



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η θλίψη της μητρότητας  
(Postpartum blues, maternity blues, baby blues)**

**Δήμητρα Κων. Μπόλη**

**Επιβλέποντες : Μπονότης Κωνσταντίνος  
Δαπόντε Αλέξανδρος  
Καραουλάνης Σωκράτης**

**Λάρισα ,Φεβρουάριος 2014**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών ΜΔΕ « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία» του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας υπό την επίβλεψη του κ. Μπονώτη Κωνσταντίνο ,Λέκτορα της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας , του κ. Δαπόντε Αλέξανδρου Αναπ. Καθηγητή της Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και του κ. Καραουλάνη Σωκράτη Επιμελητή β της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας .

Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω όλους για την ευκαιρία που μου δώσανε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον αντικείμενο που ανταποκρίνεται απολύτως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα καθώς και για την αμέριστη συμπαράσταση και στήριξη τους καθ όλη την διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω προς τον σύζυγο μου και τα παιδιά μου , αλλά και τους γονείς μου για την διαχρονική συμπαράστασή τους.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης και ερευνητής στο Ιατρικό Ερευνητικό Συμβούλιο της Βρετανίας **Daniel Freeman** μετά την ενδελεχή διερεύνηση στοιχείων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που πιέζονται να αποδώσουν σε πολλούς και διαφορετικούς ρόλους αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο πλήθους προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες – από φοβίες ως και κατάθλιψη. *«Τη μεγαλύτερη αιτιώδη σχέση με τα προβλήματα ψυχικής υγείας φαίνεται να έχουν οι καταστάσεις του περιβάλλοντος παρά τα γονίδια»*

Οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, διαταραχής πανικού, φοβιών, αϋπνίας, διαταραχής μετατραυματικού στρες καθώς και διαταραχών της διατροφής σε σύγκριση με τους άνδρες.

Τόσο λοιπόν η κύηση όσο και η λοχεία αποτελούν για την γυναίκα μια περίοδο έντονων και σημαντικότερων αλλαγών ,τόσο βιολογικών όσο και ψυχικών. Από τη μια οι έντονες ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν και από την άλλη οι έντονες αλλαγές στο σώμα , μπορούν να διαταράξουν τη οικογενειακή ισοροπία ,τη σχέση με τον σύζυγο , τη σχέση με τους άλλους που βρίσκονται γύρω της και να ευοδώσουν την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στην λεχώνα .Καταστάσεις που δεν είναι δυνατόν να τις αντιμετωπίσουν όλες οι λεχώνες

## Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή.....	5
Γενικό Μέρος.....	7
Κεφάλαιο 1.....	7
1.1 Η θλίψη της μητρότητας ..... (post partum blues ,maternity blues ,baby blues).....	7
1.2 Συμπτωματολογία της θλίψης της μητρότητας.....	9
1.3 Συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου .....	11
1.4 Αιτιοπαθογένεια του φαινομένου .....	13
1.4.1 Ο ρόλος των ορμονών στην θλίψη της μητρότητας .....	13
1.4.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την γυναίκα και τον τοκετό .....	16
1.4.3 Θηλασμός και θλίψη της μητρότητας.....	17
1.4.4 Αριθμός τοκετών και θλίψη της μητρότητας .....	17
1.4.5 Εκτρώσεις (αυτόματες –Προκλητές ) .....	18
1.4.6 Ψυχιατρικό ιστορικό και θλίψη της μητρότητας.....	18
1.4.7 Rooming in και θλίψη της μητρότητας .....	18
1.4.8 Κύηση και θλίψη της μητρότητας.....	19
1.4.9. Πολιτισμικοί-κοινωνικοί παράγοντες και θλίψη της μητρότητας.....	19
Ειδικό Μέρος .....	21
Κεφάλαιο 2.....	21
2.1 Σκοπός της Μελέτης.....	21
2.2 Υλικό της Μελέτης .....	22
2.3 Μεθοδολογία.....	22
Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα .....	27
Κεφάλαιο 4. Συζήτηση .....	46
Περίληψη .....	48
Abstract .....	49
Βιβλιογραφία.....	50
.....	53



## Εισαγωγή

Η κάθε γυναίκα είναι διαφορετική, όπως και ο κάθε άνθρωπος . Αιτία της διαφορετικότητας είναι και τα συναισθήματα τα οποία βιώνει μια γυναίκα πριν και μετά τη γέννηση ενός μωρού .Η ψυχολογική κατάσταση της παρουσιάζει σύστοιχες αλλαγές καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τη σύλληψη μέχρι και μετά τη γέννηση του νεογνού. Η κορύφωση των συναισθημάτων και οι ψυχοσωματικές αντιδράσεις εξωτερικεύονται σε μια γυναίκα κατά τη γέννηση του νεογνού και την περίοδο της λοχείας .Σημαντικό ρόλο στην έξαρση αυτών κατέχουν η ψυχοσύνθεση και τα βιώματα της κάθε γυναίκας .

Η μετά τον τοκετό περίοδος είναι μια περίοδος πλήρης συναισθημάτων. Για πολλές μητέρες ο ερχομός του νέου μωρού τις βοηθά να ξεπερνάν τυχόν προβλήματα και να εκδηλώνουν θετικά-θα μπορούσαμε να τα πούμε- συναισθήματα: χαράς, αγάπης, ευτυχίας, γαλήνης, πληρότητας, αρμονίας, ευχαρίστησης, περηφάνιας, αγάπης για το μωρό,. Συμβαίνει συχνά όμως ένας σημαντικός αριθμός γυναικών να βιώνει αρνητικά συναισθήματα , όπως: λύπη, μίσος, δυστυχία, απελπισία γιατί δεν ξέρει πώς να χειριστεί τη νέα κατάσταση την οποία βρίσκεται, θυμό, αγωνία, άγχος, φόβος, ντροπή προς τους άλλους αλλά πολλές φορές και προς τον ίδιο το σύζυγο .

Η διαφωνία των ερευνητών - μελετητών εντοπίζεται στον ακριβή προσδιορισμό της ημέρας κατά την οποία κλιμακώνεται (κορυφώνεται) και στην συμπτωματολογία αυτού του ψυχικού φαινομένου μετά τον τοκετό .

Τι είναι όμως αυτό που επηρεάζει τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και έχουμε λοχείες με ή χωρίς maternity blues; Μήπως τα επίπεδα της κορτιζόλης που επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά το πέρας 10 ημερών από τη γέννηση, μήπως η προλακτίνη ,η προγεστερόνη , μήπως παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας ,τον τοκετό ,τον θηλασμό ή δημογραφικοί παράγοντες και παράγοντες που έχουν σχέση με την προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου;

Σκοπός της δικής μας μελέτης θα είναι να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά και η συμπτωματολογία των blues της μητρότητας σε ένα δείγμα του πληθυσμού, που ζει σε ελληνικό αστικό περιβάλλον της επαρχίας, κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων ημερών μετά τη γέννα και να μελετηθεί η σχέση των blues της μητρότητας με κάποιους άλλους παράγοντες ,δημογραφικούς, κοινωνικούς και κλινικούς που σχετίζονται με αυτά.

## Γενικό Μέρος

### Κεφάλαιο 1

#### 1.1 Η θλίψη της μητρότητας

##### (post partum blues ,maternity blues ,baby blues)

Για πολλές μητέρες ο ενθουσιασμός και η ευχαρίστηση του νέου μωρού ξεπερνά τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν. Ορισμένες όμως μητέρες αρχίζουν να νιώθουν πεσμένες ή καταθλιμμένες, ειδικά εάν είναι πολύ κουρασμένες ή ότι δεν φροντίζουν το μωρό τους όπως θα έπρεπε είτε γιατί δεν το έχουν κοντά τους είτε γιατί θεωρούν ότι λόγω του τοκετού ή της καισαρικής τομής δεν μπορούν να βοηθήσουν .

Αναφορές για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα με τον Savage το 1875 (όπως αναφέρει ο Γονιδάκης ,2007) ,ο οποίος χαρακτηρίζει την θλίψη της μητρότητας ως «πυρετός του γάλακτος» τα συμπτώματα της οποίας εκδηλώνονται μεταξύ 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> ημέρας

Αυτή η παροδική συναισθηματική δυσφορία-αλλαγή της διάθεσης μπορεί να παρατηρηθεί σε αρκετές νέες μητέρες. Εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό , σε πολλές γυναίκες, κορυφώνεται μεταξύ 1<sup>ης</sup> με 10<sup>ης</sup> ημέρας μετά τη γέννα και εξαφανίζεται σε 2 εβδομάδες. Η μητέρα κλαίει πιο εύκολα από ότι συνήθως, παρουσιάζει προβλήματα ύπνου και νιώθει εκνευρισμό και λύπη ,άγχος ,κούραση ,εμεταβλητότητα της διάθεσης . Η κατάσταση αυτή είναι πολύ συχνή και αναμενόμενη. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα που νιώθουν ,συμβαίνει να είναι παροδικά και να διαρκούν τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό.

Η θλίψη της μητρότητας χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων όπως αστάθεια της διάθεσης μεταξύ ευφορίας και θλίψης ,υπερευαισθησία, κλάμα χωρίς σχετικό υπόβαθρο, λύπη ,ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης ,άγχος και ευερεθιστότητα. ( Adewuya AO, 2005)

Η επιλόχεια θλίψη χαρακτηρίζεται από ένα φάσμα ήπιων συμπτωμάτων , όπως πτώση διάθεσης , λύπη , δάκρυα , κούραση , φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης , γενικευμένο άγχος, ανησυχία και διαταραχές ύπνου και ορέξεως., στο διάστημα των δέκα

(10) πρώτων ημερών της λοχείας (Rhode et al. , 1997 – Kennerly & Gath 1989–Stein , 1980– Pitt , 1973)

Αυτή η συναισθηματική εμπειρία της νέας μητέρας μπορεί να ξεκινήσει στις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και να διαρκέσει από μία μέρα έως και τρεις εβδομάδες (Henshaw, 2003 - Miller & Rukstalis , 1999).

Παρότι έχει μελετηθεί τα τελευταία 50 χρόνια επισταμένα , δεν υπάρχει ακόμα επίσημος ορισμός του

Για κάποιους συγγραφείς η θλίψη της μητρότητας είναι μια φυσιολογική διεργασία της γέννησης ενός παιδιού. Ωστόσο κάποιοι άλλοι την ενοχοποιούν για αύξηση πιθανότητας εμφάνισης κατάθλιψης σε αρχικό ή μεταγενέστερο στάδιο της λοχείας (Fossey , Papiernik & Bydlowski, 1997 – Hapgood , Elkind & Wright , 1988 – Henshaw , 2003).



## 1.2 Συμπτωματολογία της θλίψης της μητρότητας

Από τους πρώτους συγγραφείς που ασχολήθηκαν με την ανάλυση του φαινομένου της θλίψης της μητρότητας είναι ο Yalom(1968) ο οποίος υποστηρίζει ότι το κυριότερο σύμπτωμα της είναι το κλάμα, το οποίο είναι «σποραδικό, σύντομης διάρκειας και ανεξήγητο από τη λεχιάδα, καθώς δεν υπάρχει πάντα εκλυτικός παράγοντας. Πολλές φορές το κλάμα δεν είναι σύντομο με τη διάθεση της γυναίκας».

Από τους πιο πρόσφατους συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με τις ψυχικές διαταραχές της λοχείας οι Novacs και Cohem (2000), αναφέρουν τη θλίψη της μητρότητας (maternity blues , postpartum blues ,baby blues) ως ψυχική διαταραχή που ακολουθείται από την επιλόχεια ψύχωση και την μεταλόχεια κατάθλιψη.

Οι Godfroid and Charlot(1996) αναφέρουν τη Μετατραυματική Διαταραχή του Άγχους ως τέταρτη διαταραχή της λοχείας μετά από εργώδη ή επιπλεγμένο τοκετό σε ένα ποσοστό 1%.

Οι Kennerley και Gath(1989) βρήκαν ότι η συμπτωματολογία της θλίψης της λοχείας περιλαμβάνει 7 κύρια συμπτώματα, τα οποία οι συγγραφείς ονομάζουν «πρωτογενή αντίδραση θλίψης της λοχείας» (primary blues) και τα οποία είναι: ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ευερεθιστότητα, ευσυγκινησία, κόπωση, «κακοκεφιά», άγχος (κυρίως για το νεογέννητο παιδί) και δυσκολίες στη συγκέντρωση. Η καταθλιπτική διάθεση, ανήκει στα συμπτώματα που είναι λιγότερο συχνά.

Μια σειρά από προϋπάρχουσες δυσκολίες φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση τη θλίψη της μητρότητας όπως η προγεννητική κατάθλιψη ή ύπαρξη κατάθλιψης στο ιστορικό της γυναίκας , καθώς και έντονα προεμμηνορυσιακά συμπτώματα (Henshaw C2003)

Η θλίψη της μητρότητας μπορεί να διαρκέσει από ώρες μέχρι μερικές ημέρες και ότι το φαινόμενο δεν παρατηρείται πέραν της πρώτης εβδομάδας ή του πρώτου δεκαημέρου της λοχείας.

Τα συμπτώματα από τη θλίψη της μητρότητας λέγεται ότι εμφανίζονται πιο συχνά σε γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους ,προβλήματα γάμου , αποδοχής στο ρόλο των μητέρων (Buttner ,2011)

Τα συμπτώματα τη θλίψη της μητρότητας είναι συνήθη και παροδικά και δεν απαιτούν άμεση παρέμβαση από ειδικό ψυχικής υγείας, Όταν διαρκούν περισσότερο από

2 εβδομάδες και προκαλούν την ενόχληση της γυναίκας, η εκτίμηση τους από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντική (NHMRC(2000)).

Ο Reck C et al(2009) πιστεύουν ότι η παράταση των συμπτωμάτων αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και αγχωδών διαταραχών

Οι Lanczik et al το 1991 καταγράφουν με όρους νοσολογικούς ότι η θλίψη της μητρότητας θα μπορούσε να μεταφραστεί και ως ψευδασθένεια παρά ως κατάθλιψη και αυτό διότι στην κλινική εικόνα των γυναικών κυριαρχεί το άγχος και η ερεθιστικότητα παρά η καθαρή καταθλιπτική συμπεριφορά.

Επίσης οι Hannah et al (1992)αναφέρουν ότι η θλίψη της μητρότητας μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με συναισθήματα άγχους και ενοχής παρά με συναισθήματα θλίψης .

