητέρα οφείλει να γνωρίζει, ότι η μητρότητα αποτελεί μία συνειδητή αναπτυξιακή διαδικασία, που απαιτεί προετοιμασία, θέληση και συνειδητή απόφαση.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η επιλογή του δείγματος της συγκεκριμένης μελέτης έγινε από δύο μαιευτήρια του νομού Λάρισας (ιδιωτικά), καταγράφοντας όλες τις γυναίκες που τεκνοποίησαν σε χρονικό διάστημα επτά μηνών (Οκτώβριος 2010 – Απρίλιος 2011). Περιλαμβάνονται 150 γυναίκες, οι οποίες δέχτηκαν να συμμετέχουν, από τις 215 με τις οποίες έγινε αρχικά επαφή. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, ενώ κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη αποτέλεσε ο τόπος διαμονής να είναι ο νομός Λάρισας, η ηλικία να είναι μεγαλύτερη των 16 ετών και να έχουν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, ώστε να είναι σε θέση να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Προκειμένου να ενταχθούν στο δείγμα ενημερώθηκαν προφορικά για το αντικείμενο της μελέτης. Σε όλες τις γυναίκες δόθηκε μοναδικός αύξων κωδικός αριθμός και όλα τα στοιχεία τους συνοδεύονταν από αυτόν, ενώ τηρήθηκε και το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων.

Για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η **κλίμακα EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)**. Η εγκυρότητα του EPDS ελέγχθηκε με κλινική διάγνωση και με τη χρήση άλλων ερωτηματολογίων. Σαν όριο χρησιμοποιήθηκε το σκορ 11/12. (Leonardou A.A. et al., 2009).

Η κλίμακα του EPDS αποτελείται από δέκα ερωτήσεις στις οποίες υπάρχει η δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε τέσσερις διαβαθμισμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0-3 με το 0 να αποτελεί τη χαμηλότερη και άρα την αρνητική, από πλευράς επιλόχειας κατάθλιψης, απάντηση. Η χαμηλότερη συνολική βαθμολόγηση των απαντήσεων είναι το 0 και η υψηλότερη το 30. Όλες οι ερωτήσεις

αναφέρονται στα συναισθήματα και, γενικότερα, στη διάθεση της γυναίκας κατά την τελευταία εβδομάδα αμέσως πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενώ η διαβάθμιση των απαντήσεων είναι είτε με αύξουσα είτε με φθίνουσα σειρά.

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από 108 γυναίκες. Με 34 άτομα δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία, είτε λόγω λάθους ή ανύπαρκτου τηλεφωνικού αριθμού είτε διότι, αν και είχαν προηγηθεί επανειλημμένες απόπειρες επικοινωνίας, δε διέθεσαν τον απαιτούμενο χρόνο για την επιστροφή των ερωτηματολογίων, ενώ 3 γυναίκες δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να συμμετέχουν από εκείνο το σημείο και έπειτα στη μελέτη.

Στα θετικά της συγκεκριμένης έρευνας συγκαταλέγεται το γεγονός ότι πρόκειται για μία προοπτική μελέτη. Επιπλέον, επειδή αφορά ένα πολύ ευαίσθητο τμήμα του πληθυσμού, τα παιδιά δηλαδή, για τα οποία η ευθύνη ανατίθεται στους γονείς αφού τα ίδια δεν είναι ικανά να προστατεύσουν τον εαυτό τους, αυτό εγείρει το ενδιαφέρον της πλειοψηφίας. Επίσης, είναι μία μελέτη που δεν έχει προηγηθεί κάποια αντίστοιχη στον τοπικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα να τύχει μεγάλου ενδιαφέροντος από την πλευρά των μητέρων. Ένα ακόμη πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο EPDS είναι μικρό σε έκταση με αποτέλεσμα να μην κουράζονται οι γυναίκες και να διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο για τη συμπλήρωση του χωρίς να δυσανασχετούν. Τέλος, η αποστολή του ερωτηματολογίου στο χώρο τους είχε σαν συνέπεια να το έχουν ακόμη και όσες το είχαν χάσει και να μειώνεται η πιθανότητα να μην κατανοήσουν κάποια ερώτηση, αφού μπορούσαν να τη διαβάσουν.

3. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, περιελάμβανε έλεγχο των παραγόντων κινδύνου ως προς την εμφάνιση της νόσου. Σ' αυτούς περιλαμβάνονταν: η ηλικία, η εθνικότητα, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, εάν υπάρχει κοινωνική στήριξη στην ίδια και την οικογένειά της, η επαγγελματική και οικογενειακή της κατάσταση, το μορφωτικό της επίπεδο, διάφορες συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα, και η γυμναστική, καταστάσεις που συνδέονται με γεγονότα που αφορούν τον τοκετό και την περιγεννητική περίοδο, όπως επιπλοκές κατά τον τοκετό, το βάρος του μωρού κτλ, το είδος της κατοικίας, καθώς και πιθανό υπάρχον ιστορικό ψυχικής νόσου.

Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο στρώματα ανάλογα με την εθνικότητα (Ελληνίδες ή Αλλοδαπές), και ελέγχθηκε, προκειμένου να μην υπάρχει ο συγχυτικός παράγοντας της μετανάστευσης. Επιπλέον, στρωματοποιήθηκε ανάλογα με τα έτη σπουδών, ώστε να ληφθεί υπόψη το μορφωτικό επίπεδο της κάθε γυναίκας, τον τόπο διαμονής του (αστική ή αγροτική περιοχή), αλλά και ηλικιακές ομάδες και συγκρίθηκε το κάθε στρώμα με βάση το σκορ που είχε κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακόμη, έγινε έλεγχος των συγχυτικών παραγόντων στους οποίους περιλαμβάνονται η ηλικία της γυναίκας, η εθνικότητά της, η οικογενειακή της κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών που γέννησε και με τα οποία συμμετέχει στη μελέτη.

Με την περιγραφική ανάλυση καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ έγιναν συσχετίσεις υπολογίζοντας το

χ^2 και λογιστική παλινδρόμηση λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου συγκρινόμενους με το σκορ από το ερωτηματολόγιο. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0 στο σύνολο των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν. Υπολογίστηκε το 95% διάστημα εμπιστοσύνης και ο σχετικός κίνδυνος μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Η μεταβλητή για το σκορ έγινε κατηγορική, όπου μικρότερο ή ίσο του 12 θεωρήθηκε ότι ήταν αρνητικό ως προς την ύπαρξη επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ από το 13 και υψηλότερα ήταν θετικό.

Επιπλέον, το σκορ από το ερωτηματολόγιο κατηγοριοποιήθηκε με άλλους δύο τρόπους, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, προκειμένου να γίνει σύγκριση των τριών κατηγοριοποιήσεων και να διαπιστωθεί κατά πόσο επηρεάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Έτσι, στη μία περίπτωση χρησιμοποιήθηκε το 9 σαν όριο αρνητικό για την επιλόχεια κατάθλιψη με τη βαθμολόγηση από το 10 και πάνω να θεωρείται θετική, ενώ στη δεύτερη δημιουργήθηκαν τρεις κατηγορίες, όπου πάλι το 9 ήταν το αρνητικό όριο, αλλά, σ' αυτή την περίπτωση, από το 10 μέχρι το 12 υπήρχε μία ενδιάμεση ουδέτερη κατηγορία και από το 13 και πάνω θεωρήθηκε θετικό για την εμφάνιση της νόσου.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρειάστηκε να κατηγοριοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες είχαν πολλές δυνατές επιλογές μεταξύ των απαντήσεων. Στις αναλύσεις η μεταβλητή της ηλικίας κατά τον τοκετό χρησιμοποιήθηκε τόσο ως συνεχής όσο και σαν κατηγορική μεταβλητή, με τις κατηγορίες ≤ 25 ετών, 26-35 και ≥ 36 ετών. Επιπλέον, οι γυναίκες που γεννήθηκαν από το Μάρτιο μέχρι και τον Οκτώβριο ταξινομήθηκαν στην κατηγορία όσων γεννήθηκαν τους μήνες που υπάρχει ηλιοφάνεια και οι υπόλοιπες στους μήνες χωρίς ηλιοφάνεια. Η μεταβλητή της καταγωγής χωρίστηκε σε Έλληνες και Αλλοδαπούς, ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες εθνικότητές τους. Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας και η μεταβλητή που διευκρίνιζε εάν υπήρξε μεταβολή μετά τον τοκετό συνδυάστηκαν, ώστε να δημιουργηθεί μία συγκεντρωτική μεταβλητή, η οποία να αναφέρει τα νεότερα δεδομένα, καθώς πολλές γυναίκες δήλωσαν ότι παντρεύτηκαν

κατά τη διάρκεια της κύησης. Επιπλέον, επειδή η μεταβλητή αυτή είχε πολλές κατηγορίες, αποφασίστηκε να συγχωνευθεί. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχαν οι επιλογές: έγγαμη, αρραβωνιασμένη, άγαμη, διαζευγμένη, χήρα και άλλο, οι δύο πρώτες μετατράπηκαν σε «Με διαπροσωπική σχέση» και οι επόμενες σε «Χωρίς διαπροσωπική σχέση», ενώ η επιλογή «Άλλο» παρέμεινε ως είχε.

