



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ
ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ.

Φοιτήτρια: ΤΣΟΛΑΚΗ ΣΟΦΙΑ (Α.Μ:18554/986)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ	12
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Κατάθλιψη	14
1.1 Ορισμός	14
1.2 Επιδημιολογία	15
1.3 Παθοφυσιολογία	17
1.4 Αίτια και Παράγοντες Κινδύνου	18
1.5 Επιπλοκές	19
1.6 Συμπτώματα	20
1.7 Διάγνωση	22
1.8 Διαφορική Διάγνωση	23
1.9 Θεραπεία	23
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Επιλόχειος Κατάθλιψη	27
2.1 Ορισμός	27
2.2 Επιδημιολογία	27
2.3 Παθοφυσιολογία	28
2.4 Αιτίες - Παράγοντες Κινδύνου	30
2.5 Συμπτώματα	31
2.6 Συνέπειες	33
2.7 Διάγνωση	36
2.8 Διαφορική Διάγνωση	38
2.9 Θεραπεία	40
2.10 Πρόληψη	44
2.11 Επίδραση της επιλόχειου κατάθλιψης στον πατέρα	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επίδραση στο Νεογνό	50
3.1 Θεωρία της Γνωστικής Ανάπτυξης του Piaget (Piaget's theory of cognitive development)	52
3.2 Κλίμακες του Bayley τις Ανάπτυξη του Νεογνού και του Παιδιού (Bayley Scales of Infant and Toddler Development)	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Θηλασμός	54
Γενικά.....	54
4.1 Οφέλη Θηλασμού	54
4.2 Εμπόδια Στο Θηλασμό.....	55
4.3 Θηλασμός και Κατάθλιψη	55
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ	56
Κεφάλαιο 5: Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Επιλόχειο Κατάθλιψη	56
Εισαγωγή.....	56
5.1 Νοσηλευτική διεργασία	56
5.2 Κατ'οικόν Νοσηλεύτική – Κοινωνική Νοσηλευτική.....	57
5.3. Νοσηλευτική Διεργασία στη Κατάθλιψη	58
5.4 Νοσηλευτική Διεργασία στη Επιλόχειο Κατάθλιψη	62
ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ	68
Κεφάλαιο 6: Μελέτες.....	68
6.1 Μελέτες σχετικά με τα αίτια και την παθοφυσιολογία της της νόσου... ..	68
6.2 Μελέτη σχετικά με τις συνέπειες της νόσου.....	71
6.3 Μελέτες σχετικά με την θεραπεία της νόσου	72
6.4 Μελέτες σχετικά με την πρόληψη της νόσου.	73
6.5 Μελέτες σχετικά με τον θηλασμό.	75
6.6 Μελέτες σχετικά με τον Ρόλο του Νοσηλευτή στη νόσο.	76
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα μελετών	81
ΠΕΜΠΤΟ ΜΕΡΟΣ	86
Κεφάλαιο 8: Ποιοτική Έρευνα – Μελέτη Περίπτωσης	86
8.1 Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:	86
8.2 Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:.....	87
8.3 Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων	87
8.4 Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου	89
8.5 Στόχοι φροντίδας	89
8.6 Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται κατά την περίοδο της λοχείας και χρήζει άμεση αντιμετώπιση. Μπορεί να προκαλέσει ποικίλες συνέπειες στην ψυχική και σωματική φύση την γυναίκας καθώς και να επιδράσει αρνητικά το νεογνό και την σχέση του με την μητέρα. Ο νοσηλευτής έχει έναν σημαντικό ρόλο στη διάγνωσή, την πρόληψη και την θεραπεία της νόσου. Μετά από έρευνα, συλλέχτηκε βιβλιογραφία που αφορά την επιλόχειο κατάθλιψη, την επίδραση της στο νεογνό καθώς και τον ρόλο της νοσηλευτικής διεργασίας στην αντιμετώπιση της.

Σκοπός: Η έρευνα αυτή στοχεύει σε μια ολοκληρωμένη μελέτη της νόσου μέσω των πληροφοριών σχετικά με τα αίτια, τα συμπτώματα, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την επίδραση στο νεογνό. Στοχεύει στη πλήρη ενημέρωση σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων PubMed, Google Scholar, NIH(National Library of Medicine) και της επίσημης ιστοσελίδας Medlineplus.gov. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο των τελευταίων ετών, στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα νέα ερευνητικά δεδομένα, ανοιχτό παραμένει το ενδεχόμενο να συμπεριληφθούν παθοφυσιολογικοί παράγοντες στην αιτία πίσω από την επιλόχειο κατάθλιψη. Επιπλέον, οι παράγοντες κινδύνου δε σταματούν σε ψυχολογικά και ιατρικά ζητήματα αλλά διευρύνονται και σε κοινωνικό - δημογραφικά. Έρευνες έδειξαν ότι η επίδραση της κατάθλιψης στη σχέση μητέρας και νεογνού ήταν σοβαρή καθώς υπήρξαν συνέπειες όχι μόνο στο δεσμό αλλά και στη βιοψυχωκοινωνική ανάπτυξη του βρέφους. Ευχάριστο ήταν το γεγονός ότι επιστήμονες και μελετητές δουλεύουν όλο και περισσότερο στην δημιουργία νέων θεραπειών για την αντιμετώπιση της νόσου. Όσον αφορά το θέμα του ρόλου του νοσηλευτή ήταν φανερό ότι η ψυχολογική υποστήριξη, η ενημέρωση, και η συμβολή του στη θεραπεία είχε αποτελέσματα κάτι που αποδεικνύει ότι ο ρόλος το είναι αρκετά σημαντικός.

Συμπεράσματα: Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μία θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή που αντιπροσωπεύει μία από τις πιο συχνές επιπλοκές της λοχείας (Stewart and Vigod, 2016) και επηρεάζει περίπου το 10-15% των γυναικών (Badr and Zauszniewski, 2017). Οι παράγοντες κινδύνου με την πάροδο του χρόνου αυξάνονται, μπορεί να είναι είτε ιατρικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοδημογραφικοί. Είναι αναγκαίο να διαγνωστεί το συντομότερο δυνατό και να ληφθεί η κατάλληλη θεραπεία ώστε να μην υπάρξουν συνέπειες όσο στη μητέρα τόσο και στο νεογνό. Σύμφωνα με τα νέα ερευνητικά δεδομένα, έχουν δημιουργηθεί νέες θεραπείες οι οποίες θα ωφελήσουν στην αντιμετώπιση της νόσου. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό το κομμάτι είναι σημαντικός καθώς ο νοσηλευτής παρέχει υποστήριξη και ενημέρωση στις μητέρες.

Λέξεις- Κλειδιά: επιλόχειος κατάθλιψη, νοσηλευτική φροντίδα, φροντίδα, θεραπεία, επίδραση στο νεογνό, κατάθλιψη.

ABSTRACT

Background: Postpartum depression is a mental disorder that occurs during menstruation and needs immediate treatment. It can cause various consequences to the mental and physical nature of the woman as well as negatively affect the newborn and his relationship with the mother. The nurse has an important role in the diagnosis, prevention and treatment of the disease. After research, literature was collected on postpartum depression, its effect on the newborn and the role of nursing in its treatment.

Aim: The purpose of this research is a complete study on postpartum depression through the information for its risk factors, symptoms, diagnosis, treatment and its effect on the newborn. Aims for a complete informing about the role of the nursing in prevention, diagnosis and process in treating this mental disorder.

Materials and Methods: The survey was conducted through the online PubMed, Google Scholar, NIH (National Library of Medicine) and the certified webpage Medlineplus.gov database. The material of the study were selected articles mostly published the recent years, in English and Greek language, and the material was collected after a detailed study of the relevant literature. The selection was made from general articles, reviews, systematic studies.

Results: According to new research data, the possibility of pathophysiological factors being included in the cause behind postpartum depression remains open. In addition, the risk factors do not stop at psychological and medical issues but also expand to socio-demographic. Research has shown that the effect of depression on the mother-infant relationship was serious as there were consequences not only for the bond but also for the biopsychosocial development of the baby. It was gratifying that scientists and researchers are increasingly working on new therapies to treat the disease. Regarding the role of the nurse, it was clear that the psychological support. The information and the contribution in therapy proves that the role is quite important.

Conclusions: Postpartum depression is a treatable mental disorder that represents one of the most common complications of postpartum (Stewart and Vigod, 2016) and affects approximately 10-15% of women (Badr and Zauszniewski, 2017). Risk factors increase over time, they can be either medical, psychological, socio-demographic. It is necessary to diagnose as soon as possible and to receive the appropriate treatment so that there are no consequences for both the mother and the newborn. According to new research data, new treatments have been created that will benefit in the treatment of the disease. We must emphasize that the role of the nurse in this area is important as the nurse provides support and information to mothers.

Key Words: postpartum depression, nursing care, care, treatment, effect on the newborn, depression.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό ή επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί μία μορφή της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής που επηρεάζει της γυναίκες κατά την περίοδο της λοχείας. Εμφανίζεται περίπου στο 10% των γυναικών και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Οι παράγοντες που την προκαλούν είναι πολυάριθμοι, μπορούμε να τους κατατάξουμε σε ψυχολογικούς, μαιευτικούς και κοινωνικοπολιτικούς. Οι γυναίκες με αυτή την ψυχική νόσο βιώνουν έντονα συναισθήματα άγχους, ανησυχίας, θλίψης και ανασφάλειας (psi-gr.tripod.com, 2021).

Τα τελευταία χρόνια, οι επιστήμονες έχουν επικεντρωθεί στην μελέτη γύρω από την εμφάνιση, τα αίτια, τη διάγνωση και την θεραπεία της κατάθλιψης της λοχείας μιας και αποτελεί αρκετά συχνό φαινόμενο και του οποίου ο επιπολασμός δείχνει να αυξάνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Επιπλέον, είναι κάτι που προβληματίζει τους ερευνητές διότι, αν και είναι μεγάλο το ποσοστό εμφάνισης της, το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από την κατάθλιψη της λοχείας δεν ζητούν βοήθεια είναι αρκετά υψηλό. Ο γρήγορος τρόπος ζωής, η φτώχεια, ο ανταγωνισμός, η κοινωνική θέση των γυναικών, τα ταμπού που υπάρχουν περί ψυχικής υγείας είναι κάποιοι από τους λόγους της συχνής εμφάνισής της, αλλά και λόγοι των σοβαρών συνεπειών της, μια από της οποίες είναι, και αξίζει να αναφερθεί, η αυτοκτονία. Ένας μεγάλος αριθμός των γυναικών, δυστυχώς, έχουν τάσεις ή διέπραξαν αυτοκτονικό επεισόδιο.

Το ενδιαφέρον και η αγάπη μου για την ψυχική υγεία με οδήγησε σε συχνές έρευνες για τις ψυχικές διαταραχές. Ύστερα από πολλές μελέτες άρθρων, βιβλίων και ερευνών αποφάσισα να επιλέξω το θέμα της επιλόχειου κατάθλιψης καθώς μου προσέλκυσε το ενδιαφέρον έπειτα από συζήτηση που είχα με μία οικογενειακή φίλη, μαία στο επάγγελμα. Έτσι, λοιπόν, η εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας με θέμα την επιλόχειο κατάθλιψη, τον ρόλο του νοσηλευτή και την επίδραση στο νεογνό είναι για τον σκοπό της ολοκλήρωσης του κύκλου των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα άτομα που μου στάθηκαν δίπλα μου όλο αυτόν τον καιρό που δούλεψα αυτήν την εργασία αλλά και σε αυτά τα 4 χρόνια των σπουδών μου. Ένα ευχαριστώ στην οικογένεια μου και τους φίλους μου που ήταν το μεγαλύτερο στήριγμα και η ψυχική μου δύναμη, που με ενθάρρυναν και με βοήθησαν όσο μπορούσαν με τις ιδέες, τις απόψεις και τις γνώσεις τους πάνω σε αυτό το θέμα. Φυσικά, ένα θερμό ευχαριστώ την κυρία Μαίρη Γκουβά, που με όλη την αγάπη, την θέληση και την υπομονή της, ήταν δίπλα μου, με βοήθησε, με συμβούλεψε και με καθοδήγησε, με αποτέλεσμα να μην υπάρξει κανένα απολύτως πρόβλημα και η εργασία να ολοκληρωθεί με επιτυχία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, όλο και αυξάνεται η αναγνώριση του σημαντικού ρόλου που παίζει η ψυχική υγεία στην επίτευξη των παγκόσμιων αναπτυξιακών στόχων. Η Υγεία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως *«η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* επομένως, η ψυχική υγεία δεν αποτελεί απλώς την απουσία ψυχικών διαταραχών. Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα φυσιολογικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητά του (World Health Organization, 2018).

Ιστορικά, ο Ιπποκράτης υπήρξε από τους πρώτους που υποστήριξαν την σχέση ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή. Ισχυρίστηκε ότι η διατήρηση της υγείας χρειάζεται την ισορροπία μεταξύ του σώματος, του νου και του περιβάλλοντος. Υποστήριζε ότι ο οργανισμός κάθε ασθενούς αντιδρά διαφορετικά στη νόσο και επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής του ατόμου. Ο Πλάτων, πίστευε ότι η ψυχή επηρεάζει τις λειτουργίες του σώματος και ότι η θεραπεία του σώματος χωρίς την θεραπεία της ψυχής είναι εμπειρισμός και όχι επιστημονική θεραπεία. Αναφέρει ότι *«δεν πρέπει να θεραπεύουμε αν αγνοούμε το σύνολο (του σώματος), το οποίο, αν δεν είναι καλά, δε μπορεί να είναι καλά ούτε το μέρος. Γιατί όλα και τα καλά και τα κακά για το σώμα και όλους τους ανθρώπους ξεκινούν από την ψυχή»* (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Η κατάθλιψη είναι μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας. Τα άτομα με σοβαρές παθήσεις ψυχικής υγείας αποβιώνουν πρόωρα, έως και δύο δεκαετίες νωρίτερα, λόγω των σωματικών παθήσεων που μπορούν να προληφθούν (World Health Organization, 2019).

Οι 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό, γνωστές ως λοχεία ή το τέταρτο τρίμηνο, είναι μια κρίσιμη στιγμή στη ζωή μιας μητέρας και του βρέφους της (Paladine, Blenning and Yorgos Strangas, 2019). Ο τοκετός είναι μια δύσκολη και εξαντλητική διαδικασία. Μια γυναίκα περνάει πολλές ορμονικές, σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές αλλαγές καθ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τεράστιες αλλαγές συμβαίνουν στον οικογενειακό και διαπροσωπικό κόσμο της μητέρας. Μετά τον τοκετό, μια μητέρα μπορεί να βιώσει ποικίλα συναισθήματα που κυμαίνονται από χαρά και ευχαρίστηση έως θλίψη και περιόδους κλάματος (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2021). Τα

προβλήματα υγείας κατά την περίοδο αυτή περιλαμβάνουν ιατρικές επιπλοκές, ανησυχία και καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν μελλοντικούς κινδύνους για την υγεία. Μία από αυτές τις επιπλοκές είναι και η επιλόχειος κατάθλιψη (Postpartum Depression - PPD), (Paladine, Blenning and Yorgos Strangas, 2019). Η ένταση της αίσθησης της αδυναμίας στις μητέρες είναι τόσο υψηλή που ορισμένες μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη σχολιάζουν τη ζωή ως το βάλτο του θανάτου, ενώ οι υγιείς μητέρες βλέπουν τη γέννηση του μωρού τους ως το πιο ευτυχισμένο στάδιο της ζωής τους (Ghaedrahmati et al., 2017).

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βαθύτερη μελέτη της επιλόχειου κατάθλιψης και της επίδρασης της στο νεογνό ώστε να αναδειχθεί ο ρόλος της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ		
AAP		American Academy of Pediatrics/ Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων
ACOG		American College of Obstetricians and Gynecologists/ Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων
ADHD		Attention deficit hyperactivity disorder / Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας
BAT		Bipolar Androgen Therapy
BDI		Beck Depression Inventory
CBT		Cognitive behavioral therapy/Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία
DSM		Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών
ECT		Electroconvulsive therapy / Ηλεκτροσυσπαστική Θεραπεία
EPDS		Edinburgh Postnatal Depression Scale / Κλίμακα Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου
FDA		Food and Drug Administration
ICD		Classification of Diseases / Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας
IPT		Interpersonal therapy / Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία
MDD		Major depressive disorder / Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
NICU	MENN	Neonatal Intensive Care Unit / Μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών
PPD		Postpartum Depression / Επιλόχειος Κατάθλιψη
PTSD		Post-traumatic stress disorder / Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες
RCT		Randomized Controlled Trial
SSRI		Selective serotonin reuptake inhibitors / Εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης

TMS		Transcranial Magnetic Stimulation / Διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός
WHO	ΠΟΥ	World Health Organization / Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Όλοι αισθάνονται λυπημένοι ή ταπεινοί κάποιες φορές στη ζωή τους, αλλά αυτά τα συναισθήματα συνήθως περνούν σε λίγο χρόνο. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή κατάθλιψη (Major Depressive Disorder – MDD) είναι διαφορετική. Είναι μια διαταραχή της διάθεσης που προκαλεί ένα επίμονο αίσθημα θλίψης και απώλειας ενδιαφέροντος (Chand and Arif, 2020). Μπορεί να προκαλέσει σοβαρά συμπτώματα που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται, σκέφτονται και χειρίζονται καθημερινές δραστηριότητες. Είναι μια ασθένεια που μπορεί να επηρεάσει τον καθένα, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, το εισόδημα, τον πολιτισμό ή την εκπαίδευση. Η έρευνα δείχνει ότι γενετικοί, βιολογικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε συνδυασμό με ψυχικές διαταραχές και ασθένειες, όπως ο διαβήτης, ο καρκίνος, οι καρδιακές παθήσεις και ο χρόνιος πόνος. Μπορεί να κάνει αυτές τις καταστάσεις χειρότερες, και το αντίστροφο. Τις περισσότερες φορές τα φάρμακα που λαμβάνονται για αυτές τις ασθένειες προκαλούν παρενέργειες που συμβάλλουν στα συμπτώματα κατάθλιψης (NIMH, 2020).

Υπάρχουν δύο κύριες μορφές κατάθλιψης:

- 1) **Η μείζονα κατάθλιψη**, η οποία περιλαμβάνει συμπτώματα κατάθλιψης τις περισσότερες φορές για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
- 2) **Η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή** (δυσθυμία), η οποία συχνά περιλαμβάνει λιγότερο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης που διαρκούν πολύ περισσότερο, συνήθως για τουλάχιστον 2 χρόνια (NIMH, 2020).

Διάφορες μορφές συμπεριλαμβάνουν:

- **Την περιγεννητική κατάθλιψη**, η οποία εμφανίζεται όταν μια γυναίκα βιώνει μείζονα κατάθλιψη κατά τη διάρκεια τους εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό (επιλόχειος κατάθλιψη).
- **Την εποχιακή συναισθηματική διαταραχή**, η οποία έρχεται και φεύγει με τους εποχές, συνήθως ξεκινά από τα τέλη φθινοπώρου και διαρκεί μέχρι τα μέσα της άνοιξης και του καλοκαιριού.

- **Την κατάθλιψη με συμπτώματα ψύχωσης**, η οποία είναι μια σοβαρή μορφή κατάθλιψης όπου ένα άτομο βιώνει συμπτώματα ψύχωσης, τις ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.

(NIMH, 2020).

1.1.1 DSM

Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης των Διανοητικών Διαταραχών Πέμπτης Έκδοσης (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V) ταξινομεί τους διαταραχές της κατάθλιψης σε:

- I. Διαταραχή δυσρύθμισης διασπαστικής διάθεσης
- II. Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή
- III. Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία)
- IV. Προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή
- V. Καταθλιπτική διαταραχή λόγω της ιατρικής κατάστασης

(Chand and Arif, 2020)

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο δωδεκάμηνος επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών, αλλά είναι περίπου 6%, συνολικά. Ο κίνδυνος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής είναι τρεις φορές υψηλότερος (15-18%), πράγμα που σημαίνει ότι η κατάθλιψη είναι κοινή, με σχεδόν ένα στα πέντε άτομα να βιώνουν ένα επεισόδιο σε κάποιο σημείο της ζωής τους (Malhi and Mann, 2018). Επιδημιολογικές έρευνες παρουσίασαν μερικά ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης σε διάφορες χώρες, στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 16,2% , στον Καναδά, το 11,3% και στη Κίνα, το 3,4% του πληθυσμού πάσχουν από την ψυχική νόσο. Ως χρόνια ψυχική διαταραχή, η κατάθλιψη ασκεί σημαντική επιβάρυνση στους ασθενείς, στις οικογένειές τους και στην κοινωνία. Επιπλέον, αναφέρεται ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν το 22,8% του παγκόσμιου βάρους της νόσου, μεταξύ των οποίων η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία αναπηρίας, και το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί μαζί με την αύξηση του πληθυσμού και τη γήρανση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – ΠΟΥ (World Health Organization – WHO) έχει κατατάξει την κατάθλιψη ως τη δεύτερη κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και προβλέπει ότι θα είναι μία από τις τρεις κορυφαίες

αιτίες επιβάρυνσης από ασθένειες σε χώρες υψηλού εισοδήματος έως το 2030, μετά τον ιό HIV/AIDS (Duan et al., 2020).

1.2.1 Κατάθλιψη και φύλο

Η πιο πιθανή περίοδος για την έναρξη του πρώτου επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης εκτείνεται από τη μέση ηλικία έως τα μέσα της δεκαετίας των 40 ετών, αλλά σχεδόν το 40% βιώνουν το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης πριν από την ηλικία των 20 ετών, με μέση ηλικία έναρξης στα μέσα της δεκαετίας των 20 ετών. Σε όλη τη διάρκεια ζωής, η κατάθλιψη είναι σχεδόν διπλάσια συχνή στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες, και στα δύο φύλα, η κορύφωση της εμφάνισης της γίνεται στη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής, με επακόλουθη, πιο μέτρια κορύφωση, την πέμπτη και έκτη δεκαετία. Η διαφορά στην επικράτηση της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφέρεται ως το χάσμα μεταξύ των φύλων στην κατάθλιψη και θεωρείται ότι συνδέεται με τις διαφορές φύλου στη ευαισθησία, βιολογική και ψυχολογική (Malhi and Mann, 2018). Ένα σύνολο ευρημάτων από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για πάνω από τρεις δεκαετίες, έδειξαν μία σχετική διαφορά στα ποσοστά κατάθλιψης αλλά όχι απόλυτη. Μία ανασκόπηση προτείνει ότι το φαινόμενο εξαρτάται, κάπως, από το είδος της κατάθλιψης και δεν περιορίζεται στη διαφορά του φύλου, πως τα ποσοτικοποιημένα δεδομένα είναι πιθανόν να επηρεαστούν από μια σειρά τεκμηριωμένων παραγόντων και ακόμη μετά την αποδοχή συνεισφορών κοινωνικών παραγόντων θα υπήρχαν ισχυρές βιολογικές βάσεις. Επιπλέον, ποικίλες μελέτες, υποστηρίζουν ένα μοντέλο άγχους διάθεσης και με ισχυρή συμβολή από τους γοναδικές ορμόνες που συμβάλλουν στον παράγοντα της διάστασης της «συναισθηματικής δυσρύθμισης» που υπερεκπροσωπείται στις γυναίκες, αναδύεται στην εφηβεία, και της διάθεσης των γυναικών σε μια μεγαλύτερη τάση, τόσο στο άγχος όσο και στην κατάθλιψη. Οι γυναίκες δεν είναι, αναγκαστικά, πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη από τους άνδρες. Φαίνεται να υπάρχει ο βιολογικός παράγοντας διάστασης που προδιαθέτει τις γυναίκες από την εφηβεία να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αλλά αυτή η διάσταση τροποποιείται από κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες (Parker and Brotchie, 2010). Παρ' όλα αυτά, πρέπει να τονίσουμε ότι περισσότερο οι γυναίκες από τους άνδρες διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη και αυτό ίσως να οφείλεται εν μέρει επειδή οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία (Mayoclinic.org, 2019).

1.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής έχει προχωρήσει σημαντικά, αλλά κανένα ενιαίο μοντέλο ή μηχανισμός δεν μπορεί να εξηγήσει ικανοποιητικά τις πτυχές της νόσου. Διαφορετικές αιτίες ή παθοφυσιολογία μπορεί να στηρίζουν τα επεισόδια σε διαφορετικούς ασθενείς, ή ακόμα και διαφορετικά επεισόδια στον ίδιο ασθενή σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ψυχοκοινωνικοί και βιολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετική παθογένεια και να ανταποκριθούν κατά προτίμηση σε διαφορετικές παρεμβάσεις. Επομένως, η κατανόηση της παθοφυσιολογίας της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι πιο χρήσιμη καθώς εστιάζεται σε μηχανισμούς που ανανεώνονται άμεσα από κλινικές μελέτες και εξετάζονται τόσο με βιολογικούς όσο και με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Malhi and Mann, 2018).

Οι βιοχημικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο σε καταθλιπτικούς ασθενείς είναι μεγάλης πολυπλοκότητας και αποτελούν αντικείμενο ευρείας έρευνας. Ο μεταβολισμός της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης επηρεάζεται τόσο από τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όσο και από αναστολείς μονοαμινοξειδάσης. Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει καμία οριστική απόδειξη σχετικά με το ποια από αυτές τις μονοαμίνες είναι κρίσιμης σημασίας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης και φαίνεται πιθανό ότι όλα εμπλέκονται σε κάποιο βαθμό. Η υπόθεση νορεπινεφρίνης στην κατάθλιψη υποθέτει πως, η κατάθλιψη εμφανίζεται επειδή υπάρχει μια πραγματική ή σχετική μείωση της ποσότητας νορεπινεφρίνης σε κεντρικές νευρικές συνάψεις κυττάρων. Η υπόθεση της σεροτονίνης δείχνει μια παρόμοια ανεπάρκεια της σεροτονίνης ως κύρια αιτία για κατάθλιψη. Πολλά δεν έχουν ακόμη αποδειχθεί για τους βιοχημικούς παράγοντες στην κατάθλιψη. Είναι σαφές, ωστόσο, ότι αν και λειτουργούν με κάπως διαφορετικούς κυτταρικούς μηχανισμούς, τόσο οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης όσο και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά διευκολύνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης σε κεντρικές συνάψεις. Η αποτελεσματικότητα αυτών των κατηγοριών αντικαταθλιπτικών στην ανακούφιση της κατάθλιψης φαίνεται τώρα να συνδέεται έντονα με τη δράση της στη νορεπινεφρίνη, την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη. Υπάρχουν, ωστόσο, ενδείξεις ότι άλλοι νευροδιαβιβαστές μπορεί της να εμπλέκονται στην ανάπτυξη της κατάθλιψης (Griffin, 1990).

1.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δεν είναι γνωστό, ακόμα, για το τι ακριβώς προκαλεί την κατάθλιψη, όπως θεωρείται ότι τα αίτια που εμπλέκονται στην εμφάνιση όπως είναι πολυπαραγοντικά. Συγκεκριμένα είναι:

- **Οι βιολογικές διαφορές.** Τα άτομα με κατάθλιψη φαίνεται να έχουν φυσικές αλλαγές στον εγκέφαλό. Η σημασία αυτών των αλλαγών εξακολουθεί να είναι αβέβαιη, αλλά μπορεί τελικά να βοηθήσει στον εντοπισμό αιτιών.
- **Η χημεία του εγκεφάλου.** Οι νευροδιαβιβαστές είναι φυσικές χημικές ουσίες του εγκεφάλου που πιθανότατα παίζουν ρόλο στην κατάθλιψη. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι αλλαγές στη λειτουργία και την επίδραση αυτών των νευροδιαβιβαστών και στον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρούν με νευροκυκλίτες που εμπλέκονται στη διατήρηση όπως σταθερότητας όπως διάθεσης μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη και τη θεραπεία.
- **Οι ορμόνες.** Αλλαγές στην ισορροπία των ορμονών του σώματος μπορεί να εμπλέκονται στην πρόκληση κατάθλιψης. Οι ορμονικές αλλαγές μπορεί να προκύψουν με την εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια των εβδομάδων ή μηνών μετά τον τοκετό (λοχεία) και από προβλήματα θυρεοειδούς, εμμηνόπαυση ή μια σειρά από όπως καταστάσεις.
- **Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά.** Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε άτομα των οποίων οι συγγενείς αίματος έχουν αυτή την κατάσταση. Οι ερευνητές προσπαθούν να βρουν γονίδια που μπορεί να εμπλέκονται στην πρόκληση κατάθλιψης.

Οι παράγοντες που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ή πρόκλησης κατάθλιψης περιλαμβάνουν:

- **Ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας,** όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η υπερβολική εξάρτηση, αυτοκριτική ή απαισιοδοξία.
- **Τραυματικά ή αγχωτικά γεγονότα,** όπως σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, θάνατος ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, δύσκολη σχέση ή οικονομικά προβλήματα.
- **Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, διπολικής διαταραχής, αλκοολισμού ή αυτοκτονίας.** Οι συγγενείς πρώτου βαθμού των καταθλιπτικών ατόμων έχουν περίπου 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη

από τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα χωρίς οικογενειακές ιστορίες κατάθλιψης (Chand and Arif, 2020).

