



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιλόχεια Κατάθλιψη και Νοσηλευτικές Διεργασίες

της

Παρασκευής Μπακή

α.μ: 15106



Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα , Νοέμβρης του 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή	7
Στόχος και σκοπός εργασίας	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Επιλόχεια Κατάθλιψη	
1.1 Ορισμός	10
1.2 Ιστορική αναδρομή	11
1.3 Επιδημιολογία	11
1.4 Συμπτωματολογία και κλινική εικόνα	12
1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου.....	14
1.6 Διαγνωστικά κριτήρια	15
1.7 Πρόληψη	15
1.7.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	16
1.7.2 Πρόγραμμα στήριξης λεχωϊδων	16
1.8 Θεραπεία	17
1.8.1 Φαρμακευτική	18
1.8.2 Ψυχοθεραπευτική	20
1.8.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	21
1.8.4 Θεραπεία συμπαράστασης	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Λοχεία

2.1 Παθοφυσιολογία	23
2.2 Ψυχικές διαταραχές της λοχείας	25
2.3 Ενδοκρινολογικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της λοχείας	26

2.4 Γυμναστική και λοχεία	28
---------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Βιοψυχοκοινωνικά ζητήματα στην επιλόχεια κατάθλιψη

3.1 Θηλασμός και επιλόχεια κατάθλιψη	29
3.2 Διατροφή και επιλόχεια κατάθλιψη	30
3.3 Επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο παιδί	31
3.4 Πατρική επιλόχεια κατάθλιψη	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη

4.1 Νοσηλευτικές διεργασίες στην επιλόχειο κατάθλιψη.....	34
4.2 Νοσηλευτική εκτίμηση	35
4.3 Ανάλυση και νοσηλευτική διάγνωση	36
4.4 Νοσηλευτική παρέμβαση	36
4.5 Εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου	37
4.6 Νοσηλευτική αξιολόγηση αποτελεσμάτων	37

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ποιοτική Έρευνα

5.1 Μελέτη περίπτωσης επιλόχειας κατάθλιψης - ποιοτική έρευνα	39
5.2 Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης	40
5.3 Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος	40
5.4 Κλινική περίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συμπεράσματα	45
--------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Βιβλιογραφικές Αναφορές	46
-------------------------------	----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου σε όσους μου συμπαραστάθηκαν και συνέβαλαν στην εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας. Ειδικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τόσο τους γονείς και τις αδερφές μου, όσο και τις φίλες μου που ήταν στο πλευρό μου κατά την επεξεργασία της πτυχιακής μου εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Μαίρη Γκούβα, για τη συνεχή επίβλεψη της πτυχιακής μου εργασίας και για τις πολύτιμες συμβουλές της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση των μεταβολών στην ψυχολογία της γυναίκας που εμφανίζονται στην κατάθλιψη της λοχείας και την περιγραφή της εφαρμογής της στη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, στόχος της εργασίας, είναι να ευαισθητοποιήσει τις γυναίκες, ως προς τις δυσκολίες που εμφανίζονται κατά την περίοδο της λοχείας και τις επιπτώσεις στο παιδί. Τέλος, προσπαθεί να οριοθετήσει το ρόλο του νοσηλευτή και τους τρόπους θεραπείας και υποστήριξης απέναντι στις μητέρες και στα μωρά τους. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για την παρούσα εργασία, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Google Scholar, PubMed, esne και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου και στη βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το υλικό της μελέτης συγκεντρώθηκε από επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά τη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι έρευνες και οι μελέτες που διεξάγονται σχετικά με την Επιλόχεια Κατάθλιψη, κατά την διάρκεια της λοχείας, χρειάζεται να συνεχιστούν ώστε να προσδιοριστούν επακριβώς οι επιπτώσεις που δημιουργούνται, τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται συνεχώς ανά τα χρόνια της επαγγελματικής τους καριέρας, ώστε να αποτελούν υπόδειγμα συμπεριφοράς και φροντίδας απέναντι στις μητέρες. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η Επιλόχεια Κατάθλιψη ταλανίζει τόσο τη μητέρα όσο και το παιδί της. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι, ωστόσο όχι καλά εκπαιδευμένοι στην αντιμετώπιση της Επιλόχειας Κατάθλιψης. Προσπάθειες θεραπείας του προβλήματος γίνονται από τις νοσηλευτικές ομάδες και έχουν θετική επίδραση στη μητέρα. Οι νοσηλευτές μπορούν να συνδράμουν ώστε να παρέχεται ψυχολογική αλλά και γενικότερα στήριξη για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. **ΛΕΞΕΙΣ ΚΥΡΙΑΡΧΕΙΑΣ:** επιλόχεια κατάθλιψη, νοσηλευτικές διεργασίες στην επιλόχειο κατάθλιψη, ψυχολογία μετά τον τοκετό, επιλόχεια μελαγχολία, επιλόχειος κατάθλιψη ο ρόλος του νοσηλευτή, επιλόχειος κατάθλιψη και λειτουργίες ορμονών, πατρική επιλόχεια κατάθλιψη.

ABSTRACT

The present work was to investigate the changes in the psychology of women appearing on postpartum depression and the description of the implementation of the international scientific community. More specifically, the aim of the work is to sensitize women, as to the difficulties arising during the postpartum period and the impact on the child. Finally, attempts to define the role of the nurse and the ways of treatment and support towards mothers and their babies. **RESEARCH AND METHOD:** For this work, a review of the literature in electronic databases Google Scholar, PubMed, esne and the library of the Institute SEYP Epirus and Ioannina University library. The material of the study was selected by books and articles, published mainly in the last decade and the material was collected, following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies. Posted restriction regarding to the language of publication of books and articles, which used only the ones that were published in greek and english language. **RESULTS:** Surveys and studies conducted on Postpartum Depression, during childbirth, need to continue in order to disentangle the effects are created, both mother and infant. In addition, health professionals need to be informed and trained continuously over the years of their professional career, in order to form behavioral and care model towards mothers. **CONCLUSION:** The Postpartum Depression afflicts both the mother and her child. Health professionals are willing but not well trained in the treatment of postpartum depression. Attempts to remedy the problem made by nursing groups and have a positive effect on the mother. Nurses can help in order to provide psychological and general support for the treatment of postpartum depression. **KEY WORDS:** postpartum depression, nursing process in postpartum depression, psychology postpartum, baby blues, postpartum depression role of nurse, postpartum depression and hormone functions, paternal postpartum depression.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μια από τις συχνότερες αντιμετωπιζόμενες από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και από τους μαιευτήρες – γυναικολόγους ιατρούς καταθλιπτικές διαταραχές. Στην ιατρική βιβλιογραφία η Επιλόχεια Κατάθλιψη έχει αναφερθεί από το 1858, αλλά είχε αναγνωριστεί ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, το 400 π.Χ, ο οποίος υπέθεσε ότι οι καταθλίψεις μετά τον τοκετό οφειλόταν στη συλλογή αίματος στους μαστούς, στα δίδυμα και στα νόθα. Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που συμβαίνει, σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνών επιδημιολογικών ερευνών, στο 10 – 15 % των λεχωϊδων, με έναρξη τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Διαρκεί αρκετά συχνά για μήνες και απαιτεί ψυχολογική και φαρμακευτική παρέμβαση. Πολλοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την Επιλόχεια Κατάθλιψη, μεταξύ άλλων η κληρονομική επιβάρυνση, η ύπαρξη προηγούμενων επεισοδίων κατάθλιψης, ορμονικές μεταβολές, ύπαρξη ψυχοπαιστικών συνθηκών και γεγονότων, κοινωνικές παράμετροι, κλπ (Eby & Brown, 2010).

Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό – σωματικό γεγονός , αλλά μια πιο πολύπλοκη διαδικασία στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι έντονες ορμονικές αλλαγές πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό μπορούν να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και επιφέρουν επιλόχειο κατάθλιψη (Αντωνίου και συν., 2007). Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σοβαρή και επικίνδυνη νόσο τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί διότι η ασθενής δεν αντιλαμβάνεται την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και για τον λόγο αυτό δεν αναζητά ψυχική βοήθεια. Μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη διάγνωση της νόσου από έμπειρους επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλεύτες, μαίες, γυναικολόγοι και παιδίατροι που συναναστρέφονται με την μητέρα κατά τη περίοδο της λοχείας. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης κυμαίνεται περίπου 12-15%. Στην εγκυμοσύνη οι ψυχικές αυτές διαταραχές εμφανίζονται μετά τον τοκετό όπου ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα ορμονών αφού έχει ήδη προηγηθεί η εκτόξευσή τους (Αντωνίου και συν., 2007).

Έχει άλλωστε τεκμηριωθεί πως η εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα στην αρχή της ζωής του βρέφους επηρεάζει την ψυχολογική ανάπτυξή του, έχοντας ως αποτέλεσμα σημαντικά νοητικά ελλείμματα. Άλλες συνέπειες που έχουν περιγραφεί περιλαμβάνουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ατυχήματα, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και πολύ υψηλότερη συχνότητα εισαγωγών στο νοσοκομείο. Η μητέρα αντιμετωπίζει το ίδιο της το παιδί ως ξένο. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις το οικογενειακό περιβάλλον και ο σύζυγος βοηθά την μητέρα να βγει από αυτό το ψυχολογικό αδιέξοδο ενώ παράλληλα βοηθάει και ο θηλασμός. Η επιλόχεια κατάθλιψη απαιτεί την συγκέντρωση τρόπων βελτίωσης της ψυχολογίας των ασθενών (Μωραΐτου, 2004).

Γενικό συμπέρασμα όλων των μελετών που έχουν γίνει είναι ότι ο μηχανισμός που διαμεσολαβεί μεταξύ της Επιλόχειας Κατάθλιψης και των συνεπειών που αυτή έχει για τα παιδιά βρίσκεται στη δυσκολία επικοινωνίας μεταξύ μητέρας και του βρέφους. Προφανώς, μετά από όλα αυτά, καθίσταται η σημασία που έχει η πρόωμη διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπιση της Επιλόχειας Κατάθλιψης, τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος (Lowdermilk et al., 2013).

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βαθύτερη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος ούτως ώστε να αναδειχθεί ο ρόλος των νοσηλευτικών διεργασιών.

Η εργασία αποτελείται από τρία βασικά μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται η επιλόχεια κατάθλιψη, η συμπτωματολογία της και η θεραπευτική της αντιμετώπιση καθώς και οι διάφορες μεταβολές που συμβαίνουν στην περίοδο της λοχείας. Στο δεύτερο μέρος γίνεται λόγος για τις νοσηλευτικές διεργασίες στην επιλόχεια κατάθλιψη και τέλος αναφέρεται μια πραγματική κλινική περίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης και η ανάλυσή της.

ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στη συγκεκριμένη εργασία γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης ενός σύγχρονου φαινομένου που ταλανίζει χιλιάδες γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο, το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης. Γίνεται μια εκτενής παρουσίαση των αιτιών και αναλύονται διεξοδικά όλες οι επιδράσεις που ασκούνται στον οργανισμό, στο πνεύμα και την ψυχή της γυναίκας.

Στόχος της πτυχιακής εργασίας είναι να γνωστοποιήσει και να δώσει επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης, να διερευνηθούν οι τρόποι διάγνωσής της, η θεραπεία της, καθώς επίσης και οι διάφορες μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα και στην ψυχή της γυναίκας. Τέλος, να επισημανθεί ο ρόλος του νοσηλευτή ώστε να βελτιωθεί η νοητική κατάσταση της ασθενούς και να οδηγηθεί όσον το δυνατόν γρηγορότερα στις καθημερινές δραστηριότητες της.

Ωστόσο η παρούσα εργασία, έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των μεταβολών στην ψυχολογία της γυναίκας που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της λοχείας, καθώς και ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή τόσο στη διαβεβαίωση της κατάστασης αυτής όσο και στην αντιμετώπισή της .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και παραφωνία στη ζωή της γυναίκας. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό (Μωραΐτου και συν, 2011).

