

2015

þÿ ÿ 1 ã · ¼ ± ½ ä 1 0 ì ä µ á ç 1 à ± á ¬ 3 ç ½ ä
þÿ ã ä ¼ 2 ¬ » ç å ½ ã ä · ½ µ ¼ æ ¬ ½ 1 ã ·
þÿ µ à 1 » ì ç µ 1 ± â 0 ± ä ¬ , » 1 è · â

Kamintzi, Aggela

þÿ á ì ³ á ± ¼ ¼ ± " · ¼ ì ã 1 ± â " 1 ç - 0 · ã · â , £ ç ç » ® ÿ 1 0 ç ½ ç ¼ 1 0 î ½ · à 1 ã ä · ¼ î ½ 0 ± 1 " 1 ç - 0 ·
þÿ ± ½ µ à 1 ã ä ® ¼ 1 ç · µ ¬ à ç » 1 â ¬ æ ç å

<http://hdl.handle.net/11728/6962>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ
ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

ΑΓΓΕΛΑ ΚΑΜΙΝΤΖΗ

ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2015



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ
ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Αγγέλα Καμιντζή

Αριθμός εγγραφής: 1123305771

Τομέας Δημόσιας Υγείας

Επιβλέπων: κ. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα

Αύγουστος 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επιλόχεια κατάθλιψη (ΕΚ) δεν είναι καινούργια ασθένεια, όμως τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά, οι συνέπειες και το κοινωνικό της κόστος αυξάνονται ανησυχητικά. Οι συνέπειες της ΕΚ επηρεάζουν τη γυναίκα που αναλαμβάνει το ρόλο της μητέρας, την ψυχική υγεία του νεογνού, του βρέφους, τη σχέση μητέρας παιδιού και της οικογένειας.

Σκοπός: Η διερεύνηση των σημαντικότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Υλικό και μέθοδος: το υλικό το αποτέλεσαν οι ερευνητικές μελέτες που εντοπίστηκαν στις βάσεις δεδομένων EMBASE, MEDLINE, CINAHL και PUBMED. Είχαν βρεθεί άρθρα σχετιζόμενα με το θέμα αλλά κατόπι επιλογής χρησιμοποιήθηκαν αυτά με κριτήριο να αναφέρονται ολόκληρα, γραμμένα στην αγγλική γλώσσα και με πληθυσμό λεχώνες γυναίκες.

Αποτελέσματα: Έχει τεκμηριωθεί ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σύνθετοι και ποικίλοι. Η αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τις ορμονικές μεταβολές φαίνεται πως καθορίζει την πιθανότητα νόσησης με ΕΚ.

Συμπεράσματα: ο προσδιορισμός των σημαντικότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΕΚ, αλλά και η διαφώτιση των γυναικών αλλά και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας είναι αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι νοσηλευτές ως μέρος του συστήματος φροντίδας του κοινωνικού συνόλου, μπορούν και πρέπει να βοηθήσουν στον σχεδιασμό προγραμμάτων, σε συνεργασία με την κοινότητα και τις οικογένειες, για την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας.

Λέξεις κλειδιά: επιλόχεια κατάθλιψη, λεχώνα, κατάθλιψη, παράγοντες κινδύνου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	2
1. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	3
1.1. Ορισμός ΕΚ	3
1.2. Ορισμός λοχείας	3
1.3. Θεωρητικό υπόβαθρο	4
2.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	10
3.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	16
4.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	19
5.ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	24
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	25

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες απευθύνονται:

Στην επιβλέποντα καθηγήτρια για την καθοδήγηση της στην εκπόνηση της εργασίας.

Στην οικογένειά μου για τη διαρκή υποστήριξη και κατανόηση κατά τις μακρές ώρες που με στερήθηκαν για τη διεξαγωγή και σύνταξη της μελέτης αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική και η σωματική φύση του γυναικείου φύλου, είναι προσαρμοσμένες για το σημαντικότερο γεγονός της ύπαρξής του, την τεκνοποίηση. Ωστόσο, η γέννα, αυτό το κορυφαίο ανθρώπινο γεγονός, είναι κοινώς αποδεκτό ότι μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε κάποιες γυναίκες. Αρκετές γυναίκες βιώνουν αισθήματα αναξιοότητας, στεναχώριας και έντονης λύπης, μετά από τη γέννηση του παιδιού τους. Για τις περισσότερες γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν από μόνα τους. Αλλά περίπου 10%-53% των γυναικών, αναπτύσσουν μια πιο σοβαρή μορφή συναισθηματικής διαταραχής που λέγεται επιλόχεια κατάθλιψη (ΕΚ) (Miller 2002, Wisner et al. 2002). Αυτά τα ποσοστά μπορεί να θεωρηθούν και συντηρητικά αν συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι η ΕΚ υποδιαγνώσκεται, αφού η ασθενής δεν αναζητά βοήθεια από ειδικούς επιστήμονες. Ο δε κίνδυνος εκδήλωσής της στις πρωτοτόκους είναι περίπου διπλάσιος (Harris et al. 1996).

Επίσης οι γυναίκες είναι εκτεθειμένες σε μεγαλύτερο αριθμό «γεγονότων κοινωνικού δικτύου», δηλαδή αρνητικών γεγονότων που συμβαίνουν σε άτομα με τα οποία συνδέονται στενά. Ο συνδυασμός των ατομικών αρνητικών γεγονότων με αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν στο κοινωνικό δίκτυο της γυναίκας και τη βιολογική ευαλωτότητα, αυξάνουν την συνολική συναισθηματική πίεση και οδηγούν σε μεγαλύτερη ψυχική αναστάτωση (Kessler 2003, Smith & Weissman 1992).

Οι συνέπειες της ΕΚ επηρεάζουν τη γυναίκα που αναλαμβάνει το ρόλο της μητέρας (Λαζαράτου 1998, Misri et al. 2000) αλλά, επιπρόσθετα, επηρεάζουν και την ψυχική υγεία του νεογνού (Field 1995, Murray 1992), του βρέφους (Nielsen et al. 2000, Σινανίδου 2000), τη σχέση μητέρας παιδιού (Κούτση 1992, Λαζαράτου 1998) και της οικογένειας (Περιστέρης & Μαρίνος 1990). Συνάμα η αναγκαιότητα για έλεγχο των λεχώνων για τον κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ προκύπτει και από τα αυξανόμενα στοιχεία που δείχνουν ότι αυτή η διαταραχή της διάθεσης έχει καταστροφικές επιπτώσεις όχι μόνο στις μητέρες αλλά και σε ολόκληρη την οικογένειά τους (Beck 1998).

Συνάμα ένα εντυπωσιακό χαρακτηριστικό της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ότι μπορεί να συγκαλυφθεί πολύ εύκολα (Spinelli 1998). Οι Ramsay et al. (1993) ανέφεραν ότι έως και το 50% των περιστατικών ΕΚ παραμένουν αδιάγνωστα. Η έγκαιρη αναγνώριση είναι

μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής της διάθεσης (Bagedahl-Strindlund & Borjesson, 1998). Οι MacLennan et al. (1996) ανέφεραν ότι μόνο το 49% των μητέρων που αισθάνθηκαν σοβαρή κατάθλιψη είχαν ζητήσει βοήθεια.

Κατά συνέπεια η αναγνώριση της ΕΚ από επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα αυτή την περίοδο (όπως οι νοσηλευτές/τριες, οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι) είναι εξαιρετικής σημασίας για τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Ο σκοπός της παρούσας κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης υπήρξε η διερεύνηση των σημαντικότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό το αποτέλεσαν οι ερευνητικές μελέτες που εντοπίστηκαν στις βάσεις δεδομένων EMBASE, MEDLINE, CINAHL και PUBMED. Είχαν βρεθεί 29 άρθρα σχετιζόμενα με το θέμα αλλά κατόπι επιλογής χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά με κριτήριο να αναφύονται ολόκληρα, γραμμένα στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα, να είναι της τελευταίας δεκαετίας και με πληθυσμό λεχόνες γυναίκες άνω των 18 ετών απ' όλο το κόσμο.

1. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

1.1. Ορισμός Επιλόχειας Κατάθλιψης

Η Επιλόχεια Κατάθλιψη είναι μια κρυφή ασθένεια και τα συμπτώματά της αρχίζουν κατά τις πρώτες 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η ΕΚ εκδηλώνεται στο 10-15% των νέων μητέρων, με έναρξη συνήθως τις πρώτες 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια από τις πολλές ψυχωτικές ανωμαλίες που είναι πιθανόν να εμφανίσουν κατά την επιλόχεια περίοδο οι λεχώνες γυναίκες. Ορίζεται ως «κατάθλιψη ή απώλεια ενδιαφέροντος ή απόλαυσης που διαρκεί για δύο εβδομάδες και αποτελεί γενικότερη μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου» (American Psychiatric Association 2000). Σύμφωνα με τους Bennett και Indman (2003) οι παράγοντες που παίζουν κάποιο ρόλο στη μεγαλύτερη επίπτωση της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες είναι οι γενετικοί και οι βιολογικοί. Στην περίπτωση της ΕΚ η αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τις ορμονικές μεταβολές φαίνεται πως καθορίζει την πιθανότητα νόσησης. Από τους ψυχοκοινωνικούς αυτούς παράγοντες, η δυσαρμονία στο γάμο, το ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο στήριξης και η κακή οικονομική κατάσταση σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο της επιλόχειας κατάθλιψης. Η ψυχολογία των γυναικών καταδεικνύει το ρόλο που παίζουν οι κοινωνικές σχέσεις στη συναισθηματική υγεία των γυναικών και την ανάγκη των γυναικών να διατηρούν την επαφή με τον στενό τους περίγυρο.

1.2. Ορισμός λοχείας

Η λοχεία είναι η περίοδος κατά την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει προοδευτικά, εντός ενός διαστήματος περίπου 6 εβδομάδες, στην κατάσταση που υπήρχε πριν από την εγκυμοσύνη. Η περίοδος που διανύει μια γυναίκα μετά τη γέννα – η λοχεία – είναι τόσο σημαντική όσο και κρίσιμη για τη θεμελίωση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας του βρέφους. Στη διάρκεια των εβδομάδων αυτών συντελούνται μια

σειρά από αλλαγές, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές, καθώς το σώμα της γυναίκας σταδιακά επιχειρεί να επανέλθει στην κατάσταση που βρισκόταν πριν από την εγκυμοσύνη. Τα κύρια χαρακτηριστικά της περιόδου αυτής είναι αφενός οι συσπάσεις της μήτρας, που σηματοδοτούν τη μείωση του μεγέθους της, και οι έντονες αλλαγές στην ψυχολογία της νέας μητέρας, καθώς τα επίπεδα των ορμονών αλλάζουν απότομα μετά τον τοκετό (Miller 2002, Wisner et al. 2002).

1.3. Θεωρητικό υπόβαθρο

Οι Μοραΐτου και Σταλίκας (2006) σε μελέτη τους στην Ελλάδα διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στην προγεννητική και στην επιλόχεια κατάθλιψη σε δείγμα 97 προτοτόκων γυναικών ηλικίας από 19-40 ετών. Οι ερευνητές για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο και για την καταγραφή της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory-BDI) μεταφρασμένο στα ελληνικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης βρέθηκε θετική συσχέτιση της προγεννητικής κατάθλιψης (ΠΚ) και της επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα η συσχέτιση της ΠΚ με την ΕΚ που εκδηλώνεται σε τρεις διαφορετικές περιόδους της λοχείας υπέδειξαν ότι η κατάθλιψη περί την 35^η εβδομάδα της κύησης σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση της ΕΚ στο δεύτερο μήνα μετά τον τοκετό. Επίσης η κατάθλιψη περί την 35^η εβδομάδα της κύησης μπορεί να προβλέψει σχεδόν το μισό ποσοστό της κατάθλιψης που εκδηλώνεται την εβδομάδα μετά τον τοκετό και σχεδόν το ένα τέταρτο του ποσοστού της κατάθλιψης που εκδηλώνεται έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Αναφέρεται ότι η κόπωση ως προδιαθετικός παράγοντας ΕΚ δεν μελετήθηκε ευρέως όμως οι Bozoky και Corwin (2002) σε μελέτη τους βρήκαν μια συσχέτιση. Οι ερευνητές σε μια διαχρονική μελέτη στην Πενσυλβάνια των Η.Π.Α. εξέτασαν αν και κατά πόσο και πότε η κόπωση σε λεχώνες συμβάλλει στην εκδήλωση ΕΚ, με δείγμα 38 υγιείς γυναίκες λεχώνες χρησιμοποιώντας ως εργαλείο μέτρησης την τροποποιημένη Modified Fatigue Symptom Checklist (MFSC). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ κόπωσης και ΕΚ, όπως μετρήθηκε με την MFSC και ότι η κόπωση προηγείται της ΕΚ.

Σε μια μελέτη κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την εκδήλωση ΕΚ μετά την πρώιμη περίοδο του τοκετού διαπιστώθηκαν και παράγοντες που σχετίζονται με την ΕΚ 6 μήνες ή περισσότερο μετά τον τοκετό (Goodman 2004). Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με ΕΚ από 6 μήνες έως 2 χρόνια μετά τον τοκετό σε περισσότερες από μία μελέτη ήταν το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (συμπεριλαμβανομένου του εισοδήματος και της επαγγελματικής κατάστασης), προβλήματα υγείας της λεχώνας, δυσκολίες στις σχέσεις με το στενό οικογενειακό περιβάλλον, η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρόωρου χρονικού διαστήματος μετά τον τοκετό, το άγχος της ζωής και η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η Beck (2002) σε μια μελέτη αναθεωρημένης απογραφής των παραγόντων της ΕΚ στη μετα-ανάλυση βρήκε δεκατρείς παράγοντες ΕΚ και αυτοί είναι η προγεννητική κατάθλιψη, το άγχος της φροντίδας του παιδιού, το άγχος της ζωής, η κοινωνική υποστήριξη, το προγεννητικό άγχος, η οικογενειακή ικανοποίηση, ιστορικό κατάθλιψης, το ταμπεραμέντο του βρέφους, μικρομεσαία μητρότητα και τέσσερεις καινούργιους, την αυτοεκτίμηση, την οικογενειακή κατάσταση, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και απρογραμμάτιστη/ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Επίσης αποδεικτικά στοιχεία που προκύπτουν σχετικά με τις μακροπρόθεσμες συνέπειες για τα παιδιά των μητέρων που εμφάνισαν επιλόχεια κατάθλιψη είναι ορατά από μια μετα-ανάλυση των εννέα μελετών που διενεργήθηκαν προκειμένου να προσδιοριστεί το μέγεθος της επίδρασης αυτής της διαταραχής της διάθεσης για τη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών ηλικίας άνω του 1 έτους αφού η ΕΚ είχε μια μικρή αλλά σημαντική αρνητική επίπτωση στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών (Beck 1998).

Η Βασδέκη (2008) σε εργασία της κατά την οποία είχε διερευνήσει τους παράγοντες εκείνους, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης και κατά πόσο η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση της λεχώνας, την αυτό-αποτελεσματικότητά της όσον αφορά στην απώλεια των κιλών που πήρε κατά την εγκυμοσύνη και τη σωματική κάθεξη της λεχώνας. Συμμετείχαν 108 λεχώνες, ηλικίας 20 έως 42 ετών (Μ.Ο.= 32.01, Τ.Α = 5.16 έτη). Συμπληρώθηκαν πέντε ερωτηματολόγια, μεταξύ δεύτερης έως πέμπτης μέρας μετά τον τοκετό: Κλίμακα

Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου, Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης, Ερωτηματολόγιο Σωματικής Κάθεξης, Ερωτηματολόγιο Αυτό-αποτελεσματικότητας, Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης. Οι αναλύσεις διακύμανσης στη μελέτη έδειξαν πως τις λιγότερες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης είχαν οι λεχώνες εκείνες που παρακολούθησαν τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, που γυμνάζονταν πριν την εγκυμοσύνη, που είχαν σημαντική υποστήριξη από τη μαία και το σύντροφό τους, που εργάζονταν και επρόκειτο να επιστρέψουν στην εργασία τους και αυτές που βίωσαν θετικά την όλη εμπειρία του τοκετού. Επίσης ικανοποίηση από τα διάφορα μέλη του σώματός τους και από τις λειτουργίες του οργανισμού τους φάνηκε να έχουν οι λεχώνες εκείνες που είχαν παρακολουθήσει τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, που είχαν τη συμπαράσταση από το σύντροφό τους και βίωσαν θετικά τον τοκετό.

Σε μια προοπτική διαχρονική μελέτη στο Ρότερνταμ της Ολλανδίας των Blom et al. (2010) εξετάστηκε αν οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Το δείγμα το αποτέλεσαν 4941 έγκυες γυναίκες που είχαν εγγραφεί σε μελέτη R γενιάς και μελετήθηκαν πληροφορίες για περιγεννητικές επιπλοκές οι οποίες αποκτήθηκαν από τα μητρώα των μαιών και του νοσοκομείου ή με ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα για τον υπολογισμό του κινδύνου της ΕΚ και των περιγεννητικών επιπλοκών αναλύθηκαν με τη λογαριθμική παλινδρόμηση και η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο των κοινωνικών επιστημών v15.0 για Windows (SPSS). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αρκετές περιγεννητικές επιπλοκές ήταν στατιστικά σημαντικές με την ΕΚ και συγκεκριμένα: η προεκλαμψία, η νοσηλεία σε νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η έκτακτη ανάγκη καισαρικής τομής, η υποψία δυσχέρειας του εμβρύου καθώς και η εισαγωγή σε νοσοκομείο του μωρού. Όμως η απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη και η θρόμβωση δεν συνδέθηκαν με την επιλόχεια κατάθλιψη μετά τη διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες, όπως είναι τα προϋπάρχοντα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Ο κίνδυνος ΕΚ βρέθηκε να αυξάνεται σημαντικά σχετικά με τον αριθμό των περιγεννητικών επιπλοκών και φάνηκε ότι αρκετές επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού παρουσιάζουν κίνδυνο για την ψυχική υγεία των γυναικών την περίοδο μετά τον τοκετό.