Η μεταβλητή της εκπαίδευσης κατηγοριοποιήθηκε σαν χαμηλή, μέτρια και υψηλή, όπου στην πρώτη υπάρχουν τα άτομα που έχουν πάρει απολυτήριο Γυμνασίου, στη δεύτερη τα άτομα που ολοκλήρωσαν Λύκειο ή Ανώτερη σχολή και στην τρίτη όσοι φοίτησαν ή αποφοίτησαν από Πανεπιστήμια και Τεχνολογικά Ιδρύματα. Η μεταβλητή του επαγγέλματος πριν την κύηση έγινε, επίσης, δυαδική, περιλαμβάνοντας όσες γυναίκες δεν εργάζονταν, όσες ήταν άνεργες, φοιτήτριες ή είχαν συνταξιοδοτηθεί στην κατηγορία όσων δεν εργάζονταν, ενώ οι μισθωτές, οι ελεύθερες επαγγελματίες και οι αγρότισσες θεωρήθηκε ότι εργάζονταν.

Η μεταβλητή για την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, ενώ αρχικά είχε τις επιλογές: πολύ καλό, καλό, μέτριο, κακό και πολύ κακό, στη συνέχεια τα δύο πρώτα μετατράπηκαν σε «Καλή», τα δύο τελευταία σε «Κακή», ενώ το «Μέτριο» παρέμεινε. Επιπρόσθετα, τα δεδομένα για τη φροντίδα του σπιτιού κατηγοριοποιήθηκαν σε «Μόνη», «Με βοήθεια», «Κάποιος άλλος το έκανε», διατηρώντας και πάλι το «Άλλο», όπου το πρώτο περιλαμβάνει την απάντηση «τις έκανα μόνη μου», στο δεύτερο δηλώνει ότι είχε τη βοήθεια του συζύγου, άλλου συγγενικού προσώπου ή οικιακής βοηθού, ενώ στο τρίτο ότι ανέλαβε τη φροντίδα ο σύζυγος, κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο ή η οικιακή βοηθός. Ο θόρυβος από πολύ, αρκετό, λίγο, καθόλου μετατράπηκε σε «ναι» για τις δύο πρώτες κατηγορίες και «όχι» για τις άλλες δύο. Επιπλέον, δημιουργήθηκε μία καινούρια μεταβλητή για τον αριθμό των παιδιών που κυοφορούσαν με βάση τα δεδομένα για το φύλο τους.

4. Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική ανάλυση

Περιγραφικά στοιχεία των μητέρων της μελέτης

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη αποτελείται από Ελληνίδες, κυρίως, σε ποσοστό 91,5%, ενώ το 7% είναι διαφορετικής εθνικότητας (**Πίνακας Ι**). Η ηλικία των γυναικών κατά 19,9% είναι μέχρι 25 ετών, κατά 64,9% είναι 26-35 ετών και κατά 12,8% είναι μεγαλύτερη των 36 ετών, με το μέσο όρο ηλικίας να είναι τα 30 έτη και το 65,3% του συνόλου των γυναικών να έχει γεννηθεί σε μήνες όπου υπάρχει ηλιοφάνεια. Το 72,5% κατοικεί σε αστική περιοχή και το 22,4% σε αγροτική, με το 76,9% των κατοικιών να είναι πεδινό, το 12,5% ημιορεινό και το 5,6% ορεινό. Ο θόρυβος σε ποσοστό 67% αναφέρεται ότι εκλείπει από τον τόπο διαμονής τους, ενώ το 22,9% τον παρατηρεί σε σημαντικό βαθμό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων έχει κάποια διαπροσωπική σχέση, είτε με τη μορφή γάμου ή αρραβώνα είτε απλά με τη συμβίωση με τον πατέρα του παιδιού, ενώ το 0,9% δηλώνει ότι είναι άγαμο. Το μορφωτικό τους επίπεδο χαρακτηρίζεται κατά 17,2% χαμηλό, κατά 48,1% μέτριο και κατά 27,2% υψηλό. Σε ό,τι αφορά την επαγγελματική απασχόληση πριν την κύηση, το 65,3% εργαζόταν, σε αντίθεση με το 25,1% που δεν ασχολείται με κάποιο επάγγελμα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο, τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται σημαντικά,

καθώς το 46,7% είχε κάποια εργασιακή σχέση, ενώ το 45,6% δεν εργαζόταν. Τέλος, για το 12,9% το παιδί που μόλις γεννήθηκε είναι το πρώτο, για το 32,9% το δεύτερο, για το 13,7% το τρίτο, για το 3,4% το τέταρτο, ενώ για το 0,6% είναι το πέμπτο.

Σε ό, τι αφορά τους συντρόφους τους, διαπιστώθηκε ότι το 92,5% είναι Έλληνες και το 5,2% αλλοδαποί. Η εκπαίδευση τους κατά 32,7% χαρακτηρίζεται χαμηλή, κατά 39,9% μέτρια και κατά 19,1% υψηλή.

Πίνακας I: Περιγραφικά στοιχεία των μητέρων της μελέτης *

| Μεταβλητή | N (%) |
|-------------------------------------|--------------|
| <i>Εθνικότητα</i> | |
| Ελληνίδες | 99 (91,5) |
| Αλλοδαπές | 8 (7) |
| <i>Ηλικία</i> | |
| ≤25 ετών | 21 (19,9) |
| 26-35 ετών | 70 (64,9) |
| ≥36 ετών | 14 (12,8) |
| <i>Εποχικότητα γέννησης μητέρας</i> | |
| Με ηλιοφάνεια | 70 (65,3) |
| Χωρίς ηλιοφάνεια | 35 (32,3) |
| <i>Κατοικία</i> | |
| Αστική | 78 (72,5) |
| Αγροτική | 24 (22,4) |
| <i>Υψόμετρο κατοικίας</i> | |
| Πεδινή | 83 (76,9) |
| Ημιορεινή | 13 (12,5) |
| Ορεινή | 6 (5,6) |
| <i>Θόρυβος στο σπίτι</i> | |
| Ναι | 25 (22,9) |
| Όχι | 72 (67) |
| <i>Οικογενειακή κατάσταση</i> | |
| Με διαπροσωπική σχέση | 98 (91,1) |
| Χωρίς διαπροσωπική σχέση | 2 (0,9) |
| Άλλο | 1 (0,3) |
| <i>Μόρφωση</i> | |
| Χαμηλή | 18 (17,2) |
| Μέτρια | 52 (48,1) |
| Υψηλή | 29 (27,2) |
| <i>Εργασία πριν την κύηση</i> | |
| Ναι | 70 (65,3) |
| Όχι | 27 (25,1) |
| <i>Εργασία κατά την κύηση</i> | |
| Ναι | 50 (46,7) |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Όχι | 49 (45,6) |
| <hr/> | |
| Αριθμός άλλων ζωντανών παιδιών | |
| 0 | 14(12,9) |
| 1 | 35 (32,9) |
| 2 | 15 (13,7) |
| 3 | 3 (3,4) |
| 4 | 1 (0,6) |
| <hr/> | |

* Ο αριθμός των μητέρων δεν είναι ο ίδιος στις διαφορετικές μεταβλητές λόγω ελλিপών στοιχείων.

Τρόπος ζωής των μητέρων της μελέτης

Πριν την εγκυμοσύνη το 66,9% δεν έκανε γυμναστική, σε αντίθεση με το 19,3%, ενώ κατά τη διάρκειά της το ποσοστό διαφοροποιήθηκε σημαντικά φτάνοντας στο 80,9% για όσες δε γυμνάζονταν σε σύγκριση με αυτές που έκαναν κάποια μορφή άσκησης (**Πίνακας II**). Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη αναφέρει το 31,3%, έναντι του 59,7% που δήλωσε ότι δεν κάπνιζε. Οι γυναίκες στο σπίτι δε χρειάζεται να φροντίζουν ηλικιωμένους ή άτομα με αναπηρία. Ακόμη, το 75,4% των μητέρων δεν είχε βοήθεια για τη φροντίδα του σπιτιού πριν την εγκυμοσύνη, ενώ μόνο το 9,4% είχε βοήθεια και το 1,5% είχε αναθέσει αυτές τις δουλειές σε κάποιο άλλο πρόσωπο. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται σημαντικά, καθώς το 46,8% έκανε μόνο του τις δουλειές του σπιτιού, το 34,9% είχε βοήθεια και το 4,5% τις είχε αναθέσει σε κάποιον άλλο.

Πίνακας II: Τρόπος ζωής των μητέρων της μελέτης *

| Μεταβλητή | N (%) |
|--|--------------|
| <i>Γυμναστική πριν την κύηση</i> | |
| Ναι | 21 (19,3) |
| Όχι | 72 (66,9) |
| <i>Γυμναστική κατά την κύηση</i> | |
| Ναι | 6 (5,8) |
| Όχι | 87 (80,9) |
| <i>Κάπνισμα κατά την κύηση</i> | |
| Καπνίστρια | 34 (31,3) |
| Μη καπνίστρια | 64 (59,7) |
| <i>Φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι</i> | |
| Ναι | 1(1,3) |
| Όχι | 91 (84,9) |
| <i>Φροντίδα ατόμων με αναπηρία στο σπίτι</i> | |
| Ναι | 1 (0,8) |
| Όχι | 91 (84,9) |
| <i>Φροντίδα του σπιτιού πριν την κύηση</i> | |
| Μόνη | 81 (75,4) |
| Με βοήθεια | 10 (9,4) |
| Κάποιος άλλος το έκανε | 2(1,5) |
| <i>Φροντίδα του σπιτιού κατά την κύηση</i> | |
| Μόνη | 50 (46,8) |
| Με βοήθεια | 38 (34,9) |
| Κάποιος άλλος το έκανε | 5 (4,5) |
| Άλλο | 1 (0,1) |

* Ο αριθμός των μητέρων δεν είναι ο ίδιος στις διαφορετικές μεταβλητές λόγω ελλিপών στοιχείων.