Η επιλόχεια θλίψη συνδέεται με την μεταγενέστερη επιλόχεια κατάθλιψη .Επίσης γυναίκες που βιώνουν προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης θλίψης της μητρότητας. ( Reck et al.,2009 – Watanabe et al. ,2008).

### 1.3 Συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου

Είναι ευρύτερα γνωστό ότι ο βαθμός του φαινομένου της θλίψης της μητρότητας ποικίλλει ανάλογα με τον τόπο που έχει διεξαχθεί η κάθε μελέτη. Σημαντικό ρόλο παίζει η πολιτισμική κουλτούρα και παιδεία, η αντιμετώπιση της καθημερινότητας και η οικονομική ευρωστία των λεχιδών που καλούνται να συμμετάσχουν στην εκπόνηση της κάθε μελέτης.

Εκείνο που πρέπει να μας ενδιαφέρει περισσότερο είναι η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου.

Η έλλειψη κοινών διαγνωστικών κριτηρίων με τη χρήση διαφορετικών ερωτηματολογίων και οι διαφορές στη μεθοδολογία της έρευνας παρά το ότι στοχεύουν στο ίδιο αποτέλεσμα είναι δύο από τους βασικούς λόγους της μεγάλης απόκλισης συμπερασμάτων και ποσοστών με την εμφάνισή του.

Σε πάρα πολλές έρευνες βλέπουμε διαφορετικά αποτελέσματα στις μέρες κορύφωση της θλίψης, που έχει παρατηρηθεί τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Οι Kendell et al. (1981) παρατηρούν ότι υπάρχει κορύφωση του φαινομένου την 4<sup>η</sup> έως 6<sup>η</sup> ημέρα, την 5<sup>η</sup> ημέρα ο Adewuya, (2005) και την 3<sup>η</sup> έως 8<sup>η</sup> ημέρα O'Hara, Zekoski, Philipps & Wright (1990).

Επίσης βλέπουμε να εμφανίζεται η θλίψη της μητρότητας με ποσοστό 83% σε έρευνα στην Τανζανία (Harris, 1981) και με ένα ποσοστό 81% στην Ιαπωνία (Tsukasaki et al., 1991).

Οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το ποσοστό εμφάνισης της θλίψης της μητρότητας κυμαίνεται μεταξύ 40% και 60%. Το ποσοστό εμφάνισης της θλίψης της μητρότητας σε μια έρευνα των Hau & Levy το 2003 κυμαινόταν στο 44,3%, σε μια άλλη των Nappi et al. το 2001 το ποσοστό ήταν 45% και σε μια έρευνα των Nagata et al. το 2000 το ποσοστό ήταν 66,8% (Ιαπωνία).

Σύμφωνα με ποικίλα διαγνωστικά κριτήρια ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 15 έως και 80% γυναικών σε κύηση παρουσιάζουν το σύμπτωμα της θλίψης (Adewuya, 2005 – Gonidakis et al, 2007 – Murata et al, 1998 – Sutter et al, 1997 – Thalassinis et al, 1993), γεγονός που υποδεικνύει ότι το φαινόμενο επικρατεί στον κύκλο της εγκυμοσύνης – λοχείας.

Η έρευνα που έγινε στη Δυτική Νιγηρία δείχνει ότι η επικράτηση των blues διαφέρει ανάλογα με την κουλτούρα του κάθε λαού, καθώς και ότι οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι σημαντικά διαφορετικοί (Adewuya 2005).

Σε μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα το 2007 έδειξε ότι το συνολικό ποσοστό εμφάνισης blues είναι 44,6% για τις τρεις (3) πρώτες ημέρες της λοχείας. Από αυτό το ποσοστό την 7<sup>η</sup> ημέρα μόνο το 17,3% αντιμετώπιζε σοβαρά συμπτώματα θλίψης. (Gonidakis et al 2007).

Για κάποιους συγγραφείς η θλίψη της μητρότητας είναι μια φυσιολογική διεργασία της γέννησης ενός παιδιού. Ωστόσο άλλοι την ενοχοποιούν για αύξηση πιθανότητας εμφάνισης κατάθλιψης σε αρχικό ή μεταγενέστερο στάδιο της λοχείας (Fossey et al, 1997 – Henshaw et al, 2003).

Οι κορυφώσεις της θλίψης φαίνεται να εξαρτώνται από την μέθοδο της εκτίμησής της, το χρόνο που λαμβάνει μέρος, το είδος τοκετού και την διάρκεια παραμονής της λεχιάδας στο νοσοκομείο.

Δυστυχώς ο περιορισμός της δικής μας έρευνάς μόνο στις τρεις (3) πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, δε μας δίνει τη δυνατότητα να συλλέξουμε πληροφορίες για την 4<sup>η</sup> και 5<sup>η</sup> ημέρα που είναι ζωτικής σημασίας στην εμφάνιση της επιλόχειας θλίψης. Γι' αυτό το λόγο οι χρόνοι και η συμπτωματολογία που αναφέρονται στην έρευνα αφορούν μόνο τις τρεις (3) πρώτες ημέρες, χωρίς να μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα για όλη την περίοδο διάρκειας του φαινομένου.

## 1.4 Αιτιοπαθογένεια του φαινομένου

### 1.4.1 Ο ρόλος των ορμονών στην θλίψη της μητρότητας

Οι μεταβολές της επιλόχειας διάθεσης είναι πολυσύνθετες και εμπεριέχουν βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και εθιμικές παραμέτρους (Halbreich, 2010).

Η αιτιολογία της θλίψης της μητρότητας δεν είναι πλήρως κατανοητή, αλλά είναι κοινώς αποδεκτό ότι έχει μια βιολογική βάση εξαιτίας της φυσιολογικής αποτομής μείωσης των ωοθηκικών ορμονών που ακολουθεί τον τοκετό (Bloch et al, 2003).

Μεταβολές στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση- επινεφρίδια της μητέρας στη διάρκεια της πρώιμης λοχείας μπορεί να συνδέονται με την εμφάνιση της επιλόχειας θλίψης (O’Keane et al, 2011).

Η γέννα είναι μια έντονη συναισθηματικά και κουραστική εμπειρία και οι ορμόνες αλλάζουν δραματικά τις πρώτες μέρες. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδό της.

Η επιλόχεια θλίψη συνδέεται με ακούσιες εγκεφαλικές αντιδράσεις ευάλωτων γυναικών και με δραματικές μεταβολές στα επίπεδα των ορμονών στο αίμα, που συμβαίνουν μετά τον τοκετό. (Brunton & Russel, 2008). Σε μερικές μητέρες ωστόσο, είναι η απαρχή της επερχόμενης επιλόχειας κατάθλιψης

Η απότομη αλλαγή στο αναπαραγωγικό ορμονικό σύστημα μπορεί να προκαλεί διαταραχές στη διάθεση, σχετικά μοναδικές, σε σχέση με άλλες περιόδους ορμονικών μεταβολών, όπως η έμμηνος ρύση (Glover & Kammerer, 2004).

Ερευνητές που έχουν μελετήσει την κορτιζόλη (Braunstein(2003), Μαγιάκου(1996)) αναφέρουν ότι το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από μια ήπια υπερκορτιζολαιμία όπου οι συγκεντρώσεις, τόσο της ολικής και της μη συνδεδεμένης με πρωτεΐνες στο πλάσμα κορτιζόλης, όσο και της 24ωρης απέκκρισης κορτιζόλης στα ούρα είναι αυξημένες. Συγκέντρωση της

κορτιζόλης αυξάνει περαιτέρω και επανέρχεται στα φυσιολογικά της επίπεδα εντός των επόμενων 15 ημερών.

Η συγκέντρωση της κορτιζόλης στο σάλιο των γυναικών είναι μεγαλύτερη στα πρωινά των ημερών όπου τα συμπτώματα της επιλόχειας θλίψης είναι παρόντα σε αντίθεση με τις ημέρες όπου αυτά δεν υπάρχουν και σε αντίθεση με τα επίπεδα της κορτιζόλης των γυναικών που δεν εμφανίζουν καθόλου συμπτώματα postpartum blues.(Ehlert U et al ,1990)

Οι Καλανταρίδου και συν (2003) θεωρούν ότι η καταστολή της έκλυσης υποθαλαμικού CRF μπορεί να εξηγεί τόσο τις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας όσο και φαινόμενα αυτοανοσίας που παρατηρούνται συχνά την ίδια περίοδο.

Ο Mellon (1993) σε μια μελέτη που έκανε κατέδειξε τη συμμετοχή των νευροστεροειδών στην ρύθμιση της νευρωτικής πυροδότησης, το συναίσθημα και την προσαρμογή στο στρες.

Οι Granger και Underwood (2001) σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τους καταλήγουν ότι αν και υπάρχουν ενδείξεις για τη συμμετοχή της προγεστερόνης στην αιτιοπαθογένεια της θλίψης της μητρότητας, οι αποδείξεις δεν είναι συμπαγείς για αυτή τη σχέση, άρα ούτε και για τη χρήση της ορμόνης για τη θεραπεία του φαινομένου.

Ο Sacher et al. (2010) βρήκε μια σχέση μεταξύ ελαττωμένων επιπέδων οιστρογόνων στη διάρκεια της 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> ημέρας μετά τον τοκετό και της σύνθεσης της μονοαμινικής Α' οξειδάσης (MAO –A), αναγνωρίζοντας την αυξημένη συγκέντρωση MAO-A στην πρόωμη λοχεία ως δείκτη μιας ελαττούμενης μονοαμινικής διαδικασίας, η οποία μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση των διαταραχών της διάθεσης που παρατηρούνται στην επιλόχεια θλίψη.

Οι Nappi και συνεργάτες (2001) αναφέρουν ότι δε βρέθηκε διαφορά στα επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) που μετρήθηκαν την 3<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που ανέπτυξαν θλίψη μητρότητας και στην ομάδα των λεχωιδών που δεν ανέπτυξαν θλίψη μητρότητας.

Οι O'Hara και συνεργάτες (1990) αναφέρουν ότι οι γυναίκες που εμφάνισαν τη διαταραχή είχαν υψηλότερα επίπεδα μη συνδεδεμένης οιστραδιόλης και ολικής οιστραδιόλης την 2<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας, αλλά δεν βρήκαν παρόμοια συσχέτιση με τις μετρήσεις της οιστραδιόλης.

Τα τελευταία 25 έτη υπάρχουν πολλαπλά ευρήματα για τη δράση των οιστρογόνων.

Τόσο τα χαμηλά όσο και τα ψηλά επίπεδα της τεστοστερόνης έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες.

Ο Rohr (2002) σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το ρόλο της τεστοστερόνης στην ψυχική υγεία των γυναικών αναφέρεται σε μια αύξηση ή μείωση των επιπέδων της οιστραδιόλης και της τεστοστερόνης και τις συσχετίζει με αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να αισθάνεται μια γυναίκα. Επίσης θεωρεί ότι η αυξημένη παρουσία ανδρογόνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της παρουσίας του φαινομένου της θλίψης της μητρότητας

Η δομή όμως της γυναικείας ψυχικής διάθεσης την εβδομάδα μετά τον τοκετό δεν διαφέρει από τη δομή της τις περιόδους εκτός αυτής, αλλά ούτε και επηρεάζεται από τις φυσιολογικές ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν στην πρόιμη λοχεία (Buttner, O'Hara, Watson, 2011).

Οι Nott και συνεργάτες (1976) αναφέρουν ότι δε βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα των συγκεκριμένων υποφυσιακών ορμονών και στη θλίψη της μητρότητας.

Το ίδιο και τη δεκαετία του 80 ο Kuevi και συνεργάτες(1983), μετρώντας τα επίπεδα της FSH τη 2<sup>η</sup> και 5<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας βρήκαν ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ της FSH και της θλίψης της μητρότητας

Στα επίπεδα της προλακτίνης παρατηρείται ότι δυο ώρες περίπου πριν από τον τοκετό έχουμε πτώση και σημαντική αύξησή της κατά την ώρα της εξωθήσεως. Η μέγιστη τιμή της παρατηρείται δύο ώρες περίπου μετά τον τοκετό. Κατά το θηλασμό ρυθμίζει κυρίως την παραγωγή των πρωτεϊνών και του λίπους του γάλακτος. Κατά τη γαλουχία τα επίπεδα της προλακτίνης δεν είναι σημαντικά αυξημένα (Μανιάς, 1992).

Τα επίπεδα των ορμονών του θυρεοειδούς μπορούν επίσης να μειωθούν, γεγονός που οδηγεί σε κόπωση και κατάθλιψη. Οι ταχείες αυτές ορμονικές αλλαγές, μαζί με τις αλλαγές στην πίεση του αίματος, τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, και του μεταβολισμού μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό.

Οι θυροειδικές ορμόνες σχετίζονται άμεσα τόσο με τις ορισμένες αγχώδεις διαταραχές, όσο και με τις διαταραχές της διάθεσης. Δεν έχει μελετηθεί όμως επαρκώς η συσχέτιση της θυροειδικής λειτουργίας με τη θλίψη της μητρότητας.

Η εμφάνιση θλίψης της μητρότητας συνδέεται θετικά με τα επίπεδα ACHT στον ορό του αίματος και αρνητικά με τα επίπεδα οιστρογόνων και χοριακής γοναδοτροπίνης στον ορό του αίματος των γυναικών, γεγονός που υποστηρίζει έμμεσα την παραδοχή ότι η επαναδραστηριοποίηση της επινεφριδιοφλοιοτρόπου ορμόνης (ACHT) του υποθαλάμου μπορεί να εμπλέκεται στην αιτιολογία της επιλόχεια θλίψης. Οι

συγκεντρώσεις ACHT στον ορό του αίματος μειώθηκαν στο διάστημα της εγκυμοσύνης και έως την 3<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό και μετά αυξήθηκαν έως την 6<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό. Παράλληλα η βαθμολογία στη θλίψη της μητρότητας αυξήθηκε με αποκορύφωμα την 5<sup>η</sup> ημέρα. (O'Keane V et al, 2011).

Οι Ijuin και συνεργάτες (1998) αναφέρουν ότι η FT3 στην ομάδα γυναικών που ανέπτυξαν θλίψη μητρότητας κατά την 5<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτά της ομάδας ελέγχου. Επίσης βρέθηκε ότι υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό πρωτότοκων γυναικών στην ομάδα που ανέπτυξε θλίψη μητρότητας.