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό που κατ' άλλους κυμαίνεται από 10% μέχρι 20% των λεχωϊδων, αλλά κάποιοι ανεβάζουν το ποσοστό στο 40% και στο 53%. Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες. Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωΐδες παρουσιάζουν επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχωΐδες θα παρουσιάσουν ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη περίοδο λοχείας. Η μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης στην Ελλάδα ξεκίνησε από τη Δραγώνα (1989). Η αναγνώριση και εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σημαντική γιατί αποτελεί μια συχνή και σοβαρή νόσο που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι υποδιαγνώσκεται αφού η ασθενής συχνά δεν αναζητά ψυχολογική βοήθεια. Για αυτό, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι κ.α.) και η έγκυρη και αποτελεσματική θεραπεία της (Μωραΐτου και συν, 2011).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Με το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης ασχολήθηκε πριν από εκατοντάδες χρόνια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, ο οποίος περιέγραψε την περίπτωση μιας γυναίκας, που μετά τη γέννηση διδύμων έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα. Γι' αυτή τη μορφή της κατάθλιψης ο Ιπποκράτης έδινε μια κάπως ασαφή βιολογική ερμηνεία. Ισχυριζόταν πως επρόκειτο για επιπτώσεις από τα λόχεια, που δεν αποβλήθηκαν από τον οργανισμό, καθώς και από τη διοχέτευση του γάλατος προς τον εγκέφαλο, που συνοδευόταν με ξαφνική εισροή αίματος στο στήθος. Επίσης, στις περιγραφές των νοσοκομείων, τους προηγούμενους αιώνες, αναφέρεται ότι στις πτέρυγες για τις λεχωΐδες τα παράθυρα ήταν καλυμμένα με κάγκελα, ως μέτρο προφύλαξης (Μωραΐτου, 2004).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι πιθανότητες μια νέα μητέρα να εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη είναι πάρα πολλές. Έχει βρεθεί ότι μια στις δέκα λεχωΐδες εμφανίζει επιλόχεια κατάθλιψη χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Αν υπάρχει ψυχιατρικό ιστορικό κατάθλιψης τότε το ποσοστό ανέρχεται μία στις τέσσερις λεχωΐδες. Εάν έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη μετά από προηγούμενο τοκετό τότε μία στις δύο λεχωΐδες εμφανίζει αυτό το είδος κατάθλιψης. Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό, που κυμαίνεται από 10-20% των λεχωΐδων. Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ανησυχητικά υψηλά ποσοστά, που φθάνουν μέχρι και 40%. Για τις ενήλικες μητέρες, το ανώτερο ποσοστό ανέρχεται σε 26%. Για το 60% των γυναικών αυτών, το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι το πρώτο τους. Ο κίνδυνος είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες (Μωραΐτου, 2004).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με διαρκή προβλήματα ψυχικής υγείας και που καθίστανται έγκυες μπορούν συνήθως να αναγνωριστούν πριν την σύλληψη ή κατά τη διάρκεια της κύησης, και για αυτές τις γυναίκες απαιτείται μια ιδιαίτερη προσέγγιση. Ο κίνδυνος εμφάνισης ενός νέου επεισοδίου ψυχικής διαταραχής (συνήθως συναισθηματικής διαταραχής) μετά τον τοκετό είναι αυξημένος

σε σχέση με τον κίνδυνο για όλη την διάρκεια της ζωής της. Οι γυναίκες εμφανίζουν δεκαεξαπλάσιο κίνδυνο να εισαχθούν σε ψυχιατρική κλινική εξαιτίας επιλόχειου ψύχωσης, δεκαπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή, πενταπλάσιο κίνδυνο να εμφανίζουν μη ψυχωσική κατάθλιψη μετά τον τοκετό και να παραπεμφθούν σε ψυχίατρο (Μωραΐτου, 2004).

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως εγκαθίσταται 2-3 εβδομάδες έως μερικούς μήνες μετά τον τοκετό και, αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο χρόνια. Αρκετά συχνά έχει προηγηθεί επεισόδιο επιλόχειας ακεφιάς (postpartum blue). Κατά τη μελέτη των Kumar και Robson (1984), η περίοδος από τον 1^ο-3^ο μήνα μετά τον τοκετό φαίνεται να αποτελεί το χρονικό διάστημα όπου οι μητέρες είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλώσουν σημεία και συμπτώματα επιλόχεια κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες που ταλαιπωρούνται από επιλόχεια κατάθλιψη δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από τη διαταραχή. Ένα σημαντικό εμπόδιο στη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η δυσκολία των γυναικών να αξιολογήσουν τον εαυτό τους, ενώ συχνά δεν αναφέρουν τα συμπτώματα αν δεν ερωτηθούν (Μωραΐτου, 2004).

Οι μαιές και γυναικολόγοι – μαιευτήρες αλλά και όσοι περιβάλλουν τις έγκυες και λεχώνες οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι σε αυτά τα ζητήματα και να μπορούν να παραπέμψουν κατάλληλα τη νέα μητέρα σε κάποιον ειδικό όταν υπάρχει υπόνοια επιλόχειας κατάθλιψης (Χριστοδούλου και συν., 2000; Kent, 2008; Beck & Rush, 2003).

Τα συμπτώματα αυτής μπορεί να είναι έντονη θλίψη, άρνηση ενασχόλησης με το παιδί ή επιθετικότητα προς αυτό, διαταραχές διατροφής και απρόσμενες διακυμάνσεις βάρους, διαταραχές ύπνου, απώλεια ευχαρίστησης σε πράγματα που πρωτίτερα θα ευχαριστούσαν τη γυναίκα και ευσυγκινησία χωρίς προφανείς λόγους.

Μια σειρά συμπτωμάτων όπως τα παρακάτω, που διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται έως και 6 μήνες μετά τον τοκετό, βγάζουν τη διάγνωση (Χριστοδούλου και συν., 2000; Kent, 2008; Beck & Rush, 2003) :

- Κακή διάθεση , συχνά κλάματα και συναισθηματικές μεταπτώσεις.
- Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση (ανηδονία).
- Προβλήματα στον ύπνο.
- Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες .
- Μείωση ή απώλεια της όρεξης και άρα και του βάρους.
- Αισθήματα μειωμένης αυτοπεποίθησης και ικανότητας, αναξιότητας. Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις καθημερινές υποχρεώσεις της φροντίδας για το μωρό που μόλις γεννήθηκε ή και για τα υπόλοιπα παιδιά.
- Αισθήματα ενοχής.
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για το σεξ.
- Αισθήματα απόρριψης.
- Άγχος (ανησυχία ή και εκνευρισμός, θυμός).
- Σωματικά συμπτώματα άγχους, όπως συχνόι πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία, μούδιασμα ή ζαλάδα.
- Αυτοκαταστροφικές σκέψεις, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας .
- Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή τα άλλα παιδιά της. Η μητέρα μπορεί να ανησυχεί για την υγεία του μωρού και τη μελλοντική ανάπτυξή του. Μπορεί να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει βλάβη.
- Σκέψεις ότι το μωρό της μπορεί να είναι αμαρτωλό.
- Ψευδαισθήσεις : Η μητέρα μπορεί να ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν.

Στην περίπτωση αυτή, για να μειώσει το άγχος της , αποφεύγει να έχει επαφές με το μωρό της και παραμένει σε απόσταση, ζητώντας από τα άτομα του περιβάλλοντός της να ασχοληθούν με αυτό, για να τα κατηγορήσει στη συνέχεια ότι δεν κάνουν τίποτε σωστά. Η καταθλιπτική μητέρα δεν παίζει με το μωρό της, δεν απαντά στις ανάγκες του, παραμένει αδιάφορη γι αυτό και ορισμένες φορές είναι δυνατό να εκνευριστεί μαζί του και να το κακοποιήσει. Είναι αξιοσημείωτο ότι

συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται όχι μόνο σε βιολογικές μητέρες αλλά και σε αυτές που υιοθετούν ένα παιδί , όπως και στους άνδρες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό (επιλόχεια κατάθλιψη), είναι μια συχνή πάθηση με βαρύ αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια (Ιατράκη, 2009).

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όπως προαναφέρθηκε, η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες, πιθανοί παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιολογία της νόσου είναι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, γνωστικοί, καθώς και εκείνοι που συνδέονται με διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενδεχομένως συμμετέχουν στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται πως είναι πολλοί, τα συμπεράσματα όμως της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε, γιατί σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου η αιτιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει αινιγματικό (Μωραΐτου, 2004).

Κατά τον Inwood (1999), οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου είναι :

1. Το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και, ιδιαίτερα, τα προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής.
2. Η εγκυμοσύνη και ειδικά αν πρόκειται για την πρώτη εγκυμοσύνη, καθώς και η ύπαρξη αμφιθυμίας από πλευράς της εγκύου για τη διατήρησή της, όπως π.χ. σε περιπτώσεις εξώγαμης κύησης.
3. Η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και η έντονη εξάρτηση της λεχωΐδας από το σύζυγο ή τους γονείς της και η απογοήτευση από τον εαυτό της.
4. Η έλλειψη θερμών σχέσεων με τους γονείς και ιδιαίτερα με τον πατέρα.

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Για να γίνει διάγνωση της νόσου η λεχωίδα θα πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Καταθλιπτική διάθεση για μεγάλη χρονική διάρκεια
- Μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Απουσία ενδιαφέροντος για οτιδήποτε
- Αρνητικές σκέψεις
- Η λεχωίδα νιώθει τύψεις και ενοχές χωρίς λόγο (Smith, 2007).

1.7 ΠΡΟΛΗΨΗ

Σημαντική θεωρείται η έγκαιρη ανίχνευση και κατάλληλη αντιμετώπιση των γυναικών εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004). Για την μικρή μειοψηφία των γυναικών με ήδη γνωστούς παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα για εκείνες που είχαν προηγούμενο επεισόδιο διαταραχής στην λοχεία ή σοβαρή ψυχική διαταραχή, υπάρχει μια εντυπωσιακή ευκαιρία για πρόληψη και για παρεμβάσεις τόσο ψυχολογικές όσο και φαρμακολογικές. Η πρόληψη δεύτερης γραμμής είναι πλέον μια πραγματικότητα (μαζικός έλεγχος, πρώιμος εντοπισμός και άμεση θεραπεία) (Μωραΐτου, 2004).

Στην πρόληψη εμπλέκονται ορισμένες στρατηγικές :

- Συμβουλευτική προς γυναίκες με χρόνια σοβαρή ψυχική νόσο για την εγκυμοσύνη
- Μανιοκαταθλιπτική διαταραχή: σκεφτείτε την επανέναρξη της θεραπείας μετά τον τοκετό
- Χρόνια σχιζοφρένεια: συνεχίστε την φαρμακευτική αγωγή καθ' όλη την κύηση
- Προηγούμενο ιστορικό επιλόχειας ψύχωσης /σοβαρή κατάθλιψη μετά τον τοκετό : στενή παρακολούθηση κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό
- Σκεφτείτε την προφύλαξη μετά τον τοκετό
- Αξιολογείστε όλες τις γυναίκες κατά τον μεταγεννητικό έλεγχο των έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό για κατάθλιψη (Αντωνίου και συν., 2007).

1.7.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Στόχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πρόληψης είναι ο εντοπισμός των γυναικών υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, ο οποίος πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της κύησης ή, τουλάχιστον, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξαρτήτως βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθόλη τη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο να ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας και για την αναγκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Σημαντική, επίσης, είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας υψηλού κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Μωραΐτου, 2004) .