Ο τύπος τοκετού που επέλεξε η πλειοψηφία των γυναικών (51,3%) ήταν η καισαρική και ακολούθως (48,5%) ο φυσιολογικός. Στο 3,7%

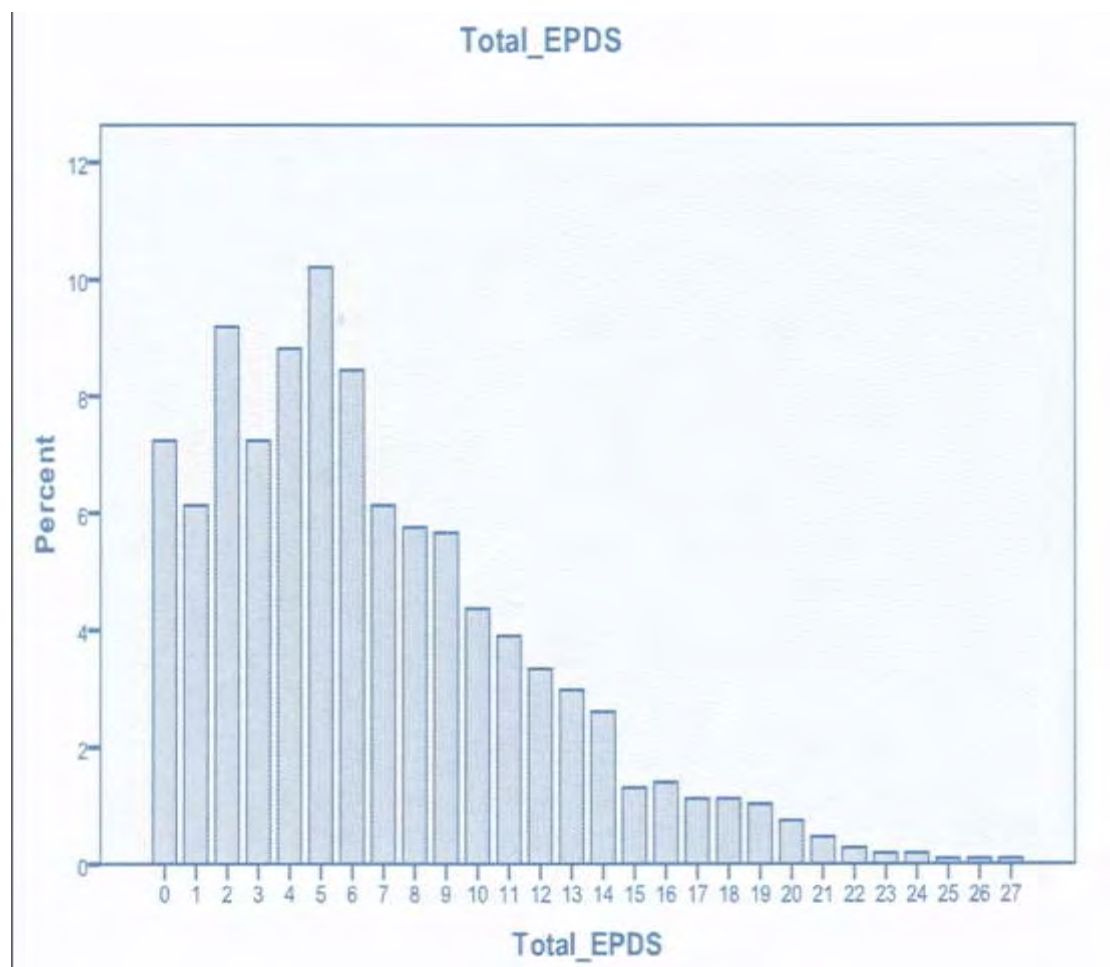
υπήρξαν επιπλοκές κατά τη γέννα, σε αντίθεση με το 84% όπου όλα κύλησαν φυσιολογικά. Από τα νεογνά το 48,6% ήταν κορίτσια και το 51,4% αγόρια, ενώ πρόωρα γεννήθηκε το 10,9% του συνόλου των παιδιών και το 6,7% με χαμηλό βάρος.

Περιγραφή ασθενειών των μητέρων

Το 85,9% εκτιμά την υγεία του ως πολύ καλή ή καλή, το 12,7% σαν ενδιάμεση και το 1,4% σαν πολύ κακή ή κακή. Παθήσεις του θυρεοειδή δηλώνει ότι εμφάνισε κάποια στιγμή το 17,7% σε αντίθεση με το 71,8% ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 0,9% αναφέρει ότι οι παθήσεις αυτές εκδηλώθηκαν λόγω διαταραχής των ορμονών από την εγκυμοσύνη. Η επιλόχεια κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 13,9% όσων είχαν γεννήσει ξανά στο παρελθόν, σε αντίθεση με το 83,5% . Ψυχιατρικές νόσους εκδήλωσε κάποια στιγμή στο παρελθόν το 13,3%, συμπεριλαμβανομένης και της επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ το 77,2% δεν ανέφερε κάποιο τέτοιο νόσημα. Γενικά, μέχρι τον τοκετό το 14% εκδήλωσε κάποια στιγμή κατά το παρελθόν κάποια ψυχική νόσο, ενώ το 69% δεν παρουσίασε παρόμοια νόσο.

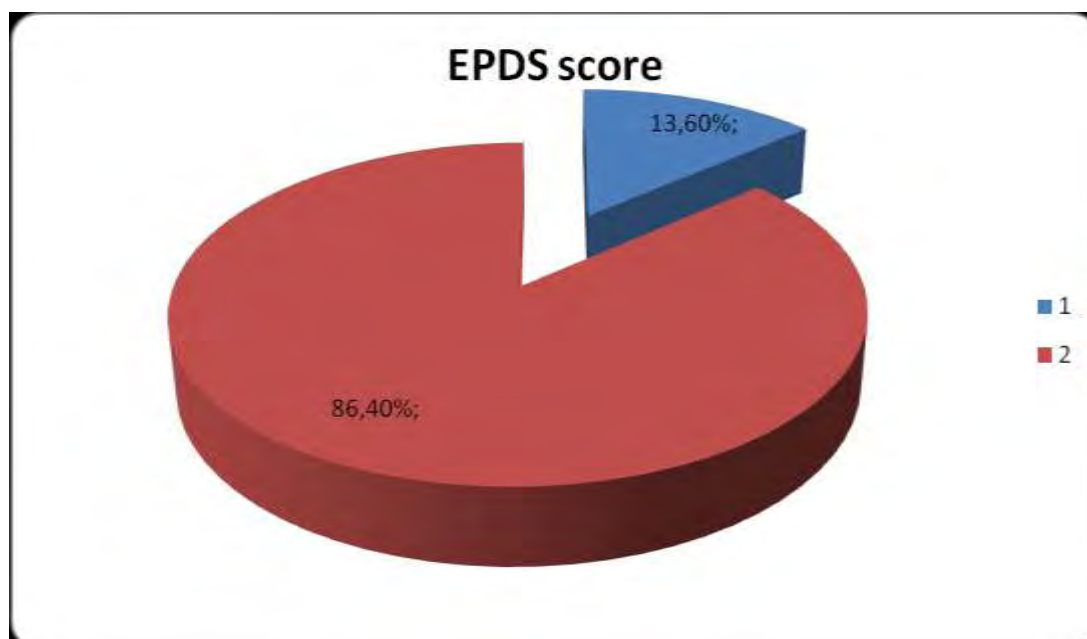
Περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου EPDS

Το σκορ του ερωτηματολογίου που απαντήθηκε από τις συμμετέχουσες είχε ελάχιστη τιμή το 0, μέγιστη το 27 και διάμεσο το 6 (**Γράφημα 1**).



Γράφημα I: Αναλυτικά ποσοστά βαθμολόγησης ερωτηματολογίου

Από την κατηγοριοποίηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου (**Γράφημα II**), διαπιστώθηκε ότι το 86,4% των γυναικών είχε αρνητικό σκορ, δηλαδή σκορ μικρότερο ή ίσο του 12(**2**) , ενώ το 13,6% θετικό (**1**).

**Γράφημα II: Κατηγοριοποίηση σκορ ερωτηματολογίου: θετικό/αρνητικό για επιλόχεια κατάθλιψη**

4.2 Συσχετίσεις του επιπολασμού επιλόχειας κατάθλιψης με διαφορετικούς παράγοντες