Έχουν βρεθεί συσχετίσεις της εμφάνισης της θλίψης της μητρότητας με τις μεταβολές των επιπέδων των ενδογενών αμινών και των ενδορφινών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Τα επίπεδα της β- ενδορφίνης , το φυσικό παυσίπονο του οργανισμού αυξάνουν κατά την κύηση και ιδιαίτερα πριν τον τοκετό τόσο στη μητέρα , όσο και στο νεογνό για να τους προστατέψουν από τον πόνο και το στρες του τοκετού. Οι Newnham και συνεργάτες ,το 1984, βρήκαν ότι η β-ενδορφίνη είναι ως και 30 φορές υψηλότερη των φυσιολογικών τιμών. Μετά τον τοκετό παρουσιάζει άμεσα πτώση(1<sup>η</sup> ώρα) και φτάνει στα φυσιολογικά επίπεδα εντός 24ώρου.

Η επιλόχεια θλίψη συνδέεται με ακούσιες εγκεφαλικές αντιδράσεις ευάλωτων γυναικών και με δραματικές μεταβολές στα επίπεδα των ορμονών στο αίμα , που συμβαίνουν μετά τον τοκετό. (Brunton & Russel , 2008). Χαρακτηρίζεται από ένα φάσμα ήπιων συμπτωμάτων, όπως πτώση διάθεσης, λύπη, δάκρυα, ευερεθιστικότητα , κούραση, φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης, γενικευμένο άγχος, ανησυχία και διαταραχές ύπνου και ορέξεως.

#### **1.4.2.Παράγοντες που σχετίζονται με την γυναίκα και τον τοκετό**

Ο τοκετός με καισαρική τομή συνδέεται θετικά με την εμφάνιση της θλίψης . Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι το άγχος του χειρουργείου – όταν συνδυάζεται με τις ενδοκρινολογικές και ψυχολογικές μεταβολές της λοχείας – κάνει τις γυναίκες πιο ευάλωτες στο βίωμα της επιλόχειας θλίψης .- όπως και οι φόβοι σχετικά με την υγεία του βρέφους είχαν ισχυρό αντίκτυπο στην εμφάνιση της θλίψης της μητρότητας (Gonidakis et al , 2007).



Οι Hannah και συνεργάτες (1992) βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5<sup>η</sup> μέρα της λοχείας σχετίζεται με τοκετό που γίνεται με καισαρική τομή, εργώδη τοκετό, χαμηλό βάρος νεογνού(<2 κιλά).

Συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με τοκετό που γίνεται με καισαρική αναφέρει και ο Andreoli (1989).

### 1.4.3 Θηλασμός και θλίψη της μητρότητας

Επίσης σε έρευνες που έγιναν από τους Susman and Katz 1998 πιστεύεται ότι ο απογαλακτισμός στην γυναίκα παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ή όχι του φαινομένου της θλίψης της μητρότητας λόγω των ορμονών που εκκρίνονται

Οι Hannah και συνεργάτες (1992) βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας σχετίζεται με την αποχή από το θηλασμό.

Ο Bonnin (1992) αναφέρει ότι οι γυναίκες που θήλαζαν είχαν υψηλότερες μετρήσεις κατάθλιψης τις πρώτες μέρες της λοχείας

Σε έρευνες που έχουν γίνει από τον Thalassinos (1988) έχουν βρει παρόμοια ευρήματα που σχετίζονται με την αποχή των μητέρων από τον θηλασμό και το ίδιο αναφέρει και οι Γεώργας και συν (1984).κατά την 3<sup>η</sup>-4<sup>η</sup> μέρα της λοχείας.

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ο Lanczik, (1991). Πιθανολογώντας ότι τα μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης μπορεί να αυξάνουν την παρουσία του φαινομένου

### 1.4.4 Αριθμός τοκετών και θλίψη της μητρότητας

Οι Yalom και συνεργάτες (1968) αναφέρουν συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με τον αριθμό των γεννήσεων (πιο συχνή η θλίψη σε πρωτότοκες μητέρες), το έντονο στρες σε προηγούμενη γέννα και το μακρύ διάστημα ανάμεσα στις κηύσεις.

Συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με το να είναι η γυναίκα πρωτότοκος βρήκαν οι Nott (1976), Gard (1986), Pop (1993) και Lanczik (1992).

Ο Davidson (1972) αναφέρει θετική συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με το να είναι η γυναίκα πολύτοκος.

Γυναίκες στη Σουηδία που γέννησαν αγόρια εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς πέντε (5) ημέρες μετά τον τοκετό (Sylvén et al, 2009).

#### **1.4.5 Εκτρώσεις (αυτόματες -Προκλητές )**

Μόνο μια μελέτη αναφέρεται στη βιβλιογραφία που αφορά τη συσχέτιση άμβλωσης και θλίψης της μητρότητας.

Ο Devore το 1979 σε μια έρευνα που έκανε , δεν βρήκε καμία συσχέτιση μεταξύ αναφερόμενης άμβλωσης και εμφάνισης θλίψης της μητρότητας.

#### **1.4.6 Ψυχιατρικό ιστορικό και θλίψη της μητρότητας**

Η ψυχολογική κατάσταση της εγκύου παρουσιάζει μεταβολές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξ αιτίας ψυχοκοινωνικών παραγόντων και των ορμονικών αλλαγών της εγκυμοσύνης. Στις περισσότερες μελέτες που έγιναν , βρέθηκαν συσχετίσεις της θλίψης της μητρότητας με την ψυχολογική κατάσταση της εγκύου , ιδιαίτερα κατά το διάστημα πριν τον τοκετό

Οι Yalom και συνεργάτες (1968) βρήκαν συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με το αναφερόμενο ιστορικό έντονης μεταλόχεια κατάθλιψης σε προηγούμενη κύηση.

Οι O'Hara συνεργάτες (1991) αναφέρουν συσχέτιση της εμφάνισης θλίψης της μητρότητας τόσο με το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης όσο και με το κληρονομικό ιστορικό κατάθλιψης σε συγγενή 1<sup>ου</sup> βαθμού.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν οι Andreoli (1989) και Henshaw (2003) σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

#### **1.4.7 Rooming in και θλίψη της μητρότητας**

Σε μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από των Sakumoto και συν το 2002 αναφέρει για τις γυναίκες που είχαν μαζί τους τα νεογνά στο δωμάτιο νοσηλείας και αυτές οι οποίες δεν τα είχαν μαζί τους και τα έβλεπαν μόνο για να τα θηλάσουν ,ότι

εμφάνιζαν αυξημένα ποσοστά θλίψης της μητρότητας σε σύγκριση με αυτές που είχαν το παιδί δίπλα τους .

#### 1.4.8 Κύηση και θλίψη της μητρότητας

Κατά τη διάρκεια της κυοφορίας τα επίπεδα γονοδοτροπινών είναι μειωμένα, ιδιαίτερα μετά τη 10<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, λόγω καταστολής του υποθαλαμο-υποφυσικού άξονα και επιστρέφουν στη φυσιολογική μορφή διακύμανσής τους περίπου ένα μήνα μετά τον τοκετό (Braunstein, 2003).

Ο Harris (1994) αναφέρει ότι δε βρήκε συσχέτιση θλίψης της μητρότητας με δυσφορία σε σχέση με την κύηση, την επιθυμία για το παιδί και για το φύλο του, τον προγραμματισμό της εγκυμοσύνης, το φόβο του τοκετού. Αντίθετα η εμφάνιση του φαινομένου συσχετιζόταν με επίπεδα άγχους κατάθλιψης και υστερίας τον 8<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης και με αναφορά επεισοδίου κλάματος δύο εβδομάδες πριν τον τοκετό.

Παρόμοια αποτελέσματα με μικρές αποκλίσεις είχαν οι έρευνες των : Murata (1998) , Saks (1985), O'Hara (1991), Andreoli (1989) , Γεώργας (1984) , (1986) , Condon και Watson (1987). Οι δύο τελευταίοι αναφέρουν επίσης ότι βρέθηκε συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με την παρουσία απαισιοδοξίας και αρνητικής διάθεσης κατά την εγκυμοσύνη, όπως και με συναισθηματική αμφιθυμία προς την εγκυμοσύνη.

#### 1.4.9. Πολιτισμικοί-κοινωνικοί παράγοντες και θλίψη της μητρότητας

Η πολιτισμική κουλτούρα και παιδεία ,η αντιμετώπιση της καθημερινότητας και η οικονομική ευρωστία των λεχωίδων είναι κάποιες από τις ενδείξεις που οδηγούν ορισμένους συγγραφείς στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο είναι λιγότερο συχνό σε μη δυτικού τύπου κοινωνίες και παρατηρείται στις Δυτικές κοινωνίες

Στο σύγχρονο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο η έννοια της εγκυμοσύνης και του τοκετού έχει αλλάξει εξαιτίας των μεταβολών του κοινωνικού περιβάλλοντος

Ο επιπολασμός και οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της επιλόχειας θλίψης φαίνεται να διαφέρουν από πολιτισμικό επίπεδο

Γενικότερα οι Αφρικανές μητέρες είναι γνωστό ότι σωματοποιούν τα συμπτώματα (Goldberg & Bridge , 1988) και δίνουν έμφαση στην κύηση του βρέφους (Adewuya , 2005). Οι Ασιάτισσες γυναίκες επίσης τείνουν να εκφράζουν την καταθλιπτική επιλόχεια κατάστασή τους με συμπτωματολογία που χαρακτηρίζεται κυρίως από σωματικές αντιδράσεις (Park & Dimigen 1995)

Η κοινωνική θέση και το κάπνισμα έχουν σχέση με τη θλίψη της μητρότητας. Οι «νόμιμες» σύζυγοι και οι μη καπνίστριες εμφανίζουν τέσσερις φορές μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης της επιλόχειας θλίψης. (Faisal-Cury , 2008)

Ο επιπολασμός και οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της επιλόχειας θλίψης φαίνεται να διαφέρουν από πολιτισμικό επίπεδο. Οι μαιευτήρες και το μαιευτικό προσωπικό πρέπει να το λαμβάνουν υπ' όψη για την πρόληψη και διαχείριση της επιλόχειας κατάθλιψης των νέων μητέρων ανάλογα με το περιβάλλον. (Adewuya , 2005)

Οι Yalom και συνεργάτες (1968) αναφερόμενοι στον πληθυσμό των ΗΠΑ της δεκαετίας του '60 τονίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νέες μητέρες σε μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα. Εξ αιτίας της εξαφάνισης της εκτεταμένης οικογένειας και της συρρίκνωσης της πυρηνικής οικογένειας δεν είχαν στο παρελθόν φροντίσει ποτέ βρέφη ή μικρά παιδιά.

## Ειδικό Μέρος

### Κεφάλαιο 2

#### 2.1 Σκοπός της Μελέτης

Η θλίψη της μητρότητας εξακολουθεί να παραμένει φαινόμενο ακατανόητο. Η γυναίκα που μια ή δυο μέρες πριν την έξοδο από το μαιευτήριο κλαίει συνεχώς ή αρνείται να θηλάσει, σίγουρα προκαλεί ανησυχία στους συγγενείς της, αμηχανία στο προσωπικό και τον μαιευτήρα.

Η περίοδος της λοχείας είναι βιολογικά χρόνος που χαρακτηρίζεται από αλλαγές έντονες, κυρίως ορμονικές. Το ενδοκρινικό και το νευροενδοκρινικό σύστημα της λεχωίδας επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι μελέτες έδειξαν πως οι βιολογικές αλλαγές επηρεάζουν την εμφάνιση της θλίψης της μητρότητας. Ασυμφωνία όμως παρατηρείται για το ποιες από αυτές - και κατά πόσο - αποτελούν παθογενετικές αιτίες του φαινομένου, αφού για κάθε ορμόνη ή άλλο βιολογικό παράγοντα που έχει μελετηθεί υπάρχουν κάποιες μελέτες που βρίσκουν συσχέτισή του με τη θλίψη της μητρότητας και άλλες που δε βρίσκουν οποιαδήποτε συσχέτιση.

Πάντως εκείνο στο οποίο οι περισσότερες συμφωνούν είναι ότι η θλίψη της μητρότητας σχετίζεται με την εμφάνιση μεταλόχειας κατάθλιψης. Πολλοί δε διαχωρίζουν τη θλίψη της μητρότητας από ένα καταθλιπτικό συνεχές που ξεκινά νωρίτερα ή και από την εγκυμοσύνη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προστεθεί ένα «λιθαράκι» στη διερεύνηση της θλίψης της μητρότητας και θα επιχειρηθεί να δοθεί απάντηση στα ακόλουθα ερωτήματα:

- A) Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της θλίψης της μητρότητας στην πατρίδα μας.
- B) Ποια συμπτώματα ή ομάδες συμπτωμάτων είναι περισσότερο συχνά και ποια μέρα κορυφώνεται ή μειώνεται η εμφάνισή τους .
- Γ) Ποια είναι η συχνότητα του φαινομένου την κάθε μέρα μετά τον τοκετό.
- Δ) Ποια ημέρα τα συμπτώματα κορυφώνονται..
- E) Ποιοι οι κοινοί παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση του φαινομένου

## 2.2 Υλικό της Μελέτης

Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 80 γυναίκες που γέννησαν στην Μαιευτική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας κατά την περίοδο: **Νοέμβριος 2013 έως και αρχές Φεβρουαρίου 2014**

Θα αποκλείονταν εκ των προτέρων από τη συμμετοχή γυναίκες με ψυχωσική διαταραχή, με κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, που λάμβαναν αντιψυχωσικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, με κάποια βαριά οργανική πάθηση, με αδυναμία καλής προφορικής επικοινωνίας από άγνοια της ελληνικής γλώσσας, με θνησιγενές ή νεκρό έμβρυο, με μικρή παραμονή στην κλινική και με άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

Από τη μελέτη τελικά αποκλείστηκαν 20 γυναίκες (ποσοστό 20 %) από τις 100 για τους εξής λόγους:

- A) 4 γιατί δεν είχαν επαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας.
- B) 3 γιατί εξήλθαν από την κλινική μόλις το δεύτερο 24ωρο.
- Γ) 13 γιατί αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη.