1.7.2 Πρόγραμμα στήριξης λεχωϊδων

Ο Richard και η Katherine Gordon (2004) μελέτησαν τρόπους πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης. Βρήκαν ότι ένας αριθμός σχετικών ομαδοποιημένων παραγόντων συνιστούν κύριους παράγοντες σύγκρουσης με το ρόλο της μητρότητας και της προσωπικής ανασφάλειας. Καθιέρωσαν έτσι ένα πρόγραμμα, στο οποίο οι

μέλλουσες μητέρες λαμβάνουν οδηγίες και συμβουλές για τα παρακάτω σημεία :

- Οι ευθύνες της μητρότητας μαθαίνονται, οπότε ενημερώσου
- Ζήτησε και πάρε βοήθεια από το σύζυγο, αξιόπιστους φίλους και συγγενείς
- Κάνε φίλους άλλα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν την ανατροφή παιδιών
- Μην υπερφορτώνεις τον εαυτό σου με ασήμαντες ασχολίες
- Μη μετακινείσαι αμέσως μετά τον ερχομό του μωρού
- Να ξεκουράζεσαι και να κοιμάσαι πολύ
- Φρόντισε εγκαίρως για τη φύλαξη του βρέφους
- Βρες έναν οικογενειακό γιατρό ή επισκέψου αυτόν που ήδη έχεις.

Γυναίκες που είχαν λάβει τέτοιες οδηγίες πριν από τον τοκετό, ήταν λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη ή να αποπροσανατολιστούν. Τα βρέφη τους ήταν ακόμη λιγότερο πιθανό να εκνευρίζονται εύκολα και να έχουν δυσκολίες στον ύπνο ή στη σίτιση έξι μήνες αργότερα (Μωραΐτου, 2004).

1.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης εξαρτάται από την μορφή και την σοβαρότητα της νόσου. Οι γυναίκες που βιώνουν την επιλόχειο κατάθλιψη χρειάζονται συνεχή υποστήριξη και παρακολούθηση κατά την διάρκεια της λοχείας από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Εάν τα συμπτώματα της κατάθλιψης δεν μειωθούν μέσα σε δύο εβδομάδες τότε απαιτείται η ανάλογη θεραπεία από τους ειδικούς (Μωραΐτου, 2004).

Η μορφή και η σοβαρότητα της διαταραχής είναι οι παράγοντες που θα καθορίσουν το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Ήπιες μορφές είναι δυνατό να θεραπευτούν μόνο με ψυχοθεραπεία. Οι σοβαρές μορφές ενδέχεται να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Συχνά, ο συνδυασμός των δύο μπορεί να αποδειχθεί περισσότερο αποτελεσματικός. Ενίοτε η νοσοκομειακή νοσηλεία καθίσταται αναπόφευκτη λόγω της βαρύτητας της κατάστασης, αλλά και της πιθανότητας αυτοκτονιών. Μάλιστα, εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, συχνά αποφασίζεται η ταυτόχρονη

νοσηλεία μητέρων και βρεφών σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές (Μωραΐτου, 2004).

Εάν η επιλόχεια κατάθλιψη μείνει αθεράπευτη, μπορεί να κάνει πολύ καιρό (περισσότερο από ένα χρόνο) να περάσει, ενώ υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επανέλθει η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, είτε στο κοντινό μέλλον, είτε και μετά από νέα εγκυμοσύνη. Γνωρίζουμε ότι τα νήπια από τον τρίτο μήνα της ηλικίας τους, είναι σε θέση να ανιχνεύσουν τη συναισθηματική ποιότητα που επιδεικνύεται από τις μητέρες τους και να τροποποιήσουν τις συναισθηματικές αποκρίσεις τους προς αυτήν. Οι γνωστικές δεξιότητες, η γλωσσική ανάπτυξη και η προσοχή, επηρεάζονται αρνητικά από τη μητρική κατάθλιψη. Αυτά τα συμπεράσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και της θεραπείας της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, ήδη πριν από τον τρίτο μήνα μετά τη γέννα (Χριστοπούλου και συν., 2000; Kent, 2008; Beck & Rush, 2003).

Πριν αρχίσει η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης, πρέπει να αποκλειστεί η αναιμία και η δυσλειτουργία του θυρεοειδή της μητέρας, που συχνά περιπλέκουν τη διάγνωση. Επίσης, στην περίπτωση που η γυναίκα έχει ιστορικό μανιοκατάθλιψης θα πρέπει μετά τον τοκετό να συνεχίσει την φαρμακευτική θεραπεία ενώ σε περίπτωση χρόνιας σχιζοφρένειας η ασθενής θα πρέπει να ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή σε όλη τη διάρκεια της κύησης (Campbell & Lees, 2009).

1.8.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χορήγηση φαρμάκων κατέχει σημαντική θέση στη θεραπεία και την εξάλειψη των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Συνήθως προτιμάται η χρήση των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) των αναστολέων επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (SNRIs) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, η πρόληψη των υποτροπών απαιτεί συνέχιση της επιτυχούς φαρμακολογικής θεραπείας για διάστημα έξι μηνών μετά την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι τα φάρμακα που προαναφέρθηκαν δεν είναι ελεύθερα παρενεργειών. Οι SSRIs μπορούν να προκαλέσουν άγχος, νευρικότητα, διέγερση, πονοκεφάλους και γαστρεντερικά προβλήματα, ανεπιθύμητες δράσεις που μπορούν να μετριάσουν με τη χορήγηση χαμηλής δόσης (0,5-1 mg) βενζοδιαζεπίνης.

Επιπρόσθετα, η φαρμακοθεραπεία αποτελεί πολύπλοκο ζήτημα για όσες μητέρες

θηλάζουν. Εάν θηλάζει η μητέρα, η φαρμακευτική ουσία που παίρνει η ίδια μέσω του θηλασμού μεταφέρεται στο νεογέννητο. Δεν είναι όμως σωστό το μωρό να εκτίθεται σε τέτοια αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Αν η μητέρα επιμένει να θηλάσει το μωρό της τότε η χορήγηση νορατριπτυλίνης ή δεσιπραμίνης είναι ασφαλέστερη και για τους δύο (Μωραΐτου, 2004).

Όταν δεν μπορεί να διακοπεί ο θηλασμός η χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική. Για παράδειγμα το λίθιο δεν θα πρέπει να χορηγείται σε θηλάζουσες μητέρες ενώ τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε πλήρη δοσολογία είναι ασφαλή κατά το θηλασμό διότι δεν εντοπίζονται στον ορό του βρέφους σημαντικές ποσότητες (Campbell & Lees, 2009).

Επίσης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χορηγούνται όταν υπάρχουν διατροφικά προβλήματα όπως για παράδειγμα ανορεξία ή μειωμένη ενεργητικότητα. Ενώ για την αντιμετώπιση της βουλιμίας της υπνηλίας και διάφορων ανησυχιών χορηγούνται αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (Smith, 2007).

Τα πιο κοινά φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστεί η επιλόχειος κατάθλιψη είναι τα αντικαταθλιπτικά και σε περιπτώσεις ψυχοκινητικής διέγερσης χρησιμοποιούνται οι βενζοδιαζεπίνες και τα νευροληπτικά (Lowdermilk et al., 2013).

Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η θεραπεία με προγεστερόνη ως μέτρο προφύλαξης. Αν η προγεστερόνη δοθεί αμέσως μετά τον τοκετό και συνεχιστεί η χορήγηση της για ένα μήνα τότε η κατάθλιψη μπορεί να αποφευχθεί. Εάν το πρόβλημα οφείλεται σε υψηλά επίπεδα προλακτίνης μετά το σταμάτημα του θηλασμού τότε μπορεί να χορηγηθεί στη μητέρα βρωμοκρυπτίνη. Αρκεί να αναφερθεί πως έχουν χορηγηθεί σε συνδυασμό οιστρογόνα και προγεστερόνη χωρίς όμως ιδιαίτερα πειστικά αποτελέσματα (Μωραΐτου, 2004).

Σε περιορισμένο αριθμό μελετών φάνηκε ότι, η σερτραλίνη, η φλουβοξαμίνη και η παροξετίνη δεν προκαλούν αρνητικές συνέπειες στα θηλάζοντα βρέφη. Αντιθέτως, η φλουοξετίνη έχει συσχετισθεί με διαταραχές του ύπνου, το κλάμα του μωρού, τα υδαρή κόπρανα και η σιταλοπράμη με διαταραχές του ύπνου. Ωστόσο, δεν έχει ξεκαθαριστεί, εάν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του βρέφους (Hiltunen, 2003).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η σωστή επιλογή του χορηγούμενου αντικαταθλιπτικού στην λεχώιδα που θηλάζει προϋποθέτει να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες : α) η προηγούμενη αντίδραση της γυναίκας στη λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής, β) ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής αντιδρά στις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, γ) τα

τυχόν επιπλέον φάρμακα που ήδη λαμβάνει και δ) οι ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες για τη μητέρα και το παιδί (Lowdermilk et al., 2013).

1.8.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία ως μέθοδο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνει τη γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, την υποστηρικτική συμβουλευτική και την ψυχοεκπαίδευση. Σύμφωνα με έρευνες, η συμμετοχή των λεχωϊδων σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα, ανεξάρτητα από το είδος της τεχνικής που χρησιμοποιείται, έχει ένα σαφές υποστηρικτικό αποτέλεσμα που σαφώς υπερτερεί της συνήθους φροντίδας (Cooper et al., 2003).

Οι παραπάνω θεραπείες παρέχονται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Συνήθως οι νέες μητέρες προτιμούν τις ατομικές ψυχολογικές παρεμβάσεις από τις φαρμακολογικές και τις ομαδικές θεραπείες (Cooper et al., 2003). Η ατομική ψυχοθεραπεία παρέχει στις νέες μητέρες τη δυνατότητα μιας εξατομικευμένης φροντίδας και μεγαλύτερη ευελιξία όσον αφορά στον προγραμματισμό. Επιπρόσθετα, πολλές λεχωϊδες προτιμούν αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης, αντί της φαρμακοθεραπείας, λόγω των κοινωνικών πιέσεων και του αισθήματος ενοχής ως προς τη λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό.

Από την άλλη πλευρά, η ομαδική θεραπεία, μέσω της αλληλεπίδρασης ενισχύει το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και προλαμβάνει αισθήματα κοινωνικού αποκλεισμού που πολλές νέες μητέρες βιώνουν μετά τον τοκετό. Παρά το δισταγμό των λεχωϊδων να συμμετέχουν σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες, αρκετοί ερευνητές έχουν αποδείξει τη χρησιμότητα τους στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης ανεξάρτητα από το είδος της τεχνικής που χρησιμοποιούν.

Σύμφωνα με την Kendall- Tackett, η γνωστική – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί μια ιδιαίτερα αποτελεσματική μορφή ψυχοθεραπείας. Πολλές κλινικές δοκιμές έχουν καταλήξει ότι η αποτελεσματικότητά της είναι το ίδιο ισχυρή με εκείνη της φαρμακοθεραπείας, ενώ τα αποτελέσματα που επιφέρει συνήθως είναι μεγαλύτερης διάρκειας και με λιγότερες πιθανότητες υποτροπής ή εγκατάλειψης σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία δεν θεραπεύει απλά την κατάθλιψη, αλλά προκαλεί μετρήσιμες αλλαγές στον εγκέφαλο, όπως τα αντικαταθλιπτικά, και δεν έχει επίδραση στη γαλουχία (Kendall- Tackett, 2009).

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αποτελεί μια περιορισμένου χρόνου θεραπεία, η οποία σχεδιάστηκε για ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη που δεν είχαν τη διπολική προδιάθεση,

ψυχώσεις ή προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια αποτελεσματική θεραπεία που εστιάζει σε σημαντικές αλλαγές και διαπροσωπικές προκλήσεις που οι γυναίκες βιώνουν την περίοδο μετά τον τοκετό. Στόχος της διαπροσωπικής θεραπείας στις περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης είναι η αποσαφήνιση των ρόλων ως γυναίκα, μητέρα και σύζυγος. Η μέθοδος της διαπροσωπικής θεραπείας είναι αποτελεσματική και σε ομαδικό επίπεδο, ενώ σύμφωνα με έρευνα, τα θετικά αποτελέσματα διατηρούνται για έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Kendall- Tackett, 2009).