Από απλές συσχετίσεις βρέθηκε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζουν οι μητέρες του δείγματος σχετίζεται στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο μικρότερο του 0,01 με την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης (**Πίνακας III**). Αντίθετα, η κατηγοριοποίηση της ηλικίας, η εποχή κατά την οποία γεννήθηκε η μητέρα, η καταγωγή της ίδιας ή του συζύγου, το επίπεδο της μόρφωσης που έλαβε, το είδος της κατοικίας (πεδινή, ημιορεινή ή ορεινή), όπως, επίσης, και η εργασία πριν την κύηση δε φάνηκε να έχουν σχέση με την εμφάνιση της νόσου. Ακόμη, παρατηρούμε ότι στη σχέση μεταξύ του σκορ και των κατηγοριών των κατοίκων αστικών και αγροτικών περιοχών υπάρχει μία τάση για στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας III.: Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και επιλόχεια κατάθλιψη

| Μεταβλητή | Σύνολο N (%) | Χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≤ 12) N (%) | Με επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≥ 13) N (%) | p-value |
|--|-------------------------------------|---|--|--------------|
| <i>Ηλικία μητέρας</i> ≤ 25 ετών 26-35 ετών ≥ 36 ετών | 21 (20,3) 70 (66,5) 14 (13,1) | 18 (19,9) 61 (66,9) 12 (13,2) | 3 (23,1) 9 (64,3) 2 (12,6) | 0,68 |
| <i>Εποχικότητα γέννησης μητέρας</i> Με ηλιοφάνεια Χωρίς ηλιοφάνεια | 70 (66,9) 35 (33,1) | 61 (67,7) 29 (32,3) | 9 (62,2) 6 (37,8) | 0,12 |
| <i>Καταγωγή μητέρας</i> Ελληνίδα Αλλοδαπή | 98 (92,9) 7 (7,1) | 85 (93,1) 6 (6,9) | 13 (91,8) 1 (8,2) | 0,60 |
| <i>Καταγωγή πατέρα</i> Έλληνας Αλλοδαπός | 99 (94,7) 6 (5,3) | 86 (95,1) 5 (4,9) | 13 (92,3) 1 (7,7) | 0,17 |
| <i>Οικογενειακή κατάσταση</i> Με διαπροσωπική σχέση Χωρίς διαπροσωπική σχέση Άλλο | 98 (98,7) 5 (1) 3 (0,3) | 86 (99,2) 1 (0,7) 1 (0,1) | 12 (95,4) 4 (3,1) 2 (1,5) | 0,001 |
| <i>Μόρφωση μητέρας</i> Χαμηλή Μέτρια Υψηλή | 18 (18,6) 51 (52,1) 29 (29,4) | 15 (17,8) 44 (51,9) 26 (30,3) | 3 (23,5) 7 (53) 3 (23,5) | 0,15 |
| <i>Μόρφωση πατέρα</i> Χαμηλή Μέτρια Υψηλή | 35 (35,7) 43 (43,5) 20 (20,8) | 30 (35,9) 37 (43,2) 17 (20,9) | 4 (34,4) 6 (45) 3 (20,6) | 0,92 |
| <i>Κατοικία</i> Αστική | 78 (76,4) | 68 (77,4) | 10 (70) | 0,07 |

| | | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Αγροτική | 24 (23,6) | 20(22,6) | 4 (30) | |
| <i>Υψόμετρο κατοικίας</i> | | | | 0,47 |
| Πεδινή | 83 (81) | 72 (81,4) | 11 (77,9) | |
| Ημιορεινή | 13 (13,2) | 11 (12,7) | 2 (16,4) | |
| Ορεινή | 6 (5,9) | 5 (5,9) | 1 (5,7) | |
| <i>Εργασία πριν την κύηση</i> | | | | 0,21 |
| Ναι | 70 (72,2) | 61 (73) | 9 (67,4) | |
| Όχι | 27 (27,8) | 23 (27) | 4 (32,6) | |
| <i>Εργασία κατά την κύηση</i> | | | | 0,01 |
| Ναι | 50 (50,6) | 45 (52,1) | 5 (40,2) | |
| Όχι | 49 (49,4) | 41 (47,9) | 8 (59,8) | |

Η ύπαρξη ιστορικού ψυχικής νόσου, οι καπνιστικές συνήθειες και η παρουσία θορύβου στις κατοικίες των γυναικών είναι οι παράγοντες εκείνοι που έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης στο δείγμα μας σε επίπεδο μικρότερο του 0,05 (**Πίνακας IV**). Δε βρέθηκε σχέση μεταξύ της προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας των γυναικών, της φυσικής άσκησης πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και του αν δέχονταν βοήθεια για τη φροντίδα του σπιτιού συσχετιζόμενα με την εκδήλωση της νόσου.

Πίνακας IV: Προσωπικοί παράγοντες/τρόπος ζωής και επιλόχεια κατάθλιψη

| Μεταβλητή | Σύνολο N (%) | Χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≤ 12) N (%) | Με επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≥ 13) N (%) | p-value |
|---|-------------------------|--|---|----------------|
| <i>Φροντίδα του σπιτιού πριν την κύηση</i> | | | | 0,28 |
| Μόνη | 81 (87,4) | 70 (87,2) | 11 (88,9) | |
| Με βοήθεια | 10 (10,9) | 9 (10,8) | 1 (11,1) | |
| Κάποιος άλλος το έκανε | 2 (1,7) | 2 (2) | 0 (0) | |
| <i>Φροντίδα του σπιτιού κατά την κύηση</i> | | | | 0,90 |
| Μόνη | 51 (54,2) | 44 (54,2) | 7 (54,8) | |
| Με βοήθεια | 38 (40,4) | 33 (40,6) | 5 (38,9) | |
| Κάποιος άλλος το έκανε | 5 (5,3) | 4 (5,1) | 1 (6,3) | |
| Άλλο | 1 (0,1) | 0 (0) | 1 (0,1) | |
| <i>Προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας</i> | | | | 0,08 |
| Καλή | 80 (85,9) | 70 (86,9) | 10 (79,5) | |
| Μέτρια | 12 (12,7) | 10 (11,9) | 2 (18,1) | |
| Κακή | 3 (1,4) | 1 (1,2) | 2 (2,4) | |
| <i>Ψυχολογικό πρόβλημα γενικά</i> | | | | 0,02 |
| Ναι | 15 (16,9) | 12 (15,6) | 3 (25) | |
| Όχι | 74 (83,1) | 65 (84,4) | 9 (75) | |
| <i>Κάπνισμα κατά την κύηση</i> | | | | 0,05 |
| Καπνίστρια | 34 (34,4) | 29 (33,3) | 5 (41,1) | |
| Μη καπνίστρια | 64 (65,6) | 57 (66,7) | 7 (58,9) | |
| <i>Γυμναστική πριν την κύηση</i> | | | | 0,65 |
| Ναι | 21 (22,4) | 18 (22,7) | 3 (20,6) | |
| Όχι | 72 (77,6) | 62 (77,3) | 10 (79,4) | |

| | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| <i>Γυμναστική κατά την κύηση</i> | | | | 0,56 |
| Ναι | 6 (6,6) | 5 (6,4) | 1 (7,9) | |
| Όχι | 87 (93,4) | 76 (93,6) | 11 (92,1) | |
| <i>Θόρυβος στο σπίτι</i> | | | | 0,02 |
| Ναι | 25 (25,5) | 20 (24,2) | 5 (34,1) | |
| Όχι | 72 (74,5) | 64 (75,8) | 8 (65,9) | |

Αναφορικά με την επίδραση των παραγόντων που δρουν κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού και σχετίζονται με την πορεία της εγκυμοσύνης και τη γέννηση του παιδιού, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση σε καμία από τις μεταβλητές. Έτσι, διαπιστώνεται ότι δεν επηρεάζεται η εκδήλωση συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης ούτε από το χρονικό διάστημα που προσπαθούσε να μείνει έγκυος η γυναίκα ούτε από τον αριθμό άλλων παιδιών που μπορεί να έχει. Επίσης, ο τύπος του τοκετού, το φύλο του μωρού, η εισαγωγή του σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και το χαμηλό βάρος γέννησής του δε φαίνεται να συσχετίζονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (**Πίνακας V**).

Πίνακας V: Παράγοντες αναφορικά με την εγκυμοσύνη, του τοκετού και το παιδί και η συσχέτιση τους με την επιλόχεια κατάθλιψη

| Μεταβλητές | Σύνολο N (%) | Χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≤ 12) N (%) | Με επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≥ 13) N (%) | p-value |
|--|-----------------|---|--|---------|
| <i>Πόσο καιρό προσπαθούσε να μείνει έγκυος</i> | | | | 0,91 |
| Τυχαία | 63 (63,5) | 55 (63,3) | 8 (64,9) | |
| Αμέσως | 10 (9,9) | 8 (9,8) | 2 (10,7) | |
| 1-2 μήνες | 9 (9,4) | 8 (9,7) | 1 (7,6) | |
| 3-5 μήνες | 8 (8) | 7 (8,2) | 1 (6,9) | |
| 6-12 μήνες | 9 (9,1) | 8 (9) | 1 (9,9) | |
| <i>Αριθμός άλλων ζωντανών παιδιών</i> | | | | 0,57 |
| 0 | 14 (20,3) | 12 (19,9) | 2 (22,6) | |
| 1 | 35 (51,7) | 31 (52,4) | 4 (47,3) | |
| 2 | 15 (21,6) | 12 (20,9) | 3 (25,8) | |
| 3 | 4 (5,4) | 3 (5,6) | 1 (4,3) | |
| 4 | 1 (1) | 1 (1,2) | 0 (0) | |
| <i>Τύπος τοκετού</i> | | | | 0,59 |
| Φυσιολογικός | 54 (48,6) | 45 (49) | 9 (46,3) | |
| Καισαρική | 55 (51,4) | 47 (51) | 8 (53,7) | |
| <i>Επιπλοκές κατά τον τοκετό</i> | | | | 0,23 |
| Ναι | 4 (4,2) | 3 (3,9) | 1 (6,3) | |
| Όχι | 90 (95,8) | 79 (96,1) | 11 (93,7) | |
| <i>Εισαγωγή σε ΜΕΝΝ</i> | | | | 0,43 |
| Ναι | 16 (16,1) | 13 (15,7) | 3 (18,9) | |
| Όχι | 82 (83,9) | 72 (84,3) | 10 (81,1) | |
| <i>Φύλο παιδιού</i> | | | | 0,48 |
| Αγόρι | 55 (51) | 48 (51,5) | 7 (48,3) | |
| Κορίτσι | 53 (49) | 45 (48,5) | 8 (51,7) | |
| <i>Χαμηλό βάρος γέννησης μωρού</i> | | | | 1,00 |
| Ναι | 7 (6,7) | 6 (6,7) | 1 (6,8) | |

| | | | | |
|-----|------------|-----------|-----------|--|
| Όχι | 100 (93,3) | 87 (93,3) | 13 (93,2) | |
|-----|------------|-----------|-----------|--|

Επιπλέον, η στατιστική σημαντικότητα των δεδομένων με το όριο στο 12 συγκρίθηκε με τις άλλες δύο εναλλακτικές κατηγοριοποιήσεις, αυτή του ορίου στο 9 και της δεύτερης με τις τρεις κατηγορίες για το σκορ (**Πίνακας VI**). Από τη σύγκριση αυτή παρατηρείται ότι η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία κατά την κύηση και η ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος κάποια στιγμή στη ζωή της μητέρας παραμένουν στατιστικά σημαντικές, ανεξάρτητα από το αν θα εφαρμοστεί πιο αυστηρή κατηγοριοποίηση (με όριο το 9) ή όχι (με όριο το 12). Αντίθετα, στη μόρφωση της μητέρας, το θόρυβο στο σπίτι και το κάπνισμα, στατιστικά σημαντικά βγαίνουν τα αποτελέσματα των δύο από τις τρεις κατηγοριοποιήσεις, γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι η διαφορά δεν έγκειται μεταξύ των τριών κατηγοριοποιήσεων, αλλά μεταξύ του ορίου στο 9 και το 12.