## 2.3 Μεθοδολογία

Για να διεξαχθεί η έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

### **Ερωτηματολόγιο καταγραφής στοιχείων**

Περιελάμβανε δημογραφικά και οικογενειακά στοιχεία , ατομικά ιατρικά στοιχεία , πληροφορίες που σχετίζονταν με την περίοδο της εγκυμοσύνης , του τοκετού και της λοχείας. Ήτοι:

### **Δημογραφικά και οικογενειακά στοιχεία**

Ηλικία , ύψος , βάρος πριν και μετά την εγκυμοσύνη ,οικογενειακή κατάσταση, εθνότητα, γραμματικές γνώσεις , επάγγελμα. Ασφαλιστική κάλυψη ή όχι ,μηνιαίο εισόδημα και τόπος διαμονής

## **Μαιευτικό – ιατρικό ιστορικό**

Νοσηλείας στο νοσοκομείο για πρώτη φορά ή όχι, ατομικό ιστορικό σωματικής νόσου, ιστορικό σωματικής νόσου συζύγου , γυναικολογικών παθήσεων και χειρουργικών επεμβάσεων, αν έχουν γίνει μεταγγίσεις αίματος ,αν υπάρχουν φαρμακευτικές αλλεργίες , αν η σύλληψη ήταν φυσιολογική ή τεχνητή ,αριθμός τοκετών που είχαν μέχρι σήμερα ,προκλητές ή αυτόματες εκτρώσεις ,ατομικό και κληρονομικό ιστορικό ψυχικής νόσου , προβλήματα γονιμότητας, χρήση αλκοόλ , καπνού .

## **Τοκετός , λοχεία ,θηλασμός**

Προγραμματισμένη ή μη εισαγωγή , φυσιολογικός ή όχι τοκετός ,αν έγινε πρόκληση ή όχι ,χρήση ή όχι επισκληριδίου ,αν υπήρχε ενημέρωση από τον γιατρό ή τη μαία για τους διαφορετικούς τρόπους τοκετού, την άμεση απομάκρυνση του βρέφους από τη μητέρα, αν το νεογνό είναι δίπλα στη μητέρα ή στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνού, τη διαδικασία θηλασμού, παροχή συμβουλών και ενημέρωσης ,τη διαδικασία τοκετού τον φόβο και την ενημέρωση που λάμβαναν κατά τη διάρκεια του τοκετού

Χρησιμοποιήθηκε η πεντάβαθμη κλίμακα Likert με 7 στοιχεία για να διαπιστωθεί το επίπεδο ενημέρωσης των γυναικών, και η μέση βαθμολογία ,η οποία και εξέφραζε το μέσο επίπεδο ενημέρωσης των γυναικών

## **Ερωτηματολόγιο θλίψης της μητρότητας**

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο τους Kennerley and Gath (1989), γιατί θεωρείται το πλέον αξιόπιστο, από τα τέσσερα που έχουν δημιουργηθεί για την μέτρηση της θλίψης . Ακόμα αποδείχτηκε ότι τα αποτελέσματα που δίνει είναι συγκρίσιμα μεταξύ των ερευνητών.

Η μετάφραση του ερωτηματολογίου είχε ήδη πραγματοποιηθεί από τον Φραγκίσκο Γονιδάκη κατά την εκπόνηση της διδακτορικής του διατριβής και είχε σταθμιστεί σε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών.

Αποτελείται από 28 ερωτήσεις που αφορούν τη συναισθηματική κατάσταση της λεχωίδας. Οι απαντήσεις περιορίζονται και διευκολύνουν με ένα «ναι» ή ένα «όχι» και η βαθμολογία γίνεται με 0 ή 1. Συνεπώς η μέγιστη βαθμολογία του ερωτηματολογίου είναι 28.

Οι ερωτήσεις είναι άλλοτε με ευθύ και άλλοτε με ανάστροφο τρόπο. Οι ερωτήσεις που είναι με ανάστροφο τρόπο είναι οι ερωτήσεις 3,8,12,18,19,24,28

Οι 28 ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 7 κατηγορίες συμπτωμάτων από τους συγγραφείς, όπως φαίνονται στον πίνακα

### Πίνακας 1. Υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου θλίψης της μητρότητας

Ταξινόμηση ερωτήσεων Blues Questionnaire σε ομάδες	
κατηγορίες	ερωτήσεις
Πρωτογενή συμπτώματα (primary blues)	Ευσυγκινησία, κούραση, άγχος, ευμεταβλητότητα συναισθήματος, αυξημένη συναισθηματικότητα, πεσμένο κέφι, δυσκολία στη μνήμη / σύγχυση
Επιφυλακτικότητα	Συναισθηματικό μούδιασμα, κοινωνική απόσυρση, συναισθηματικά συγκρατημένα
Υπερευαισθησία	Διανοητική ένταση, υπερευαισθησία, ανησυχία, σκαμπανεβάσματα διάθεσης
Κατάθλιψη	Ιδεομηρυκασμός, ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση, αυτολύπηση, κλάμα ασταμάτητο
Απέλπισία	Χαρούμενη, αβοήθητη, συναισθηματική έξαρση
Επιβράδυνση	Δυσκολία στη συγκέντρωση, εγρήγορση, ζωντάνια
Ελαττωμένη αυτοπεποίθηση	Σιγουριά, διανοητικά χαλαρωμένα, ηρεμία



Οι γυναίκες θεωρούνται ως θετικές για θλίψη της μητρότητας αν οποιαδήποτε μέρα η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου είναι υψηλότερη από το μέσο όρο της βαθμολογίας όλης της ομάδας των γυναικών δηλαδή ο μέσος όρος των μέσων όρων από τις ημερήσιες μετρήσεις της κάθε γυναίκας . Έτσι ( κατά τους συγγραφείς) ξεχωρίζουν οι γυναίκες που εμφανίζουν συμπτωματολογία θλίψης της μητρότητας , συμπεριλαμβανομένων και των γυναικών με ηπιότερη μορφή θλίψης της μητρότητας. Οι συγγραφείς προτείνουν μια γυναίκα να είναι θετική για κάθε υποκατηγορία όταν έχει βαθμολογία τουλάχιστον στα μισά λήμματα της υποκατηγορίας

### **Σχεδιασμός της μελέτης**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Μαιευτική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Βασίστηκε σε επισκέψεις ώστε να περιληφθούν στη μελέτη συνεχείς εισαγωγές.

Οι επισκέψεις γίνονταν συγκεκριμένη ώρα της ημέρας (14:00-17:00) για καλύτερη μελέτη του φαινομένου.

Στην πρώτη επαφή γινόταν ενημέρωση της λεχωίδας για τη μελέτη και το σχεδιασμό της και λήψη της συναίνεσής της για τη συμμετοχή της .

Η πορεία της μελέτης ήταν η εξής:

*1<sup>η</sup> φάση:* Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καταγραφής δημογραφικών , οικογενειακών , ατομικών ιατρικών στοιχείων, στοιχείων σχετικών με την κύηση , τον τοκετό και τη λοχεία.

*2<sup>η</sup> φάση :* Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θλίψης της μητρότητας Blues Questionnaire για την 1<sup>η</sup> μέρα της λοχείας.

*3<sup>η</sup> φάση :* Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θλίψης της μητρότητας για τη 2<sup>η</sup> μέρα της λοχείας.

*4<sup>η</sup> φάση :* Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για την 3<sup>η</sup> μέρα λοχείας.

## Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS για ηλεκτρονικό υπολογιστή. Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι [Ανάλυση διακύμανσης –ANOVA- και post-hoc ανάλυση (Bonferroni test) για πολλαπλές συγκρίσεις, καθώς και η δοκιμασία t-test για συγκρίσεις ανά ζεύγη]. Επίσης για τη συγκριτική μελέτη της χρονικής ακολουθίας της θλίψης της μητρότητας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία repeated measures analysis. Για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ , με τη διόρθωση κατά Yates για τους τετράπτυχους πίνακες. Οι συσχετίσεις των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p=0,05$ .

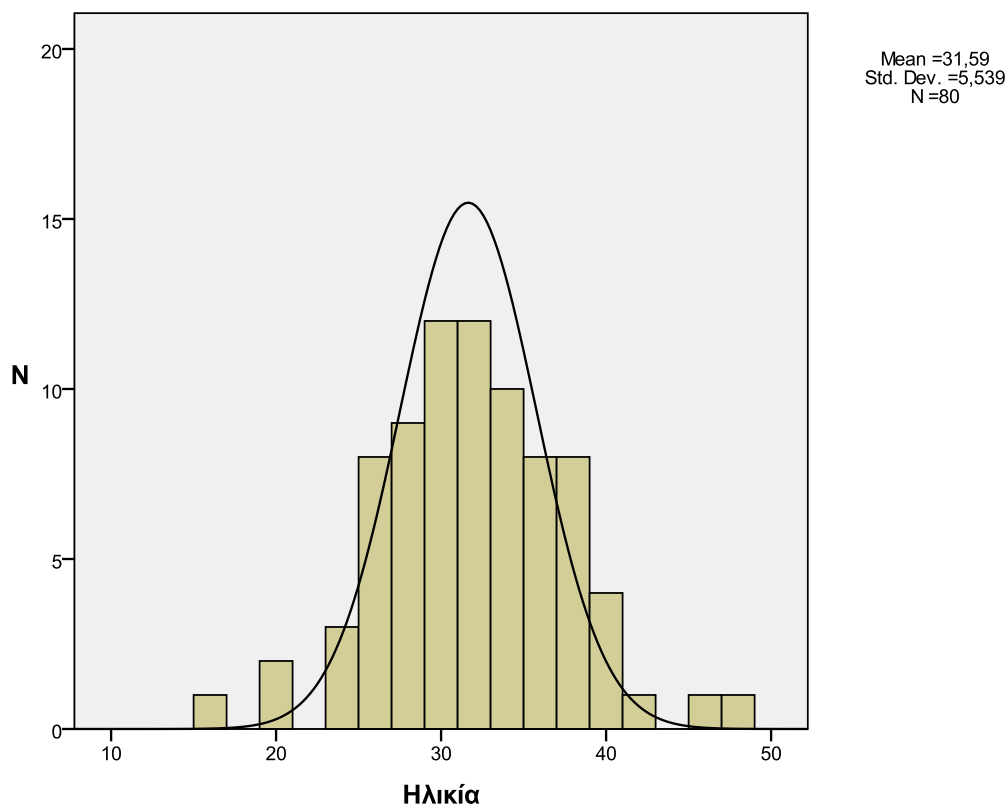
## Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα

Τα στοιχεία που προέκυψαν από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δείχνουν ότι στο σύνολό τους οι λεχωίδες που πήραν μέρος στην έρευνα είναι έγγαμες ,με ένα πολύ μικρό αριθμό 6 λεχωίδων που ήταν άγαμες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (61,3%) ήταν απόφοιτες ανώτατης τεχνολογικής βαθμίδας με ασφαλιστική κάλυψη (95%) και μηνιαίο ατομικό εισόδημα έως 1000€ (83,8%). Οι 62 από αυτές έμεναν στην πόλη και μόνο οι 18 σε χωριό. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν  $31,59 \pm 5,54$  και ο δείκτης μάζας σώματος  $23,20 \pm 3,23$  πριν από την εγκυμοσύνη και  $27,7 \pm 4,28$  μετά τη γέννα.

**Πίνακας 2 . Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

	N	%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμη	6	7,5
Έγγαμη	74	92,5
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Εκπαίδευση</b>		
Απόφοιτος Μέσης Εκπαίδευσης -Λυκείου	9	11,3
Απόφοιτος ΤΕΙ	22	27,5
Απόφοιτος ΑΕΙ / Μεταπτυχιακές σπουδές	49	61,3
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Ασφαλιστική κάλυψη</b>		
Όχι	4	5,0
Ναι	76	95,0
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>		
0-1000	67	83,8
1000-1500	10	12,5
>1500	3	3,8
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Πόλη	62	77,5
Χωριό	18	22,5
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

**Γράφημα 1. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος**



Το μαιευτικό ιστορικό περιγράφεται στους παρακάτω πέντε πίνακες (3-7). Εισαγωγή στο νοσοκομείο πριν από τον τοκετό έχουν μόνο 5 από τις 80 γυναίκες. Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν μόνο οι 7 δηλώνουν ότι πάσχουν από θυρεοειδοπάθειες και 3 από διαβήτη. Μόνο μια από τις γυναίκες έχει κάνει μετάγγιση αίματος στο παρελθόν και μόνο 8 στις 80 γυναίκες έχουν φαρμακευτικές αλλεργίες. Δεκαοχτώ γυναίκες λαμβάνανε φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κυρίως αντιπηκτικά και ορμόνες θυρεοειδούς.

### Πίνακας 3. Μαιευτικό ιστορικό

	N	%
<b>Νοσηλεύσατε για πρώτη φορά στο Νοσοκομείο σε αυτή την κύηση;</b>		
OXI	75	93,8
ΝΑΙ	5	6,3
Σύνολο	80	100,0
<b>Πάσχετε από κάποια από τα ακόλουθα ιατρικά προβλήματα;</b>		
Καμία	64	80,0
Θυρεοειδοπάθειες	7	8,8
Διαβήτη/ διαβήτη κύησης	3	3,8
Άλλες ασθένειες	2	2,5
Εγχειρήσεις	4	5,0
Σύνολο	80	100,0
<b>Έχετε κάνει μετάγγιση αίματος στο παρελθόν;</b>		
OXI	79	98,8
ΝΑΙ	1	1,3
Σύνολο	80	100,0
<b>Έχετε φαρμακευτικές αλλεργίες:</b>		
OXI	72	90,0
ΝΑΙ	8	10,0
Σύνολο	80	100,0
<b>Λαμβάνετε κάποια φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;</b>		
Όχι	62	77,5
Αντιπηκτικά	4	5,0
Ορμόνες θυρεοειδούς	7	8,8
Άλλο	7	8,8
Σύνολο	80	100,0

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα μεγάλα ποσοστά των καισαρικών τομών σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά των φυσιολογικών τοκετών. Το ποσοστό των εκτρώσεων είναι 20% στις 80 γυναίκες και μόνο το 10% δεν είχε εύκολη εγκυμοσύνη.