Στις μέρες μας, οι περισσότερες εμπειρικές μελέτες αφορούν τη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία. Επίσης, είναι πιο εύκολη για τις μητέρες η πρόσβαση σε επαγγελματίες που παρέχουν αυτό τον τρόπο θεραπείας. Ωστόσο, η διαπροσωπική θεραπεία έχει πολλά να προσφέρει, τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Πιθανολογείται, μάλιστα, ότι μελλοντικά θα αντικαταστήσει την γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία και θα θεωρείται πρώτης γραμμής ψυχοθεραπεία (Kendall- Tackett, 2009).

1.8.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η απαντητικότητα του ασθενή είναι αυτές που θα καθορίσουν τη διάρκεια της θεραπείας. Συνήθως, χρειάζονται 6 συνεδρίες προκειμένου να παρατηρηθούν τα πρώτα εμφανή αποτελέσματα, όπως η αύξηση του επιπέδου δραστηριότητας, ο ικανοποιητικός ύπνος και η βελτίωση στη διατροφή, ενώ όσον αφορά τις παρενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, οι ασθενείς είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ναυτία και πονοκεφάλους. Τέλος παρατηρείται απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης, η οποία, όμως, αποκαθίσταται μετά από μερικές εβδομάδες (Hanley, 2009).

Η ποιοτική φροντίδα των καταθλιπτικών νέων μητέρων προβλέπει την εκπαίδευση

τους σχετικά με τη διαταραχή και θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν, καθώς και παρότρυνση σε συμπεριφορές που βελτιώνουν τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία (π.χ. περιορισμός ή πλήρης αποχή από το αλκοόλ και την καφεΐνη, σωματική άσκηση κ.λπ.). Όσον αφορά στην επιστροφή της νέας μητέρας στην εργασία της, οι συστάσεις των ειδικών οφείλουν να εξατομικεύονται, καθώς για κάποιες μητέρες η απουσία από την εργασία επιδρά θετικά στη μείωση του στρες και παρέχει τον απαιτούμενο χρόνο για την ύφεση της ψυχοπαθολογίας, ενώ άλλες γυναίκες απασχολούμενες αποκλειστικά με το βρέφος βιώνουν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Επίσης, το περιβάλλον της λεχωΐδας (ο σύζυγος και οι γονείς) πρέπει να ενημερώνονται για το πρόβλημα και να συμμετέχουν στο θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και στην πορεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Τέλος, ο γυναικολόγος της λεχωΐδας και ο παιδίατρος που παρακολουθεί το βρέφος είναι ωφέλιμο να εμπλέκονται στο θεραπευτικό σχεδιασμό και στις κλινικές αποφάσεις. Μια τέτοια προσέγγιση ως ομάδα είναι πιθανότερο να βελτιώνει την έκβαση και να παρέχει μεγαλύτερη υποστήριξη στη μητέρα, η οποία σε μια τέτοια περίοδο κρίσης ενδεχομένως δυσκολεύεται να λάβει αποφάσεις τόσο για τη δική της υγεία όσο και για την υγεία του βρέφους (Horowitz & Goodman, 2005).

1.8.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Παράλληλα με την ψυχιατρική υποστήριξη, πρέπει να εφαρμόζονται και οι παρακάτω οδηγίες συμπαράστασης

- Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να υποστηρίζουν τη λεχωΐδα.
- Η νοσηλεύτριά- της της πρέπει να διδάξει στην γυναίκα να φροντίζει τον εαυτό της.
- Η λεχωΐδα πρέπει να ξεκουράζεται όσο περισσότερο μπορεί.
- Να βρίσκεται με παρέα.
- Να αφιερώνει χρόνο στο σύζυγό της.
- Να περιοριείται τον εαυτό της καθημερινά.
- Να βγαίνει βόλτες με φίλες της.
- Να μην ανησυχεί για τις δουλειές του σπιτιού.
- Να μιλά με άλλες μητέρες για να ακούει και άλλες γνώμες, τα προβλήματα και τρόποι αντιμετώπισης. Οι πολύτιμες εμπειρίες τους, μπορεί να λειτουργήσουν θετικά (Χριστοπούλου και συν., 2000; Kent, 2008; Beck & Rush, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΛΟΧΕΙΑ

Η περίοδο της λοχείας είναι το μεσοδιάστημα μεταξύ του τοκετού και της επανόδου των οργάνων αναπαραγωγής στη φυσιολογική προ κύηση κατάσταση . Η περίοδος της λοχείας αναφέρεται συχνά και ως τέταρτο τρίμηνο της κύησης. Αν και παραδοσιακά η λοχεία διαρκεί 6 εβδομάδες, η διάρκεια αυτή διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Οι διακριτές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την περίοδο της λοχείας είναι φυσιολογικές.

Φυσιολογικές και ανατομικές μεταβολές κατά τη λοχεία περιλαμβάνουν:

- Μείωση της καρδιακής παροχής
- Μείωση της αναπνευστικής συχνότητας
- Επιστροφή των επιπέδων των ορμονών σε φυσιολογικό εύρος
- Συρρίκνωση της μήτρας , του τραχήλου και του κόλπου
- Γαλουχία (Βιβιλάλη,2016).

2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

- Σε ιδανικές συνθήκες, όσο γίνεται γρηγορότερα μετά τον τοκετό, πρέπει να γίνεται προσπάθεια θηλασμού, με τοποθέτηση του νεογνού για λίγα λεπτά σε κάθε μαστό.
- Σε φυσιολογικές συνθήκες, κατά τη λοχεία παρουσιάζεται προοδευτική ελάττωση της ποσότητας των λοχίων και προοδευτική παλινδρόμηση του μεγέθους της μήτρας.
- Αν διαπιστώνεται φυσιολογική παλινδρόμηση της μήτρας με φυσιολογική ποσότητα λοχίων η απλή καθημερινή παρακολούθηση είναι αρκετή χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Ιατράκη, 2009).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

- Υπερφόρτωση των μαστών κατά τη λοχεία προκαλείται κυρίως από την αμφοτερόπλευρη συμφόρηση του φλεβικού και λεμφικού δικτύου, που εμφανίζεται συνήθως 3-6 ημέρες μετά τον τοκετό.
- Μαστίτιδα είναι η φλεγμονή του παρεγχύματος του μαζικού αδένου που παρουσιάζεται συνήθως 1-3 εβδομάδες μετά τον τοκετό, συνήθως στον ένα μαστό, μετά από μόλυνση του κυρίως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο του νεογνού.
- Επιλόχειος λοίμωξη είναι η κατάσταση της λοχείας κατά την οποία διαπιστώνεται, μετά το πρώτο 24ωρο, θερμοκρασία πάνω από 38 °C, τουλάχιστον σε δύο μετρήσεις .
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα κατά τη λοχεία και ευθύνονται για ένα μεγάλο εύρος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στη διάρκεια της λοχείας (Ιατράκης και συν., 2010).

Τις επόμενες μέρες μετά τον τοκετό στον οργανισμό της γυναίκας παρουσιάζονται τα εξής :

1. Συσπάσεις της μήτρας και σταδιακή μείωση του όγκου της, έτσι ώστε να επανέλθει στις φυσιολογικές της διαστάσεις.
2. Διόγκωση και πόνος στους μαστούς – καταπονημένες θηλές.
3. Βλεννοαιματηρές εκκρίσεις, γνωστές και ως λόχεια, οι οποίες αλλάζουν χρώμα και ροή με την πάροδο του χρόνου.
4. Προβλήματα στις κενώσεις.
5. Απώλεια βάρους (Shapiro, 2001).

2.2 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Κατά την περίοδο της λοχείας εκτός από την επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζονται και κάποιες άλλες ψυχικές διαταραχές οι οποίες είναι η επιλόχεια ψύχωση και η επιλόχεια μελαγχολία (baby blues) (Αντωνίου και συν., 2007).

Κατάθλιψη της λοχείας με ψυχωσικά συμπτώματα (ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ)

Αν και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι σχετικά κοινή , λίγες μελέτες έχουν συστηματικά εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα, μη – φαρμακολογικών και φαρμακολογικών θεραπειών στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό πρέπει να αντιμετωπιστεί διαφορετικά από τη μη –μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Υπάρχει όμως, μια εμφανής τάση να κουράρουν γυναίκες με κατάθλιψη μετά τον τοκετό με λιγότερη πίεση χρόνου από τις μη – επιλόχειες ασθενείς, πράγμα που θέτει τη μητέρα και το βρέφος σε κίνδυνο. Με την απουσία συστηματικών στοιχείων, η κατάθλιψη που προκύπτει κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό, απαιτεί την ίδια ένταση αντιμετώπισης όπως η κατάθλιψη που συμβαίνει σε άλλες στιγμές. Όσο νωρίτερα ξεκινά η αντιμετώπιση, τόσο καλύτερη είναι πρόγνωση (Lowdermilk et al., 2013).

Η φυσιολογική πορεία έγκειται στη βαθμιαία βελτίωση μετά τους έξι μήνες από τον τοκετό. Η υποστηρικτική φροντίδα από μόνη της δεν είναι αποτελεσματική για τη μείζονα κατάθλιψη της λοχείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείται φαρμακολογική παρέμβαση. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών αγχολυτικών παραγόντων και τη θεραπεία με ηλεκτροσόκ. Η ψυχοθεραπεία εστιάζεται στους φόβους και τις ανησυχίες της μητέρας αναφορικά με τις νέες ευθύνες και τους ρόλους της, καθώς και στην παρακολούθηση για σκέψεις ανθρωποκτονίας και αυτοκτονίας. Για ορισμένες γυναίκες είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η ψύχωση της λοχείας θα εκδηλωθεί σε έδαφος σχετικού ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού και χαρακτηρίζεται από μελαγχολία, έντονο άγχος, συναισθήματα ενοχής, παραισθήσεις και τάσεις αυτοκτονίας. Ενώ είναι σχετικά σπάνια κατάσταση (1 :2000 τοκετούς), η πιθανότητα επανεμφάνισής της είναι 1 : 2. Γενικά, σε ασθενείς με εκδηλώσεις ψυχικής νόσου μετά τον τοκετό σε προηγούμενη κύηση, περίπου 25 % παρουσιάζουν υποτροπή μετά την επόμενη κύηση (Ιατράκης και συν ., 2010).

Κατάθλιψη της λοχείας χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα (Επιλόχεια μελαγχολία)

Καθώς η επιλόχεια μελαγχολία είναι συνήθως ήπια σε σοβαρότητα και λύνεται αυθόρμητα δεν ενδείκνυται συγκεκριμένη θεραπεία πέρα από την υποστήριξη και επιβεβαίωση. Αν και τα συμπτώματα μπορεί να είναι ενοχλητικά, συνήθως δεν επηρεάζουν την ικανότητα της μητέρας να λειτουργεί και να φροντίζει το βρέφος. Η ψυχιατρική συμβουλευτική γενικά δεν απαιτείται. Όμως, η ασθενής πρέπει να καθοδηγηθεί ώστε να επικοινωνεί με τον μαιευτήρα της ή το βασικό πάροχο φροντίδας αν τα συμπτώματα επιμείνουν πάνω από δύο εβδομάδες ώστε να εξασφαλιστεί η έγκαιρη αναγνώριση μιας πιο σοβαρής συναισθηματικής ασθένειας, ιδιαίτερα της επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει να παρακολουθούνται πιο στενά, καθώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σημαντική ασθένεια (Lowdermilk et al., 2013).

2.3 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας παρατηρείται έντονη μεταβολή στη έκκριση των ορμονών.

Μετά τον τοκετό οι δύο κύριες ορμόνες που διεγείρονται από το θηλασμό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. Η προλακτίνη δεσμεύεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και ενεργεί απ' ευθείας στους ιστούς – στόχους, χωρίς να διεγείρει άλλους αδένες και κατέχει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της αναπαραγωγής. Η κύρια λειτουργία της προλακτίνης μετά τον τοκετό είναι η παραγωγή γάλακτος από το στήθος. Όταν η προλακτίνη παρουσιάζεται σε μεγάλες ποσότητες αναστέλλει την ωοθυλακιόρρηξία και τον εμμηνορροσιακό κύκλο (Bergamaschi et al., 1992).