- **Όντας ομοφυλόφιλος, αμφιφυλόφιλη ή τρανσέξουαλ, ή έχοντας παραλλαγές** στην ανάπτυξη γεννητικών οργάνων που δεν είναι σαφώς αρσενικά ή θηλυκά (ίντερσεξ) σε μια μη υποστηρικτική κατάσταση.
- **Ιστορικό άλλων διαταραχών ψυχικής υγείας**, όπως αγχώδη διαταραχή, διατροφικές διαταραχές ή διαταραχή μετατραυματικού στρες.
- **Κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχαγωγικών ναρκωτικών.**
- **Σοβαρή ή χρόνια ασθένεια**, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, του εγκεφαλικού επεισοδίου, του χρόνιου πόνου ή των καρδιακών παθήσεων.
- **Ορισμένα φάρμακα**, όπως κάποια φάρμακα υψηλής αρτηριακής πίεσης ή υπνωτικά χάπια.

(Mayoclinic.org, 2019).

1.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η κατάθλιψη συχνά επιδεινώνεται αν δεν αντιμετωπιστεί, με αποτέλεσμα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και προβλήματα υγείας να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής του ασθενούς.

Παραδείγματα επιπλοκών που σχετίζονται με την κατάθλιψη περιλαμβάνουν:

- Υπερβολικό βάρος ή παχυσαρκία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές παθήσεις και διαβήτη.
- Πόνος ή σωματική ασθένεια.
- Κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών.
- Άγχος, διαταραχή πανικού ή κοινωνική φοβία.
- Οικογενειακές συγκρούσεις, δυσκολίες σχέσεων και εργασιακά ή σχολικά προβλήματα.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Αυτοκτονικά συναισθήματα, απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοκτονία.
- Αυτοτραυματισμός, όπως κοπή.
- Πρόωρος θάνατος από ιατρικές παθήσεις.

(Mayoclinic.org, 2019).

1.6 ΣΥΠΤΩΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη καθορίζεται από την παρουσία πέντε συμπτωμάτων, ένα από τα οποία πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διαταραχή είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Συγκεκριμένα, καθορίζεται από:

- Καταθλιπτική διάθεση, συχνά συνδυάζεται ή καλύπτεται από έντονη ανησυχία
- Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για δραστηριότητες
- Διαταραχή όρεξης, απώλεια όρεξης σε συνδυασμό με απώλεια βάρους
- Διαταραχή του ύπνου, περισσότερες φορές αϋπνία
- Σωματική διέγερση ή ψυχοκινητική επιβράδυνση
- Κόπωση, μειωμένη ενέργεια
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής
- Μειωμένη συγκέντρωση ή μειωμένη ικανότητα να λαμβάνονται αποφάσεις
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικού ιδεασμού

(Wisner, Parry and Piontek, 2002).

Σωματικά συμπτώματα έχουν, καταγραφεί από καταγγελίες ασθενών με κατάθλιψη. Περιλαμβάνουν τον ανεξήγητο πόνο, τον χρόνιο πόνο, τον πονοκέφαλο, την κόπωση, το αίσθημα ζάλης, στους κοιλιακές κράμπες, το φούσκωμα, την καούρα, το μούδιασμα, το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο και το ευερέθιστο έντερο, ασθένεια που συχνά συνδέεται με τη μείζονα κατάθλιψη. Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που υποδηλώνουν πως είναι ο αριθμός των καταγγελιών και όχι ο συγκεκριμένος τύπος συμπτωμάτων που συσχετίζονται με την κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα, η πιθανότητα μιας διαταραχής διάθεσης ή άγχους αυξάνεται δραματικά καθώς αυξάνει ο αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων. Το ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην κατακρήμνιση του πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης, αλλά αυτό μπορεί να μην ισχύει για τα επόμενα επεισόδια. Αν και οι ασθενείς μπορεί να είναι απρόθυμοι να παραδεχτούν την κατάθλιψη, συνήθως παραδέχονται ότι βρίσκονται υπό σημαντικό άγχος. Μπορεί να είναι πιο πρόθυμοι να δεχτούν τη θεραπεία εάν είναι διατυπωμένη από την άποψη πως τους επιτρέπει να χειριστούν το άγχος, ειδικά αν βλέπουν την κατάθλιψη ως κοινωνικό στίγμα ή προσωπική αδυναμία (Rakel, 1999).

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τους ανθρώπους διαφορετικά, ανάλογα με την ηλικία τους. Τα παιδιά με κατάθλιψη μπορεί να είναι ανήσυχα, δύστροπα, να προσποιούνται ότι είναι άρρωστα, να αρνούνται να πάνε στο σχολείο, να

προσκολλώνται σε έναν γονέα ή να ανησυχούν ότι ο γονέας μπορεί να πεθάνει. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη μπορεί να μπλέξουν στο σχολείο, να μελαγχολούν, να απογοητευτούν εύκολα να αισθάνονται ανήσυχοι ή να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ίσως να έχουν ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος, διατροφικές διαταραχές, διαταραχή υπερδραστηριότητας ελλειμματικής προσοχής ή διαταραχή χρήσης ουσιών. Είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν υπερϋπνία και υπερφαγία. Οι νεότεροι ενήλικες με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να είναι ευερέθιστοι, να παραπονιούνται για αύξηση βάρους, να έχουν υπερυπνία και αρνητική άποψη για τη ζωή και το μέλλον. Συχνά συνυπάρχουν ψυχικές διαταραχές, η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού και διαταραχές χρήσης ουσιών. Οι μεσήλικες ενήλικες με κατάθλιψη μπορεί να έχουν πιο καταθλιπτικά επεισόδια, μειωμένη λίμπιντο, αϋπνία στη μέση στους νύχτας ή πρωινή αφύπνιση. Μπορεί να αναφέρουν συχνότερα ότι έχουν γαστρεντερικά συμπτώματα όπως διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Οι ηλικιωμένοι ενήλικες με κατάθλιψη συνήθως βιώνουν θλίψη ή μπορεί να έχουν άλλα λιγότερο προφανή συμπτώματα. Μπορεί να αναφέρουν έλλειψη συναισθημάτων και όχι καταθλιπτική διάθεση. Οι ηλικιωμένοι ενήλικες είναι στους πιο πιθανό να πάσχουν από ιατρικές καταστάσεις ή πόνο που μπορεί να προκαλέσει ή να συμβάλει στην κατάθλιψη (NIMH, 2020).

Όλοι οι ασθενείς με κατάθλιψη θα πρέπει να αξιολογούνται για αυτοκτονικό κίνδυνο. Κάθε κίνδυνος αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνει άμεση προσοχή, η οποία θα μπορούσε να περιλαμβάνει νοσηλεία ή στενή και συχνή παρακολούθηση.

Άλλοι τομείς για διερεύνηση, σχετικά με το κίνδυνο αυτοκτονίας, περιλαμβάνουν:

- Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, και τρέχοντα φάρμακα
- Κοινωνικό ιστορικό με έμφαση στους στρεσογόνους παράγοντες και τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ
- Ιστορικό και φυσική εξέταση για να αποκλειστούν οργανικές αιτίες κατάθλιψης.

(Chand and Arif, 2020).

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι δύο ταξινομήσεις, DSM και ICD, χρησιμοποιούνται ευρέως για τη διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής εντός του νοσοκομείου, των εξωτερικών ασθενών και των κοινοτικών ρυθμίσεων, αλλά για την έρευνα, το DSM είναι το κυρίαρχο ταξινομικό σύστημα. Εκτός από αυτά, η σοβαρότητα της μείζονος κατάθλιψης μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με κλίμακες αξιολόγησης. Ως εκ τούτου, έχουν αναπτυχθεί εργαλεία διαλογής για να βοηθήσουν στον εντοπισμό της κατάθλιψης σε διάφορες κλινικές ρυθμίσεις και ορισμένα που βασίζονται στην αυτοαναφορά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια αίθουσα αναμονής ή στο διαδίκτυο (Malhi and Mann, 2018).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η σοβαρότητά της αξιολογούνται με τη βοήθεια ερωτηματολογίων της ο Κατάλογος Κατάθλιψης του Beck (Beck's Depression Inventory -BDI), η Κλίμακα Κατάθλιψης Hamilton (Hamilton Depression Scale- Ham-D) και η Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κατάθλιψης του Zung (Zung Self Rating Depression Scale)

Δεν υπάρχουν διαθέσιμες διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις για τη διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι, ωστόσο, χρήσιμες για τον αποκλεισμό ιατρικών ασθενειών που μπορεί να παρουσιαστούν ως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Αυτές οι εργαστηριακές μελέτες μπορεί να περιλαμβάνουν τα εξής:

- Πλήρης καταμέτρηση Αιμοσφαιρίων (CBC)
- Θυρεοτρόπος ορμόνη (TSH)
- Βιταμίνη B-12
- Ταχεία Αντιδρασίνη πλάσματος (RPR)
- Τεστ HIV
- Ηλεκτρολύτες, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων ασβεστίου, φωσφορικού άλατος και μαγνησίου
- Άζωτο ουρίας αίματος (BUN) και κρεατινίνη
- Δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας (LFTs)
- Επίπεδο αλκοόλ στο αίμα
- Τοξικολογική εξέταση αίματος και ούρων
- Αέρια αίματος (ABG)
- Δεξαμεθαζόνη δοκιμή καταστολής (κυρίως στη νόσος Cushing, αλλά είναι και θετική στην κατάθλιψη)

- Τεστ διέγερσης κοσιντροπίνης (ACTH) (νόσος του Άντισον)
- Η αξονική τομογραφία (CT) ή η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) του εγκεφάλου θα πρέπει να εξετάζεται εάν το οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο ή ο υποπιπτευταρισμός περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση.

(Chand and Arif, 2020)

1.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι χρήσιμο, κατά την διάρκεια της διάγνωσης της κατάθλιψης, να ληφθούν υπόψιν κάποιες διαταραχές που παρουσιάζουν όμοια συμπτώματα και καταστάσεις με την κατάθλιψη. Αυτές είναι: η Διπολική Διαταραχή, η Άνοια, η Σχιζοφρένεια και η σχιζοφρενική διαταραχή, η Σωματομορφική Διαταραχή, οι Διαταραχές Χρήσης Ουσοών, η Διαταραχή Προσωπικότητας, η Διαταραχή Άγχους, η Διαταραχή Ελλειμματικής Υπερκινητικότητας (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) και όπως γενικές ιατρικές παθήσεις όπως θυρεοειδής ή άλλο ενδοκρινικό πρόβλημα (Rakel, 1999).

1.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχοι της θεραπείας των ψυχικών νοσημάτων είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, η εξέλιξη και ενθάρρυνση των δεξιοτήτων, η προαγωγή συμπεριφορών για την βελτίωση της ζωής του ατόμου (Nies and McEwen, 2011).

Η θεραπεία των ασθενών με κατάθλιψη θα πρέπει να ληφθεί για τουλάχιστον 6 μήνες μετά την επίλυση των συμπτωμάτων. Σε αρκετές περιπτώσεις η θεραπεία χρήζει συνέχειας πέρα από αυτό, μερικές φορές για χρόνια. Κατά τη διακοπή της θεραπείας, η δόση θα πρέπει να μειωθεί σταδιακά σε διάστημα 2 μηνών, ενώ παράλληλα θα παρακολουθείται η επανεμφάνιση της κατάθλιψης. Οι περισσότεροι ασθενείς, το 75% ή και παραπάνω έχουν πολλαπλά επεισόδια κατάθλιψης. Όσοι βιώνουν 3 ή περισσότερα επεισόδια θα πρέπει να τίθενται σε μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή συντήρησης (Rakel, 1999).

1.9.1 Φαρμακοθεραπεία

Όλα τα φάρμακα της θεραπείας της κατάθλιψης είναι εξίσου αποτελεσματικά και κανένα φάρμακο δεν φαίνεται να λειτουργεί ταχύτερα από ένα άλλο. Επειδή όλα τα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά οι περισσότεροι γιατροί επιλέγουν ένα φάρμακο με βάση το προφίλ παρενέργειας (Rakel, 1999). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα φάρμακα δεν θεραπεύουν την ψυχική ασθένεια αλλά εστιάζουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων (Nies and McEwen, 2011).

Μερικές κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι:

- a) **Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (Selective serotonin reuptake inhibitors -SSRIs)**, οι οποίοι έχουν το πλεονέκτημα της ευκολίας στη χορήγηση της δόσης και της χαμηλής τοξικότητας στην υπερδοσολογία. Είναι επίσης τα φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη αργά-έναρξης. Περιλαμβάνουν: την κιταλοπράμη, την εσκιταλοπράμη, τη φλουοξετίνη, τη φλουβοξαμίνη, την παροξετίνη, την σερτραλίνη, τη βιλαζοδόνη, τη βορτιοξετίνη.
- b) **Αναστολείς επαναποστολής σεροτονίνης/νορεπινεφρίνης (Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors - SNRIs)**, οι οποίοι περιλαμβάνουν τη βενλαφαξίνη, τη δεβενλαφαξίνη, τη ντουλοξετίνη και το λεβομίλνασιπραν (levomilnacipran). Αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως παράγοντες πρώτης γραμμής, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σημαντικά σύνδρομα κόπωσης ή πόνου που σχετίζονται με το επεισόδιο της κατάθλιψης. Τα SNRIs έχουν επίσης σημαντικό ρόλο ως παράγοντες δεύτερης γραμμής σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί σε SSRIs.
- c) **Άτυπα αντικαταθλιπτικά**, που περιλαμβάνουν: τη βουπροπιόνη, τη μιρταζαπίνη, τη νεφαζοδόνη και την τραζοδόνη. Όλα έχουν βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικά στη μονοθεραπεία σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμένη θεραπεία για πιο δύσκολη θεραπεία της κατάθλιψης.
- d) **Διαμορφωτές δραστηκότητας σεροτονίνης-ντοπαμίνης (Serotonin-Dopamine Activity Modulators - SDAMs)**, που περιλαμβάνουν την brexpiprazole και την αριπιπραζόλη. Η brexpiprazole ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

- e) **Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Tricyclic Antidepressants- TCAs)**, που περιλαμβάνουν: την αμυτριπυλίνη, την κλομιπραμίνη, τη δεσιπραμίνη, τη σουξεπίνη, τη ιμιπραμίνη, τη νοτριπυλίνη, την προτριπυλίνη, την τριππραμίνη. Οι TCAs έχουν μακρά ιστορία αποτελεσματικότητας στη θεραπεία της κατάθλιψης. Χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά λόγω του προφίλ παρενέργειας και της σημαντικής τοξικότητάς τους στην υπερδοσολογία.
- f) **Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (Monoamine Oxidase Inhibitors- MAOIs)**, που περιλαμβάνουν: την ισοκαρβοξαζίδη, τη φαινελζίνη, την σελεγιλίνη και την τρανυλοκυπρομίνη. Αυτοί οι παράγοντες είναι ευρέως αποτελεσματικοί σε ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών και αγχώδεις διαταραχές. Λόγω του κινδύνου υπερτασικής κρίσης, οι ασθενείς με αυτά τα φάρμακα πρέπει να ακολουθούν δίαιτα χαμηλής τυραμίνης. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν αϋπνία, άγχος, ορθοστάσταση, αύξηση βάρους και σεξουαλική δυσλειτουργία.

(Chand and Arif, 2020)

1.9.2 Ψυχοθεραπεία

Ένας συνδυασμός υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας είναι η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για τη θεραπεία της ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης. Περιορισμένη ψυχοθεραπεία αυτού του είδους μπορεί εύκολα να παρασχεθεί από τον γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας στις συχνές επισκέψεις που απαιτούνται για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων (Rakel, 1999).

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν αναπτυχθεί και δοκιμαστεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να οριστεί ως *«η τεκμηριωμένη και σκόπιμη εφαρμογή κλινικών μεθόδων και διαπροσωπικών στάσεων που προέρχονται από καθιερωμένες ψυχολογικές αρχές με σκοπό να βοηθήσουν τους ανθρώπους να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές, τις γνωστικές γνωριμίες, τα συναισθήματα ή/και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά τους σε κατευθύνσεις που οι συμμετέχοντες θεωρούν επιθυμητές»*. Οι τύποι θεραπείας που έχουν εξεταστεί καλύτερα στις ρυθμίσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (CBT), η θεραπεία ενεργοποίησης συμπεριφοράς (BAT), η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT), η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων και η παροχή συμβουλών εκτός οδηγιών (Cuijpers et al., 2019).

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια αποτελεσματική μορφή ψυχοθεραπείας που παρέχει ενθάρρυνση και προσπαθεί να βελτιώσει την

αυτοεκτίμηση του ασθενούς. Ο γιατρός βοηθά τον ασθενή να αντικαταστήσει την αρνητική σκέψη που σχετίζεται με την κατάθλιψη με μια πιο ρεαλιστική και θετική προσέγγιση στην καθημερινή ζωή (Rakel, 1999).

Η διαπροσωπική θεραπεία (IPT) επικεντρώνεται σε διαπροσωπικές εκδηλώσεις και γεγονότα ζωής που επηρεάζουν τη διάθεση και αντίστροφα. Ο στόχος της IPT είναι να βοηθήσει τους ανθρώπους να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές δεξιότητές τους μέσα στις σχέσεις, να δημιουργήσουν δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και να αναπτύξουν ρεαλιστικές προσδοκίες που θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν κρίσεις ή άλλα ζητήματα που μπορεί να συμβάλλουν ή να επιδεινώνουν την κατάπτυσή τους (NIMH, 2020).

1.9.3 Άσκηση

Τρέξιμο έχει αποδειχθεί ότι είναι περίπου τόσο αποτελεσματική όσο η ψυχοθεραπεία στη θεραπεία ήπια έως μέτρια κατάθλιψη. Οι γιατροί χωρίς την δεξιότητα ή το χρόνο παροχής ψυχοθεραπείας μπορούν να συνδυάσουν ένα τακτικό πρόγραμμα άσκησης με φαρμακοθεραπεία (Rakel, 1999).

1.9.4 Θεραπείες διέγερσης εγκεφάλου

Οι θεραπείες αυτές, περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση ή την αναστολή του εγκεφάλου απευθείας με ηλεκτρική ενέργεια ή μαγνητικά κύματα, είναι μια άλλη επιλογή για μερικούς ανθρώπους όταν άλλες θεραπείες κατάθλιψης δεν ήταν αποτελεσματικές. Οι πιο κοινές μορφές είναι η ηλεκτροσπαστική θεραπεία (Electroconvulsive therapy - ECT) και επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση. Άλλες θεραπείες είναι νεότερες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμα πειραματικές (NIMH, 2020).

Η ηλεκτροσπαστική θεραπεία (Electroconvulsive therapy- ECT) είναι πολύ αποτελεσματική, επιτυγχάνοντας ύφεση σε πάνω από το 90% των ασθενών μέσα σε 1 έως 2 εβδομάδες. Συνήθως προορίζεται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε φάρμακα, εκείνους που είναι αυτοκτονικοί και ασθενείς με ψυχωτικά ή κατατονικά χαρακτηριστικά. Οι θεραπείες συνήθως χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα μέχρι να βελτιωθεί ο ασθενής (Rakel, 1999).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μία θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή, αποτελεί μία από τις πιο συχνές επιπλοκές της λοχείας. Στη κλινική πρακτική και έρευνα, η κατάθλιψη αυτή ορίζεται ως κατάθλιψη που εμφανίζεται εντός 4 εβδομάδων μετά τον τοκετό ή μέσα σε τρεις, έξι ή έως και δώδεκα μήνες μετά τον τοκετό (Stewart and Vigod, 2016). Μια γυναίκα κατά την περίοδο αυτή νιώθει έντονο φόβο, θυμό, και άγχος (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013, pp.820–829). Η ένταση της αίσθησης της αδυναμίας στις μητέρες είναι τόσο υψηλή που ορισμένες μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη σχολιάζουν τη ζωή ως το «βάλτο του θανάτου», ενώ οι υγιείς μητέρες βλέπουν τη γέννηση του μωρού τους ως το πιο ευτυχισμένο στάδιο της ζωής τους (Ghaedrahmati et al., 2017).

Η **διαγνωστική ταξινόμηση DSM-V** περιορίζει τον ορισμό της για τις 4 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό ενώ άλλη επεκτείνουν το διάστημα ως ένα έτος μετά τον τοκετό (Smith and Netter, 2018).

Στη Ταξινόμηση ICD-20-CM, η επιλόχειος κατάθλιψη βρίσκεται στις κατηγορίες:

- 099.340 (Άλλες ψυχικές διαταραχές που επιπλέκουν την κύηση, ανεξαρτήτως τριμήνου)
- 090.6 (Διαταραχή του θυμικού μετά τον τοκετό)
- 090.345 (Άλλες ψυχικές διαταραχές που επιπλέκουν την λοχεία).

(Smith and Netter, 2018).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Περίπου μία στις επτά γυναίκες μπορεί να αναπτύξει κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2021). Η κατάθλιψη επηρεάζει περίπου το 10-15% των γυναικών. Η επικράτηση, ωστόσο, αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στις 6-8 εβδομάδες κυμαίνεται από 13% έως 22% και 10% στις 12 εβδομάδες. Στους 6 μήνες της λοχείας, το εύρος κυμαίνεται από 13% έως 19%. Είναι ένα από τα πιο κρίσιμα προβλήματα κατά τη διάρκεια της περιόδου της λοχείας, όχι μόνο λόγω των δυσμενών επιπτώσεων της στη μητέρα και την υγεία του νεογέννητου, αλλά επειδή το 20% των θανάτων μετά τον τοκετό συμβαίνουν λόγω αυτοκτονίας που διαπράχθηκε από τη μητέρα που είχε

διαγνωστεί με τη ψυχική αυτή διαταραχή (Badr and Zauszniewski, 2017). Η εμφάνιση της έχει αυξηθεί από 18 σε 25% τα τελευταία επτά χρόνια, γεγονός που υποστηρίζει την πρόβλεψη του ΠΟΥ ότι η κατάθλιψη θα είναι η τρίτη παγκόσμια αιτία νοσηρότητας έως το 2030 (Dadi, Miller and Mwanri, 2020). Μπορεί επίσης να συνυπάρχει σε οικογένειες, καθώς μια γυναίκα είναι πιο πιθανό να την αναπτύξει εάν η αδερφή ή η μητέρα της υπέφεραν εξίσου από αυτή την διαταραχή. Πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης υπάρχει και στους συντρόφους. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση διαπίστωσε ότι εκτιμάται επιπολασμός του 8,4% για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης στους πατεράδες. Παράγοντες κινδύνου για τους πατεράδες φαίνεται να είναι παρόμοιοι με εκείνους των μητέρων, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης, των οικονομικών στρες και του ιστορικού σε προηγούμενη κατάθλιψη (Stewart and Vigod, 2016).

2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια μορφή κλινικής κατάθλιψης η οποία βρίσκεται σε στενή χρονική συσχέτιση με μια σειρά από ορμονικές και ανοσολογικές μεταβολές συμβαίνουν στο γυναικείο οργανισμό κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και μερά (Κωνσταντίνου, Σπυροπούλου και Ζέρβας, 2020).

Η παθοφυσιολογία της είναι πολύπλοκη και δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι βιολογικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των ορμονικών παραγόντων, της γενετικής και της ανοσολογικής λειτουργίας, μπορεί να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο. Για παράδειγμα, οι ταχείες αλλαγές στις αναπαραγωγικές ορμόνες, οιστρογόνο και προγεστερόνη, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας, έχουν προκαλέσει μακροχρόνιο ενδιαφέρον στους ερευνητές. Υπάρχουν πολλοί λόγοι που υποπτεύονται ότι αυτές οι ορμόνες είναι αιτιολογικά σημαντικές στη κατάθλιψη γιατί παίζουν σημαντικούς ρόλους στην επεξεργασία συναισθημάτων, στη διέγερση, στη γνώση και στα κίνητρα (Stewart and Vigod, 2019). Συγκεκριμένα μερικοί ερευνητές αναφέρουν διακυμάνσεις, μετά τον τοκετό, των επιπέδων της γοναδικής ορμόνης και των νευροδραστικών στεροειδών, τροποποιημένες κυτοκίνες και ορμόνες του άξονα HPA, τροποποιημένα επίπεδα λιπαρού οξέος, οξυτοκίνης, αργινίνης και αγγειοπρεσίνης. Οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη, δείχνει να έχουν διαφορετική γονιδιακή έκφραση που σχετίζεται λειτουργικά με την ανοσία, σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν κατάθλιψη. Μελέτες, όμως, αρκετών προγεννητικών ανοσολογικών δεικτών της επιλόχειας κατάθλιψης

ανέφεραν αντιφατικά ευρήματα, επομένως ο ρόλος της ανοσοποιητικής λειτουργίας στη κατάθλιψη παραμένει ασαφής (Stewart and Vigod, 2019).

Όσον αφορά τις ορμονικές αλλαγές, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα των γυναικείων ορμονών οιστρογόνα και προγεστερόνη είναι τα υψηλότερα που θα είναι ποτέ (Office on Women's Health, 2018). Αυξάνονται λίγο πριν από τον τοκετό σε πάνω από χίλιες φορές και στη συνέχεια μειώνονται δραματικά μετά τη γέννηση με την αποβολή του πλακούντα. Αυτή η ξαφνική πτώση της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης πιστεύεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στα “baby blues” μετά τον τοκετό, ένα φαινόμενο που παρατηρείται στο 80% των γυναικών λίγο μετά τη γέννηση και το οποίο μπορεί να μετατραπεί σε επιλόχειο κατάθλιψη. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η χαμηλή ή ξαφνική μείωση των επιπέδων οιστραδιόλης ή/και προγεστερόνης μπορεί να προδιαθέσει τις ευάλωτες γυναίκες στην κατάθλιψη. Αυτό συνάδει με τα στοιχεία ότι οι γυναίκες που πάσχουν από σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, το οποίο σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων, έχουν αυξημένο κίνδυνο για διαταραχές της διάθεσης. Επιπλέον, η συχνότητα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης αυξάνεται κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης και της εμμηνόρροιας, όταν οι ορμόνες των ωοθηκών μπορούν να μειωθούν δραματικά και να κυμανθούν εμφανώς (Brummelte and Galea, 2010).

Τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών μπορούν, όμοια, να μειωθούν μετά τον τοκετό. Ο θυρεοειδής είναι ένας μικρός αδένας στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του τρόπου με τον οποίο το σώμα σας χρησιμοποιεί και αποθηκεύει ενέργεια από τα τρόφιμα. Τα χαμηλά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Office on Women's Health, 2018).

Η ταχεία μείωση των επιπέδων των αναπαραγωγικών ορμονών που εμφανίζεται μετά τον τοκετό, όπως προαναφέρθηκε, πιστεύεται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης στις ευάλωτες γυναίκες. Σε μια μελέτη, μια τέτοια μείωση, προσομοιώθηκε σε μη εγκυμονούσες γυναίκες με τη χρήση λευπρολίδης για να προκαλέσει μια υπογοναδική κατάσταση, ακολουθούμενη από θεραπεία με υπερφυσιολογικές δόσεις οιστραδιόλης και προγεστερόνης, και τέλος την απόσυρση και των δύο στεροειδών υπό συνθήκες διπλής τύφλωσης. Πέντε από τις οκτώ γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης μετά τον τοκετό δεν είχαν αλλαγές στη διάθεση, αλλά καμία από τις οκτώ γυναίκες δεν είχε ιστορικό προηγούμενης κατάθλιψης. Οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης της λοχείας ήταν διαφορεικά ευαίσθητες στη διάθεση απόσυρσης των γοναδιακών στεροειδών. Χρήζει να τονιστεί ότι η επιλόχειος κατάθλιψη δεν αποτελεί διαταραχή που οφείλεται μόνο στην ορμονική παρακμή, διάφοροι άλλοι παράγοντες μπορεί να

προδιαθέσουν τις γυναίκες σε αυτή την κατάσταση, οι οποίοι θα αναφερθούν παρακάτω (Wisner, Parry and Piontek, 2002).

2.4 ΑΙΤΙΕΣ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας είναι ποικίλοι. Για δικιά μας ευκολία, θα μπορούσαμε να τους κατηγοριοποιήσουμε σε:

- 1 **Ψυχολογικούς παράγοντες**, όπως είναι το ιστορικό κατάθλιψης και άγχους, προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (PMS), ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη. Αρνητική στάση απέναντι στο μωρό και απροθυμία του φύλου του μωρού.
- 2 **Μαιευτικούς παράγοντες**, η επικίνδυνη εγκυμοσύνη που περιλαμβάνει την επείγουσα καισαρική τομή και νοσηλεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πρόπτωση του ομφάλιου λώρου, το πρόωρο νεογνό, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- 3 **Κοινωνικούς παράγοντες**, που συμπεριλαμβάνουν την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, την ενδοοικογενειακή βία με τη μορφή της σεξουαλικής, σωματικής και λεκτικής καθώς και η σωματική κακοποίηση του συζύγου μπορεί επίσης να αποτελέσει αιτιώδη παράγοντα στην ανάπτυξη της νόσου. Οικονομικές δυσκολίες, το φύλλο του νεογνού, η συζυγική σύγκρουση, η υψηλή ισοτιμία, η χαμηλή μητρική εκπαίδευση. Το να είναι μια γυναίκα ανύπαντρη.
- 4 **Στον τρόπο ζωής**, όπου οι διατροφικές συνήθειες, η **αϋπνία**, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά. Το **κάπνισμα** κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένας ακόμα παράγοντας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης.