**Πίνακας 4. Μαιευτικό Ιστορικό (συνέχεια)**

	N	%
<b>Πόσους τοκετούς είχατε μέχρι σήμερα;</b>		
<b>Φυσιολογικοί τοκετοί</b>		
Μία	18	22,5
Δύο	9	11,3
Τρεις	3	3,8
<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>
<b>Καισαρικές τομές</b>		
Μία	23	28,8
Δύο	23	28,8
Τρεις	4	5,0
<b>Σύνολο</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>
<b>Προκλητές/ Αυτόματες εκτρώσεις</b>		
Καμία	64	80,0
Μία	8	10,0
Δύο	6	7,5
Τρεις	2	2,5
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Είχατε εύκολη εγκυμοσύνη μέχρι σήμερα;</b>		
Όχι	8	10,0
Ναι	72	90,0
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Στον πιο κάτω πίνακα 5, που αναφέρεται στα σε προβλήματα των γυναικών που είχαν κάποιο ψυχιατρικό ή ψυχολογικό πρόβλημα και τον τρόπο με το οποίο το αντιμετώπισαν, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι μόνο το 5% των γυναικών που γέννησαν είχαν κάποιο πρόβλημα και από αυτές μόνο οι 2 απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό για να τις βοηθήσει, ενώ οι άλλες δύο δεν κατέφυγαν σε κανενός είδους ιατρική φροντίδα

### Πίνακας 5. Ψυχική δυσφορία

	N	%
<b>Είχατε υποφέρει από κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχιατρική νόσο;</b>		
Ναι	4	5,0
Όχι	76	95,0
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Αν ναι, με ποιο τρόπο το αντιμετωπίσατε;</b>		
Ψυχολογική υποστήριξη	2	50,0
Δεν κατέφυγα σε ιατρική φροντίδα	2	50,0
<b>Σύνολο</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

Ο πίνακας που αναφέρεται στη χρήση ουσιών μας δείχνει ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που κάπνιζαν πριν από την εγκυμοσύνη, 28,8% ενώ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναγκάστηκαν να το σταματήσουν και μόνο ένα ποσοστό 8,8% συνέχισε να καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ένα ελάχιστο ποσοστό 2% φαίνεται ότι καπνίζει και μετά την γέννα. Η ερώτηση που αφορά τη χρήση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη δείχνει ότι μόνο το 6,3 % των γυναικών καταναλώνουν αλκοόλ κατά τη εγκυμοσύνη και καμία γυναίκα μετά τη γέννα.

### Πίνακας 6. Κάπνισμα και αλκοόλ

	N	%
<b>Καπνίζατε πριν την εγκυμοσύνη σας;</b>		
Ναι	23	28,8
Όχι	57	71,3
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Καπνίζατε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;</b>		
Ναι	7	8,8
Όχι	73	91,3

<b>Σύνολο</b>	80	100,0
<b>Καπνίζετε τώρα;</b>		
Ναι	2	2,5
Όχι	78	97,5
<b>Σύνολο</b>	80	100,0
<b>Πίνετε αλκοόλ πριν ή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;</b>		
Ναι	5	6,3
Όχι	75	93,8
<b>Σύνολο</b>	80	100,0
<b>Καταναλώνετε αλκοόλ τώρα;</b>		
Ναι		
Όχι	0	0,00
<b>Σύνολο</b>	80	100,0

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν την περιγεννητική περίοδο, τις συνθήκες τοκετού και τη φροντίδα του νεογνού. Το ένα τρίτο περίπου των εισαγωγών στο νοσοκομείο είχαν επείγοντα χαρακτήρα και το 62,5% των γυναικών γέννησε με καισαρική τομή. Επισκληρίδιος αναισθησία χρησιμοποιήθηκε στο 68,8% των περιπτώσεων, ενώ ενημέρωση για τους διαφορετικούς τρόπους τοκετού υπήρξε στο 58,8% των περιπτώσεων. Στο 80,0% των γεννήσεων το νεογνό απομακρύνθηκε αμέσως από τη μητέρα του, ενώ το 68,8% των γυναικών δήλωσε ότι προχώρησε σε θηλασμό. Στο 83,8% των περιπτώσεων το νεογνό παρέμεινε δίπλα στη μητέρα του.



**Πίνακας 7. Ιστορικό τοκετού και φροντίδας νεογνού**

	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Δεν γνωρίζω</b>
	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>
Επείγουσα εισαγωγή στο Νοσοκομείο	27 ( <b>33,8</b> )	53(66,3)	0
Γεννήσατε με καισαρική τομή;	50( <b>62,5</b> )	30(37,5)	0
Έγινε πρόκληση τοκετού;	21(26,3)	59(73,8)	0
Χρησιμοποιήσατε επισκληρίδιο αναισθησία;	55( <b>68,8</b> )	25(31,3)	0
Χρησιμοποιήθηκε βεντούζα ή εμβρυουλκός στον τοκετό σας;	6(7,5)	70(87,5)	4(5,5)
Ενημερωθήκατε από τον γιατρό σας ή την μαία σας για του διαφορετικούς τρόπους τοκετού;	47( <b>58,8</b> )	29(36,3)	4(5,5)
Κάνατε μαθήματα ανώδυνου τοκετού;	19(23,8)	61( <b>76,3</b> )	0
Πόσες ώρες διήρκησε ο τοκετός σας			
Απομάκρυναν το βρέφος από κοντά σας άμεσα;	64( <b>80,0</b> )	15(18,8)	1(1,3)
Το νεογέννητο το έχετε δίπλα σας;	<b>67 (83,8)</b>	<b>13 (16,3)</b>	0
Μεταφέρθηκε στην Μ.Ε.Ε.Ν ακριβώς μετά τον τοκετό;	13(16,3)	67(83,8)	0
Μεταφέρθηκε στην Μ.Ε.Ε.Ν αφού είχατε επιστρέψει στο δωμάτιο νοσηλείας;	7(8,8)	72(90,0)	1(1,3)
Θηλάζετε το μωρό σας;	55( <b>68,8</b> )	23(28,8)	2(2,5)
Είχατε κάποιο πρόβλημα κατά την διάρκεια του θηλασμού που σας οδήγησε να διακόψετε το θηλασμό;	3(3,8)	68(85,0)	9(11,3)

Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο θλίψης της μητρότητας (Kennerly and Gath-BQ), όσον αφορά τη διενέργεια καισαρικής τομής, τον αριθμό τοκετών, την απομάκρυνση του εμβρύου από τη μητέρα του και τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού. Επίσης, το εισοδηματικό επίπεδο και το εκπαιδευτικό επίπεδο δε συσχετίστηκαν με τη θλίψη της μητρότητας. Ωστόσο, όταν οι ίδιες μεταβλητές εξετάστηκαν μετά από κατηγοριοποίηση των γυναικών σε εκείνες με θλίψη της μητρότητας και σε εκείνες χωρίς (« ποιοτική» συσχέτιση και όχι ποσοτική-βαθμολογική), η παραμονή του νεογνού κοντά στη μητέρα του (rooming in) συσχετίστηκε με μικρότερα ποσοστά θλίψης της μητρότητας [11/13=84,6% ποσοστά θλίψης όταν το παιδί δεν είναι δίπλα στη μητέρα του, έναντι 34/67=50%, όταν το παιδί ήταν δίπλα στη μητέρα του. Συνεπώς υπήρχε 1,78 (11/13x67/34) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα η μητέρα να εμφανίσει θλίψη της μητρότητας όταν το παιδί δεν παρέμενε κοντά της, για τον οποιαδήποτε λόγο].

**Πίνακας 8. Επίπεδο εκπαίδευσης και βαθμολογία Kennerly and Gath BQ ( ανάλυση διακύμανσης)**

Εκπαίδευση		Sum of squares	Df*	Mean squares	F	p
Βαθμολογία 1 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups	24,736	2	12,368	0,380	0,685
	Within groups	2506,752	77	32,555		
	Total	2531,488	79			
Βαθμολογία 2 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups	32,559	2	16,280	0,388	0,680
	Within groups	3228,828	77	41,933		
	Total	3261,388	79			
Βαθμολογία 3 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups	146,010	2	73,005	1,800	0,172
	Within groups	3123,177	77	40,561		
	Total	3269,188	79			
Συνολική μέση βαθμολογία	Between groups	51,784	2	25,892	0,765	0,469
	Within groups	2604,537	77	33,825		
	Total	2656,321	79			

ANOVA, \* Βαθμοί ελευθερίας

**Πίνακας 9. Εισοδηματικό επίπεδο και βαθμολογία Kennerly and Gath BQ (ανάλυση διακύμανσης)**

Εισόδημα			Sum of squares	Df*	Mean squares	F	p
Βαθμολογία 1 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups		59,318	2	29,659	0,924	0,401
	Within groups		2472,170	77	32,106		
	Total		2531,487	79			
Βαθμολογία 2 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups		182,380	2	91,190	2,280	0,109
	Within groups		3079,007	77	39,987		
	Total		3261,388	79			
Βαθμολογία 3 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups		276,031	2	138,015	3,550	0,034**
	Within groups		2993,157	77	38,872		
	Total		3269,188	79			
Συνολική μέση βαθμολογία	Between groups		156,362	2	78,181	2,408	0,097
	Within groups		2499,959	77	32,467		
	Total		2656,321	79			

ANOVA, \* Βαθμοί ελευθερίας, \*\*\* η post-hoc ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά

**Πίνακας 10. Διενέργεια καισαρικής τομής και βαθμολογία Kennerly and Gath BQ (ανάλυση διακύμανσης)**

Καισαρική			N	MT	TA	t	Df*	p
Βαθμολογία 1 <sup>η</sup> ημέρα		Όχι	30	9,10	6,17	-0,198	78	0,844
		Ναι	50	9,36	5,39			
		Όχι	30	9,30	7,14			
Βαθμολογία 2 <sup>η</sup> ημέρα		Ναι	50	9,16	6,03	0,094	78	0,926
		Όχι	30	9,90	6,72			
		Ναι	50	9,56	6,32			
Βαθμολογία 3 <sup>η</sup> ημέρα		Όχι	30	9,43	6,56	0,054	78	0,957
		Ναι	50	9,36	5,36			

t-test, \* Βαθμοί ελευθερίας  
 MT: Μέση τιμή  
 TA : Τυπική απόκλιση

**Πίνακας 11. Μαθήματα ανώδυνου τοκετού και βαθμολογία Kennerly and Gath BQ (ανάλυση διακύμανσης)**

<b>Μαθήματα τοκετού</b>	<b>ανώδυνου</b>	<b>N</b>	<b>MT</b>	<b>TA</b>	<b>t</b>	<b>Df*</b>	<b>p</b>
Βαθμολογία ημέρα	1 <sup>η</sup> Όχι	61	9,53	5,80	0,740	78	0,462
	Ναι	19	8,42	5,24			
Βαθμολογία ημέρα	2 <sup>η</sup> Όχι	61	9,64	6,29	1,066	78	0,290
	Ναι	19	7,84	6,83			
Βαθμολογία ημέρα	3 <sup>η</sup> Όχι	61	10,20	6,42	1,274	78	0,207
	Ναι	19	8,05	6,38			
Βαθμολογία ημέρα	3 <sup>η</sup> Όχι	61	9,79	5,79	1,105	78	0,272
	Ναι	19	8,11	5,81			

t-test, \* Βαθμοί ελευθερίας  
 MT: Μέση τιμή  
 TA : Τυπική απόκλιση

**Πίνακας 12. Άμεση απομάκρυνση εμβρύου και βαθμολογία Kennerly and Gath BQ (ανάλυση διακύμανσης)**

<b>Άμεση εμβρύου</b>	<b>απομάκρυνση</b>	<b>N</b>	<b>MT</b>	<b>TA</b>	<b>t</b>	<b>Df*</b>	<b>p</b>
Βαθμολογία ημέρα	1 <sup>η</sup> Όχι	15	10,33	6,33	0,795	77	0,429
	Ναι	64	9,03	5,56			
Βαθμολογία ημέρα	2 <sup>η</sup> Όχι	15	9,60	7,17	0,271	77	0,787
	Ναι	64	9,09	6,34			
Βαθμολογία ημέρα	3 <sup>η</sup> Όχι	15	9,13	6,95	-0,300	77	0,765
	Ναι	64	9,69	6,32			
Βαθμολογία ημέρα	3 <sup>η</sup> Όχι	15	9,69	6,71	0,249	77	0,804
	Ναι	64	9,27	5,66			

t-test, \* Βαθμοί ελευθερίας  
 MT: Μέση τιμή  
 TA : Τυπική απόκλιση

**Πίνακας 13. Αριθμός τοκετών και βαθμολογία Kennerly and Gath BQ ( ανάλυση διακύμανσης)**

Αριθμός τοκετών		Sum of squares	Df*	Mean squares	F	p
Βαθμολογία 1 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups	62,208	2	31,104	,970	0,384
	Within groups	2469,279	77	32,069		
	Total	2531,488	79			
Βαθμολογία 2 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups	145,310	2	72,655	1,795	0,173
	Within groups	3116,077	77	40,469		
	Total	3261,388	79			
Βαθμολογία 3 <sup>η</sup> ημέρα	Between groups	200,978	2	100,489	2,522	0,087
	Within groups	3068,209	77	39,847		
	Total	3269,188	79			
Συνολική μέση βαθμολογία	Between groups	128,846	2	64,423	1,963	0,147
	Within groups	2527,475	77	32,824		
	Total	2656,321	79			

ANOVA, \* Βαθμοί ελευθερίας

**Πίνακας 14. Θλίψη της μητρότητας και συσχέτιση με δημογραφικά στοιχεία και μαιευτικό ιστορικό**

Μεταβλητές	Θλίψη της μητρότητας		χ <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμη	2	4	0,011	0,915
Έγγαμη	33	41		
<b>Εκπαίδευση</b>				
Απόφοιτος Μέσης Εκπαίδευσης - Λυκείου	4	5	1,536	0,464
Απόφοιτος TEI	12	10		
Απόφοιτος ΑΕΙ / Μεταπτυχιακές σπουδές	19	30		
<b>Καισαρική</b>				
Όχι	16	14	1,222	0,269
Ναι	19	31		
<b>Μαθήματα ανώδυνου τοκετού</b>				
Όχι	26	35	0,010	0,921
Ναι	9	10		
<b>Άμεση απομάκρυνση βρέφους</b>				
Όχι	7	9	0,830	0,660
Ναι	28	36		
Δεν γνωρίζω	0	1		
<b>Θηλασμός</b>				
Όχι	11	14	1,711	0,425
Ναι	24	31		
Δεν γνωρίζω	0	2		
<b>Το νεογνό το έχετε δίπλα σας;</b>				
Όχι	2	11	3,792	<b>0,05</b>
Ναι	33	34		

Τα πρωτογενή συμπτώματα , η υπερευαισθησία και τα συμπτώματα απελπισίας δεσπόζουν μετά τη γέννα, με ποσοστά άνω του 40%. Η απελπισία φτάνει το 92% την Τρίτη ημέρα, ενώ επιφυλακτικότητα τριπλασιάζεται περίπου, με μικρά όμως ποσοστά (φτάνει το 6,3%) την τρίτη ημέρα. Συνολικά, τα ποσοστά γυναικών με θλίψη σταδιακά αυξάνονται προς την τρίτη ημέρα.