Η ωκυτοκίνη είναι μια ορμόνη που βρίσκεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Ο κύριος ρόλος της δεν έχει αποσαφηνιστεί με ακρίβεια, αλλά συμμετέχει ενεργά στην πρόκληση του τοκετού, την συστολή της μήτρας στο αρχικό της μέγεθος καθώς και στην έξοδο του γάλακτος από το στήθος.

Οι ορμονικές αλλαγές μετά την εγκυμοσύνη μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Δύο είναι οι κύριες ορμόνες που αυξάνονται, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Κατά το πρώτο 24-ωρο μετά τον τοκετό το ποσοστό αυτών των ορμονών μειώνεται γρήγορα στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδά τους. Οι επιστήμονες πιστεύουν πως αυτή η ορατή αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τις μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες οι οποίες μπορούν να έχουν

επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει η εμμηνορροϊκή περίοδος (Bergamaschi et al., 1992).

Μετά τον τοκετό μεταβολές παρατηρούνται και στα επίπεδα των ορμονών που εκκρίνονται από τον θυρεοειδή αδένα. Ο θυρεοειδής αδένας, είναι ο μεγαλύτερος ενδοκρινής αδένας του ανθρώπινου σώματος. Εντοπίζεται στην πρόσθια περιοχή του τραχήλου στο λαιμό, έχει βάρος περίπου 20 γραμμάρια και αποτελείται από 2 λοβούς (δεξιό και αριστερό), οι οποίοι συνδέονται μεταξύ τους με τον ισθμό. Τα επίπεδα των ορμονών του θυρεοειδή μπορούν να προκαλέσουν και αυτά με τη σειρά τους συμπτώματα κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, οξυθυμίας, δυσκολία συγκέντρωσης, κούρασης, προβλήματα ύπνου και αύξηση του σωματικού βάρους. Ο θυρεοειδής μπορεί να προκαλέσει επιλόχεια κατάθλιψη μετά τον τοκετό αλλά με μια εξέταση αίματος μπορεί να ρυθμιστούν τα επίπεδα έκκρισης των ορμονών , αποφεύγοντας έτσι το οδυνηρό αποτέλεσμα (Bergamaschi et al., 1992).

Μετά τον τοκετό η νέα μητέρα μπορεί να νιώσει θλίψη και στεναχώρια. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται μητρική μελαγχολία. Διαρκεί συνήθως δύο εβδομάδες, δεν είναι σε μια ψυχική νόσος αλλά πρόκειται για μια φυσιολογική αντίδραση του γυναικείου οργανισμού προέρχεται μετά τη γέννα (Kurstjens & Wolke, 2001).

Το ίδιο το μωρό καταλαβαίνει την ψυχική διάθεση της μητέρας του. Όταν η μητέρα πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές ανάγκες του μωρού της. Το μωρό νιώθει άγχος για αυτό που συμβαίνει στη μητέρα του, αισθάνεται απογοήτευση και μπορεί να μην αναπτυχθεί σωστά. Στις περισσότερες περιπτώσεις το μωρό δεν παίρνει βάρος και δεν αναπτύσσεται ψυχοκινητικά (δεν προσπαθεί να κρατήσει όρθιο το κεφάλι του, δεν χαμογελάει , δεν δείχνει ενδιαφέρον για το περιβάλλον γύρω του) (Kurstjens & Wolke, 2001).

2.4 ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ

Η γυμναστική είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της λοχείας. Όλα τα όργανα του σώματος της μητέρας, που μετακινήθηκαν, πιέστηκαν ή μεγάλωσαν, επανέρχονται στη σωστή τους θέση, στη θέση δηλαδή που είχαν πριν από την εγκυμοσύνη. Η λεχωίδα χρειάζεται να βοηθήσει το σώμα της σ' αυτή του την προσπάθεια και να ασκηθεί με μεγαλύτερη προσοχή. Οι ασκήσεις της εγκυμοσύνης, είναι πολύ καλές και για την περίοδο της λοχείας, διότι γυμνάζουν τους μυς που υπέστησαν την επιβάρυνση της εγκυμοσύνης. Αν τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό η λεχωίδα νιώθει πολύ κουρασμένη, μπορεί να προκαλέσει μόνο τις γενικές ασκήσεις. Μόλις νιώσει πιο δυνατή, προσθέτει στο πρόγραμμα και τις υπόλοιπες (Μωραΐτου, 2004).

Αν έχει κάποιον τραυματισμό λόγω του τοκετού και δυσκολεύεται να εκτελέσει ορισμένες ασκήσεις, μπορεί να τις αποφύγει για μερικές μέρες, μέχρις ότου νιώσει καλύτερα. Για να δυναμώσουν οι μύες της κοιλιάς, μπορεί σε ύπτια θέση να κάνει τις κινήσεις του ποδηλάτη για μερικά λεπτά και ψαλιδάκια με τα πόδια τεντωμένα, επίσης για λίγα λεπτά. Από τις αναπνευστικές ασκήσεις, η κοιλιακή αναπνοή και η πλήρης αναπνοή θα βοηθήσουν στην επάνοδο των κοιλιακών οργάνων στη θέση που είχαν πριν από την εγκυμοσύνη. Όλες οι ασκήσεις που έχουν περιγραφεί μπορούν να γίνονται εκτός εγκυμοσύνης και λοχείας, για την ενίσχυση των μυών. Όταν αποτελέσουν μέρος της καθημερινότητας και γίνουν ρουτίνα, τότε εκτελούνται πιο εύκολα και πιο γρήγορα και, ως αποτέλεσμα, δημιουργούν αίσθημα ευεξίας και καλής υγείας (Μωραΐτου, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε λεχωίδες 3 μήνες μετά τον τοκετό κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι μητέρες που δεν θήλαζαν τα παιδιά τους κατά το πρώτο τρίμηνο εμφάνιζαν 2-3 φορές πιο έντονα συμπτώματα κατάθλιψης από αυτές που θήλαζαν. Επίσης, η βιβλιογραφία δείχνει φανερά ότι ο θηλασμός παρέχει ένα ευρύ φάσμα από οφέλη για το παιδί και τη μητέρα. Ορισμένες μελέτες επισημαίνουν ότι η κατάθλιψη της εγκυμοσύνης είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην αποτυχία του θηλασμού.

Η υπόθεση που προτείνεται προς εξέταση είναι ότι ο θηλασμός προστατεύει από την επιλόχεια κατάθλιψη διατηρώντας ενδογενή ρετινοειδή (παράγωγα που σχετίζονται με τη βιταμίνη Α) κάτω από ένα όριο συγκέντρωσης. Στην πραγματικότητα, το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε ρετινοειδή. Στις έγκυες γυναίκες συσσωρεύονται στο ήπαρ ρετινοειδή και στο μαστό κατά την προετοιμασία της γαλουχίας. Υπάρχουν αυξανόμενα αποδεικτικά στοιχεία ότι τα ρετινοειδή σε υψηλότερη συγκέντρωση συνδέονται με γνωστικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας. Ο θηλασμός μπορεί έτσι να έχει εξελικτικά προσαρμοστικές λειτουργίες τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος, μεταφέροντας ζωτικής σημασίας θρεπτικές ουσίες σε ένα βρέφος που είναι ανίκανο να τραφεί, αλλά την ίδια στιγμή παρέχει ένα φυσικό μέσο για τη μείωση δυνητικά τοξικών συγκεντρώσεων των ρετινοειδών στη μητέρα (Mawson & Xueyuan, 2013).

Ο θηλασμός μπορεί να προωθήσει αρμονικές διαδικασίες που προστατεύουν τις μητέρες κατά της επιλόχειας κατάθλιψης, αποδυναμώνοντας την απάντηση καρτιζόλης στο στρες. Μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο της επιλόχειας κατάθλιψης, βοηθώντας τη ρύθμιση του ύπνου και της εγρήγορσης για τη μητέρα και το παιδί, τη βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας της μητέρας και την συναισθηματική εμπλοκή της με το παιδί, και να προαγάγει την καλύτερη αλληλεπίδραση μεταξύ μητέρας και του παιδιού (Figueiredo et al., 2013).

Ακόμη και μητέρες με ήπια συμπτώματα κατάθλιψης είχαν αυξημένο ρίσκο για αποτυχία στο θηλασμό. Επομένως οι μητέρες θα πρέπει να ελέγχονται έγκαιρα ως

προς την ψυχολογία τους και στο μαιευτήριο και αργότερα στο σπίτι, ώστε να διαπιστώνεται ο βαθμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων, να ανιχνεύονται εκείνες που δεν έχουν φτάσει να έχουν πραγματική επιλόχεια κατάθλιψη αλλά έχουν κάποια σχετικά συμπτώματα. Σε αυτές τις ομάδες γυναικών πρέπει να εστιάζουν ακόμα περισσότερο οι επαγγελματίες υγείας ώστε να τις υποστηρίξουν πιο αποτελεσματικά, γιατί αυτές οι γυναίκες συνιστούν ομάδες κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη (Gagliardi et al., 2010).

Ο θηλασμός ως θεραπεία: Η δράση των ορμονών οξυτοκίνης & προλακτίνης προσφέρει στις μητέρες με άμεσο και έμμεσο τρόπο: Αίσθημα ηρεμίας και χαλάρωσης, αύξηση της θετικής διάθεσης, μείωση του άγχους, ποιότητα ύπνου και ανάπτυξη της πρόσδεσης (σχέσης) με το παιδί. Συγκριτική μελέτη των Mezzacappa & Katkin (2002) στις θηλάζουσες έχουμε μείωση της αρνητικής διάθεσης. Στις μη θηλάζουσες έχουμε μείωση της θετικής διάθεσης. Θηλασμός είναι μια συμπεριφορά χαλάρωσης.

Οι πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό είναι μια κρίσιμη περίοδος για την μητέρα και το νεογέννητο. Οι γυναίκες μπορεί να παρουσιάσουν αποτυχία του θηλασμού και της επιλόχειας κατάθλιψης. Δεν είναι σαφές πόσο νωρίς οι εμπειρίες μιας γυναίκας για θηλασμό σχετίζεται με τη κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Υπολογίσαμε τη σχέση μεταξύ τις πρώτες εμπειρίες του θηλασμού και την επιλόχεια κατάθλιψη στους 2 μήνες. Όπως έδειξε η μελέτη των Watkins και συν. (2011) παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες με πρώιμη αρνητικές εμπειρίες θηλασμού είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν συμπτώματα κατάθλιψης στους 2 μήνες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες με δυσκολία στο θηλασμό θα πρέπει να ελέγχονται για συμπτώματα κατάθλιψης.

3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Επίσης, η επιλόχεια κατάθλιψη στη μητέρα σχετίζεται με χαμηλό σκορ Apgar σε βρέφη που γεννήθηκαν από αυτές τις μητέρες υπογραμμίζοντας τη σημασία της τόσο την ψυχική όσο και τη διατροφική κατάστασή της.

Ορισμένες διατροφικές ελλείψεις στη διατροφή μιας εγκύου, ή μιας λεχωϊδας μπορεί να προκαλέσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Διορθώνοντας αυτές τις ελλείψεις, η

επιλόχεια κατάθλιψη θα μπορούσε να προληφθεί σε κάποιες γυναίκες. Συγκεκριμένα παραδείγματα διατροφικών συμπληρωμάτων με σκοπό την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνουν: Ω-3 λιπαρά οξέα, σίδηρος, φυλλικό οξύ, κοβαλαμίνη, πυριδοξίνη, βιταμίνη D και ασβέστιο. Ο Miller και οι συνεργάτες του (2013) διαπίστωσαν ότι ακόμη δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το σελήνιο, το δοκοσαχεξανικό οξύ (DHA) ή το εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA) λειτουργούν προληπτικά στην επιλόχεια κατάθλιψη. Δεν υπάρχει σήμερα κανένα στοιχείο που να προτείνουμε οποιοδήποτε άλλο συμπλήρωμα διατροφής για την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης.