(Mughal, Azhar and Siddiqui, 2021).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία, σημειώθηκε σχετικά υψηλότερο ποσοστό συγκεντρωμένης επιλόχειας κατάθλιψης σε μητέρες που κατοικούν σε αστικές από ό, τι σε αγροτικές περιοχές. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες όπως ο **υπερπληθυσμός**, η **ανεπαρκής στέγαση**, η **κατάρρευση των παραδοσιακών οικογενειακών δομών** που οδηγούν σε κατακερματισμένα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, αυξημένη πίεση εργασίας, υψηλό κόστος ζωής και αυξημένες δαπάνες για την υγειονομική (Uradhyay et al., 2017).

Τα μειωμένα επίπεδα προγεστερόνης κατά την πρώιμη περίοδο της λοχείας προάγουν την **αϋπνία**. Κατά την διάρκεια του πρώτου μήνα, έχει αναφερθεί μειωμένη αποτελεσματικότητα ύπνου και αυξημένος ύπνος με αργό κύμα. Οι αλλαγές στις

ορμόνες και τον ύπνο κατά τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου μπορεί να συμβάλουν σημαντικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Pearlstein et al., 2009).

2.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Γενικά, η επιλόχειος κατάθλιψη εμφανίζεται μέσα σε 4 έως 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και παρουσιάζει συμπτώματα παρόμοια με την μείζων καταθλιπτική διαταραχή όπως (Slomian et al., 2019):

- την καταθλιπτική διάθεση,
- την απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστηση σε δραστηριότητες,
- τη διαταραχή ύπνου,
- τη διαταραχή της όρεξης,
- την απώλεια ενέργειας,
- τα συναισθήματα αναξιολόγησης ή ενοχής,
- τη μειωμένη συγκέντρωση,
- την ευερεθιστότητα

Επιπλέον συμπτώματα, είναι ο φόβος τραυματισμού, οι σοβαρές ανησυχίες για το μωρό, η αίσθηση αμφιβολίας, ζητήματα όπως ο φόβος να βλάψουν το μωρό, η αδύναμη προσκόλληση στο μωρό. Τα συναισθήματα της απελπισίας σε σοβαρές περιπτώσεις ασθένειας μπορούν να απειλήσουν τη ζωή και να οδηγήσουν σε *αυτοκτονία*. Επομένως, τα ευαίσθητα άτομα πρέπει να ταυτοποιηθούν πριν από τον τοκετό για να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα φροντίδας (Ghaedrahmati et al., 2017).

Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι ο ύπνος διαταράσσεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, με τις φυσικές αλλαγές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη φροντίδα των βρεφών να είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό. Τα πιο συνεπή ευρήματα σχετικά με τις αλλαγές ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη είναι:

1. Η σταδιακή μείωση του συνολικού ύπνου και της αποδοτικότητας του ύπνου καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
2. Η οξεία στέρηση ύπνου κατά τη διάρκεια της εργασίας και της άμεσης περιόδου μετά τον τοκετό.
3. Η συνέχιση του συμβιβασμού για τουλάχιστον 3 μήνες μετά τον τοκετό.

Οι διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη είναι αναπόφευκτες στη διαδικασία της μητρότητας. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι αυτοαναφορές παραπόνων έλλειψης ύπνου, σχετίζονται με κακή διάθεση κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου και ο κακός αντιληπτός ύπνος μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου τόσο για διαταραχές της διάθεσης στη προγεννητική όσο και μετά τον τοκετό περίοδο. Τα ευρήματα σχετικά με τη σχέση μεταξύ αντικειμενικά αξιολογημένων ύπνου και διάθεσης έχουν αναμιχθεί, με ορισμένες μελέτες να αναφέρουν αδύναμες σχέσεις μεταξύ των δύο, και ορισμένες να υποδηλώνουν ορισμένες πτυχές του αντικειμενικού ύπνου, όπως η συνέχεια του ύπνου και η κανονικότητα που σχετίζονται με τη διάθεση. Η ισχυρότερη σχέση μεταξύ της διάθεσης και της υποκειμενικής σε σύγκριση με τον αντικειμενικά μετρημένο ύπνο κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου υπογραμμίζει τη σημασία της αντίληψης των γυναικών και της συνειδητής επίγνωσης του κακού ύπνου στη συναισθηματική τους ευεξία. Απαιτείται, όμως μελλοντική έρευνα για την αντιμετώπιση των υποκειμενικών εμπειριών των γυναικών σε προβλήματα ύπνου, τα οποία είναι πιθανώς πιο ευαίσθητα στην καθοδήγηση και τις αλλαγές από τις συχνά αναπόφευκτες και ανεξέλεγκτες πτυχές της ίδιας της διαταραχής του ύπνου (Bei, Coo and Trinder, 2015).

Η ασθενής μπορεί να έχει ιστορικό κατάθλιψης, προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο ή ιστορικό κατάθλιψης της λοχείας

Η κατάσταση ξεκινά 2-12 μήνες μετά τον τοκετό και μπορεί να διαρκέσει 3-14 μήνες

Η κατάθλιψη της λοχείας χαρακτηρίζεται από διαταραχές της διάθεσης, απώλεια του αισθήματος ελέγχου, έντονο διανοητικό, συναισθηματικό και σωματικό άγχος, καθώς και μείωση της αυτοεκτίμησης σχετιζόμενη με την τεκνοποίηση

Διαγνωστικά κριτήρια
(πρέπει να πληρούνται πέντε από τα παρακάτω)

1. Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα
2. Ελαττωμένο ενδιαφέρον για ευχάριστες δραστηριότητες
3. Σημαντική ακούσια απώλεια βάρους του σώματος
4. Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση
5. Αίσθημα ενοχής ή απαξίας
6. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
7. Έμμονες ιδέες θανάτου

Καταθλιπτική διάθεση

Αισθήματα απαξίας ή ενοχής

Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης

Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση

Έμμονες ιδέες θανάτου

Πηγή: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. and Cashion, K. 2013. Νοσηλευτική Μητρότητας. 8η Έκδοση ed. Translated by A. Λυκεριδου. and Translated by Α. Δελτσίδου. Ιλίσια: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, pp.820–829.

2.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Το κακό μαιευτικό ιστορικό, όπως η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη προβλέπει έντονα την κατάθλιψη. Αυτό θα μπορούσε να σχετίζεται με το εισόδημα του νοικοκυριού, τις μη ικανοποιητικές εμπειρίες γέννησης της μητέρας, την προδιάθεση για κακή γονική εμπειρία και το μετατραυματικό στρες. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες ίσως να επηρεάσουν τη συναισθηματική και οργανική υποστήριξη που θα μπορούσε να πάρει η μητέρα από τον σύντροφό της και τις συγγενείς οικογένειές της. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το ιστορικό κοινών διαταραχών ψυχικής υγείας, η κακή κοινωνική υποστήριξη και η έκθεση στη βία, προσδιορίστηκαν ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης. Η κακή κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να επιδεινώσει τα συμπτώματα του στρες και της κατάθλιψης της μητέρας, καθώς

επηρεάζει την αυτοπεποίθηση της μητέρας. Οι μητέρες που ζουν σε χώρες με χαμηλό εισόδημα είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε επαρκή στέγαση, υπηρεσίες υγείας, διατροφή και αντιμετώπισαν προκλήσεις στην παροχή επαρκούς φροντίδας για τις βρεφικές τους καταστάσεις που θα μπορούσαν να προσθέσουν ένα επιπλέον στρώμα άγχους. Το πρόβλημα με την ψυχική υγεία της μητέρας επηρεάζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρων και βρεφών, τις πρακτικές υγιεινής κατά την προετοιμασία και την αποθήκευση φαγητού και τη σωστή φροντίδα για το νεογέννητο, καθιστά τις μητέρες να αισθάνονται ένοχες και άχρηστες, οδηγώντας στη συνέχεια σε κατάθλιψη. Η κατάθλιψη της λοχείας αύξησε τον κίνδυνο ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων για την υγεία των βρεφών κατά 31%. Αύξησε τον κίνδυνο υποσιτισμού, συχνές βρεφικές ασθένειες και τον μη αποκλειστικό θηλασμό κατά 39%, 55% και κατά ενάμισι φορές αντίστοιχα. Το 23% των λεχώνων που είχαν υποσιτισμένα βρέφη από δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους αποδόθηκαν λόγω της κατάθλιψης και θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν αυτή αντιμετωπιστεί (Dadi, Miller and Mwanri, 2020).

Στις χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος, οι μητέρες είναι πιο υπεύθυνες για τη φροντίδα, τη σίτιση και τη φροντίδα των νεογνών τους από τους πατέρες, αν και υποφέρουν από έλλειψη επαρκούς εισοδήματος, πρόσβαση σε ποιοτικό νερό, κακή υγιεινή και γνώση των ασθενειών και των πρόληψη. Κάτω από αυτές τις επισημασμένες συνθήκες και τα επιδεινωμένα συμπτώματα κατάθλιψης, οι μητέρες μετά τον τοκετό δεν μπορούν να παρέχουν το αναμενόμενο επίπεδο φροντίδας στο βρέφος τους που θα επηρέαζε την ανάπτυξη και την ευημερία τους (Dadi, Miller and Mwanri, 2020).

2.6.1 Αυτοκτονία

Μια σοβαρή συνέπεια της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η **αυτοκτονία**. Κατά την περιγεννητική περίοδο, περίπου μία στις δέκα εγκυμονούσες παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Μελέτη ανέφερε ότι το 9% των μητέρων σε 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό είχε αυτοκτονικές τάσεις, σύμφωνα με την Κλίμακας Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου το 4% των γυναικών είχαν τάση για αυτοκτονία. Έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου και στοχεύουν σε διάφορα ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ωστόσο, τα προγράμματα παρέμβασης στην περιγεννητική περίοδο που στοχεύουν αυτοκτονικό ιδεασμό δεν έχουν πραγματοποιηθεί, αν και ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής

αναφέρουν την ανάγκη διαχείρισης ιδεασμού αυτοκτονίας. Ως εκ τούτου, απαιτούνται προγράμματα για τη μείωση των αυτοκτονικών τάσεων, ενδεχομένως την πρόληψη των μητρικών αυτοκτονιών, κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Έχουν αναπτυχθεί διάφοροι τύποι αποτελεσματικών προσεγγίσεων για την πρόληψη της αυτοκτονίας όπως:

- Σχολικά προγράμματα,
- Εκστρατείες ευαισθητοποίησης στη κοινότητα,
- Εκπαίδευση ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- Ενημέρωση από τα ΜΜΕ

Αυτές οι μέθοδοι πρόληψης της αυτοκτονίας μπορούν να ταξινομηθούν ως προσεγγίσεις πληθυσμού (π.χ. εκστρατεία ευαισθητοποίησης του κοινού, αναφορά από τα μέσα ενημέρωσης, συσκότιση μέσων ενημέρωσης) ή προσεγγίσεις υψηλού κινδύνου (π.χ. σχολικά προγράμματα, εκπαίδευση ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης), (Tachibana et al., 2020).

Τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι χαμηλότερα κατά τη περίοδο της λοχείας σε σύγκριση με τις περιόδους μη λοχείας, αν και τα ποσοστά στους εφήβους μετά τον τοκετό είναι υψηλότερα από ό,τι σε μεγαλύτερες ηλικιακά λεχωίδες. Μια μελέτη περιγεννητικών μητρικών θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1997-1999 έδειξε ότι η αυτοκτονία ήταν η κύρια αιτία θανάτου της μητέρας. Αυξήθηκε σε γυναίκες με ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές κατάχρησης ουσιών. Υπάρχει, επίσης, πιθανότητα η αυτοκτονία να είναι η κύρια αιτία των μητρικών θανάτων στην Αυστραλία. Μια μελέτη ενός δείγματος πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών ανέφερε ότι υπήρχε 3 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας και ότι οι ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές εισαγωγές αυξήθηκαν μετά τον θάνατο του εμβρύου ή το θάνατο βρεφών κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Σε αυτή τη μελέτη, οι επιπλοκές στην γέννα και στον τοκετό, η καισαρική τομή, ο πρόωρος τοκετός, το χαμηλό βάρος γέννησης και οι συγγενείς δυσπλασίες δεν συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας. Μια ανασκόπηση των μελετών που επιβεβαίωσαν ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι χαμηλότερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η περίοδος μετά της λοχείας τόνισε ότι οι περιγεννητικές γυναίκες αυτοκτονούν με πιο βίαια και θανατηφόρα μέσα από ό,τι οι γυναίκες που δεν είναι περιγεννητικές. Η αξιολόγηση της αυτοκτονίας στην περιγεννητική γυναίκα θα πρέπει να περιλαμβάνει ειδική έρευνα σχετικά με την καταθλιπτική διάθεση, την κατάχρηση ουσιών, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, τρέχουσα ή προηγούμενη ψυχιατρική ασθένεια,

προηγούμενο τραύμα, τρέχουσα βία στενού συνεργάτη και πρόσβαση σε πυροβόλα όπλα (Pearlstein et al., 2009).

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένα βασικό βήμα για την αντιμετώπιση των μητρικών ψυχικών διαταραχών στην περίοδο μετά τον τοκετό είναι η έγκαιρη ανίχνευση. Οι ειδικοί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνήθως χρησιμοποιούν την Κλίμακα Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburg Postnatal Depression Scale - EPDS), (van der Zee-van den Berg et al., 2019). Σύμφωνα με αποτελέσματα μελέτης, η κλίμακα του Εδιμβούργου ήταν το πιο συχνό εργαλείο διαλογής της επιλόχειου κατάθλιψης, που χρησιμοποιήθηκε στο 68% του δείγματος, ακολουθούμενο από το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Μπεκ, BDI-II (Beck Depression Inventory- BDI), (Moraes et al. 2017).

2.7.1 Κλίμακα Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου(EPDS)

Η Κλίμακα Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου(EPDS) είναι μια κλίμακα αυτό-αναφοράς που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των κοινών συμπτωμάτων κατάθλιψης στις γυναίκες μετά τη γέννηση, χρησιμοποιείται ευρέως για την ταυτοποίηση των γυναικών που κινδυνεύουν από επιλόχειο κατάθλιψη κατά τη διάρκεια ή ένα έτος μετά την εγκυμοσύνη (Mikšić et al., 2020). Η κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις και αναπτύχθηκε ειδικά για χρήση σε κοινωνικά δείγματα λεχώνων. Επιλέγοντας μία από τις τέσσερις απαντήσεις (βαθμολογία 0 έως 3), οι γυναίκες μπορούν να υποδείξουν το βαθμό στον οποίο κάθε δήλωση αντιστοιχεί στη διάθεσή τους τις τελευταίες 7 ημέρες. Το άθροισμα των βαθμολογιών σχηματίζει το σύνολο, οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν πιο καταθλιπτικά συμπτώματα (van der Zee-van den Berg et al., 2019).

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- ☐ Yes, all the time
☒ Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
☐ No, not very often Please complete the other questions in the same way.
☐ No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|---|--|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things
☐ As much as I always could
☐ Not quite so much now
☐ Definitely not so much now
☐ Not at all | *6. Things have been getting on top of me
☐ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
☐ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
☐ No, most of the time I have coped quite well
☐ No, I have been coping as well as ever |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things
☐ As much as I ever did
☐ Rather less than I used to
☐ Definitely less than I used to
☐ Hardly at all | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
☐ Yes, most of the time
☐ Yes, sometimes
☐ Not very often
☐ No, not at all |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
☐ Yes, most of the time
☐ Yes, some of the time
☐ Not very often
☐ No, never | *8. I have felt sad or miserable
☐ Yes, most of the time
☐ Yes, quite often
☐ Not very often
☐ No, not at all |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason
☐ No, not at all
☐ Hardly ever
☐ Yes, sometimes
☐ Yes, very often | *9. I have been so unhappy that I have been crying
☐ Yes, most of the time
☐ Yes, quite often
☐ Only occasionally
☐ No, never |
| *5. I have felt scared or panicky for no very good reason
☐ Yes, quite a lot
☐ Yes, sometimes
☐ No, not much
☐ No, not at all | *10. The thought of harming myself has occurred to me
☐ Yes, quite often
☐ Sometimes
☐ Hardly ever
☐ Never |

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *)

Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *)

Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30
Possible Depression: 10 or greater
Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

Πηγή: Postnatal Depression Scale 1 (EPDS). (2020). [online] Available at:
<https://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>.

2.7.2 Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Μπεκ (BDI)

Το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Μπεκ Έκδοσης II (BDI-II) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς, σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, βάσει του DSM-IV. Χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης σε υγιείς και ψυχιατρικούς πληθυσμούς. Αποτελείται από 21 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που ταξινομούνται σε κλίμακα από 0 έως 3, ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων εντός δύο εβδομάδων πριν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου. Η ελάχιστη και μέγιστη βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 63, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Mikšić et al., 2020). Συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες κατηγοριοποιούνται σε:

- 0–13 - Ελάχιστη σοβαρότητα κατάθλιψης
- 14-19 - Ήπια σοβαρότητα κατάθλιψης,
- 20-28 - Μέτρια σοβαρότητα κατάθλιψης,
- 29-63 - Σοβαρή κατάθλιψη

(Psych Congress Network, 2021)

2.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση για τη κατάθλιψη της λοχείας περιλαμβάνει τα “baby blues”, τη μετά τον τοκετό ψύχωση, τη διπολική διαταραχή, τις διαταραχές άγχους και τις «οργανικές» ή φυσικές αιτίες για συμπτώματα που μοιάζουν με κατάθλιψη (Friedman and Resnick, 2009).

2.8.1 Baby Blues

Τα "Baby Blues", συνήθως, εμφανίζονται περίπου 2 έως 5 ημέρες μετά την γέννα και έχουν διάρκεια από 10 έως 14 ημέρες. Οι γυναίκες βιώνουν περιόδους, θλίψη, άγχος, ευερεθιστότητα, διαταραχή του ύπνου, αλλαγές όρεξης, σύγχυση και κόπωση. Δεν επηρεάζουν, όμως, την καθημερινότητα της γυναίκας ή την ικανότητα της, στη φροντίδα του μωρού (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020). Αντίθετα, η επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να ξεκινήσει αμέσως μετά τον τοκετό ή να υπάρξει ως συνέχεια της προγεννητικής κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να προδιαθέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μητέρας-βρέφους και την ανάπτυξη και ανάπτυξη του παιδιού (Upadhyay et al., 2017).

2.8.2 Ψύχωση

Η μετά τον τοκετό ψύχωση είναι μια ψυχιατρική κατάσταση έκτακτης ανάγκης με πιθανό αυτοκτονικό και εντομοκτόνο κίνδυνο. (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020). Συνήθως, εμφανίζεται νωρίτερα από την επιλόχειο κατάθλιψη, εντός των πρώτων δύο εβδομάδων μετά τον τοκετό (Friedman and Resnick, 2009).

Μια γυναίκα μπορεί να βιώσει ψευδαισθήσεις, έλλειψη ύπνου για αρκετές νύχτες, διέγερση, ασυνήθιστη συμπεριφορά και αυταπάτες. Είναι μια οξεία έναρξη μανιακής ή καταθλιπτικής ψύχωσης τις πρώτες ημέρες ή εβδομάδες μετά τον τοκετό (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020). Η πλειοψηφία των μητέρων που εμφανίζουν ψύχωση μετά τον τοκετό έχουν διπολική διαταραχή (Friedman and Resnick, 2009).

2.8.3 Διπολική Διαταραχή

Είναι σημαντικό να αποκλειστεί η διπολική διαταραχή κατά την αξιολόγηση της επιλόχειας κατάθλιψης. Σε ένα δείγμα έρευνας, πάνω από τα δύο τρίτα των γυναικών με διπολική διαταραχή εμφάνισαν επεισόδιο διάθεσης μετά τον τοκετό, η συντριπτική πλειονότητα των οποίων ήταν επεισόδια κατάθλιψης. Σε διπολική διαταραχή, εμφανίζονται διακριτά επεισόδια κατάθλιψης και μανίας ή υπομανίας. Παρόλο που μια ασθενής με διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, θα είχε επίσης αυξημένα ή ευερέθιστα συμπτώματα διάθεσης σε άλλες στιγμές της ζωής της. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η πρώτη περίοδος ανώμαλης διάθεσης μπορεί να είναι κατά την περίοδο της λοχείας. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να εξετάζουν το οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Οι παράπλευρες πληροφορίες είναι συχνά αρκετά χρήσιμες για την εξάλειψη της διπολικής διαταραχής (Friedman and Resnick, 2009).

2.8.4. Μετατραυματικό στρες (Post-traumatic Stress Disorder - PTSD)

Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνά δύσκολο να διακριθούν από το άγχος, τις ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και τις διαταραχές που σχετίζονται με το τραύμα κατά την περίοδο της λοχείας. Στο κλινικό ιστορικό είναι αναγκαίο να υπάρχει ερώτηση για συμπτώματα υπερβολικής ανησυχίας, πανικού, εμμονής σκέψης και ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών, καθώς και εκ νέου αποτύπωσης ή πρόσφατων

τραυματικών συμβάντων που σχετίζονται με εφιάλτες, αναδρομές ή άλλα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ένα τρέχον ή παρελθοντικό ιστορικό έγκαιρης βίας συντρόφων θα πρέπει να τεθεί υπό αμφισβήτηση, καθώς ο κίνδυνος βίαιων επεισοδίων μπορεί να αυξηθεί μετά τον τοκετό και να οδηγήσει σε μετατραυματικό στρες. Ορισμένες γυναίκες μπορούν να αναπτύξουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες που σχετίζονται με τραυματικά συμβάντα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Stewart and Vigod, 2019).

2.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κύρια θεραπεία για την κατάθλιψη είναι ψυχοθεραπεία και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η ψυχοκοινωνική και ψυχολογική ψυχοθεραπεία είναι η πρώτη θεραπευτική επιλογή για γυναίκες με ήπια έως μέτρια κατάθλιψη, ειδικά εάν οι μητέρες διστάζουν να ξεκινήσουν φάρμακα και πρόκειται να θηλάσουν. Συνιστάται συνδυασμός θεραπείας και αντικαταθλιπτικά φάρμακα για γυναίκες με μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη (Stewart and Vigod, 2019).

2.9.1 Φαρμακευτική Αγωγή

Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή είναι η πιο κοινή θεραπεία για την κατάθλιψη, παρόλο που οι γυναίκες λένε ότι προτιμούν ψυχοθεραπεία. Οι γυναίκες με κατάθλιψη της λοχείας μπορεί να είναι πιο πιθανό να έχουν ανταπόκριση σε σεροτονεργικούς παράγοντες, όπως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπατριστικής σεροτονίνης (SSRI) και βενλαφαξίνης, παρά σε μη σεροτονεργικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Wisner, Parry and Piontek, 2002). Ένα ευρύ φάσμα αντικαταθλιπτικών που ανήκουν στα SSRI έχει αξιολογηθεί σε ανοικτές και ελεγχόμενες δοκιμές στη θεραπεία της επιλόχειου κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης της σερτραλίνης (Zoloft), της παροξετίνης (Paxil), της βενλαφαξίνης, της φλουοξετίνης (Prozac), της νεφαζοδόνης και της νοτριπυλίνης. Ανοικτές δοκιμές έχουν διαπιστώσει ότι μια ποικιλία αντικαταθλιπτικών σχετίζονται με συμπτωματική βελτίωση σε διάστημα οκτώ έως 12 εβδομάδων θεραπείας (O'Hara and McCabe, 2013). Τα SSRI επιλέγονται καθώς περνούν ελάχιστα στο μητρικό γάλα σε επίπεδο που θεωρείται συμβατό με το θηλασμό. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που έχει αναφερθεί ένα ανεπιθύμητο περιστατικό σε ένα υγιές νεογνό (Stewart and Vigod, 2019). Οι φαρμακολογικές συστάσεις για τις γυναίκες που θηλάζουν πρέπει γίνονται μαζί με συζήτηση για τα οφέλη του θηλασμού, τους κινδύνους της αντικαταθλιπτικής

χρήσης κατά τη διάρκεια της γαλουχίας και τους κινδύνους μη θεραπευόμενης ασθένειας (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020).

Επειδή οι γυναίκες που έχουν γεννήσει πρόσφατα είναι συχνά ευαίσθητες στις παρενέργειες των φαρμάκων, η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά με τις μισές από τις συνιστάμενες αρχικές δόσεις για τέσσερις ημέρες και οι δόσεις θα πρέπει να αυξάνονται με μικρές αυξήσεις όπου είναι ανεκτές, μέχρι να επιτευχθεί πλήρης ύφεση. Οι αργές αυξήσεις της δόσης είναι χρήσιμες για τη διαχείριση των παρενεργειών. Εάν ο ασθενής έχει ανταπόκριση σε αρχική δοκιμή φαρμακευτικής αγωγής διάρκειας έξι έως οκτώ εβδομάδων, η ίδια δόση θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την επίτευξη πλήρους ύφεσης, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή. Εάν δεν υπάρξει βελτίωση μετά από έξι εβδομάδες φαρμακευτικής θεραπείας ή εάν ο ασθενής έχει ανταπόκριση, αλλά στη συνέχεια υποτροπιάσει, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο παραπομπής σε ψυχίατρο. Η μέση διάρκεια ενός επεισοδίου κατάθλιψης μετά τον τοκετό, χωρίς θεραπεία, είναι επτά μήνες. Πενήντα έως 85 τοις εκατό των ασθενών με ένα μόνο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης θα έχουν τουλάχιστον ένα ακόμη επεισόδιο μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, και ο κίνδυνος αυξάνεται με τον αριθμό των προηγούμενων επεισοδίων. Ως εκ τούτου, η μακροχρόνια θεραπεία για την πρόληψη της υποτροπής θα πρέπει να εξετάζεται για γυναίκες που είχαν τρία ή περισσότερα επεισόδια σοβαρής κατάθλιψης (Wisner, Parry and Piontek, 2002).

Ο παρατεταμένος και αποκλειστικός θηλασμός έχει συσχετιστεί με βελτιωμένη γνωστική ανάπτυξη σε παιδιά ηλικίας 6 ετών. Οι γυναίκες που θηλάζουν μπορεί να προτιμούν την ψυχοθεραπεία από τη φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της επιλόχειου κατάθλιψης, αλλά μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη φαρμακοθεραπεία για σοβαρά καταθλιπτικές γυναίκες. Για αυτές τις γυναίκες και για τις γυναίκες των οποίων τα συμπτώματα δεν ανταποκρίνονται σε μη φαρμακολογικές θεραπείες, η εκτίμηση της αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής ίσως να είναι απαραίτητη. Όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα περνούν στο μητρικό γάλα και η πιθανότητα έκθεσης των βρεφών σε αυτά είναι υπαρκτή με κάθε φάρμακο. Αν και αναφορές παρατήρησης δείχνουν έλλειψη βραχυπρόθεσμων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βρέφη με πολλά ψυχοτρόπα φάρμακα, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει μακροπρόθεσμες επιδράσεις. Οι συζητήσεις σχετικά με τις επιλογές θεραπείας με την ασθενή και τον σύντροφό της μετά τον τοκετό πρέπει να περιλαμβάνουν το προσωπικό ψυχιατρικό ιστορικό της ασθενούς και την προηγούμενη ανταπόκριση στη θεραπεία, τους κινδύνους μη θεραπείας, τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων με θηλασμό και τις ατομικές προσδοκίες και τις προτιμήσεις θεραπείας της.

Οι χρονικοί περιορισμοί, οι οικονομικοί περιορισμοί και η αντιληπτή πολιτιστική δυσαρέσκεια μπορούν να οδηγήσουν σε κακή τήρηση της θεραπείας (Pearlstein et al., 2009).

2.9.2 Διακρανική Μαγνητική Διέγερση (Transcranial Magnetic Stimulation - TMS)

Η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση (TMS) είναι μια θεραπεία που μπορεί να προσφέρει μια εναλλακτική επιλογή για τις γυναίκες που θηλάζουν και ανησυχούν για την έκθεση των μωρών τους σε φάρμακα. Υπάρχουν αρκετά δεδομένα για τη χρήση της σερτραλίνης για την πρόληψη και τη θεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ο κίνδυνος θηλασμού κατά τη λήψη αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης είναι σχετικά χαμηλός και οι γυναίκες μπορούν να ενθαρρυνθούν να θηλάσουν ενώ χρησιμοποιούν αντικαταθλιπτικά (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020).

2.9.3 Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy - CBT)

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) βασίζεται στη γνωστική θεωρία της κατάθλιψης που θέτει ότι οι αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, τους άλλους και το μέλλον συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, καθώς και στην επιμονή της. Το CBT είναι μια θεραπεία πρώτης γραμμής για την επιλόχειο κατάθλιψη που εξοπλίζει τους ασθενείς με ενεργές δεξιότητες με τις οποίες μπορούν να τροποποιήσουν τις καταθλιπτικές σκέψεις, τις συμπεριφορές που προβλέπουν την έναρξη της κατάθλιψης, καθώς και τη διαιώνιση της (Van Lieshout et al., 2019).