Επιπρόσθετα οι Orro et al. (2009) σε μελέτη στην Ιταλία διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ΕΚ και χρησιμοποιήθηκε μία προοπτική σχεδιασμού ομάδα για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας εξέτασης για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης των γυναικών στην κοινωνία, με εργαλείο ανίχνευσης της ΕΚ το PDPI-R. Το δείγμα το αποτέλεσαν 600 έγκυες γυναίκες άνω των δεκαοχτώ ετών με μέσο όρο ηλικίας 32,3. Οι γυναίκες αξιολογήθηκαν σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές, κατά τον 3^ο και τον 8^ο μήνα της εγκυμοσύνης και κατά τον 1^ο μήνα μετά τον τοκετό, χρησιμοποιώντας Δομημένη Κλινική Συνέντευξη DSM-IV και συμπληρώνοντας το PDPI-R. Η προγεννητική έκδοση του PDPI-R χορηγήθηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και είχε προβλεφθεί με ακρίβεια το 78,2% της ΕΚ και η πλήρης έκδοση χορηγήθηκε στο 1^ο μήνα μετά τον τοκετό και είχε προβλεφθεί το 83,4% της ΕΚ. Βάση των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής βρέθηκε ότι οι πιο συχνόι παράγοντες κινδύνου είναι το προγεννητικό άγχος (43,2%) και το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης (31,0%), στην προγεννητική έκδοση, και μπλουζ μητρότητας στη μεταγεννητική έκδοση (43,1%). Επίσης οι πολύτοκες γυναίκες είχαν υψηλότερο δείκτη συνολικά PDPI από της μονότοκες γυναίκες. Ειδικότερα, στις πολύτοκες γυναίκες βρέθηκε περισσότερη χαμηλή αυτοεκτίμηση, περισσότερη έλλειψη κοινωνικής στήριξης, οικογενειακή δυσαρέσκεια και ανέφεραν ότι είχαν εκ των προτέρων κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό (37,1% έναντι 28,0%) σε σχέση με τις μονότοκες γυναίκες.

Σημαντικά ευρήματα έχει προσθέσει η μελέτη των Beydoun et al. (2010) που έγινε στον Καναδά αξιολογήθηκε η επίδραση της έκθεσης στη συντροφική βία πριν, κατά και μετά την κύηση για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα 8542 канаδικών γυναικών, άνω των 15 ετών, οι οποίες είχαν μονήρεις γεννήσεις ζωντανών παιδιών. Από το δείγμα αυτό οι 6421 ολοκλήρωσαν τηλεφωνική συνέντευξη και η πλειοψηφία των συνεντεύξεων αυτών έγινε μεταξύ του πέμπτου και του ένατου μήνα εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης αυτής αξιολογήθηκαν με τη χρήση της κλίμακας του Εδιμβούργου για την ΕΚ (Edinburgh Postpartum Depression Scale). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 10 ερωτήσεις με τέσσερις κατηγορίες απαντήσεων βαθμολογείται 0-3, σύμφωνα με την οποία μεγαλύτερες αξίες αντιπροσωπεύουν καταθλιπτική διάθεση. Μητέρες οι οποίες

βαθμολογήθηκαν από 13 και άνω χαρακτηρίστηκαν με ΕΚ. Κατά την ανάλυση είχαν ελεγχτεί, ένα ευρύ φάσμα, των γνωστών συγχυτικών παραγόντων οι οποίοι είχαν βρεθεί να σχετίζονται με την ΕΚ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι γυναίκες οι οποίες είχαν υποστεί συντροφική βία είχαν εμφανίσει ΕΚ το 18% και οι γυναίκες που δεν είχαν υποστεί συντροφική βία είχαν εμφανίσει ΕΚ το 7%. Επίσης στις λεχώνες που δεν είχαν κοινωνική υποστήριξη μετά τον τοκετό η ΕΚ ήταν τέσσερις έως έξι φορές συχνότερη στις γυναίκες που είχαν δεχθεί συντροφική βία.

Έχει διαφανεί ότι και η επιληψία είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της ΕΚ. Οι Turner et al. (2009) σε μια μελέτη ασθενών μαρτύρων, που έγινε στο Μιλάνο της Ιταλίας, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της επιληψίας και της επιλόχειας κατάθλιψης. Το δείγμα το αποτέλεσαν 55 επιληπτικές γυναίκες ασθενείς και 55 ασθενείς χωρίς επιληψία. Κάθε γυναίκα εκτιμήθηκε με βάση τη Κλίμακα του Εδιμβούργου για την ΕΚ (EPDS) και μιαν κλινική συνέντευξη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής βρέθηκε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης σε ασθενείς με επιληψία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0,05$). Με βάση τα ευρήματα αυτά η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου για την ΕΚ είναι ακόμη μια φορά αποδειγμένα απαραίτητος, αφού αυτός μπορεί να βελτιώσει την αναγνώριση της διαταραχής και μπορεί να προσφέρει επαρκή θεραπεία και παρακολούθηση.

Αξιοσημείωτη είναι και η μελέτη των Howell et al. (2009), οι οποίοι, σε μια παρατηρησιακή προοπτική μελέτη κοορτής είχαν ως στόχο να προσδιορίσουν τους τροποποιήσιμους παράγοντες που συνδέονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό. Μέσο τηλεφώνου και με τη χρήση της δεύτερης έκδοσης του ερωτηματολογίου PHQ-2 ερωτήθηκαν 563 λεχώνες σε 2 εβδομάδες και 6 μήνες μετά τον τοκετό. Οι λεχώνες ερωτήθηκαν για τους δημογραφικούς παράγοντες, τα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα, την καθημερινή λειτουργικότητα, τις συμπεριφορές των παιδιών, την κοινωνική υποστήριξη, και τις δεξιότητες στη διαχείριση του βρέφους και των νοικοκυριών. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το PC SAS έκδοση 8,2. Οι λεχώνες μητέρες είχαν κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις ομάδες με βάση την παρουσία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τα δεδομένα της μελέτης το 52% δεν είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα στις 2 εβδομάδες ή στους 6 μήνες, το 14% είχε συμπτώματα

και στις δύο χρονικές περιόδους, το 10% είχαν όψιμη έναρξη και το 24% είχαν πρόωρη έναρξη των συμπτωμάτων και μετά ύφεση. Σε σύγκριση με τις λεχώνες στην ομάδα με το 52%, οι λεχώνες στις άλλες ομάδες είχαν χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου (π.χ., προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης), περισσότερες καταστάσεις ενεργοποίησης (π.χ., σωματικά συμπτώματα), και λιγότερο ισχυρές κοινωνικές και προσωπικές προφυλάξεις (δηλαδή, κοινωνική στήριξη και αυτο-αποτελεσματικότητα). Επίσης τα σωματικά συμπτώματα, οι κολικοί του βρέφους και τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης και αυτο-αποτελεσματικότητας της λεχώνας βρέθηκε να είναι καταστάσεις που σχετίζονται με τα συμπτώματα ΕΚ.

Οι Leung et al. (2002) χρησιμοποιώντας μια προοπτική μελέτη κοόρτης με δείγμα 838 λεχώνες, αξιολόγησαν την σχέση μεταξύ της ΕΚ και της σωματικής, της σεξουαλικής, ή/και της ψυχολογικής κακοποίησης σε μια κινέζικη κοινότητα. Οι γυναίκες που εμφάνισαν κακοποίηση βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ΕΚ από εκείνες που δεν υπέστησαν κακοποίηση. Μια διαπίστωση η οποία χρήζει περαιτέρω μελέτης από μεγάλες προοπτικές μελέτες κοόρτης.

2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συχνά ο τοκετός θεωρείται από μόνος του αγχογόνο γεγονός, που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Ageias et al. 1996). Σε διάφορες μελέτες παρατηρήθηκαν διαφορετικά ποσοστά ΕΚ και αυτό εξηγείται -τουλάχιστον εν μέρει- από το γεγονός ότι οι ερευνητές χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς και εργαλεία μέτρησης (Μοραΐτου και Σταλίκας 2006).