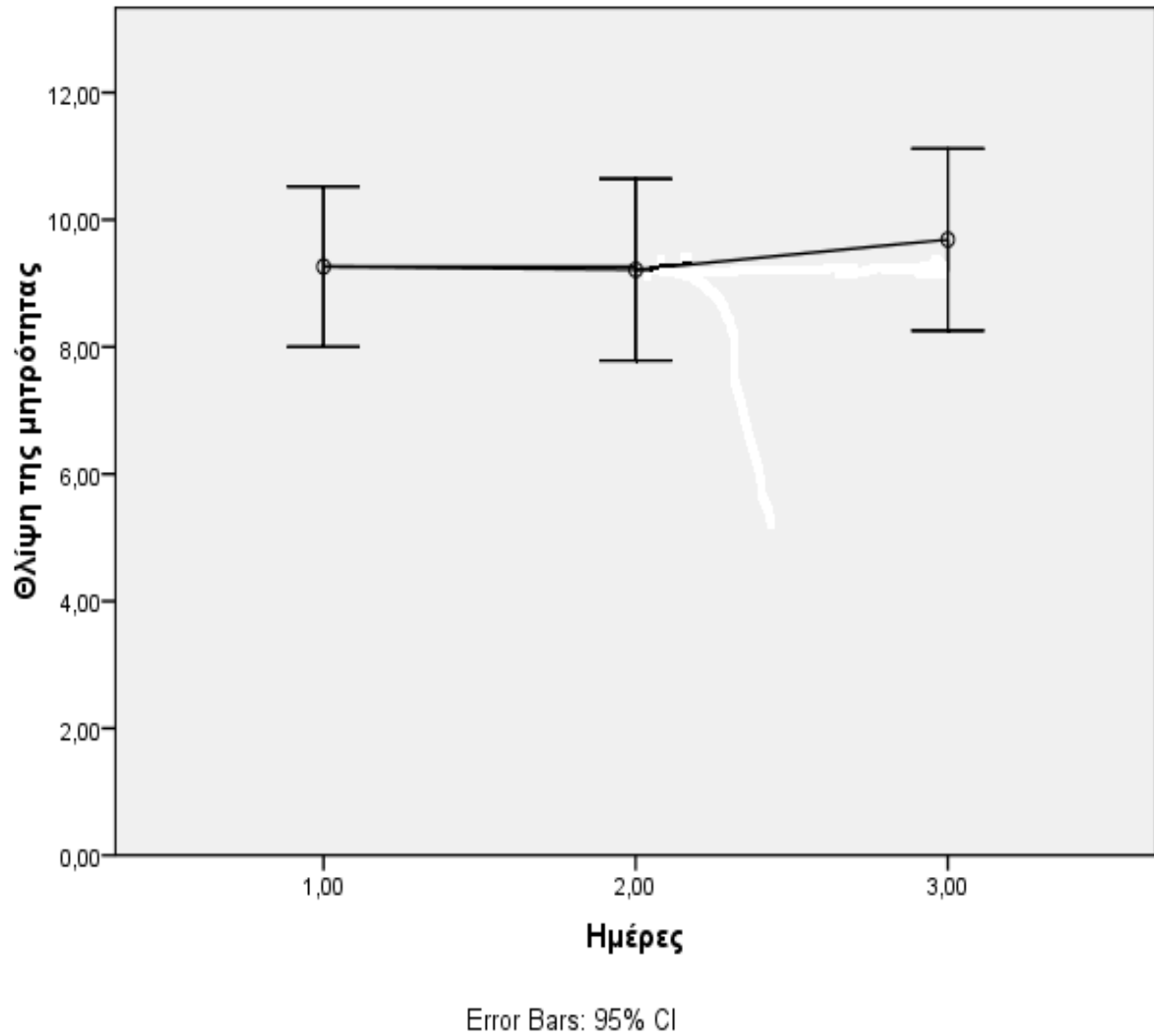
**Πίνακας 15. Υποκατηγορίες συμπτωμάτων ανά ημέρα**

<b>Υποκατηγορίες</b>	<b>1<sup>η</sup> ημέρα %</b>	<b>2<sup>η</sup> ημέρα %</b>	<b>3<sup>η</sup> ημέρα %</b>
Πρωτογενή Θ.Μ	67,5	62,5	62,5
Επιφυλακτικότητα	2,5	6,3	6,3
Υπερευαισθησία	40,0	40,0	45,0
Κατάθλιψη	13,8	16,3	13,8
Απελπισία	86,3	87,5	92,5
Επιβράδυνση	45,0	50,0	47,5
Ελαττωμένη αυτοπεποίθηση	61,3	67,5	67,5

**Πίνακας 16. Θλίψη ανά ημέρα**

	<b>1<sup>η</sup> ημέρα %</b>	<b>2<sup>η</sup> ημέρα %</b>	<b>3<sup>η</sup> ημέρα %</b>
Θλίψη	33 (41,3%)	35 (43,8%)	38 (47,5%)

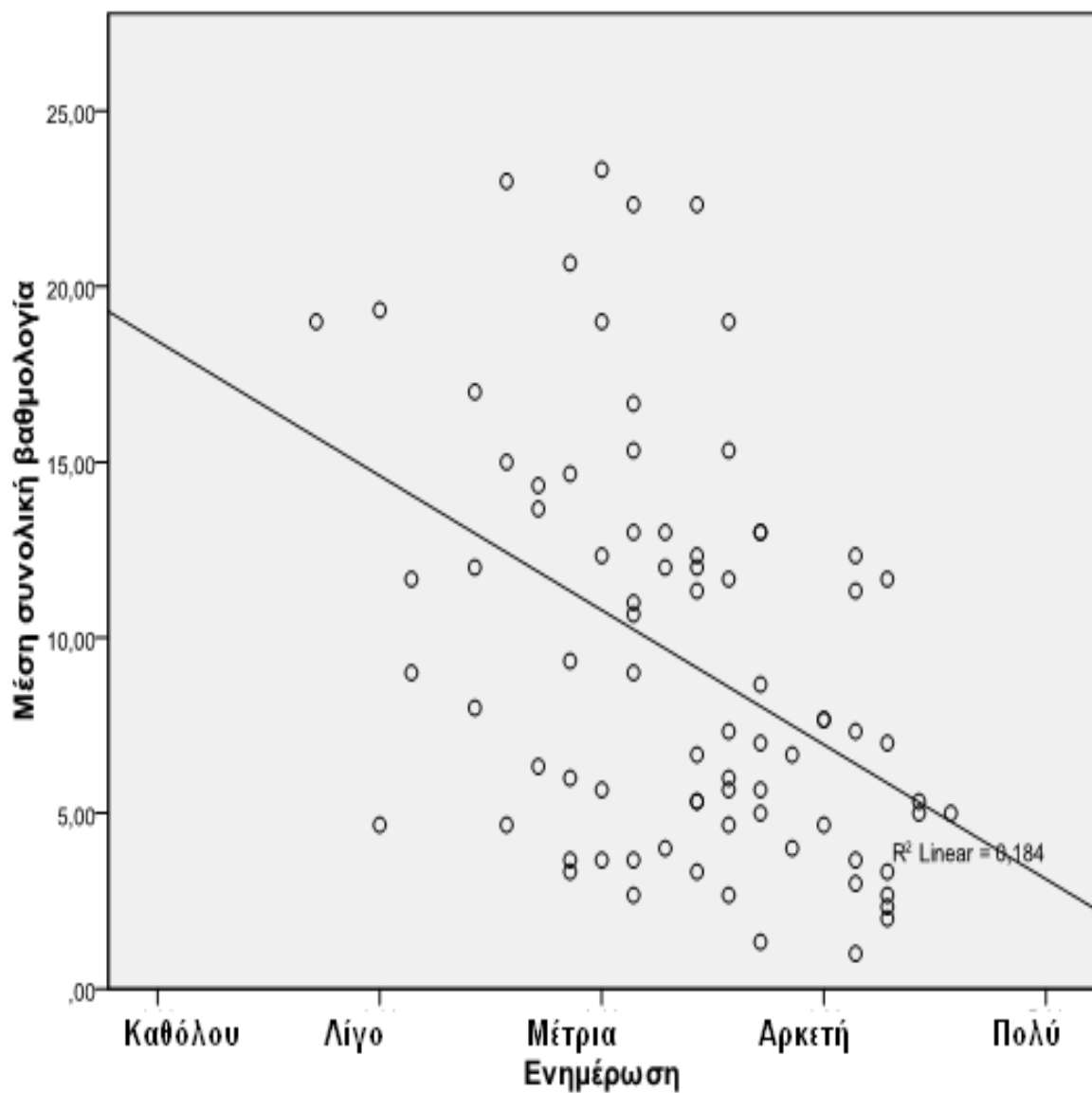
**Γράφημα 2. Μεταβολή της θλίψης ανά ημέρα ( διαγραμματική απεικόνιση της βαθμολογίας στο Kennerly and Gath BQ)**





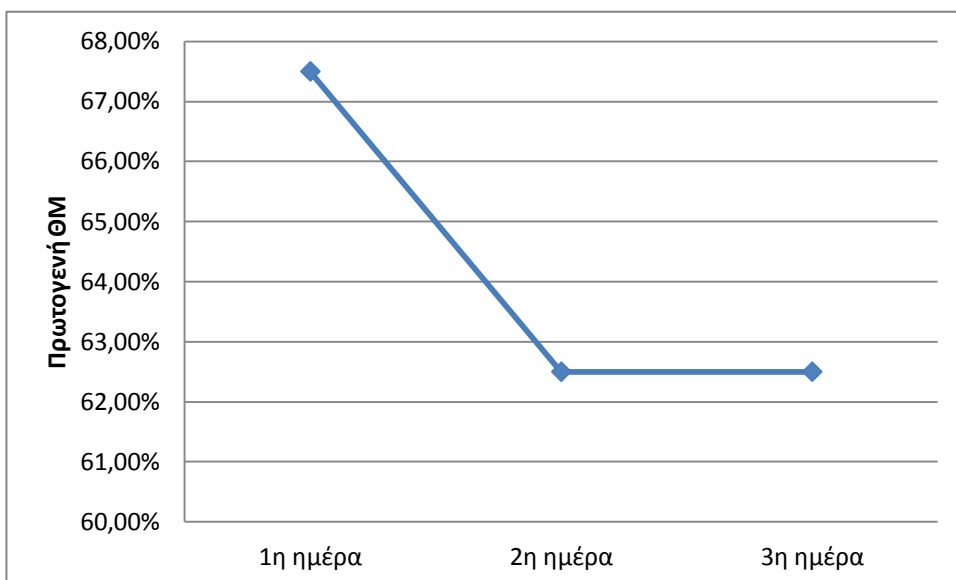
Διαπιστώθηκε γραμμική και αρνητική συσχέτιση θλίψης της μητρότητας και δείκτη ενημέρωσης ( $r=-0,429$ ,  $p<0,001$ ): όσο πιο ενημερωμένη δήλωνε η γυναίκα, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Kennerly and Gath BQ).

**Γράφημα 3. Θλίψη και ενημέρωση**

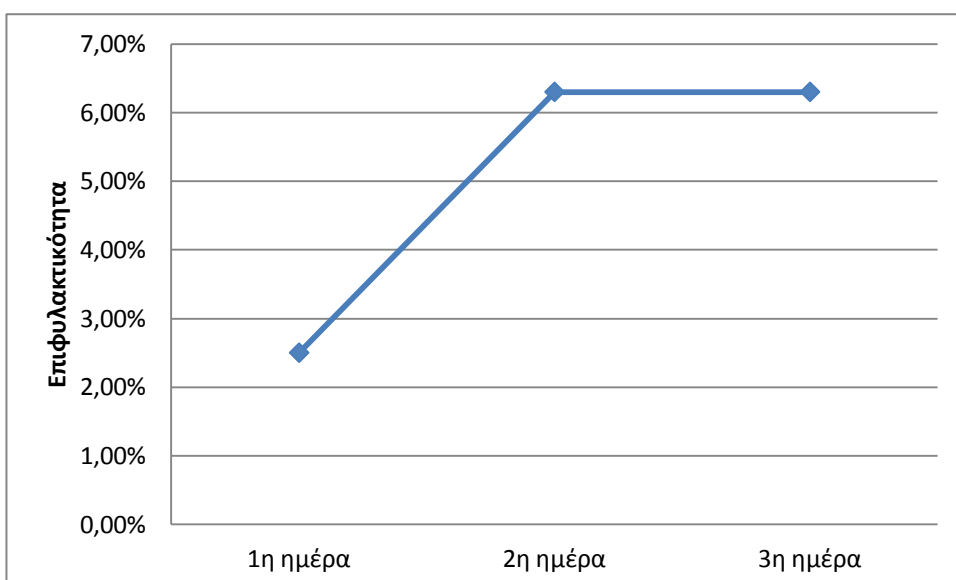


Στα επόμενα γραφήματα παρουσιάζεται η μεταβολή των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου Kennerly and Gath BQ ανά ημέρα.