2.9.4 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Electroconvulsive Therapy - ECT)

Ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία. Για τους ασθενείς που είναι ανθεκτικοί σε τέσσερις διαδοχικές δοκιμές φαρμάκων, συνιστάται ηλεκτροσπασμοθεραπεία, (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια αποτελεσματική σωματική θεραπεία στην ψυχιατρική. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία σοβαρής κατάθλιψης της λοχείας, ειδικά στο επίπεδο της ανυπόφορης αυτοκτονίας ή των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Δεδομένου ότι απαιτεί γενικό αναισθητικό και μπορεί να έχει παρενέργειες όπως εξασθένηση της μνήμης, δεν είναι ιδανική επιλογή για τις περισσότερες γυναίκες. (Stewart and Vigod, 2019).

2.9.5 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Interpersonal Psychotherapy - IPT)

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT) αναπτύχθηκε ως ειδική θεραπεία για την κατάθλιψη. Έχει καθιερωθεί για την αποτελεσματικότητα της, τόσο στην οξεία θεραπεία της κατάθλιψης, όσο και ως θεραπεία συντήρησης στους προηγουμένως καταθλιπτικούς ασθενείς. Έχει επίσης προσαρμοστεί ειδικά για την επιλόχειο κατάθλιψη και την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό που κάνει την IPT ελκυστική ως θεραπεία για την κατάθλιψη είναι η εστίασή της στις διαταραχθείσες διαπροσωπικές σχέσεις, με ιδιαίτερη έμφαση στις διαπροσωπικές διαφορές, με σύντροφο ή τα μέλη της οικογένειας, και στη δυσκολία στην πραγματοποίηση μεταβάσεων ρόλων όπως ανάληψη του ρόλου μητρότητας. Στην πρώτη μεγάλη δοκιμή της IPT με γυναίκες που έχουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό, οι ερευνητές ανέθεσαν τυχαία 120 γυναίκες με κατάθλιψη, κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά τον τοκετό, είτε σε 12 συνεδρίες IPT, με διάρκεια θεραπείας πάνω από 12 εβδομάδες, είτε σε κατάσταση ελέγχου λίστας αναμονής με αντίστοιχο χρόνο θεραπείας. Στο τέλος των 12 εβδομάδων, οι γυναίκες στην κατάσταση IPT είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Με βάση την αυτό-αναφορά και την κλινική αξιολόγηση, ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να πληρούν διαγνωστικά κριτήρια για κατάθλιψη και είχαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής προσαρμογής. Παρόμοια ευρήματα ελήφθησαν σε μια δοκιμή της IPT με καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες στην οποία η IPT συγκρίθηκε με μια παρέμβαση εκπαίδευσης γονέων (O'Hara, 2009).

2.9.6 Ορμονική Θεραπεία

Η οιστραδιόλη έχει αξιολογηθεί ως θεραπεία για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Σε μια μελέτη που συνέκρινε τη διαδερμική β- οιστραδιόλη (200 mg ημερησίως) με εικονικό φάρμακο, η ομάδα που έλαβε θεραπεία με οιστραδιόλη είχε σημαντική μείωση των βαθμολογιών κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα. Ωστόσο, σχεδόν οι μισές γυναίκες υποβλήθηκαν επίσης σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, οπότε η επίδραση της οιστραδιόλης από μόνη της παραμένει αβέβαιη. Η προφυλακτική χορήγηση προγεσταγόνων μετά τον τοκετό αύξησε τον κίνδυνο κατάθλιψης της λοχείας, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (Wisner, Parry and Piontek, 2002).

2.9.7 Άλλες θεραπείες

Υπάρχουν και άλλες εναλλακτικές θεραπείες δεδομένου ότι πολλές μητέρες επιθυμούν να αποφύγουν εντελώς τα αντικαταθλιπτικά. Ορισμένες μητέρες μπορεί να επιλέξουν να υποβληθούν σε ψυχοθεραπεία και να προσθέσουν φάρμακα μόνο εάν επιδεινωθεί η κατάσταση τους. Η μουσικοθεραπεία, η δημιουργική τεχνική θεραπεία, η γυμναστική και οι δεξιότητες διαχείρισης άγχους μπορεί επίσης να είναι χρήσιμες. Το μασάζ και ο βελονισμός, οι θεραπεία φωτός, ωμέγα-3 λιπαρά οξέα και θεραπεία οιστρογόνων βρίσκονται υπό διερεύνηση (Friedman and Resnick, 2009).

Οι ψυχοπαιδαγωγικές συνεδρίες που συμβαίνουν με τον σύντροφο και οι κατ'οίκον ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως ψυχοδυναμική, γνωστική συμπεριφορική και μη κατευθυντική συμβουλευτική παρά με τη μητέρα μόνο, έχουν αποδειχθεί ότι βοηθούν περισσότερο στην κατάθλιψη. Ορισμένα κέντρα θεραπείας και ακόμη και κοινοτικά κέντρα προσφέρουν ομαδική θεραπεία. Διάφορες ομαδικές θεραπείες, ομάδες υποστήριξης και ψυχικής εκπαίδευσης, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την επιλόχειο κατάθλιψη (Friedman and Resnick, 2009).

2.9.8 Οικογένεια και φίλοι

Τα μέλη της οικογένειας, οι σύντροφοί και οι φίλοι, είναι απαραίτητο να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα πρώτα συμπτώματα της κατάθλιψης σε μία νέα μητέρα καθώς, όπως έχει προαναφερθεί η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που επηρεάζει τόσο την μητέρα όσο και το παιδί και την οικογένεια. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να ωθούν την μητέρα να μιλήσει με ειδικό, να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και να συμμετέχουν στη νέα καθημερινή ρουτίνα της νέας μητέρας όπως η φροντίδα του νεογνού (HIMH,2021).

2.10 ΠΡΟΛΗΨΗ

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Γυναικολόγων και Μαιευτήρων συνιστά οι γυναίκες να ελέγχονται για επιλόχειο κατάθλιψη τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Κατά μέσο όρο, οι γυναίκες είναι αναγκαίο, έχουν μία επίσκεψη μετά τον τοκετό με τον μαιευτήρα τους περίπου 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Ωστόσο, η κατάθλιψη μπορεί να συμβεί ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια του έτους μετά τον τοκετό (Sorg et al., 2019).

Η Ειδική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών προτείνει, οι γιατροί να ελέγχουν και να ρωτούν τις γυναίκες για συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια και μετά από την εγκυμοσύνη ανεξάρτητα αν βρίσκονται σε κίνδυνο για την εμφάνιση της κατάθλιψης((Office on Women's Health, 2018).

Επειδή η κατάθλιψη προκύπτει μέσα σε ένα καθορισμένο χρονικό πλαίσιο, οι προσπάθειες για την πρόληψη της, είναι συχνές. Αυτές, συνήθως, εμπλέκουν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά τη διάρκεια του τοκετού, ή στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό. Οι παρεμβάσεις κυμαίνονται από πολύ περιορισμένες και σύντομες έως σχετικά εκτεταμένες. Σε ορισμένες δοκιμές οι συμμετέχοντες επιλέγονται με βάση την παρουσία κάποιου κινδύνου όπως καταθλιπτικά συμπτώματα ή ιστορικό κατάθλιψης. Σε άλλες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν ειδικά κριτήρια επιλογής. Παρά τον μεγάλο αριθμό μελετών που ολοκληρώθηκαν, υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης που στοχεύουν όλες τις γυναίκες μετά τον τοκετό. Τα προγράμματα παρέμβασης που στοχεύουν τις γυναίκες «υψηλού κινδύνου» και τα οποία είναι πιο εντατικά έχουν δείξει υπόσχεση (O'Hara, 2009).

Παρ'όλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί η υποστήριξη, η καθυσύχασση και η βοήθεια για προσαρμογή στη μητρότητα βοηθούν στην πρόληψη της ψυχικής διαταραχής. Αρκετά σημαντική, είναι και η φυσική άσκηση μετά τον τοκετό, καθώς θεωρείται ότι μειώνει την συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης (Smith and Netter, 2018).

Τα μαθήματα εκπαίδευσης τοκετού παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και τα αρχικά στάδια της γονεϊκότητας. Ο σκοπός είναι να βοηθήσει τα ζευγάρια να αποκτήσουν επίγνωση και να προετοιμαστούν για την εμπειρία του τοκετού και να τους παρέχουν δεξιότητες άνεσης και διαχείρισης του πόνου. Οι τάξεις τοκετού είναι μια ιδανική στιγμή για να εισαχθεί η πιθανότητα ότι τα πράγματα μπορεί να μην πάνε όπως έχουν προγραμματιστεί και να παρέχουν περιεχόμενο σχετικά με τα σημάδια και τα συμπτώματα κατάθλιψης της λοχείας. Γυναίκες, οι οποίες παρακολούθησαν μαθήματα αγωγής τοκετού δεν ένιωθαν προετοιμασμένες για τη μητρότητα. Αν και ένιωθαν σίγουρες για τις γνώσεις τους σχετικά με τον εαυτό τους και τη φροντίδα των νεογνών, ήταν απροετοίμαστες για τις απαιτήσεις του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό. Ωστόσο, τα ζευγάρια που παρακολούθησαν μια επόμενη τάξη σε συναισθηματικά ζητήματα αισθάνθηκαν προετοιμασμένα για τις απαιτήσεις να φέρουν στο σπίτι ένα νεογέννητο, καθώς και την

πιθανότητα διαταραχών διάθεσης, τους ζητήθηκε να ενημερώσουν τους συζύγους τους για βοήθεια εάν τα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης γίνουν εμφανή. Οι εκπαιδευτικοί τοκετού πρέπει να είναι ειλικρινείς με τα ζευγάρια και να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές μετά τον τοκετό και τις πιθανές διαταραχές της διάθεσης, προσφέροντάς τους κατάλληλους πόρους για το πού να λάβουν βοήθεια εάν προκύψει ανάγκη (Zauderer, 2009).

2.10.1 Γιατί οι λεχωίδες δε ζητούν βοήθεια στα πρώτα συμπτώματα της κατάθλιψης;

Οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη τείνουν να υποφέρουν με τα συμπτώματά τους για αρκετό καιρό πριν παραδεχτούν τα συμπτώματά τους ή ζητήσουν βοήθεια. Μερικές δεν αναζητούν ποτέ βοήθεια και απλά περιμένουν μέχρι τα συμπτώματα να διαχέουν με το χρόνο. Πολλοί επιλέγουν να υποφέρουν μόνοι τους, ανίκανες να πουν στους φίλους τους, στον σύζυγο ή στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης τι συμβαίνει. Συχνά αγωνίζονται με αυτή την απόφαση, γνωρίζοντας ότι με το να μην ζητήσουν βοήθεια είναι ανεύθυνοι, θέτοντας τον εαυτό τους και το νέο τους μωρό σε πιθανό κίνδυνο, ωστόσο εξακολουθούν να επιλέγουν να παραμείνουν σιωπηλοί. Πολλές νέες μητέρες φοβούνται να παραδεχτούν τα συμπτώματά τους επιλόχειας κατάθλιψης και είναι απρόθυμοι να αναζητήσουν οποιαδήποτε μορφή ιατρικής ή ψυχοθεραπευτικής βοήθειας επειδή φοβούνται τις συνέπειες. Αυτές οι γυναίκες γνωρίζουν ότι, αν παραδεχτούν ότι έχουν σκέψεις να βλάψουν το νεογέννητο ή τον εαυτό τους, θα νοσηλευτούν. Φοβούνται μην τους πάρουν το μωρό. Ανησυχούν για τη δημόσια ταπείνωση. Δεν θέλουν να αισθάνονται διαφορετικά από τις άλλες μητέρες και ανησυχούν για το στίγμα που σχετίζεται με την κατάθλιψη και είναι υπό τη φροντίδα ενός παρόχου ψυχικής υγείας. Ορισμένες, ειδικά εκείνες που μεγάλωσαν σε μια πολιτιστική κοινότητα που έχει υψηλές προσδοκίες μητρότητας και γονικής μέριμνας, μπορεί να φοβούνται την αποδοκιμασία από άλλους στην κοινωνία τους. Ανησυχούν σοβαρά για τη μελλοντική τους σχέση με το παιδί τους και πώς η κατάστασή τους θα επηρεάσει την ανάπτυξη του παιδιού. Ερευνητές πιστεύουν πως οι γυναίκες, γενικά, ενδιαφέρονται βαθιά για τις σχέσεις και γίνονται κάπως ευάλωτες και εξαρτώνται από άλλους. Η ευάλωτη θέση τους εντείνεται όταν έχουν ένα νέο μωρό και συνειδητοποιούν ότι ο φόρτος εργασίας, η στέρηση ύπνου, οι ευθύνες και η κοινωνική απομόνωση δεν είναι αυτό που περίμεναν. Αυτό δημιουργεί μια αίσθηση απώλειας ελέγχου, προκαλώντας κατάθλιψη. Οι μητέρες με κατάθλιψη της λοχείας, ίσως να επιλέγουν να παραμείνουν σιωπηλές γιατί ανησυχούν περισσότερο για την έκθεσή τους στο κοινό

παρά για το τι συμβαίνει μέσα τους. Φαίνεται να έχουν υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους γύρω από τη φροντίδα για το νεογέννητό τους, φροντίζοντας τη φυσική τους εμφάνιση, τα σπίτια τους, θηλάζοντας όλο το εικοσιτετράωρο και ούτω καθεξής. Η σιωπή τους μπορεί να προέρχεται από αυτή τη σχολαστικότητα, που συναγωνίζεται για την τελειότητα και δεν είναι σε θέση να παραδεχτεί ότι μπορεί να είναι λιγότερο από μια τέλεια μητέρα(Zauderer, 2009).

2.11 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ

Όταν οι μητέρες, μετά τον τοκετό, βιώνουν την επιλόχειο κατάθλιψη, το 24% έως 50% των συντρόφων τους, θα επηρεαστούν επίσης από την κατάθλιψη. Σε αντίθεση με τις μητέρες, στις οποίες η έναρξη της επιλόχειου κατάθλιψης είναι συνήθως στην πρώιμη περίοδο, η κατάθλιψη στους άνδρες αρχίζει αργότερα και πιο σταδιακά, συχνά μετά την έναρξη στις γυναίκες, με το ποσοστό των πατεράδων να αυξάνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους. Περίπου το 50-60% των πατεράδων με κατάθλιψη στις 6-8 εβδομάδες, μετά τον τοκετό, παραμένουν συμπτωματικά καταθλιπτικοί έως και έξι μήνες, υποδηλώνοντας συνέπεια στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό από τις γυναίκες να ζητήσουν τη βοήθεια επαγγελματιών υγείας ή να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ανάγκες ψυχικής υγείας. Αυτοί που πάσχουν από κατάθλιψη μαζί με τους συντρόφους τους με κατάθλιψη της λοχείας, έχουν αναφέρει συζυγικές δυσκολίες που σχετίζονται με την κακή επικοινωνία, λιγότερο βέλτιστες αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους και συναισθήματα απομόνωσης, στιγματισμού και απογοήτευσης. Οι πατεράδες, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της ανάπτυξης των παιδιών τους προστατεύοντας τους συντρόφους τους από μια καταθλιπτική υποτροπή και προστατεύοντας τα παιδιά τους από τις αρνητικές επιπτώσεις της επιλόχειου κατάθλιψης. Σε μια ανασκόπηση έξι μελετών που εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ των πατρικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της σύγκρουσης των γονέων, οι μη καταθλιπτικοί πατέρες είχαν πιο θετικές αλληλεπιδράσεις με τα βρέφη ηλικίας 3 έως 6 μηνών σε σύγκριση με τους καταθλιπτικούς, ένα εύρημα που δείχνει πως οι πατεράδες των οποίων οι σύντροφοι είναι καταθλιπτικοί μπορούν να αντισταθμίσουν την πιο αρνητική μητρική συμπεριφορά. Τα αναδυόμενα στοιχεία δείχνουν ότι η πατρική κατάθλιψη έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων πατέρα-βρέφους. Οι καταθλιπτικοί πατεράδες επιδεικνύουν λιγότερη πατρική ζεστασιά και περισσότερο ψυχολογικό έλεγχο, ασχολούνται λιγότερο με τις δραστηριότητες ανάπτυξης για τα παιδιά τους σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς πατέρες (Letourneau et al., 2012).

Οι νέοι πατεράδες που βιώνουν την επιλόχειο κατάθλιψη αισθάνονται λυπημένοι ή κουρασμένοι, είναι συγκλονισμένοι, βιώνουν άγχος ή έχουν αλλαγές στα συνηθισμένα διατροφικά και υπνωτικά τους πρότυπα, με άλλα λόγια, μερικά συμπτώματα είναι ίδια με εκείνα των γυναικών (Mayoclinic.org, 2021). Επιπλέον συμπτώματα είναι η απογοήτευση, ο θυμός, και η παρορμητικότητα. Οι καταθλιπτικοί πατέρες είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν στη χρήση ουσιών, την ενδοοικογενειακή βία και να αποθαρρύνουν τον σύντροφό τους από το να θηλάσουν (HealthyChildren.org, 2019).

Οι νέες απαιτήσεις και ευθύνες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου τις λοχείας προκαλούν σημαντικές αλλαγές και στη ζωή ενός πατέρα. Μια σειρά από παράγοντες κινδύνου μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη κατάθλιψης στους πατεράδες, όπως:

- Η δυσκολία το να αναπτύξουν ένα δεσμό με το μωρό.
- Η απουσία ενός καλού αρσενικού προτύπου.
- Η απουσία κοινωνικής στήριξης ή βοήθειας από την οικογένεια και τους φίλους.
- Οι αλλαγές στην συζυγική σχέση, όπως η έλλειψη οικειότητας του συντρόφου.
- Το αίσθημα εξαίρεσης και ζήλιας από τον δεσμό μητέρας-νεογνού.
- Η έλλειψη ανταμοιβών στην ανατροφή των παιδιών.
- Η μητρική κατάθλιψη.
- Το οικονομικό και εργασιακό άγχος.
- Η χαμηλή τεστοστερόνη.

(HealthyChildren.org, 2019)

Κύριο εργαλείο διαλογής στον εντοπισμό της κατάθλιψης, όπως έχει προαναφερθεί είναι η Κλίμακα Κατάθλιψης του Εδιμβούργου. Οι γιατροί, έχουν αρχίσει να ελέγχους και τους πατεράδες με το ίδιο ερωτηματολόγιο. Ο έγκαιρος εντοπισμός των καταθλιπτικών πατέρων βοηθά στην πρόσβαση σε υποστήριξη και θεραπεία, έτσι ώστε να μπορούν να παραμείνουν παρόντες και να συμμετέχουν θετικά με την οικογένειά τους (HealthyChildren.org, 2019).

Η διάθεση ενός πατέρα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρά με τα παιδιά και τον σύντροφό του. Οι καταθλιπτικοί μπαμπάδες είναι επίσης πολύ πιο πιθανό να ασκούν βία στα παιδιά τους από εκείνους που δεν έχουν κατάθλιψη. Είναι λιγότερο πιθανό να αλληλοεπιδρούν με θετικούς τρόπους, όπως να παίζουν παιχνίδια, να τραγουδούν τραγούδια ή να διαβάζουν προς και με τα παιδιά τους. Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι η κατάθλιψη ενός πατέρα από νωρίς στη ζωή ενός παιδιού θέτει το παιδί σε κίνδυνο για αναπτυξιακές καθυστερήσεις (HealthyChildren.org, 2019).

Η «πατρική κατάθλιψη» αυξάνει, τέλος, τις συγκρούσεις στις συζυγικές σχέσεις και καθιστά τις μητέρες πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη. Από την άλλη, για τα παιδιά των οποίων η μητέρα είναι ήδη καταθλιπτική, έχοντας έναν πατέρα, εμπλεκόμενο στην ανατροφή τους προστατεύει από μερικές αρνητικές επιπτώσεις της επιλόχειου κατάθλιψης (HealthyChildren.org, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Η σχέση μεταξύ της μητέρας και του παιδιού που σχηματίζεται κατά το πρώιμο στάδιο της ζωής είναι η πιο σημαντική, επειδή χρησιμεύει ως θεμέλιο για διάφορες σχέσεις σε μεταγενέστερα στάδια της ζωής του παιδιού. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη φύση του δεσμού μητέρας-βρέφους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου της λοχείας, μαζί με τους παράγοντες που τον επηρεάζουν.

Η καταθλιπτική διάθεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, το οποίο επηρεάζει αρνητικά τη μητέρα, το βρέφος και την οικογένεια (Daglar and Nur, 2018).

Οι καταθλιπτικές μητέρες εμφανίζουν συχνά μειωμένη ευαισθησία και ανταπόκριση στις αλληλεπιδράσεις με τα βρέφη τους, αποτυγχάνουν να παράσχουν τα θετικά σχόλια για να καλύψουν τις κοινωνικό-συναισθηματικές ανάγκες των βρεφών, και είναι πιο ακατάλληλες και αρνητικές στο παιχνίδι. Μιλούν πιο αργά και λιγότερο συχνά, είναι λιγότερο στοργικές και πιο ανήσυχες στις αλληλεπιδράσεις από τις μη καταθλιπτικές μητέρες (Letourneau et al., 2012). Μελέτες που αναφέρουν συσχετισμούς μεταξύ της κατάθλιψης της μητέρας μετά τον τοκετό και των γενικών αποτελεσμάτων υγείας των βρεφών πέρα από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές. Για παράδειγμα, ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης γαστρεντερικών συμπτωμάτων ή διάρροιας στα παιδιά των γυναικών με κατάθλιψη της λοχείας. Βρέφη των μητέρων με επιλόχειο κατάθλιψη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο στη διατροφή τους, συμπεριλαμβανομένων τον κίνδυνο για δυσκολία στον θηλασμό. Οι καταθλιπτικές μητέρες είναι πιο πιθανό να θηλάσουν με χαμηλή ένταση, να προσθέσουν δημητριακά στη βρεφική φόρμουλα και να ξεκινήσουν στερεές τροφές νωρίτερα, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει τη μεγάλη αύξηση του βρεφικού βάρους στους 6 μήνες μετά τον τοκετό. Τα βρέφη αυτά δεν λαμβάνουν πλήρως τα οφέλη του θηλασμού, όπως η ανοσολογική προστασία (Brummelte and Galea, 2016). Οι μητέρες συχνά αμφισβητούν τη γονική τους ικανότητα και την ικανότητά τους να επηρεάζουν θετικά την ανάπτυξη των παιδιών τους. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρεμβαίνουν στην ικανότητα εφαρμογής κατάλληλα σταθερής και συνεπούς πειθαρχίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική κριτική, εχθρότητα και απόρριψη των παιδιών (Letourneau et al., 2012).

Τα παιδιά των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη της λοχείας διατρέχουν κίνδυνο για συναισθηματικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά προβλήματα, καθώς και για

γνωστικές και γλωσσικές καθυστερήσεις ανάπτυξης που είναι εμφανείς πέρα από την πρώιμη παιδική ηλικία (Brummelte and Galea, 2016).

Οι πρώτοι έξι μήνες μετά τον τοκετό είναι ένας κρίσιμος χρόνος για τη σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη ενός παιδιού (Abdollahi, Abhari and Zarghami, 2017). Συγκεκριμένα, η επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει ένα νεογνό:

- ο Διαταραχή στον βρεφικό ύπνου του,
- ο Διαταραχή στη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη,
- ο Διαταραχή στην εκφραστική και δεκτική επικοινωνία και στην σύνθετη ομιλία.

Γνωστική ανάπτυξη

Μελέτες έχουν αναφερθεί σχετικά με τη γνωστική έκβαση των βρεφών ηλικίας 12 έως 18 μηνών των μητέρων που είχαν κατάθλιψη της λοχείας. Τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στις μητέρες σχετίζονταν σημαντικά με τη φτωχότερη ψυχική και κινητική ανάπτυξη των βρεφών. Στην ηλικία των 18 μηνών, σε σύγκριση με τα νεογνά των μητέρων που είχαν κατάθλιψη της λοχείας ήταν εξαιρετικά πιο πιθανό να αποτύχουν στο 4^ο Στάδιο της θεωρίας της γνωστικής ανάπτυξης του Piaget (Piaget's theory of cognitive development), σε σύγκριση με τα βρέφη μη καταθλιπτικών μητέρων. Ευρήματα σε σχέση με τη συνολική γνωστική απόδοση των νεογνών, όπως μετρήθηκαν από τη κλίμακα Bayley (Bayley Scales Of Infant and Toddler Development) της διανοητικής ανάπτυξης, ήταν κάπως πιο περίπλοκα δεδομένου ότι υπήρχε μια αλληλεπίδραση μεταξύ του μητρικού ιστορικού ψυχικής κατάστασης και του βρεφικού φύλου, τα αγόρια των οποίων οι μητέρες έπασχαν από επιλόχειο κατάθλιψη είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες Bayley ενώ τα κορίτσια είχαν τις υψηλότερες (Murray and Cooper, 1997). Τα αγόρια των λεχώνων με επιλόχειο κατάθλιψη μπορεί να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αντικοινωνικών διαταραχών και μειωμένη γνωστική και κινητική ανάπτυξη σε σύγκριση με τα κορίτσια. Συγκεκριμένα, η θλίψη κατά την προγεννητική περίοδο επηρεάζει δυσμενώς τη γνωστική, συμπεριφορική και ψυχοκινητική ανάπτυξη, ενώ η θλίψη κατά την περίοδο της λοχείας επηρεάζει τη γνωστική και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη. Αυτό τονίζει ότι είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ των επιπτώσεων των προγεννητικών και μεταγεννητικών επιδράσεων στο αναπτυσσόμενο παιδί (Brummelte and Galea, 2016).

Συναισθηματική ανάπτυξη

Τα βρέφη από μητέρες που πάσχουν από κατάθλιψη μετά τον τοκετό είχαν αρκετά υψηλά ποσοστά φόβου και συναισθηματικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένου το άγχος, σε σχέση με τα βρέφη μη καταθλιπτικών μητέρων.

Κοινωνική ανάπτυξη και Συμπεριφορική ανάπτυξη

Μελέτες περιέγραψαν πολλαπλά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς στα παιδιά με καταθλιπτικές μητέρες, όπως:

- Αύξηση προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού σε ηλικία 2 ετών,
- Διαταραχές της διάθεσης,
- Βίαιη συμπεριφορά,
- Διαταραχές εξωτερίκευσης
- Ψυχιατρικές και ιατρικές διαταραχές στην εφηβεία.

(Slomian et al., 2019)

Οι ερευνητές, Abdollahi, Abhari and Zarghami, 2017, επισημάνουν ότι ορισμένες γυναίκες με κατάθλιψη τείνουν να εμπλέκονται σε κακοποίηση και αμέλεια παιδιών. Σύμφωνα με τους Mikšić et al., 2020, οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ένα παιδί με οξείες και χρόνιες ασθένειες όπως είναι το ADHD και διαταραχές άγχους.

3.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ PIAGET (PIAGET'S THEORY OF COGNITIVE DEVELOPMENT)

Η θεωρία της γνωστικής ανάπτυξης Piaget υποδηλώνει ότι τα παιδιά κινούνται σε τέσσερα διαφορετικά στάδια ψυχικής ανάπτυξης. Η θεωρία του επικεντρώνεται όχι μόνο στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα παιδιά αποκτούν γνώση, αλλά και στην κατανόηση της φύσης της νοημοσύνης. Τα στάδια είναι:

- Αισθητηριοκινητικό: από την γέννηση μέχρι 2 ετών
- Προλογικής νόησης: από 2 έως 7 ετών
- Συγκεκριμένων νοητικών ενεργειών: από 7 έως 11 ετών
- Τυπικών λογικών αφαιρετικών ενεργειών: από 12 ετών και άνω

Ο Piaget πίστευε ότι τα παιδιά αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη μαθησιακή διαδικασία, ενεργώντας σαν μικροί επιστήμονες καθώς εκτελούν πειράματα, κάνουν

παρατηρήσεις και μαθαίνουν για τον κόσμο. Καθώς τα παιδιά αλληλοεπιδρούν με τον κόσμο γύρω τους, προσθέτουν συνεχώς νέες γνώσεις, αξιοποιούν τις υπάρχουσες γνώσεις και προσαρμόζουν ιδέες που προηγουμένως κατείχαν για να φιλοξενήσουν νέες πληροφορίες (Cherry, 2020).