Ωστόσο οι παράγοντες κινδύνου για την ΕΚ περιλαμβάνουν την κατάχρηση ουσιών, τις χρόνιες ασθένειες, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, την κοινωνική απομόνωση, την σεξουαλική κακοποίηση καθώς και το ιστορικό κατάθλιψης (Beydoun et al. 2010). Στη μελέτη, Daniels (2005), αναφέρεται η σχέση μεταξύ συντροφικής βίας και ΕΚ ως ένας θανατηφόρος παράγοντας νοσηρότητας λόγω των κινδύνων που θεσπίστηκαν, της ανθρωποκτονίας και της αυτοκτονίας.

Η σχέση μεταξύ συντροφικής βίας και ΕΚ σπάνια έχει εξεταστεί μετά τον τοκετό. Οι λίγες μελέτες που έγιναν (Martin et al. 2006, Rodriguez et al. 2008, Romito et al. 2009) είχαν είτε περιορισμένο μέγεθος του δείγματος, είτε χρησιμοποιείτο εύκολη δειγματοληψία, ή δεν προέβησαν σε καμία αναπροσαρμογή για σημαντικούς συγχυτικούς παράγοντες.

Μέσα από τη μελέτη των Μοραΐτου και Σταλίκας (2006) βρέθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της ΠΚ και της ΕΚ. Οι λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εξετάζοντας αυτή τη σχέση, αναφέρουν και αυτές συσχέτιση (Dalton 1996, Hobfoll et al. 1995), ωστόσο η μελέτη των Hobfoll et al. (1995) παρουσιάζει σταθερά ποσοστά κατάθλιψης -γύρω στο 25%- κατά την κύηση και τη λοχεία, ενώ παράλληλα δείχνει ότι το ποσοστό των γυναικών που παρουσίασαν ΠΚ και εκδήλωσαν και ΕΚ κυμαίνεται στο 30%, όμως οι Hayes & Muller (2004) σε μελέτη τους υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ΠΚ και ΕΚ.

Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σύμφωνα με τους Howell et al. (2009) σε ένα διαφορετικό, εθνοτικά και κοινωνικο-οικονομικά, δείγμα λεχώνων ήταν αυξημένη η εμφάνιση της ΕΚ αλλά εντός των παραμέτρων που αναφέρθηκαν και από άλλους ερευνητές (Beeghly et al. 2003) οι οποίοι έχουν μελετήσει την έκθεση σε καταθλιπτικά συμπτώματα των λεχώνων σε μια μειονότητα με χαμηλό εισόδημα. Επίσης

τα αποτελέσματά της μελέτης των Howell et al. (2009) είναι συνεπή με έναν αυξανόμενο σώμα της βιβλιογραφία που υποστηρίζει την υπόθεση ότι οι καταστάσεις που προκαλούν σωματική επιβάρυνση και οι κολικοί του βρέφους διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Brown και Lumley 2000), αλλά και με τις μελέτες (Gotlib et al. 1991, Pfost et al. 1990, Eberhard-Gran et al. 2002, Righetti-Veltima et al. 1998) που υποστηρίζουν ότι τυχόν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης είναι παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση ΕΚ. Υπάρχει έτσι μια ευχέρεια πρόβλεψης των τρεχουσών καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Howell et al. 2009).

Συνάμα έχει τεκμηριωθεί ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, το καθεστώς εθνικής μειονότητας και το νεαρό της ηλικίας σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο ΕΚ (Beck 2001, Tannous et al. 2008, Milgrom et al. 2008, Onozawa et al. 2003, Warner et al. 1996, O'Hara και Swain 1996). Επιπλέον, διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν προσδιορίσει τους κοινωνικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου, όπως το άγχος, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η τελειομανής μητρότητα, η προγεννητική κατάθλιψη ή το προγεννητικό άγχος και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης (Beck 2001, Tannous et al. 2008, Onozawa et al. 2003, Verkerk et al. 2005, Soderquist et al. 2009).

Οι Blom et al. (2010) υποστηρίζουν ότι διάφορες επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού συμβάλουν στην ΕΚ και αρκετοί μηχανισμοί μπορούν να εξηγήσουν αυτές τις συσχετίσεις. Η σύνδεση μεταξύ της προεκλαμψίας και της ΕΚ μπορεί να προκληθεί από τις σωματικές και τις ορμονικές αλλαγές. Τα επίπεδα της σεροτονίνης στο αίμα είναι αυξημένα σε γυναίκες με προεκλαμψία (Bolte et al. 2001). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των επιπέδων σεροτονίνης στον εγκεφαλό, προκαλώντας έτσι καταθλιπτικά συμπτώματα (Bloch et al. 2000).

Ένας άλλος πιθανός μηχανισμός διαμεσολάβησης που μελετήθηκε σχετικά με την ΕΚ είναι η σωματική υγεία. Οι γυναίκες που είχαν στην εγκυμοσύνη επιπλοκές ή ένα προβληματικό τοκετό, όπως η επείγουσα καισαρική τομή και η εμβρυϊκή δυσχέρεια, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν φυσική νοσηρότητα στην περίοδο της λοχείας (Borders 2006). Η σωματική νοσηρότητα, όπως είναι η κακή υγεία, μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά ΕΚ.

Οι περισσότερες γυναίκες έχουν ιδιαίτερες προσδοκίες σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και μετά τον τοκετό. Τα αιφνίδια γεγονότα της ζωής, όπως ένας πολύπλοκος

τοκετός ή νοσηλεία του μωρού, μπορεί να οδηγήσει σε ανησυχία και στα αισθήματα της απογοήτευσης και της αποτυχίας (Robertson et al. 2004, Milgrom et al. 2008, O'Hara και Swain 1996). Αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα μιας γυναίκας να προσαρμοστεί μετά τον τοκετό, καθώς και την αιτία για τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Όμως και οι διαφορές της προσωπικότητας διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της ΕΚ, αφού οι γυναίκες που έχουν αυτοπεποίθηση έχουν χαμηλότερο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης σε σύγκριση με τις νευρωτικές και αυτές με χαμηλή αυτοπεποίθηση (Beck 2001, Robertson et al. 2004, Verkerk et al. 2005).

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για την ΕΚ είναι η κόπωση (Bozoky και Corwin 2002). Η κόπωση είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό (Lee & Zaffke, 1999). Έτσι η έγκαιρη μέτρηση της κατάθλιψης είναι συγκαλυμμένη από το σύμπλεγμα των συμπτωμάτων της κόπωσης που αποδίδεται στην αναπαραγωγική ηλικία. Παρά το γεγονός ότι η κόπωση αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο της κατάθλιψης (American Psychiatric Association, 1994), η επιλόχεια κόπωση αναφέρεται ως κάτι διακριτό από την ΕΚ (Campbell 1986, Gardner 1991, Milligan et al. 1996, Pugh 1993).

Πολλές γυναίκες που αντιμετωπίζουν ΕΚ δεν το αντιλαμβάνονται ή δεν το συζητάνε με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ή την οικογένεια (Small et al. 1994). Με το πέρασμα του χρόνου όμως και της επιστροφής των λεχώνων μετά από 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό τους, για συνάντηση με τον μαιευτήρα ή τη μαία τους, η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί αλλά μπορεί επίσης και να αγνοηθεί. Η διάρκεια από την εμφάνιση της ΕΚ μέχρι τη διάγνωση είναι καθοριστικής σημασίας για την θεραπεία της ΕΚ γιατί τα περιστατικά με τη μεγαλύτερη διάρκεια είναι και τα πιο ανθεκτικά σε θεραπεία (Nonacs & Cohen 1998). Διαπίστωση που δηλώνει την σημαντικότητα της έγκαιρης διάγνωσης της ΕΚ, δεδομένα που οι επαγγελματίες υγείας πρέπει πάντοτε να λαμβάνουν υπόψη τους για την πρόληψη αλλά και για την καλύτερη αντιμετώπιση και την θεραπεία της ΕΚ.

Το σημαντικότερο όμως είναι ότι τυχόν αρνητικές εκτιμήσεις της μητρικής ΕΚ έχουν αντίκτυπο και επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού: μητέρες με ΕΚ υπάρχει κίνδυνος να βλάψουν το βρέφος (Jennings et al. 1999), υπάρχει μειωμένη αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους και αργότερα υπάρχουν συνέπειες στην ανάπτυξη του παιδιού (Beck 1995,

Murray et al. 1996) αλλά και στην υγεία της μητέρας αφού υπάρχει υψηλός κίνδυνος επανεμφάνισης της κατάθλιψης αν δεν αντιμετωπιστεί, που υπολογίζεται σε 30% (Najman et al. 2000, Spinelli 1998) και επιπτώσεις σε άλλα μέλη της οικογένειας, ιδίως στο πατέρα (Boath et al. 1998, Meighan et al. 1999). Έτσι, είναι πολύ σημαντικό να εντοπιστούν, το συντομότερο δυνατό, οι γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ.