Μέσα από τη μελέτη των Markhus και συν. (2013) παρατηρήθηκε ότι η χαμηλή πρόσληψη των θαλασσινών κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την PPD. Τα θαλασσινά είναι μια μοναδική διατροφική πηγή Ω-3 λιπαρών οξέων και είναι ένα μέρος μιας υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής που είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε μια κοινότητα βασισμένη σε μια προοπτική ομάδα σε ένα δήμο στη Δυτική Νορβηγία, μελέτησαν τόσο τους διατροφικούς, όσο και τους ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου για την PPD. Οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας τη Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Σε αυτό τον πληθυσμό της μελέτης, ο χαμηλός δείκτης Ω-3 σε προχωρημένη εγκυμοσύνη συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης 3 μήνες μετά τον τοκετό.

3.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει τόσο αρνητικές επιπτώσεις στη μητέρα όσο και στο νεογνό. Σύμφωνα με μελέτες πιστεύεται πως η μη έγκαιρη αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης έχει διαφορετικές επιπτώσεις στα αγόρια και στα κορίτσια. Ενώ τα κορίτσια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά επιθετικότητας και υπερκινητικότητας τα δε αγόρια έχουν καθυστερημένη σωματική και γνωστική ανάπτυξη. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα αγόρια είναι

ευάλωτα στις επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης (Kurstjens & Wolke, 2001). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα αγόρια που μεγαλώνουν με μια καταθλιπτική μητέρα εμφανίζουν μειωμένη αποδοτικότητα στις σχολικές επιδόσεις. Με την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης τα παραπάνω προβλήματα μπορούν να εξαλειφθούν (Murray & Cooper, 2004). Τα δυνητικά προβλήματα που εμφανίζονται στα βρέφη πιθανόν να εμφανιστούν στους τέσσερις πρώτους μήνες της ζωής τους και δεν διαρκούν περισσότερο. Παρόλα , αυτά φαίνεται ότι η επιλόχεια κατάθλιψη επιδρά στο παιδί, διότι έρευνες που έγιναν σε λεχωίδες σε υποανάπτυκτες χώρες έδειξαν ότι τα τέκνα των μητέρων που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη είναι λιποβαρή σε σύγκριση με αυτών των μητέρων που δεν πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει διότι η ίδια η μητέρα νιώθει κούραση, δυσκολία συγκέντρωσης, απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες με συνέπειες να μην έχει την διάθεση να θηλάσει το μωρό της (Patel et al., 2003).

3.4 ΠΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι γεγονός ότι τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται όχι μόνο σε βιολογικές μητέρες αλλά και σε αυτές που υιοθετούν ένα παιδί, όπως και στους άνδρες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποίησε η Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association), το 10% των ανδρών ανησυχούν πριν και κυρίως μετά τη γέννηση του παιδιού τους (Condon et al., 2004).

Τα διαφοροποιητικά σε σύγκριση με τις γυναίκες συμπτώματα περιλαμβάνουν κυνισμό, ζεσπάσματα θυμού, αυξημένες συγκρούσεις με την σύντροφο, μειωμένα θετικά συναισθήματα για την σύντροφο, μειωμένες σεξουαλικές σχέσεις, αυξημένη εχθρότητα και συχνά άσκηση βίας προς τη σύντροφο ή ακόμη καταχρήσεις (αλκοόλ/ναρκωτικά).

Οι περισσότεροι πατεράδες δεν παραδέχονται ότι εμφανίζουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα και προσπαθούν να αφιερώσουν όσο περισσότερο χρόνο στο να παρέχουν στην οικογένειά τους ότι χρειαστούν. Είναι σημαντικό οι μελλοντικοί μπαμπάδες να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε σεμινάρια τοκετού και λοχείας, να ευαισθητοποιούνται ως προς τις αλλαγές που θα επέλθουν με τη γέννηση ενός

παιδιού, να βασίζονται σε προληπτικά προγράμματα ενημέρωσης των συζύγων για το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης στους άνδρες, στην ενδυνάμωση του συζύγου για την ανάκτηση του ελέγχου και την εκπλήρωση του πατρικού ρόλου (μέσα από ατομική ή ομαδική θεραπεία) (Condon et al., 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο ρόλος των σύγχρονων νοσηλευτών στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των εγκύων και των νέων μητέρων είναι σημαντικός . Οι ίδιοι και το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με εγκυμονούσες και νέες μητέρες οφείλουν να είναι ενημερωμένοι και εξοικειωμένοι με τις συναισθηματικές διαταραχές της κύησης και της λοχείας , ώστε να είναι σε θέση να διοργανώσουν την επιλόχεια κατάθλιψη.

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Απαραίτητη είναι η γνώση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχών διάθεσης κατά την επιλόχεια περίοδο όπως το άγχος που επισύρει η φροντίδα ενός παιδιού, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το άγχος πριν τον τοκετό, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο πρόωρος τοκετός και η πολυτοκία (Lowdermilk et al., 2013).

Ταυτόχρονα είναι μεγάλης σημασίας οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα όλου του εύρους των διαταραχών διάθεσης που εμφανίζονται στη λοχεία, από την επιλόχεια μελαγχολία έως την επικίνδυνη επιλόχεια ψύχωση. Πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις μεθόδους διαλογής και εξέτασης για τον εντοπισμό των γυναικών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και με τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν (Shapiro, 2001).

Παράλληλα, οι νοσηλευτές, όντες κοντά στις ασθενείς και αναπτύσσοντας με αυτές μια στενή σχέση , είναι οι πρώτοι ίσως από τους επαγγελματίες υγείας επιφορτισμένοι για την παροχή πληροφοριών και έγκυρων πηγών ενημέρωσης στις λεχωίδες και τις οικογένειές τους σχετικά με τη νόσο. Οι νέες μητέρες , πρέπει να συνειδητοποιήσουν και στο σημείο αυτό καλείται να βοηθήσει ο νοσηλευτής , ότι η ταύτιση της μητρότητας με την απόλυτη ευτυχία αποτελεί στην ουσία μύθο και να ενθαρρύνονται να εκφράζουν τυχόν αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τη γέννηση ενός παιδιού (Pappas et al., 1999).

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Όπως επιτάσσει η νοσηλευτική προσέγγιση σε όλες τις ασθένειες, έτσι και στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, το πρώτο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η νοσηλευτική εκτίμηση. Αρχικά θα πρέπει να γίνει η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού από το νοσηλευτή. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπ' όψιν του :

- Οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης, ιστορικό σχετικά με την εργασία και τη μόρφωση
- Τα στρεσογόνα γεγονότα που της προκαλούν την αγχώδη κατάσταση
- Προηγούμενη καταθλιπτική συμπεριφορά ή καταθλιπτικό επεισόδιο σε προηγούμενη γέννα
- Εκτίμηση της κατάθλιψης με ειδικά εργαλεία πχ. η Κλίμακα Κατάθλιψης της Λοχειάς του Εδιμβούργου (Ραγιά, 2001).

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής θα πρέπει να :

- Δείξει ενδιαφέρον προς την λεχωίδα και να την ακούσει προσεκτικά γιατί από μόνη της μπορεί να μην αναφέρει καν για την κατάθλιψη της.
- Παρατηρήσει για σημεία κατάθλιψης. Παρατηρούμε αν η ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον και προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.
- Συνομιλήσει με την ασθενή και να καταγράψει τα επίπεδα διάθεσης, της όρεξης, του ύπνου, της ενέργειας και κόπωσης και την ικανότητα συγκέντρωσης.
- Ρωτήσει την αν έχει αποπειραθεί ποτέ να κάνει κακό στον εαυτό της ή το μωρό της (Lowdermilk et al., 2013).
- Να εκτιμήσει το οικογενειακό υπόβαθρο υποστήριξης της μητέρας. Εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και πως αντιμετωπίζουν τη νέα μητέρα, τις γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα της λεχωίδας, καθώς και τα σημάδια υποτροπής της νόσου (Ραγιά, 2001).

4.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Καταγράφουμε όλα τα αισθήματά της κατά τη διάρκεια της ημέρας. Με αυτή τη διαδικασία ο νοσηλευτής κατανοεί καλύτερα το επίπεδο κινδύνου της κατάθλιψης και την επικινδυνότητα αυτοκτονίας της ασθενούς.
- Έπειτα εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση στη νέα μητέρα και επικεντρωνόμαστε στις ανησυχίες της. Πιο ειδικά :
 - ✚ Επικεντρωνόμαστε στο πόσο άγχος νιώθει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
 - ✚ Αντιμετωπίζουμε τη μη σωστή ανταπόκριση της οικογένειας στο πρόβλημα της επιλόχειας κατάστασης της νέας μητέρας.
 - ✚ Αξιολογούμε την ανταπόκριση της οικογένειας.
 - ✚ Αξιολογούμε την καταβολή δυνάμεων της ασθενούς, την έλλειψη ελπίδας για καθημερινά πράγματα.
 - ✚ Τέλος, αξιολογούμε την ελλειμματική γνώση, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, τη διαταραχή ύπνου, την κοινωνική απομόνωση του ατόμου, τις πνευματικές ανησυχίες καθώς και τον κίνδυνο άσκησης βίας στον ίδιο τον εαυτό της καθώς και στο μωρό της (Ραγιά, 2001).

4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- ✓ Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να καταλάβει την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας.
- ✓ Να εκπαιδεύσει τις γυναίκες και να τους διδάξει πως η μητρότητα είναι μια συνολική ευτυχία και οικογενειακή ολοκλήρωση.
- ✓ Να ενθαρρύνει τις γυναίκες να αναπτύξουν το διάλογο και να μοιραστούν τις ανησυχίες τους με τους νοσηλευτές.
- ✓ Να ενημερώσει τη θηλάζουσα μητέρα σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, να την παραπέμψει σε σύμβουλο θηλασμού για να ενημερωθεί για τη δράση των αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωτικών φαρμάκων.
- ✓ Να ασκείται καθημερινά έτσι ώστε να τονωθούν οι χαλαρωμένοι από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό μυς του περινέου.

- ✓ Να ενθαρρύνει την οικογένεια να απευθυνθεί στις υποστηρικτικές δομές της κοινότητας για την παροχή περισσότερων γνώσεων και υπηρεσιών.
- ✓ Να παραπέμψει την οικογένεια σε έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας ώστε να τους παραχθούν εξειδικευμένες πληροφορίες από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (Lowdermilk et al., 2013).
- ✓ Να επισκέπτεται συχνά τη γυναίκα στο σπίτι της και να διατηρεί συχνή τηλεφωνική επικοινωνία μαζί της.
- ✓ Να εκτιμήσει τη μητέρα αν έχει αυτοκτονικές τάσεις.
- ✓ Να ενημερώσει την οικογένεια της λεχωΐδας σχετικά με την κατάθλιψη της λοχείας και να αποκλείσει τυχόν λανθασμένες πληροφορίες (Καρπάθιος, 2001).

4.5 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

- ✓ Αποδεχόμαστε την ασθενή ως ολότητα , αποφεύγοντας οποιαδήποτε πράξη μας που μπορεί να μην φέρει σε δύσκολη θέση .
- ✓ Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγούμε στην ασθενή ακολουθώντας την ιατρική συμβουλή .
- ✓ Παρακολουθούμε την ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν .
- ✓ Προάγουμε τη σωστή διατροφή της ώστε να ανταπεξέλθει η γυναίκα στις απαιτήσεις του μωρού της και της καθημερινότητάς της
- ✓ Συμβάλλουμε στην πρόοδο του ύπνου της μητέρας δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες χαλάρωσης, βοηθώντας την ασθενή να αποβάλλει όλες τις αρνητικές σκέψεις .
- ✓ Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις της ασθενούς (Lowdermilk et al., 2013) .
- ✓ Διδάσκουμε την ασθενή σχετικά με τη χορήγηση της φαρμακευτικής της αγωγής και τον αυτοέλεγχο.