3.2 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΟΥ BAYLEY ΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ (BAYLEY SCALES OF INFANT AND TODDLER DEVELOPMENT)

Οι Κλίμακες Bayley είναι ένα εκτεταμένο εργαλείο αναπτυξιακής αξιολόγησης για τη διάγνωση αναπτυξιακών καθυστερήσεων στην πρώιμη παιδική ηλικία (Balasundaram and Anulakunta, 2021). Χρησιμοποιούνται συνήθως στη καθημερινή παρακολούθηση των νεογνών, στη νεογνική μονάδα και στη νευροανάπτυκτη αξιολόγηση των παιδιών ηλικίας κάτω των 3 ετών για τον εντοπισμό της αναπτυξιακής καθυστέρησης και των βρεφών που χρειάζονται κλινική παρέμβαση (Gould et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΗΛΑΣΜΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Είναι γνωστό ότι το μητρικό γάλα είναι η βέλτιστη επιλογή σίτισης για βρέφη. Υπάρχουν πολλά πλεονεκτήματα από το μητρικό γάλα για το βρέφος. Τα αντισώματα που λαμβάνουν από το γάλα των μητέρων μπορούν να τους βοηθήσουν να παραμείνουν απαλλαγμένα από λοιμώξεις. Το μητρικό γάλα χωνεύεται πιο εύκολα, βοηθά στην γαστρεντερική ωρίμανση και τα θηλάζοντα βρέφη έχουν λιγότερες περιπτώσεις νεκρωτικής εντεροκολίτιδας. Το μητρικό γάλα μπορεί να αποδοθεί στην υψηλότερη γνωστική λειτουργία αργότερα στη ζωή (Black, 2012).

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics - AAP) και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) συνιστούν αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής ενός μωρού και στη συνέχεια συνδυασμό θηλασμού με άλλη εισαγωγή τροφής μέχρι το μωρό να είναι τουλάχιστον ενός έτους (Sayres and Visentin, 2018).

4.1 ΟΦΕΛΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ο θηλασμός έχει πολλά οφέλη τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό. Τα μωρά που θηλάζουν έχουν χαμηλότερα ποσοστά άσθματος, παχυσαρκίας, λοιμώξεων του γαστρεντερικού σωλήνα, νεκρωτική εντεροκολίτιδα, διαβήτη τύπου, λοιμώξεις αυτιών, αναπνευστικές λοιμώξεις και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου βρεφών. Για τις μητέρες που θηλάζουν, μειώνεται ο κίνδυνος καρδιακών παθήσεων, διαβήτη τύπου 2 και ορισμένων καρκίνων όπως ο καρκίνος των ωοθηκών και του μαστού (Sayres and Visentin, 2018). Για την ψυχολογική υγεία της μητέρας περιλαμβάνουν εξασθενημένη απόκριση στρες και ενισχυμένο ύπνο (Figueiredo et al., 2013).

Φροντίδα δέρμα με δέρμα

Η επαφή δέρμα με δέρμα ή αλλιώς φροντίδα καγκουρό που εμπλέκεται στον θηλασμό μπορεί να προσφέρει πρόσθετα πλεονεκτήματα για τη μητέρα. Συνήθως θα κάνει τη μητέρα να αισθάνεται πολύ πιο κοντά στο βρέφος της και τείνει να αντιλαμβάνεται μια πολύ πιο οικεία σύνδεση. Η μητέρα θα έχει μια πολύ ισχυρότερη σύνδεση με το παιδί της από ό, τι εάν δεν συμμετείχε στη φροντίδα καγκουρό. Ο θηλασμός παρέχει καλό χρόνο σύνδεσης για τη μητέρα και το βρέφος της. Μια μητέρα αισθάνεται πιο ικανή να φροντίσει το βρέφος της, ειδικά όταν η επαφή αυτή ξεκινά εντός 2 ημερών μετά τη

γέννηση. Φαίνεται ότι όσο πιο νωρίς η φροντίδα καγκουρό ξεκινάει, τόσο πιο άνετη και σίγουρη αισθάνεται η μητέρα στη φροντίδα του βρέφους της. Η χρήση της φροντίδας καγκουρό μπορεί επίσης να επιτρέψει στη μητέρα να χαλαρώσει και να μην επικεντρωθεί στο αν κάθε θηλασμός είναι επιτυχής, αλλά στη συναισθηματική ικανοποίηση τόσο για την ίδια όσο και για το βρέφος. Επιπλέον, η μητέρα αισθάνεται πιο υπεύθυνη ως πάροχος φροντίδας για το βρέφος και επιδεικνύει υψηλότερη αυτοεκτίμηση, ευτυχία και χαλάρωση (Black, 2012).

4.2 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον αποκλειστικό θηλασμό, έρευνες τους ξεχωρίζουν σε δύο ευρείες κατηγορίες, τους εξωτερικούς και τους εγγενείς παράγοντες, οι οποίοι είναι εκτός ελέγχου της μητέρας. Μερικοί παράγοντες είναι ο τρόπος τοκετού, καισαρικής ή υποβοηθούμενης κολπικής τομής, η επιστροφή στην εργασία, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο (Sayres and Visentin, 2018).

4.3 ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μελέτες από διαφορετικά κοινωνικοπολιτιστικά πλαίσια δείχνουν σχεδόν κατηγορηματικά ότι οι καταθλιπτικές μητέρες τείνουν να θηλάζουν λιγότερο ή για λιγότερο χρόνο από τις μη καταθλιπτικές μητέρες. Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει διφορούμενη. Όταν η κατάθλιψη εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι εγκυμονούσες είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν το θηλασμό, σε σύγκριση με εκείνες χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ των προγεννητικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου και της πρόθεσης θηλασμού των ισπανόφωνων γυναικών, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην κατάθλιψη στα μέσα της κύησης και οι γυναίκες που παρουσίασαν επίμονα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν χαμηλότερη πρόθεση να θηλάσουν τα μωρά τους (Figueiredo et al., 2013).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αντίθεση με τον ψυχίατρο, ο νοσηλευτής είναι σε πρωταρχική θέση να εντοπίσει, πριν τον τοκετό, γυναίκες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο διαταραχών της διάθεσης κατά την λοχεία (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020). Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό και ποιες διατρέχουν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης (Tezel and Gözüml, 2006).

Όμως, για να κατανοήσουμε πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επιλόχειου κατάθλιψης, θα πρέπει, αρχικά, να αναφερθούμε σε βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής σε γενικότερο πλαίσιο και στη συνέχεια θα επικεντρωθούμε στη νοσηλευτική διεργασία στη ψυχική υγεία και τέλος θα καταλήξουμε στο παρόν θέμα τις επιλόχειου κατάθλιψης.

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική ακολουθεί την ολιστική προσέγγιση κατά την φροντίδα του ασθενή και την προαγωγή της υγείας. Η προσέγγιση αυτή υπολογίζει τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και πνευματικές διαστάσεις και ανάγκες του ατόμου (Dewit, 2009).

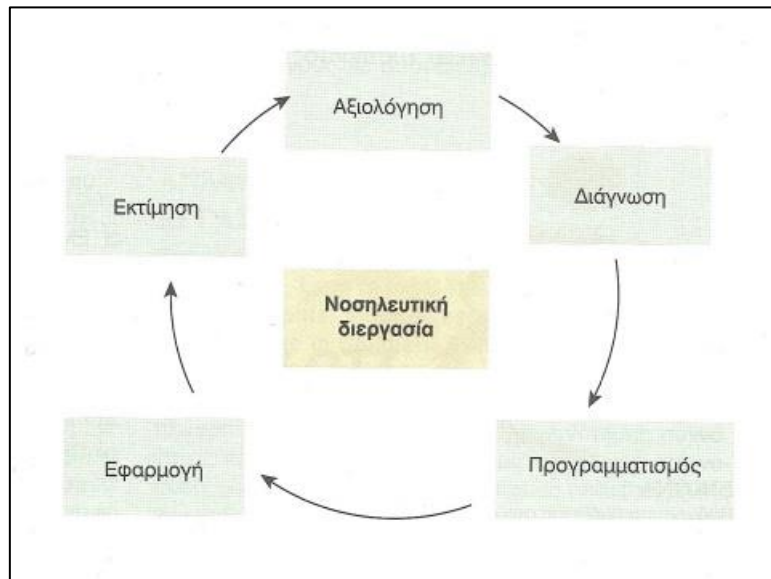
Η νοσηλευτική διεργασία είναι ένα εργαλείο που βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία, είναι ένα εργαλείο για τον προσδιορισμό των προβλημάτων των ασθενών και μία συστηματοποιημένη μέθοδος για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (Dewit, 2009). Βασικά βήματα που πρέπει ο νοσηλευτής να ακολουθήσει καθ'ολη την διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι, με την σειρά:

- i. **Η εκτίμηση**, δηλαδή συλλογή δεδομένων σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενή, τις εργαστηριακές και άλλες εξετάσεις. Ταξινομούνται και οργανώνονται, σε αυτή την φάση, τα δεδομένα για να προσδιοριστεί το προφίλ και η κατάσταση της υγείας του ασθενή.
- ii. **Η νοσηλευτική διάγνωση**, σε αυτή την φάση αναλύονται τα δεδομένα ώστε να γίνουν σαφή τα προβλήματα και οι ανάγκες των ασθενών καθώς και

διεξάγονται συμπεράσματα που θα χρησιμοποιηθούν στη φάση του σχεδιασμού και της εφαρμογής.

- iii. **Ο σχεδιασμός**, γίνεται ο καθορισμός των προτεραιοτήτων, των στόχων και ο προσδιορισμός των παρεμβάσεων. Οι στόχοι θα χωριστούν σε μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμου.
- iv. **Η εφαρμογή**, εδώ, εφαρμόζεται το σχέδιο φροντίδας με τις ανάλογες παρεμβάσεις. Κάθε ασθενής έχει το δικό του σχέδιο φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες του
- v. **Η αξιολόγηση**, αξιολογούνται οι παρεμβάσεις και αν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι, γίνεται επαναξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή όπου χρειάζεται.

(Βιβιλάκη και άλλοι., 2015)



Πηγή: Βιβιλάκη, Β., και άλλοι. (2015). Εισαγωγή τη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.

5.2 ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Με τον όρο κατ'οικόν νοσηλευτική εννοούμε το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε έναν ασθενή στο τόπο κατοικίας του. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης που συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες για να προσδιορίσει τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του μέσα στη κοινότητα. Έχει ως στόχο της προαγωγή και διατήρηση της υγείας καθώς και την πρόληψη της ασθένειας. Χαρακτηριστικά της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η προσαρμογή στις ανάγκες της κοινότητας, η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες

υγείας, η παρότρυνση των ατόμων στη συμμετοχή σε θέματα υγείας για την κοινότητα και δίνεται βάση στην υγεία έναντι της αρρώστιας. Σκοπό της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι:

- Πρόληψη και περιορισμός εξέλιξης της ασθένειας
- Ελάττωση των επιπτώσεων μιας ασθένειας
- Υποστήριξη και ενίσχυση ατόμων σε κατάσταση κρίσης άγχους
- Φροντίδα ασθενών ή ατόμων με αναπηρία μετά την έξοδο από το νοσοκομείο
- Ενημέρωση, διδασκαλία, παρότρυνση ατόμων και οικογένειας για έναν καλύτερο τρόπο ζωής με στόχο την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

(Βιβιλάκη και άλλοι., 2015)

Στη κατ'οικόν φροντίδα και ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της πρώτης επίσκεψης, ο νοσηλευτής δρα σύμφωνα με τα πέντε βασικά βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας. Πρέπει να είναι σε θέση με τις γνώσεις που διαθέτει, να εκτιμά την υγεία του ασθενή, την σωματική, λειτουργική και ψυχοκοινωνική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον και την κοινωνική υποστήριξη του. Μέσω ερωτήσεων και παρατηρήσεων να συλλέξει πληροφορίες καθώς και μέσω της φυσικής εξέτασης, δηλαδή μέσω της ψηλάφησης, της ακρόασης, της επίκρουσης και της παρατήρησης. Στη συνέχεια, να εκτίμηση τις πληροφορίες και έπειτα να είναι σε θέση να προσδιορίσει τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενή που θα οδηγήσει, αυτό, στην ανάπτυξη ενός σχεδίου φροντίδας. Το σχέδιο φροντίδας αναπτύσσεται σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του, θέτονται μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι. Σε αυτό το σημείο, προσδιορίζονται και οι επιπλέον υπηρεσίες εκτός από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα συμμετέχουν στην επίτευξη των στόχων του ασθενή. Το σχέδιο αυτό τροποποιείται ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή και αν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι. Κύριος σκοπός της κατ'οικόν φροντίδας είναι η ενεργός συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειας στην προαγωγή της υγείας. Σημαντικό είναι, ο νοσηλευτής, να φροντίσει να μην εξαρτηθεί ο ασθενής από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθώς η εμπλοκή του νοσηλευτή είναι προσωρινή (Nies and Mcewen, 2011).

5.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο νοσηλευτής είτε βρίσκεται στο νοσοκομείο, είτε σε άλλη υπηρεσία υγείας, είτε σε σπίτι ή σχολείο, είναι σημαντικό να αναγνωρίσει τα σημεία και συμπτώματα που ίσως υποδεικνύουν την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής(Nies and Mcewen, 2011).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας εξελίχθηκε για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες της κοινότητας για άμεση αποτελεσματική εξωνοσοκομειακή νοσηλευτική φροντίδα μέσα σε δομές ψυχικής υγείας. Η νοσηλευτική φροντίδα είναι πολυδιάστατη. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δε βλέπουν τον ασθενή μόνο σαν μια ψυχή που νοσεί αλλά ως μια ολότητα που πάσχει. Αυτή η ολιστική άποψη αναφέρετε σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, στο ψυχικό, στο σωματικό και στο κοινωνικό. Ασχολούνται με κοινωνικά φαινόμενα που μπορούν να συμβάλλουν στην απώλεια της ψυχικής υγείας. Συμβάλλουν την ενημέρωση και την εκπαίδευση της κοινότητας στην χρήση απλών καθημερινών πρακτικών λύσεων και τον χειρισμό δύσκολων καταστάσεων με στόχο την πρόληψη κρίσεων και τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ενημερώνουν την κοινότητα σχετικά με το τι σημαίνει ψυχοσωματική νόσος ώστε να είναι σε θέση να απευθυνθούν γρήγορα σε επαγγελματία ψυχικής υγείας και να λάβουν σύντομα την κατάλληλη θεραπεία. Επιπλέον, εκπαιδεύουν την οικογένεια και διάφορους φορείς της κοινότητας, με σκοπό να είναι ικανού να βοηθήσουν και να στηρίξουν τους νοσούντες. Τελειώνοντας, εκτός από την κοινότητα, είναι αρκετά χρήσιμο να τονιστεί ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα μπορούσε να οργανώσει σεμινάρια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του προσωπικού των γενικών νοσοκομείων σχετικά με τα ψυχοσωματικά νοσήματα. Να ενθαρρύνει την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων με σκοπό την άμεση παραπομπή των ασθενών σε επαγγελματία ψυχικής υγείας όταν δεν υπάρχουν προφανή οργανικά αίτια στην επίσκεψη τους στο νοσοκομείο (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, είναι αυτός που έρχεται σε συχνή επαφή με τον ασθενή δημιουργώντας μία θεραπευτική σχέση όπου θα υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ του νοσηλευτή και ασθενή. Ο ασθενής ίσως να βρίσκεται σε δύσκολη θέση να αποδεχθεί ή να καταλάβει ότι πάσχει ψυχικά με αποτέλεσμα να αγνοεί και να μην λαμβάνει την αγωγή του. Ο νοσηλευτής, επομένως, πρέπει είναι αυτός που θα τον βοηθήσει να κατανοήσει της ανάγκη της λήψης της φαρμακευτικής του αγωγής και να παρακολουθεί για την συνεπή τήρηση της (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας αναλαμβάνει να καλύψει πολύπλοκες ανάγκες και προβλήματα του ψυχικά πάσχοντα λειτουργώντας ως:

- Εφαρμοστής της νοσηλευτικής επιστήμης
- Σύμβουλος
- Δάσκαλος
- Παρατηρητής
- Υποκατάστατο γωνιακού προτύπου

(Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012)

Ένας ρόλος του νοσηλευτή είναι η διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με την κατάθλιψη, τα συμπτώματα, τις θεραπείες και τον τρόπο προώθησης της συνολικής υγείας και ευημερίας. Τα ακόλουθα είναι σημεία που πρέπει να συμπεριληφθούν στη διδασκαλία ενός καταθλιπτικού ατόμου:

Ο νοσηλευτής, ο οποίος φροντίζει τον ασθενή με κατάθλιψη θα πρέπει να κατευθύνει τις παρεμβάσεις προς την επίλυση των ζητημάτων που εντοπίζονται μέσω των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Ως δάσκαλος, πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την κατάθλιψη, τα συμπτώματα, τις θεραπείες και τον τρόπο της συνολικής υγείας και ευημερίας. Προτεραιότητά του αποτελεί η ασφάλεια του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της άμβλυνσης του κινδύνου αυτοκτονίας. Επομένως, είναι αναγκαίο να συμπεριλάβει τα ακόλουθα σημεία κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας με έναν ασθενή με κατάθλιψη:

- ✓ Εκπαίδευση του ασθενή για τα σημάδια και τα συμπτώματα της κατάθλιψης.
- ✓ Επισήμανση πως η κατάθλιψη είναι μια ιατρική ασθένεια με θεραπείες που είναι αποτελεσματικές έτσι ώστε ο ασθενής να μην αισθάνεται στιγματισμένος από τη διάγνωση.
- ✓ Ενημέρωση για τα φάρμακα και τις θεραπείες.
- ✓ Περιγραφή της αρνητικής τριάδας σχετικά με τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον ως συμπτώματα καταθλιπτικής σκέψης.
- ✓ Ενίσχυση της προσοχής και πρόκληση αρνητικών σκέψεων ως στρατηγικές για τη μείωση του αρνητικού μηρυκασμού
- ✓ Παροχή πληροφοριών σχετικά με ομάδες υποστήριξης, όπως η Εθνική Συμμαχία για τις Ψυχικές Ασθένειες (NAMI), οι οποία ενδέχεται να έχουν τοπικά κεφάλαια καθώς και διαδικτυακές πληροφορίες. Οι ομάδες υποστήριξης παρέχουν την ευκαιρία να συζητήσουν πώς να ζήσουν με την κατάθλιψη με άλλους που μπορεί να έχουν περάσει παρόμοιες εμπειρίες.
- ✓ Επεξήγηση για την δράση των φαρμάκων, δηλαδή πως μπορεί να χρειαστούν δύο έως τέσσερις εβδομάδες για να επιτευχθεί μια καλή απάντηση από τα φάρμακα και ότι είναι σημαντικό να συνεργαστείτε με τον συνταγογράφο σχετικά με τις επιδράσεις και τις παρενέργειες. Μπορεί να χρειαστούν περισσότερες από μία δοκιμές ενός φαρμάκου για να επιτευχθεί μια καλή απάντηση.
- ✓ Επεξήγηση ότι οι υγιεινές επιλογές και συμπεριφορές ζωής μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση. Η καλή υγιεινή του ύπνου, η υγιεινή διατροφή και η

τακτική άσκηση είναι σημαντικά για να συνεχίσετε ακόμη και όταν αισθάνεστε κατάθλιψη και δεν παρακινείτε.

- ✓ Ενημέρωση του ασθενή ότι μερικά τα φάρμακα μπορούν να αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους επομένως, πρέπει να ενημερώσει τον φαρμακοποιό για ότι φάρμακα λαμβάνει
- ✓ Υπενθύμιση και ενημέρωση του ασθενή ότι το αλκοόλ και άλλα φάρμακα που αλλάζουν τη διάθεση, είτε νόμιμα είτε παράνομα, μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση. Πολλά, όπως το αλκοόλ και τα οπιοειδή, είναι κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορούν να επιδεινώσουν την κατάθλιψη
- ✓ Παρακολούθηση κίνδυνου αυτοκτονικού επεισοδίου
- ✓ Διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος.
 - Απαλοιφή αιχμηρών αντικειμένων και αντικειμένων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βλάψουν τον ασθενή
- ✓ Ενθάρρυνση του ασθενή να κάνει όσο το δυνατόν περισσότερα για τον εαυτό του.
 - Ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί περισσότερη κατεύθυνση με δραστηριότητες καθημερινής ζωής εάν η κατάθλιψη είναι σοβαρή.
- ✓ Ενθάρρυνση ύπνου μέσω της χρήσης οδηγού για την υγιεινή του ύπνου.
- ✓ Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετάσχει σε μία θεραπευτική σχέση.
- ✓ Χρήση ενσυναίσθησης κατά την επικοινωνία με τον ασθενή
- ✓ Ενίσχυση κάποιων στοιχείων της θεραπείας του ασθενή όπως η προσκόλληση αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον
- ✓ Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετέχει σε δραστηριότητες.
- ✓ Ενθάρρυνση του ασθενή να έχει μία λίστα με τα θετικά χαρακτηριστικά του εαυτού του.
- ✓ Εξέταση και αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και στήριξης του ασθενή.
- ✓ Έλεγχος των διατροφικών προτύπων και ενθάρρυνση της διατροφικής πρόληψης.
- ✓ Έλεγχος των φαρμάκων για την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες τους
- ✓ Αν ο ασθενής το θέληση, ενθάρρυνση συμμετοχής της οικογένειας στη φροντίδα.

(Chand, Arif and Kutlenios, 2021).

5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Προτέρημα, των νοσηλευτών που εργάζονται με εγκυμονούσες και νέες μητέρες, είναι να βρίσκονται στη κατάλληλη θέση για να πραγματοποιούν τακτικές εξετάσεις για τον εντοπισμό των γυναικών που διατρέχουν κίνδυνο κατάθλιψης, να ξεκινήσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για να διασφαλίσουν την ασφάλεια της γυναίκας και του νεογέννητου και να βελτιώσουν την πρόσβαση σε παρόχους περιγεννητικής ψυχικής υγείας και ομάδες υποστήριξης που βασίζονται στην κοινότητα. Οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιστοποιήσουν το επίπεδο φροντίδας που παρέχουν με τους ακόλουθους τρόπους:

- ❖ Ενθαρρύνοντας τις γυναίκες και τις νέες μητέρες να μοιράζονται αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να βιώσουν.
- ❖ Αξιολογώντας όλες τις γυναίκες για παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου.
- ❖ Εφαρμόζοντας προγράμματα διαλογής
- ❖ Εκτελώντας έλεγχο για περιγεννητικές διαταραχές διάθεσης και άγχους σε διάφορα σημεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.
- ❖ Λήψη ιστορικού και ερωτήσεις σχετικά με φοβίες των γυναικών
- ❖ Εκπαίδευση των γυναικών για αυτοπαρακολούθηση συμπτωμάτων αγχωδών διαταραχών
- ❖ Ενθάρρυνση της γυναίκας, ανάλογα με την περίπτωση, για αξιολόγηση παρακολούθησης, διάγνωσης και θεραπείας με ειδικό ψυχικής υγείας

(Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women, 2015).

Η Συμβολή στην Ενημέρωση

Ο τοκετός και η επιστροφή στο σπίτι μετά τη γέννηση σηματοδοτούν σημαντικά γεγονότα μετάβασης στη ζωή των μητέρων, των νεογέννητων και των οικογενειών τους. Η περίοδος μετά τον τοκετό είναι μια περίοδος κριτικής προσαρμογής στην προσωπική ευημερία της μητέρας και του παιδιού. Των ψυχοκοινωνικών προσαρμογών στη μετάβαση στην πατρότητα και της νέας δυναμικής της οικογένειας. Κριτήρια για την έξοδο από το κέντρο υγείας, μετά τον τοκετό, είναι η αναγνώριση ότι η προετοιμασία για την αυτο-φροντίδα και τη φροντίδα των βρεφών θα προωθήσει μια επιτυχημένη μετάβαση και υγιή αποτελέσματα για τη μητέρα και το μωρό. Τα κριτήρια που προτείνονται από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής και το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων περιλαμβάνουν: τη φυσιολογική

σταθερότητα· τις μητρικές γνώσεις, τις ικανότητες και την συναναστροφή στην αυτό-φροντίδα και τη φροντίδα των βρεφών· τη διαθεσιμότητα των ατόμων υποστήριξης για να βοηθήσουν στην αρχική μεταβατική περίοδο στο σπίτι· και τη διαθεσιμότητα συνεχούς μαιευτικής, βρεφικής και νοσηλευτικής φροντίδας μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή φροντίδα μετά τον τοκετό επικεντρώνεται στην προετοιμασία των γονέων με τις γνώσεις και τις δεξιότητες για την επιτυχή πλοήγηση στη μετάβαση απαλλαγής (Weiss and Lokken, 2009).

Η διδασκαλία είναι ο πρωταρχικός μηχανισμός που χρησιμοποιεί το νοσηλευτικό προσωπικό για να προετοιμάσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για εξιτήριο και τη μετάβαση στο σπίτι τους. Οι γυναίκες και οι νοσηλευτές προσδιορίζουν τις άμεσες ανάγκες αυτό-φροντίδας και βρεφικής σωματικής φροντίδας ως προτεραιότητα για τη διδασκαλία, μετά τον τοκετό. Η διδασκαλία εξόδου από το κέντρο υγείας, θα πρέπει να προβλέπει τις γνώσεις που απαιτούνται για την αυτοδιαχείριση μετά την γέννα, διότι οι νέες μαθησιακές ανάγκες συνεχίζουν να αναπτύσσονται μετά την εξιτήριο (Weiss and Lokken, 2009). Η προετοιμασία εξόδου πρέπει να αρχίσει κατά την εισαγωγή. Οι ανάγκες γονικής ενημέρωσης για την περίοδο μετά το εξιτήριο περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία της νόσου του παιδιού και την αναμενόμενη ανάρρωση, ειδικές ανάγκες φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης φαρμάκων και θεραπειών, και πρόληψη της υποτροπής. Η μείωση του άγχους και η οικοδόμηση εμπιστοσύνης στη διαχείριση της πραγματικότητας της φροντίδας στο σπίτι, της συμπεριφοράς των παιδιών και της οικογενειακής ζωής είναι κρίσιμα στοιχεία για την προώθηση μιας θετικής μετάβασης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Η ικανοποίηση από την εμπειρία νοσηλείας αυξάνεται όταν οι νοσηλευτές διδάσκουν στους γονείς αυτό που πρέπει να γνωρίζουν για να φροντίσουν το παιδί τους στο σπίτι . Ωστόσο, η μάθηση μπορεί να διαταραχθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας λόγω περιβαλλοντικών περιορισμών και συνεχών απαιτήσεων φροντίδας. Τα κενά στη διδασκαλία εξόδου συχνά δεν είναι εμφανή μέχρι μετά το εξιτήριο όταν προκύπτουν δυσκολίες στη διαχείριση της φροντίδας στο σπίτι. Πολλοί γονείς αναφέρουν ότι είναι απροετοίμαστοι για την πραγματικότητα της φροντίδας του παιδιού τους στο σπίτι με συνεχείς ανάγκες για πληροφόρηση και επαγγελματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά την κρίση (Weiss et al., 2008).

Ένας νοσηλευτής είναι αναγκαίο να γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και να αυξήσει την ευαισθητοποίηση ότι η κατάθλιψη είναι μια θεραπευτική διαταραχή. Αυτό είναι εφικτό μέσω της ενημέρωσης των γυναικών και των συντρόφων τους σχετικά με τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης. Ζευγάρια που έχουν πληροφορηθεί για τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης θα

γνωρίζουν και θα είναι σε εγρήγορση για το εάν και πότε εμφανίζεται η διαταραχή. Αυτή η γνώση θα τους επιτρέψει να ζητήσουν βοήθεια και να αναζητήσουν τους απαραίτητους πόρους για τη φροντίδα τους (Zauderer, 2009).

Συμβολή στη Πρόληψη

Κάθε γυναίκα που αναπτύσσει κατάθλιψη, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να ταυτοποιείται και να παρακολουθείται στενά από τον νοσηλευτή μετά τον τοκετό ή από τον πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές οι γυναίκες χρειάζονται ενημέρωση και υποστήριξη σε διαθέσιμες θεραπείες. Ορισμένες από αυτές τις γυναίκες μπορεί να επωφεληθούν από τη συμβουλή με έναν θεραπευτή και άλλες μπορεί να χρειαστούν παραπομπή σε ψυχίατρο για θεραπεία με αντικαταθλιπτικά μετά τον τοκετό. (Mughal, Azhar and Siddiqui, 2020). Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια μιας επίσκεψης, ο νοσηλευτής ακολουθώντας το πλάνο της νοσηλευτικής διεργασίας και κατά την φάση της εκτίμησης θα πρέπει:

- Να ακούσει προσεκτικά και να δείξει ενδιαφέρον στην γυναίκα καθώς υπάρχει πιθανότητα να μην αναφέρει από μόνη της για τα συμπτώματα κατάθλιψης
- Να παρατηρήσει για τα σημεία της κατάθλιψης
- Με κατάλληλα ερωτήματα να προσδιορίσει τα επίπεδα διάθεσης, όρεξης, ύπνου, ενέργειας και κόπωσης και την ικανότητα συγκέντρωσης της γυναίκας
- Να χρησιμοποιήσει ένα εργαλείο διαλογής ελέγχου για την εκτίμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης
- Να εκπαιδεύσει και να καθησυχάσει την ασθενή και την οικογένεια της σχετικά με την κατάθλιψη.

(Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013)

Συμβολή στη Θεραπεία

Η θεραπεία για μια γυναίκα με επιλόχειο κατάθλιψη θα πρέπει να περιλαμβάνει μια συντονισμένη διεπιστημονική ομάδα και οικογενειακά επικεντρωμένη προσέγγιση. Επειδή το νοσηλευτικό προσωπικό έχει συχνή επαφή με τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, είναι σε θέση να ανιχνεύσει γυναίκες που βιώνουν κατάθλιψη και συχνά διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια. Μπορούν να βοηθήσουν τις καταθλιπτικές γυναίκες ξεκινώντας με παραπομπές και εξασφαλίζοντας ραντεβού εάν χρειαστεί. Οι νοσηλευτές με προχωρημένη πρακτική προετοιμασία ψυχιατρικής-

ψυχικής υγείας, δηλαδή οι πιστοποιημένοι νοσηλευτές- ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές, είναι ιδιαίτερα καλά καταρτισμένοι για την παροχή θεραπείας ψυχικής υγείας και τη συνεργασία με παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας για γυναίκες που πάσχουν από επιλόχειο κατάθλιψη.

Η ποιοτική φροντίδα για γυναίκες με κατάθλιψη μετά τον τοκετό περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τη διαταραχή και τη θεραπεία και την προώθηση συμπεριφορών που βελτιώνουν την ψυχική υγεία και τη συνολική υγεία.

Τα προβλήματα σωματικής υγείας μπορεί να είναι πιο κοινά στις λεχρίδες με κατάθλιψη. Η προώθηση της φυσικής αποκατάστασης μπορεί να έχει θετική επίδραση στη διάθεση και οι στρατηγικές περιλαμβάνουν την παροχή βοήθειας στις γυναίκες για την απόκτηση επαρκούς ύπνου, καλής διατροφής και άσκησης και τον περιορισμό ή την αποφυγή αλκοόλ και καφεΐνης. Μπορεί να χρειαστεί οικιακή βοήθεια για να βοηθηθούν οι γυναίκες με τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας ενός βρέφους. Η πρόταση άδειας απουσίας από την εργασία ή μειωμένων ωρών εργασίας μπορεί να μειώσει το άγχος και να επιτρέψει χρόνο για ανάκαμψη. Ωστόσο, μερικές γυναίκες μπορεί να βρουν να είναι στο σπίτι μόνοι με ένα βρέφος απομόνωση. Είναι σαφές ότι οι προτάσεις απαιτούν εξατομίκευση. Η πρόσληψη οικιακής βοήθειας και η παράταση της άδειας μητρότητας είναι δαπανηρές. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να διευκολύνουν τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης και τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες για πολλές γυναίκες (Horowitz and Goodman, 2005).

Συνοψίζοντας, το σχέδιο φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνει:

- Την εκπαίδευση της γυναίκας και της οικογένειας για τα σημεία και συμπτώματα της επιλόχειου κατάθλιψης
- Την ενημέρωση της γυναίκας και της οικογένειας της όσων αφορά τις υπηρεσίες για την επιλόχειο κατάθλιψη στη κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ομάδων υποστήριξης. Θα πρέπει να γίνει παραπομπή εφ' όσον είναι απαραίτητο
- Ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, τους κίνδυνους για τον θηλασμό
- Ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείας, εάν είναι αναγκαίο ή εάν το ζήτησε η ίδια

(Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013)

Κατ' οίκόν νοσηλευτική φροντίδα

Κατά τη διάρκεια της κατ' οίκόν φροντίδας, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογούν προσεκτικά τις ιστορίες προηγούμενων γεννήσεων, καθώς και το ιστορικό ψυχικών ασθενειών, κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, οικογενειακής δυναμικής και καταστάσεων, την ανάγκη και τη διαθεσιμότητα οικονομικής βοήθειας και να αξιολογούν τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων αυτών των ασθενών. Το γεγονός ότι πραγματοποιείται αυτή η αξιολόγηση καθιστά δυνατό τον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων, καθώς και την παροχή ευκαιριών για τη μείωση των στρεσογόνων παραγόντων, την προσφορά χρήσης συμπληρωματικών συστημάτων και την ευκαιρία διδασκαλίας μηχανισμών αντιμετώπισης. Κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, η κατάθλιψη μπορεί να εξαλειφθεί ή να μειωθεί με κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Tezel and Gözümlü, 2006).

Η συχνή επαφή των νοσηλευτών με τις γυναίκες κατά τη διάρκεια λοχείας τους τοποθετεί στο να παρέχουν συνεχείς υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης σχετικά με την κατάθλιψη, την παραπομπή σε ειδικό και την παροχή συμβουλών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται τακτικά από βρετανούς νοσηλευτές για πάνω από είκοσι χρόνια. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι επισκέπτες υγείας, δηλαδή, επαγγελματίες που έχουν τρία χρόνια πανεπιστημιακής γενικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και ένα έτος εξειδικευμένης κατάρτισης παρέχουν μια επίσκεψη μετά την γέννα σε όλες τις γυναίκες στο πλαίσιο της καθολικής παρακολούθησης της υγείας των παιδιών. Ως μέρος αυτής της φροντίδας, οι επισκέπτες υγείας ελέγχουν τακτικά όλες τις νέες μητέρες για κατάθλιψη και παρέχουν κατ' οίκον θεραπεία σε οποιαδήποτε διαπιστωθεί ως ήπια έως μέτρια κατάθλιψη, ο έλεγχος γίνεται με την κλίμακα EPDS. Οι καταθλιπτικές μητέρες στη συνέχεια προσφέρονται μια παρέμβαση που ονομάζεται "Listening Visit", η οποία είναι ένα πρόγραμμα 4 εβδομάδων στο σπίτι, κάθε συνεδρία διαρκεί μία ώρα, που συνδυάζει την ενεργή αντανakλαστική ακρόαση με την επίλυση προβλημάτων. Ένας τέτοιος έλεγχος βελτιώνει την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης. Αυτό το πρόγραμμα είχε επιτυχία στην ανίχνευση της νόσου (Segre et al., 2010).

Healthy People 2020

Για να στηρίξουν τον στόχο του οργανισμού Healthy People 2020 για την αύξηση του ελέγχου της κατάθλιψης σε ενήλικες, οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο της πρόσληψης και της θεραπείας ή την παραπομπής του ατόμου. Νοσηλευτές

έχουν το μοναδικό πλεονέκτημα να βοηθήσουν τις κοινότητες να αναπτύξουν προγράμματα που θα βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης της επιλόχειου κατάθλιψης σε κοινότητες χαμηλού εισοδήματος και να συνεργάζονται με οργανισμούς όπως η Διεπιστημονική Ερευνητική Κοινοπραξία για την Ανθεκτικότητα του Κόλπου στην Υγεία των Γυναικών (Transdisciplinary Research Consortium for Gulf Resilience on Women's Health) για να διασφαλιστεί ότι οι νέες μητέρες έχουν την στήριξη που απαιτείται για το πρώτο έτος μετά τον τοκετό, καθώς και την πιο αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή εάν χρειαστεί. Μια άλλη αποτελεσματική μεταγεννητική υποστήριξη που χρησιμοποιεί τους κοινοτικούς λειτουργούς υγείας (Community Health Workers- CHWs) για 6 μήνες μετά τον τοκετό αναπτύχθηκε από τον Mundorf και τους συναδέλφους του. Το πρόγραμμα μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης της επιλόχειου κατάθλιψης για τις μητέρες που ζουν για πρώτη φορά σε κοινότητες χαμηλού εισοδήματος σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν την υποστήριξη. Οι κοινοτικοί λειτουργοί υγείας πήγαιναν καθημερινά στο σπίτι της μητέρας στην αρχή του προγράμματος και στη συνέχεια μείωσαν τις επισκέψεις καθώς η μητέρα συνειδητοποίησε πώς να ισορροπήσει τη νέα της ζωή με ένα νεογέννητο. Οι κοινοτικοί λειτουργοί υγείας δίδαξαν στη μητέρα πώς να φροντίζει το νεογέννητο καθώς και τον εαυτό της, ενεργώντας ως συνεργάτης υποστήριξης για τη μητέρα. Οι μητέρες στο τέλος της μελέτης ανέφεραν ότι με την πρόσθετη υποστήριξη, ήταν λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό επειδή δεν ένιωθαν μόνες και ήξεραν ότι το άτομο υποστήριξής τους ερχόταν να βοηθήσει στην ανακούφιση του στρες ή απλά να τις βοηθήσει να ισορροπήσουν την ημέρα τους (Falana and Carrington, 2019).

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΛΕΤΕΣ

Στο παρόν κεφάλαιο, καταγράφονται διάφορες μελέτες οι οποίες προσέλκυσαν το ενδιαφέρον κατά την διάρκεια της συγκέντρωσης του υλικού για την διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής. Οι μελέτες αυτές συλλέχθηκαν στα πλαίσια έρευνας που πραγματοποιήθηκε μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «επιλόχειος κατάθλιψη» (postpartum depression, postnatal depression), «νοσηλευτική φροντίδα» (nursing care), «φροντίδα» (care), «θεραπεία» (therapy), «επίδραση στο νεογνο» (effect to the infant).

6.1 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Οι ερευνητές Κωνσταντίνου, Σπυροπούλου και Ζέρβας, 2020, ασχολήθηκαν με την συλλογή των δεδομένων που αφορούν στην ενδεχόμενη σχέση των ανοσολογικών και αυτοάνοσων μηχανισμών στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, κατά τους ερευνητές η μελέτη των παθοφυσιολογικών μηχανισμών της επιλόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά δύσκολη. Είναι γνωστό πως η εγκυμοσύνη και η λοχεία αποτελούν μία περίοδο με πολλές προσαρμοστικές αλλαγές, ορμονικές και ανοσολογικές, για το γυναικείο σώμα, οι οποίες θεωρούνται παθολογικές σε μία γυναίκα που δεν είναι έγκυος. Δύο συστήματα είναι αυτά που ενδέχεται να είναι δυνητικά συνεισφέροντα στην ανάπτυξη της νόσου.

- A. Η ενεργοποίηση του φλεγμονώδους απαντητικού συστήματος (Inflammatory Response System – IRS)
- B. Η απορρύθμιση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση- επινεφρίδια (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis - HPA), γνωστός και άξονας του stress.

Τα κοινά κλινικά χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης με τα αυτοάνοσα νοσήματα , η γενετική προδιάθεση, η οικογενής εμφάνιση, η υψηλή συσχέτιση με τα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα, η διακύμανση της πορείας με εξάρσεις και υφέσεις, η υπεροχή των γυναικών στον επιπολασμό τους, όσο και η πιθανή υποτροπή τους στην

περίοδο της εγκυμοσύνης ή της λοχείας ιδιαίτερα σε πρωτοτόκες γυναίκες, ενθαρρύνουν την υπόθεση σχετικά με τη θεώρησή της επιλόχειας κατάθλιψης ως νόσημα αυτοάνοσης αιτιολογίας. Ωστόσο, οι λιγοστές κλινικές μελέτες δεν είναι επαρκείς προκειμένου να γίνουν πλήρως κατανοητές οι αιτιολογικές συσχετίσεις όλων αυτών των συστημάτων. Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να προσανατολιστεί αφενός στην αποσαφήνιση των ανοσοφλεγμονωδών διεργασιών που εμπλέκονται στην εμφάνιση της νόσου, αφετέρου στην ανεύρεση βιοδεικτών για έγκαιρη διάγνωση και παράλληλα αποτελεσματική θεραπεία (Κωνσταντίνου, Σπυροπούλου και Ζέρβας, 2020).

Η επίδραση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στη ψυχική υγεία της γυναίκας έχει τραβήξει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Έτσι, λοιπόν, οι Qiu et al., 2020 στην μετά-ανάλυση που πραγματοποίησαν, αξιολόγησαν την σχέση που έχει η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης της λοχείας, διότι ίσως να αντιμετωπίζουν περισσότερο ψυχολογικό άγχος από τις απρόβλεπτες διακοπές στην εκπαίδευση, την καριέρα και σε άλλες φιλοδοξίες της ζωής. Παρ' όλα αυτά είναι χρήσιμο να ελεγχθεί η πρόθεση εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια των επισκέψεων προγεννητικής φροντίδας. Επιπλέον, πρέπει να ενσωματωθεί ο οικογενειακός προγραμματισμός και εξατομικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για την πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τις συνέπειες της.

Σε μία άλλη μελέτη που διεξήχθη στη Κίνα, παρουσιάστηκαν **μερικοί κοινωνικοί και κλινικοί παράγοντες** που είναι συνδεδεμένη με την εμφάνιση της ψυχικής αυτής διαταραχής. Συγκεκριμένα, *η δυσαρέσκεια από την ελλιπή στήριξη του συντρόφου, η διάκριση κατά του θηλυκού φύλου* από τα πεθερικά καθώς στην Κίνα, οι παλαιότερες παραδοσιακές γενιές προτιμούν οι απόγονοι να είναι αρσενικού γένους. Η *καισαρική τομή* η οποία μπορεί να εκθέσει την μητέρα σε πολλές επιπλοκές. Η μικτή σίτιση, δηλαδή η ανικανότητα της γυναίκας να μπορέσει να παράγει την κατάλληλη ποσότητα μητρικού γάλακτος λόγω της αυξημένης πίεσης και του γρήγορου τρόπου ζωής είναι αποδεδειγμένα από μελέτες ότι επηρεάζουν την ψυχική υγεία της γυναίκας (Li et al., 2020).

Στην έρευνα των Necho, Belete and Zenebe, 2020, που έγινε στο Ντέσιε της Αιθιοπίας, έγινε αξιολόγηση των παραγόντων που αυξάνουν την εμφάνιση της κατάθλιψης της λοχείας. Εκτός από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, την δυσαρέσκεια του φύλου του μωρού που προαναφέρθηκαν, **το να είναι μία γυναίκα ανύπαντρη**

είναι η πρώτη κοινωνικο-δημογραφική μεταβλητή που είχε σημαντική σχέση με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που ήταν ανύπαντρες είχαν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό από εκείνες τις γυναίκες που ήταν παντρεμένες. Επιπλέον, η κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει κατά 3,2 φορές τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε σχέση με την γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι η βία από τον σύντροφο. Οι γυναίκες που έχουν δεχτεί ψυχολογική βία είχαν 6,5 μεγαλύτερες πιθανότητες, υψηλότερη εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό από τις γυναίκες που δεν είχαν δεχτεί. Επιπλέον, οι γυναίκες με σεξουαλική και σωματική βία ήταν 3,46 φορές πιο πιθανό να έχουν κατάθλιψη από τις γυναίκες που δεν έχουν δεχτεί βία από συντρόφους. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η βία του συντρόφου κατά των γυναικών είναι συχνή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ενδέχεται να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης ήταν 2,2 φορές υψηλότερες για τις γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι κατανάλωναν αλκοολ από τις γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι δεν είχαν ιστορικό αλκοολισμού τον τελευταίο 1 μήνα.

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η **αϋπνία**, οι ερευνητές Sasaki et al., 2020 αναφέρουν πως τα προβλήματα ύπνου στην περίοδο της εγκυμοσύνης μπορεί επίσης να είναι αιτία της επιλόχειου κατάθλιψης, καθώς και η αϋπνία είναι γενικά γνωστή ως προγνωστικός παράγοντας για την κατάθλιψη. Η αϋπνία ή η κακή ποιότητα ύπνου κατά την εγκυμοσύνη είναι εξαιρετικά συχνές. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της αϋπνίας κατά την εγκυμοσύνη κυμαίνεται από 50% έως πάνω από 60%, ενώ μελέτες που χρησιμοποιούν αντικειμενικά μέτρα ύπνου αποκάλυψαν περισσότερες ανάγκες ύπνου κατά την εγκυμοσύνη. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να προκαλέσει μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων και κοινωνικών δυσλειτουργιών, και είναι επίσης ανυπόφορη κατάσταση από μόνη της. σχετικά συμπτώματα, καθώς και για την πρόληψη της κατάθλιψης.

Οι ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για προβλήματα ύπνου μεταξύ των περιγεννητικών γυναικών μπορούν να διαφοροποιηθούν σε δύο προσεγγίσεις: σε εκείνες που εστιάζουν στον ύπνο της μητέρας και εκείνες που εστιάζουν στον βρεφικό ύπνο. Για τον μητρικό ύπνο, γενικά, η εκπαίδευση για την υγιεινή του ύπνου (SHE) και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για την αϋπνία (CBT - I) έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική για τη βελτίωση των προβλημάτων ύπνου, αν και το SHE αναφέρθηκε

ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικό από το CBT - I για την αϋπνία στο γενικό πληθυσμό. Για τις έγκυες γυναίκες με αϋπνία, μια ομάδα CBT intervention I με βάση την ομάδα επέτυχε σημαντικές μειώσεις στα συμπτώματα αϋπνίας και αυξήσεις στην υποκειμενική ποιότητα ύπνου. τυχαίοποιημένος ελεγχόμενος σχεδιασμός. Ο βρεφικός ύπνος είναι επίσης σημαντικός ψυχοπαιδαγωγικός στόχος, επειδή ο ύπνος του νεογέννητου επηρεάζει κυρίως τους κύκλους ύπνου της μητέρας. Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας του βρεφικού ύπνου βασίζονται συνήθως στην αναπτυξιακή και συμπεριφορική ψυχολογία. Τα περιεχόμενα περιλαμβάνουν την παροχή πληροφοριών, όπως φυσιολογικά πρότυπα ύπνου και κλαίματος για βρέφη, τεχνικές διευθέτησης και ιατρικές αιτίες κλάματος. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην πρόληψη της κατάθλιψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ήταν ασυνεπής μεταξύ των δύο μελετών που περιλαμβάνονται στην τρέχουσα ανασκόπηση. Αν και η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης στον ύπνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασαφής αυτή τη στιγμή, μπορεί να είναι πιο δύσκολο να βελτιωθούν τα αποτελέσματα μετά τον τοκετό από παρεμβάσεις που ξεκίνησαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή υπάρχει χρονική υστέρηση μεταξύ της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό (Sasaki et al., 2020).

6.2 ΜΕΛΕΤΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Μία στις τέσσερις και μία στις πέντε μητέρες είχαν κατάθλιψη μετά τον τοκετό σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, αντίστοιχα. Οι αιτίες της κατάθλιψης θα μπορούσαν να εξηγηθούν από κοινωνικές, μητρικές και ψυχολογικές δομές. Ο υψηλός κίνδυνος ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων για την υγεία των βρεφών συσχετίστηκε με την επιλόχειο κατάθλιψη. Η έρευνα των Dadi, Miller and Mwanri, 2020 ασχολήθηκε με το βάρος, τους παράγοντες κινδύνου και τις επιπτώσεις της κατάθλιψης μετά το τοκετό στα αποτελέσματα της υγείας των βρεφών σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Συμπέραναν ότι ένας σημαντικός αριθμός μητέρων μετά τη γέννηση είχαν συμπτώματα κατάθλιψης και τα βρέφη τους υπέφεραν από υποσιτισμό, κοινές βρεφικές ασθένειες και μη αποκλειστικό θηλασμό. Η έρευνα προσδιόρισε τους ακόλουθους προγνωστικούς παράγοντες της κατάθλιψης της λοχείας, κακή μαιευτική ιστορία και κοινωνική υποστήριξη, ιστορικό κοινών ψυχικών διαταραχών και βίας, χαμηλή οικονομική και εκπαιδευτική κατάσταση και μητρική και νεογέννητη κακή υγεία.

6.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μία νέα θεραπεία για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η **Μπρεξανολόνη** (Brexanole) που εγκρίθηκε τον Μάρτιο του 2019 από τον FDA ως το πρώτο φάρμακο ειδικά εγκεκριμένο για την επιλόχειο κατάθλιψη. Ο μηχανισμός δράσης δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Είναι υδατικό παράγωγο της αλλοπρεγνενολονης, ενός κυρίου μεταβλητή της προγεστερόνης. Τα επίπεδα τους αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποκορύφωμα το τρίτο τρίμηνο της. Εφόσον η αλλοπρεγμανόλη έχει χαμηλή διαλυτότητα στο νερό, βιοδιαθεσιμότητα από του στόματος χορήγηση και γρήγορο μεταβολισμό, μια υδατική ενδοφλέβια έγχυση μορφή, η μπρεξανολονη,, ένα ιδιόκτητο της αλλοπρεγνολόνης, έχει αναπτυχθεί στη θεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Έως τώρα, μια φάση II και 2 φάσεις III τυχαιοποιημένες με δίπλες τυφλές ελεγχόμενες από Placebo δοκιμές έχουν διεξαχθεί και δείχνουν υποσχόμενα αποτελέσματα. Όλες οι κλινικές δοκιμές έδειξαν σημαντική μείωση στην κλίμακα αξιολόγησης του Hamilton για την κατάθλιψη [HAM-D] στην 60η ώρα συγκριτικά με το placebo, υπήρχε ταχεία έναρξη δράσης και συνεχή απόκριση κατά τη θεραπεία με μπρεξανολονη. Κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι η ένωση είναι γενικά ανεκτή με κάποιες κοινές παρενέργειες τη ζαλάδα, υπνηλία, ξηροστομία, απώλεια συνείδησης και έξαψη. Σε ασθενείς με συμπτώματα κατάθλιψης της λοχείας, βαριά έως και αυτοκτονικού ιδεασμού, θα πρέπει να αλλαχθεί ή το θεραπευτικό σχήμα ή να διακοπεί η χορήγηση της εντελώς. Χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση καθώς μπορεί να προκαλέσει καταστολή και αιφνίδια απώλεια συνείδησης. Εξαιτίας αυτού, είναι διαθέσιμη μόνο σε περιορισμένα προγράμματα διανομής. Κατά την έγχυση, η ασθενής πρέπει να παρακολουθείται με οξυμέτρηση παλμού να συνοδεύεται πάντα από το προσωπικό ή οικογενειακά μέλη. Αν ο ασθενής υποστεί υποξία, η έγχυση πρέπει να σταματά αμέσως. Σύμφωνα με τον FDA οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται κάθε 2 ώρες για συμπτώματα καταστολής σε περιόδους όπου είναι ξύπνιοι. Σε περίπτωση υπερβολικής καταστολής ή αιφνίδιος απώλεια συνείδησης η αγωγή πρέπει να διακοπεί. Εάν η ασθενής ανακτήσει τη συνείδηση της στο διάστημα 15 έως 60 λεπτών, ίσως μπορούν να επιστρέψουν στη χορήγηση της ίδιας ή μειωμένης δόσης. Η μπρεξανολονη έχει ταχεία έναρξη δράσης μέσα σε 60 ώρες και διάρκεια δράσης έως και 30 ημέρες μετά την χορήγηση. Οι ασθενείς των κλινικών δοκιμών δεν ελέγχθηκαν μετά τον έλεγχο των 30 ημερών, κάτι το οποίο μειώνει τα δεδομένα για την τοξικότητα σε μακροπρόθεσμο χρόνο. Η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της συγκριτικά με άλλα αντικαταθλιπτικά είναι άγνωστη και απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Περιορισμένα δεδομένα είναι διαθέσιμα σχετικά με την υπερδοσολογία. Κοινές

παρενέργειες της είναι πονοκέφαλος, ζαλάδα και υπνηλία. Τα δυο τελευταία εμφανίζονται ηπία (Azhar and Din, 2020).

Το γεγονός πως λίγες γυναίκες αναζητούν επαγγελματική βοήθεια για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους κατά τον τοκετό, παρ' όλο της ύπαρξης αποτελεσματικών θεραπειών, ώθησε τους Branquinho, Canavarro and Fonseca, 2020 να ερευνήσουν μια νέα και **καινοτόμο μορφή θεραπείας** που μπορεί να ξεπεράσει τα εμπόδια που αναζητούν βοήθεια. Η μελέτη στόχευε στην αξιολόγηση της αποδοχής και της αποτελεσματικότητας μιας μικτής παρέμβασης CBT για τη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης στο πορτογαλικό πλαίσιο, ενσωματώνοντας προσωπικές συνεδρίες στο διαδικτυακό πρόγραμμα Be a Mom και τα αποτελέσματα της οποίας ήταν αρκετά υποσχόμενα. Η παρούσα μελέτη ήταν η πρώτη που ανέπτυξε πρωτόκολλο CBT μεικτής θεραπείας για την επιλόχειο κατάθλιψη. Τα πλεονεκτήματα στις μητέρες από τη μεικτή θεραπεία ήταν η κλινική στήριξη, αυξημένο κίνητρο, ευελιξία, προσβασιμότητα και αυτοδιάθεση μέσω των διαδικτυακών εργαλείων, καθώς και καλύτερη θεραπεία. Το πρόγραμμα ίσως μειώσει τις διαπροσωπικές συνεδρίες και να μειώσει το κόστος του συστήματος υγείας. Έπειτα, η μεικτή θεραπεία μειώνει αποτελεσματικά τα συμπτώματα κατάθλιψης κάτι το οποίο διατηρείται για έως κι 6 μήνες. Παρόλα αυτά υπάρχει μειωμένη γνώση για την εφαρμογή στον κάθε ασθενή. Η ηλικία, η σοβαρότητα συμπτωμάτων και γνώση τεχνολογίας πρέπει να ληφθούν υπόψιν. Επίσης, η προσέγγιση επιτρέπει τη συλλογή πληροφοριών στο φυσικό περιβάλλον των γυναικών σε πραγματικό χρόνο και επομένως αποτρέπει τις προκαταλήψεις και παράσχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις ατομικές παραλλαγές στη θεραπεία, τη δυναμική εξέλιξη των συμπτωμάτων της επιλόχειου κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου και τις χρονικές σχέσεις μεταξύ διάθεσης και άλλων εμπειριών. Η συμπερίληψη της οικολογικής στιγμιαίας αξιολόγησης συνιστάται σε RCTs επειδή μπορεί να βελτιστοποιήσει τα στατιστικά αποτελέσματα ισχύος, να βελτιώσει την ακρίβεια των μετρήσεων και ενδεχομένως να αυξήσει την προσκόλληση της θεραπείας. Αυτή η μέθοδος συλλογής δεδομένων έχει χρησιμοποιηθεί προηγουμένως τόσο στην περίοδο μετά τον τοκετό όσο και σε διαταραχές κατάθλιψης και θεωρήθηκε εφικτή και αποδεκτή από τους χρήστες.

6.4 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Η πρόληψη της κατάθλιψης μετά τον τοκετό θα πρέπει να εκληφθεί από βιο-ψυχοκοινωνική προοπτική. Η μελέτη των Martínez-Borba et al., 2020 είχε ως στόχο την διερεύνηση της διαχρονικής συμβολής ενός συνόλου βιο-ψυχοκοινωνικών

παραγόντων για τη κατάθλιψη της λοχείας σε περιγεννητικές γυναίκες. Οι βιο-ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συνδέονται σαφώς με την ταυτόχρονη κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη, αλλά η σταθερότητα της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου περιορίζει την πιθανή συμβολή των βιο-ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η κατάθλιψη πρέπει να ελέγχεται νωρίς, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς αυτό είναι πιθανό να συνεχιστεί μετά τη γέννηση. Το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο της κατάθλιψης της λοχείας είναι μια προσπάθεια κατανόησης του κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και των προστατευτικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή, έτσι ώστε οι προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας να μπορούν να αναπτυχθούν με πιο αποτελεσματικό τρόπο. Παράγοντες όπως χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματος, αμφιθυμία απέναντι στην εγκυμοσύνη, προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και χαρακτηριστικά προσωπικότητας, μεταξύ άλλων, εξετάζονται συχνά στις μελέτες της ψυχικής διαταραχής. Με στόχο την παροχή πιο ισχυρών στοιχείων για την ανάπτυξη προγραμμάτων διαλογής, πρόληψης και θεραπείας για την επιλόχειο κατάθλιψη, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη που διερευνά τη μοναδική συμβολή ενός συνόλου επικίνδυνων και προστατευτικών βιο-ψυχοκοινωνικών παραγόντων για τη κατάθλιψη της λοχείας σε περιγεννητικές γυναίκες. Μετά από μια διεξοδική βιβλιογραφική έρευνα, οι βιο-ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που περιλαμβάνονται στην πρόβλεψη της επιλόχειο κατάθλιψης ήταν ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, αμφιθυμία προς την εγκυμοσύνη, νευρωτισμός, εξωστρέφεια, θετική και αρνητική επίδραση, κοινωνική υποστήριξη και προγεννητικά καταθλιπτικά συμπτώματα και μια βιολογική μεταβλητή, η ηλικία, με περιορισμένα αλλά πολλά υποσχόμενα στοιχεία. Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι μόνο τα ηλικιακά και προγεννητικά συμπτώματα κατάθλιψης ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης της λοχείας. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα προγεννητικά καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντές της. Αυτό που δείχνουν αυτά τα ευρήματα είναι ότι η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να παραμείνει σχετικά σταθερή με την πάροδο του χρόνου.