Για να εντοπιστούν όμως οι λεχώνες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ πρέπει να προκαθοριστούν οι παράγοντες κινδύνου (Orpo et al. 2009). Σήμερα οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου έχουν ταξινομηθεί ανάλογα με το βαθμό της δράσης τους σε τρεις κατηγορίες: δυνατούς, μέτριους και μικρούς. Οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου πρόκλησης της ΕΚ είναι η εμπειρία της κατάθλιψης ή του άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή προηγούμενη καταθλιπτική ασθένεια (Ryan et al 2005, Robertson et al. 2004). Επίσης εκτός από αυτούς τους προγνωστικούς παράγοντες κινδύνου, η στρεσογόνα ζωή και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης έχουν ένα μέτριο έως σοβαρό βαθμό επίδρασης.

Επιπρόσθετα οι ψυχολογικοί παράγοντες και τα προβλήματα στο γάμο έχουν ένα μέτριο βαθμό επίδρασης, ενώ οι μαιευτικοί παράγοντες και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχουν ένα μικρό βαθμό επίδρασης (Robertson et al. 2004). Όλοι αυτοί οι δείκτες πρόβλεψης στην πραγματικότητα σύμφωνα με τους Kim et al. (2008) θα πρέπει να αξιολογούνται κατά τη διάρκεια της φροντίδας της εγκύου και της λεχώνας αφού η έγκαιρη αναγνώριση, οι προληπτικές παρεμβάσεις και η θεραπεία θα μπορούσαν να ανακουφίσουν αλλά και να προβλέψουν μήνες ταλαιπωρίας μιας νέας μητέρας και να μειώσουν τις δυνητικά επιβλαβείς επιπτώσεις στο μωρό της λεχώνας.

Όμως παρά το μεγάλο σώμα ερευνών σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την ΕΚ, δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με την καλύτερη στιγμή που πρέπει να εκτιμηθούν τα στοιχεία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου. Επίσης τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με το γενικό αποτέλεσμα και την ταυτότητα αυτών των παραγόντων ουσιαστικά απουσιάζουν.

Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης των Orpo et al. (2009) φάνηκε ότι το PDPI-R είναι ένα χρήσιμο και εύκολο στη χρήση και την διαχείριση μέσο, για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου για την ΕΚ, τόσο ποιοτικά αλλά τόσο και ποσοτικά. Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Beck et al. (2006), γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο

ρόλο των ειδικών παραγόντων κινδύνου οι οποίοι σημειώνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην περίοδο μετά τον τοκετό για την πρόβλεψη της ΕΚ.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες (Beck 2001, O'Hara και Swain 1996, Milgrom et al. 2008) η παρουσία, ειδικότερα ιστορικού κατάθλιψης, η προγεννητική κατάθλιψη, το προγεννητικό άγχος και η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης συνδέθηκε έντονα με την ΕΚ. Όμως άλλοι παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται, όπως το άγχος της ζωής, η οικογενειακή δυσαρέσκεια και ειδικότερα η χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι συνδεδεμένοι με την ΕΚ μόνο αν υπάρχουν σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό.

Συνάμα αρκετοί ερευνητές (Marcus et al. 2003, Ryan et al 2005, Glangeaud-Freudenthal και Boyce 2003, Robertson et al. 2004) σε μελέτες τους τονίζουν ότι η κατάθλιψη ή το άγχος, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ή ακόμα τα τελευταία επεισόδια κατάθλιψης ή άγχους είναι διαταραχές οι οποίες συνήθως προβλέπουν μια κακή προσαρμογή μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας φάσης της εγκυμοσύνης, ο ρόλος του άγχους καθίσταται απαραίτητος. Κατά την περίοδο αυτή, αρκετοί παράγοντες κινδύνου συγκλίνουν στην πρόβλεψη της ΕΚ, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, πριν από την κατάθλιψη, το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, παράγοντες οι οποίοι πρέπει πάντοτε να ελέγχονται. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος για περιγεννητική κατάθλιψη ενδέχεται να είναι χρήσιμος, διότι η πρόωπη παρέμβαση μπορεί επίσης να έχει σημαντικά οφέλη για το σύντροφο και το βρέφος της γυναίκας αλλά και για τα μεγαλύτερα παιδιά (Buist et al. 2002).

Επίσης ορισμένοι ερευνητές έχουν εξετάσει τους παράγοντες που συνδέονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα της λεχώνας σε μεταγενέστερα χρονικά διαστήματα μετά τον τοκετό. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με ΕΚ από 6 μήνες ή περισσότερο μετά τον τοκετό σε περισσότερες από μία μελέτη ήταν το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, προβλήματα υγείας της λεχώνας, δυσκολίες στις σχέσεις με το στενό οικογενειακό περιβάλλον, η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρόωρου χρονικού διαστήματος μετά τον τοκετό, το άγχος της ζωής και η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ευρήματα που εντοπίστηκαν σχετικά με τη σύνδεση της επίμονης επιλόχειας κατάθλιψης με την

κατάθλιψη είναι μεικτά, με ορισμένους ερευνητές να υποδεικνύουν μια ένωση μεταξύ της κατάθλιψης και της κατάθλιψης σε μεταγενέστερα χρονικά στάδια μετά τον τοκετό και κάποιοι άλλοι ερευνητές δεν βρήκαν συσχέτιση. Μια εξήγηση είναι ότι ορισμένοι παράγοντες που συνδέονται με την επιμονή της ΕΚ μπορεί να διαφέρουν από παράγοντες που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό (Bernazzani et al. 1997).

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΕΚ έχει τεκμηριωθεί ότι είναι παρόμοια με της κατάθλιψης σε άλλες φάσεις της ζωής. Υπάρχει έντονη στενοχώρια, εύκολα κλάματα, κακή συγκέντρωση και αναποφασιστικότητα, ευερεθιστότητα, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και διαταραχή του ύπνου. Ειδικά όμως υπάρχουν αισθήματα ανεπάρκειας της μητέρας ως προς το ρόλο της (ως μητέρα) και αυξημένη ανησυχία για την υγεία του μωρού. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί αυτοκτονικός ιδεασμός που μπορεί να περιλαμβάνει και σκέψεις της λεχώνας να κάνει κακό στο μωρό.

Η ΕΚ δεν είναι αυτοπεριοριζόμενη όπως η λοχειακή δυσφορία, δεν αναγνωρίζεται από τους οικείους και δεν διαγιγνώσκεται από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι εκδηλώνεται αφού οι γυναίκες έχουν αποχωρήσει από το μαιευτήριο, σε μια περίοδο που μπορεί το μεγαλύτερο ενδιαφέρον να στρέφεται στην φυσική υγεία της μητέρας και του βρέφους, σε μια φάση που ακόμη και η ίδια θα περίμενε να είναι απλά ευτυχισμένη από τον ερχομό του παιδιού της και τέλος γιατί μπορεί να συγχέεται με την αθώα, λοχειακή δυσφορία.

Παρόλο που πολυάριθμες μελέτες έχουν περιγράψει τους κοινωνικοδημογραφικούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, λίγες έρευνες διερεύνησαν αν οι επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό σχετίζονται με την ΕΚ. Επιπλέον, οι λίγες μελέτες που έγιναν γι' αυτό το θέμα αναφέρουν αντιφατικά αποτελέσματα. Ενώ ορισμένοι ερευνητές, σε μελέτες, δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ των επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό και της ΕΚ (Warner et al. 1996, Boyce et al. 1992, Nielsen et al. 2000, McCoy et al. 2008) και μια άλλη μελέτη χαρακτηρίζει μέτριες τις μαιευτικές επιπλοκές, αλλά ως σημαντικό παράγοντα κίνδυνου για την ΕΚ (O'Hara και Swain 1996). Όμως στη τελευταία μελέτη, εξετάζονται πολυπαραγοντικά και με ένα σύνθετο τρόπο οι μαιευτικές επιπλοκές, γεγονός που καθιστά δύσκολο να εντοπιστεί ποια συγκεκριμένη επιπλοκή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ΕΚ.

Οι έρευνες αρχίζουν να παρέχουν κάποια ένδειξη της επίπτωσης και της επικράτησης της μητρικής κατάθλιψης αρχικά της επιλόχιας περιόδου. Λίγοι είναι οι ερευνητές που αξιολόγησαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε γυναίκες μετά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό. Ωστόσο, πολλά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα σχετικά με την διάρκεια

της επίμονης ΕΚ και των παραγόντων που συνδέονται με την εμφάνιση ή τη παύση της. Τα στοιχεία δείχνουν ότι για ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών, η ΕΚ συνεχίστηκε πέραν της πρώιμης περιόδου μετά τον τοκετό και παρατάθηκε για μήνες ή για χρόνια.