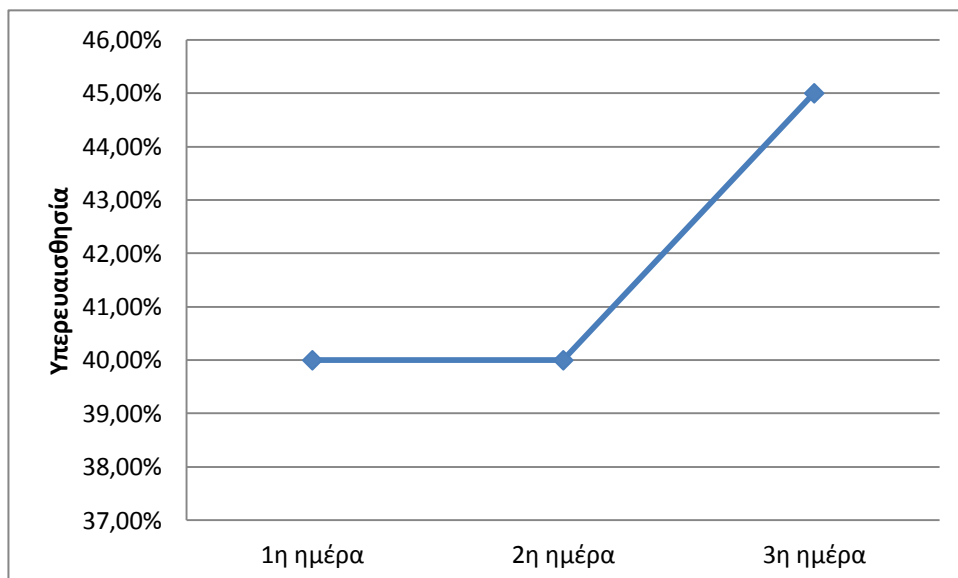
**Γράφημα 4. Μεταβολή πρωτογενούς θλίψης της μητρότητας ανά ημέρα**



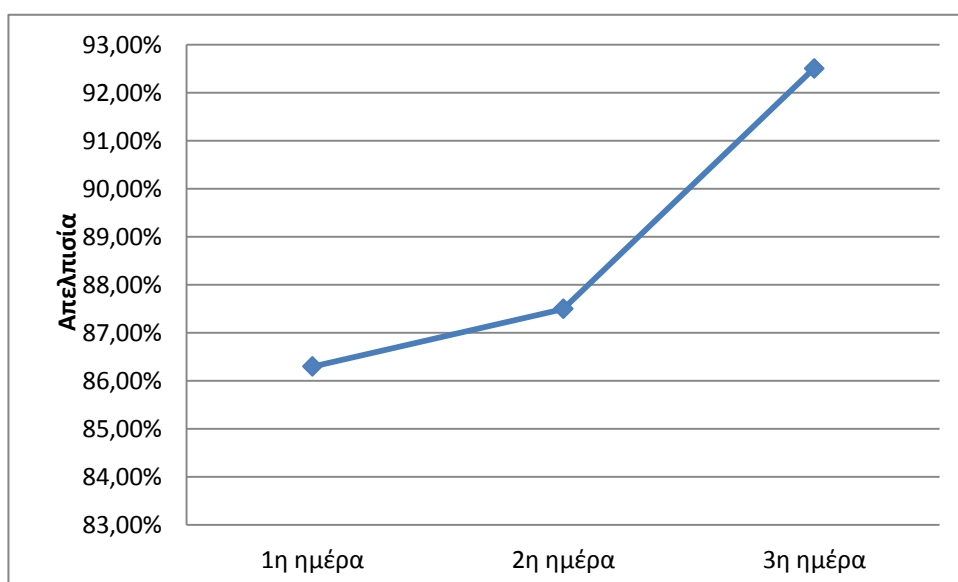
**Γράφημα 5. Μεταβολή επιφυλακτικότητας ανά ημέρα**



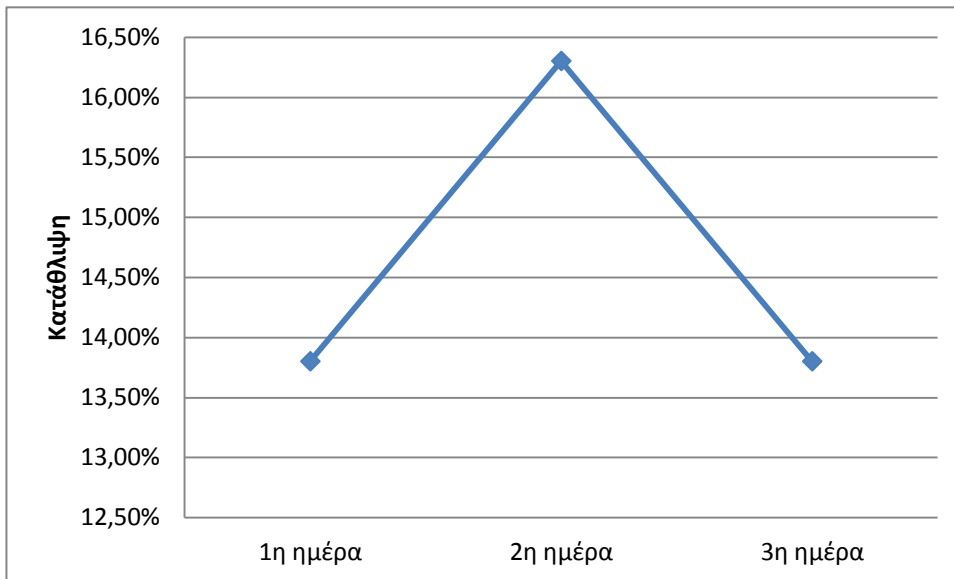
**Γράφημα 6. Μεταβολή υπερευαισθησίας ανά ημέρα**



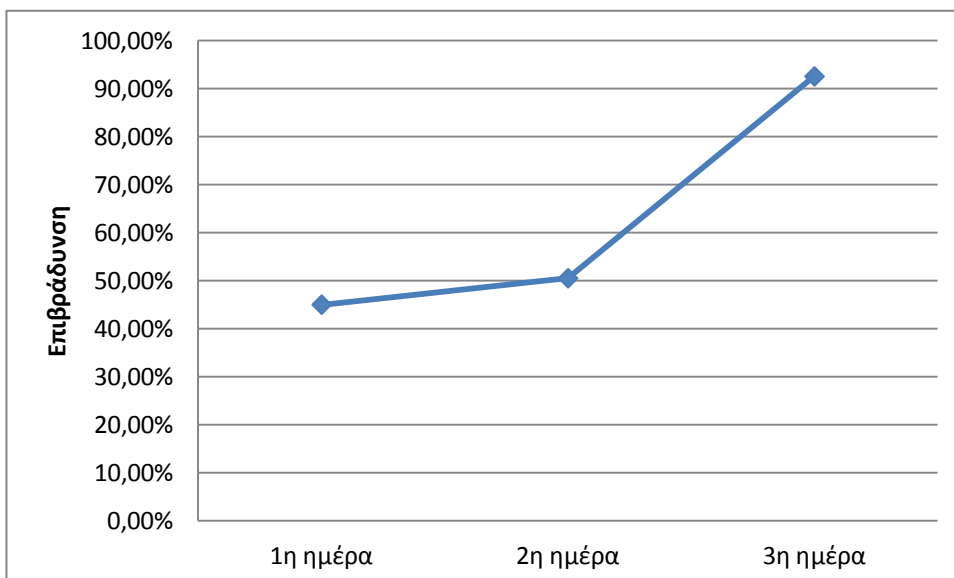
**Γράφημα 7. Μεταβολή συναισθημάτων απελπισίας ανά ημέρα**



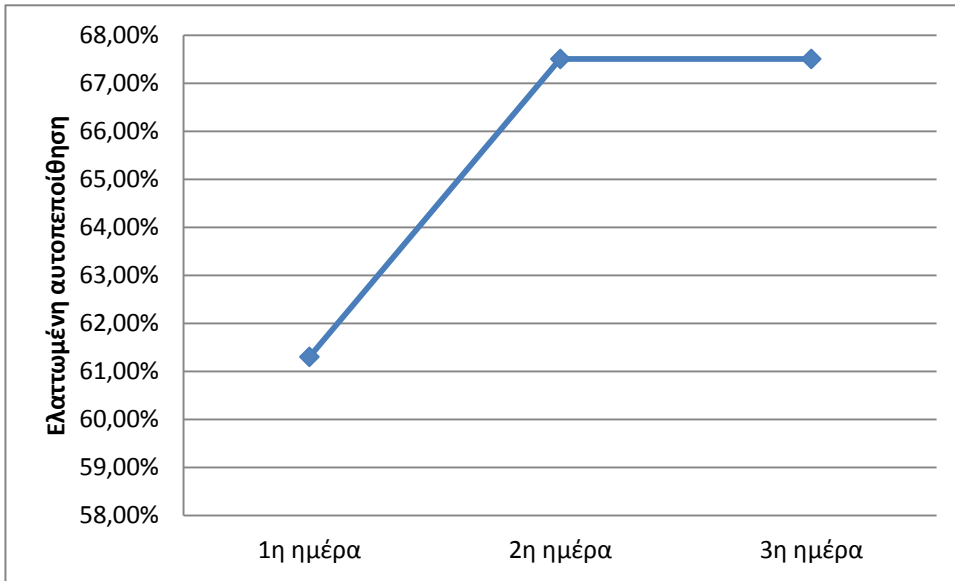
**Γράφημα 8. Μεταβολή συναισθημάτων κατάθλιψης ανά ημέρα**



**Γράφημα 9. Μεταβολή συναισθημάτων επιβράδυνσης ανά ημέρα**

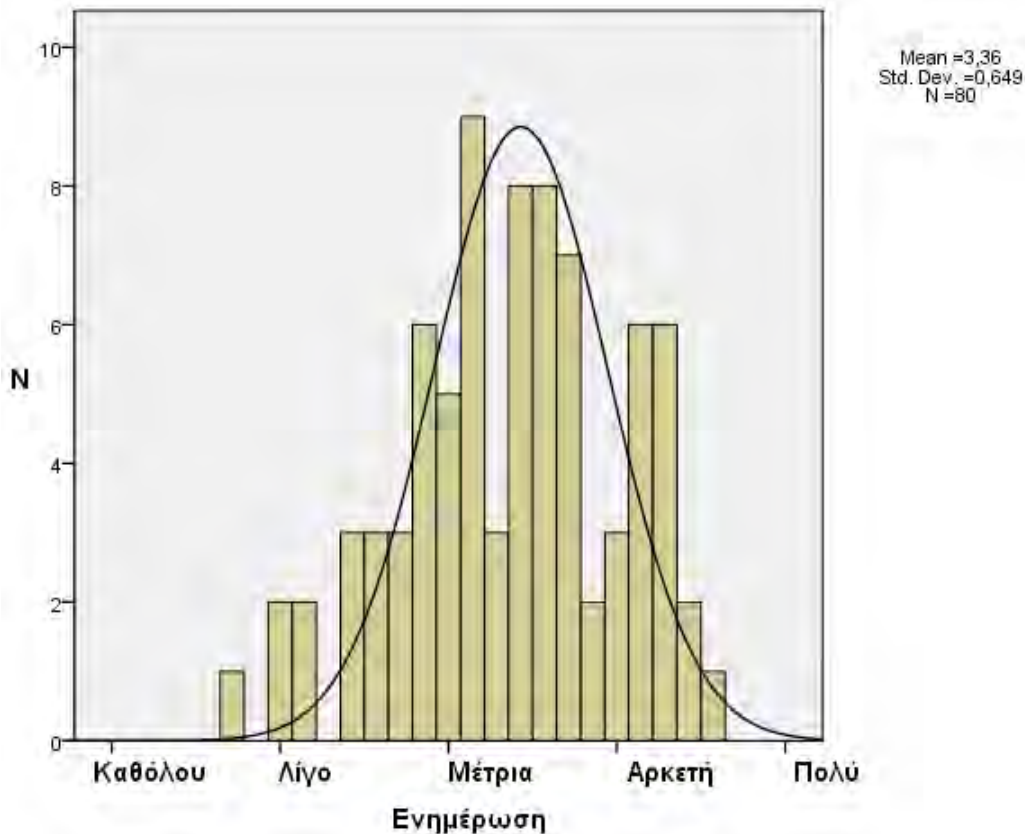


**Γράφημα 10. Μεταβολή συναισθημάτων ελαττωμένης αυτοπεποίθησης ανά ημέρα**



Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η κατανομή του βαθμού ενημέρωσης των γυναικών. Στην 5 βαθμη κλίμακα Likert η μέση βαθμολογία ήταν  $3,36 \pm 0,6$  δείχνοντας ικανοποιητικό βαθμό ενημέρωσης. Ωστόσο, ποσοστό 14% δήλωσαν ανεπαρκή ενημέρωση ( βαθμολογία  $< 2,5$  στην κλίμακα)

**Γράφημα 11. Επίπεδο ενημέρωσης στο σύνολο του δείγματος**



## Κεφάλαιο 4. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της θλίψης της μητρότητας σε σχέση με ορισμένα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, καθώς και με το μαιευτικό ιστορικό και τη φροντίδα του νεογνού τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η επαρκής ενημέρωση της μητέρας και η παραμονή του νεογνού κοντά της συσχετίζονται με μικρότερα ποσοστά εμφάνισης θλίψης της μητρότητας στις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Η θλίψη αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση στις αλλαγές μετά τη γέννα, φάση που βιώνουν πολλές νέες μητέρες. Γίνονται ευαίσθητες, ευσυγκίνητες και ευερέθιστες, αντιδρούν πιο έντονα και βιώνουν πιο «βαθιά» τα συναισθήματά τους, από ότι συνήθιζαν στο παρελθόν (Arie S, 2013.). Ωστόσο, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι το άγχος κατά την κύηση και η υποστήριξη από το σύντροφο έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση επιλόχειας θλίψης (Alipour et al, 2011). Επίσης, η απομάκρυνση του παιδιού από τη μητέρα έχει δυσμενή επίπτωση στον ψυχισμό της. Αν και οι έρευνες στο πεδίο αυτό είναι ελάχιστες, υπάρχουν ενδείξεις ότι η συνεχής παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα του συσχετίζεται με ελαττωμένα ποσοστά θλίψης της μητρότητας. Πράγματι, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από των Sakumoto και συν το 2002 βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν μαζί τους τα νεογνά στο δωμάτιο νοσηλείας εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά ελαττωμένα ποσοστά θλίψης της μητρότητας σε σύγκριση με αυτές που δεν τα είχαν μαζί τους και τα έβλεπαν μόνο για να τα θηλάσουν.

Αναφορικά με την ενημέρωση της γυναίκας, η παρούσα έρευνα έδειξε όχι μόνο ότι οι ενημερωμένες γυναίκες εμφανίζουν ελαττωμένα ποσοστά θλίψης της μητρότητας, αλλά και ότι η σχέση αυτή είναι γραμμική, υπό την έννοια ότι καλύτερη ενημέρωση (όπως την αντιλαμβάνονται οι γυναίκες) σημαίνει και αναλογικά μικρότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο θλίψης της μητρότητας, τεκμηριώνοντας έτσι μια «ποσοτική» σχέση θλίψης μητρότητας και ενημέρωσης. Πιθανόν η ενημέρωση να αποτελεί μια κατά κάποιο τρόπο γνωστική παρέμβαση στη μητέρα που τις επιτρέπει να ελέγχει την ανησυχία της και καταπραΰνει το άγχος της. Η ελάττωση του άγχους πράγματι σχετίζεται με ελαττωμένα ποσοστά θλίψης της μητρότητας και οι παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση αυτή έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στον ψυχισμό της γυναίκας και στον περιορισμό της θλίψης της μητρότητας. Ωστόσο δεν βρέθηκαν μελέτες που να συσχετίζουν άμεσα την ενημέρωση της γυναίκας με τη θλίψη της μητρότητας, όπως συνέβη στην παρούσα μελέτη.