- ✓ Ενθαρρύνουμε την ασθενή να βάζει εφικτούς στόχους ώστε να τους πετυχαίνει και να αισθάνεται αίσθημα χαράς και ευεξίας.
- ✓ Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας της ασθενούς, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει (Shapiro, 2001).

4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα πάνω στη νοσηλευτική διεργασία .

- ✓ Ο νοσηλευτής ενημερώνεται συνέχεια από την ασθενή και την οικογένειά της για την πρόοδο της ψυχικής υγείας.
- ✓ Η ασθενής νιώθει ενέργεια κατά τη διάρκεια της ημέρας ενώ το τη νύχτα παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα ύπνου.
- ✓ Η ασθενής δεν έχει αυτοκτονικές τάσεις και χαίρεται κάθε στιγμή της ημέρας που περνά με το μωρό της και τους δικούς της ανθρώπους.
- ✓ Η ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος ενώ εμφανίζει καλή ψυχολογική διάθεση, φροντίζει το μωρό της, ασχολείται μαζί του, ενώ αφιερώνει χρόνο στον εαυτό της και στο σύζυγό της.
- ✓ Εκτιμά τη βελτίωση της διάθεσης της ασθενούς π.χ. αν φροντίζει τον εαυτό της αν προσέχει το μωρό της και περνάει χρόνο μαζί του, αν οι σχέσεις με το σύζυγό της είναι όπως πριν κ.α.
- ✓ Η ασθενής, ο σύζυγός της καθώς και η οικογένειά της έχουν γνώσεις σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, τη θεραπεία της, τη φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα που μπορούν να εμφανιστούν σε μια επερχόμενη ψυχολογική κρίση (Lowdermilk et al., 2013).

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ποιοτική Έρευνα

5.1 ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ - ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

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 ερευνηθεί¹.

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στη Μαιευτική Κλινική έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην σπάνια αυτή περίπτωση των γυναικών που αισθάνονται αυτή τη δυσαρέσκεια τη στιγμή που θα έπρεπε να αισθάνονται χαρά και μόνο χαρά. 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 επιλόχεια 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.

¹ Hitchcock, G. & Hughes, D. (1989). «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*», London, Routledge.

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγραφούν τα συναισθήματα αλλά και η << ιστορία >> μιας επιλόχειας κατάθλιψης με τα λόγια μιας γυναίκας που διαγνώστηκε με επιλόχεια κατάθλιψη.

5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στην ιστορία της κ. Σοφία αλλά και στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες της φοιτήτριας απέναντι στα θέματα της επιλόχειας κατάθλιψης. 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)².

5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ήρθα αντιμέτωπη με ένα περιστατικό το οποίο θα μείνει για πολύ καιρό, αν όχι για πάντα χαραγμένο βαθειά στη μνήμη μου. Κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης υποχρεούται ο κάθε φοιτητής που συμμετέχει σε αυτή, να επισκεφθεί όσο πιο πολλά τμήματα είναι δυνατόν, έτσι ώστε να αποκτήσει μια σφαιρική άποψη για τη δομή και τη λειτουργία του νοσοκομείου. Είχα απασχοληθεί σε αρκετά τμήματα μέχρι εκείνη τη στιγμή χωρίς να αντιμετωπίσω κάποιο γεγονός που να μου προκαλέσει το ενδιαφέρον, όπως βίωσα στον τομέα της Ψυχιατρικής. Το συγκεκριμένο περιστατικό αφορούσε μια νεαρή κοπέλα η οποία έπασχε από επιλόχεια κατάθλιψη και νοσηλεύονταν στην Ψυχιατρική Κλινική του νοσοκομείου.

² Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.

Έχοντας λοιπόν ολοκληρώσει την παρουσία μου στην Παθολογική κλινική έπρεπε να παρουσιαστώ στον Ψυχιατρικό τομέα. Την πρώτη κιόλας μέρα επισκέφθηκα μερικά δωμάτια, σε ένα από τα οποία βρισκόταν μια νεαρή κοπέλα η οποία έμοιαζε ιδιαίτερα νευρική και τρομαγμένη. Αμέσως χωρίς δεύτερη σκέψη την πλησίασα για να καταλάβω τι είναι αυτό που την απασχολούσε και βρισκόταν σε αυτή την κακή ψυχολογική κατάσταση έτσι ώστε να μπορέσω να τη βοηθήσω. Την πλησίασα λοιπόν και της ζήτησα αν ήθελε να μου αποκαλύψει το όνομά της και την ρώτησα γιατί είναι τόσο λυπημένη. Η γυναίκα δεν ήταν μόνο τρομαγμένη αλλά ήταν και απόμακρη καθώς δεν επιθυμούσε να μοιραστεί μαζί μου αυτό που την απασχολούσε. Τότε προσπάθησα να τη μεταπείσω και να ανοίξει την καρδιά της σε εμένα λέγοντάς της ότι το κάθε πρόβλημα έχει τη δική του λύση. Τότε η κοπέλα έστρεψε το βλέμμα πάνω μου και μου είπε μόνο μια φράση « είμαι μόνη μου και φοβάμαι πολύ» και άρχισε να κλαίει σπαρακτικά. Τότε αμέσως την αγκάλιασα για να αισθανθεί άνετα και να μπορέσει να μου μιλήσει.

Μόλις ηρέμησε λίγο, μου είπε πως τη λένε Σοφία, ότι είναι 21 ετών και μόλις είχε γεννήσει ένα υγιέστατο κοριτσάκι. Πρόκειται για την πιο δύσκολη περίοδο της ζωής της διότι δεν είχε την ψυχολογική στήριξη που χρειαζόταν από τα κοντινά της άτομα. Συγκεκριμένα, οι γονείς της μόλις πληροφορήθηκαν την εγκυμοσύνη της κόρης τους, της γύρισαν την πλάτη γιατί δεν γνώριζαν πως η κόρη τους διατηρούσε ερωτική σχέση με ένα ηλικιακά μεγαλύτερο άνδρα από αυτή και επειδή θεώρησαν ότι ήταν πολύ νωρίς για να αποκτήσει ένα παιδί καθώς ακόμη δεν είχε ολοκληρώσει τις σπουδές της. Επιπροσθέτως, η νεαρή φοιτήτρια ήταν ιδιαίτερα τρομαγμένη στην ιδέα ότι θα βίωνε την επιλόχεια κατάθλιψη μια ψυχική ασθένεια με την οποία ήρθε αντιμέτωπη η μητέρα της όταν είχε φέρει στον κόσμο αυτήν.

Ειδικότερα, η μητέρα της, της είχε αναφέρει ότι είχε επισκεφθεί, εκείνο τον καιρό, επανειλημμένως τον ψυχολόγο με σκοπό να καταφέρει να ξεπεράσει τα ψυχολογικά προβλήματα που είχαν δημιουργηθεί σε αυτήν μετά την εγκυμοσύνη της. Όπως της είχε αναφέρει χαρακτηριστικά, η μητέρα της ταλαιπωρούνταν από νευρικές κρίσεις, έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, κακή διάθεση, συχνά κλάματα και συναισθηματικές μεταπτώσεις. Επίσης, αντιμετώπιζε αϋπνίες, μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια, ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας. Όλα αυτά την έκαναν να μισήσει όχι μόνο τον εαυτό της αλλά ακόμη και το παιδί της με αποτέλεσμα να έχει επιθετικές τάσεις απέναντί του, καθώς δεν ήθελε να το αντικρίσει. Όλα αυτά φόβιζαν την νεαρή κοπέλα πριν ακόμη μείνει έγκυος, καθώς απευχόταν να βιώσει μια κατάσταση ανάλογη με αυτή της μητέρας της. Δυστυχώς κάτι τέτοιο δεν συνέβη με αποτέλεσμα η κοπέλα να έρθει αντιμέτωπη με την ίδια ακριβώς εμπειρία που είχε ζήσει η μητέρα της.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η συνεχής παρουσία και φροντίδα από το σύζυγο της αποδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντική έως ένα βαθμό, καθώς δεν ήταν αρκετή για την επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων που είχαν δημιουργηθεί στην κοπέλα. Ο άνδρας της ήταν αρωγός στη δύσκολη περίοδο που περνούσε η Σοφία διότι όχι μόνο την βοηθούσε στην κάλυψη των καθημερινών αναγκών αλλά επίσης ήταν αυτός που αποτελούσε το στήριγμά της και στον ψυχολογικό τομέα καθώς ο ίδιος έδειχνε να συμμαρτίζεται τον πόνο και την ψυχική οδύνη της κοπέλας του. Η βοήθεια που της παρείχε ο άνδρας της σε όλα τα επίπεδα ήταν κάτι παραπάνω από σημαντική ωστόσο δεν κατάφερε να καλύψει απόλυτα το μεγάλο πόνο που είχε μέσα της. Δεν μπορούσε να μετριάσει τον φόβο καθώς το ενδεχόμενο να βιώσει την επιλόχεια κατάθλιψη που είχε στιγματίσει τη μητέρα της, της προκαλούσε τρόμο και θλίψη.

Όπως η ίδια ανέφερε χαρακτηριστικά τα πράγματα δεν εξελίχθησαν τόσο άσχημα από την αρχή γι αυτήν. Η ίδια παρόλο το γεγονός ότι δεν είχε τη βοήθεια των γονιών της και ειδικά της μητέρας της, προσπάθησε η ίδια, με διάφορους τρόπους και μεθόδους να δώσει θάρρος στον εαυτό της. Ήδη από τους τελευταίους κιόλας μήνες της εγκυμοσύνης της και μετά τη γέννα άρχισε να διαβάζει βιβλία σχετικά με τον τοκετό αλλά και με την επιλόχεια κατάθλιψη έτσι ώστε να είναι προετοιμασμένη αν χρειαστεί να αντιμετωπίσει το μεγάλο της φόβο, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα ήταν ενήμερη για το πότε και σε ποιους αρμόδιους θα πρέπει να απευθυνθεί. Επίσης, η χρήση του ιντερνέτ αποδείχθηκε πολύ χρήσιμη όσον αφορά τη συγκομιδή πληροφοριών σχετικά με την περίοδο του θηλασμού, που σχετίζεται άμεσα με την επιλόχεια κατάθλιψη. Ακόμη ο σύζυγός της προσπαθούσε να περνάει όσο πιο πολύ χρόνο γίνεται μαζί της επιστρατεύοντας διάφορα μέσα που θα την βοηθούσαν έτσι ώστε να την ενθαρρύνουν ψυχολογικά. Για παράδειγμα, παρακολουθούσαν ταινίες μαζί, αποδεικνύοντας πως ο σύζυγός της απολάμβανε να μοιράζεται το χρόνο του μαζί της.

Αυτή η περίοδος γρήγορα άλλαξε καθώς μετά το τέλος της δεύτερης κιόλας εβδομάδας αφού είχε γεννήσει τα πράγματα άλλαξαν ραγδαία προς το χειρότερο. Αρχικά, ξεκίνησε να απομονώνεται στο δωμάτιο της χωρίς να θέλει να δει κανέναν ούτε καν το σύζυγό της που ήταν το μοναδικό άτομο που έδειχνε να την καταλαβαίνει ως εκείνη τη στιγμή. Συχνά ξεσπούσε σε κλάματα προδίδοντας την κακή ψυχολογική της κατάσταση. Παρατηρούνταν ότι δεν είχε όρεξη ούτε για φαγητό ούτε για την προσωπική της φροντίδα, ενώ η αϋπνίες ήταν κάτι που την ταλαιπωρούσε το τελευταίο διάστημα. Επίσης, η νεαρή κοπέλα είχε έντονους πονοκεφάλους, πόνους στο στήθος και ταχυπαλμία που όλα αυτά δεν αποκλείεται να προέρχονταν από το άγχος που την είχε κυριεύσει. Τα νεύρα της ήταν ιδιαίτερα κλονισμένα και συχνά ξεσπούσε για ασήμαντους λόγους στον άνδρα της ακόμα και στο μωρό της, φτάνοντας στο σημείο να εύχεται να μην είχε φέρει στον κόσμο αυτό το παιδί.