Ωστόσο, το πώς και το γιατί τα καταθλιπτικά συμπτώματα παύουν να υφίστανται σε μερικές γυναίκες και σε κάποιες άλλες όχι είναι ελάχιστα κατανοητό. Εξετάζοντας τα ζητήματα αυτά, μπορεί να γίνει εφικτή η επίγνωση των προβλημάτων της ΕΚ και μπορεί να διευκολυνθεί η αναγνώριση των γυναικών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη συνεχή κατάθλιψη (Orro et al. 2009). Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί η πιο επιζήμια και με τις χειρότερες συνέπειες για την ίδια την γυναίκα αλλά και για την οικογένειά της μπορεί να είναι η κατάθλιψη η οποία παραμένει. Για την ενίσχυση και την ανάπτυξη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και τη μείωση της επίπτωσης και των συνεπειών αυτού του προβλήματος είναι απαραίτητη η εκπόνηση περισσότερων ερευνών

Έχει διαφανεί ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της ΕΚ είναι α) τα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής, β) το προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, γ) η κόπωση, δ) η νεαρή ηλικία, ε) η κακή συζυγική σχέση και στ) η απουσία κοινωνικής στήριξης.

Η σοβαρή συναισθηματική διαταραχή κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του παιδιού, επηρεάζοντας την ανάπτυξη του δεσμού μητέρας-βρέφους. Οι καταθλιπτικές μητέρες μπορεί να μην συμπεριφέρονται με τον κατάλληλο τρόπο στα μωρά τους, και συχνά είναι πιο αποσυρμένες και πιο επιθετικές σε σχέση με τις μη καταθλιπτικές μητέρες. Ο τρόπος που το μωρό συνδέεται με τους άλλους μπορεί να επηρεαστεί από αυτή την πρώιμη δυσκολία στη σχέση με μια καταθλιπτική μητέρα. Επίσης κάποιες μελέτες ανέδειξαν περισσότερα μαθησιακά προβλήματα σε παιδιά καταθλιπτικών μητέρων.

Είναι πολύ σημαντικό να υπάρξει ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού προκειμένου να ανιχνεύεται η κατάθλιψη της λοχείας. Μητέρες με σοβαρά συμπτώματα λοχειακής δυσφορίας θα ήταν σκόπιμο να ελέγχονται πιο τακτικά. Η απλή και εύχρηστη Κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχεια Κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale), που χρειάζεται μόνο πέντε λεπτά για την βαθμολόγησή της, είναι βασικό εργαλείο για την ανίχνευση των

γυναικών αυτών. Για τη θεραπεία των λεχώνων που θα εμφανίσουν κατάθλιψη μπορεί να χρειαστεί ψυχοθεραπεία ή/και αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε θηλάζουσες μητέρες χρειάζονται προσοχή, καθώς τα περισσότερα απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Προσοχή χρειάζεται ακόμη στη διερεύνηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και τυχόν πρόθεσης να βλάψουν το βρέφος. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι κατάλληλη η νοσηλεία της μητέρας. Στις ΗΠΑ και στη δυτική Ευρώπη, για περισσότερες από δύο δεκαετίες, αυτές οι νοσηλείες γίνονται κατά προτίμηση σε μονάδες μητέρας-βρέφους (mother-baby units), που όμως δεν υπάρχουν στην Ελλάδα. Ο στόχος μιας τέτοιας νοσηλείας είναι φυσικά η σωστή περίθαλψη και θεραπεία της μητέρας, αλλά και η ιδιαίτερη έγνοια για τη σωστή ανάπτυξη του δεσμού μητέρας-βρέφους.

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο προληπτικός έλεγχος της ΕΚ στο τρίτο τρίμηνο μπορεί να προβλέψει πολλά περιστατικά με καταθλιπτική συμπτωματολογία δύο μήνες μετά τον τοκετό. Οι λειτουργοί υγείας που ασχολούνται με τη μητρότητα, γνωρίζοντας αυτό το αποτέλεσμα, μπορούν να προλάβουν υψηλό ποσοστό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Προστατευτικό ρόλο μπορεί να έχει η ψυχοσωματική προετοιμασία, η άσκηση, η κοινωνική υποστήριξη και η ανάγκη επιστροφής στην εργασία, στην ψυχική υγεία των γυναικών κατά τη συναισθηματικά ευάλωτη περίοδο της λοχείας, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προωθήσουν τα προηγούμενα μέσα από στοχευμένα προγράμματα με απώτερο σκοπό την πρόληψη.

Οι γυναίκες που βιώνουν βία πριν, κατά ή μετά την εγκυμοσύνη πρέπει να υποστηρίζονται και τυχόν περιστατικά βίας να τερματίζονται αλλά επίσης να προλαμβάνονται μέσω διάφορων προληπτικών στρατηγικών. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν σ' αυτές τις γυναίκες πληροφορίες για τους πόρους που διατίθενται εντός και εκτός των υγειονομικών ιδρυμάτων. Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες του τομέα υγείας εξακολουθούν να πιστεύουν ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό οφείλεται ως επί το πλείστον σε ορμονικές διαταραχές. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν επαφή με αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι υπάρχει η δυνατότητα βίας, ακόμα και μετά τον τοκετό. Έτσι η συμβουλευτική και η φροντίδα των γυναικών πριν και μετά τον τοκετό πρέπει να περιλαμβάνει ρυθμίσεις και να λαμβάνουν υπόψη την ψυχική διαταραχή εκείνων που είναι θύματα περιστατικών βίας.

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου πρόκλησης της ΕΚ είναι οι περιγεννητικές επιπλοκές, όμως μόνο λίγες μελέτες έχουν ήδη εξετάσει αυτή τη σχέση. Ως εκ τούτου, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να επιβεβαιώσει της πιο πάνω συσχέτισης. Οι μελέτες αυτές θα πρέπει να έχουν ένα προοπτικό σχεδιασμό και να αποτελούνται από ένα μεγάλο πληθυσμό μελέτης. Ο εντοπισμός και η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σημαντική τόσο για τις μητέρες τόσο και για τα παιδιά τους. Είναι σημαντικό οι μαίες, οι νοσηλεύτριες/τριες, οι μαιευτήρες, το προσωπικό σε κλινικές μωρών και άλλοι

επαγγελματίες υγείας να έχουν επίγνωση των κινδύνων ΕΚ, οι οποίοι σχετίζονται με περίπλοκες εγκυμοσύνες, δύσκολους τοκετούς και με προβλήματα υγείας των νεογνών. Οι εργαζόμενοι/ες της ομάδας υγείας πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί/ες για τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε λεχώνες οι οποίες είχαν περιγεννητικές επιπλοκές.

Αν και η κόπωση είναι η πρόβλεψη της επιλόχειας κατάθλιψης, συνιστάται περαιτέρω έρευνα χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο και πιο διαφοροποιημένο δείγμα γυναικών. Η ενδεχόμενη επίδραση των στοχευμένων παρεμβάσεων για την πρόληψη ή την μέτρια κόπωση σχετικά με την επίπτωση της ΕΚ, θα είναι ένα σημαντικό αποτέλεσμα αυτών των ερευνών.

Σύμφωνα και με τους Howell et al. (2009) χρειάζεται μια πολύπλευρη προσέγγιση για την κλινική διαχείριση για την πρόληψη και ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό. Η συμπεριφορική εκπαίδευση και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι ότι καλύτερο για να προετοιμαστούν οι μητέρες για αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκαλούν τα συμπτώματα της ΕΚ (π.χ. ανάπτυξη δεξιοτήτων), έτσι μπορούν να μειώσουν την έκθεση σε παράγοντες ΕΚ αλλά και τις επιπτώσεις των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αν και μπορεί να είναι πιο δύσκολο για την ομάδα υγείας για να καταστρωθούν και να εφαρμοστούν στρατηγικές για την ενίσχυση της κοινωνικής στήριξης και της προσωπικής αποτελεσματικότητας, δεν είναι αδύνατο και πρέπει να γίνει.