Πίνακας VI: Σύγκριση στατιστικής σημαντικότητας των κατηγοριοποιήσεων του σκορ του ερωτηματολογίου

| Μεταβλητή | Κατηγοριοποίηση EPDS | | |
|--|----------------------|--------------|-------------------|
| | EPDS 9 | EPDS 12 | EPDS 3 κατ. |
| Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες | | | |
| Ηλικία μητέρας | 0,14 | 0,68 | 0,32 |
| Εποχικότητα γέννησης μητέρας | 0,35 | 0,12 | 0,37 |
| Καταγωγή μητέρας | 0,58 | 0,60 | 0,83 |
| Καταγωγή πατέρα | 0,39 | 0,17 | 0,40 |
| Οικογενειακή κατάσταση | 0,05 | 0,001 | 0,01 |
| Μόρφωση μητέρας | 0,01 | 0,15 | 0,03 |
| Μόρφωση πατέρα | 0,41 | 0,92 | 0,32 |
| Αγροτική-Αστική κατοικία | 0,50 | 0,07 | 0,11 |
| Πεδινή-Ημιορεινή-Ορεινή κατοικία | 0,91 | 0,47 | 0,42 |
| Εργασία πριν την κύηση | 0,03 | 0,21 | 0,07 |
| Εργασία κατά την κύηση | 0,004 | 0,01 | 0,01 |
| Προσωπικοί παράγοντες/τρόπο ζωής | | | |
| Φροντίδα του σπιτιού πριν την κύηση | 0,49 | 0,28 | 0,63 |
| Φροντίδα του σπιτιού κατά την κύηση | 0,60 | 0,90 | 0,61 |
| Προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας | 0,51 | 0,08 | 0,26 |
| Ψυχολογικό πρόβλημα γενικά | < 0,001 | 0,02 | < 0,001 |
| Κάπνισμα κατά την κύηση | 0,07 | 0,05 | 0,19 |
| Γυμναστική πριν την κύηση | 0,09 | 0,65 | 0,14 |
| Γυμναστική κατά την κύηση | 0,65 | 0,56 | 0,82 |
| Θόρυβος στο σπίτι | 0,20 | 0,02 | 0,05 |
| Παράγοντες σχετιζόμενοι με εγκυμοσύνη, τοκετό και παιδί | | | |
| Πόσο καιρό προσπαθούσε να μείνει έγκυος | 0,88 | 0,91 | 0,95 |
| Αριθμός άλλων ζωντανών παιδιών | 0,90 | 0,57 | 0,86 |
| Τύπος τοκετού | 0,78 | 0,59 | 0,82 |
| Επιπλοκές κατά τον τοκετό | 0,46 | 0,23 | 0,44 |
| Εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών | 0,22 | 0,43 | 0,43 |
| Φύλο παιδιού | 0,83 | 0,48 | 0,74 |
| Χαμηλό βάρος γέννησης μωρού | 0,58 | 1,00 | 0,81 |

4.3 Πολυπαραγοντική ανάλυση

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση που ακολούθησε, (**Πίνακας VII**), προέκυψε ότι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση ενάντια στην επιλόχεια κατάθλιψη, χωρίς, όμως, να είναι στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα. Ωστόσο, υπάρχει η τάση για στατιστική σημαντικότητα, δηλώνοντας, παράλληλα, μία σχέση δόσης-απόκρισης. Συγκεκριμένα, οι μητέρες με μέτρια εκπαίδευση έχουν 23% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο, ενώ το ποσοστό αυτό σχεδόν διπλασιάζεται για όσες έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης. Σε ό,τι αφορά την εργασία πριν την κύηση, παρόλο που τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά, ωστόσο παρατηρείται ότι οι γυναίκες που εργάζονταν είχαν κατά 27% μικρότερο κίνδυνο. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 42% για το χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της κύησης, όπου, όμως, τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο 0,01.

Επιπλέον, οι γυναίκες οι οποίες διαμένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν 37% μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη, χωρίς, όμως, πάλι να είναι στατιστικά σημαντικά τα δεδομένα. Το επίπεδο θορύβου που υπάρχει στις κατοικίες τους επιδρά κατά 73% στην εμφάνιση της νόσου και είναι στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο μικρότερο του 0,01. Το αν δέχονταν βοήθεια για τη φροντίδα του σπιτιού κατά τη διάρκεια της κύησης δεν έχει δώσει ξεκάθαρα και στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, ωστόσο όταν οι μητέρες ανέθεταν τις δουλειές

του σπιτιού σε κάποιο άλλο άτομο φαίνεται να είχαν 31% αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη.

Μία τάση για στατιστική σημαντικότητα διαφαίνεται στην αντίληψη που έχουν για το επίπεδο της υγείας τους όταν είναι όχι και τόσο καλό, όπου υπάρχει 66% μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, μία πιθανότητα η οποία είναι μεγαλύτερη από διπλάσια όταν θεωρούν κακή την υγεία τους (δεν υπάρχει τάση για σημαντικότητα εδώ). Ωστόσο, όταν υπολογίζεται η τάση για τη σχέση δόσης-απόκρισης, είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $< 5\%$. Η εμφάνιση ψυχολογικού προβλήματος ή νόσου κάποια στιγμή πριν τον τοκετό, είτε πρόκειται για τη διάρκεια της κύησης, είτε για προγενέστερο αυτής χρονικό διάστημα, ενέχει 82-86% υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης και είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο μικρότερο του 0,05.

Ο τρόπος ζωής της εγκύου φαίνεται, επίσης, ότι επηρεάζει τη δημιουργία της νόσου, καθώς μία τάση για στατιστική σημαντικότητα δείχνει ότι το 41% όσων καπνίζουν διατρέχουν κίνδυνο. Από την άλλη, το 84% όσων διέκοψαν το κάπνισμα λόγω της κύησης, έχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει επιλόχεια κατάθλιψη. Ακόμη, οι γυναίκες που γυμνάζονταν πριν την κύηση έχουν 11% μικρότερο κίνδυνο να νοσήσουν, αν και τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

Τέλος, οι καταστάσεις που δημιουργούνται στον τοκετό, αλλά και κατά την περιγεννητική περίοδο φαίνεται να επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της γυναίκας, χωρίς, ωστόσο, να είναι στατιστικά σημαντικές. Έτσι, παρατηρείται ότι οι επιπλοκές κατά τον τοκετό ενέχουν 84% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, η εισαγωγή του παιδιού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας 44% αυξημένο κίνδυνο και το χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού 16%.

Πίνακας VII : Πολυπαραγοντική ανάλυση επιλόχειας κατάθλιψης

| Μεταβλητή | N (%) | RR | 95% CI | p-value |
|---|--------------|-----------|---------------|----------------|
| <i>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</i> | 97 (91,5) | | | |
| Χαμηλό | | 1,00 | | |
| Μέτριο | | 0,77 | 0,48-1,24 | 0,28 |
| Υψηλό | | 0,58 | 0,33-1,02 | 0,06 |
| <i>p-value for trend</i> | | | | 0,06 |
| <i>Κατοικία</i> | 95 (88,1) | | | |
| Αστική | | 1,00 | | |
| Αγροτική | | 1,37 | 0,88-2,11 | 0,16 |
| <i>Θόρυβος στο σπίτι</i> | 96 (88,8) | | | |
| Όχι | | 1,00 | | |
| Ναι | | 1,73 | 1,15-2,58 | 0,01 |
| <i>Εργασία πριν την κύηση</i> | 96 (89,3) | | | |
| Όχι | | 1,00 | | |
| Ναι | | 0,73 | 0,48-1,10 | 0,13 |
| <i>Εργασία κατά την κύηση</i> | 98 (91,2) | | | |
| Όχι | | 1,00 | | |
| Ναι | | 0,58 | 0,39-0,85 | 0,01 |
| <i>Φροντίδα σπιτιού κατά την κύηση</i> | 89 (82,7) | | | |
| Μόνη | | 1,00 | | |
| Με βοήθεια | | 0,97 | 0,64-1,46 | 0,88 |
| Κάποιος άλλος το έκανε | | 1,31 | 0,58-2,97 | 0,52 |
| Άλλο | | 0,00 | 0,00 | 1,00 |
| <i>p-value for trend</i> | | | | 0,88 |
| <i>Προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας</i> | 89 (82,9) | | | |
| Καλή | | 1,00 | | |
| Μέτρια | | 1,66 | 0,98-2,80 | 0,06 |
| Κακή | | 2,25 | 0,61-8,35 | 2,23 |
| <i>p-value for trend</i> | | | | 0,03 |
| <i>Ψυχολογικό πρόβλημα γενικά</i> | 88 (82) | | | |

| | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|-------------|
| Όχι Ναι | | 1,00 1,86 | 1,16-2,98 | 0,01 |
| <i>Κάπνισμα κατά την κύηση</i> Μη καπνίστρια Καπνίστρια | 97 (89,8) | 1,00 1,41 | 0,96-2,07 | 0,08 |
| <i>Γυμναστική πριν την κύηση</i> Όχι Ναι | 89 (82,5) | 1,00 0,89 | 0,55-1,43 | 0,63 |
| <i>Επιπλοκές κατά τον τοκετό</i> Όχι Ναι | 87 (81,2) | 1,00 1,84 | 0,82-4,13 | 0,14 |
| <i>Εισαγωγή σε ΜΕΝΝ</i> Όχι Ναι | 90 (83,8) | 1,00 1,44 | 0,86-2,40 | 0,17 |
| <i>Χαμηλό βάρος γέννησης μωρού</i> Όχι Ναι | 99 (91,6) | 1,00 1,16 | 0,51-2,61 | 0,73 |