Όλα αυτά οδήγησαν στο να επηρεάσουν αρνητικά το σύζυγό της με αποτέλεσμα να απομακρύνεται σιγά-σιγά και ο ίδιος από κοντά της. Ειδικότερα, η υπομονή του άνδρα της είχε εξαντληθεί και αυτό οδηγούσε συχνά σε καβγάδες. Η ψυχολογία της νεαρής κοπέλας χειροτέρευε καθώς όπως η ίδια πίστευε, η αγάπη και το ενδιαφέρον του συζύγου της είχε χαθεί. Τώρα πλέον αισθάνονταν πιο μόνη από ποτέ. Μετά από λίγο καιρό ενώ η διάθεσή της παρέμενε άσχημη συνέβη κάτι που της άλλαξε προσωρινά την κακή της ψυχολογία. Κάποια μέρα λοιπόν, οι γονείς της έχοντας καταλάβει το λάθος τους, την επισκέφθηκαν με σκοπό όχι μόνο να αποκαταστήσουν τη σχέση τους μαζί της αλλά και να γνωρίσουν καλύτερα το σύζυγο της κόρης τους. Οι γονείς της έδειχναν μετανιωμένοι, αλλά και ο σύζυγός της έδειχνε ιδιαίτερα χαρούμενος διότι η αποκατάσταση των σχέσεων των δύο πλευρών ήταν κάτι που ο ίδιος επιθυμούσε πολύ και έλειπε από τη ζωή του. Όλη αυτή η εξέλιξη έδωσε θάρρος στη νεαρή κοπέλα βελτιώνοντας την ψυχολογία της αλλά δυστυχώς, αυτό το συναίσθημα γρήγορα άλλαξε. Άρχισε πάλι να απομονώνεται και να ξεσπά σε λυγμούς. Η μητέρα της προσπάθησε να τη συμβουλέψει και να τη βοηθήσει αλλά όλες οι προσπάθειές της αποδείχθηκαν μάταιες. Όλα έδειχναν ότι θα έπρεπε να απευθυνθεί σε κάποιο ειδικό. Έτσι η Σοφία ύστερα από παρότρυνση των γονιών και του συζύγου της επισκέφτηκε την Ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλευρος . Αρχικά , θα έπρεπε να ακούσει προσεκτικά τι είναι αυτό που απασχολεί τη Σοφία, έτσι ώστε να μπορέσει να της προσφέρει την πολύτιμη βοήθεια του. Ειδικότερα, κρίνεται σκόπιμη η καταγραφή των επιπέδων διάθεσης της ασθενούς, να διαπιστωθεί πως αισθάνεται ψυχολογικά, καθώς και ποια είναι τα επίπεδα ύπνου. Θα έπρεπε να διαπιστώσει αν νιώθει κόπωση, αν έχει όρεξη για φαγητό και αν θέλει να αντικρίσει το παιδί της έτσι ώστε να συναχθούν συμπεράσματα για την υγεία της. Στη συνέχεια, αν διαπιστωθεί ότι τα συμπτώματα είναι ακραία και παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε κρίνεται σκόπιμο η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Σε αυτήν την περίπτωση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι υπεύθυνος για τη σωστή λήψη των φαρμάκων από τη Σοφία καθώς θα πρέπει να παρατηρεί την ασθενή αν λαμβάνει την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή ή όχι γιατί παρατηρείται συχνά ότι πολλά άτομα σε ανάλογες περιπτώσεις δεν επιθυμούν τη λήψη διάφορων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Επιπλέον, στην περίπτωση της Σοφίας, θα χρειαστεί νοσηλευτική παρέμβαση καθ όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο σπίτι καθώς η περίπτωση της χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Ένας άλλος ρόλος του νοσηλευτή είναι να της διδάξει τον αυτοέλεγχο και φροντίδα του εαυτού και του μωρού της, καθώς και να τη βοηθήσει να ενισχυθεί η κοινωνικότητά της. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να της προτείνει να συνομιλεί με φίλους, να βγαίνει έξω από το

σπίτι, να μοιράζεται χρόνο με το μωρό και το σύζυγό της και όχι να κλείνεται στον εαυτό της. Ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να συμβουλευτεί όχι μόνο την ασθενή αλλά επίσης και το οικογενειακό της περιβάλλον, έτσι ώστε να μπορέσουν να την στηρίξουν ψυχολογικά και να μοιραστούν μαζί της την ταλαιπωρία που βιώνει.

Συμπερασματικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακολουθεί μια σειρά από βήματα έτσι ώστε να μπορέσει να φανεί χρήσιμος απέναντι στην ασθενή. Αναλυτικότερα, θα πρέπει να παρακολουθεί και να καταγράφει τα επίπεδα άγχους της ασθενούς με το πέρασμα των ημερών αν δηλαδή αυτά αυξάνονται ή μειώνονται, να διαπιστώσει αν υπάρχει η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς και να επέμβει με νουθετήσεις και συμβουλές όταν αυτός κρίνει απαραίτητο. Επίσης, συμβουλές θα πρέπει να παρέχει και στην ίδια την ασθενή έτσι ώστε να την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τη φροντίδα του εαυτού και του μωρού της. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να πείσει την ασθενή πως όλη αυτή η κατάσταση που βιώνει θα διαρκέσει μόνο για μικρό χρονικό διάστημα και πως αν ακολουθήσει τις συμβουλές του θα επανέλθει πλήρως τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο σωματικό κομμάτι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή πάθηση με κύριο αντίκτυπο την γυναίκα αλλά και όλη την οικογένεια. Τα αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνονται να είναι αποτελέσματα συνδυασμού πολλών παραγόντων με κυριότερα τα :

- Ιστορικό με κατάθλιψη στην ίδια, ή επιλόχεια κατάθλιψη. Όσες μητέρες παρουσίασαν ήδη επιλόχεια κατάθλιψη, έχουν 50% πιθανότητα να την εμφανίσουν ξανά σε επόμενη γέννα.
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας συνεισφέρει με σοβαρό ποσοστό στα αίτια κατάθλιψης.
- Η αλλαγή των ορμονικών επιπέδων κατά την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο.
- Ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός της ζωής, όπως ένας θάνατος στην οικογένεια.
- Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας.

Η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει να είναι τόσο ψυχοθεραπευτική όσο και φαρμακευτική. Σημαντικό ρόλο σε όλη την προ και μεταγεννητική περίοδο κατέχει ο νοσηλευτής. Συγκεκριμένα οι κατ' οίκων επισκέψεις των νοσηλευτών στις λεχωίδες με σκοπό την εκπαίδευση και την παροχή συμβουλών στις γυναίκες έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν τα επίπεδα κατάθλιψης.

Εξ' αιτίας της πολυπλοκότητας του φαινομένου της επιλόχειας κατάθλιψης, εγείρονται μέσα από τη μελέτη τους πολλά ζητήματα. Ένα από αυτά, το οποίο αναδεικνύεται στη βιβλιογραφία της παρούσας μελέτης, είναι η ανεπάρκεια της εκπαίδευσης. Στο εξωτερικό οι νοσηλευτές, μετά από εξειδικευμένη εκπαίδευση, αντιμετωπίζουν και φέρνουν εις πέρας σοβαρά περιστατικά της νόσου. Ενώ στην Ελλάδα η μειωμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών πάνω στο θέμα της επιλόχειας κατάθλιψης φτάνει στο σημείο να μην μπορεί να αναγνωριστούν τα βασικά συμπτώματά της από τους επαγγελματίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Bergamaschi, V. et al, 1992. Υγεία – Οδηγός Υγιεινής. Αθήνα: Δομική.
2. Campbell, S., & Monga, A., 2009. *Μαιευτική & Γυναικολογία*. Τόμος 1. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
3. Eby, L. & Brown, N., 2010. *Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία*. 2^η Έκδοση. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Δ.Λαγός.
4. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Cashion, K., 2013. *Νοσηλευτική Μητρότητας* .8^η Έκδοση. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός.
5. Pappas, A.B., Hollingsworth, A.O. & Livingston, J.C., 1999. *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
6. Shapiro, P., 2001. *Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
7. Smith, R.P., 2002. *Μαιευτική Γυναικολογία*. 1^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
8. Αντωνίου, Ε. και συν, 2007. *Η γυναίκα και το Νεογνό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* . Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης .
9. Βιβιλάκη, Β., 2016. *Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα: Η μαία στην Π.Φ.Υ*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
10. Ιατράκη, Γ.Μ., 2009. *Γυναικολογίας – Μαιευτικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός .

11. Ιατράκης, Γ., Πεγλιβάνη, Φ., Αντωνίου, Ε. & Ροκοπάνου, Θ., 2010. *Παθολογία Κύησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός .
12. Καρπάθιος, Σ.Ε., 2001. *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*. 2^η Έκδοση. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
13. Μίκος, Θ., Διδασκάλου, Θ., Κελλαρτζής, Α., Διαμαντής, Γ. & Μπόντης, Ι., 2003. *Κατάθλιψη της λοχείας*. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 15(2), σελ.94-100.
14. Μωραΐτου, Μ., 2004. *Το βίωμα της Μητρότητας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
15. Μωραΐτου, Μ., Γαλανάκης, Μ., Σαλιώνη, Μ. & Χατζηθεοδώρου, Μ., 2011. Η Επίδραση της Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας στην Καταθλιπτική Συμπτωματολογία κατά τη Λοχεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 10(1), σελ.94-117.
16. Ραγιά, Α., 2001. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
17. Χριστοδούλου, Γ. & συν., 2000. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
18. Beck, AT. & Rush, AJ., 2000. Cognitive therapy of depression. Theory and practice. *The Clinical Psychologist*, New York: Guilford.
19. Condon, J.T., Boyce, P., & Corkindale, C.J., 2004. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
20. Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H., 2003. Controlled trial of the short – and long term effect of psychological treatment of post-partum depression. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412-419.

21. Figueiredo, B., Dias, C.C., Brandao, S. Canario, C., & Nurses – Costa, R., 2013. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Journal de Pediatria (Versao em Portugues)*, 89(4), 332-338.
22. Gagliardi, L., Petrozzi, A., & Rusconi, F., 2010. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. *Archives of disease in childhood*. Arch Dis Child 97, 355-357.
23. Hiltunen, P., 2003. Maternal postnatal depression: causes and consequences. *International journal of circumpolar health*, 62(3).
24. Horowitz, J.A., & Goodman, J.H., 2004. A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Research and theory for nursing practice*, 18(2-3), 149-163.
25. Horowitz, J.A., & Goodman, J.H., 2005. Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 264-273.
26. Kent, A., 2008. Psychiatric Disorders in Pregnancy. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. Published by Elsevier Inc.
27. Kendall-Tackett, K., 2009. Psychological trauma and physical health: a psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: theory, research, practice, and policy*, 1(1), 35.
28. Kurstjens, S., & Wolke, D., 2001. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(05), 623-636.
29. Markhus, M.W., Skotheim, S., Graff, I.E., Froyland, L., Brarud, H.C., Stormark, K.M., & Malde, M.K., 2013. Low omega -3 index in pregnancy

is a possible biological visit factor for postpartum depression. *Plos one*, 8(7), e67617.

30. Mawson, A.R., & Xueyuan, W., 2013. Breastfeeding, retinoids, and postpartum depression: A new theory. *Journal of effective disorders*, 150(3), 1129-1135.
31. Miller, B.J., Murray. L., Beckmann, M.M., Kent, T., & Macfarlane, B., 2013. Dietary supplements for preventing postnatal depression. *The Cochrane Library*, 27(10), 35-37.
32. Murray, L., & Cooper, P.J., 1996. The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 55-63.
33. Murray, L., Cooper, P.J., Wilson, A., & Romaniuk, H., 2003. Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 420-427.
34. Patel, V., DeSouza, N., & Rodrigues, M., 2003. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Archives of disease in childhood*, 88(1), 34-37.
35. Patel, V., Rodrigues, M., & Desouza, N., 2014. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India, *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
36. Watkins, S., Meltzer- Brody, S., Zolnoun, D., & Stuebe, A., 2011. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2, Part 1), 214-221.