Συνάμα οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση των δεξιοτήτων για τη διαχείριση του βρέφους και της οικιακής χρήσης (αυτο-αποτελεσματικότητα) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την περίοδο μετά τον τοκετό μπορεί να είναι αποτελεσματικές για τη μείωση των ποσοστών ΕΚ. Η συμμετοχή στα προγράμματα παρέμβασης πρέπει, αν είναι δυνατό, να είναι απ' όλη την οικογένεια (λεχώνα, σύντροφος και γονείς), ακόμη και ελάχιστα προγράμματα που αποσκοπούν στη βελτίωση του συστήματος στήριξης των μελών και στη κατανόηση των επιπτώσεων του τοκετού, σωματικά και ψυχολογικά, στη λεχώνα αλλά και του χρόνου που απαιτείται για την ανάκαμψη, θα βοηθήσει στην πρόληψη αλλά και στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Ορισμένες έρευνες (Holden et al. 1989) δείχνουν ότι οι κοινωνικές παρεμβάσεις στήριξης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσουν τα επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε λεχώνες, ιδιαίτερα σε αυτές με προηγούμενο ιστορικό

κατάθλιψης. Ένα πιθανό πλεονέκτημα του σχεδιασμού και της εφαρμογής των παρεμβάσεων στους τομείς αυτούς (ενίσχυση της κοινωνικής στήριξης και αυτο-αποτελεσματικότητας) είναι ότι θα μπορούσαν να αμβλυνθούν οι εκδηλώσεις καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ των πιο ευάλωτων μητέρων, όπως αυτών με ιστορικό κατάθλιψης και ίσως, των μητέρων με χαμηλά εισοδήματα και αυτών που προέρχονται από εθνικές μειονότητες.

Επίσης η ομάδα υγείας μπορεί να χρησιμοποιήσει μια απλή εξέταση κόπωσης μέσα στις πρώτες 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό για να εντοπίσει τις γυναίκες που διατρέχουν τον κίνδυνο ΕΚ και μπορεί έτσι να βελτιώσει σημαντικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Συνάμα η έγκαιρη ενημερωτική υποστήριξη, η εκπαίδευση και οι παρεμβάσεις για την μείωση της κόπωσης μπορούν να αποτρέψουν την εκδήλωση της κατάθλιψης. Για τον έλεγχο της κόπωσης υπάρχει η MFSC, ένα απλό και ταχύ μέσο ελέγχου το οποίο η νοσηλευτική είναι σε θέση να το χρησιμοποιήσει. Στην ιδανική περίπτωση, η κόπωση μπορεί να εκτιμηθεί ακόμη πριν να δοθεί εξιτήριο στη λεχώνα από το κέντρο υγείας.

Το PDPI-R αποδείχθηκε ένα ευκολόχρηστο και πολλά υποσχόμενο εργαλείο. Όμως είναι απαραίτητη η μελλοντική έρευνα για να επιβεβαιωθεί τόσο η προγνωστική εγκυρότητα και η παραγοντική δομή του PDPI-R και να αποσαφηνιστεί η χρησιμότητα της διαχείρισης αυτού του μοναδικού μέσου στην κλινική πράξη. Επίσης για να εξακριβωθεί κατά πόσον τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν εντοπιστεί είναι έγκυρα και γενικεύσιμα σε άλλες χώρες ή πολιτισμούς. Η πρωτογενής πρόληψη με ένα αξιόπιστο μέσο που μπορεί να εντοπίσει εύκολα τις γυναίκες με υψηλότερο κίνδυνο ΕΚ είναι το πρώτο βασικό βήμα που πρέπει να ληφθεί, ώστε να μειωθεί ο αντίκτυπος της ΕΚ στην ίδια την γυναίκα, στο βρέφος και στην οικογένειά της.

Το συμπέρασμα ότι για ένα σημαντικό αριθμό γυναικών ΕΚ συνεχίζει πολύ πιο πέρα από τη πρώτη περίοδο μετά τον τοκετό ασκεί συνέπειες και για τους νοσηλευτές/τριες. Οι νοσηλευτές/τριες που εργάζονται με μικρά παιδιά ή/και με τις μητέρες τους πρέπει να επαγρυπνούν για το ενδεχόμενο της ΕΚ, όχι μόνο σε μητέρες των νεογέννητων, αλλά και στις μητέρες των μεγαλύτερης ηλικίας βρεφών και νηπίων. Οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει να αξιολογούν τις μητέρες για καταθλιπτικά συμπτώματα. Συνιστάται η αναλυτική εξέταση όλων των γυναικών μετά τον τοκετό για ΕΚ κατά τη διάρκεια της λοχείας μετά τον τοκετό (Bagedahl-Strindlund & Monsen 1998, Beck 1995). Αυτό

δείχνει την ανάγκη η ανασκόπηση να παρατείνει την εν λόγω σύσταση για συνέχιση της αξιολόγησης των γυναικών πέρα από την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό και κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Επίσης ενδείκνυται, η συνεχής αξιολόγηση των γυναικών που εμφανίζουν αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τον προσυμπτωματικών ελέγχων.

Συνάμα θα ήταν χρήσιμο να γίνεται παραπομπή αυτών των γυναικών σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες όμως πρέπει να ενημερώνονται σχετικά και να δείχνουν ιδιαίτερη προσοχή σ' αυτό το ευαίσθητο θέμα της ΕΚ. Η συγκρότηση κατάλογου με τους κατάλληλους πόρους (π.χ., ψυχίατροι, ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές/τριες, θεραπευτές, καθώς και ομάδες υποστήριξης) θα είναι ένα πρώτο βήμα για την εξασφάλιση ότι οι γυναίκες που πάσχουν από την κατάθλιψη μετά τον τοκετό λαμβάνουν τη βοήθεια που χρειάζονται και ταυτόχρονα να υπάρχει έλεγχος. Η χρονιότητα των μητρικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπίζεται. Επειδή η ΕΚ μπορεί να έχει μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις, η έγκαιρη διαπίστωση, διάγνωση και θεραπεία μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη της μακροπρόθεσμης κατάθλιψης αλλά και στη βελτίωση της ζωή των γυναικών και των οικογενειών τους.

Γίνεται πρόταση να εξεταστούν τα ζητήματα αυτά, έτσι η επιστημονική κοινότητα θα μπορέσει να συμβάλει στην επίγνωση των προβλημάτων της ΕΚ και θα μπορέσει να διευκολύνει την ανάπτυξη της αναγνώρισης των γυναικών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη συνεχή κατάθλιψη. Αυτό είναι σημαντικό διότι η πλέον κατάθλιψη της μητέρας παραμένει και μπορεί να είναι η πιο επιζήμια συνέπεια για την ίδια και την οικογένειά της. Περισσότερη έρευνα με στόχο την κατανόηση των αιτιών και της επιμονής της ΕΚ είναι απαραίτητη για την ενίσχυση και την ανάπτυξη νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και την μείωση της επίπτωσης και των συνεπειών αυτής της ασθένειας.

Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει διαφορετικά πρότυπα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά τον τοκετό και οι παρεμβάσεις του σχεδιασμού να στοχεύουν σε συγκεκριμένους τροποποιήσιμους παράγοντες ενεργοποίησης από αυτά τα συμπτώματα. Ταυτόχρονα ο προσδιορισμός των σημαντικότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΕΚ, αλλά και η διαφώτιση των γυναικών αλλά και του κοινωνικού

συνόλου γενικότερα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας είναι αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι νοσηλευτές ως μέρος του συστήματος φροντίδας του κοινωνικού συνόλου, μπορούν και πρέπει να βοηθήσουν στον σχεδιασμό προγραμμάτων, σε συνεργασία με την κοινότητα και τις οικογένειες, για την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας.

5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια συχνή ασθένεια, αλλά λίγες είναι οι μελέτες που έχουν ακόμη δημοσιευθεί σχετικά με την ΕΚ και τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου και ποια είναι η τυχόν συσχέτιση αλλά και σε ποιο βαθμό. Στη βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλη συλλογή μελετών στο θέμα και κάθε μια απ' αυτές μελετά διαφορετικό/κούς παράγοντες κινδύνου, όπως επίσης και οι μελέτες μετα-ανάλυσης δεν δίνουν ξεκάθαρα αποτελέσματα αφού είναι αδύνατο να γίνει αποδεκτό ένα συμπέρασμα από διαφορετικές μελέτες από διαφορετικούς πληθυσμούς αλλά και από διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου. Είναι πολύπλοκο και δύσκολο να διερευνηθούν τα αίτια γιατί οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση αυτής της ασθένειας είναι σύνθετοι και ποικίλοι.

Επίσης μπορεί να εισαχθεί η προκατάληψη σε μία αναδρομική μελέτη, διότι η έκθεση σε κάποιους παράγοντες, όπως είναι και το άγχος, μετριέται έμμεσα και συνάμα επιδρούν και άλλοι παράγοντες που μπορεί να μην είναι και εφικτό να μετρηθούν. Μπορεί επίσης να εισαχτεί η μεροληψία -πράγμα το οποίο παρατηρήθηκε σε αρκετές μελέτες- αν ένα ορισμένο τμήμα του πληθυσμού δεν ανταποκρίνεται με την έρευνα της μελέτης.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, τα αποτελέσματα από τις επιδημιολογικές έρευνες που προσδιορίζουν τους παράγοντες κινδύνου για την ΕΚ στις γυναίκες μητέρες μπορούν να υποστηρίξουν μέτρα για την αντιμετώπιση των δυνητικά βλαβερών ανοιγμάτων και την μείωση του κινδύνου.