Όλες οι μεταβλητές έχουν ελεγχθεί με βάση τους συγχυτικούς παράγοντες που είναι η ηλικία της μητέρας, η καταγωγή της, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών που γέννησε με τα οποία συμμετέχει στη μελέτη.

5. Συζήτηση- Προτάσεις

Από τη μελέτη που διενεργήθηκε βρέθηκε ότι το 13,6% των μητέρων είχε αυξημένο σκορ στο ερωτηματολόγιο επιλόχειας κατάθλιψης. Τα ευρήματά μας επιβεβαιώνονται από τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα, όπως φαίνεται σε μία μελέτη των Glavin K., Smith L. & Sorum R. το 2009, όπου υπολογίζοντας τον επιπολασμό σε δύο επαρχίες της Νορβηγίας, με 2227 γυναίκες καταγράφηκε ότι κυμαινόταν από 9-14,4%.

Δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταγράφουν την επίπτωση κατάθλιψης και άγχους να είναι περίπου στο 8-10% κατά την εγκυμοσύνη και 13% μετά τον τοκετό. (WHO, 2008a).

Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής και επαγγελματικής κατάστασης της μητέρας και της επιλόχειας κατάθλιψης. Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση και όσο περισσότερο αυξάνεται, τόσο μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλότερος σε κατοίκους αγροτικών περιοχών, ενώ η ισχυρή συσχέτισή της με το θόρυβο που υπάρχει στις κατοικίες τους μπορεί να αποτελεί μία αμφίδρομη σχέση, καθώς είναι πιθανό οι γυναίκες με ψυχολογικά προβλήματα να έχουν αυξημένη ευαισθησία σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως είναι η ύπαρξη θορύβου. Σημαντική επίδραση στην ψυχολογία της γυναίκας φαίνεται να έχει η αντίληψή της για την κατάσταση της υγείας της, καθώς όταν τη θεωρεί μέτρια, υπάρχει 65% αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου, ενώ η πιθανότητα αυτή

διπλασιάζεται όταν τη θεωρεί κακή. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, επίσης, φαίνεται να διαδραματίζει και το ιστορικό κατάθλιψης το οποίο επιτείνει τον κίνδυνο νόσησης. Η γυμναστική βρέθηκε ότι έχει προστατευτική επίδραση στην ψυχολογία της μητέρας, ενώ καταστάσεις όπως οι επιπλοκές κατά τον τοκετό, η εισαγωγή του μωρού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας και το χαμηλό βάρος γέννησης του δρουν δυσμενώς στην ψυχική της υγεία. Τέλος, αυξημένος επιπολασμός παρατηρήθηκε σε πρώην καπνίστριες, αλλά και σε γυναίκες που κάπνιζαν κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους.

Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώνονται και από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, καθώς οι γυναίκες που έκαναν μέτρια φυσική δραστηριότητα κατά την κύηση είχαν χαμηλότερα σκορ στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, όπως φαίνεται από τη μελέτη των Nordhagen I.H. & Sundgot-Borgen J. το 2002 στη Νορβηγία. Επίσης, όταν ένα μωρό γεννηθεί πρόωρα και χρειαστεί να νοσηλευθεί τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, αυτό έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία ολόκληρης της οικογένειας και κυρίως της μητέρας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται στρες και να υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης σε ποσοστό 40%, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης της μητέρας έχουν μειωμένη πιθανότητα για εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου σύμφωνα με τη μελέτη των Davis L., Edwards H., Mohay H. & Wollin J. το 2003 στην Αυστραλία. Επιπλέον, όπως έχει τεκμηριωθεί, οι γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης έχουν χαμηλότερο εισόδημα και μόρφωση, προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και μικρότερη κοινωνική στήριξη σε σύγκριση με όσες δεν εκδηλώνουν συμπτωματολογία (Howell E.A., Mora P., Leventhal H., 2006). Ακόμα, σαν παράγοντες κινδύνου έχουν αναγνωριστεί το νεαρό της ηλικίας της μητέρας, το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το να είναι άνεργες για μεγάλο χρονικό διάστημα και το να έχουν προηγηθεί πολλοί τοκετοί. (Mayberry L.J., Horowitz J.A., Declercq E., 2007).

Από την άλλη, σε αντίθεση με τα δεδομένα της μελέτης των Glavin K., Smith L. & Sorum R., (2009), οι οποίοι βρήκαν ότι οι γυναίκες

ηλικίας άνω των 36 ετών είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό της νόσου, στη συγκεκριμένη μελέτη, δε βρέθηκε συσχέτιση. Επιπλέον, σε μία μελέτη στη Βρετανία σχετικά με το κάπνισμα, φάνηκε ότι η διακοπή του έχει σαν αποτέλεσμα μειωμένο σκορ στο ερωτηματολόγιο για τα συμπτώματα της κατάθλιψης, γεγονός το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα δεδομένα της μελέτης όπου οι πρώην καπνίστριες έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τη νόσο. (Munafa M.R., Heron J., Araya R., 2008).

Η έγκαιρη ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι απαραίτητη για την πρόληψη των επιπλοκών τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Με τα δεδομένα από την παρούσα έρευνα θα είναι δυνατή η σύγκριση με αντίστοιχες διεθνείς και εθνικές μελέτες, ώστε να επανακαθοριστούν οι στόχοι που χρειάζεται να επιτευχθούν και οι μέθοδοι που χρειάζεται να εφαρμοστούν για το εθνικό, αλλά και ειδικότερα το τοπικό, σχέδιο Δημόσιας Υγείας. Από ένα τέτοιο σχέδιο δε θα μπορούσαν να λείπουν οι στόχοι που αναφέρονται στην ψυχική υγεία των γυναικών, καθώς αποτελούν σημαντικό κρίκο στην αλυσίδα προαγωγής της υγείας, αφού έχουν ένα βασικό και καιρικό ρόλο, αυτόν της μητέρας. Αυτό συμβαίνει διότι η ψυχολογία της μητέρας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχική και τη γενικότερη υγεία και ανάπτυξη του παιδιού, η οποία, στη συνέχεια, έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία της μητέρας. Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης θα αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για όλο τον πληθυσμό προκειμένου να προβεί σε ατομικές ενέργειες πρόληψης των ασθενειών και προαγωγής της υγείας του, σε συνδυασμό, βέβαια, με τις συντονισμένες δράσεις των σχετικών φορέων της πολιτείας.

Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να διαψευστούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε να διερευνηθούν δεδομένα τα οποία να διευκρινίζουν περισσότερους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, όπως είναι η σχέση της μητέρας με το σύζυγο πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης,

εάν υπάρχει ιστορικό κακοποίησης της από το σύζυγο ή από κάποιο άλλο πρόσωπο και, σε περίπτωση που έχει συμβεί κάτι τέτοιο, κατά πόσο υπήρχαν δίκτυα στην τοπική κοινωνία για υποστήριξη ή αν υπήρχε κοινωνική προκατάληψη πάνω στο θέμα κ.τ.λ. Παράλληλα, χρήσιμη θα ήταν η έρευνα σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών εκθέσεων, όπως είναι τα βαρέα μέταλλα και τα ικνοστοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να επιτείνουν ή να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου. Επίσης, αναφορικά με το άγχος, το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή της καινούριας μητέρας, χρήσιμες θα ήταν πληροφορίες από ερωτήσεις ανοικτού τύπου, όπου θα μπορούσε η γυναίκα να συμπληρώσει τους παράγοντες εκείνους που της προκαλούν άγχος, πριν αλλά και αφότου γεννηθεί το μωρό της, και, κυρίως, εάν αισθάνεται οικονομικά ανεξάρτητη να μεγαλώσει το παιδί της.