Τα δύο κύρια ευρήματα της μελέτης μας συνηγορούν στο ότι εκτός από τον ρόλο των ορμονικών παραγόντων και του πολιτισμικού-κοινωνικού επιπέδου, τροποποιήσιμοι παράγοντες, όπως η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα του, αλλά και η ικανοποιητική ενημέρωση της γυναίκας για τη διαδικασία του τοκετού και τη φροντίδα του νεογνού, παίζουν καταλυτικό ρόλο. Συνεπώς, υπό αυτό το πρίσμα θα μπορούσε να διατυπωθεί η υπόθεση ότι η εμφάνιση της θλίψης της μητρότητας μπορεί να προληφθεί με τις κατάλληλες παρεμβάσεις και εκπαίδευση της επιτόκου. Μια μελλοντική μελέτη παρέμβασης θα μπορούσε να διαφωτίσει περαιτέρω το ζήτημα αυτό.

Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί που μας καθιστούν επιφυλακτικούς στη γενίκευση των αποτελεσμάτων: α) Το δείγμα των γυναικών δεν ήταν αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του προερχόταν από τα απογευματινά ιατρεία ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου (περίπου 90%), β) τα δεδομένα αφορούν μόνο στις πρώτες ημέρες της λοχείας, γ) χρησιμοποιήθηκε ένα μόνο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της θλίψης της μητρότητας δ) το δείγμα ήταν μάλλον μικρό και αφορούσε αποκλειστικά ελληνίδες. Επίσης, σημειώνεται το υψηλό βαθμολογικό όριο (9,39) της παρούσας έρευνας στην κατηγοριοποίηση της θλίψης, όπως και τα υψηλά ποσοστά σε ορισμένες υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου. Το γεγονός αυτό πιθανότατα αντανακλά τη σύνθεση του δείγματος. Παράδειγμα, στη μελέτη του Γονιδάκη (2004) συμμετείχαν κατά 35% αλλοδαπές γυναίκες στην Αττική, ενώ στη δική μας μελέτη συμμετείχαν αποκλειστικά ελληνίδες από επαρχιακή πόλη. Επίσης η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα πολύ διαφορετικό από ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο, καθώς στη χώρα επικρατούν ιδιαίτερες οικονομικές συνθήκες και έχουν καταγραφεί αυξημένα ποσοστά ψυχικής δυσφορίας στο γενικό πληθυσμό.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη παρέχει ενδείξεις ότι η θλίψη της μητρότητας για σημαντικό ποσοστό γυναικών μπορεί να είναι αποτρέψιμη με τις κατάλληλες παρεμβάσεις, αλλά και αλλαγή του τρόπου φροντίδας του νεογνού τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Έμφαση πρέπει να δίνεται στη στενή επαφή μητέρας παιδιού και στην αναλυτική ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, με τη φροντίδα του νεογνού, αλλά και την αναμενόμενη έκβασή του ή τις εναλλακτικές επιλογές. Περαιτέρω έρευνα που θα εστιάζει στην επαφή νεογνού –μητέρας, το ρόλο της μαίας και την εμπειρία του τοκετού αναμένεται να διαφωτίσει περισσότερο τη σχέση των τροποποιήσιμων συμπεριφορών παραγόντων με την εμφάνιση της θλίψης της μητρότητας.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η θλίψη της μητρότητας, όρος που χρησιμοποιείται από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα για να περιγράψει τη συναισθηματική δυσφορία-αλλαγή της διάθεσης, παρατηρείται σε αρκετές νέες μητέρες, λίγο μετά τον τοκετό και κορυφώνεται μεταξύ 1<sup>ης</sup> με 10<sup>ης</sup> ημέρας μετά τη γέννα. Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της θλίψης της μητρότητας σε σχέση με ορισμένα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά καθώς και με το μαιευτικό ιστορικό και τη φροντίδα του νεογνού τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα διεξήχθη σε μια επαρχιακή πόλη, σε δείγμα 80 γυναικών που συναίνεσαν να συμμετάσχουν σε αυτή, από την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό. Κάθε γυναίκα συμπλήρωνε το Kennerley's Blues ερωτηματολόγιο σε ημερήσια βάση για τρεις πρώτες ημέρες της λοχείας. Τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά στοιχεία, καθώς και το επίπεδο ενημέρωσης των γυναικών περί τον τοκετό και την φροντίδα του νεογνού ελήφθησαν επίσης με τη συμπλήρωση αντίστοιχων ερωτηματολογίων.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν μαζί τους τα νεογνά στο δωμάτιο νοσηλείας εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά ελαττωμένα ποσοστά θλίψης της μητρότητας σε σύγκριση με αυτές που δεν τα είχαν μαζί τους [11/13=84,6% ποσοστά θλίψης όταν το παιδί δεν είναι δίπλα στη μητέρα του, έναντι 34/67=50%, όταν το παιδί ήταν δίπλα στη μητέρα του. Διαπιστώθηκε γραμμική και αρνητική συσχέτιση θλίψης της μητρότητας και δείκτη ενημέρωσης ( $r=-0,429$ ,  $p<0,001$ ): όσο πιο ενημερωμένη δήλωνε η γυναίκα, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Kennerly and Gath BQ).

**Συμπέρασμα:** Η επαρκής ενημέρωση της μητέρας και η παραμονή του νεογνού κοντά της συσχετίζονται με μικρότερα ποσοστά εμφάνισης θλίψης της μητρότητας στις πρώτες ημέρες της λοχείας.



## Abstract

**Background:** Maternity Blues , a term used since the mid -20th century to describe the affection disturbance , observed in several new mothers shortly after birth and peaks between 1 to 10 days after birth . This study aimed to investigate Maternity Blues in relation to certain demographic and socioeconomic characteristics, as well as to obstetric history and care of the newborn in the first days postpartum.

**Methodology:** The study was conducted in a provincial town in a sample of 80 women who consented to participate in this , the first day postpartum . Every woman completed the Kennerley's Blues questionnaire, in a daily basis for the first three days postpartum. Sociodemographic and clinical data and the level of awareness among women about the birth and care of the newborn were also obtained by completing the suitable questionnaires.

**Results :** We found that women who had their newborns in hospital room showed significantly decreased rates of maternity blues compared to those who do not have them [ 11/13 = 84.6 % blues rates when the child is not next to his mother, versus 34/67 = 50 % , when the child was next to his mother. It was found linear and negative correlation between Blues and perinatal education rate (  $r = -0,429$ ,  $p < 0,001$ ): the better were the women educated about birth , the lower the score on the questionnaire Kennerly and Gath was).

**Conclusion:** Adequate tutoring of the mother in birth and infant care along with the “rooming in” of the newborn correlate with lower incidence rates of Maternity Blues in the first days of puerperium.

## Βιβλιογραφία

### A

Adewuya AO , (2005)” The maternity blues in western Nigerian Women: Prevalence and risk factors.”*American Journal of Obstetrics and Gynecology*,**193**,1522-1525

Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. (2011) The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res. Spring*; **16**(2):169-73.

Andreoli C, D’Adatto F, Andreoli F, Malagnino F(1989).”Early Puerperal Depression: the puerperal Blues” *Minerva Ginecol* **41**(4):173-176

Arie S. (2013) Health effects of Greece's austerity measures are "worse than imagined," report researchers. *BMJ*. **26**;346:f2740.

### B

Bloch M, Daly RC, Rubinow DR, (2003 )“Endocrine factors in the etiology of postpartum depression”*Comprehensive Psychiatry*,**44**:234-246

Brunton & Russel , 2008).”The expectant brain: Adapting for Motherhood” *Nature Review Neuroscience* **9**:11-25

Buttner M, O’Hara M, Watson D ,(2011)“The structure of women’s mood in the early postpartum” *Assesment* **19**: 247-256

### C

Corwin EJ , Johnston N, Pugh L (2008)”Symptoms of postpartum depression associated with elevated levels of interleukin-1 beta during the first month postpartum”,*Biological Research for Nursing*,**10** (2): 128-133

Condon & Watson (1987)”The maternity blues: Exploration of a psychological Hypothesis” *Acta Psychiatr Scand* **76**: 164-171

### D

Devore NE (1979)”The relationship between previous elective abortions and postpartum depression reactions.”, *JOGN Nurs* **8**(4) :237-240

### E

Ehlert U, Pattala U, Kirschbaum C, Piedmont D and Hellhammer DH(1990) “Post-partum blues :salivary cortisol and psychological factors” *J Psychosom Res.***34**(3):319-325

### F

Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJ, Kahalle S, Zugaib M, (2008) "Brazil , Sao Paolo Maternity Blues : Prevalence and Risk Factors" *The Spanish Journal of Psychology* , **11**(2):593-599

## G

Georgas J, Giakoumaki E, Georgoulas N, Koumandakis E, Kaskarelis D. (1984)."Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications" *Psycother Psycosom* **41**:200-206

Glover V, Liddle P, Taylor A, Adams D, Sandler M.,( 1994)"Mild Hypomania (the highs)can be a feature of the first post partum week: association with the later depression" *Br J Psychiatry* **164**:517-521

Godfroid I.O. and Charlot A.(1996) "Postpartum Psychiatry" *Rev Med Brux* **17**(1):22-26

Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN, 2007). "Maternity Blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery." *Journal of Affective Disorders*,**99**(1-3):107-115

Granger ACP and Underwood MR (2001) "Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders", *L Psycosom Obstet Gynaecol* **22**:49-55

Grussu F, Quatraro RM (2013)."Maternity blues in Italian Primipara Women: Symptoms and Mood States in the First Fifteen Days After Childbirth" *Health care for Women International*,**34**:556-576

## H

Halbreich U ,(2010) Womens reproductive related disorders(RRDs) *Journal of Affective Disorders*,**122**,10-13

Hannah et al (1992)."Links between early post-partum mood and postnatal depression".*Br J Psychiatr* **160**: 777-780.

Harris B (1981)."Matternity Blues In East African Clinic Attenders." *Arch Gen Psychiatry* **38** : 1293-1295.

Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. (1994) Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ*. **9**;**308**(6934):949-53.

Hau F & Levy V, (2003) "The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study" *J Affect Disord* **75**: 197-203

Henshaw C (2003). "Mood disturbance in the early puerperium: a review." *Arch Women Ment. Health*; **6**:S 33-S42.

Hohlgeschwandtner M, Husslein P, Klier C, Ulm B (2001) "Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states" *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **80** :326-330

## I

Ijuin T, Douchi T, Yamamoto S, Ijuin Y, Nagata Y.(1998) "The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction" *J Obstet Gynaecol Res* **24**(1) :49-55

## K

Kalandaridou SN, Makrigiannakis A, Mastorakos G . (2003), "Roles of reproductive corticotropin releasing hormone". *Ann N Y Acad Sci* **997**:129–135

Kennerley H, Gath D(1986). "Maternity blues reassessed." *Psychiatry Dev*, **4**:1–17)

Kennerley H, Gath D. (1989) Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological and psychiatric factors. *Br J Psychiatry*, **155**:367–373 .

Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y and Cox JL (1981) "Mood changes in the first three weeks after childbirth" *J Affect Disord* **3** :317-326

Kuevi V, Causon R, Dixon AF, Everard DM, Hall JM, Hole D, Whitehead SA, Wilson CA, Wise JC.(1983) "Plasma amine and hormone changes in post-partum Blues" *Clin Endocrinol* **145**(5): 579-584

## L

Lanczik, Spingler, Heidrich, Becker , Kretzer , Albert & Fritze , (1991). "Post partum Blues : depressive disease or a pseudoneurasthenic syndrome?" *J Affect Disord* **25**(1): 47-52

## M

Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D, Dubbert B, Gold PW and Chrousos G (1996) "The Hypothalamic-Corticotropin-Releasing Hormone Suppression during the

postpartum period: Implications for the increase in psychiatric manifestations at this time” *J Clin Endocrinol Metab* **81**(5):1912-1917

Mellon SH and Deschepper CF (1993)”Neurosteroids biosynthesis: genes for adrenal steroidogenic enzymes are expressed in the brain”, *Brain Res* **629**:99-109

## N

Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y and Honjo (2000)”Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants., Dore C” *Acta Psychiatr Scand* **101**(3) : 209-217

Nappi R, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C and Genazzani A (2001) “Serum allopregnanolone in women with post partum ‘Blues’ ”. *Obst Gynaecol* **197**(1): 77-80

Newman JP, Denett P, Ferron S, Legg C, Bourne GL, Rees L( 1984). “A study of the relationship between circulating  $\beta$ -endorphin-like immunoreactivity and post partum blues” *Clin Endocrinol (Oxf)* **20**(2):167-177

Nonacs R and Cohen L(1998) “ Postpartum mood disorders :Diagnosis and treatment guidelines” *J Clin Psychiatry* **59**(suppl 2):34-40

NHMRC(2000)National Health and Medical Research Council Postnatal Depression.: Not Just the Baby Blues. *Common wealth of Australia*.

Nott PN, Franklin M, Armitage C, Gelder MG. (1976) ”Hormonal Changes and mood in the puerperium” *Br J Psychiatry* **127**:379-383

## O

O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ (1990) “Controlled prospective of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and non childbearing women”. *Journal of Abnormal Psychology*,**99**,3-15

O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, Seneviratne G, Taylor A, Moore R (2011). “Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'.” *J Neuroendocrinol*. **23**(11):1149-55.

## P

Park M,Dimigen G. (1995) Across-culturalcomparison: postnatal depression in korea and Scottish mothers, *Psychologia*,**38**, 199-207

## R

Rohr UD(2002) ‘The impact of testosterone imbalance on depression and women’s health’ *Maturitas 41 Suppl 1*:25-46

## S

Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, Hassan S, Bloomfield PM, Stewart DE, Meyer JH. (2010 ) “Elevated brain monoamine oxidase: A binding in the early post partum period”, *Archives of general Psychiatry*, **67**:468-474

Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K. (2002) Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan. *Int J Gynaecol Obstet.* ;**78**(1):25-30.

Stein G.(1980)”The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week”, *J Psychosom Res* **24**:165-171

Susman VL, Katz JL, (1998)”Weaning and Depression : Another Postpartum complication” *Am J Psychiatry* **145**:498-501

Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A.Sylven, (2011).“Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women”, *Arch Womens Ment Health*, **14**:195-201

## T

Thalassinos M, Rouillon F, Engelmann P, Lempérière T, (1988)”Study of the relation of gynecologic and obstetric findings and psychological disorders of pregnancy and the puerpartum” *J Gynecei Obstet Biol Reprod* **17**(7):879-887

Tsukasaki et al. ,1991.’Types and characteristics of short-term course of depression after delivery: using Zung’s Self-Rating Depression Scale.”*Jpn J Psychiatry Neurol* **45** (3):565-576

## Y

Yalom I, Lunde DT, Moos RH et al(1968). “Postpartum ‘blues’ syndrome. *Arch Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C*(2009). “Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum”, *J Affect Disord*; **113**:77-87