Συνάμα λίγοι ερευνητές αξιολόγησαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε γυναίκες μετά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές αρχίζουν να παρέχουν κάποιες ενδείξεις της επίπτωσης και για την επικράτηση της ΕΚ κατά την επιλόχεια περίοδο. Ωστόσο, πολλά ερωτήματα σχετικά με την διάρκεια της επίμονης ΕΚ, και οι παράγοντες που συνδέονται με την επιμονή ή τη ίαση, παραμένουν αναπάντητα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι για ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών, η ΕΚ συνεχίστηκε και μετά το πέρας της πρώιμης περιόδου μετά τον τοκετό, παρατάθηκε ή έγινε χρόνια. Ωστόσο, το πώς και το γιατί τα καταθλιπτικά συμπτώματα περνούν σε μερικές γυναίκες και σε άλλες παραμένουν είναι ελάχιστα κατανοητό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Κούτση Β. (1992). Επιλόχεια κατάθλιψη. Παιδί και γονείς, 4:66-71.

Λαζαράτου Ε. (1998). Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη του βρέφους. Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 12(4):344-349.

Μοραΐτου Μ. και Σταλίκας Α. (2006). Η σχέση προγεννητικής και επιλόχειας κατάθλιψης. Ψυχολογία, 13(2):014-020.

Περιστέρης Α. και Μαρίνος Β. (1990). Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την κύηση και λοχεία. Τετράδια Ψυχιατρικής, 32:29-32.

Σινανίδου Μ.Δ. (2000). Βρέφη ψυχωτικών γονέων σε «κίνδυνο»: Τρόποι προληπτικής παρέμβασης. Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., 7(3):6-1-63.

Σταμούλη Σ.Σ. (2000). Επιλόχεια κατάθλιψη. Στο Γ. Χριστοδούλου, Β. Κονταξάκης & Μ. Οικονόμου (Επιμ. Έκδ.), Προληπτική ψυχιατρική. Αθήνα: Βήτα.

Αγγλική

Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueredo E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. British Journal of Psychiatry, 169:30-35.

Aerias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. British Journal of Psychiatry, 169:36-41.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Bagedahl-Strindlund M, Monsen Borjesson K. (1998). Postnatal depression: A hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 98:272-275.

Beck CT. (1995). The effects of postpartum depression on maternal infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5):298-304.

Beck CT. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, 45:297–303.

Beck CT. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12:12-20.

Beck CT. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50:275–285.

Beck CT. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31(4):394–402.

Beck CT, Records K, Rice M. (2006) Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(6):735–745.

Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Kernan H, Riley JM, Tronick EZ. (2003). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71:169-180.

Bennett SS, Indman P. (2003). *Beyond the blues: A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression*. San Jose, CA: Moodswings Press.

Bernazzani O, Saucier J, David H, Borgeat F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46:39-49.

Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun M, Tamim H. (2010). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Canadian Women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol AEP*, 20(8):575–583.

Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*, 157:924–30.

Blom E, Jansen P, Verhulst F, Hofman A, Raat H, Jaddoe V, et al. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG* 117:1390–1398.

Boath EH, Pryce AJ, Cox JL. (1998). Postnatal depression: The impact on the family. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16(2-3):199-203.

Bolte AC, van Geijn HP, Dekker GA. (2001). Pathophysiology of preeclampsia and the role of serotonin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 95:12–21.

Borders N. (2006). After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*, 51:242–8.

Boyce P, Hickey A, Gilchrist J. (2001). The development of a brief personality scale to measure vulnerability to postnatal depression. *Arch Women Ment Health*, 3:147–153

Boyce PM, Todd AL. (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*, 157:172–4.

Boyer D, Van Der Leden M, Bacom C. (1990). Prediction of postpartum depressive symptoms in low income Black women. Unpublished manuscript.

Bozoky I, Corwin EJ. (2002). Fatigue as a Predictor of Postpartum Depression. *JOGNN, Clinical Studies* 31(4):436-443.

Brown S, Lumley J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107(10):1194-1201.

Buist AE, Barnett BEW, Milgrom J. (2002). To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. *Med J Aust* 177:101–105.

Campbell SB. (1986). Postpartum sleep patterns of motherbaby pairs. *Midwifery*, 2: 193-201.

Dalton, K. (1996). *Depression after delivery* (3rd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Daniels K. (2005). Intimate partner violence & depression: A deadly comorbidity. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 43:44–51.

Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*, 106(6):426–433

Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18:1-13.

Gardner DL. (1991). Fatigue in postpartum women. *Applied Nursing Research*, 4(2):57-82.

Glangeaud-Freudenthal NMC, Boyce P. (2003). Postpartum depression: risk-factors and treatments—introduction. *Arch Women Ment Health*, 6(2):31–32.

Goodman, J. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45:26–35.

Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol*, 100(2):122–132.

Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *Br J Psychiatry*, 168:739–44.

Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 298(6668):223–226.

Howell A, Mora PA, DiBonaventura MD, Leventhal H. (2009). Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health*, 12:113–120.

Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, 54(1-2): 21-28.

Kessler RC. (2003). Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 74:5-13.

Kim HG, Mandell M, Crandall C. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse innercity obstetric population. *Arch Women Ment Health*, 9(2):103–7.

Lee KA, Zaffke ME. (1999). Longitudinal changes in fatigue and energy during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28(2):183-191.

Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. (2002). Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet*, 79:159–166.

Marcus SM, Flynn HA, Blow FC. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Women Health*, 12:373–380.

Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. (2006). Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*, 12:221–239.

McCoy SJ, Beal JM, Saunders B, Hill EN, Payton ME, Watson GH. (2008). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation. *J Reprod Med*. 53:166–70.

Meighan M, Davis M, Thomas SP. (1999). Living with postpartum depression: The father's experience. *MCN, American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24(4):202-208.

Miller LJ. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association*, 287(6):762-765.

Milligan R, Lenz ER, Parks PL, Pugh LC, Kitzman H. (1996). Postpartum fatigue: Clarifying a concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(3):279-291.

Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108:147–57.

Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. (2004). The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 65:1236–1241.

Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development*, 67(5):2512-2526.

Murray L, Cooper P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*, 77:99–101.

Murray L, Cooper, P, Hipwell A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2):571-577.

Najman JM, Andersen MJ, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. (2000). Postnatal depression—myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35(1):19-27.

Nielsen FD, Videbech P, Hedegaard M, Salvig DJ, Secher NJ. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG*, 107:1210–7.

Nonacs R, Cohen LS. (1998). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(2):34-40.

O'Hara MW, Swain AM. (1996). Rates and risk of postnatal depression: meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 8:37–54.

Onozawa K, Kumar RC, Adams D, Dore C, Glover V. (2003). High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Arch Womens Ment Health*, 6(2):51–5.

Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, Camilleri V, Banti S, Borri C, et al. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRReScU) study. *Arch Womens Ment Health*, 12:239–249.

Pfost KS, Stevens MJ, Lum CU (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol*, 46(5):588–592.

Prevalence of self-reported postpartum depressive symptomsd17 states, 2004–2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2008, 57:361–366.

Pugh LC. (1993). Childbirth and the measurement of fatigue. *Journal of Nursing Measurement*, 1(1):57-66.

Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. (2008). Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47:390–8.

Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*, 49(3):167–180.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26:289–95.

Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Family Med*, 6:44–52.

Romito P, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Turan JM. (2009). The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 30:115–121.

Ryan D, Milis L, Misri N. (2005) Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*, 51:1087–1093.

Small R, Brown S, Lumley J, Astbury J. (1994). Missing voices: What women say and do about depression after childbirth. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 12(2): 89-103.

Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*, 116:672–80.

Spinelli MG. (1998). Antepartum and postpartum depression. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, 1(2):33-36.

Straub H, Cross J, Curtis S, Iverson S, Jacobsmeyer M, Anderson C, Sorenson M. (1998). Proactive nursing: The evolution of a task force to help women with postpartum depression. *MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing*, 23(5):262-265.

Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*, 8:1-7.

Turner K, Piazzini A, Franza A, Fumarola C, Chifari R, Marconi AM, et al. (2006) Postpartum depression in women with epilepsy versus women without epilepsy. *Epilepsy Behav*, 9:293–297.

Turner K, Piazzini A, Franza A, Marconi AM, Canger R, Canevini MP. (2009). Epilepsy and postpartum depression. *International League Against Epilepsy*, 50(1):24–27.

Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosom Med*, 67:632–7.

Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*, 168:607–11.

Wisner KL, Gracious BL, Piontek CM, Peindl K, Perel JM. (2003). Postpartum disorders: Phenomenology, treatment approaches, and relationship to infanticide. In M. G. Spinelli (Ed.), *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill* (35-60). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.