Το πρόγραμμα **Newborn Behavioral Observation** (NBO) είναι μια παρέμβαση βασισμένη στη σχέση που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας του NBO με στόχο την ευαισθητοποίηση των γονέων στις ικανότητες, τη μοναδικότητα και τα στοιχεία συμπεριφοράς του βρέφους. Αυξάνοντας την ικανότητα και την εμπιστοσύνη των γονέων, η παρέμβαση μπορεί να συμβάλει στην πιο ευαίσθητη γονική μέριμνα και σε μια θετική σχέση γονέα-βρέφους. Προηγούμενες μελέτες που έχουν συμπεριλάβει πρωτότοκες μητέρες υγιών βρεφών στις ΗΠΑ και τη Νορβηγία καθώς και μητέρες που

κινδυνεύουν από κατάθλιψη προτείνουν ότι το NBO μπορεί να αυξήσει τη μητρική δέσμευση, την ευαισθησία και την κατανόηση των ικανοτήτων του βρέφους και των ενδείξεων συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να συμβάλει στην αυτοπεποίθηση της μητέρας. Τα αποτελέσματα μιας πιλοτικής μελέτης έδειξαν ότι η λήψη του NBO συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο για καταθλιπτικά συμπτώματα σε μητέρες που πρωτοεμφανίστηκαν. Το πρόγραμμα αυτό τράβηξε το ενδιαφέρον των Høifødt et al. οι οποίοι στην μελέτη τους το 2020 είχαν ως στόχο να αξιολογηθεί το NBO ως καθολική προληπτική παρέμβαση εντός της τακτικής υπηρεσίας κλινικής καλά μωρών, διερευνώντας τη σχέση μεταξύ λήψης του NBO και μέτρων καταθλιπτικών συμπτωμάτων γονικού στρες και τη σχέση μητέρας-βρέφους στους πρώτους 4 μήνες μετά τον τοκετό. Είχαν τρεις βασικές υποθέσεις. Πρώτον, η λήψη του NBO σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων της μητρικής κατάθλιψης και του γονικού στρες. Δεύτερον, το NBO θα συσχετιζόταν με μια ισχυρότερη σχέση μητέρας-βρέφους, ανακλαστική λειτουργία, και αυτοπεποίθηση στον γονικό ρόλο. Τρίτον, ότι το NBO θα σχετίζεται με υψηλότερη ικανοποίηση και όφελος από την παρακολούθηση μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν μόνο μία από τις αρχικές υπόθεση, καθώς έδειξαν ότι η σε όσους εφαρμόστηκε το πρόγραμμα NBO ανέφεραν σημαντικά υψηλότερο όφελος από την παρακολούθηση. Συγκεκριμένα, έμαθαν σημαντικά περισσότερες πληροφορίες από την παρακολούθηση των σημάτων και των αναγκών του μωρού σχετικά με τα πρότυπα ύπνου, τον ύπνου, την κοινωνική αλληλεπίδραση, το κλάμα και την ιδιοτροπία. Η υπόθεσή ότι το NBO θα σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γονικού στρες και υψηλότερες βαθμολογίες σε αξιολογήσεις που σχετίζονται με τη σχέση μητέρας-βρέφους δεν επιβεβαιώθηκαν.

6.5 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Κροατία παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που θήλασαν είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη της λοχείας από αυτές που δεν θήλασαν. Προηγούμενες μελέτες είχαν δείξει ότι ο θηλασμός είναι ένας προστατευτικός παράγοντας στην περίπτωση μεταβολών της διάθεσης μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που θηλάζουν αναπτύσσουν επιλόχειο κατάθλιψη λιγότερο συχνά, υποδηλώνοντας ότι ορισμένες ορμονικές επιδράσεις που σχετίζονται με τη γαλουχία μπορεί να έχουν προστατευτικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία. Ο θηλασμός βελτιώνει τη μητρική συναισθηματική εμπλοκή, τη σύνδεση και αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού. Σχετίζεται με την ευημερία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Αναπτύσσει τη συναισθηματική σύνδεση μεταξύ της μητέρας και του παιδιού, δημιουργεί

συναισθήματα ασφάλειας και προστασίας, και ως εκ τούτου, είναι σημαντική για τη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Επιπλέον, οι θηλάζουσες μητέρες είχαν καλύτερα πρότυπα ύπνου και κατά μέσο όρο 40 έως 45 λεπτά μεγαλύτερο ύπνο. Αισθάνθηκαν λιγότερη κόπωση και οι μητέρες που μπορούσαν καλύτερα να θηλάσουν από την αρχή και να αλληλοεπιδράσουν με τα βρέφη τους ήταν πιο ικανοποιημένες. Αντίθετα, οι καταθλιπτικές μητέρες αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα θηλασμού και ένιωθαν δυσαρεστημένες με το θηλασμό, το οποίο έχει αναφερθεί ως κοινή ανησυχία για τις μητέρες με συμπτώματα κατάθλιψης μετά τον τοκετό από τους (Mikšić et al., 2020).

6.6 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ.

Η μελέτη των Zhuang et al., 2020, εξετάζει την επίδραση της κατ'οίκον νοσηλευτικής σε ασθενείς με κατάθλιψη μετά τον τοκετό στην ποιότητα ζωής και την κατάθλιψη. Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν σύμφωνα με τις μεθόδους νοσηλευτικής που χρησιμοποιήθηκαν, η μία ομάδα ασθενών έλαβαν βασική νοσηλευτική φροντίδα, ενώ η άλλη κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η βασική φροντίδα μετά τον τοκετό έχει καλή επίδραση στη φυσική αποκατάσταση της μητέρας. Ωστόσο, λόγω της έλλειψης αντίστοιχων αποτελεσματικών μέτρων ψυχολογικής παρέμβασης, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Με βάση την αρχή της νοσηλευτικής «αντιμετώπιση ασθενούς ως νοσηλευτικό κέντρο», τα οικογενειακά νοσηλευτικά μέτρα μπορούν να βελτιώσουν τη συνολική ποιότητα της νοσηλευτικής και να προσφέρουν μια αποτελεσματική ψυχολογική παρέμβαση σε ασθενείς με κλινική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μέσω νοσηλευτικής κατ'οίκον φροντίδας μπορεί αποτελεσματικά να ανακουφίσει την κατάθλιψη και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να βοηθήσει στη ρύθμιση των επιπέδων οιστραδιόλης, σεροτονίνης και προγεστερόνης στον ορό τους και να βελτιώσει την ικανοποίησή τους με τη νοσηλευτική φροντίδα. Η κατ'οίκον φροντίδα απαιτεί τη θεραπεία του ασθενούς ως το κέντρο της νοσηλευτικής διεργασίας, τη χρήση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος ως σπιτιού και την καθημερινή επικοινωνία με την οικογένεια κ.λπ., για την ολοκλήρωση της νοσηλευτικής παρέμβασης, η οποία υπογραμμίζει τη θετική επίδραση των οικογενειακών νοσηλευτικών μέτρων στη συναισθηματική κατάσταση ασθενών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, τα επίπεδα οιστροδιόλης, σεροτονίνης και προγεστρόνης της οικογενειακής νοσηλευτικής ομάδας ήταν καλύτερα

από αυτά της βασικής νοσηλευτικής ομάδας. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη στις γυναίκες σχετίζεται με ανισορροπίες των ορμονών του φύλου. Το οιστρογόνο είναι αντικαταθλιπτικό, όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι υπερβολικά, η ανάπτυξη της κατάθλιψης είναι πιθανή. Τα επίπεδα οιστρογόνου σχετίζονται με την ρύθμιση της σεροτονίνης. Όταν τα οιστρογόνα μειώνονται, τα επίπεδα σεροτονίνης μειώνονται και η ανεπάρκεια σε σεροτονίνη έχει αναγνωριστεί σε προηγούμενες μελέτες ως κύρια αιτία της κατάθλιψης. Επίσης, σημειώθηκε σε ορισμένες μελέτες ότι η μείωση της προγεστερόνης είναι αργή, δηλαδή, τα υψηλά επίπεδα της προγεστερόνης σχετίζονται επίσης άμεσα με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Ταυτόχρονα, οι βαθμολογίες κλίμακα άγχους αυτοαξιολόγησης άγχους (SAS) και κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατάθλιψης SDS, που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή την μελέτη, της κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, ομάδα ήταν χαμηλότερες από αυτές της βασικής νοσηλευτικής ομάδας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής κατ'οίκον, συνήχθη το συμπέρασμα ότι εκτός από την άμεση βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών, η νοσηλευτική προσέγγιση είχε επίσης επίδραση σε διάφορα επίπεδα ορμονών στους ασθενείς.

Και στις δύο ομάδες, οι βαθμολογίες ποιότητας ζωής και οι παρατηρήσεις ικανοποίησης νοσηλευτικής έδειξαν ότι η ομάδα με την κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα είχε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από τη βασική ομάδα νοσηλευτικής, υποδηλώνοντας ότι η οικογενειακή νοσηλευτική μπορεί να βελτιώσει άμεσα την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση νοσηλευτικής μετά τη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών. Οι βαθμολογίες SAS και EPDS(Κλίμακα Εκτίμησης της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου) των ασθενών και στις δύο ομάδες μειώθηκαν σημαντικά, αλλά οι βαθμολογίες των ασθενών στην ομάδα με κατ'οίκον φροντίδα μειώθηκαν σημαντικά περισσότερο από αυτούς της ομάδας με την βασική νοσηλευτική φροντίδα. Η αυτο-αποτελεσματικότητα της μητέρας βελτιώθηκε, επιτυγχάνοντας τον σκοπό της σημαντικής πρόληψης της εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Zhuang et al., 2020).

Σε μία άλλη έρευνα, διαπιστώθηκε ότι οι κατ'οίκον επισκέψεις που επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης και στις θετικές συνδέσεις με τη μητέρα ήταν πιο αποτελεσματικές στην προώθηση της θετικής αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού, στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και στην αύξηση της μητρικής κοινωνικής υποστήριξης των γυναικών με πολλά προβλήματα κατάστασης και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη από ένα μοντέλο που επικεντρώνεται στην παροχή μόνο πόρων και πληροφοριών στους πελάτες. Σε μια άλλη έρευνα που αποτελεί μία από τις ελάχιστες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για να καταδείξει την

αποτελεσματικότητα της παροχής συμβουλών εκτός οδηγιών από επαγγελματίες υγείας. Στην πειραματική ομάδα, οι γυναίκες που αναγνωρίστηκαν ότι πάσχουν από μεταγεννητική κατάθλιψη προσφέρθηκαν οκτώ συνεδρίες παροχής συμβουλών μισής ώρας σε διάστημα 8 εβδομάδων από τους επισκέπτες επαγγελματίες υγείας. Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην παροχή συμβουλών υπογράμμισε τη σημασία της ακρόασης και της ενθάρρυνσης των γυναικών να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις. Διδάσκονταν τεχνικές όπως η μη λεκτική ενθάρρυνση και αντικατοπτρίζουν το περιεχόμενο των επικοινωνιών. Σε αυτή την περίπτωση, σημαντικά περισσότερες γυναίκες ανέκαμψαν στην πειραματική ομάδα από ό, τι στην ομάδα ελέγχου. Μία από τις γυναίκες στη μελέτη σχολίασε: «Αν κάποιος μου είχε πει ότι ένας επαγγελματίας θα μπορούσε να έρχεται κάθε εβδομάδα και να με αφήσει να μιλήσω για μισή ώρα, και ότι θα κατέληγα θεραπευμένο άτομο, δεν θα το πίστευα. Ακούγεται σαν ανοησία, αλλά είναι αλήθεια." ο ερευνητής πρότεινε ότι η ανταλλαγή πληροφοριών θα μπορούσε να γίνει καλύτερα 1-2 εβδομάδες μετά από τον τοκετό, όταν ο ρόλος μητέρων και τα καθήκοντα φροντίδας βρεφών γίνονται μια πραγματική εμπειρία. Ένας άλλος ερευνητής διαπίστωσε ότι οι μητέρες υψηλού κινδύνου που δέχονταν πιο εντατική υποστήριξη από τους επισκέπτες του σπιτιού ήταν λιγότερο καταθλιπτικές και η συχνότητα των επισκέψεων στο σπίτι αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο για τη βελτίωση της ψυχολογικής υγείας των γυναικών (Tezel and Gözüml, 2006).

Οι Andersen et al, 2020, στην μελέτη τους, αναφέρουν ότι πρόωρος τοκετός είναι ένας σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης με εκτιμήσεις επίπτωσης έως και 40%. Επιπλέον παράγοντες κινδύνου είναι ή ηλικία της μητέρας, η διάρκεια παραμονής σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών - MENN (Neonatal Intensive Care Unit- NICU), η ηλικία κύησης και η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα πρόωρα βρέφη χρειάζονται θεραπεία στη MENN λόγω αυξημένης νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Η διάρκεια της εισαγωγής MEEN ποικίλλει από ημέρες σε μήνες ανάλογα με την ηλικία κύησης και τις επιπλοκές λόγω της πρόωρης γέννησης. Στη Δανία, η μητέρα νοσηλεύεται μαζί με το βρέφος καθ' όλη τη διάρκεια της εισαγωγής στη MENN και η παρατεταμένη νοσηλεία των πρόωρων βρεφών μπορεί να προκαλέσει γονικό στρες, το οποίο εκφράζεται μέσω άγχους και κατάθλιψης. Οι μητέρες είναι στενοχωρημένες και πολεμούν συναισθήματα ενοχής που δεν φροντίζουν ανεξάρτητα το βρέφος τους. Στόχος τις παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση για το εάν η εφαρμογή της κάτοικόν νεογνικής φροντίδας συσχετίζεται με μια αλλαγή στην επίπτωση σοβαρής επιλόχειας κατάθλιψης μεταξύ των μητέρων των πρόωρων βρεφών. Η κάτοικόν νεογνικής φροντίδας είναι η δυνατότητα για τη μητέρα

και τα βρέφη να περάσουν τις τελευταίες εβδομάδες εισδοχής MENN στο σπίτι αντί του νοσοκομείου. Η βρεφονηπιακή φροντίδα απαιτεί το βρέφος να είναι κλινικά σταθερό και οι γονείς να διαχειρίζονται τη φροντίδα και τη διατροφή του. Οι οικογένειες βρίσκονται σε στενή επαφή με τις νοσοκόμες τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα είτε με επισκέψεις στο σπίτι, με τηλεδιασκέψεις ή με επισκέψεις στο νοσοκομείο. Οι Andersen et al, 2020, συμπέραναν ότι όντως η εφαρμογή της κάτοικόν νεογνικής φροντίδας μείωσε το ποσοστό εμφάνισης σοβαρής επιλόχειας κατάθλιψης σε μητέρες πρόωρων βρεφών κατά 23%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νεότερες μητέρες δεν είχαν τα ίδια αποτελέσματα με αυτές των 27 ετών ή μεγαλύτερων, η επίδραση δεν ήταν εμφανής σε μητέρες εξαιρετικά πρόωρων νεογνών καθώς και σε μητέρες των οποίων τα νεογνά παρέμειναν στην εντατική για περισσότερες από 30 μέρες. Αυτό που τράβηξε όμως το ενδιαφέρον των ερευνητών ήταν ο συσχετισμός που υπήρχε μόνο σε γυναίκες με πολλαπλές κυήσεις και ότι οι γυναίκες που έγιναν για πρώτη φορά μητέρες δεν παρουσίασαν μείωση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό που σχετίζεται με τη κάτοικόν νεογνική φροντίδα. Σε γυναίκες που είχαν ήδη υποστεί κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν υπήρξε επίδραση της νεογνικής κάτοικόν φροντίδας, η οποία είναι πιθανότατα μια περίπτωση συνεχιζόμενης φροντίδας της πρώτης κατάθλιψης και όχι μιας νέας εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό

Μολονότι, η εκπαίδευση των γονέων είναι ένα από τα σημαντικά καθήκοντα των νοσηλευτών και δεδομένου ότι οι νοσηλευτές περνούν πολύ χρόνο μαζί τους, η μελέτη των Mansourian et al., 2020 έχει ως στόχο να αξιολογήσει την εκπαιδευτική απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών MENN, από την άποψη των γονέων. Ένα από τα βασικά στοιχεία της οικογενειακής, νοσηλευτικής, φροντίδας είναι η εκπαίδευση γονέων με νοσηλευόμενο βρέφος σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η εκπαίδευση είναι θεμελιώδης ρόλος της νοσηλευτικής σε MENN. Η νοσηλεία ενός βρέφους σε μια μονάδα εντατικής είναι μια πολύ αγχωτική και ενοχλητική εμπειρία για τους γονείς. Συχνά μπερδεύονται σε ένα τέτοιο περιβάλλον και μπορεί να αισθάνονται αβοήθητο, ένοχοι και να φοβούνται για την επιβίωση ή τις μακροχρόνιες επιπτώσεις στα βρέφη τους. Έρευνες έδειξαν ότι οι μητέρες που χωρίζονται από τα μωρά τους είχαν υψηλό επίπεδο άγχους και κατάθλιψης και παρουσίασαν πολλές ψυχολογικές αντιδράσεις. Η παραμονή στη μονάδα εντατικής μπορεί να αύξησε το άγχος της μητέρας. Η νοσηλευτική είναι μια ανεξάρτητη πειθαρχία και ένας κλάδος της ιατρικής επιστήμης που οι απόφοιτοί της εργάζονται ως μέλος της ομάδας παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορους τομείς που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, την κατάρτιση, την έρευνα, τη διαβούλευση, την πρόληψη, τη διαχείριση, την προστασία, τη φροντίδα, τη θεραπεία και

αποκατάσταση. Η εκπαίδευση είναι ένα από τα δικαιώματα των ασθενών και ένα μέσο για την επίτευξη προαγωγής της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, την αυξημένη αυτονομία των ασθενών, τη βελτίωση της αυτο-φροντίδας και τη μείωση της επανεισδοχής. Δεδομένου ότι η εκπαίδευση είναι οικονομικά αποδοτική σε όλες τις πτυχές της περίθαλψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των ασθενών, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε την εκπαίδευση των ασθενών από νοσηλευτές. Γενικά, η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής απόδοσης του νοσηλευτικού προσωπικού από τους γονείς μπορεί να αντιπροσωπεύει τον εκπαιδευτικό ρόλο του προσωπικού στο νοσοκομείο. Μπορούν να γίνουν απαραίτητες ενέργειες προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να παίξει καλύτερα το ρόλο αυτό, που ίσως θα έχει ως επακόλουθο την μείωση των κακών συνέπειών της παραμέλησής του ρόλου, όπως η επαναλαμβανόμενη νοσηλεία λόγω έλλειψης κατάλληλης φροντίδας στο σπίτι.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι το ποσοστό εφαρμογής των εκπαιδευτικών προτύπων στη MENN βρίσκεται στο αδύναμο εύρος (37%). Σύμφωνα με την έρευνα, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι στο νοσοκομείο, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν την έλλειψη χρόνου για την εκπαίδευση των ασθενών. Η σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η έλλειψη χρόνου για την πραγματοποίηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι άλλοι παράγοντες που κάνουν τους γονείς να μην ενημερώνονται σωστά. Είναι μερικοί άλλοι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν σε κακή προπόνηση, όπως έλλειψη φυσικού χώρου για συνεχή παρουσία γονέων στο τμήμα και στο νοσοκομείο, χαμηλό επίπεδο αλφαριθμητισμού, κοινωνικοπολιτισμικά προβλήματα οικογενειών σε αυτήν την περιοχή, κάποια ελλιπής εκπαίδευση που ήταν ρουτίνα, ο φόβος των νοσηλευτών να μην γίνει χρήση αυτών των πληροφοριών εναντίον τους από τους γονείς, και έλλειψη σωστής συστηματικής στάσης στο νοσοκομείο και τους διευθυντές νοσηλευτικής σχετικά με την εκπαίδευση στους γονείς και τη σωστή μέθοδο οικογενειακής φροντίδας (Mansourian et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια μορφή κλινικής κατάθλιψης η οποία βρίσκεται σε στενή χρονική συσχέτιση με μια σειρά από ορμονικές και ανοσολογικές μεταβολές συμβαίνουν στο γυναικείο οργανισμό κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και μετά. Υπάρχουν ενδείξεις πως ανοσοφλεγμονώδεις και αυτοάνοσοι μηχανισμοί ενδεχομένως αποτελούν το κλειδί για την αποκρυπτογράφηση των πολύπλοκων παθοφυσιολογικών οδών που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου. Άλλοι ερευνητές επισημαίνουν τα κοινά φαινομενολογικά χαρακτηριστικά της νόσου με τα αυτοάνοσα νοσήματα διατυπώνοντας μία υπόθεση σχετικά με τη θεώρηση της επιλόχειας κατάθλιψης ως νόσημα αυτοάνοσης αιτιολογίας. Επομένως, οι λιγοστές κλινικές μελέτες δεν είναι επαρκείς προκειμένου να γίνουν πλήρως κατανοητές οι αιτιολογικές συσχετίσεις όλων αυτών των συστημάτων. Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να προσανατολιστεί αφενός στην αποσαφήνιση των ανοσοφλεγμονωδών διεργασιών που εμπλέκονται στην εμφάνιση της νόσου, αφετέρου στην ανεύρεση βιοδεικτών για έγκαιρη διάγνωση και παράλληλα αποτελεσματική θεραπεία (Κωνσταντίνου, Σπυροπούλου και Ζέρβας, 2020).

Οι γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε σύγκριση με εκείνες που έχουν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να ελεγχθεί η πρόθεση εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια συνήθων επισκέψεων προγεννητικής φροντίδας. Την ίδια στιγμή, ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι εξατομικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενσωματωθούν στη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για να αποφευχθεί η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι συνέπειες της. Από την μία πλευρά, η βελτίωση στην πρόσβαση, την πρόσληψη, την συνέχεια και την ποιότητα στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και η απόδειξη ότι οι γυναίκες και οι άνδρες με συνοδευτικές πληροφορίες σχετικά με τις επιλογές αντισύλληψης είναι χρήσιμες για την πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Από την άλλη πλευρά, οι παροχή υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν εξατομικευμένη συμβουλευτική, υποστήριξη, κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας στην κύηση και στον τοκετό για γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας (Qiu et al, 2020).

Αρκετοί κοινωνικοί και κλινικοί παράγοντες σχετίζονται με σημαντικά συμπτώματα της κατάθλιψης της λοχείας. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τη διάκριση εναντίον ενός θηλυκού μωρού από πεθερά, τις γυναίκες μετά τον τοκετό που δεν ικανοποιούνται

από την υποστήριξη των συζύγων, τη καισαρική τομή και τη μικτή σίτιση. Είναι σημαντικό οι παράγοντες αυτοί να επιβεβαιώνονται από συνεχείς μελέτες, ιδιαίτερα με κλινικά επιβεβαιωμένες γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη σε διαχρονικές έρευνες, έτσι ώστε να παρέχονται στοιχεία για την πρόληψη κατά της κατάθλιψη, ιδιαίτερα στην Κίνα (Li et al., 2020).

Η έρευνα των Necho, Belete and Zenebe, 2020 συμπληρώνουν στους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες τη βία από τον σύντροφο, τον αλκοολισμό του ως παράγοντες της εμφάνισης της νόσου.

Η αποτελεσματικότητα της καθολικής προγεννητικής παρέμβασης που εστιάζεται στον ύπνο για την πρόληψη της κατάθλιψης της κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ήταν υποσχόμενη ωστόσο, η αποτελεσματικότητα για επιλόχειο κατάθλιψη ή για μητρικό ύπνο είναι ακόμα άγνωστη, επειδή τα διαθέσιμα στοιχεία δεν ήταν επαρκή για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Περαιτέρω μελέτες RCT θα πρέπει να γίνουν στο μέλλον, διότι μπορούν να αναμένονται παρεμβάσεις εστιασμένες στον ύπνο ως προληπτική στρατηγική βασισμένη σε θεωρητική υποστήριξη (Sasaki et al., 2020).

Το ένα τέταρτο και μία στις πέντε μητέρες μετά τη γέννηση είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, αντίστοιχα, μια ένδειξη ότι είναι πολύ διαδεδομένη στις περιοχές. Οι λεχώνες με κακή μαιευτική ιστορία και κοινωνική υποστήριξη, ιστορικό κοινής ψυχικής διαταραχής και παιδικής βίας, χαμηλή οικονομική κατάσταση, πρόβλημα με την υγεία της μητέρας και του νεογέννητου είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κατάθλιψη. Οι μητέρες με κατάθλιψη της λοχείας είχαν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο να πάσχουν από άρρωστα, υποσιτισμένα και μη αποκλειστικά θηλάζοντα βρέφη σε σχέση με μητέρες που δεν είχαν συμπτώματα κατάθλιψης. Με βάση τα τρέχοντα ευρήματα, ένας πρώιμος έλεγχος των μεταγεννητικών μητέρων που ξεκινούν από τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες γέννησης και λαμβάνοντας άμεση παρέμβαση θα σώσει τη μητέρα και το βρέφος της από νοσηρότητα, θνησιμότητα, αναπηρία και μελλοντικές αναπτυξιακές συνέπειες (Dadi, Miller and Mwanri, 2020).

Η Μπρεξανολόνη (Brexanole) με την σειρά της, που εγκρίθηκε τον Μάρτιο του 2019 από τον FDA ως το πρώτο φάρμακο ειδικά εγκεκριμένο για την επιλόχειο κατάθλιψη, παρά τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα, υπάρχουν περιορισμοί και χρειάζεται ακόμη χρόνος ώστε να αποφασιστεί η χορήγηση στον ευρύτερο πληθυσμό καθώς οι μελέτες εστίασαν σε γυναίκες με ήπια προς σοβαρή επιλόχειο κατάθλιψη και δεν υπάρχουν δεδομένα για μετέπειτα του ελέγχου των 30 ημέρων. Η ανάγκη για 60ωρη ενδοφλέβια έγχυση ίσως είναι προβληματική για κάποιους ασθενείς. Θα ήταν

ενδιαφέρουσα η ανάπτυξη στο μέλλον μιας φαρμακοτεχνικής μορφής για από του στόματος χορήγηση της με παρόμοια αποτελεσματικότητα (Azhar and Din, 2020).

Οι Branquinho, Canavarro and Fonseca, 2020 ανέπτυξαν μία μικτή θεραπεία για την επιλόχειο κατάθλιψη και εξέτασαν την αποτελεσματικότητά της. Αυτή η καινοτόμος μορφή παροχής θεραπείας μπορεί δυνητικά να μειώσει το κόστος στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, να αυξήσει την αποτελεσματικότητά της και να προωθήσει συμπεριφορές που αναζητούν βοήθεια μεταξύ των γυναικών κατά τον τοκετό.

Τα αποτελέσματα των Martínez-Borba et al., 2020 αποδεικνύουν ότι απαιτούνται βιοψυχοκοινωνικές διαχρονικές αξιολογήσεις και πρωτόκολλα παρέμβασης που ξεκινούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνεχίζονται στον τοκετό μετά τον τοκετό, τέτοια προγράμματα θεραπείας πρέπει να τονίζουν τη σημασία των στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης για την αύξηση της θετικής επίδρασης και τη μείωση της αρνητικής επίδρασης στις γυναίκες. Ένα πρόσφατο παράδειγμα είναι το ενοποιημένο πρωτόκολλο για τη διαγνωστική θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών, αλλά περιλαμβάνει επίσης εκπαιδευτικά στοιχεία για να βοηθήσει στην προσαρμογή των προσδοκιών των γυναικών και να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που σχετίζονται με τη μητρότητα, ειδικά στις ηλικιωμένες γυναίκες. Από αυτήν τη μελέτη και την προηγούμενη εμπειρία, οι ερευνητές συνιστούν τη χρήση ΤΠΕ (Τεχνολογία Πληροφοριών) σε τέτοια προγράμματα, δηλαδή, τυφλές θεραπείες που συνδυάζουν επιτόπια και διαδικτυακή θεραπεία και οικολογική στιγμιαία αξιολόγηση με εφαρμογές, για την ελαχιστοποίηση ορισμένων από τα εμπόδια διάδοσης και στιγματισμού των παραδοσιακών μεθόδων αξιολόγησης.

Στη μελέτη των Høifødt et al., 2020 τα αποτελέσματα υπονοούν ότι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα NBO έμαθαν περισσότερα από την ομάδα που έλαβαν την βασική νοσηλευτική φροντίδα για την ανάγνωση των σημάτων του βρέφους τους σε σημαντικές καθημερινές καταστάσεις που σχετίζονται με την κοινωνική αλληλεπίδραση, τον ύπνο, τα μοτίβα ύπνου και το κλάμα. Τα αποτελέσματά της έρευνας υποδηλώνουν ότι τα οφέλη του NBO ενδέχεται να είναι περιορισμένα σε ένα δείγμα γενικού πληθυσμού ιδιαίτερα λειτουργικών συμμετεχόντων. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να διερευνηθεί εάν οι επιπτώσεις του NBO θα μπορούσαν να είναι ισχυρότερες σε άλλα μέτρα έκβασης, όπως μέτρα ανάπτυξης παιδιού, αλληλεπίδρασης γονέα-βρέφους και ταξινόμηση προσκόλλησης παιδιών ή με πιο μειονεκτούντες πληθυσμούς. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα τα αποτελέσματα από το NBO να είναι πιο εμφανή αργότερα, όπως φαίνεται και από άλλες μελέτες που

χρησιμοποιούν διαφορετικές παρεμβάσεις. Επομένως, η μελλοντική έρευνα στα αποτελέσματα του NBO θα ήταν χρήσιμη.