Ακόμη, σε περίπτωση που η μητέρα δεν προέρχεται από το μέρος όπου διενεργείται η έρευνα, τα δεδομένα για τον τόπο καταγωγής της, καθώς και οι λόγοι που την οδήγησαν να μεταναστεύσει θα μπορούσαν να αποκαλύψουν σημαντικές πληροφορίες. Επιπρόσθετα, ο βαθμός στον οποίο επιθυμούσε τη συγκεκριμένη εγκυμοσύνη ή το φύλο του παιδιού που περίμενε, αλλά και το κατά πόσο ο πατέρας έχει καλή σχέση με τυχόν υπάρχοντα άλλα μέλη της οικογένειας θα έδιναν τη δυνατότητα στον ερευνητή να εμβαθύνει ακόμη περισσότερο στα αίτια και άρα στη δυνατότητα αντιμετώπισης της νόσου. Τέλος, ιδιαίτερης σημασίας είναι ο καθορισμός του τύπου της προσωπικότητας των γυναικών, προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν για να μπορούν να συγκριθούν ανάλογα, καθώς τα άτομα με προσωπικότητα τύπου Α έχει βρεθεί ότι έχουν περισσότερο στρες, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχική υγεία και ειδικά η επιλόχεια κατάθλιψη, είναι ένα θέμα το οποίο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για την αποφυγή όλων των δυσμενών επιπτώσεων που συνεπάγονται από αυτή. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο θέμα, τόσο στην κατανόηση, όσο και στην αντιμετώπιση, και είναι απαραίτητοι προσεκτικοί χειρισμοί για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής

των γυναικών και του άμεσου περιβάλλοντός τους. Υπάρχει η ελπίδα η έρευνα αυτή να αποτελέσει εναρκτήριο λάκτισμα για περαιτέρω διερεύνηση και εισαγωγή μεθόδων και χειρισμών που σκοπό θα έχουν να δώσουν αποτελεσματικές λύσεις για τη μείωση του επιπολασμού της νόσου, αλλά και της έντασης των συμπτωμάτων της.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Κουλάκογλου, Κ. (2002). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μωραΐτου, Μ. (2004). *Το Βίωμα της Μητρότητας*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Νέστορος, Ι.Ν. (2002). *Η Ψυχοπαθολογία της Σύγχρονης Ζωής*. Ρέθυμνο: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις.
- Παπαζήσης, Γ. (2006). *Επιλόχεια Ψύχωση*. 4η Επιστημονική διημερίδα του Τμήματος Μαιευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abou-Saleh, M.T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M. & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23(5), 465-475.
- Anthony EJ, Benedek T. 1975, Depression and human existence. Little, Brown and Company, USA, p. 350-355
- Austin, M., Tully, L. & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 169-174.
- Barber, J.S., Axinn, W.G. & Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3),231-257.
- Bloch, M., Rotenberg. N., Koren, D. & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3-8.
- Boath, E.H., Pryce, A J. & Cox, J.L. (1998). Postnatal depression: the impact on the family. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16(2-3), 199-203.
- Boyce, P, Hickie, I. & Parker, G. (1991). Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders*, 27(4), 245-255.
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and Mental Health*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press.
- Brockington, I. (2008). Μαιευτικές και γυναικολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές. Στο M. Gelder,

J. Lopez-Ibor & N. Andreasen (Εκδ.), *Σύγχρονη Ψυχιατρική* (1633-1653). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Brugha, T.S., Sharp, H.M., Cooper, S.A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Kirwan, P.H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 25(1), 63-79.
- Buist, A., Morse, C.A. & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.
- Cantwell, R. & Cox, J.L. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy. *Current Obstetrics & Gynecology*: 16(1), 14-20.
- Cheng, D., Schwarz, E.B., Douglas, E. & Horon, f. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception* 79(3), 194-198.
- Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. 2003, The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev.* 73(1-2):61-70
- Dimitrovsky, L., Lev, S. & Itskowitz, R. (1998). Relationship of maternal and general self-acceptance to pre- and post-partum affective experience. *The Journal of Psychology*, 132(5), 507-516.
- Downs, D.S., DiNallo J.M. & Kirner, T.L. (2008). Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of

depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 36(1), 54-63.

- Feksi, A., Harris, B., Walker, R.F., Riad-Fahmy, O. & Newcombe, R.G. (1984). Maternity blues and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*, 6(3-4), 51-355.
- Gard, mR., Handley, p.i Parsons, A.D., Waldron, D. (1986). A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *British Journal of Psychiatry*, 148, 567-575.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, P., Depression prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, 119, 1-8.
- Glavin K, Smith L & Sorum R. 2009, Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway, *Scand J Caring Sci*.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., C. Christodoulou, d .N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 107-115.
- Goyal, D., (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*, 20(2), 96-114.
- Gregoire, A.J.P., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. & Studd, J.W.W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet*, 347(9006), 930-933.
- Hammen C. 1997, Depression, Psychology Press, 1997. p:18-19, 50-57, 72-73, 104- 105, 112-113

- Handley, S.L., Dunn, T.L., Baker, J.M., Cockshott, C. & Gould S. (1977). Mood changes in the puerperium and plasma tryptophan and Cortisol concentrations. *British Medical Journal*, 2(6078), 18-22.
- Hanley, J. (2009). *Perinatal Mental Health*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Heidrich. A., Schlever. M., Spingler, H., Albert. P., Knoche, M., Fritze, J. & Lanczik, M. (1994). Postpartum blues: relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *Journal of Affective Disorders* 30(2), 93-98.
- Henshaw, C.A. & Cox, J.L. (1995). Postnatal depression. *Current Obstetrics and Gynecology*. 5(2), 70-74.
- Hiltunen, P. (2003). Maternal postnatal depression, causes and consequences. *Finland: University of Oulu*.
- Howell EA, Mora P, Leventhal H. 2006, Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J.* 10(2): 149-57
- Kendall-Tackett, K. (2008). Clinics in human lactation non-pharmacological treatments for depression in new mothers. *Amarillo: Hale Publishing*.
- Kumar, R. & Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144(1), 35-47.
- Leathers, S.J. & Kelley, M.A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiaty*, 70(A), 523-531.

- Leung, M.Y.B. & Kaplan, J.B. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), 1566-1575.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
- Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercg E. 2007, Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 36(6):542-9
- Munafo MR, Heron J, Araya R. 2008, Smoking patterns during pregnancy and postnatal period and depressive symptoms. *Nicotine Tob Res*. 10(11): 1609-20.
- Munoz, C., Janyce, A., Haeger, A. & Sivertsen, L. (2006). Postpartum depression: detection and treatment in the primary care setting. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2(4), 247-253.
- Murray, L. & Stain, A. (1989). The effects of postnatal depression on the infant. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3(4), 921-933.
- Murray, L. & Hipwell, A. (1995). The impact on the child of maternal psychiatric disorders occurring after childbirth. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 5(2), 75-80.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity -Infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.

- Murray, L. & Cooper, P.J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), 99-101.
- Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. 2002, Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related symptoms of depression. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 122(5):470-4
- Nott, P.M., Franklin, M., Armitage, C. & Gelder, M.G. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry* 128(4), 379 - 383.
- O'Hara, M.t., Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 5(1), 37-54.
- O'Hara, O., (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Στο L. Murray & P.J. Cooper (Εκδ.), *Postpartum depression and child development* (3-31). Νέα Υόρκη: The Guilford Press.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S. & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316-321.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis: A national clinical guideline. *Scotland*.

- Stein A, Gath, D.H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P.J. (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158(1), 46-52.
- Sugawara, M., Toda, M.A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K., Kitamura, T. (1997). Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 225-232.
- Sugawara, M., Kitamura, T., Toda, M.A., Shima, S. (1999). Longitudinal relationship between maternal depression and infant temperament in a Japanese population. *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), 869-880.
- Sutter-Dallay, A.L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E. & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 79(8), 459-463.
- Webster, J., Pritchard, M.A., Creedy, D., East, C. (2003). A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth*, 30(2), 101- 108.
- Wilen. M.J. & Mounts. O.K. (2006). Women with depression. *Maternal and Child Health Journal* 10, 183-187.
- Williamson, s . & McCutcheon, e . (2004). Postnatal depression: a review of current literature. *Australian Midwifery*, 77(4), 11-16.
- WHO. 2008a, Maternal Mental Health & Child Health and Development. Available at:
www.who.int/mental_health/prevention/suicide/MaternalMH/en/

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ

I. Ερωτηματολόγιο 30^{ης} εβδομάδας κύησης

1.1 Πότε γεννηθήκατε; _____/_____/_____

1.2 Πού μένετε;

1.2.1 ΝΟΜΟΣ : 1. Λάρισας

2. Άλλο

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.2.2 Διεύθυνση _____

1.2.3 Γειτονιά/Περιοχή/Συνοικία _____

1.2.4 Κοινότητα/Πόλη _____

1.2.5 Επαρχία _____

1.3 Πώς θα περιγράφατε καλύτερα την εθνική σας καταγωγή;

1. Ελληνική
 2. Αλβανική
 3. Βουλγάρικη
 4. Ρουμάνικη
 5. Γεωργιανή
 6. Ρωσική
 7. Άλλο
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.4 Είστε:

1. Έγγαμη
 2. Αρραβωνιασμένη
 3. Άγαμη
 4. Διαζευγμένη
 5. Χήρα
 6. Άλλο
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.5 Έχει αλλάξει κάτι στην οικογενειακή σας κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη σας;

0. Όχι
 1. Ναι
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.6 Εάν ναι, επιλέξτε, παρακαλώ, την πρόταση που ταιριάζει καλύτερα στην τωρινή σας κατάσταση:

1. Μένετε με τον πατέρα του παιδιού που περιμένετε/σύντροφο σας
 2. Μένετε με τους γονείς σας
 3. Μένετε μόνη σας
 4. Άλλο.....
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.7 Ποια είναι η πιο υψηλή βαθμίδα εκπαίδευσης που έχετε συμπληρώσει;