Οι μηχανισμοί αλληλεπίδρασης μεταξύ κατάθλιψης της λοχείας και θηλασμού είναι πολυπαραγοντικοί, με την κατάθλιψη να επηρεάζει την αυτοεκτίμηση των μητέρων και τη σχέση με τα βρέφη. Ωστόσο, Mikšić et al., 2020, τονίζουν ότι η σύνδεση μεταξύ θηλασμού και κατάθλιψης της λοχείας είναι αμφίδρομη, διότι όσο τα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης της επιλόχειο κατάθλιψης σε μητέρες που δεν θηλάζουν είναι μεγάλα, τόσο και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερα ποσοστά και πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Οι γυναίκες με καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να έχουν πιο ανεπαρκείς αλληλεπιδράσεις με τα νεογνά τους, γεγονός που με τη σειρά του αυξάνει τον κίνδυνο δυσκολιών θηλασμού.

Η κατ'οίκον φροντίδας του πρόωρου νεογνού αποδείχτηκε ότι έχει θετική επίδραση στην πρόληψη της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Η ενσωμάτωση της οικογενειακής νοσηλευτικής σε κλινικές νοσηλευτικές δραστηριότητες θα μπορούσε να επηρεάσει πολλούς παράγοντες από τη φυσιολογία έως την ψυχολογία, από τις κοινωνικές σχέσεις έως τις οικογενειακές σχέσεις και από την αυτογνωσία έως την αυτοδιαχείριση. Αυτή η μελέτη είναι πολύ συνεπής με προηγούμενες μελέτες για την κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα, οι οποίες έδειξαν αποτελεσματική ανακούφιση από την κατάθλιψη. Ωστόσο, τα ειδικά μέτρα της κατ'οίκον νοσηλευτικής πρέπει ακόμη να βελτιωθούν και να βελτιστοποιηθούν, και οι κλινικές αναφορές πρέπει να βελτιωθούν σύμφωνα με τις διαφορετικές συνθήκες των κλινικών ασθενών για να βελτιωθεί περαιτέρω η σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας (Zhuang et al., 2020).

Η εφαρμογή της κατ'οίκον νεογνικής φροντίδας μείωσε τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρής κατάθλιψης μετά τον τοκετό μεταξύ των μητέρων των πρόωρων βρεφών. Θα πρέπει να διεξαχθεί μελλοντική έρευνα σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ του της κατ'οίκον νεογνικής φροντίδας και της σοβαρής κατάθλιψης μετά τον τοκετό για την επαλήθευση της συσχέτισης και των πιθανώς επιπρόσθετων θετικών παραγώγων της (Andersen et al., 2020).

Η παραμονή ενός νεογνού στη MENN αποτελεί έναν στεσσογόνο πατάγοντα για τους γονείς. Ιδιαίτερα για την μητέρα. Είναι απαραίτητη η ενημέρωση των γονιών σχετικά με το περιβάλλον της MENN, κύριος υπεύθυνος για την ενημέρωση αυτή είναι ο νοσηλευτής. Όμως, η σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η έλλειψη χρόνου για την πραγματοποίηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι παράγοντες που κάνουν τους γονείς να μην ενημερώνονται σωστά. Επομένως είναι απαραίτητο να βελτιωθεί η ποιότητα της εκπαίδευσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που

εργάζονται στις ΜΕΝΝ και να παράσχει τα απαραίτητα πρότυπα και δείκτες για την αξιολόγηση αυτού του σημαντικού έργου (Mansourian et al., 2020).

ΠΕΜΠΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί.

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε εργασίες και συζητήσεις σχετικά με τις νοσηλευτικές διεργασίες και τις ψυχικές διαταραχές έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της επιλόχειος κατάθλιψης ή κατάθλιψης της λοχείας. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την επιλόχειο κατάθλιψη, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

8.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

8.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ:

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Den Denzin & Lincoln, 1998).

8.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η Ε.Χ. είναι μια νέα κοπέλα 30 ετών, όμορφη, χαμογελαστή. Από μικρή αγαπούσε τα παιδιά και ήθελε να γίνει κάποια στιγμή μητέρα. Σήμερα, συζεί με τον άντρα της και τα δύο τους παιδιά, ηλικίας 5 και 2 χρονών. Είναι μια ευτυχισμένη οικογένεια. Ο άντρας της λείπει συχνά σε ταξίδια λόγω της δουλείας του. Η ίδια έμεινε άνεργη λίγους μήνες πριν την πρώτη της εγκυμοσύνη. Έχουν ένα σταθερό μισθό, αρκετό να καλύψει τα βασικά.

Στην πρώτη της εγκυμοσύνη δεν αντιμετώπισε κανένα πρόβλημα. Είχε μια υγιή εγκυμοσύνη. Όμως, την ημέρα της γέννας, κατά την διάρκεια του τοκετού, οι γιατροί την ενημέρωσαν ότι έπρεπε να κάνει επείγουσα καισαρική τομή καθώς η εξέλιξή του τοκετού έμεινε στάσιμη και δεν υπήρξε διαστολή του τραχήλου. Κάτι που της προκάλεσε έντονο άγχος και ανησυχία.

Όταν άκουσε το πρώτο κλάμα του μωρού ένιωθε χαρά και ανακούφιση αλλά η ο πολύωρος τοκετός την κούρασε και την αποδυνάμωσε με αποτέλεσμα όταν η μαία έδωσε το νεογέννητο να θηλάσει, πίστευε ότι την ανάγκαζαν να το θηλάσει. Δεν αισθάνθηκε καμία αγάπη και κανένα δεσμό με το νεογνό.

Στο νοσοκομείο συνέχεια παραπονιόταν ότι δεν ήταν ο εαυτός της. Ένιωθε ότι επιπλέει, η ψυχή της δεν ήταν συνδεδεμένη με το σώμα της. Δεν μπορούσε να κοιμηθεί, σπάνια έτρωγε, όταν το νεογνό της κοιμόταν αντί να ξεκουράζεται, καθόταν και το κοιτούσε και αναρωτιόταν « Τι έχω κάνει;».

Ζήτησε να φύγει από το νοσοκομείο τρεις μέρες μετά το χειρουργείο γιατί ήξερε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά και ότι στο σπίτι θα ένιωθε πιο οικεία. Στο εξιτήριο, αρνήθηκε να καθίσει στο πίσω κάθισμα, δίπλα στο παιδί της. Μετανιώνει που δεν κατάλαβα τι συνέβαινε εκείνη την στιγμή. Στο σπίτι, έβρισκε δικαιολογίες για να αποφεύγει την

επαφή με το νεογέννητο. Πολλές φορές δε φρόντιζε τον εαυτό της. Ξεχνούσε να φάει, να κάνει μπάνιο.

Συχνά, είχαν επισκέψεις από τους γονείς του άντρα της και τους φίλους τους. Μερικές φορές απαντούσε απότομα στα ερωτήματα τους. Σε μια συζήτηση με την πεθερά της σχετικά με την μητρότητα, η κοπέλα άρχισε να νιώθει ένα σφίξιμο στο στήθος και δεν ήθελε να μιλάει άλλο για το νεογνό, μάλιστα ξέσπασε σε κλάματα. Η μητέρα του άντρα της προσπάθησε να την καθησυχάσει λέγοντας πως όλα θα πάνε καλά, είναι απλώς το άγχος και η ανησυχία της μητρότητας.

Η κυρία Ε.Χ άρχισε να αποκόβεται από τον περίγυρο της. Αρνούνταν να βγει έξω με τις φίλες της, να επισκεφτεί ή και να τηλεφωνήσει την οικογένεια της που βρισκόταν σε άλλη πόλη. Στο σπίτι, πολλές φορές ήταν απότομη και επιθετική προς τον άντρα της ο οποίος θεωρούσε ότι η στάση της ίσως να είναι από την κούραση και το άγχος της φροντίδας του νεογνού. Ο ίδιος, όσο ήταν στο σπίτι και δεν έλειπε στη δουλειά, προσπαθούσε να βρίσκεται εκεί και να την στηρίζει.

Η Ε.Χ προσπαθούσε να κρύψει πως αισθανόταν από τον άντρα της, περιγράφει ... «όταν ήταν εκεί, έκανα σαν να μην συμβαίνει τίποτα, ένιωθα σαν να φορούσα εκείνες τις θεατρικές μάσκες.. ένα ψεύτικο εαυτό, εκείνος φαινόταν ότι καταλάβαινε πως δεν είμαι καλά, αλλά μου έδινε χρόνο»

«... Ήταν αρκετές εκείνες οι φορές που ξυπνούσα και πονούσα, όχι σωματικά, ψυχικά. Κοιτούσα το κινητό, το μυαλό μου φώναζε να ζητήσω βοήθεια, αλλά το σώμα μου δεν με άκουγε»

Ένα βράδυ, ξύπνησε και ένιωσε μουδιασμένη. Δε μπορούσε να πάρει ανάσα. Ένιωθε τα δάκρυα να κυλάνε. Ο άντρας, γνωρίζοντας την συμπεριφορά της τον τελευταίο καιρό, αρχικά προσπάθησε να την ηρεμίσει και αμέσως κάλεσε τον οικογενειακό γιατρό. Ο γιατρός στην επίσκεψη, έκανε όλες τις ανάλογες εξετάσεις και με την λήψη του ιστορικού την ρώτησε αν γνωρίζει τι είναι η επιλόχειος κατάθλιψη.

Αφού τους ενημέρωσε σχετικά με την κατάθλιψη, την επόμενη μέρα πήγαν με τον άντρα της σε ψυχολόγος όπου έκανε το ανάλογο τεστ και διέγνωσε την Ε.Χ με επιλόχειο κατάθλιψη.

«Λίγους μήνες μετά, ένιωθε ότι πλέον αναπνέω καθαρό αέρα» είπε. Το σχέδιο φροντίδας πέτυχε τους στόχους τους. Τα συμπτώματα άρχισαν να υποχωρούν. Η Ε.Χ άρχισε να νιώθει την αγάπη και στοργή για το μωρό της. Βρήκε το χαμόγελό της ξανά.

Τρία χρόνια μετά έμεινε έγκυος στο δεύτερο παιδί της. Αυτή την φορά, και η ίδια και ο σύζυγος της επισκέφτηκαν ψυχολόγο για να ενημερωθούν σχετικά με την πρόληψη της κατάθλιψης της λοχείας. Η γέννηση του δεύτερου παιδιού τους κύλησε ομαλά. Η Ε.Χ λίγες εβδομάδες μετά άρχισε να νιώθει μία αδιαθεσία αλλά απευθείας το ανέφερε στον άντρα της και στη συνέχεια απευθύνθηκαν στον ειδικό.

«Αισθάνομαι ότι είναι τόσο σημαντικό για τους νέους γονείς να γνωρίζουν ότι μερικές φορές, η ζωή δεν είναι τόσο ρόδινη. Η συμβουλή μου σε όποιον βρίσκεται σε αυτή τη θέση, είναι να ζητήσει βοήθεια, να μην υποφέρει μόνος του, να απευθυνθεί σε ειδικό, να κάνει ό, τι πρέπει να κάνει για να το είναι ευκολότερο, επειδή δεν υπάρχει βραβείο γενναιότητας όταν προσπαθείς μόνος σου και υποφέρεις περισσότερο από ό, τι χρειάζεται»

8.4 ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σε συζήτηση με την κοπέλα και προσπαθώντας να αντλήσω περισσότερες πληροφορίες έμαθα πως η Ε.Χ λίγους μήνες πριν την εγκυμοσύνη της έχασε την γιαγιά της την οποία όπως αναφέρει την μεγάλωσε και την θεωρούσε μητέρα της κάτι που της προκάλεσε τρομερή θλίψη και είναι κάτι που το θρηνεί ακόμη και τώρα. Εκτός από αυτό, σχεδόν την ίδια χρονική περίοδο, ο πατέρας της νόσησε από πνευμονία. Ευτυχώς, δεν ήταν σοβαρή, αλλά η ψυχολογική της κατάσταση ήταν ήδη αδύναμη από τον χαμό της γιαγιάς της και αυτό το γεγονός της προκάλεσε έντονο άγχος και πολλές κακές σκέψεις.

Επιπλέον, είχε πει ότι έχασε την δουλειά της πριν την εγκυμοσύνη της που μας δίνει το συμπέρασμα ότι τρία σημαντικά γεγονότα επηρέασαν και επιβάρυναν σημαντικά την ψυχική της υγεία.

Τέλος, δεν βρέθηκε οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, ή ιστορικό προηγούμενης έκθεσης της κοπέλας σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

8.5 ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο ψυχολόγος της Ε.Χ παρουσίασε αρκετές επιλογές σχετικά με την θεραπεία. Μερικές από αυτές ήταν η ατομική ψυχοθεραπεία που ως στόχο έχει την σταδιακή βελτίωση των στοιχείων και συμπεριφορών που προκαλούν προβλήματα στο άτομο. Μέσω της διερεύνησης ο άνθρωπος φτάνει στο σημείο να καταλάβει τους λόγους που έχει φτάσει να έχει προβλήματα και στη συνέχεια να κατανοήσει τα συναισθήματα και να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα. Κύριος στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η προαγωγή

της ψυχικής υγείας (Kepsy.gr, 2021). Έπειτα, μια άλλη επιλογή που τέθηκε είναι η ομαδική ψυχοθεραπεία. Σε αυτή, το άτομο έχει την ευκαιρία μέσα σε μια ομάδα να εκφράσει τα συναισθήματά του και της σκέψεις του σε άτομα που βρίσκονται στην ίδια σελίδα με αυτό, αυτό προσφέρει μία ανακούφιση και μια δύναμη στα μέλη της ομάδας καθώς μέσω των εμπειριών το άτομο αισθάνεται ότι «δεν είναι μόνος». Τέλος, προτάθηκε η αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία κάτι που η Ε.Χ αρνήθηκε και προτίμησε να ξεκινήσει μόνο με ψυχοθεραπεία.

Η γιατρός, επιπλέον, πρότεινε στον άντρα της να παραμείνει στο σπίτι για όσο χρειαστεί καθώς η κοπέλα βρισκόταν σε κίνδυνο ανάπτυξης συμπεριφορών που μπορούν να την οδηγήσουν στο να βλάψει τον εαυτό της.

8.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή που μπορεί να αντιμετωπιστεί. Είναι αναγκαίο να ενημερώνουμε ένα νέο ζευγάρι εξ αρχής για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα και τα αίτια ώστε, σε περίπτωση επεισοδίου, να είναι σε θέση να το αντιληφθούν γρήγορα και μετέπειτα να αναζητήσουν βοήθεια. Εξίσου σημαντικό, είναι να προσφέρουμε όλες τις κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές που έχουν.

Η ενημέρωση, η γρήγορη διάγνωση και ένα σωστό και ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας είναι αυτά που θα οδηγήσουν στη προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Ο ασθενής θα είναι σε θέση να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, να αναπτύξει ξανά τις σχέσεις του, «να κοιτά την ζωή στα μάτια» με αισιοδοξία, ελπίδα, χαρά και δύναμη, παρά τα εμπόδια και τις δυσκολίες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abdollahi, F., Abhari, F.R. and Zarghami, M. (2017). Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. *Acta Medica Iranica*, [online] pp.109–114. Available at: <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5665> [Accessed 9 Dec. 2020].
2. Andersen, K.S.H., Holm, K.G., Nordentoft, M. and Hjorthøj, C. (2020). Association between neonatal homecare for preterm infants and incidence of severe postpartum depression in mothers. *Journal of Affective Disorders*. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720328068?via%3Dihub>.
3. Azhar, Y. and Din, A.U. (2020). Brexanolone. [online] PubMed. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31082098/> [Accessed 12 Dec. 2020].
4. Badr, H.A. and Zauszniewski, J.A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, [online] 4(2), pp.179–183. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216300448> [Accessed 8 Dec. 2020].
5. Balasundaram, P. and Avulakunta, I. darshini (2021). Bayley Scales Of Infant and Toddler Development. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567715/>.
6. Bei, B., Coo, S. and Trinder, J. (2015). Sleep and Mood During Pregnancy and the Postpartum Period. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), pp.25–33.
7. Black, A. (2012). Breastfeeding the Premature Infant and Nursing Implications. *Advances in Neonatal Care*, 12(1), pp.10–14.
8. Branquinho, M., Canavarro, M.C. and Fonseca, A. (2020). A Blended Cognitive–Behavioral Intervention for the Treatment of Postpartum Depression: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 17(22), p.8631. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8631> [Accessed 12 Dec. 2020].

9. Brummelte, S. and Galea, L.A.M. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, [online] 34(5), pp.766–776. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584609003030> [Accessed 25 Sep. 2019].
10. Brummelte, S. and Galea, L.A.M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, [online] 77, pp.153–166. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0018506X15300428> .
11. Chand, S.P. and Arif, H. (2020). Depression. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>.
12. Chand, S.P., Arif, H. and Kutlenios, R.M. (2021). Depression (Nursing). [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568733/>.
13. Cherry, K. (2020). The 4 Stages of Cognitive Development. [online] Verywell Mind. Available at: <https://www.verywellmind.com/piagets-stages-of-cognitive-development-2795457>.
14. Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. and Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12).
15. Dadi, A.F., Miller, E.R. and Mwanri, L. (2020). Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32698779/> [Accessed 12 Dec. 2020].
16. Daglar, G. and Nur, N. (2018). Level of Mother Bonding and Influencing Factors During Pregnancy and Postpartum Period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), pp.433–440. http://www.psychiatriadanubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_no4/dnb_vol30_no4_433.pdf [Accessed 8 Dec. 2020].
17. Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.

18. Duan, L., Gao, Y., Shao, X., Tian, C., Fu, C. and Zhu, G. (2020). Research on the Development of Theme Trends and Changes of Knowledge Structures of Drug Therapy Studies on Major Depressive Disorder Since the 21st Century: A Bibliometric Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, [online] 11. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367417/> [Accessed 4 Jul. 2021].
19. Dewit, S.C. (2009). *Fundamental concepts and skills for nursing*. St. Louis, Mo.: Saunders Elsevier.
20. Falana, S.D. and Carrington, J.M. (2019). Postpartum Depression. *Nursing Clinics of North America*, 54(4), pp.561–567.
21. Figueiredo, B., Dias, C.C., Brandão, S., Canário, C. and Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4), pp.332–338.
22. Friedman, S.H. and Resnick, P.J. (2009). Postpartum Depression: An Update. *Women's Health*, 5(3), pp.287–295.
23. Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A. and Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*, [online] 6, p.60. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/> [Accessed 9 Dec. 2020].
24. Griffin, J.B. (1990). *Depression*. 3rd ed. [online] PubMed. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250158/> [Accessed 29 Aug. 2021].
25. Gould, J.F., Hunt, E., Roberts, R.M., Louise, J., Collins, C.T. and Makrides, M. (2018). Can the Bayley Scales of Infant Development at 18 months predict child behaviour at 7 years? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(1), pp.74–81.
26. HealthyChildren.org. (2019). Dads Can Get Depression During and After Pregnancy, Too. [online] Available at: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Pages/Dads-Can-Get-Postpartum-Depression-Too.aspx>.
27. Hitchcock, G. & Hughes, D. (1989). «Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research», London, Routledge.

28. Horowitz, J.A. and Goodman, J.H. (2005). Identifying and Treating Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(2), pp.264–273.
29. Høifødt, R.S., Nordahl, D., Landsem, I.P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H.C., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K. and Wang, C.E.A. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, [online] 20(1). Available at: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2671362/Hoifodt.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 9 Dec. 2020].
30. Kepsy.gr. (2021). Ατομική Θεραπεία – Κέντρο Ψυχοθεραπείας Ατόμου και Οικογένειας. [online] Available at: <https://kepsy.gr/%ce%b8%ce%b5%cf%81%ce%b1%cf%80%ce%b5%ce%af%ce%b5%cf%82/%ce%b1%cf%84%ce%bf%ce%bc%ce%b9%ce%ba%ce%ae-%ce%b8%ce%b5%cf%81%ce%b1%cf%80%ce%b5%ce%af%ce%b1/> [Accessed 1 Oct. 2021].
31. Letourneau, N.L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., Este, D. and Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), pp.445–457.
32. Li, Q., Yang, S., Xie, M., Wu, X., Huang, L., Ruan, W. and Liu, Y. (2020). Impact of some social and clinical factors on the development of postpartum depression in Chinese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-02906-y> [Accessed 9 Dec. 2020].
33. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. and Cashion, K. 2013. Νοσηλευτική Μητρότητας. 8η Έκδοση ed. Translated by Α. Λυκερίδου. and Translated by Α. Δελτσίδου. Ιλίσια: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, pp.820–829.
34. Malhi, G.S. and Mann, J.J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), pp.2299–2312.
35. Mansourian, M., Ziapour, A., Kazemian, M., Damanabad, Z.H., Rastegarimehr, B., Mirzaei, A., Safari, O., Kalhori, R.P. and Arani, M.M. (2020). Assessment of

- educational performance of nurses in neonatal intensive care unit from parents' perspective. *Journal of Education and Health Promotion*, [online] 9. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7032028/> [Accessed 12 Dec. 2020].
36. Martínez-Borba, V., Suso-Ribera, C., Osma, J. and Andreu-Pejó, L. (2020). Predicting Postpartum Depressive Symptoms from Pregnancy Biopsychosocial Factors: A Longitudinal Investigation Using Structural Equation Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 17(22), p.8445. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8445> [Accessed 12 Dec. 2020].
 37. Mayoclinic.org. (2019). Symptoms and causes - Mayo Clinic. [online] Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007?p=1>.
 38. Mayoclinic.org. (2021). Symptoms and causes - Mayo Clinic. [online] Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617?p=1>.
 39. Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić Srb, A. and Degmečić, D. (2020). Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), p.2725. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2725/html> [Accessed 7 Dec. 2020].
 40. Moraes, G.P. de A., Lorenzo, L., Pontes, G.A.R., Montenegro, M.C. and Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(1), pp.54–61.
 41. Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women. (2015). *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(5), pp.687–689.
 42. Mughal, S., Azhar, Y. and Siddiqui, W. (2021). Postpartum Depression. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/#article-27543.s3> [Accessed 2 Sep. 2021].
 43. Murray, L. and Cooper, P.J. (1997). Editorial: Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, [online] 27(2), pp.253–260. Available at:

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/editorial-postpartum-depression-and-child-development/72924E44606B4AF0FCCB5D3953DB6DEC/core-reader> .

44. Necho, M., Belete, A. and Zenebe, Y. (2020). The association of intimate partner violence with postpartum depression in women during their first month period of giving delivery in health centers at Dessie town, 2019. *Annals of General Psychiatry*, [online] 19, p.59. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33042207/> [Accessed 9 Dec. 2020].
45. Nies, M.A. and McEwen, M. (2011). *Community/public health nursing*. St Louis: Elsevier Saunders.
46. Nih.gov. (2020). NIMH» Depression Basics. [online] Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>.
47. NIMH. «NIMH» Perinatal Depression. [online] Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression>.
48. Office on Women's Health (2018). Postpartum depression. [online] [womenshealth.gov](https://www.womenshealth.gov). Available at: <https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>.
49. O'Hara, M.W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), pp.1258–1269.
50. O'Hara, M.W. and McCabe, J.E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), pp.379–407.
51. Paladine, H.L., Blenning, C.E. and Yorgos Strangas (2019). Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *American Family Physician*, [online] 100(8), pp.485–491. Available at: <https://www.aafp.org/afp/2019/1015/p485.html> [Accessed 7 Dec. 2020]
52. Parker, G. and Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), pp.429–436.
53. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. and Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), pp.357–364.

54. psi-gr.tripod.com. (2021.). Κατάθλιψη, Επιλόχεια κατάθλιψη, Κατάθλιψη μετά τον τοκετό. [online] Available at: https://psi-gr.tripod.com/depression_epilox.html [Accessed 20 Sep. 2021].
55. Psych Congress Network. (2021). [online] Available at: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/pcn/saundras-corner/scales-screenerdepression/beck-depression-inventory-ii-bdi-ii> [Accessed 30 Aug. 2021].
56. Qiu, X., Zhang, S., Sun, X., Li, H. and Wang, D. (2020). Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, [online] 138, p.110259. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399920308217> [Accessed 9 Dec. 2020].
57. Rakel, R.E. (1999). Depression. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 26(2), pp.211–224.
58. Sasaki, N., Yasuma, N., Obikane, E., Narita, Z., Sekiya, J., Inagawa, T., Nakajima, A., Yamada, Y., Yamazaki, R., Matsunaga, A., Saito, T., Imamura, K., Watanabe, K., Kawakami, N. and Nishi, D. (2020). Psycho-educational interventions focused on maternal or infant sleep for pregnant women to prevent the onset of antenatal and postnatal depression: A systematic review. *Neuropsychopharmacology Reports*. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/npr2.12155>
59. Sayres, S. and Visentin, L. (2018). Breastfeeding. *Current Opinion in Pediatrics*, p.1.
60. Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S. and Beck, C.T. (2010). Nursing Care for Postpartum Depression, Part 1. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, [online] 35(4), pp.220–225. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898158/> [Accessed 9 Dec. 2020].
61. Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y. and Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, p.174550651984404. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035856/> [Accessed 7 Dec. 2020].

62. Smith, R.P. and Netter, F.H. (2018). Netter's obstetrics & gynecology. Philadelphia, Pa: Elsevier.
63. Sorg, M., Coddington, J., Ahmed, A. and Richards, E. (2019). Improving postpartum depression screening in pediatric primary care: A quality improvement project. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, pp.83–88.
64. Stewart, D.E. and Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New Eng-land Journal of Medicine*, 375(22), pp.2177–2186. Available at: <https://sci-hub.se/10.1056/NEJMcp1607649> [Accessed 7 Dec. 2020].
65. Stewart, D.E. and Vigod, S.N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), pp.183–196. Available at: <https://sci-hub.se/https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-med-041217-011106> [Accessed 7 Dec. 2020].
66. Tachibana, Y., Koizumi, N., Mikami, M., Shikada, K., Yamashita, S., Shimizu, M., Machida, K. and Ito, H. (2020). An integrated community mental healthcare program to reduce suicidal ideation and improve maternal mental health during the postnatal period: the findings from the Nagano trial. *BMC psychiatry*, [online] 20(1), p.389. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32727420/> [Accessed 12 Dec. 2020].
67. Tezel, A. and Gözüml, S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Education and Counseling*, [online] 63(1-2), pp.64–73. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16448799/> / [Accessed 8 Aug. 2021].
68. Upadhyay, R.P., Chowdhury, R., Aslyeh Salehi, Sarkar, K., Singh, S.K., Sinha, B., Pawar, A., Rajalakshmi, A.K. and Kumar, A. (2017). Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, [online] 95(10), pp.706-717C. Available at: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/10/17-192237/en/> [Accessed 7 Dec. 2020].
69. van der Zee-van den Berg, A.I., Boere-Boonekamp, M.M., Groothuis-Oudshoorn, C.G.M. and Reijneveld, S.A. (2019). The Edinburgh Postpartum Depression Scale: Stable structure but subscale of limited value to detect

- anxiety. PLoS ONE, [online] 14(9). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6733480/> [Accessed 7 Dec. 2020].
70. Van Lieshout, R.J., Layton, H., Feller, A., Ferro, M.A., Biscaro, A. and Bieling, P.J. (2019). Public health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study. *Public Health Nursing*, 37(1), pp.50–55.
 71. Weiss, M., Johnson, N.L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C. and Sherburne, E. (2008). Readiness for Discharge in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), pp.282–295.
 72. Weiss, M.E. and Lokken, L. (2009). Predictors and Outcomes of Postpartum Mothers' Perceptions of Readiness for Discharge after Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), pp.406–417.
 73. Wisner, K.L., Parry, B.L. and Piontek, C.M. (2002). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 347(3), pp.194–199.
 74. World Health Organization (2018). Mental health: Strengthening Our Response. [online] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
 75. World Health Organization (2019). Mental health. [online] www.who.int. Available at: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.
 76. Zauderer, C. (2009). Postpartum Depression: How Childbirth Educators Can Help Break the Silence. *Journal of Perinatal Education*, [online] 18(2), pp.23–31. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2684038/> [Accessed 7 Dec. 2019].
 77. Zhuang, C.-Y., Lin, S.-Y., Cheng, C.-J., Chen, X.-J., Shi, H.-L., Sun, H., Zhang, H.-Y. and Fu, M.-A. (2020). Home-based nursing for improvement of quality of life and depression in patients with postpartum depression. *World Journal of Clinical Cases*, [online] 8(20), pp.4785–4792. Available at: <https://www.wjnet.com/2307-8960/full/v8/i20/4785.htm> [Accessed 12 Dec. 2020].

78. Βιβιλάκη, Β., Γιαννακοπούλου, Μ., Γκοβίνα, Ο., Ζωγραφάκης-Σφακιανάκη, Μ., Θεοδοσοπούλου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Καμπά, Ε., Κανελλόπουλος, Α., Καυγά, Α., Καυκιά, Θ., Κοντέος, Γ., Κουρκούτα, Λ., Κριτσωτάκης, Γ., Κωνσταντινίδης, Θ., Λαβδανίτη, Μ., Λαχανά, Ε., Μαντζούκας, Σ., Μάργαρη, Ν., Μηνασίδου, Ε. and Μπακάλης, Ν. (2015). Εισαγωγή τη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.
79. Κωνσταντίνου, Γ., Σπυροπούλου, Α. and Ζέρβας, Ι. (2020). Ανοσοφλεγμονώδεις και αυτοάνοσοι μηχανισμοί στην επιλόχεια κατάθλιψη Ανασκόπηση Review. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, [online] 31(1), p.47. Available at: <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/31.1-GR-2020-47.pdf>
80. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α. (2012). ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.