0. Δεν πήγα σχολείο

1. Δημοτικό σχολείο χωρίς να το ολοκληρώσω, αλλά μπορώ να διαβάσω και να γράψω

2. Τελείωσα το δημοτικό σχολείο

3. Ολοκλήρωσα την _____ τάξη του Γυμνασίου

4. Τελείωσα γυμνάσιο

5. Ολοκλήρωσα την _____ τάξη του Λυκείου

6. Τελείωσα λύκειο

7. Φοίτησα _____ χρόνια σε ανώτερη σχολή

8. Τελείωσα Ανωτέρα Σχολή (ΚΑΤΕΕ/ΣΕΛΕΤΕ)

9. Φοίτησα _____ χρόνια σε πανεπιστημιακή σχολή

10. Τελείωσα πανεπιστήμιο (ΑΕΙ/ΤΕΙ)

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.8 Εργάζεστε τώρα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.9 Τι δουλειά κάνετε/κάνατε πριν την εγκυμοσύνη;

0. Δεν εργαζόμουν

1. Μισθωτή

2. Ελεύθερη επαγγελματίας

3. Αγρότισσα

4. Ήμουν άνεργη, αλλά έψαχνα εργασία

5. Άνεργη λόγω προβλημάτων υγείας

6. Φοιτήτρια

7. Συνταξιούχος

8. Άλλο (διευκρινίστε) _____

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.10 Αν ναι, πώς άλλαξε η επαγγελματική σας κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη;

1. Δεν εργάζομαι πλέον
 2. Εργάζομαι με μειωμένο ωράριο
 3. Ξεκίνησα να εργάζομαι
 4. Απασχολούμαι σε άλλη εργασία
 5. Άλλο.....
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.11 Πώς θα περιγράφατε καλύτερα την εθνική καταγωγή του πατέρα;

1. Ελληνική
 2. Αλβανική
 3. Βουλγάρικη
 4. Ρουμάνικη
 5. Γεωργιανή
 6. Ρωσική
 7. Άλλο _____
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.12 Ποια είναι η πιο υψηλή βαθμίδα εκπαίδευσης που έχει συμπληρώσει;

0. Δεν πήγε σχολείο
1. Δημοτικό σχολείο χωρίς να το ολοκληρώσει, αλλά μπορεί να διαβάσει και να γράψει
2. Τελείωσε Δημοτικό σχολείο
3. Ολοκλήρωσε την _____ τάξη του Γυμνασίου
4. Τελείωσε γυμνάσιο
5. Ολοκλήρωσε την _____ τάξη του Λυκείου
6. Τελείωσε Λύκειο
7. Φοίτησε _____ χρόνια σε Ανώτερη Σχολή
8. Τελείωσε Ανώτερα Σχολή (ΚΑΤΕΕ/ΣΕΛΕΤΕ)
9. Φοίτησε _____ χρόνια σε Πανεπιστημιακή Σχολή
10. Τελείωσε Πανεπιστήμιο (ΑΕΙ/ΤΕΙ)

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.13 Για πόσο καιρό προσπαθούσατε να μείνετε έγκυος αυτή τη φορά;

1. Δεν προσπαθούσα να μείνω έγκυος, έμεινα έγκυος τυχαία
2. Δεν προσπάθησα καθόλου, έμεινα έγκυος αμέσως
3. 1-2 μήνες
4. 3-5 μήνες
5. 6-12 μήνες
6. Πάνω από χρόνο

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.14 Πόσα παιδιά έχετε;

1.

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.15 Είχατε σε προηγούμενο τοκετό επιλόχεια κατάθλιψη;

0. Όχι
1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.16 Σας έχει πει ποτέ γιατρός ότι πάσχετε από θυρεοειδοπάθεια;

0. Όχι
1. Ναι
2. Ναι, μόνο σε σχέση με την εγκυμοσύνη

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.17 Είχατε υποφέρει ποτέ από κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχιατρική νόσο;

0. Όχι
1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.18 Υποφέρετε από αυτό το πρόβλημα/νόσο κατά τη διάρκεια της τωρινής εγκυμοσύνης σας;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.19 Πόσο θόρυβο έχει το σπίτι σας;

1. Πολύ

2. Αρκετό

3. Λίγο

4. Καθόλου

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.20 Καπνίζατε κατά τη διάρκεια αυτής της εγκυμοσύνης σας; Σας παρακαλώ να σκεφτείτε και για την αρχή της εγκυμοσύνης σας.

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.21 Καπνίζετε τώρα;

0. Όχι

1. Ναι

2. Περιστασιακά: α) αρ. τσιγάρων

β) εβδομάδα/μήνα

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.22 Μιλώντας συνολικά, πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο της υγείας σας;

1. Πολύ καλό

2. Καλό

3. Μέτριο

4. Κακό

5. Πολύ κακό

1.23 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών υποφέρατε από κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα/νόσο;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.24 Γυμναζόσασταν πριν μείνετε έγκυος;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.25 Κάνετε κάποιου είδους γυμναστική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας (συμπεριλαμβανομένης και της γυμναστικής στο σπίτι);

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.26 Απασχολείστε στο σπίτι σας με την φροντίδα παιδιών μικρότερων των 15 ετών;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.27 Απασχολείστε στο σπίτι σας με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων άνω των 64 ετών;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.28 Απασχολείστε στο σπίτι σας με την φροντίδα ατόμων με σωματική αναπηρία ή ψυχική νόσο;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.29 Όσον αφορά τις δουλειές του σπιτιού, όπως καθάρισμα, μαγείρεμα, σιδέρωμα κ.τ.λ., πριν μείνετε έγκυος, τις κάνετε μόνη σας ή σας βοηθούσε κάποιος άλλος και ποιος;

1. Τις έκανα μόνη μου
2. Τις έκανα με τη βοήθεια του συζύγου - συντρόφου μου
3. Ο σύντροφος - σύζυγος μου τις έκανε
4. Τις έκανα με τη βοήθεια κάποιου άλλου συγγενικού προσώπου (αδελφή, μητέρα, πεθερά)
5. Τις έκανε κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο (αδελφή, μητέρα, πεθερά)
6. Τις έκανα με τη βοήθεια κάποιας οικιακής βοηθού
7. Τις έκανε οικιακή βοηθός
8. Άλλο.....

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.30 Όσον αφορά τις δουλειές του σπιτιού, όπως καθάρισμα, μαγείρεμα, σιδέρωμα κ.τ.λ., αφότου μείνατε έγκυος, τις κάνετε μόνη σας ή σας βοηθάει κάποιος άλλος, και ποιος;

1. Τις κάνω μόνη μου
2. Τις κάνω με τη βοήθεια του συζύγου - συντρόφου μου
3. Ο σύντροφος - σύζυγος μου τις κάνει
4. Τις κάνω με την βοήθεια κάποιου άλλου συγγενικού προσώπου (αδελφή, μητέρα, πεθερά)
5. Τις κάνει κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο (αδελφή, μητέρα, πεθερά)
6. Τις κάνω με τη βοήθεια κάποιας οικιακής βοηθού
7. Τις κάνει οικιακή βοηθός
8. Άλλο.....

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

II. Ερωτηματολόγιο τοκετού

1. Παρακαλώ γράψτε την ημερομηνία και την ώρα που έγινε ο τοκετός.

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ημέρα | | μήνας | | έτος | | | |

2. Ζωντανό νεογνό:

0. Όχι

1. Ναι

3. Τύπος τοκετού:

1. Φυσιολογικός τοκετός

2. Καισαρική τομή

4. Φύλο παιδιού:

1. Αγόρι

2. Κορίτσι

5. Επιπλοκές κατά τον τοκετό:

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

6. Ανθρωπομετρικά στοιχεία για το νεογνό:

1. Μήκος _____ εκατοστά
2. Περίμετρος κεφαλής _____ εκατοστά
3. Βάρος _____ γραμμάρια

III. Ερωτηματολόγιο EPDS

Τις τελευταίες 7 ημέρες:

1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων.

- Ναι, όπως πάντα
- Όχι και τόσο πολύ πια
- Σίγουρα λιγότερο απ' ότι παλιά
- Καθόλου

2. Έβλεπα το μέλλον με ευχαρίστηση.

- Ναι, όπως πάντα
- Λιγότερο απ' ότι πριν
- Πολύ λιγότερο απ' ότι πριν
- Καθόλου

3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς λόγο, όταν τα πράγματα πήγαιναν στραβά.

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι πολύ συχνά
- Όχι, ποτέ

4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς σοβαρό λόγο.

- Όχι, ποτέ
- Πολύ σπάνια
- Ναι, μερικές φορές
- Ναι, πολύ συχνά

5. Ένιωθα φοβισμένη ή πανικοβλημένη χωρίς ιδιαίτερο λόγο.

- Ναι, αρκετά συχνά
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι, σπάνια
- Όχι, ποτέ

6. Τα πράγματα με έπαιρναν από κάτω.

- Ναι, τις περισσότερες φορές δεν μπορούσα να τα βγάλω πέρα καθόλου
- Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να τα βγάλω πέρα όπως συνήθως
- Όχι, τις περισσότερες φορές τα κατάφερα αρκετά καλά
- Όχι, τα κατάφερα το ίδιο καλά όπως πάντα

7. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ.

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι τόσο συχνά
- Όχι, καθόλου

8. Ένιωθα λυπημένη, χάλια.

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, αρκετά συχνά
- Όχι τόσο συχνά
- Όχι, καθόλου

9. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη που με πιάνανε τα κλάματα.

- Ναι, τον περισσότερο καιρό
- Ναι, αρκετά συχνά
- Κάποιες φορές
- Όχι, καθόλου

10. Μου περνούσε από το μυαλό η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου.

- Ναι, αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Σχεδόν ποτέ
- Ποτέ

